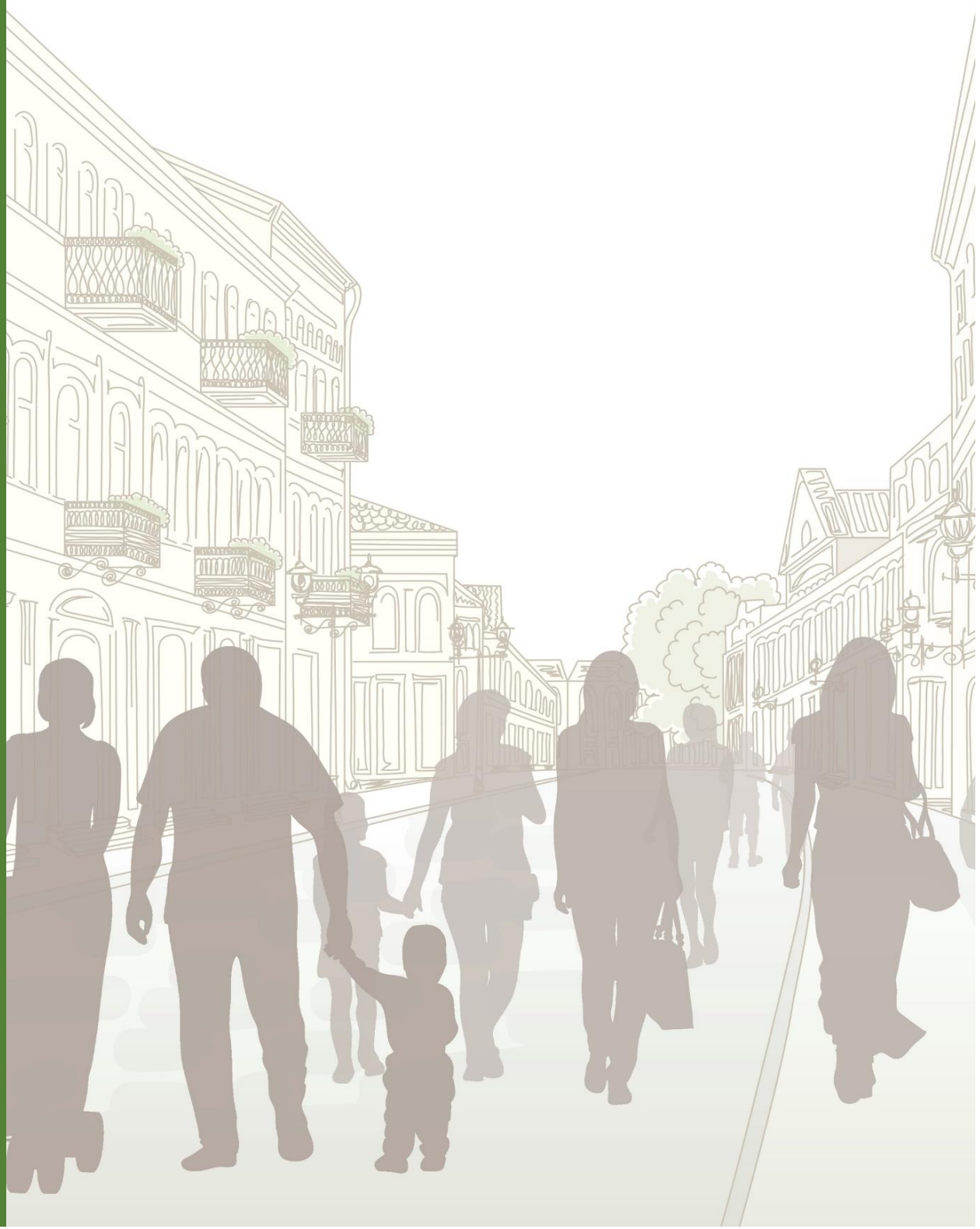


Informe *Salud y Género* en Andalucía 2018

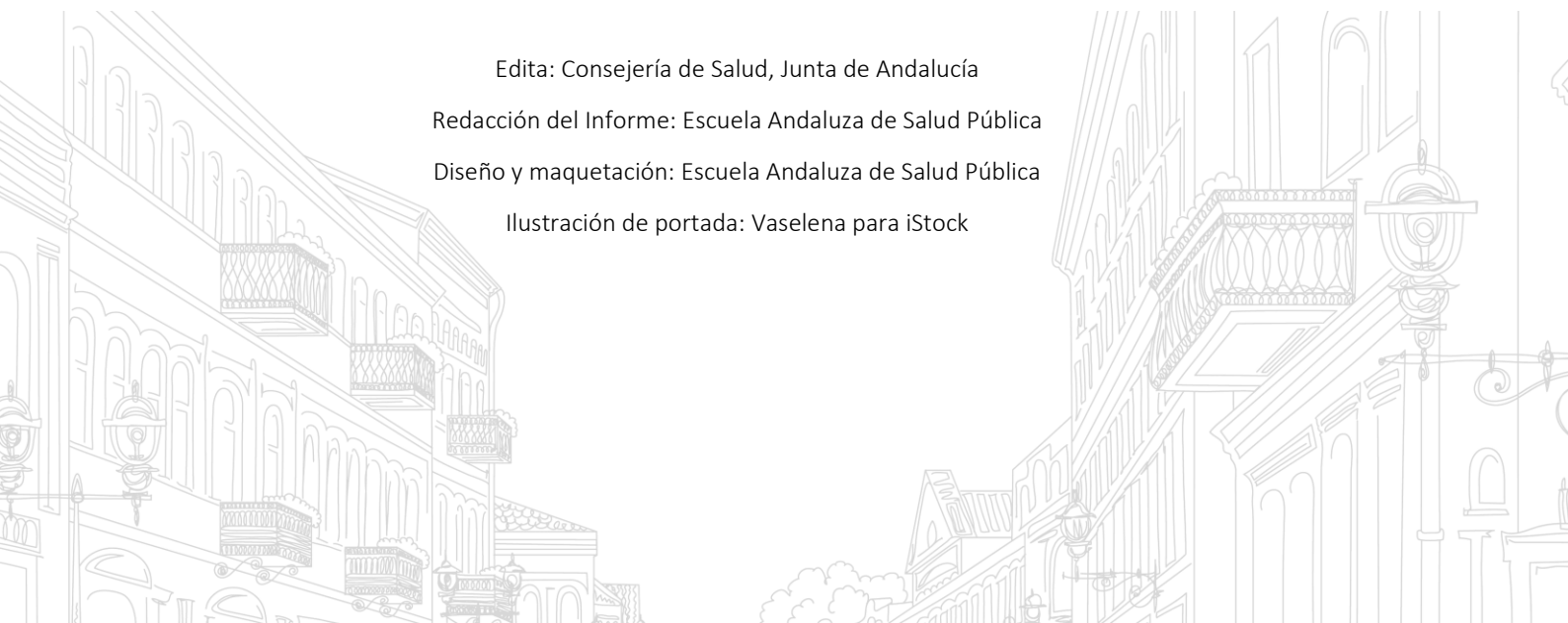


Edita: Consejería de Salud, Junta de Andalucía

Redacción del Informe: Escuela Andaluza de Salud Pública

Diseño y maquetación: Escuela Andaluza de Salud Pública

Ilustración de portada: Vaselena para iStock



Informe Salud y Género en Andalucía 2018



Equipo de trabajo

María del Mar García Calvente (Coordinación)

María del Río Lozano

Gracia Maroto Navarro

Carmen Sánchez-Cantalejo Garrido

Emilia Fernández Ruiz

Escuela Andaluza de Salud Pública

Índice

INTRODUCCIÓN.....	7
RESUMEN EJECUTIVO.....	10
Introducción	10
Objetivos	10
metodología	11
principales resultados	12
Sobre las desigualdades de género en los determinantes sociales de la salud.....	12
Determinantes estructurales de la salud	12
Hábitos de vida relacionados con la salud	16
Sobre las diferencias y desigualdades de género en el estado de salud	18
Mortalidad	18
Salud percibida.....	19
Calidad de vida relacionada con la salud	20
Morbilidad diferencial.....	20
Discapacidad	23
Accidentabilidad	24
Salud sexual	24
Violencia de género	26
Sobre las desigualdades de género en la atención sanitaria	27
Cobertura y acceso a los servicios sanitarios	27
Promoción de la salud.....	27
Prevención de la enfermedad.....	27
Atención sanitaria	28
Consumo de medicamentos	29
1. MARCO TEÓRICO	30
1.1. Modelos explicativos de las diferencias y desigualdades en la salud de las mujeres y los hombres.....	31
1.2. Género como determinante de la salud	33
1.3. Masculinidades y salud	35
1.4. Patrones diferenciales de la salud de mujeres y hombres.....	37
1.5. La equidad de género en la atención a la salud	38
2. OBJETIVOS	41
3. METODOLOGÍA.....	43
3.1. Diseño y ámbito de estudio	43
3.2. Indicadores.....	43
3.3. Recogida de datos y fuentes de información.....	44
3.3.1. Identificación de datos en fuentes secundarias	45
3.3.2. Fuente de datos primarios: Encuesta Andaluza de Salud 2015.....	46
3.4. Análisis y presentación de los datos	47
3.5. Dimensiones y subdimensiones que se presentan en este informe.....	48
4. DESIGUALDADES DE GÉNERO EN LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD EN ANDALUCÍA	50
4.1. Determinantes estructurales de la salud	51

4.1.1.	Mujeres y hombres en Andalucía: la estructura sociodemográfica	51
4.1.2.	Estructura de los hogares	59
4.1.3.	La desigualdad en el acceso a la educación	61
4.1.4.	La desigualdad en el acceso a los recursos económicos: empleo, renta y pensiones	63
4.1.5.	Trabajo reproductivo, conciliación y corresponsabilidad	73
4.1.6.	Lugar de residencia: condiciones medioambientales y sociales del entorno	83
4.1.7.	Empoderamiento y toma de decisiones: participación política y económica	86
4.1.8.	Índice de desigualdad de Género en Andalucía: una medida sintética de la desigualdad	88
4.2.	Hábitos y conductas relacionadas con la salud	90
4.2.1.	Consumo de tabaco	91
4.2.2.	Consumo de alcohol	94
4.2.3.	Actividad física, alimentación y descanso	97
5.	DESIGUALDADES DE GÉNERO EN EL ESTADO DE SALUD EN ANDALUCÍA	105
5.1.	La paradoja de la mortalidad	105
5.1.1.	Brechas de género en mortalidad	105
5.1.2.	Brecha de género en esperanza de vida	109
5.1.3.	Diferencias y similitudes en las causas de muerte	111
5.1.4.	Diferencias de género en la mortalidad evitable y prematura	114
5.2.	La vida de las mujeres parece ser menos saludable que la de los hombres	118
5.2.1.	Brechas de género en salud percibida	118
5.2.2.	Calidad de vida relacionada con la salud	128
5.3.	Morbilidad diferencial y brecha de género en padecimientos crónicos	137
5.3.1.	Morbilidad informada	137
5.3.2.	Morbilidad atendida	146
5.3.3.	Diferencias de género en patologías específicas	149
5.4.	Discapacidad, dependencia y cuidados	181
5.4.1.	Brechas de género en discapacidad	181
5.4.2.	Esperanza de vida libre de discapacidad	185
5.4.3.	Brechas de género en la recepción de cuidados	186
5.5.	Accidentabilidad	191
5.6.	Salud sexual	194
5.6.1.	Actitudes, hábitos sexuales y anticoncepción	195
5.6.2.	Interrupción voluntaria del embarazo	204
5.6.3.	VIH/Sida y otras ITS	206
5.7.	Violencia y maltrato	209
6.	DESIGUALDADES DE GÉNERO EN LA ATENCIÓN SANITARIA EN ANDALUCÍA	213
6.1.	Cobertura y acceso a los servicios sanitarios	213
6.2.	Promoción de salud	217
6.3.	Prevención de la enfermedad	220
6.4.	Atención sanitaria	224
6.4.1.	Atención Primaria	226
6.4.2.	Atención Urgente	228
6.4.3.	Atención Hospitalaria	231
6.4.4.	Atención a la Salud Mental	235
6.4.5.	Atención a la Salud Reproductiva	237
6.5.	Consumo de medicamentos	241

7.	CONCLUSIONES	247
	Sobre las desigualdades de género en los determinantes sociales de la salud	247
	sobre las diferencias y desigualdades de género en el estado de salud	249
	sobre las desigualdades de género en la atención sanitaria	254
8.	RECOMENDACIONES	257
8.1.	Recomendaciones transversales.....	257
8.2.	Recomendaciones de los determinantes sociales de la salud	259
8.3.	Recomendaciones específicas del bloque de estado de salud	261
8.4.	Recomendaciones específicas del bloque de atención sanitaria	265
9.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	267
10.	ANEXO	279
	Anexo 1. Fuentes de información consultadas	279
	A.1.1. Fuentes de Información Estatales y Supraestatales.....	279
	A.1.1.1. Fuentes de datos de salud	279
	A.1.1.2. Fuentes de datos no específicas de salud.....	280
	A.1.1.3. Violencia de Género	280
	A.1.2. Fuentes de información autonómicas.....	281
	A.1.2.1. Fuentes de datos de salud	281
	A.1.2.2. Población	282
	A.1.2.3. Violencia de Género	282
	Índice de Tablas.....	283
	Índice de Gráficos.....	287



INTRODUCCIÓN

En este informe se presentan los resultados del proyecto [Análisis de situación de las desigualdades de género en salud en Andalucía](#), encargado por la Secretaría General de Salud Pública (Consejería de Salud de la Junta de Andalucía) a la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP). El principal objetivo del proyecto es describir y analizar la situación de salud de mujeres y hombres adultos identificando las principales diferencias y desigualdades de género en salud y sus determinantes sociales en Andalucía.

Son importantes las diferencias en los problemas de salud que enfrentan mujeres y hombres. Las mujeres tienen mayor esperanza de vida porque tienen ventajas biológicas y de comportamiento. Ahora bien, éstas quedan aminoradas por razones de género, reflejándose en una menor salud y peor calidad de vida a lo largo del ciclo vital.

El acceso de las mujeres a los recursos sanitarios en igualdad de condiciones que los hombres, y una atención sanitaria libre de discriminación y sesgos de género, resulta aún hoy una asignatura pendiente. Según el Informe de “Las mujeres y la salud” de la Organización Mundial de la Salud (2009) “no deja de ser paradójico que los sistemas de salud con frecuencia desatiendan las necesidades de las mujeres a pesar de que estas contribuyen mucho a mejorar la salud mediante su función como cuidadoras principales de la familia y también como prestadoras de asistencia sanitaria en los sectores formal e informal. Las mujeres, que constituyen la columna vertebral del sistema sanitario, raras veces están representadas en los puestos ejecutivos o de gestión; más bien tienden a concentrarse en los empleos con sueldos bajos y expuestas a mayores riesgos de salud ocupacional. Su función como prestadoras informales de asistencia sanitaria en el hogar o la comunidad no suele recibir apoyo, reconocimiento ni remuneración”.

Los procesos de salud-enfermedad y de atención sanitaria que viven hombres y mujeres, son diferentes, y tales diferencias no están ligadas exclusivamente a la biología. Estas diferencias, en la medida en que se explican por factores sociales, y especialmente a través de los roles y estereotipos de género, resultan en desigualdades de salud injustas y evitables.

Las pautas de la socialización de género suponen para las mujeres la asunción de roles de cuidado y trabajo del hogar, un determinado equilibrio y ajuste del desempeño laboral (si lo hay, en el mejor de los casos), una menor dedicación al ocio y descanso, y una suma de situaciones de sobrecarga física y emocional, que impacta de forma significativa en su salud. También los hombres se ven afectados por unos roles de género que condicionan su autovaloración personal al desempeño laboral, al triunfo económico, y a la sustentación del poder de decisión en diferentes esferas de su vida. Estas restricciones dictadas por la forma de entender tradicional

la construcción de la masculinidad, junto a la limitación para expresar emociones, se refleja también en la salud de ellos mediante el padecimiento de determinados problemas de salud física y mental, y en una elevada exposición a conductas de riesgo para su salud.

Desde las políticas públicas resulta necesario revisar de forma continuada la situación de desigualdad entre la salud de las mujeres y de los hombres, tratando de identificar las principales inequidades como herramienta fundamental para tomar decisiones y desarrollar estrategias a favor de la equidad de género en salud.

Mediante un examen de datos recogidos de fuentes primarias y secundarias, y avanzando más allá de la desagregación por sexo, se pretende con este proyecto la realización de un análisis de género tanto de los determinantes sociales, como de los resultados en salud de la población adulta andaluza.

El primer capítulo de este informe plantea el marco teórico del que partimos para analizar las diferencias y desigualdades de género en salud. En este capítulo se definen elementos conceptuales, como los de sexo, género, diferencia y desigualdad, igualdad y equidad, así como los conceptos de exposición y vulnerabilidad diferencial. Para nuestro análisis hacemos propio el modelo de los determinantes sociales de la salud impulsado por la OMS, en el que la contribución de la biología (ligada al concepto de sexo) es solo una parte del complejo entramado de factores (muchos de ellos ligados al género) que determinan la situación de salud de las personas y de las poblaciones. Partimos específicamente del modelo para explicar el papel del género como determinante de la salud propuesto por la Women and Gender Equity Knowledge Network, en su informe para la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS (Sen y Östlin, 2007). El modelo plantea, en primer lugar, que el género se vincula con diferentes determinantes estructurales que afectan a la salud, a corto, medio y largo plazo. Elementos como la posición social, la educación, el empleo o las desigualdades de poder, forman parte de estos determinantes estructurales de género. En segundo lugar, el género es una categoría que ordena valores, normas, prácticas y comportamientos que afectan a la exposición y vulnerabilidad a diferentes factores de riesgo. En tercer lugar, el ordenamiento social de lo masculino y femenino se refleja en unos sistemas de salud que introducen sesgos de género. Las mujeres y los hombres reciben una atención sanitaria desigual, que puede hacerse patente en un diagnóstico insuficiente o excesivo en ciertas enfermedades y afecciones. En este marco teórico se hace especial énfasis en dos elementos transversales a todo el análisis: la importancia de la interseccionalidad como parte integral del análisis de género y la consideración del género como concepto relacional que se refiere no solo a la salud de las mujeres, sino a la interrelación entre mujeres y hombres. En este último aspecto es importante hablar de cómo los modelos de masculinidad hegemónicos afectan a la salud, no solo de las mujeres, sino también de los hombres.

En el segundo capítulo se definen los objetivos del proyecto, que son los siguientes: 1) Describir la situación de salud de mujeres y hombres adultos en Andalucía identificando las principales desigualdades de género en salud; 2) Analizar los determinantes sociales de las desigualdades en salud identificadas, utilizando para ello un enfoque de género e interseccionalidad y 3) Analizar el cambio temporal de determinadas brechas de género en salud, previamente seleccionadas, a partir de las fuentes que estén disponibles.

En el capítulo tercero se describe la metodología utilizada. Este proyecto se ha desarrollado principalmente a partir del análisis de datos obtenidos de fuentes secundarias de información, en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Andalucía. Para cada indicador, se han utilizado los datos más actualizados disponibles dentro del periodo de los últimos diez años. Para los datos que no ha sido posible recoger mediante fuentes secundarias o que por motivos de actualidad de los mismos fuera

recomendable recurrir a datos primarios, se ha realizado una explotación específica de la Encuesta Andaluza de Salud correspondiente al año 2015.

El cuarto capítulo está dedicado a presentar los resultados del análisis de las desigualdades de género en los determinantes sociales de la salud. En este apartado se abordan, en primer lugar, los determinantes estructurales, incluyendo elementos demográficos, estructura de los hogares, educación, acceso al empleo y a los recursos económicos, el trabajo reproductivo y de cuidados, entorno ambiental y social, y empoderamiento y toma de decisiones. Por último, se presentan algunos índices de desigualdad de género en nuestro entorno. En segundo lugar, se presentan datos sobre las desigualdades de género en los hábitos de vida, como determinantes intermedios de la salud. Específicamente se abordan el consumo de tabaco y de alcohol, la actividad física, la alimentación, el tiempo de ocio y el descanso.

En el quinto capítulo se analizan las diferencias y desigualdades de género en el estado de salud de las mujeres y los hombres en Andalucía. Se presentan datos sobre mortalidad y esperanza de vida, salud percibida, calidad de vida relacionada con la salud, morbilidad diferencial (específicamente en condiciones crónicas) y diferencias de género en algunas patologías seleccionadas que, por sus características, revisten una especial importancia desde el enfoque de género. Se abordan de manera específica, las situaciones de discapacidad y dependencia, la accidentabilidad, la salud sexual y la violencia contra las mujeres.

El sexto capítulo aborda las desigualdades de género en la atención a la salud. Se analizan aspectos como la cobertura y accesibilidad a los servicios sanitarios, los servicios de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad, y la atención sanitaria en los diferentes niveles (atención primaria, atención urgente y atención hospitalaria). Se tratan de manera específica la atención a la salud mental y a la salud reproductiva. Finalmente se abordan las diferencias y desigualdades de género en el consumo de medicamentos. En este apartado se hace especial énfasis en los sesgos de género en la atención desde los servicios de salud, que se aborda de forma transversal.

Los capítulos séptimo y octavo están dedicados a las conclusiones y recomendaciones, sobre todo dirigidas a la elaboración de una futura estrategia para el abordaje de las desigualdades de género en salud en Andalucía.

Finalmente, se incluye la bibliografía consultada y las fuentes de información utilizadas.

RESUMEN EJECUTIVO

Introducción

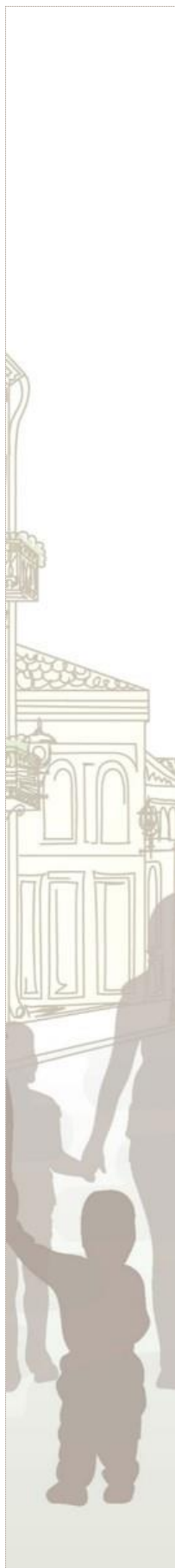
Entendemos por desigualdades de género en salud aquellas disparidades en materia de salud entre mujeres y hombres, que son sistemáticas, innecesarias, evitables e injustas (Braveman, 2006). Las desigualdades de género conllevan distintas oportunidades para gozar de la salud, al condicionar la mortalidad, la vulnerabilidad a enfermar, la carga de enfermedad y discapacidad, y el acceso y la calidad de la atención sanitaria.

En este informe partimos del modelo de los determinantes sociales de la salud impulsado por la OMS, que sostiene que la contribución de la biología solo es una parte del complejo entramado de factores que determinan la situación de salud de las personas y de las poblaciones, estando muchos de estos factores ligados al género. Específicamente, nos basamos en el modelo que explica el papel del género propuesto por la Women and Gender Equity Knowledge Network, en su informe para la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS (Sen y Östlin, 2007). Este modelo vincula el género con diferentes determinantes estructurales que a corto, medio y largo plazo afectan a la salud, como son la posición social, la educación, el empleo o las desigualdades de poder. Además, el modelo entiende el género como una categoría que ordena valores, normas, prácticas y comportamientos que afectan a la exposición y vulnerabilidad a diferentes factores de riesgo. Por último, el modelo explica cómo el ordenamiento social de lo masculino y femenino se refleja en unos sistemas de salud que introducen sesgos de género, lo que hace que las mujeres y los hombres reciban una atención sanitaria desigual. En el marco teórico que sustenta este informe se hace especial énfasis en dos elementos que se han incluido de manera transversal en todo el análisis: la importancia de la interseccionalidad, como una parte integral del análisis de género, y la consideración del género como un concepto relacional que no solo se refiere a la salud de las mujeres, sino a la interrelación entre las mujeres y los hombres y al modo en que los modelos tradicionales de masculinidad afectan tanto a la salud de las mujeres como de los hombres.

OBJETIVOS

Los objetivos del proyecto son los siguientes:

1. Describir la situación de salud de mujeres y hombres adultos en Andalucía identificando las principales desigualdades de género en salud.
2. Analizar los determinantes sociales de las desigualdades en salud identificadas, utilizando para ello un enfoque de género e interseccionalidad.



3. Analizar el cambio temporal de determinadas brechas de género en salud, previamente seleccionadas, a partir de las fuentes disponibles.

METODOLOGÍA

Para alcanzar estos objetivos, se ha realizado un análisis de datos obtenidos desde la última Encuesta Andaluza de Salud (EAS 2015) (Sanchez-Cruz, Mayoral y García, 2018) y también desde fuentes secundarias, en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Andalucía. Para cada indicador, se han utilizado los datos más actualizados disponibles dentro del periodo de los últimos diez años.

Para la propuesta inicial de contenidos se han consultado documentos clave y se han revisado distintos planes y estrategias en salud en Andalucía, así como informes sobre la salud de mujeres y hombres en otras regiones y en la Unión Europea. La propuesta se ha organizado en torno a tres grandes apartados: (1) Desigualdades de género en los determinantes sociales de la salud, (2) Desigualdades de género en el estado de salud y (3) Desigualdades de género en la atención sanitaria. Véase el listado de dimensiones analizadas en cada apartado en el Cuadro 2. Los indicadores identificados para cada dimensión, se han adaptado durante el proceso de elaboración del informe, en función de la disponibilidad de datos encontrados.

Se han manejado todo tipo de fuentes que tuvieran información oficial sobre las dimensiones seleccionadas: bancos de datos, observatorios, estadísticas, informes, memorias, encuestas, planes, legislación y evaluaciones. Se han consultado fuentes tanto a nivel autonómico (Andalucía), como a nivel nacional y europeo. La mayoría de las fuentes de información consultadas proceden de organismos públicos y oficiales, pero también se han revisado datos de sociedades científicas. Se puede consultar el listado completo de fuentes en el Anexo 1.

Para seleccionar los datos o indicadores a incluir, se han establecido los siguientes criterios mínimos de inclusión: que estuvieran desagregados por sexo y que contaran con un nivel de agregación autonómico. En el caso de que existieran varias fuentes disponibles para un mismo indicador, se han priorizado aquellas que ofrecieran los datos más actualizados, que contaran con desagregación provincial y que dispusieran de series temporales para conocer la evolución.

En el caso de los datos o indicadores que se extraen de las encuestas de salud, se han revisado las encuestas cuyos datos estaban disponibles en fuentes secundarias (es decir, en tablas o informes ya elaborados). En el caso de la Encuesta Andaluza de Salud (EAS), estos datos estaban disponibles hasta la EAS 2011. Para los datos procedentes de encuesta de los que pudiera encontrarse una fuente secundaria más reciente, se ha seleccionado esta, aunque no sea de nivel autonómico. Este es el caso de la Encuesta Nacional de Salud 2011-2012, que presenta datos desagregados por sexo y por otras variables de interés disponibles, como la edad, y de la Encuesta Europea de Salud, que presenta datos más recientes, hasta 2014.

Se han seleccionado algunos indicadores que, por motivos de su ausencia en fuentes secundarias o cuando no estaban suficientemente actualizados en estas fuentes, se han extraído mediante la explotación primaria de la Encuesta Andaluza de Salud de 2015.

La población de estudio está constituida por todas las personas mayores de 15 años no institucionalizadas residentes en Andalucía. En esta encuesta se aplicaron 6.569 entrevistas personales, de las cuales 3.338 fueron mujeres (50,8%) y 3.231 fueron hombres (49,2%).

Para cada una de las variables seleccionadas de la encuesta, se han calculado las estimaciones puntuales, errores estándares e intervalos de confianza según los pesos de diseño. En todas las variables se han obtenido los resultados para hombres y para mujeres. Para las variables cuantitativas se han calculado las medias y las desviaciones estándar, y para las cualitativas, se han calculado las frecuencias y los porcentajes. Cada una de las cualitativas se ha cruzado con el sexo en tablas de contingencia, ofreciendo también el estadístico Chi-cuadrado y su significación para conocer la asociación entre ambas variables.

Además, se han calculado los resultados de algunos indicadores estratificando por la edad, nivel educativo, hábitat, situación laboral, país de nacimiento y participación en los cuidados.

El análisis estadístico se ha realizado con el software libre R utilizando el paquete survey teniendo en cuenta el diseño muestral de la EAS 2015. En este proyecto se han calculado los datos en términos de tasas (en mujeres y en hombres), brechas de género, porcentajes y números absolutos. Los apartados de resultados se presentan con tablas de datos y representaciones gráficas comentadas.

PRINCIPALES RESULTADOS

SOBRE LAS DESIGUALDADES DE GÉNERO EN LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

Determinantes estructurales de la salud

El envejecimiento poblacional está afectando más a las mujeres

Asistimos a un importante envejecimiento poblacional, motivado entre otras causas por el descenso de la natalidad y el aumento de la esperanza de vida. El envejecimiento es mayor entre las mujeres que entre los hombres. La pirámide poblacional andaluza se encuentra en sintonía con las que se registran en España en su conjunto y en la mayoría de países europeos. España es actualmente uno de los países con mayor proporción de personas mayores (Colombo et al., 2011). Se estima que Europa perderá 9 millones de menores de 14 años entre 2010 y 2050, y ganará simultáneamente 35 millones de personas mayores de 80 años, personas que en su mayor parte presentarán enfermedades crónicas y situaciones de discapacidad, y que requerirán cuidados (Durán, 2012).

La mayor esperanza de vida y el descenso de la natalidad: factores clave del aumento de la demanda de cuidados

Aunque es ligeramente superior a la media nacional, el número de hijos por mujer ha descendido en Andalucía en la última década. También se ha producido un aumento de la edad media de la maternidad. Estas tendencias responden en gran parte a la dificultad de las mujeres de hacer compatibles su maternidad con las actividades laborales, sociales y políticas, ante la falta de una corresponsabilidad en los cuidados entre hombres y mujeres y de medidas efectivas de conciliación que impliquen a ambos sexos. Esta baja natalidad se ha intensificado en las zonas rurales, a causa de los procesos migratorios protagonizados por los segmentos más jóvenes.

En la fecundidad global tiene un peso relevante la aportación de las mujeres nacidas en el extranjero, que son madres a una edad más temprana y tienen un mayor número medio de hijos por mujer. Se ha multiplicado por 1,2 el número de mujeres extranjeras residentes en Andalucía en la última década, y éstas se encuentran, en su mayoría, en edad fértil.

El descenso de la natalidad global y el aumento de la esperanza de vida son los dos factores clave que sustentan el progresivo envejecimiento global de la población. No obstante, hay un hecho muy relevante asociado a esta tendencia regresiva, que es la del aumento de las necesidades de cuidados de larga duración. Así como las técnicas de control de la natalidad permiten aplazar la maternidad y restringir el número de hijos, la necesidad de cuidados no es programable y resulta un factor muy difícil de gestionar, ya que sigue recayendo de manera muy desproporcionada sobre las familias, y especialmente, sobre las mujeres.

Los cambios demográficos y sociales sustentan la actual crisis de los cuidados

El aumento de la demanda de cuidados de larga duración, junto con la disminución de la población en disposición de cuidar, nos sitúa ante una “crisis de los cuidados”. El incremento de las situaciones de dependencia vinculadas a la vejez y a la discapacidad, ha coincidido con otros factores sociales y culturales. La presencia masiva de mujeres en el mercado de trabajo, cambios en los modelos familiares y en los roles e identidades de género, han contribuido a la radical transformación social de las mujeres. Se han transformado las estructuras tradicionales en que se basaban los cuidados, asentadas en el papel socialmente atribuido a las mujeres en el hogar. Sin embargo, su incorporación a otras esferas no se ha visto acompañada de una incorporación similar de los hombres a las responsabilidades y tareas asociadas al espacio doméstico.

Las tensiones generadas por el aumento de la demanda de cuidados y la ausencia de una corresponsabilidad para atender esta demanda, se han resuelto en gran medida mediante la externalización de los cuidados en un contexto de globalización, especialmente con la contratación generalizada de cuidadoras extranjeras.

La crisis de los cuidados profundiza las desigualdades sociales. Genera una reproducción estratificada. Las tareas de reproducción física y social se asientan en jerarquías de clase, raza, etnicidad y género, y se sitúan en una economía global y en contextos migratorios. Las mujeres de clases más privilegiadas externalizan el cuidado en otras mujeres, a las que contratan. Las mujeres contratadas, que son en gran parte inmigradas, pasan a inscribirse en las llamadas “cadenas globales de cuidados”, debiendo dejar el cuidado de sus propios hijos e hijas a cargo de otras mujeres en sus países de origen para asumir aquí un empleo que no deja de ser precario. También se agudizan las desigualdades de clase entre las propias mujeres autóctonas, al ser aquellas con menor posición socioeconómica quienes se ven más forzadas a asumir los cuidados en soledad, con mayores efectos en su salud y su calidad de vida, y con elevados costes de oportunidad laborales y sociales.

Hogares unipersonales y mujeres mayores viviendo solas: un colectivo en aumento con especial vulnerabilidad

Las mujeres encabezan principalmente los hogares unipersonales andaluces, de manera similar a lo que ocurre en el contexto nacional. Esto ocurre principalmente en las edades avanzadas, de más de 64 años. A estas edades, son muchas más las mujeres que viven solas que los hombres que lo hacen. Esto se debe a cambios culturales y sociales y a transformaciones demográficas y económicas. La mayor esperanza de vida de las mujeres, el descenso de la natalidad y la reducción del tamaño familiar son algunos de los factores que explican que cada vez más mujeres se encuentren en esta situación.

Las mujeres mayores que viven solas son un colectivo social vulnerable, asociado a un mayor riesgo de enfermedades y de aislamiento social, y a unos menores niveles de bienestar psicológico, satisfacción personal y calidad de vida percibida.

Las mujeres alcanzan un mayor nivel educativo que no se traduce en mejores condiciones laborales

El nivel educativo de las mujeres en nuestro contexto ha ido en aumento en las últimas décadas, hasta alcanzar una posición igualitaria con respecto a los hombres en determinadas edades, al menos en lo que se refiere al acceso a la educación y a la finalización de estudios superiores. Es necesario tener en cuenta la especial vulnerabilidad de las mujeres mayores, cuyo acceso a la educación dista mucho de los avances producidos en la población joven.

No obstante, este avance no se ha traducido en una equidad similar en el acceso al mercado laboral ni en mejores condiciones de trabajo para las mujeres. En esta esfera, las mujeres continúan estando infrarrepresentadas e infravaloradas, algo que podría estar relacionado con la mayor participación que siguen teniendo en el ámbito reproductivo, el de los cuidados y el trabajo del hogar, así como la falta de medidas de conciliación verdaderamente equitativas y de otras políticas y recursos que favorezcan la corresponsabilidad en los cuidados.

Las mujeres están infrarrepresentadas dentro de la población activa

Al igual que ocurre en el contexto nacional, las mujeres andaluzas están infrarrepresentadas dentro de la población activa. En ambos niveles, autonómico y nacional, durante los años más intensos de la crisis, se redujo la brecha de género (BG) de la población ocupada, pero no porque aumentara el empleo en las mujeres, sino porque disminuyó en los hombres. A partir de 2013 se ha ralentizado el paro en ambos sexos, pero más en los hombres, lo que ha provocado un nuevo aumento de la brecha de género en el empleo. La participación en las tareas domésticas y los cuidados es el principal motivo por el que las mujeres sin trabajo remunerado no buscan empleo. Para los hombres, el principal motivo es el cobro de una pensión de jubilación o prejubilación. Las desigualdades son también importantes en cuanto a las características del empleo de las mujeres y de los hombres.

La doble presencia y la dificultad para conciliar ámbito laboral y familiar producen riesgos para la salud de las mujeres

Las mujeres tienen más empleos con jornada parcial y más contratos temporales que los hombres. Existen evidencias de que este hecho está directamente relacionado con su participación en los cuidados, que continúa siendo un rol que desempeñan mayoritariamente ellas. La doble jornada o doble presencia es un aspecto de suma importancia para la salud de las mujeres, ya que está mucho más presente en la vida de las mujeres que en la de los hombres (Balbo, 1978; Artazcoz et al., 1999; Carrasquer 2009; Estevan et al., 2014). Aproximadamente el 90% de mujeres que trabajan fuera de casa también lo hacen dentro, y esto repercute directamente sobre su salud física y psicosocial, siendo los síntomas más frecuentes el estrés, la ansiedad, la depresión y los problemas osteomusculares (Ramos, 2008). Una mayor proporción de mujeres que de hombres perciben su salud como mala o muy mala cuando se realizan estudios entre la población ocupada (Artazcoz, Borrell y Benach, 2001). Los efectos en la salud derivados de la doble presencia se agudizan en las clases sociales menos privilegiadas, donde existen menos posibilidades de contar con ayuda doméstica pagada.

El concepto de la doble jornada nos lleva irremediablemente al de la conciliación de la vida laboral, familiar y personal, en el que todavía queda una gran andadura para alcanzar la igualdad. La conciliación es más difícil para las mujeres que para los hombres, al acumular ellas una doble jornada en mucha más proporción que ellos. Los permisos por paternidad que disfrutaban los hombres han aumentado en los últimos años, pero siguen siendo insignificantes las medidas de conciliación que solicitan y disfrutaban los hombres para el cuidado de hijos e hijas.

Las mujeres tienen menor nivel de renta y mayor riesgo de pobreza que los hombres

El mayor riesgo de pobreza de las mujeres no solo se asocia a la dimensión laboral, sino que influyen muchos otros factores. Por ejemplo, es clave también en la feminización de la pobreza el incremento de la población de mujeres mayores, muchas de las cuales solo reciben pensiones de viudedad y no contributivas y tienen pocos recursos para sobrevivir con independencia. También afectan los cambios en los modelos familiares, sobre todo por el crecimiento de familias monoparentales que tienen al frente una mujer, que con frecuencia se enfrenta a condiciones económicas precarias. Las personas pobres mueren más jóvenes y sufren mayores discapacidades, están expuestas a riesgos más elevados como consecuencia de unas condiciones de vida poco saludables, tanto en los hogares como en los lugares de trabajo. Además, cuando enferman tienen una recuperación más lenta, especialmente si su acceso a los servicios de salud es limitado, y esto ocurre frecuentemente. A los riesgos para la salud derivados de la pobreza se unen los efectos derivados de las inequidades de género (Banco Mundial 1993 y 2018, OMS 2015).

El trabajo doméstico y de cuidados: un trabajo invisible y con mayores costes para la salud y la calidad de vida de las mujeres

Las mujeres han sido socializadas en la ética de los cuidados, para dedicarse en mayor medida a “los demás” más que a sí mismas, mientras que los hombres han recibido una socialización más basada en su propio desarrollo personal, profesional y social. La división sexual del trabajo sigue plenamente vigente en la actualidad, siendo las mujeres quienes principalmente se siguen encargando del trabajo que tiene lugar en el interior de los hogares.

Las mujeres, principalmente las que se encuentran en edades centrales de la vida y en posiciones socioeconómicas menos privilegiadas, constituyen el principal perfil de las personas con mayor participación en el trabajo doméstico y los cuidados. Los hombres de mayor edad y los que cuentan con mayor nivel socioeconómico participan más en este ámbito.

Este rol tradicional femenino juega en detrimento de la salud de las mujeres, que carecen de espacios y recursos tangibles e intangibles para su propio desarrollo personal y disfrute, así como de una capacidad real de elección en los cuidados muy limitada. Esto se ve agravado en determinadas circunstancias personales relacionadas con la posición socioeconómica o el hábitat en el que se resida, que pueden llegar a anular por completo la capacidad de elección de las mujeres ante el cuidado. La literatura muestra claras evidencias en los mayores costes que conllevan los cuidados para las mujeres, en todas las dimensiones de su vida, tanto en términos de calidad de vida y de salud física y emocional, como en las oportunidades en el empleo y en el desarrollo profesional y económico, en las relaciones sociales y familiares, o en la disponibilidad de tiempo propio. Todo ello se traduce en consecuencias en el deterioro de su salud a nivel integral (del Río-Lozano, 2014; del Río-Lozano et al. 2013; García-Calvente y del Río-Lozano 2013; García-Calvente, del Río-Lozano y Marcos-Marcos, 2011).

La conciliación del ámbito productivo y reproductivo: un difícil encaje para las mujeres

Todavía son pocos los hombres que compaginan su trabajo con las labores domésticas, mientras que una inmensa mayoría de las mujeres trabajadoras lo hacen, gran parte de ellas a costa de reducir sus jornadas de trabajo remunerado o aceptar empleos más precarios que les permitan balancear ambas esferas en el corto plazo. Sin embargo, a medio y largo plazo este tipo de medidas se traducen en una menor valoración social, menor salario, menores posibilidades de promoción en la empresa y posteriormente, unas pensiones más reducidas que las de los hombres. Todo esto redunda en la

precarización de la vida de las mujeres en la vejez, además de que perpetúa los roles de género y dificulta la superación de las desigualdades en salud que conllevan.

El género interacciona con determinantes ambientales de la salud

La mayor parte de los problemas medioambientales y de seguridad del entorno que se han analizado han mostrado brechas de género desfavorables para las mujeres. Los determinantes ambientales de la salud se superponen con los determinantes sociales y de género, con consecuencias específicas para las mujeres (OMS 2016a).

El lugar en el que se reside influye en el desarrollo de patrones de comportamiento y conductas de riesgo diferenciales en función del sexo, y también dentro de cada sexo. Por ejemplo, vivir más o menos lejos de núcleos urbanos puede influir en la proximidad o lejanía para acceder a los servicios sanitarios, a la información o a determinadas tecnologías. Es necesario también valorar la disponibilidad de redes de apoyo social, que supone un importante factor protector de la salud. El aislamiento y la soledad a la que pueden verse sometidos hombres y mujeres en función de su entorno de socialización pueden ser también importantes factores a determinar en casos como los cuidados de personas dependientes o la violencia de género. Las relaciones sociales, la distribución de los tiempos, el tipo de trabajo desarrollado, las prácticas de cuidado y de autocuidado, la asunción de estereotipos y roles tradicionales de género, la escasa capacidad de elección para no asumir los roles asignados, etc. pueden llegar a variar mucho dependiendo del lugar de residencia, entre los hombres y las mujeres, entre las propias mujeres y entre los propios hombres, influyendo en la salud de manera diferencial.

Las mujeres están infrarrepresentadas en los puestos de poder político y económico

Las brechas de género en puestos de representación política han sido, en los últimos años, menores a nivel autonómico que nacional, y también se ha producido un avance para las mujeres en Andalucía en cuanto a la representación en alcaldías. No obstante, el acceso a los puestos de responsabilidad política sigue siendo desigual y desfavorable para las mujeres. En el ámbito laboral, económico y científico, también continúa persistiendo un techo de cristal muy significativo, por el cual las mujeres están infrarrepresentadas en los puestos de dirección de las empresas y en la ciencia.

Hábitos de vida relacionados con la salud

Las mujeres y los hombres adoptan diferentes hábitos de vida influenciados por normas y roles de género

La adopción de hábitos de vida diferentes por mujeres y hombres está claramente influenciada por normas y roles de género socialmente establecidos, dando lugar a desigualdades en salud. Los resultados y la literatura apuntan a una relación directa entre los hábitos de vida, como el consumo de tabaco, de alcohol y otras drogas, la alimentación, el ejercicio físico y el descanso, y problemas muy prevalentes de salud, como son la obesidad, el cáncer, la diabetes o los problemas cardiovasculares.

El tabaquismo se reduce en los hombres y aumenta en las mujeres

En las últimas décadas, el tabaquismo ha descendido en los hombres al tiempo que ha aumentado en las mujeres, produciéndose una reducción drástica de la brecha de género. En la franja de edad de 30 a 44 años es cuando se da la mayor prevalencia de tabaquismo diario en las mujeres, y es cuando la brecha de género se muestra más reducida. La media de edad a la que se produce el inicio del

consumo de tabaco no ha variado significativamente en los últimos años. Las medias de edad de inicio en hombres y en mujeres en la última década son muy similares (16,1 y 16,7 años respectivamente). La brecha de género de quienes reciben consejo médico para abandonar el hábito es favorable a las mujeres, lo que significa que esta brecha se ha invertido respecto a años anteriores. El abandono del tabaquismo es superior en los hombres.

El consumo de alcohol ha aumentado entre las personas jóvenes, más entre los hombres que entre las mujeres

El consumo de alcohol ha aumentado en los últimos años, especialmente entre las personas jóvenes. Este consumo es mayor entre los hombres que entre las mujeres y la diferencia se acrecienta a medida que se trata de un consumo más reciente y habitual. La edad media de inicio al consumo de alcohol descendió en las mujeres de 2009 a 2011, si bien en 2015 volvió a aumentar ligeramente.

Especialmente preocupante son algunas variantes del botellón que consisten en un consumo excesivo de alcohol en muy breve espacio de tiempo. Son más las chicas que los chicos que se han llegado a emborrachar por un exceso de alcohol y lo han hecho a una edad más temprana que ellos. En general, podríamos señalar una mayor exposición de los chicos al consumo de alcohol, pero quizás una mayor vulnerabilidad en las chicas en cuanto a los efectos en la salud. La bibliografía documenta cómo el mayor consumo de alcohol y de otras drogas en los hombres se ha asociado a los estereotipos de la masculinidad hegemónica y una mayor socialización en conductas de riesgo, y cómo en los últimos años las mujeres han ido incorporando algunos de estos patrones de riesgo a las conductas relacionadas con su identidad de género.

Las mujeres realizan menos ejercicio físico que los hombres

Entre 1999 y 2015, la brecha de género en el sedentarismo en el trabajo o actividad habitual se ha reducido considerablemente, aunque sigue siendo desfavorable para las mujeres. Esto no se ha debido a que se haya modificado el sedentarismo en las mujeres, sino a que ha aumentado en los hombres, especialmente a partir de 2007, lo que podría asociarse al notable aumento del paro en los hombres en estos años. Tanto las mujeres como los hombres presentan más sedentarismo en las edades más tempranas y en las más avanzadas, respecto a los que se encuentran en las edades centrales. En el ámbito urbano, los hombres con sedentarismo en su trabajo superan a las mujeres.

Las mujeres también realizan menos actividad física que los hombres en el tiempo libre, tanto en Andalucía como en el contexto nacional. A medida que aumenta el nivel de estudios, se reduce notablemente el porcentaje de personas con sedentarismo, en ambos sexos. Las mayores brechas de género se dan en los niveles educativos inferiores. En el ámbito rural es donde existe una mayor brecha de género en el sedentarismo en el tiempo libre.

Las evidencias científicas aseguran que la realización de algún tipo de actividad física constituye un importante factor promotor de la salud, asociándose a una mejora de la calidad de vida y del bienestar físico y mental. También contribuye a prevenir patologías cardiovasculares, se asocia con una menor tendencia a la obesidad, al tabaquismo y al uso de servicios sanitarios.

Los hábitos saludables en actividad física y alimentación difieren entre mujeres y hombres

La actividad física y la alimentación son claves para prevenir enfermedades relacionadas con la obesidad y el sobrepeso, que actualmente es un problema de salud pública de primer orden en nuestro contexto. Las mujeres consumen en mayor medida algunos de los alimentos que se

consideran más saludables para un consumo diario, como las verduras o fruta fresca. Las mujeres y los hombres de ámbitos rural y semi-rural consumen más fruta fresca que los que residen en entornos urbanos, con brechas de género favorables a las mujeres en todos los contextos, tanto rural, como semi-rural y urbano. En las mujeres, el menor consumo de verdura a diario se registra en las menores de 30 años, y el mayor consumo se realiza en las mayores de 45 años. En ambos sexos se consume más verdura a diario cuando se han superado los estudios superiores y en los ámbitos rurales, con brechas de género favorables a las mujeres.

Aunque hombres y mujeres duermen las mismas horas, los hombres perciben más que las mujeres que descansan lo suficiente.

Los hábitos saludables deben comenzar en la infancia, y para ello, es necesario tener en cuenta los diferentes patrones y conductas que existen entre los niños y las niñas en hábitos como la actividad física, la alimentación y el sueño, así como entre los que cuentan con distinta posición social dentro de cada sexo.

SOBRE LAS DIFERENCIAS Y DESIGUALDADES DE GÉNERO EN EL ESTADO DE SALUD

Mortalidad

La paradoja de la mortalidad: Las mujeres viven más años, pero con peor salud

En Andalucía, las mujeres viven por término medio 5 años más que los hombres. Este fenómeno, similar a los países del entorno, ha sido denominado la “ventaja de la mortalidad” (OMS, 2015). Esta “ventaja”, medida a través de la brecha de género en la tasa de mortalidad general, ha ido reduciéndose durante los últimos años, y esta reducción se debe a la disminución más acusada de la mortalidad en hombres.

Este fenómeno también ha sido calificado como la “paradoja de la mortalidad”, ya que las mujeres viven muchos de estos años adicionales con peor salud: incluso en los países con mayor esperanza de vida de la Región Europea, las mujeres pasan al menos 12 años de su vida en mala salud (Bambra, 2009). Es un hecho conocido que la esperanza de vida al nacer es mayor en mujeres que en hombres, que esta brecha disminuye para la EV a los 65 años, y desaparece o incluso llega a invertirse cuando se trata de EV en buena salud. En Andalucía, las mujeres tienen 2 años menos de años de vida saludable al nacer que los hombres, y esta brecha es mayor que en el conjunto del estado.

Estos indicadores son un muy buen exponente de la paradoja, una de cuyas explicaciones es que los hombres mueren prematuramente por causas relacionadas con comportamientos de riesgo que tienen que ver con las normas, estereotipos y roles de género, que conforman la denominada masculinidad hegemónica.

Las normas, estereotipos y roles de género dibujan un perfil de mortalidad diferencial en mujeres y en hombres

El perfil de mortalidad diferencial se ejemplifica en el caso de Andalucía cuando analizamos las causas específicas de muerte más importantes en cada sexo. Las primeras causas de muerte en las mujeres andaluzas son las enfermedades cerebrovasculares, la insuficiencia cardíaca y otras enfermedades del

corazón. Mientras que en el caso de los hombres son los tumores de tráquea, bronquios y pulmón, las enfermedades cerebrovasculares y el infarto agudo de miocardio.

Además de los posibles determinantes ligados a la biología diferencial entre ambos sexos, se sabe es que las normas, estereotipos y roles de género, que conforman la forma de vivir y expresar la masculinidad, tienen que ver con una mayor mortalidad prematura en los hombres. Podría decirse que la masculinidad “tradicional” perjudica la salud, no solo de las mujeres, sino de los propios hombres, que se ven presionados socialmente para asumir comportamientos de riesgo para la salud. El perfil de las primeras causas de mortalidad, diferente en hombres y en mujeres, apunta en este sentido, ya que estas causas están ligadas a factores de riesgo y estilos de vida diferenciales por la socialización de género y la división sexual del trabajo.

La brecha de género en mortalidad prematura (medida en APVP) ha disminuido un 40% en los últimos 10 años en Andalucía, y la mayor contribución a esta reducción es atribuible a la reducción de la brecha en enfermedades circulatorias y en causas externas de mortalidad. Estas dos causas se ven afectadas sobre todo por estilos de vida y asunciones de riesgos que son más frecuentes en hombres, así que podría ocurrir que se esté incidiendo más en este tipo de factores que en otros que son más frecuentes en las mujeres.

Salud percibida

Los hombres mueren de sus enfermedades y las mujeres tienen que convivir con ellas

Aunque las mujeres viven en término medio más años que los hombres, su percepción subjetiva de la salud es peor que la de ellos. La salud percibida es un indicador clave del bienestar de las poblaciones, que a su vez es un buen trazador del progreso de una sociedad y de la calidad de vida a nivel individual. En Andalucía, como en los países del entorno, las mujeres declaran peor salud percibida que los hombres: el 76,6% de las mujeres adultas considera su salud como buena, mientras que lo hace un 83,6% de los hombres. Esta brecha de género va aumentando con la edad: la BG pasa de -2 puntos porcentuales en el grupo de 16 a 30 años, a -14 puntos en el grupo de 80 y más años. Hay que destacar que la brecha de género en salud percibida es ya evidente desde edades tempranas en la infancia y adolescencia. Los datos del Estudio HBSC en Andalucía (Moreno et al., 2016) muestran que existe una brecha de género de -3 puntos porcentuales en buena salud percibida en el conjunto del rango de edad de 11 a 18 años, y las diferencias van aumentando con la edad.

Las razones de la peor percepción de salud en las mujeres están sometidas a un amplio debate, aunque generalmente se acepta que este es un indicador de la mayor carga de enfermedad que soportan ellas. En general, los hombres presentan enfermedades más graves y fatales mientras que las mujeres acumulan problemas crónicos que repercuten en la valoración de su salud (Dirección General de Salud Pública, 2012). Algunas autoras lo han resumido con la expresión de que “los hombres mueren de sus enfermedades y las mujeres tienen que convivir con ellas”.

La percepción de la salud no es la misma en los distintos grupos de mujeres y de hombres. Además de la edad, otras características sociales marcan diferencias en salud percibida entre ambos sexos. Son las mujeres con estudios primarios, que viven en entornos rurales, que trabajan exclusivamente en el hogar y nacidas en España, las que presentan peores niveles de salud percibida. El análisis multivariante realizado para calcular el riesgo de mala salud percibida teniendo en cuenta el sexo y otros ejes de desigualdad, arroja un resultado relevante desde un punto de vista de género: una vez controladas las demás variables, ser mujer supone el doble de riesgo de percibir mala salud en

relación a ser hombre. También se pone de manifiesto que la dedicación exclusiva a tareas del hogar (al denominado trabajo reproductivo, realizado mayoritariamente por las mujeres) supone un mayor riesgo de mala salud percibida que estar en paro, y que cuidar en solitario supone un mayor riesgo que cuidar con ayuda.

Calidad de vida relacionada con la salud

La brecha de género en calidad de vida aumenta con la edad

La calidad de vida relacionada con la salud es peor en las mujeres que en los hombres, tanto en la dimensión física como en la mental, y la brecha de género en este indicador va aumentando con la edad. La peor salud y calidad de vida de las mujeres mayores es la culminación de los acontecimientos que se van sucediendo en etapas vitales más tempranas (OMS, 2016a). Los estereotipos de género en la juventud, los trabajos más precarios e informales en las edades medias de la vida, el coste de los cuidados, las carreras profesionales interrumpidas y la brecha de género salarial que se produce con la maternidad (Grimshaw y Rubery, 2015), condicionan una peor calidad de vida en las mujeres mayores. Además, las mujeres constituyen la mayoría de la población mayor, más a partir de los 80 años, y tienen mayor riesgo de pobreza en casi todos los países europeos, en especial aquellas mujeres mayores que viven solas (Rodrigues, Huber y Lamura, 2012). El envejecimiento se asocia también a mayores tasas de discapacidad, de tal forma que en Europa entre un 25 y un 50% de las mujeres mayores tienen limitaciones funcionales para las actividades de la vida diaria, de modo que los efectos sociales y en salud del envejecimiento son diferentes para las mujeres (Hubbard y Rockwood, 2011).

Morbilidad diferencial

Las mujeres padecen una mayor carga de enfermedad crónica a lo largo de su vida con un perfil de morbilidad diferencial claramente definido

La peor salud percibida de las mujeres obedece a una mayor carga de enfermedad. Las mujeres padecen un mayor número de enfermedades y dolencias crónicas a lo largo de su vida, y ya desde edades tempranas, las jóvenes sufren de alergias crónicas, dolor de espalda o trastornos de ansiedad con mayor frecuencia que los hombres de la misma edad. Los trastornos musculoesqueléticos y la depresión son condiciones prevalentes en las mujeres en la edad media de la vida, mientras que los trastornos cardiovasculares y metabólicos (HTA, colesterol y diabetes) son los más frecuentes en edades mayores. Este distinto perfil de enfermedad se ha denominado morbilidad diferencial, entendida como el conjunto de enfermedades, motivos de consulta o factores de riesgo que merecen una atención específica hacia las diferencias entre mujeres y hombres.

La morbilidad diferencial responde a la exposición a distintos factores de riesgo (condiciones de vida desiguales, diferentes exposiciones laborales, roles y estereotipos de género, y distintos hábitos de vida y conductas de riesgo) y también a una diferente vulnerabilidad frente a los factores de riesgo por razones tanto biológicas como socioculturales. No hay que olvidar el papel que juegan los sesgos de género en la atención sanitaria, que pueden condicionar un mayor esfuerzo diagnóstico de determinadas patologías en función de estereotipos de género.

Las enfermedades cardiovasculares: ejemplo paradigmático de sesgos de género en salud

Las diferencias de sexo-género en la patología cardiovascular están ampliamente establecidas. Por ejemplo, en el caso de la cardiopatía isquémica, las características clínicas y etiológicas, el perfil de factores de riesgo cardiovascular, la realización de pruebas diagnósticas, las medidas terapéuticas y el pronóstico son distintos en hombres y en mujeres. Los síntomas de infarto agudo de miocardio más frecuentes en mujeres han sido denominados tradicionalmente como “síntomas atípicos”, en un ejemplo paradigmático de androcentrismo en el conocimiento médico. La dificultad para reconocer estos síntomas, tanto por parte de las mujeres como por los propios profesionales sanitarios, ha sido señalada como un ejemplo de sesgo de género en la atención sanitaria, que puede explicar el mayor retraso diagnóstico del IAM en las mujeres.

Por otra parte, las enfermedades cerebrovasculares, y en especial el ictus, representan un problema diferente en los hombres y en las mujeres. Las mujeres, a partir de los 60 años, tienen mayor prevalencia que los hombres de factores de riesgo, ingresan menos, reciben un menor número de procedimientos terapéuticos eficaces y las tasas de mortalidad son mayores que en los hombres. La incidencia de ictus aumenta claramente con la edad, sobre todo en las mujeres.

Aunque la enfermedad isquémica del corazón y el ictus son las principales causas de mortalidad de las mujeres en la región europea, las enfermedades cardiovasculares son aún percibidas como una enfermedad “de hombres”, lo cual dificulta un abordaje correcto desde los servicios de salud, tanto en la prevención de los factores de riesgo, como en el diagnóstico adecuado y en las medidas terapéuticas necesarias.

El exceso de peso es más frecuente en los hombres, pero las mujeres piensan que están más gordas de lo normal

La obesidad es un importante problema de salud pública que va en aumento en nuestro contexto y afecta a una gran proporción de la población. Un 56% de las personas de 16 años o más en nuestra comunidad tienen un peso superior al normal. El sobrepeso es más frecuente en los hombres, mientras que la obesidad es ligeramente más prevalente en las mujeres. En términos globales, el exceso de peso afecta en mayor medida a los hombres que a las mujeres (con 10 puntos porcentuales de diferencia). Aunque el exceso de peso aumenta con la edad, más del 20% de las mujeres jóvenes tienen sobrepeso, y más del 25% de los hombres de esa edad. Son también las mujeres jóvenes las que presentan un peso inferior al normal con mayor frecuencia, el doble que en los varones. Las mujeres de los grupos socio-económicos más bajos son más vulnerables para desarrollar obesidad que los hombres de un nivel social similar. Además, las consecuencias de la obesidad parecen ser peores en las mujeres.

Sin embargo, a pesar de que los hombres presentan un exceso de peso con mayor frecuencia que las mujeres, son ellas las que perciben en mayor medida que su peso es “mayor de lo normal”. En total, el 38% de las mujeres adultas en Andalucía piensa que pesa más de lo normal, frente al 32% de los hombres. Se trata de un claro ejemplo de cómo las normas y los estereotipos de género afectan negativamente a la propia imagen corporal de las mujeres, que se sienten más disconformes con su peso que los hombres, a pesar de que las medidas objetivas indican que son ellos los que padecen con más frecuencia un IMC por encima del normal. Esta distorsión de la imagen corporal, muy relacionada por las normas sociales que el sistema de género impone sobre el cuerpo de las mujeres, puede derivar en trastornos de la conducta alimentaria (anorexia y bulimia), que afectan con mayor

frecuencia a las mujeres, especialmente en edades más jóvenes, y que constituyen una preocupación importante de salud pública.

El dolor de espalda, las enfermedades reumáticas y la fibromialgia suponen un gran impacto en la calidad de vida de las mujeres

Las enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas se caracterizan por su alta prevalencia, su tendencia a la cronicidad y su potencial para ocasionar discapacidad. Tienen un gran impacto en la calidad de vida y la funcionalidad de las personas que las padecen. En Andalucía, causan la mayor carga de enfermedad (27%), seguidas de las enfermedades del aparato circulatorio y el cáncer

Tanto el dolor de espalda, como la artritis o reumatismo y la fibromialgia, son patologías más frecuentes en mujeres. El dolor de espalda es el segundo problema crónico más frecuente en ellas, mientras que la artritis o reumatismo ocupa el cuarto lugar, y dobla en prevalencia a la de los hombres. Además de su elevada frecuencia, las mujeres consumen más medicamentos para el dolor, artritis o reumatismo y sufren más episodios de hospitalización por este tipo de patologías que los varones.

La fibromialgia es identificada como uno de los malestares corporales que expresa la desigualdad de género de nuestra sociedad. Este malestar se puede entender en relación con condiciones que se caracterizan por una interiorización de los mandatos de cuidado de forma prematura, hecho que implica que las propias necesidades queden desatendidas. Además, algunos estudios sugieren que los estereotipos de género influyen en la práctica profesional, infravalorando la severidad y credibilidad de las pacientes y con un sesgo de género en el diagnóstico y concesión de las bajas por enfermedad y los permisos de incapacidad laboral. Estos mismos estereotipos podrían estar condicionando un posible sesgo de género en sentido inverso, con un infradiagnóstico de este tipo de problemas en los hombres al ser considerada como una “enfermedad de mujeres”.

Entre los condicionantes de este tipo de patologías no se suele considerar, sin embargo, el trabajo no remunerado y la exposición a riesgos que suponen las tareas domésticas y de cuidados, y que realizan mayoritariamente las mujeres. Los cuidados son prestados de forma cotidiana, sin descansos ni vacaciones, y son realizados frecuentemente sin la ayuda de otros. Este rol de género en los cuidados y en el trabajo doméstico debería ser tenido en cuenta a la hora de abordar este tipo de problemas de salud, que afectan de forma desproporcionada a las mujeres.

Los patrones de morbi-mortalidad por tumores están cambiando y se asocian a estilos de vida distintos en mujeres y hombres.

Los tumores son la segunda causa de muerte en Andalucía en ambos sexos, las tasas estandarizadas de mortalidad son bastante mayores en hombres que en mujeres, y constituyen la causa de muerte con la mayor brecha de género en este indicador. Para los hombres, el tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón constituye la primera causa de mortalidad, seguido del cáncer de colon y el tumor maligno de próstata. En las mujeres, el tumor que causa más número de muertes es el cáncer de mama, le sigue el cáncer de colon y el de tráquea-bronquios-pulmón.

Las tasas de mortalidad por cáncer de pulmón para los hombres en Andalucía están descendiendo, mientras que para las mujeres, la tendencia es ascendente. Este aumento en la incidencia y la mortalidad del cáncer de pulmón en mujeres, refleja ya el cambio en los patrones de consumo de tabaco.

El cáncer de mama es el tumor que causa mayor número de muertes en mujeres en Andalucía, y el tumor más frecuente en mujeres en nuestro medio. La incidencia ha aumentado durante los últimos años, mientras que la mortalidad por cáncer de mama sigue una tendencia descendente

El cáncer colorrectal es el tumor más frecuente en nuestro medio, si se consideran ambos sexos en conjunto. La tendencia de las tasas ajustadas de mortalidad por cáncer de colon y recto en la última década ha sido distinta según el sexo. Mientras que para las mujeres se ha producido un descenso durante el periodo 1999-2015, en los hombres se observa la situación contraria. Teniendo en cuenta la importancia de la dieta en la génesis de este tumor, los datos de incidencia y mortalidad sugieren unos hábitos dietéticos más saludables en las mujeres.

El “malestar de las mujeres” se manifiesta en peor salud mental y mayor prevalencia de depresión y ansiedad

Los diversos síntomas derivados del rol de género han sido englobados en lo que se ha denominado como “el malestar de las mujeres”. Según los datos disponibles, las mujeres manifiestan peor salud mental y mayor prevalencia de trastornos mentales comunes que los hombres. La prevalencia de depresión, ansiedad u otros trastornos mentales crónicos en las mujeres duplica las cifras de los hombres. Además, ellas padecen más limitaciones para las actividades habituales por este tipo de trastornos que los varones. En Andalucía, el sexo femenino incrementa un 54% el riesgo para padecer un trastorno mental respecto al sexo masculino y durante la última década se está produciendo un aumento de los trastornos de depresión y ansiedad y de consumo de antidepresivos, tranquilizantes e hipnóticos, especialmente entre las mujeres.

En el caso de la morbilidad psiquiátrica resulta evidente cómo los roles y estereotipos de género condicionan la salud mental de hombres y mujeres. Los diferentes determinantes psicosociales tienen como consecuencia una mayor morbilidad en mujeres que en hombres provocada en parte por el rol socialmente asignado a unas y otros: falta de corresponsabilidad en el ámbito doméstico, responsabilidad del cuidado de las personas dependientes, precariedad laboral, entre otros, son factores que favorecen la aparición de este tipo de malestares en las mujeres

Además de los posibles factores biológicos y de los diferentes determinantes estructurales y psicosociales de género, hay que tener en cuenta la existencia de sesgos de género en el diagnóstico, debido a los estereotipos de género aún presentes en el sistema sanitario y al androcentrismo del conocimiento en este campo. La depresión presenta una gran diferencia por sexos con prevalencia doble en mujeres y se producen sesgos de género en la atención, tanto por diferentes diagnósticos entre hombres y mujeres con igualdad de síntomas, como sobre-diagnóstico de depresión en mujeres en detrimento de algunas enfermedades orgánicas posibles, así como de patologización de procesos psicosociales que no necesariamente son una depresión.

Discapacidad

La brecha de género en discapacidad es desfavorable para las mujeres y ellas viven menos años libres de discapacidad

La tasa de discapacidad es mayor en mujeres que en hombres en todos los grupos de edad, salvo en las edades jóvenes, y tanto las tasas como las brechas de género van aumentando conforme aumenta la edad. Existen diferencias entre los sexos en el tipo de discapacidad: la mayor brecha de género se presenta en la discapacidad para la vida doméstica, que es más frecuente en mujeres que en hombres,

seguida de la relacionada con la movilidad. Los hombres, sin embargo, presentan más discapacidad que las mujeres en relación con la comunicación, el aprendizaje y las interacciones y relaciones sociales, con brechas de género negativas de mayor magnitud en edades más jóvenes.

Mientras que las mujeres tienen una esperanza de vida al nacer que supera en 5,4 años a la de los varones, solo vivirán 1,3 años más de vida sin discapacidad. Este patrón cambia cuando hablamos de esperanza de vida a los 65 años, a esta edad la brecha de género se invierte cuando se trata de la esperanza de vida sin discapacidad, de modo que los hombres vivirán 0,34 años más que las mujeres sin discapacidad.

La brecha de género en la recepción de cuidados también es desfavorable para las mujeres

Sabemos que son las mujeres las principales cuidadoras, de modo que existe una brecha importante de género en la provisión de los cuidados. Pero, ¿existe también esta brecha en la recepción de cuidados? Mientras que el 55% de las mujeres andaluzas con discapacidad reciben más de 8 horas de cuidado al día, esta proporción se eleva a un 61% en el caso de los hombres.

Más del 75% de las personas con discapacidad son cuidadas principalmente por mujeres, mientras que los hombres participan mucho menos en los cuidados (21%). Esta brecha de género en los cuidados es mayor en Andalucía que en España. El mayor porcentaje de estas mujeres cuidadoras se sitúan en las edades de 45 a 64 años, que se corresponde con lo que se ha dado en llamar “la generación sándwich”: se trata de mujeres en las edades medias de la vida que siguen asumiendo el cuidado de sus hijos e hijas, y ya han empezado a cuidar de sus mayores.

Estas brechas de género en los cuidados se ven reflejadas también en la proporción de personas con discapacidad que tiene necesidades de cuidado no cubiertas: este porcentaje supera el 25% en el caso de las mujeres, mientras que está en torno al 10% en el de los hombres. En las mujeres mayores esta proporción es aún más elevada y supera el 40%.

Accidentabilidad

Las mujeres tienen más accidentes en el ámbito doméstico, los hombres en el ámbito extradoméstico

Los hombres tienen una mayor incidencia de accidentes que las mujeres, el 6% y el 5,2% respectivamente han sufrido alguno en el último año, limitando su actividad normal o necesitando asistencia sanitaria. Las principales diferencias se observan en el tipo de accidentes que sufre cada sexo con mayor frecuencia. En consonancia con los estudios sobre el tema, los hombres sufren más accidentes en el lugar de trabajo y en los espacios públicos que las mujeres, mientras que las mujeres los sufren con mayor frecuencia en el ámbito doméstico, de acuerdo con los roles de género y espacios que más predominan en las actividades diarias de cada sexo.

Salud sexual

Contamos con escasos datos sobre actitudes y hábitos sexuales, con escasa o nula inclusión de la diversidad

Existen muy pocos datos, tanto a nivel nacional como autonómico, acerca de actitudes y hábitos sexuales. Los datos con los que contamos para esbozar un análisis de situación sobre la salud sexual, además de ser escasos y estar poco actualizados, resultan sesgados, con una mirada excesivamente

heteronormativa y donde las prácticas no coitales apenas son contempladas como relaciones sexuales. De este modo, el colectivo LGTBI tiene una nula representación en las encuestas.

Las prácticas sexuales y anticonceptivas se impregnan de riesgos aparejados al amor romántico y a la masculinidad hegemónica

Las chicas y los chicos de menor edad comparten la convicción de que lo saben todo, tienen experiencia y son inmunes a los riesgos. La conocida como “marcha atrás” está muy generalizada en las relaciones coitales, algo que también ocurre en otros grupos de edad. Esto no suele salir reflejado en las encuestas, pero sí se reconoce en los estudios cualitativos cuando se analiza el tema en mayor profundidad. Entre las chicas menores de 21 años, se utiliza principalmente el preservativo y la marcha atrás. El primero comienza a disminuir y el segundo a aumentar cuando la relación avanza, como una muestra de confianza, con el consecuente riesgo de embarazos no deseados y aumento de las infecciones de transmisión sexual. Es una población concienciada por la prevención, pero que se deja llevar en gran medida por un ideal romántico. En el caso de los chicos, existe un conflicto provocado por el desajuste entre la educación formal que reciben, basada en valores igualitarios, y las prácticas cotidianas de las que realmente están rodeados, muy marcadas aún por la ideología machista y la masculinidad hegemónica. No se observa una corresponsabilidad real en torno a la prevención, sigue manteniéndose entre ellos una presión social y competición para alcanzar las relaciones sexuales completas, sin mostrar un interés adecuado por la prevención de embarazos no deseados y de las infecciones de transmisión sexual.

En las mujeres, a medida que aumenta la edad se modifican las tendencias en torno al uso de anticonceptivos. Si la relación se estabiliza, se pasa del preservativo a los métodos hormonales, también combinados con la marcha atrás. No obstante, existen muchos falsos mitos asociados a estos métodos hormonales, así como a los métodos anticonceptivos de larga duración, un desconocimiento y falta de información que hace que estén infrautilizados. En general, el uso de unos métodos u otros depende de la conciencia preventiva, la confianza y la estabilidad de la relación. Entre las mujeres adultas, también es bastante común el manejo de una información poco actualizada y fiable.

En comparación con el ámbito nacional, en Andalucía se utiliza más el preservativo y la marcha atrás, y menos los métodos hormonales y los reversibles de larga duración.

Las mujeres con discapacidad: un colectivo especialmente vulnerable al que se le niegan derechos fundamentales

Las mujeres con discapacidad ven multiplicadas las discriminaciones y las barreras que se encuentran para su pleno derecho a una salud sexual satisfactoria, tal y como ocurre con otras dimensiones de la vida en esta población. Se dan barreras de comunicación y de concienciación, imperando los prejuicios, los miedos y la perpetuación de la dominación masculina. Prevalece el concepto de personas asexuadas y predominan las conductas sexuales de la evitación. El personal sanitario necesita más formación sobre las necesidades y realidades de las personas con discapacidad, con protocolos específicos para evitar las actitudes y situaciones de discriminación.

Descienden los abortos en Andalucía en los últimos años

En los últimos diez años han descendido las interrupciones voluntarias del embarazo en Andalucía, aunque en esta comunidad la tasa es ligeramente superior a la nacional. Las mayores tasas de IVE se dan en el tramo de edad de 20 a 24 años, con 16,4 IVEs por 1.000 mujeres. El 39% de las mujeres que

realizaron una IVE no utilizaba ningún método anticonceptivo, y el 31% usaba métodos de barrera. Es necesario continuar la formación de profesionales para atender de forma adecuada las necesidades anticonceptivas de la población, adaptadas a todas las situaciones y contextos de diversidad, incluyendo un enfoque de género y respetando los derechos sexuales y reproductivos de las personas.

La mayor parte de los nuevos casos de VIH se concentra en los hombres y la principal vía de infección es la sexual. El diagnóstico tardío es mayor en las mujeres que en los hombres.

En Andalucía contamos con una tasa de incidencia de VIH similar a la que se registra en España. En 2016, la tasa en nuestra comunidad fue de 7,3 casos por 100.000 habitantes. Una gran mayoría de los nuevos casos se registran en los hombres, el 86%. La principal vía de transmisión es la de las relaciones sexuales, que está detrás del 71% de los casos. La categoría más frecuente de transmisión es la de los hombres que tienen sexo con hombres (49%), seguida de la transmisión heterosexual (22%). La edad mediana al diagnóstico es de 37 años, con más edad en las mujeres que en los hombres (42 y 36 años). Ha aumentado el VIH entre las personas extranjeras y entre personas que ejercen la prostitución. En las mujeres, casi la mitad de los nuevos casos corresponde a mujeres que proceden de un país diferente a España. En los hombres, este porcentaje se reduce al 16%. El diagnóstico tardío es mayor en las mujeres que en los hombres (55% y 49%). En 2016, el 60% de los casos diagnosticados de VIH, presentó también sida. El 27% presentó alguna otra coinfección al diagnóstico, siendo la más frecuente en los hombres la sífilis y en las mujeres la candidiasis bucal y la hepatitis C.

Aunque existen diferencias biológicas entre mujeres y hombres relevantes para abordar la protección de la infección por VIH, no podemos olvidar las cuestiones de género, que producen desigualdades en este ámbito. Frecuentemente las mujeres se ven limitadas para decidir sobre el uso del preservativo, debido a las relaciones de poder que impregnan las relaciones sexuales. La influencia del modelo de amor romántico y el espejismo de igualdad en las sociedades más desarrolladas invisibilizan las relaciones de dominación que siguen imperando entre mujeres y hombres, suponiendo limitaciones para el empoderamiento y a toma de decisiones y un desigual acceso a los recursos, que potencian la vulnerabilidad de las mujeres a la infección por VIH/sida y otras ITS. Es importante la realización de acciones adaptadas socioculturalmente, y que desde una perspectiva de género tengan en cuenta la especificidad de cada grupo humano y la diversidad cambiante, tanto dentro de la población autóctona, como en la población inmigrante y otros colectivos específicos.

Violencia de género

Aumentan las llamadas y denuncias y descienden las víctimas mortales por violencia de género, es imprescindible seguir trabajando en este ámbito.

En 2017, siete mujeres murieron en nuestra comunidad por violencia de género, el 16,7% del total de España. En los dos últimos años se ha reducido el número de víctimas mortales, consiguiéndose las cifras más bajas desde 2003. Sin embargo, en mayo de 2018, fecha de la publicación del último Informe de Magnitudes en materia de Violencia de Género en Andalucía (Consejería de Justicia e Interior, 2018), ya se han registrado en los cuatro primeros meses del año 3 muertes por esta causa en nuestra comunidad, lo cual nos sitúa ante la necesidad de seguir trabajando intensamente en este ámbito.

SOBRE LAS DESIGUALDADES DE GÉNERO EN LA ATENCIÓN SANITARIA

Cobertura y acceso a los servicios sanitarios

Las mujeres, con menor capacidad económica, asumen un coste más alto por la atención a sus necesidades incrementadas de salud y tienen más dificultades de acceso a algunos servicios por motivos económicos.

Un mayor porcentaje de mujeres que de hombres de diferentes edades y nivel educativo cuentan con doble cobertura sanitaria pública y privada.

Más mujeres que hombres no pueden acceder, por motivos económicos, a medicamentos recetados, a atención médica, dental o de la salud mental, sobre todo en Andalucía comparando con el resto de España. Este resultado da cuenta de las consecuencias que tienen las desigualdades sociales estructurales sobre un derecho fundamental como es el cuidado y atención a las necesidades de salud.

Promoción de la salud

La participación por sexo en programas de promoción de salud es inversa en personas menores y adultas.

Más chicos que chicas participan en programas de Hábitos de Vida Saludables del ámbito educativo. ¿Hay más niños en los centros? ¿Los niños están más motivados para participar?

Las mujeres participan en programas de promoción de salud en el ámbito laboral en mayor medida que los hombres. Ellas tienen una mayor sensibilidad hacia los cuidados, como tarea socialmente asignada a las mujeres.

Resulta prioritario indagar en qué medida los programas de promoción de salud en los centros educativos están ayudando a amortiguar los efectos de la diferente socialización de género en las familias y en las aulas, sobre los hábitos de vida de niños y niñas. Así como también es necesario conocer en qué medida los programas de promoción de salud en el lugar de trabajo están ayudando a revertir estilos de vida, que, influenciados por normas de género, perjudican la salud de unos y otras.

Prevención de la enfermedad

Exceptuando la vacunación antigripal, las mujeres, más cercanas a los servicios, acceden a servicios preventivos con más facilidad que los hombres.

A un mayor porcentaje de mujeres que de hombres les miden la tensión arterial y el nivel de colesterol y glucosa, por prescripción médica. Las mujeres, quienes acuden a los servicios sanitarios con más frecuencia que los hombres (Urbanos, 2016), tienen más posibilidades de acceder a medidas preventivas. Los hombres, condicionados por una masculinidad tradicional, se resisten a demandar atención sanitaria (Bonino, 2002), y por tanto tienen un menor acceso a pruebas preventivas.

La vacunación de la gripe, ha sido más frecuente en los hombres que en las mujeres. El género, que determina las posibilidades de empleo de mujeres y hombres, puede estar condicionando el acceso de las mujeres a la vacunación antigripal, ya que ésta está dirigida en gran medida a grupos profesionales de los que forman parte menos mujeres.

Una alta proporción de mujeres utilizan servicios preventivos de salud reproductiva. La edad condiciona la realización de estas pruebas de acuerdo a distintas necesidades de salud en cada etapa, así como otros factores sociales inciden en unas prácticas preventivas diferenciadas. Las mujeres tienen una mayor cultura de vigilancia de la salud y por tanto una mayor probabilidad de diagnósticos precoces, frente a los hombres menos favorables a la prevención, por razón de género.

Atención sanitaria

Las mujeres, encargadas del cuidado familiar y comunitario, utilizan más los servicios del primer nivel de atención.

Las mujeres utilizan los servicios de Atención Primaria en mayor medida que los hombres por motivos propios, y sobre todo por motivos propios y ajenos conjuntamente. Las mujeres tienen menos dificultades que los hombres para hacer públicos sus malestares y pedir ayuda, son las principales responsables de los cuidados familiares y comunitarios, y, asumen por tanto una mayor carga de trabajo como gestoras de las necesidades de atención a la salud del entorno cercano. La mayor frecuentación de las mujeres a los servicios de atención primaria no se puede entender como un privilegio, sino como un indicador de desigualdad social relacionada con el desequilibrio de roles y responsabilidades en los cuidados exigido a mujeres y hombres.

Las mujeres consultan sus problemas urgentes de salud, sobre todo, en servicios de primer nivel y en hospitales privados, y los hombres en hospitales públicos y en servicios médicos privados/particulares.

Las mujeres realizan consultas urgentes por problemas propios en mayor porcentaje que los hombres. Ellas tardan más tiempo en pedir ayuda que los hombres (en el ámbito nacional más que en Andalucía). La decisión sobre el nivel de atención al que recurrir, y el tiempo máximo a esperar hasta pedir ayuda, también está condicionada por el género. La gravedad percibida en la salud propia depende del valor diferente que se otorga socialmente a la salud de los hombres y de las mujeres, y también depende de los diferentes riesgos físicos y/o psicológicos a los que se enfrentan unos y otras, por razón de género.

Los hombres acceden a los servicios y recursos hospitalarios en mayor medida que las mujeres.

Un mayor porcentaje de altas hospitalarias son de hombres. Un mayor número de procedimientos de Cirugía Mayor Ambulatoria (por problemas comunes a ambos sexos) se realizan en mayor medida a hombres que a mujeres. Y, diferentes tipos de trasplantes se realizan sobre todo a hombres, exceptuando los trasplantes de córnea, más frecuentes entre las mujeres. A los servicios hospitalarios se accede a través de los equipos profesionales que deciden sobre los niveles de atención que necesitan los pacientes (Ruiz-Cantero, 2009). La mayor utilización del hospital por parte de los hombres es un indicador de sesgo de género en el esfuerzo terapéutico de los que más información existe en la literatura científica (Ruiz-Cantero y Verdú-Delgado, 2004).

Las mujeres tienden a buscar atención a sus problemas de salud mental en mayor medida que los hombres, accediendo sobre todo a servicios de primer nivel de atención.

Los hombres tienen más dificultades para expresar su vulnerabilidad, de acuerdo a normativas de género inculcadas socialmente (Ramos-Lira, 2014). La Salud Mental de las mujeres es atendida sobre todo en servicios de primer nivel (Atención Primaria y Unidades de Salud Mental Comunitaria), y aun

cuando son hospitalizadas por problemas de salud mental en menor porcentaje que los hombres, ellas tienen estancias hospitalarias más prolongadas que ellos (Saarento et al., 2000, Montero et al., 2004). Es necesario desarrollar estudios que aporten mayor conocimiento sobre la influencia del género en la utilización diferencial de servicios de salud mental, en la derivación entre niveles asistenciales y en el manejo terapéutico de los problemas psicológicos y psiquiátricos que acusan hombres y mujeres.

Las mujeres aguantan un alto intervencionismo y medicalización de su salud reproductiva, por razones de género.

Las mujeres reciben mayor atención sanitaria de salud reproductiva, en relación con algunos aspectos de la fertilidad de los que están exentos los hombres (procedimientos anticonceptivos y abortos). La responsabilidad de la planificación familiar recae en las mujeres, y los costes en medicalización los asumen ellas. Además, aguantan una excesiva medicalización en la atención al embarazo, parto y postparto. La tasa andaluza de cesáreas está por encima del límite recomendado por la OMS, oscila sustancialmente entre provincias, y es superior en la sanidad privada. La variabilidad en la práctica médica supone un claro sesgo de género en la atención y un claro indicador del control de los procesos reproductivos que sufren las mujeres dentro de las instituciones sanitarias.

Consumo de medicamentos

Los malestares de las mujeres, de origen social, se medicalizan, quedándose con frecuencia sin respuestas especializadas.

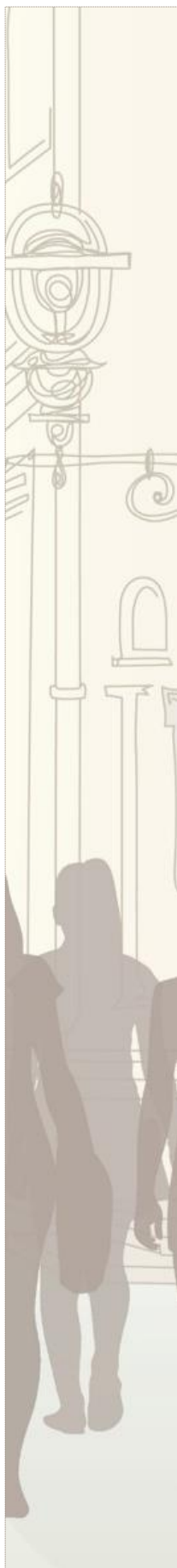
Las mujeres de diferentes edades, nivel educativo, país de nacimiento y tipo de hábitat de residencia, consumen medicamentos en mayor porcentaje que los hombres, y también le son recetados medicamentos en mayor medida que a los hombres. De manera adicional, sólo las mujeres utilizan hormonas para la menopausia, y anticonceptivos.

Los medicamentos para reducir el dolor y/o bajar la fiebre, y los psicofármacos, son los más consumidos por las mujeres y los que presentan las brechas de género más altas.

El mayor consumo de estos medicamentos, sobre todo el consumo de psicofármacos, se puede explicar por el mayor padecimiento emocional de las mujeres ante la carga de situaciones vitales injustas por razón de género, por la mayor frecuentación de servicios de Atención Primaria por su parte, y, también, por el sesgo de género en la atención médica que conduce a que ellas sean medicadas con mayor probabilidad que ellos.

Con frecuencia la medicalización de las mujeres parte del primer nivel de atención, donde se solventan las consultas inespecíficas con fármacos, con el deseo de mejorar la sintomatología sin conseguirlo de forma eficaz, sin investigar el origen o causa de todos los síntomas, y sin que ellas puedan tener acceso a un diagnóstico y nivel de atención especializados (Romo et al., 2003; Valls-Llobet et al., 2005).

De estos resultados parten una serie de recomendaciones, que podrían orientarse a la elaboración de una futura estrategia para el abordaje de las desigualdades de género en salud en Andalucía. Pueden consultarse en el capítulo octavo.



1. MARCO TEÓRICO

Cuando hablamos de “**desigualdad de género en salud**” nos referimos a la disparidad en materia de salud entre mujeres y hombres, sistemática, innecesaria, evitable e injusta (Braveman, 2006). La desigualdad conlleva distintas oportunidades para gozar de salud, al condicionar la mortalidad, la vulnerabilidad a enfermar, la carga de enfermedad y discapacidad, y el acceso y la calidad de la atención sanitaria.

El concepto de **sexo** es un constructo biológico basado en los cromosomas sexuales, y manifestado en la anatomía, fisiología y hormonas, y esos atributos tienden a ser más o menos constantes a través de las sociedades (Phillips, 2008). Habitualmente, este término suele usarse para designar diferencias físicas, anatómicas y fisiológicas entre mujeres y hombres. El concepto de **género** parte de la idea de que lo femenino y lo masculino no son hechos naturales o biológicos, sino construcciones culturales. A lo largo de la historia, todas las sociedades se han construido a partir de las diferencias anatómicas entre los sexos, convirtiendo esa diferencia en desigualdad social y política. La **desigualdad de género** surge cuando la sociedad transforma las diferencias sexuales (biológicas) en discriminaciones (culturales). Los conceptos de “división sexual del trabajo”, “el acceso diferencial a los recursos” y la “distribución del poder”, son categorías esenciales del sistema sexo-género esenciales para explicar y comprender cómo se producen y mantienen las desigualdades de género, incluyendo las que afectan a la salud. Hay que enfatizar que, aunque existan diferencias biológicas indudables entre sexos, el origen de las desigualdades de género es social, y por tanto, son susceptibles de ser modificadas y transformadas mediante las actuaciones sobre sus determinantes.

El concepto de “**igualdad de género**” es uno de los elementos claves del enfoque de género. La OMS define este término como “la ausencia de discriminación, en base a las características sexuales de una persona, en oportunidades y distribución de los recursos o beneficios o en el acceso a los servicios” (OMS, 1998). Es decir, es un concepto relacionado con la “no discriminación por razón de sexo”, y tiene que ver con la igualdad en las oportunidades y en el acceso a los recursos de distinto tipo.

A diferencia del concepto de igualdad, el concepto de “**equidad**” se refiere a la “justicia en la distribución de cargas y beneficios” (OMS, 1998). Aplicado a la salud, la equidad de género requiere un tratamiento adecuado a las necesidades de mujeres y hombres. Esto es, se basa en un tratamiento diferente, si las necesidades son distintas, e igual si estas necesidades son idénticas. Por ejemplo, las mujeres tienen mayores necesidades de atención a la salud por el hecho biológico de la reproducción. Si estas necesidades no son atendidas de forma diferenciada, dedicando los recursos adecuados para ello, estaremos ante

una situación de falta de equidad, con graves consecuencias en los resultados en salud. Las diferencias en salud entre mujeres y hombres no siempre suponen la existencia de desigualdades de género. Y de manera similar, la igualdad en los resultados en salud no indica necesariamente equidad en salud, ya que puede significar que las necesidades de uno y otro sexo no están siendo atendidas de manera adecuada (Sen y Ostlin, 2007).

En casi todas las sociedades, las mujeres presentan una mayor esperanza de vida que los hombres en similares condiciones socio-económicas. Sin embargo, a pesar de esta menor mortalidad de las mujeres, ellas padecen más enfermedad y malestar que los hombres, siendo conocido esto como la “paradoja de la mortalidad” o la “ventaja de mortalidad de las mujeres”. Esta paradoja radica en que esa ventaja en supervivencia no equivale a una mejor salud. Por el contrario, las mujeres padecen con mayor frecuencia enfermedades agudas y trastornos crónicos no mortales, y sufren niveles más altos de discapacidad a corto y largo plazo (Artazcoz, 2004). En contraste, los hombres sufren más enfermedades potencialmente mortales que causan más discapacidad permanente y muerte más prematura (Verbrugge, 1989). Esta paradoja fue expresada más crudamente por Thorslund (1993), al afirmar que “los hombres mueren de sus enfermedades, mientras que las mujeres tienen que vivir con las suyas”.

Los datos actuales sobre la mortalidad, la carga de morbilidad y el bienestar de las mujeres en Europa a lo largo de todo el ciclo vital (OMS, 2015; Inchley et al., 2016) señalan que: las mejores condiciones de salud física de las niñas predominan en los primeros años de vida; se da una disminución en el bienestar subjetivo de las niñas durante los años de la adolescencia; los trastornos depresivos y de ansiedad se desarrollan entre las mujeres jóvenes que se trasladan a la vida adulta; y el dolor lumbar, la cardiopatía isquémica y el cáncer son más prevalentes en la vejez.

Para comprender este patrón diferencial en la salud de las mujeres a lo largo del ciclo vital, es imprescindible identificar los efectos de las desigualdades de género y los principales determinantes sociales de la salud, como los ingresos, el acceso a los recursos económicos, a la educación, al empleo y las condiciones laborales, la protección y el medio ambiente, los roles familiares y sociales. Conocer su influencia en la salud en las etapas clave es necesario para permitir la priorización de intervenciones que mejoren la salud de las niñas y las mujeres a lo largo de todo el ciclo vital (OMS, 2016b).

1.1. Modelos explicativos de las diferencias y desigualdades en la salud de las mujeres y los hombres

Podemos identificar dos tipos de modelos explicativos de las diferencias en el estado de salud (Hammarström, 2000):

1. Los **modelos biológicos-genéticos**, que sostienen que son las diferencias sexuales biológicas entre mujeres y hombres las que marcan los riesgos diferenciales de enfermar.
2. Los **modelos socioculturales**, que defienden que son las diferencias de género en comportamientos relacionados con la salud y en las condiciones de vida en áreas como el trabajo remunerado y los roles familiares los que implican riesgos diferentes para la salud de ambos sexos.

Actualmente, se reconoce que ningún modelo por sí solo puede proporcionar un marco completo para analizar las causas de las diferencias y desigualdades de género en salud. Por ejemplo, diversos

factores sociales ligados al género pueden producir estrés, que a su vez puede desencadenar el aumento de determinadas hormonas que producen hipertensión (García-Calvente, 2004). En relación al estudio de las desigualdades de género en salud, y en el marco de la Epidemiología ecosocial, aparece el concepto de expresión biológica de la desigualdad social, que se refiere a cómo las personas incorporan (literalmente) y expresan biológicamente sus experiencias de desigualdad económica y social, desde la vida intrauterina hasta la muerte, produciendo así desigualdades en una amplia gama de aspectos de la salud (Krieger, 2001). Este término se ha ido relacionando con otros términos como el de «perspectiva vital» (lifecourse perspective) o el embodiment. El primero consiste en ver de qué manera el estado de salud de una determinada cohorte a cualquier edad refleja no sólo las condiciones actuales, sino también la incorporación de circunstancias vitales anteriores. Para ello, busca trazar la trayectoria biológica y social de las personas a lo largo del tiempo, modelada por el período histórico que les tocó vivir, en relación con el contexto social, económico, político, tecnológico y ecológico de su sociedad. El segundo, traducido literalmente como «incorporación», es un concepto fundamental para entender las relaciones entre el estado de nuestros cuerpos y el cuerpo político (Krieger, 2001).

Los marcos explicativos para analizar las diferencias y desigualdades en el estado de salud de las mujeres y los hombres deben combinar e integrar los factores biológicos y los socioculturales, organizando los diversos aspectos que pueden influir en las desigualdades de género en salud en diferentes niveles: el entorno geopolítico, el nivel de hogar y el nivel individual. Entre los factores del entorno geopolítico, se incluyen las políticas y servicios de bienestar, de empleo o de transporte; los derechos legales; el tipo de organizaciones y la política económica del país o región. Entre los elementos sociales, se encuentran las normas y sanciones en relación a la discriminación por género, raza o edad u otras características sociodemográficas. Un nivel específico lo ocupan los roles de género en cuanto a los trabajos productivo y reproductivo. Y finalmente, se identifican como elementos mediadores los factores relacionados con el apoyo social, los comportamientos relacionados con la salud o la accesibilidad a los servicios sanitarios (Moss, 2002).

Este enfoque integrado se sitúa en el marco de la **interseccionalidad**. Este concepto surge en los años 60 y 70 con el movimiento feminista multirracial, como crítica al feminismo radical, y defiende que las mujeres no son una categoría homogénea (McCal, 2007). La interseccionalidad se centra en las formas en las que los múltiples ejes de desigualdad social se cruzan y se construyen nuevamente en los niveles macro y micro, produciendo una amplia gama de resultados desiguales, tanto en la salud individual como en la de la población (Hankivsky et al., 2017; Schulz y Mullings, 2006; Sen, Iyer y Mukherjee, 2009; Weber y Parra-Medina, 2003). Estas interacciones ocurren dentro de un contexto de sistemas conectados y estructuras de poder, como por ejemplo, leyes, políticas, gobiernos, instituciones religiosas o medios. A través de estos procesos, las formas interdependientes de privilegio y opresión están conformadas por el colonialismo, el imperialismo, el racismo, la homofobia, y el patriarcado, entre otros (Hankivsky, 2014). Según este enfoque, la combinación de los enfoques biológicos con la interseccionalidad, nos lleva a: abordar múltiples sistemas de inequidad simultáneamente; utilizar múltiples niveles de análisis, incluidos los biológicos, interpersonales, institucionales y sociales; situar la investigación en tiempo y lugar; abordar métodos que contemplan la perspectiva de múltiples grupos que sufren discriminación; y dar prioridad a un compromiso con la justicia social (Hankivsky et al., 2017).

La propia metodología del análisis de género asume que es fundamental considerar la interacción entre los diferentes ejes de desigualdad que pueden confluir en una persona o grupo poblacional, tomando el género como una categoría transversal de análisis. En este informe hemos tenido en cuenta algunas de las variables que interactúan con el sistema sexo-género para producir las

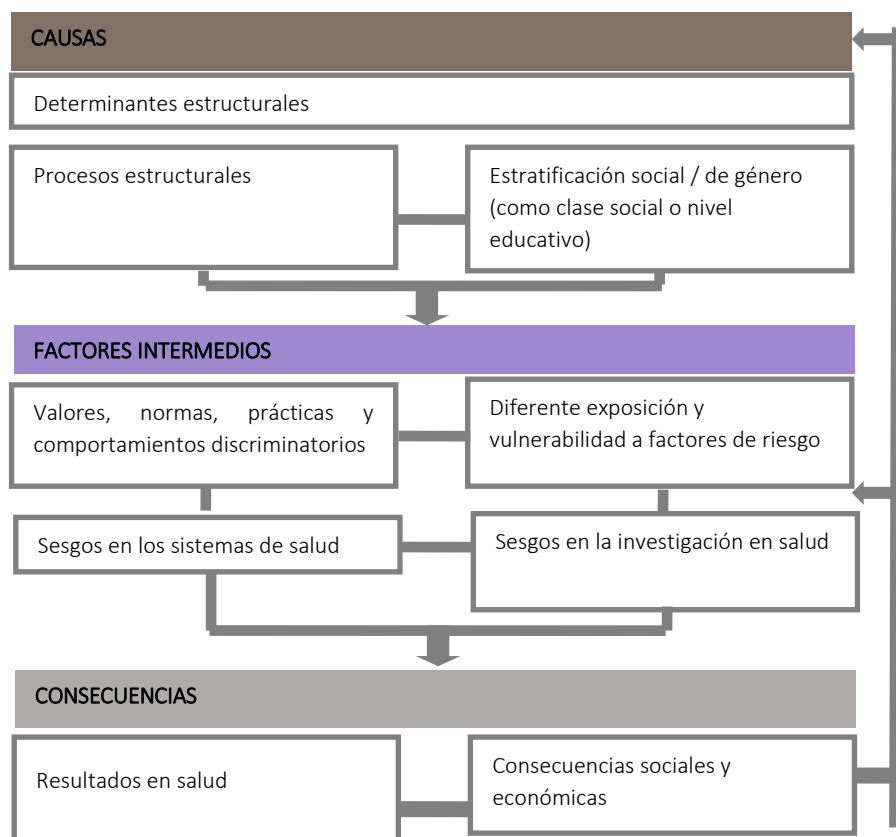
desigualdades en salud, como son la edad (como proxy de las distintas etapas del ciclo vital), el nivel educativo (como proxy del estrato social), el ámbito donde se reside (rural/semi-rural y urbano) y el país de nacimiento (España u otro). Somos conscientes de que el análisis de la interseccionalidad es más complejo y que sería necesario tener en cuenta otras dimensiones (como la discapacidad, la religión o la diversidad de orientaciones sexuales y de identidades de género). Sin embargo, la limitación en la disponibilidad de fuentes que nos permitan realizar este análisis complejo ha limitado el alcance de los resultados.

1.2. Género como determinante de la salud

En este proyecto, vamos a partir del modelo teórico que considera la salud en un sentido amplio, que va más allá de la ausencia de enfermedad, y la atención y el cuidado a la salud como algo mucho más extenso que la mera atención sanitaria. Para ello, hacemos propio el modelo de los determinantes sociales de la salud impulsado por la OMS, en el que la contribución de la biología (ligada al concepto de sexo) es solo una parte del complejo entramado de factores (muchos de ellos ligados al género) que determinan la situación de salud de las personas y de las poblaciones.

Un modelo que resulta muy útil para explicar el papel del género como determinante de la salud es el propuesto por la Women and Gender Equity Knowledge Network, en su informe para la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS (Sen y Östlin, 2007).

Cuadro 1. Modelo conceptual sobre el género como determinante social de la salud



Fuente: Sen y Östlin, 2007.

En este modelo podemos distinguir los siguientes elementos principales:

En primer lugar, vemos que el género se vincula con diferentes **determinantes estructurales** que afectan a la salud, a corto, medio y largo plazo. Determinantes como la clase social o el nivel educativo influyen en la salud de manera desigual en mujeres y en hombres. Las mujeres presentan un mayor riesgo de sufrir pobreza y peor salud a lo largo de sus vidas debido, entre otras razones, a los menores niveles de educación, los salarios más bajos, la mayor frecuencia de empleos temporales o a tiempo parcial, y la dependencia económica derivada de los roles sexuales adquiridos, principalmente los roles de cuidado familiar.

En segundo lugar, el género es una categoría que ordena **valores, normas, prácticas y comportamientos** que afectan a la exposición y vulnerabilidad a diferentes factores de riesgo. Las normas basadas en género son determinantes intermedios que se manifiestan en los hogares y las sociedades en base a valores y actitudes sobre el valor relativo que se concede a las chicas frente a los chicos, a las mujeres frente a los hombres; sobre quién tiene la responsabilidad de atender las diferentes necesidades y de asumir determinados roles; sobre la masculinidad y la feminidad, o sobre quién tiene el derecho a tomar determinadas decisiones (Sen y Östlin, 2002). Las normas que imponen la división sexual del trabajo resultan en diferentes exposiciones y vulnerabilidades frente a una diversidad de factores de riesgo para la salud (Denton, Prus y Walters, 2004; García-Calvente, Marcos-Marcos y del Río-Lozano, 2012). Las mujeres tienen un acceso más reducido a las condiciones de vida materiales y sociales que favorecen la salud, están sometidas a un mayor estrés asociado a sus roles de género sociales y familiares, y tienen comportamientos de riesgo diferentes, por tanto, tienen una mayor **exposición** a factores de riesgo para su salud. Por otro lado, los hombres y las mujeres difieren también en su **vulnerabilidad** a algunos de los determinantes sociales de la salud, ya que reaccionan de diferente manera que los hombres a las condiciones materiales, comportamentales y psicosociales que tienen que ver con la salud (Denton, Prus y Walters, 2004).

En tercer lugar, el ordenamiento social de lo masculino y femenino se refleja en unos **sistemas de salud que introducen sesgos de género**. Las mujeres y los hombres reciben una atención sanitaria desigual, que puede hacerse patente en un diagnóstico insuficiente o excesivo en ciertas enfermedades y afecciones (Govender y Penn-Kekana, 2008). En España se ha evidenciado esto, por ejemplo, en relación a las enfermedades cardiovasculares o respiratorias (Aguado, Márquez y Buzón, 2006). El conocimiento científico en el que se han apoyado las prácticas sanitarias de diagnóstico y tratamiento ha estado históricamente basado en un modelo androcéntrico, que ha producido unos resultados sesgados genéricamente. De manera similar, los sistemas de información sanitaria han sido contruidos en este contexto, produciendo datos que frecuentemente no están desagregados por sexo y basándose en indicadores poco sensibles al género (Ruiz-Cantero et al., 2007).

La confluencia e interrelación entre estos factores determina que la salud de hombres y mujeres sea, no solo diferente -porque hay factores biológicos que se manifiestan de forma diferente en la salud y en los riesgos de enfermedad-, sino también desigual, porque hay otros factores, que en parte son explicados por el género, y que influyen de una manera injusta en la salud de las personas (Rohlf, Borrell y Fonseca, 2000). Estas diferencias, y sobre todo las desigualdades, no solo se manifiestan en los resultados en salud, sino también en las distintas consecuencias sociales que suponen estos resultados en salud sobre las mujeres y los hombres. Como ejemplo, las mujeres obesas presentan más dificultades para conseguir un empleo que los hombres obesos (Viner y Cole, 2005).

1.3. Masculinidades y salud

Cuando hablamos de género y salud, no solo estamos hablando de la salud de las mujeres. El concepto de género es relacional, es decir, su objeto de interés no son solo las mujeres o los hombres, son las relaciones de desigualdad entre mujeres y hombres en torno a la distribución de poder. Mientras que un enfoque de “salud de las mujeres”, se centra en las mujeres “como problema”, el enfoque de género en salud focaliza la atención en las desigualdades y los determinantes de género en la salud. Parte de la base de que la situación de los sexos es diferente y discriminatoria y que las formas de vivir y de enfermar están influidas por los determinantes de género (Velasco, 2009). Asumiendo este enfoque, en el presente proyecto se ha tenido en cuenta que el sistema de género no solo afecta a la salud de las mujeres, sino también de los hombres.

Como ya hemos comentado, las mujeres tienen una mayor expectativa de vida que los hombres en las mismas condiciones socioeconómicas. La brecha de género en mortalidad se mantiene favorable a las mujeres, aunque en los últimos años hay una ligera disminución de esta brecha. En todas las comunidades autónomas del estado español la mortalidad prematura en varones es superior a la de las mujeres. Las razones de esta menor esperanza de vida en varones se deben en gran parte a las normas y estereotipos de género, así como a las condiciones de vida y la división sexual del trabajo. Debido a la socialización diferencial de género, los varones tienden a mostrar comportamientos agresivos y de riesgo con mayor frecuencia que las mujeres. En consonancia, los mayores niveles de mortalidad prematura por accidentes de tráfico y suicidio, las tasas de accidentalidad y las estadísticas de lesiones, han sido relacionados directamente con la adopción de prácticas y estilos de vida más perjudiciales (OMS, 2000b). Esto constituye un claro ejemplo de cómo los determinantes de género no solo afectan a la salud de las mujeres, sino también a la de los hombres. El estudio de la influencia de las diferentes construcciones de la masculinidad en la salud es un área de creciente interés en salud pública (Marcos-Marcos, 2015; Marcos-Marcos et al., 2013).

Will Courtenay, uno de los autores que ha estudiado con mayor detalle la [relación entre masculinidad y salud desde un enfoque de género](#), resume así las normas asociadas al ideal masculino, a las cuales los hombres deben acogerse para ser aceptados socialmente y no ser estigmatizados: “Un hombre que actúa correctamente con arreglo a su género debe estar poco preocupado por su salud y por su bienestar general. Debe verse más fuerte, tanto física como emocionalmente, que la mayoría de las mujeres. Debe pensar en sí mismo como en un ser independiente, que no necesita el cuidado de los demás. Es poco probable que pida ayuda a otras personas. Debe estar mucho tiempo en el mundo, lejos de su hogar. Debe hacer frente al peligro sin miedo, asumir riesgos a menudo y preocuparse poco por su propia seguridad” (Courtenay, 2000). Esta imagen del ideal masculino tradicional ha sido asociada en la literatura a conductas de riesgo, alejadas de ideas de vulnerabilidad, dependencia y debilidad, que los hacen más propensos a sufrir accidentes, lesiones y ciertas enfermedades (Courtenay, 2003).

La literatura muestra de manera consistente cómo los hombres se involucran más en conductas arriesgadas. La sexualidad y el consumo de sustancias recreativas, especialmente en el ciclo vital de la adolescencia y juventud, resultan áreas clave para conformar la masculinidad mediante la adopción de prácticas de riesgo, una masculinidad que una vez configurada, requiere de una permanente demostración pública y validación para que no sea perdida (Romo, 2011; Martín-Criado, 1998). El consumo de alcohol ha sido tradicionalmente relacionado con los estilos de vida de los hombres. Se ha demostrado un mayor consumo en ellos, así como más problemas derivados de un consumo

intensivo, algo que incluso ha llegado a constituirse como una medida de la masculinidad (de Visser y McDonnell, 2012). La vivencia de la masculinidad también es un hecho social íntimamente ligado a la sexualidad, que a su vez se imbrica en relaciones de poder y en la asunción de comportamientos de riesgo (Gibbs, Sikweyiya y Jewkes, 2014). La accidentalidad vial es otra de las causas de morbilidad y mortalidad que aparecen vinculadas a la masculinidad tradicional, y las estadísticas muestran una mayor probabilidad de muerte accidental en los hombres, lo cual responde a la idea de que el riesgo ha sido más naturalizado y promovido en ellos (OECD, 2006; White et al., 2011). Esto se ha conectado también a la relación que se establece entre masculinidad, salud y violencia. La OMS señala que en todos los países, los hombres de entre 15 y 45 años son los mayores perpetradores de violencia, así como los principales damnificados por violencia autoinflingida, violencia interpersonal y colectiva (Rolfe et al., 2006).

Respecto a los comportamientos de promoción de la salud, la literatura muestra que los hombres adoptan unos estilos de vida menos saludables que las mujeres, presentan peores hábitos dietéticos y más sobrepeso, tienen más elevado el colesterol y la tensión arterial y toman menos medidas para reducir estos problemas. De igual modo, muestran con menor frecuencia otras medidas de prevención de la salud, como son un menor uso de protección solar o del uso del cinturón (Robertson et al., 2008; Courtenay, 2003). Muchos de estos comportamientos se adquieren durante la juventud y las primeras etapas de vida, a través del grupo de iguales y las experiencias cotidianas aprendidas en el entorno familiar, lo que sugiere la necesidad de centrarse en esta etapa del ciclo vital para trabajar unos hábitos y conductas que pueden suponer comportamientos de riesgo para la salud durante toda la vida.

Por otro lado, la literatura muestra que los hombres acceden menos a los servicios de atención primaria que las mujeres (Noone y Stepherns, 2008). Existen diferencias en cómo las mujeres y los hombres definen y priorizan su salud y cómo aplican la información sanitaria de la que disponen (Emslie y Hunt, 2008; Peerson y Saunders, 2011).

En suma, la **masculinidad hegemónica** se ha configurado en torno a una forma de poder que determina las relaciones sociales y políticas, y puede abordarse como una causa fundamental de las desigualdades en salud. La masculinidad es al mismo tiempo la posición en las relaciones de género, las prácticas por las que los hombres y las mujeres se comprometen con esa posición, y los efectos de dichas prácticas en la experiencia corporal, la personalidad y la cultura. Implica la existencia de una forma dominante de masculinidad que se ha considerado promotora de prácticas poco saludables, caracterizada por actitudes de resistencia, agresividad, adopción de riesgos o “analfabetismo emocional” (Marcos-Marcos, 2015; Connell, 2009; de Visser, 2009). Todo esto señala la importancia de reconocer las diferencias y particularidades biológicas de las mujeres y los hombres, así como entender la interacción de los roles de género tanto en la construcción de identidades como en la asignación de expectativas y responsabilidades, ya que esto pone de relevancia los riesgos y problemas de salud que se enfrentan como consecuencia de la interpretación social del papel asignado (Sabo, 2005).

No obstante, asistimos a un proceso de **reformulación de las masculinidades y las feminidades**, mediadas por rupturas en el sistema tradicional de género y, en parte, consecuencia de la incorporación de las mujeres a prácticas tradicionalmente consideradas como propias de los hombres. En la esfera pública, los hombres con roles más igualitarios tienden a realizar prácticas protectoras para su salud, mientras las mujeres adquieren comportamientos de riesgo, tradicionalmente masculinos, para la suya (Mansson, 2014).

Frente a la corriente tradicional que mostraba la masculinidad hegemónica de manera excesivamente simplista y determinista, se ha empezado a desarrollar una línea de investigación más optimista en torno a las **masculinidades múltiples**, que las sitúa en medio de un complejo conjunto de factores. Esto implica que, por un lado, hay una proporción creciente de hombres que no se adecúan a las normas estereotipadas que se consideran tradicionales y que, en cierto modo, también pueden ser considerados víctimas de la masculinidad hegemónica. Por otro lado, los aspectos negativos de la masculinidad hegemónica parecen ser modificables. Se han demostrado cómo factores ligados al apoyo social, el rendimiento académico o las condiciones de empleabilidad, pueden llegar a influenciar el compromiso de los hombres con los servicios de salud, lo que invita a no centrar el análisis únicamente en culparles por no hacer uso de ellos (Robertson, 2007).

La reciente línea de las nuevas masculinidades se sustenta en la importancia de conocer las limitaciones y peligros del modelo tradicional de masculinidad para entender el cambio cultural y la necesidad de redefinir la hombría, con miras a construir una sociedad más igualitaria y libre de violencia contra las mujeres (Marcos-Marcos, 2015). Actualmente, la OMS está trabajando en una **Estrategia de Salud de los Hombres**, en la que sostiene que el cambio en los ideales tradicionales de masculinidad será muy beneficioso, no solo para la salud de los hombres, sino de toda la sociedad. Los objetivos de esta estrategia se hallan en línea con los establecidos en los objetivos de desarrollo sostenible y salud para el año 2020, con especial énfasis en: reducir la mortalidad prematura entre los hombres debido a enfermedades no comunicables y a lesiones intencionadas y no intencionadas; mejorar la salud y el bienestar de los hombres de todas las edades al tiempo que se reducen las desigualdades entre y dentro de los países de la región europea; y mejorar la igualdad de género mediante estructuras y políticas que trabajen por un avance del compromiso de los hombres en términos de su autocuidado, la paternidad y los cuidados no remunerados, la prevención de la violencia y la salud sexual y reproductiva (OMS, 2016c).

1.4. Patrones diferenciales de la salud de mujeres y hombres

Como hemos señalado anteriormente, las normas y estereotipos de género condicionan diferencias entre hombres y mujeres en la percepción y evaluación del estado de salud, así como en los síntomas y en su disposición a actuar para proteger su salud o prevenir la enfermedad. Por ejemplo, mientras que los hombres acentúan la importancia de mantener una fortaleza física, las mujeres asocian más la idea de salud con bienestar y enfatizan la necesidad de no estar enfermas ni necesitar ver al médico, lo que a su vez está relacionado con sus roles de género y las necesidades de mantenerse en el cuidado de las personas que las rodean (García-Calvente et al., 2012).

El **padecimiento de problemas de salud crónicos** es más prevalente en las mujeres. Sin embargo, el tipo de trastorno crónico muestra diferencias entre los sexos. La artrosis, artritis y problemas reumáticos son más frecuentes en mujeres, mientras que la bronquitis es más prevalente en hombres. Este perfil de morbilidad diferencial tiene consecuencias también en el padecimiento de alguna limitación para realizar las actividades de la vida diaria, que es más frecuente en las mujeres mayores.

Hemos visto como los hábitos y estilos de vida que asumen las mujeres y los hombres están ampliamente determinados por el género. Un buen ejemplo de esto es el consumo de tabaco o de alcohol. Aunque tradicionalmente, el hábito tabáquico era considerado “típicamente masculino”, esta consideración está cambiando en nuestro contexto. La brecha de género es mucho más elevada en edades mayores que en los grupos de edad más joven. También se ha puesto en evidencia el uso recreativo del alcohol y de otras sustancias por parte de las chicas, en situaciones similares a las de los

hombres y con las mismas pretensiones de libertad, independencia y búsqueda de placer (Romo, 2004). Este cambio de patrón y la evolución de las identidades de género no han sido suficientemente tenidos en cuenta por el sistema sanitario, que ha seguido contemplando el hábito tabáquico, en gran medida, como un comportamiento “de varones”.

Otro ejemplo de las diferencias en estilos de vida y comportamientos relacionados con la salud, que vienen determinados por el género, podemos encontrarlo en los patrones de sueño. Las mujeres duermen más que los hombres en los grupos de edad más jóvenes, mientras que ocurre lo contrario en los grupos más mayores. Este hecho hay que interpretarlo teniendo en cuenta cómo son las condiciones de vida de mujeres y hombres en las distintas etapas y cómo se distribuye la responsabilidad de cuidar entre ambos sexos.

La mayor causa de mortalidad para las mujeres en Europa se debe a las enfermedades cardiovasculares (como el accidente cerebrovascular y la enfermedad coronaria) y el cáncer, mientras que los trastornos de la salud mental y las afecciones musculoesqueléticas son las principales causas de morbilidad (OMS, 2016a).

La principal carga de morbilidad entre las edades de 18 y 49 años reside en la salud mental, los trastornos musculoesqueléticos y el cáncer. El dolor de espalda y cuello es una de las principales causas de discapacidad en mujeres de más de 70 años en todos los países europeos. Cuanto mayor es el grupo de edad, los trastornos neurológicos superiores, como el Alzheimer, se encuentran entre las causas de la discapacidad.

Los años de vida perdidos debido a la enfermedad cardiovascular aumentan con la edad, ya que el efecto protector que tienen las mujeres durante la etapa reproductiva desaparece después de la menopausia (Di Cesare et al., 2016). Los cánceres de mama, cervicales, pulmonares y ováricos representan una carga significativa para las mujeres de toda Europa.

Si bien la mortalidad por cáncer de pulmón ha disminuido en los varones desde la década de los 80, las mujeres en gran parte de Europa, han visto aumentada la probabilidad de padecerlo. Este aumento, así como el relativo a las enfermedades respiratorias, tales como el asma o la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, responden a una tendencia asociada al aumento del consumo de tabaco en las mujeres y a otros determinantes ambientales, como la calidad de la vivienda y la contaminación del aire interior.

Las tasas de enfermedad mental entre las mujeres están aumentando en toda Europa y representan una carga significativa desde la adolescencia temprana y durante toda la vida. Se ha podido apreciar un aumento en el nivel y la persistencia de la depresión entre las mujeres mayores. Además, la evidencia de la interacción entre la salud mental y otras condiciones crónicas durante las últimas etapas de la vida va en aumento.

Entre los factores de riesgo crecientes para las enfermedades no transmisibles en las mujeres, cabe destacar los siguientes: el tabaco, el alcohol, la obesidad, la inactividad física y el riesgo medioambiental.

1.5. La equidad de género en la atención a la salud

El Sistema Sanitario Público de Andalucía se encuentra comprometido con un modelo de atención sanitaria que incorpora, entre otros valores, la equidad de género. Una de las metas explícitas del IV Plan Andaluz de Salud (2013-2020) es la de disminuir las desigualdades de género reorientando los

recursos, la atención sanitaria y las prestaciones de carácter preventivo y de promoción de salud hacia las necesidades específicas de salud de hombres y mujeres (Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, 2013). El análisis de situación de las desigualdades de género en la atención sanitaria en Andalucía parte de un concepto de equidad de género que no está asociado con la igualdad en la distribución de recursos y servicios sanitarios para hombres y mujeres, sino que implica que los recursos se asignen y se reciban diferencialmente según las necesidades particulares de cada sexo (Elsa Gómez, 2002).

Los estudios desarrollados hasta el momento sobre género y salud dan cuenta de que, lejos de la equidad deseada, actualmente hombres y mujeres acceden de forma desigual a los recursos y servicios sanitarios, y algunas de las diferencias constatadas no se deben a su situación de necesidad (Urbanos, 2011). Los sesgos de género están presentes en cada uno de los niveles y ámbitos del sistema de atención a la salud e inducen a errores y amenazan la calidad de las actuaciones sanitarias.

Con frecuencia se asume desacertadamente que la salud de mujeres y hombres, sus riesgos biológicos y sociales, y el abordaje de sus necesidades son similares, cuando no lo son (Ruiz, 2001; Ruiz, Verbrugge, 1997; Ruiz-Cantero, Vives-Cases, Artazcoz et al., 2007).

Es un hecho conocido que las mujeres consultan con más frecuencia por problemas de salud propios y ajenos, acudiendo a servicios accesibles de primer nivel. Esta mayor utilización de las mujeres no constituye necesariamente una expresión de privilegio social, sino que responde a una mayor necesidad objetiva de servicios de salud. Las funciones reproductivas de las mujeres diferenciadas de las de los hombres, así como su mayor probabilidad de sufrir enfermedades crónicas y discapacidad a lo largo de la vida por su mayor longevidad, explican en parte esta mayor demanda. (Gómez, 2002). Además de estos condicionamientos biológicos, otros factores socioculturales y de género actúan sobre la diferente utilización de servicios de hombres y mujeres. Los patrones de socialización diferenciados por sexo afectan al reconocimiento de los síntomas y a la libertad o inhibición para expresarlos, genera expectativas de salud diferentes con una menor asunción de la vulnerabilidad a la enfermedad por parte de los hombres, y, delega el rol del cuidado propio y ajeno a las mujeres. Por tanto, es a las mujeres a quienes se les pide socialmente la búsqueda de ayuda ante la enfermedad, son ellas quienes están más disciplinadas para hacerlo.

En el ámbito de la investigación en salud, muchos estudios epidemiológicos y ensayos clínicos han excluido a las mujeres, llevándose a cabo sólo –o mayoritariamente- con población masculina. Por tanto, muchos hallazgos relacionados con los problemas de salud de los hombres y/o su respuesta terapéutica a fármacos, se han generalizado a la diferente realidad biológica y social de las mujeres (Ruiz-Cantero et al., 2004).

En el ámbito de la sintomatología se han asumido como universales los síntomas del cuerpo masculino, ignorando la sintomatología del cuerpo de la mujer. Muchos síntomas físicos de las mujeres se ignoran, o se malinterpretan y psicologizan. Este importante sesgo cognitivo explicaría el gradiente de morbilidad de las mujeres, con respecto a los hombres, en aquellas patologías donde las diferencias de género en los síntomas son más acusadas (Vázquez y Garrido, 2016).

El diagnóstico y el abordaje de las patologías de las mujeres muchas veces son equivocados cuando no se incorpora su situación social dentro de la etiología de la enfermedad. Muchas necesidades de salud de las mujeres quedan ocultas, o bien se medica la desigualdad social que actúa sobre ellas y sus condiciones concretas de vida (Ham, 2012; Vázquez y Garrido 2016). Con frecuencia, la medicalización es la respuesta que se da a muchos problemas de salud de las mujeres derivados de injustas situaciones que asumen por razón de género. Tal medicalización, a la vez, contribuye a encubrir y mantener el origen social de muchos padecimientos. El sesgo social en la atención sanitaria, que

ignora los malestares sociales convirtiéndolos en físicos, se puede advertir en el elevado consumo de medicamentos por parte de las mujeres, en especial psicofármacos (Velasco, 2009; Ruiz-Cantero et al., 2004). Así como también se ha observado que las mujeres son altamente medicadas en procesos vitales no patológicos del ámbito reproductivo, como el ciclo menstrual, la maternidad o la menopausia (Velasco, 2008).

También se cometen algunas injusticias al asumir que hay diferencias en la salud o en las necesidades de cuidado de hombres y mujeres cuando realmente son similares (Ruiz-Cantero, 2001; Ruiz-Cantero, Verbrugge, 1997; Ruiz-Cantero, Vives-Cases, Artazcoz et al., 2007)

Muchos datos constatan cómo desde los servicios sanitarios se priorizan las necesidades de salud de los hombres frente a las de las mujeres, y cómo se realiza un mayor esfuerzo terapéutico en ellos. Se conoce que algunos procedimientos y recursos especializados de mayor coste, se invierten con más frecuencia en los hombres que en las mujeres (Ruiz-Cantero, 2009). Los hombres son derivados en mayor medida a los servicios hospitalarios. Las mujeres llegan a los servicios especializados más tarde y en peor estado de salud. A igual estado de salud, edad, renta y educación, las mujeres registran un tiempo de espera para visitas diagnósticas al especialista al menos un 13,6% más largo que los hombres (Abasolo et al., 2014; Urbanos 2016). El mayor retraso asistencial y terapéutico de los problemas de salud de las mujeres, se vincula con la mayor letalidad hospitalaria de las mujeres frente a la de los hombres (Ruiz-Cantero, 2009).

Desde las políticas públicas resulta necesario revisar de forma continuada la situación de desigualdad entre la salud de las mujeres y de los hombres y sus determinantes sociales, tratando de identificar las principales inequidades como herramienta fundamental para tomar decisiones y desarrollar estrategias a favor de la equidad de género en salud. Este informe se sitúa en este camino, tratando de describir y analizar la situación de salud de las mujeres y los hombres de la Comunidad Autónoma de Andalucía en el momento actual, así como los determinantes sociales de las desigualdades en salud identificadas.

2. OBJETIVOS

Los objetivos de este proyecto son los siguientes:

1. Describir la situación de salud de mujeres y hombres adultos en Andalucía identificando las principales desigualdades de género en salud.
2. Analizar los determinantes sociales de las desigualdades en salud identificadas, utilizando para ello un enfoque de género e interseccionalidad (esto incluye el análisis de las interrelaciones de género con otros ejes de desigualdad, como la edad, siempre que los datos estén disponibles).
3. Analizar el cambio temporal de determinadas brechas de género en salud, previamente seleccionadas, a partir de las fuentes que estén disponibles (por ejemplo, las Encuestas Andaluzas de Salud).





3. METODOLOGÍA

3.1. Diseño y ámbito de estudio

Este proyecto se ha desarrollado principalmente a partir del análisis de datos obtenidos de fuentes secundarias de información, en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Andalucía. Para cada indicador, se han utilizado los datos más actualizados disponibles dentro del periodo de los últimos diez años, salvo que en alguna dimensión específica no haya sido posible porque se recogen los datos en periodos superiores.

Para los datos que no ha sido posible recoger mediante fuentes secundarias o que por motivos de actualidad de los mismos fuera recomendable recurrir a datos primarios, se ha realizado una explotación específica de la Encuesta Andaluza de Salud correspondiente al año 2015 (EAS 2015) (Sanchez-Cruz, Mayoral y García, 2018).

3.2. Indicadores

Para la propuesta inicial de contenidos se han consultado documentos clave y se han revisado distintos planes y estrategias en salud en Andalucía, que puedan dar pistas de las principales dimensiones a tener en cuenta cuando hablamos de desigualdades de género en salud en nuestra Comunidad Autónoma. Algunos de los documentos consultados han sido el Atlas de Desigualdades de Género en Salud y sus Determinantes en Andalucía (2015) y la Guía de Indicadores para medir las desigualdades de género en salud y sus determinantes (2015), ambos elaborados por la EASP, así como informes sobre la salud de mujeres y hombres en otras regiones y en la Unión Europea. Asimismo, se han revisado los planes marco, planes integrales, estrategias y planes de salud que recogen las políticas que rigen la sanidad andaluza y la organización y gestión de los servicios.

A partir de esta primera selección de temáticas e indicadores, esta propuesta se ha organizado en torno a tres grandes apartados: (1) Desigualdades de género en los determinantes sociales de la salud, (2) Desigualdades de género en la salud y (3) Desigualdades de género en la atención sanitaria.

Los indicadores identificados para cada dimensión, se han adaptado durante el proceso de elaboración del informe, en función de la disponibilidad de datos efectivamente encontrados.

Cuadro 2. Listado de dimensiones analizadas en el informe

Desigualdades de género en los determinantes sociales de la salud	Desigualdades de género en el estado de salud	Desigualdades de género en la atención sanitaria
• Estructura demográfica • Estructura de hogares • Educación • Recursos económicos: empleo, renta y pensiones • Trabajo doméstico • Cuidados • Usos del tiempo y conciliación • Condiciones medioambientales y sociales del entorno • Empoderamiento y toma de decisiones • Índice de desigualdad de Género Andalucía • Hábitos relacionados con la salud	• Mortalidad y esperanza de vida • Salud percibida y calidad de vida relacionada con la salud • Morbilidad diferencial: enfermedades crónicas • Discapacidad • Accidentabilidad • Salud sexual • Violencia y maltrato	• Cobertura y acceso a los servicios sanitarios • Promoción de la salud • Prevención de la enfermedad • Atención sanitaria: atención primaria, atención urgente, atención hospitalaria, atención a la salud mental y atención a la salud reproductiva • Consumo de medicamentos

3.3. Recogida de datos y fuentes de información

Los datos secundarios se han recogido principalmente del Instituto Nacional de Estadística (INE), el Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía (IECA), la Encuesta Andaluza de Salud (EAS) y otras fuentes secundarias. Los datos primarios se han recogido de la Encuesta Andaluza de Salud de 2015.

Se detallan a continuación las principales fuentes consultadas. El listado completo de fuentes se detalla en el Anexo 1.

Cuadro 3: Principales fuentes consultadas

Consejería de Salud, Servicio Andaluz de Salud: – Encuestas Andaluzas de Salud 1999-2015 – Registro Andaluz de Interrupción Voluntaria del Embarazo – Memoria del Servicio Andaluz de Salud. Información Básica 2014 y 2016 – Memoria de la Consejería de Salud	Instituto Nacional de Estadística (INE): – Censos de Población y Viviendas – Encuesta de Calidad de Vida en el Trabajo – Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de dependencia – Encuesta de Morbilidad Hospitalaria – Encuesta de Condiciones de Vida. Resultados para Andalucía 2015 – Encuesta de empleo del tiempo en Andalucía 2009
Instituto Andaluz de la Mujer: – Cifras sobre Asociaciones y Federaciones de mujeres de Andalucía – Informe de Violencia de Género en Andalucía	Ministerio de Hacienda: – Datos del Ministerio de Hacienda – Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad: – Indicadores de Salud – Encuesta Europea de Salud en España 2014
Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía (IECA): – Andalucía Datos Básicos – Censos de Población y Viviendas. Movimiento Natural de la Población 2015-2016 – Indicadores Sociales de Andalucía	Ministerio de Trabajo e Inmigración: – Anuario de Estadísticas – Observatorio contra la Violencia Doméstica y de Género

3.3.1. Identificación de datos en fuentes secundarias

Siguiendo el marco planteado en la propuesta de este proyecto, los conceptos a analizar se han organizado en torno a tres grandes grupos de dimensiones:

1. Desigualdades de género en los determinantes sociales de la salud.
2. Desigualdades de género en el estado de salud.
3. Desigualdades de género en la atención sanitaria.

Para cada concepto se han operacionalizado las dimensiones y subdimensiones y a partir de ellas, se han clasificado los indicadores.

Una vez establecidas las dimensiones y subdimensiones de interés para el análisis de las desigualdades de género en la salud de hombres y mujeres, se ha construido un inventario de fuentes de datos cuantitativos que pudieran contener información pertinente para el proyecto.

Se han manejado todo tipo de fuentes que tuvieran información oficial sobre las dimensiones seleccionadas: bancos de datos, observatorios, estadísticas, informes, memorias, encuestas, planes, legislación y evaluaciones. Se han consultado fuentes tanto a nivel autonómico (Andalucía), como a nivel nacional y europeo. La mayoría de las fuentes de información consultadas proceden de organismos públicos y oficiales, pero también se han revisado datos de sociedades científicas. Se puede consultar el listado completo de fuentes en el Anexo 1.

Para seleccionar los datos o indicadores a incluir, se han establecido los siguientes criterios de inclusión:

- Desagregación por sexo
- Nivel máximo de agregación: autonómico

En el caso de que existieran varias fuentes disponibles para un mismo indicador, se han priorizado aquellas que ofrecieran los datos más actualizados (se han excluido las fuentes que no ofrecían datos de alguno de los últimos 10 años) y que se dispusieran de series temporales o varios años discontinuos para ver la evolución.

Cuadro 4. Criterios de selección de datos o indicadores para el análisis de las desigualdades de género en salud en Andalucía

Criterios de inclusión	Desagregación por sexo
	Nivel máximo de agregación de datos: autonómico
Criterios de priorización (jerarquizados)	Actualización en el tiempo
	Disponibilidad de series temporales

El mapeo de datos obtenido de la revisión de las fuentes de datos y recopilado en un informe que se entregó en diciembre de 2017 dentro de este mismo proyecto, abarca la mayoría de las dimensiones y subdimensiones planteadas. La práctica cada vez más habitual de desagregación de datos, el esfuerzo por monitorear la salud de la población y la disponibilidad de datos sanitarios ha permitido localizar la mayor parte de las variables preestablecidas y ampliar otras dimensiones. Sin embargo, no todos los datos se encuentran a nivel provincial, ni todos tienen representatividad a nivel autonómico. El análisis interseccional también se ve limitado por la poca disponibilidad de datos desagregados por sexo que registren otras variables de análisis.

En el caso de los datos o indicadores que se extraen de las encuestas de salud, se han revisado las encuestas cuyos datos estaban disponibles en fuentes secundarias (es decir, en informes o tablas ya elaborados). En el caso de la Encuesta Andaluza de Salud (EAS), estos datos estaban disponibles hasta la EAS 2011. Para los datos procedentes de encuesta de los que pudiera encontrarse una fuente secundaria más reciente, se ha seleccionado esta, aunque no sea de nivel autonómico. Este es el caso de la Encuesta Nacional de Salud 2011-2012 y 2017, que presentan datos desagregados por sexo y por otras variables de interés disponibles, como la edad, así como de la Encuesta Europea de Salud, que presenta datos hasta 2014.

3.3.2. Fuente de datos primarios: Encuesta Andaluza de Salud 2015

Se han seleccionado algunos indicadores que, por motivos de su ausencia en fuentes secundarias o cuando no estaban suficientemente actualizados en estas fuentes, se han extraído mediante la explotación primaria de la Encuesta Andaluza de Salud de 2015.

La población de estudio está constituida por todas las personas mayores de 15 años no institucionalizadas residentes en Andalucía. En esta encuesta se aplicaron 6.569 entrevistas personales, de las cuales 3.338 fueron mujeres (50,8%) y 3.231 fueron hombres (49,2%).

Para cada una de las variables seleccionadas de la encuesta, se han calculado las estimaciones puntuales, errores estándares e intervalos de confianza según los pesos de diseño. En todas las variables se han obtenido los resultados para hombres y para mujeres. Para las variables cuantitativas se han calculado las medias y las desviaciones estándar, y para las cualitativas, se han calculado las frecuencias y los porcentajes. Cada una de las cualitativas se ha cruzado con el sexo en tablas de contingencia, realizando el estadístico Chi-cuadrado y ofreciendo su significación para conocer la asociación entre ambas variables. Para las variables cuantitativas se ha realizado una comparación de medias mediante el t-test para comparar los valores medios en mujeres y hombres y se muestra la significación mediante el p-valor.

Además, se han calculado los resultados de algunos indicadores estratificando por las siguientes variables: edad (Menores de 30, 30-44, 45-64, 65-79, 80 y mas), nivel educativo (Primarios, Secundarios y Superiores), hábitat (Rural, Semi-rural y Urbano; esta variable se construye a partir del número de habitantes del municipio de residencia según criterio del INE: <2000 habitantes, 2000-10000 habitantes, >10000 habitantes y capitales), situación laboral (Trabajo remunerado; En paro que incluye busca primer empleo; Trabajo en el hogar que coincide con sus labores/ama de casa; y la categoría Otro que incluye jubilado, estudiante, incapacidad/invalidez permanente y otras opciones), país de nacimiento (España, Extranjero), y participación en los cuidados (Cuido solo/a, Cuido con ayuda y No cuido).

El análisis estadístico se ha realizado con el software libre R utilizando el paquete survey teniendo en cuenta el diseño muestral de la EAS 2015.

3.4. Análisis y presentación de los datos

En este proyecto se han calculado los datos en términos de tasas (en mujeres y en hombres), brechas de género, porcentajes y números absolutos. Los apartados de resultados se presentan con tablas de datos en las que se muestra el indicador correspondiente con la brecha de género y el p-valor que indica la significación estadística para la diferencia entre hombres y mujeres, siempre que haya sido posible su cálculo. En las representaciones gráficas se presentan los datos de mujeres en azul y los de hombres en naranja.

Se ofrecen, a continuación, unas indicaciones generales para la interpretación de los datos presentados.

- **Tasa en mujeres:** Interpretación de los valores: La tasa en mujeres se refiere a la proporción de mujeres en las que ocurre el fenómeno estudiado respecto al total de la población de mujeres (expresada en porcentaje, en tanto por mil o por diez mil).
- **Tasa en hombres:** Interpretación de los valores: La tasa en hombres se refiere a la proporción de hombres en los que ocurre el fenómeno estudiado respecto al total de la población de hombres (expresada en porcentaje, en tanto por mil o por diez mil).
- **Brecha de género (BG):** Interpretación de los valores: La brecha de género se interpreta como la diferencia entre mujeres y hombres (mujeres menos hombres) en cuanto al fenómeno estudiado (expresada en porcentaje, en tanto por mil o por diez mil). Esta información resulta más importante desde la perspectiva de género que los valores aislados de cada sexo. Los valores más cercanos al cero serán los que representen una mayor igualdad. Los valores negativos indican que los hombres tienen un valor más elevado que las mujeres en dicho indicador. Los valores positivos indican que las mujeres tienen un valor más elevado que los hombres.
- **Números absolutos:** Algunos indicadores se expresan en números absolutos (de centros, instituciones, años, etc.). Por ejemplo, los indicadores de esperanza de vida se expresan en número de años.
- **Porcentajes:** Se refiere a una cantidad que corresponde proporcionalmente a una parte de cien.

3.5. Dimensiones y subdimensiones que se presentan en este informe

Para el avance de resultados que se ofrece en este informe, se abordan las siguientes subdimensiones en cada una de las tres dimensiones propuestas en el esquema inicial.

Cuadro 5. Desigualdades de género en los determinantes sociales de la salud en Andalucía

Dimensiones	Subdimensiones
Estructura demográfica	- Distribución de la población - Evolución de la población: movimiento natural y saldo migratorio - Natalidad y fecundidad - Población extranjera
Estructura de hogares	- Tipos de hogares
Educación	- Nivel de estudios alcanzado - Abandono escolar temprano - Representación en cada nivel educativo
Recursos económicos	- Actividad - Empleo y desempleo - Ocupación y situación laboral - Tipo de contrato y jornada - Brecha salarial - Renta - Pensiones - Situación de exclusión social y pobreza
Trabajo doméstico	- Personas que realizan actividades dedicadas al trabajo del hogar - Duración diaria de las actividades dedicadas al trabajo del hogar - Ayuda para las tareas del hogar - Las tareas del hogar como actividad principal
Cuidados	- Hogares y personas que requieren cuidados especiales - Personas que cuidan a personas dependientes - Personas que cuidan a personas mayores o con dolencias crónicas - Horas semanales dedicadas al cuidado de personas mayores o con dolencias crónicas - Ayuda para las tareas de cuidado
Usos del tiempo y conciliación	- Distribución de actividades en un día promedio - Medidas laborales de conciliación relacionados con la maternidad, paternidad y el cuidado de hijos e hijas
Condiciones medioambientales y sociales del entorno	- Problemas ambientales y de seguridad en el entorno en que se reside
Empoderamiento y toma de decisiones	- Participación política: personas con cargos políticos - Participación económica: personas en puestos de dirección
Índice de Desigualdad de Género Andalucía	- Índice de desigualdad de género
Hábitos relacionados con la salud	- Consumo de tabaco y edad de inicio - Abandono del hábito tabáquico - Consumo de alcohol y edad media - Actividad física y sedentarismo en el trabajo - Actividad física y sedentarismo en el tiempo libre - Alimentación - Descanso y sueño

Cuadro 6. Desigualdades de género en el estado de salud en Andalucía

Dimensiones	Subdimensiones
Mortalidad y esperanza de vida	- Mortalidad general y por causas - Esperanza de vida - Mortalidad prematura
Salud percibida y calidad de vida relacionada con la salud	- Salud percibida - Calidad de vida relacionada con la salud
Morbilidad diferencial	- Morbilidad informada - Morbilidad atendida - Patologías seleccionadas
Discapacidad	- Discapacidad por edad y por tipos - Esperanza de vida libre de discapacidad - Cuidados recibidos y características de las personas que cuidan
Accidentabilidad	- Accidentes según ámbito
Salud sexual	- Actitudes y hábitos sexuales - Anticoncepción - Interrupción voluntaria del embarazo - VIH/sida y otras ITS
Violencia y maltrato	- Muertes por violencia de género - Denuncias por violencia de género - Llamadas al 016

Cuadro 7. Desigualdades de género en la atención sanitaria en Andalucía

Dimensiones	Subdimensiones
Cobertura y acceso a los servicios sanitarios	- Tipo de cobertura sanitaria - Inaccesibilidad a asistencia sanitaria por motivos económicos
Promoción de salud	- Programas de promoción de salud en el ámbito educativo - Programas de promoción de salud en los lugares de trabajo
Prevención de la enfermedad	- Tensión arterial, colesterol y glucosa - Vacunación antigripal - Servicios preventivos específicos para mujeres
Atención sanitaria	- Atención Primaria - Atención Urgente - Atención Hospitalaria - Salud Mental - Salud Reproductiva
Consumo de medicamentos	- Tipo de medicinas utilizadas con y sin receta



4. DESIGUALDADES DE GÉNERO EN LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD EN ANDALUCÍA

Como hemos señalado en el marco teórico, el género es un eje transversal de desigualdad que interactúa con todos los demás determinantes sociales de la salud. En primer lugar, se vincula con determinantes estructurales que afectan a la salud, a corto, medio y largo plazo. La evidencia ha demostrado que determinantes como el nivel educativo o la posición socioeconómica influyen en la salud de manera desigual en mujeres y en hombres. Las mujeres presentan un mayor riesgo de sufrir pobreza y peor salud a lo largo de sus vidas debido, entre otros motivos, por los menores niveles de educación, los salarios más bajos, la mayor frecuencia de empleos temporales o a tiempo parcial, y la dependencia económica derivada de los roles sexuales adquiridos, principalmente los roles de cuidado familiar. El primer apartado de este bloque se dedica a este tipo de **determinantes estructurales de la salud**. Se analizará la diferente estructura poblacional y de los hogares entre las mujeres y los hombres de Andalucía; la desigualdad en el acceso a la educación; los desiguales recursos económicos, especialmente en lo relativo al empleo, la renta y las pensiones; las desigualdades en el trabajo reproductivo y en la conciliación de los ámbitos laboral, familiar y personal; en las desigualdades derivadas del entorno social y medioambiental en que se reside; así como las desigualdades en la participación política y económica entre mujeres y hombres.

A continuación, y en consonancia con el marco teórico expuesto, se analizan en un segundo apartado de este bloque otros **determinantes intermedios de la salud**, más relacionados con **hábitos y conductas relacionadas con la salud**. El género es una categoría que ordena valores, normas, prácticas y comportamientos que afectan a la exposición y vulnerabilidad a diferentes factores de riesgo. Las normas basadas en género se sustentan en valores y actitudes sobre el valor relativo que se concede a las mujeres frente a los hombres, sobre quién tiene la responsabilidad de atender las diferentes necesidades y de asumir determinados roles, sobre quién tiene el derecho a tomar determinadas decisiones, o sobre las expectativas y presiones sociales para seguir o evitar determinadas conductas y comportamientos, basadas en la masculinidad y la feminidad. En este apartado nos centramos en las desigualdades de género en determinados hábitos relacionados con la salud, como son el consumo de tabaco, de alcohol, el ejercicio físico y el descanso.

4.1. Determinantes estructurales de la salud

4.1.1. Mujeres y hombres en Andalucía: la estructura sociodemográfica

Andalucía es en la actualidad la región más poblada de España. Según el Padrón de 2017, cuenta con 8.379.820 de habitantes, el 18% de toda la población nacional. De esta población, el 50,67% son mujeres (INE, 2017). La provincia más poblada de Andalucía es Sevilla, con un 23,2% del total. Las menos pobladas son Huelva y Jaén, con un 6,2 y un 7,7% de la población andaluza, respectivamente. Las provincias que cuentan con mayor porcentaje de mujeres son Sevilla (51,1%), Córdoba y Málaga (con 50,9% cada una). Almería es la única provincia que cuenta con mayor representación masculina (50,9%) (INE, 2017).

El porcentaje de mujeres y hombres difiere según el tamaño del lugar de residencia. Como puede verse en la siguiente tabla, el número de mujeres sólo supera al de hombres en los municipios andaluces de mayor tamaño, en los que tienen más de 20.000 habitantes. Los municipios más pequeños cuentan con menor proporción de mujeres (IECA, 2016). Esta tendencia es consistente con la masculinización del mundo rural que se ha venido experimentando en las últimas décadas en España, si bien es algo superior que la media nacional (Ministerio de Medio Ambiente, Medio Rural y Marino, 2009, 2011; INE, 2017). Según datos del INE (2017), el índice de masculinización actual en el medio rural en España es del 103,42%, 6 puntos por encima del índice nacional de masculinización.

En la última década (2007-2017), la población andaluza se ha incrementado un 3,9%, registrándose el punto más elevado de población en el 2012. Después de ese año, la población ha ido en descenso paulatinamente hasta alcanzar en 2017 las cifras aproximadas que se registraron en 2010. En este periodo de diez años, la población femenina se ha incrementado un 4,3%, mientras la masculina ha crecido un 3,1% (Consejería de Hacienda y Administración Pública, 2017).

La **pirámide de población de Andalucía** es regresiva, es decir, tiende al progresivo envejecimiento, con una natalidad muy reducida y una mortalidad también baja. La franja de edad de 0 a 19 años ha disminuido en la última década, un 1% en las mujeres y un 1,2% en los hombres. La distribución por sexo en la franja de edad de 65 y más años es mayor en las mujeres que en los hombres, un 56,7% y un 43,3% respectivamente. Podemos decir que el proceso de envejecimiento poblacional está afectando más a las mujeres.

El crecimiento natural ha moderado progresivamente su influencia en el crecimiento total, mientras que los saldos migratorios han tenido mayor relevancia: a finales de los años setenta por su tendencia negativa, debido a los últimos años de la gran emigración andaluza; a partir de mediados de los años noventa por el signo contrario de un fuerte proceso de inmigración que ha perdurado hasta la crisis económica. A partir de este momento, se han moderado los saldos migratorios y, con ello, el crecimiento total de la población, a pesar del repunte que ha experimentado el crecimiento natural.

Tabla 1. Distribución de la población por sexo, tamaño del municipio y provincia. Andalucía 2016

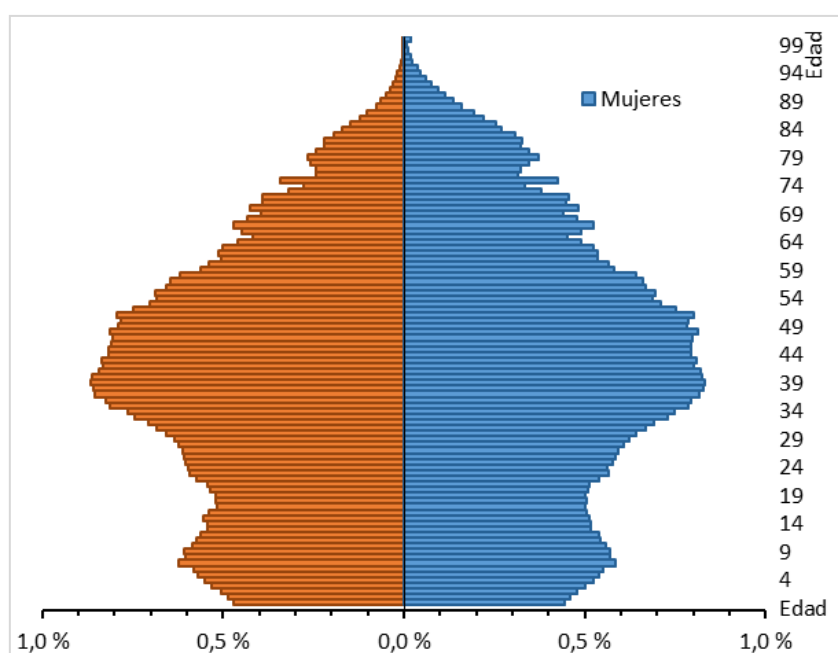
		Distribución de la población según tamaño del municipio								
		Almería	Cádiz	Córdoba	Granada	Huelva	Jaén	Málaga	Sevilla	Andalucía
Hombres	Municipio capital	94.530	56.362	156.914	108.889	69.868	55.159	273.715	327.866	1.143.303
	Hasta 1.000 hab.	10.999	1.009	3.194	19.801	6.234	5.471	7.134	1.588	55.430
	De 1.001 hasta 5.000 hab.	39.011	11.715	51.801	69.327	44.514	71.204	61.524	58.452	407.548
	De 5.001 hasta 10.000 hab.	33.414	37.688	48.692	59.434	21.727	40.550	28.392	90.001	359.898
	De 10.001 hasta 20.000 hab.	44.499	45.595	48.241	96.689	47.766	61.151	21.796	147.401	513.138
	De 20.001 hasta 50.000 hab.	41.239	100.039	79.628	67.309	67.462	58.505	123.880	195.590	733.652
	De 50.001 hasta 100.000 hab.	94.531	196.661	0	29.699	0	28.822	216.139	63.549	629.401
	Más de 100.001 hab.	0	163.789	0	0	0	0	68.050	64.985	296.824
	TOTAL	358.223	612.858	388.470	451.148	257.571	320.862	800.630	949.432	4.139.194
Mujeres	Municipio capital	99.985	62.557	169.695	125.869	75.600	59.499	295.294	362.700	1.251.199
	Hasta 1.000 hab.	10.348	937	3.180	18.265	6.010	5.205	6.693	1.551	52.189
	De 1.001 hasta 5.000 hab.	37.900	11.395	51.620	66.584	43.949	70.000	59.316	58.037	398.801
	De 5.001 hasta 10.000 hab.	31.433	36.812	49.046	57.944	22.009	40.463	27.796	90.053	355.556
	De 10.001 hasta 20.000 hab.	43.212	45.193	48.375	97.556	47.347	61.911	20.993	148.085	512.672
	De 20.001 hasta 50.000 hab.	37.010	99.480	81.224	67.357	67.110	60.303	126.162	198.842	737.488
	De 50.001 hasta 100.000 hab.	86.186	201.015	0	30.669	0	30.007	219.720	64.205	631.802
	Más de 100.001 hab.	0	169.642	0	0	0	0	72.694	66.870	309.206
	TOTAL	346.074	627.031	403.140	464.244	262.025	327.388	828.668	990.343	4.248.913

Fuente: IECA. Padrón municipal de habitantes.

La pirámide de población de 2016 sitúa la edad media de la población en 41 años, con un envejecimiento mayor entre las mujeres (42,1 años de media) que entre los hombres (39,8 años de media). En Andalucía hay más niños que niñas al nacer, pero las mujeres superan a los hombres a partir

de los 50 años de edad hasta la cúspide de la pirámide. Este hecho se asocia a la mayor esperanza de vida que presentan ellas, en torno a los 84 años, frente a 79 años de los hombres.

Gráfico 1. Pirámide de población. Andalucía 2016



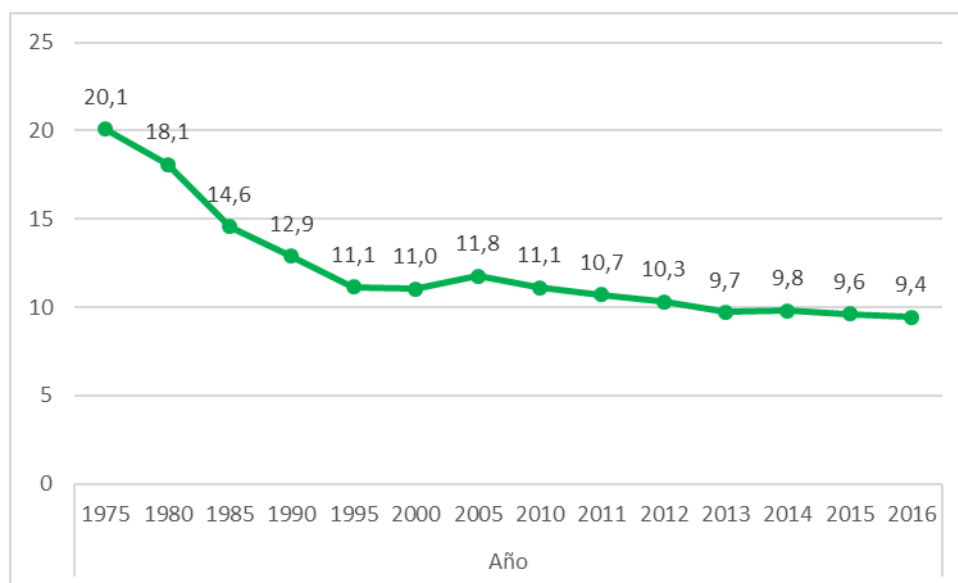
Fuente: IECA. Proyección de la Población de Andalucía y Provincias 2016.

EL ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL ESTÁ AFECTANDO MÁS A LAS MUJERES

Asistimos a un importante envejecimiento poblacional, motivado entre otras causas por el descenso de la natalidad y el aumento de la esperanza de vida. El envejecimiento es mayor entre las mujeres que entre los hombres. La pirámide poblacional andaluza se encuentra en sintonía con las que se registran en España en su conjunto y en la mayoría de países europeos. España es actualmente uno de los países con mayor proporción de personas mayores (Colombo et al., 2011). Se estima que Europa perderá 9 millones de menores de 14 años entre 2010 y 2050, y ganará simultáneamente 35 millones de personas mayores de 80 años, personas que en su mayor parte presentarán enfermedades crónicas y situaciones de discapacidad, y que requerirán cuidados (Durán, 2012).

Hay que destacar algunas **tendencias en torno a la fecundidad y la natalidad** que resultan claves para entender el carácter regresivo de las actuales pirámides de población: Una es el progresivo descenso de la natalidad y del número medio de hijos por mujer (desde 1,6 en 2008 hasta los 1,4 en 2016). No obstante, el número medio de hijos por mujer en Andalucía es ligeramente superior a la media nacional. Otro aspecto relevante es el aumento de la edad media de la maternidad (32 años en 2016), lo que supone 1,3 años más que en el año 2000. Por último, hay que destacar el creciente porcentaje que representan los nacimientos de madre extranjera (suponen más del 12% del total de nacimientos). La fecundidad de las mujeres nacidas en el extranjero es mayor y más temprana que la de las españolas. La población inmigrante se concentra en la edad fértil, lo que contribuye a que su aportación al número total de nacimientos sea más que proporcional a su peso poblacional.

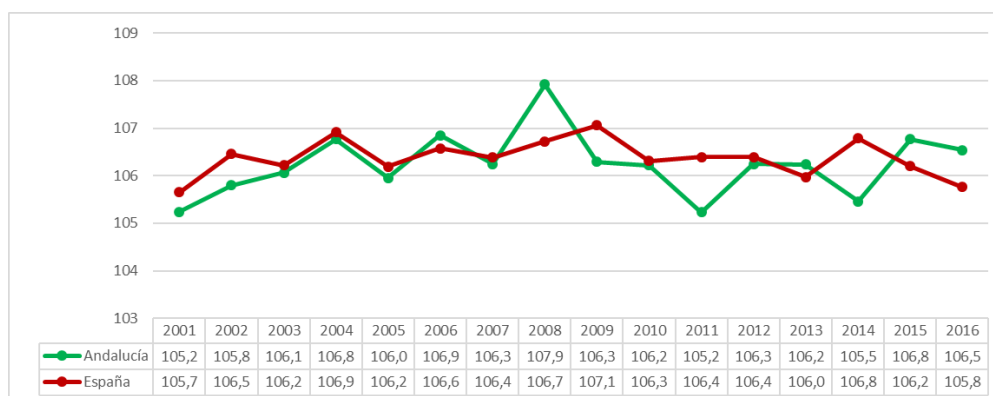
Gráfico 2. Tasa bruta de natalidad (nacimientos por 1.000 habitantes). Andalucía 1975-2016



Fuente: IECA

Tanto en Andalucía como en el conjunto de España, nacen más niños que niñas. La siguiente tabla muestra la ratio de masculinidad al nacimiento, que se define como el total de nacimientos de niños por cada 100 nacimientos de niñas, registrados entre todos los nacimientos de madres andaluzas. Podemos ver cómo esta ratio ha permanecido estable a lo largo de los años. Aproximadamente, nacen entre 105 y 107 niños por cada 100 niñas.

Gráfico 3. Ratio de masculinidad al nacimiento. Andalucía y España 2001-2016

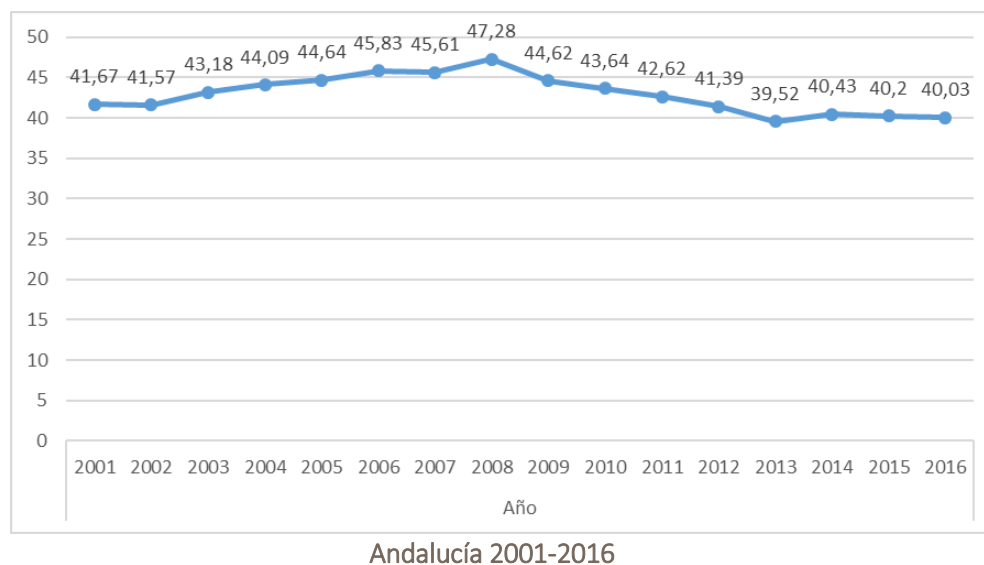


Fuente: INE base Demografía y población. Indicadores Demográficos Básicos.

La tasa global de fecundidad indica el número de nacimientos por cada 1.000 mujeres en edad fértil. En Andalucía, esta tasa ha sufrido altibajos en los últimos años. Los primeros años del siglo se caracterizaron por un aumento paulatino de esta tasa, pasando de 41,67 nacimientos por cada 1.000 mujeres en edad fértil a 47,28 en el año 2008. Después se experimentó una recesión en esta cifra, volviendo a los 39,52 en el año 2012. En los últimos años la tasa se ha mantenido estable, en torno a los 40 nacimientos por cada 1.000 mujeres en edad fértil. En estas fluctuaciones han tenido relevancia los flujos migratorios. No debemos olvidar que, a partir de mediados de los años noventa se produjo

un fuerte proceso de inmigración que ha perdurado hasta que emergió la crisis económica. A partir de este momento, se han moderado los saldos migratorios y, con ello, el crecimiento total de la población. Esto ha provocado también que descienda el número medio de hijos por mujer a partir de los primeros años de la crisis.

Gráfico 4. Tasa Global de Fecundidad (nacimientos por 1.000 mujeres en edad fértil).



Fuente: INE base Demografía y población. Indicadores Demográficos Básicos.

Las tasas específicas de fecundidad, que tienen en cuenta los intervalos de edad de las mujeres, muestran que la mayor parte de los nacimientos se concentran entre los 30 y 34 años. Se dan 94 nacimientos por cada 1.000 mujeres de ese intervalo de edad. Los intervalos entre 25 y 29 años y entre 35 y 39 también presentan una tasa específica de fecundidad relativamente elevada respecto a las demás franjas de edad (64 y 63 respectivamente).

Tabla 2. Tasas específicas de fecundidad (Nacimientos por 1000 mujeres en edad fértil en cada intervalo de edad). Andalucía 2016

	Edad (años)								
	<15	De 15 a 19	De 20 a 24	De 25 a 29	De 30 a 34	De 35 a 39	De 40 a 44	De 45 a 49	De 50 a 54
Tasa específica de fecundidad	0,11	9,31	29,97	64,08	93,99	63,24	14,62	1,08	0,07

Fuente: INE base Demografía y población. Indicadores Demográficos Básicos.

La siguiente tabla muestra el indicador coyuntural de fecundidad y la edad media a la maternidad. El primer indicador hace referencia al número medio de hijos por mujer, que como ya hemos comentado, ha descendido notablemente en las últimas décadas, hasta 1,41 en 2016. Desciende el número de hijos y se retrasa la maternidad. Desde los 29,19 años de media que tenían las mujeres al nacimiento de su primer hijo o hija en 1975 hasta los 31,47 que tenían en 2016.

Tabla 3. Indicador coyuntural de fecundidad (número medio de hijos/as por mujer) y edad media a la maternidad. Andalucía 1975-2016

	Año													
	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Número medio de hijos por mujer	3,13	2,72	2,01	1,66	1,36	1,34	1,46	1,45	1,42	1,39	1,34	1,39	1,40	1,41
Edad media a la maternidad	29,19	28,40	28,49	28,65	29,51	30,15	30,39	30,72	30,98	31,11	31,20	31,29	31,37	31,47

Fuente: IECA.

En suma, el descenso de la natalidad global, junto con el aumento de la esperanza de vida, ha provocado un **progresivo envejecimiento global de la población**. Este hecho se ha intensificado especialmente en las zonas rurales y de montaña andaluzas, debido a los procesos migratorios que han protagonizado los segmentos más jóvenes de la población.

LA MAYOR ESPERANZA DE VIDA Y EL DESCENSO DE LA NATALIDAD: FACTORES CLAVE DEL AUMENTO DE LA DEMANDA DE CUIDADOS

Aunque es ligeramente superior a la media nacional, el número de hijos por mujer ha descendido en Andalucía en la última década. También se ha producido un aumento de la edad media de la maternidad. Estas tendencias responden en gran parte a la dificultad de las mujeres de hacer compatibles su maternidad con las actividades laborales, sociales y políticas, ante la falta de una corresponsabilidad en los cuidados entre hombres y mujeres y de medidas efectivas de conciliación que impliquen a ambos sexos. Esta baja natalidad se ha intensificado en las zonas rurales, a causa de los procesos migratorios protagonizados por los segmentos más jóvenes.

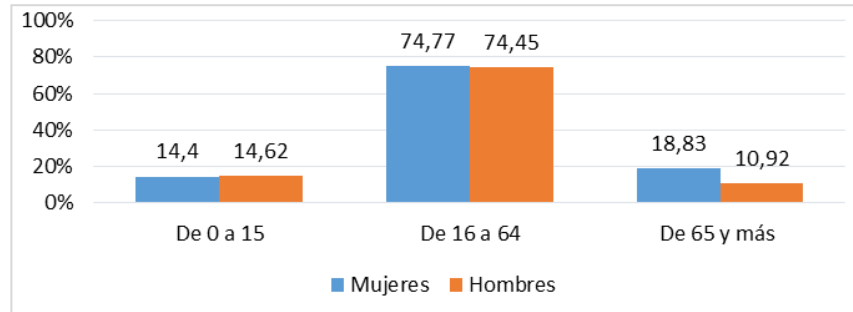
En la fecundidad global tiene un peso relevante la aportación de las mujeres nacidas en el extranjero, que son madres a una edad más temprana y tienen un mayor número medio de hijos por mujer. Se ha multiplicado por 1,2 el número de mujeres extranjeras residentes en Andalucía en la última década, y éstas se encuentran, en su mayoría, en edad fértil.

El descenso de la natalidad global y el aumento de la esperanza de vida son los dos factores clave que sustentan el progresivo envejecimiento global de la población. No obstante, hay un hecho muy relevante asociado a esta tendencia regresiva, que es la del aumento de las necesidades de cuidados de larga duración. Así como las técnicas de control de la natalidad permiten aplazar la maternidad y restringir el número de hijos, la necesidad de cuidados no es programable y resulta un factor muy difícil de gestionar, ya que sigue recayendo de manera muy desproporcionada sobre las familias, y especialmente, sobre las mujeres.

Como decimos, el **saldo migratorio** ha sido influyente en estas tendencias y globalmente positivo para la región. Durante los primeros años del actual siglo, Andalucía se ha convertido en una tierra de recepción de inmigrantes, tanto procedentes del extranjero como de algunas comunidades autónomas españolas, pasando a ser éste el factor más determinante del comportamiento demográfico. En los últimos años antes de comenzar la crisis económica se recibió un gran flujo de personas, procedentes principalmente de Europa. Un segundo flujo menor llegó de África y de América del Sur, siendo este un perfil más joven y en busca de trabajo en los sectores agrícolas y de

servicios. Por otra parte, el destino principal de las y los emigrantes andaluces fue la Europa de los quince.

Gráfico 5. Población extranjera por sexo y edad (porcentaje). Andalucía 2016



Fuente: IECA. Padrón municipal de habitantes.

Del total de mujeres empadronadas en Andalucía a 1 de enero de 2016, el 7% aproximadamente proceden del extranjero. Se ha multiplicado por 1,2 el número de mujeres extranjeras residentes en Andalucía en la última década. En 2016, el 48,9 de la población extranjera eran mujeres y el 51,1 eran hombres.

Según las [proyecciones de población](#) de Andalucía realizadas por el Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía (IECA, 2016), en un escenario intermedio, se estima que la población andaluza va a permanecer prácticamente estable hasta el año 2040, es decir, en torno a los 8,4 millones de habitantes. A partir de entonces, la población va a experimentar un descenso en el que va a perder unos 8.000 efectivos en los siguientes 30 años. Esto supondrá volver a la población de principios del actual siglo. Según los pronósticos, se deberá principalmente al balance de nacimientos y defunciones, condicionado por el envejecimiento de la población. El saldo migratorio será moderado pero positivo.

El número de mayores de 65 años crece de forma importante en todos los escenarios, gracias a las mejoras de la esperanza de vida y la llegada a esas edades de generaciones muy numerosas. La población mayor de 65 años representará en 2040 el 28,6% de la población, según un escenario medio, lo cual supone un incremento de 12 puntos porcentuales respecto al dato actual.

Las previsiones realizadas por el IECA, indican que la población femenina va permanecer con cierta estabilidad hasta el año 2033, con gran influencia en este aumento de la población extranjera. A partir de este momento, podría comenzar a descender de manera cada vez más acusada, alcanzando la cifra de 3.673.050 mujeres hacia el 2070. Este comportamiento se deberá a la influencia de los cambios que se producirán en la fecundidad, las migraciones y la mortalidad, estimados a largo plazo.

En definitiva, nos encontramos ante una población cada vez más envejecida, que plantea nuevos retos relacionados con el aumento de la demanda de cuidados de larga duración. Y esto sucede a la vez que disminuye la población en disposición de cuidar. Se trata del fenómeno conocido como crisis de los cuidados, que ha sido ampliamente descrito en la literatura (Consejería de Salud, 2016a; Lleó et al., 2015; Rodríguez, 2015; Comas, 2014; Cano y Parada, 2013; Carrasquer, 2013; Tobío, 2012; Benería, 2011; Ezquerro, 2011; Abásolo 2010; Pérez-Orozco 2006). Esta crisis se produce por la transformación de las estructuras tradicionales en que se basaban los cuidados, asentadas en el papel socialmente atribuido a las mujeres en el hogar. Se ha hecho especialmente visible cuando ha convergido este

incremento de las situaciones de dependencia vinculadas a la vejez y a la discapacidad con la presencia masiva de mujeres en el mercado de trabajo, sin que los hombres se hayan incorporado en similar medida a las responsabilidades y tareas asociadas al espacio doméstico.

Además, la crisis de los cuidados está relacionada con los cambios en los modelos familiares y en los roles e identidades de género. La disminución de la proporción de familias numerosas, el retraso en la edad del matrimonio, la movilidad y consiguiente separación geográfica de sus miembros, el incremento de las familias monoparentales, el aumento con tendencia al alza de los hogares unipersonales, resumen algunos de estos cambios en los modelos familiares, mediatizados por la radical transformación del rol social de las mujeres. Estas circunstancias han provocado y siguen provocando que se reduzca drásticamente la cantidad de personas en disposición de cuidar, dado que los hombres no se han incorporado a este rol. Las tensiones generadas se han resuelto en gran medida mediante la externalización de los cuidados en un contexto de globalización, especialmente con la contratación generalizada de cuidadoras extranjeras.

La crisis de los cuidados profundiza las desigualdades sociales. Genera lo que Shellee Colen llamó hace ya tres décadas una ‘reproducción estratificada’ (Colen, 1986), un concepto que sigue plenamente en vigor y que incluso cobra cada vez más relevancia. Las tareas de reproducción física y social se asientan en jerarquías de clase, raza, etnicidad y género, y se sitúan en una economía global y en contextos migratorios. Las mujeres de clase media y alta contratan cuidadoras para las personas dependientes de su hogar, aunque a veces recurran también al apoyo familiar, especialmente a abuelos y abuelas que se ocupan de sus nietos y nietas. En estas clases más privilegiadas, el buen cuidado se relaciona con la mercantilización del mismo, manteniendo a la persona dependiente en el hogar, pero relevando a otras personas el trabajo cotidiano que conllevan los cuidados, lo que se traduce en una amortiguación de los efectos sobre la propia salud física y psíquica. En cambio, en los hogares con rentas más bajas, han de resolver los cuidados con el propio trabajo familiar, siendo las mujeres quienes, empujadas por un claro mandato de género, asumen un trabajo que puede resultar muy duro y haciéndolo, en muchos casos, en soledad. Esto, que puede parecer una elección tomada en base a la libertad de acción, no es sino una elección forzada, respondiendo a los esquemas de lo que se entiende en estos estratos sociales por el buen cuidado, una simbología que se ve plenamente reforzada por la escasez de servicios públicos, falta de compromiso de los hombres y altos precios de los servicios privados (Comas, 2014; Cano y Parada, 2013).

Esta inequidad social se traduce también en los costes de oportunidad de las cuidadoras: incompatibilidad laboral, probabilidad de perder el empleo, efectos sobre la propia salud y efectos sobre la vida afectiva y relacional. Las mujeres inmigradas, además, se ven forzadas a dejar a sus hijos e hijas al cuidado de familiares en su país mientras ellas cuidan a los hijos e hijas de otras personas. Las políticas públicas han influido en esta desigualdad, tanto a través de las regulaciones de extranjería como por el tipo de régimen laboral de las empleadas domésticas, que es muy precario, y propicia que este sector se ocupe con personas inmigradas (Comas, 2014).

LOS CAMBIOS DEMOGRÁFICOS Y SOCIALES SUSTENTAN LA ACTUAL CRISIS DE LOS CUIDADOS

El aumento de la demanda de cuidados de larga duración, junto con la disminución de la población en disposición de cuidar, nos sitúa ante una “crisis de los cuidados”. El incremento de las situaciones de dependencia vinculadas a la vejez y a la discapacidad, ha coincidido con otros factores sociales y culturales: la presencia masiva de mujeres en el mercado de trabajo, cambios en los modelos familiares y en los roles e identidades de género, han contribuido a la radical transformación social de las mujeres. Se han transformado las estructuras tradicionales en que se basaban los cuidados, asentadas en el papel socialmente atribuido a las mujeres en el hogar. Sin embargo, su incorporación a otras esferas no se ha visto acompañada de una incorporación similar de los hombres a las responsabilidades y tareas asociadas al espacio doméstico.

Las tensiones generadas por el aumento de la demanda de cuidados y la ausencia de una corresponsabilidad para atender esta demanda, se han resuelto en gran medida mediante la externalización de los cuidados en un contexto de globalización, especialmente con la contratación generalizada de cuidadoras extranjeras.

La crisis de los cuidados profundiza las desigualdades sociales. Genera una reproducción estratificada. Las tareas de reproducción física y social se asientan en jerarquías de clase, raza, etnicidad y género, y se sitúan en una economía global y en contextos migratorios. Las mujeres de clases más privilegiadas externalizan el cuidado en otras mujeres, a las que contratan. Las mujeres contratadas, que son en gran parte inmigradas, pasan a inscribirse en las llamadas “cadenas globales de cuidados”, debiendo dejar el cuidado de sus propios hijos e hijas a cargo de otras mujeres en sus países de origen para asumir aquí un empleo que no deja de ser precario. También se agudizan las desigualdades de clase entre las propias mujeres autóctonas, al ser aquellas con menor posición socioeconómica quienes se verán más forzadas a asumir los cuidados en soledad, con mayores efectos en su salud y su calidad de vida, y con elevados costes de oportunidad laborales y sociales.

4.1.2. Estructura de los hogares

El estudio de la estructura de los hogares es muy importante para comprender el papel que juegan los roles de género en la salud de la población, ya que es en la unidad familiar donde se desarrollan la mayor parte de actitudes y hábitos relacionados con la salud.

Aunque no contamos con datos relativos que nos permitan calcular brechas de género, el número de hogares según tipología, dependiendo de que la persona de referencia del hogar sea hombre o mujer, también nos permite realizar algunas observaciones que apuntan a la existencia de desigualdades de género.

Las mujeres son las que encabezan principalmente los **hogares unipersonales**. De los más de 750.000 hogares unipersonales registrados por el IECA en 2017, un 52,3% lo integraban mujeres y un 47,7% hombres. Donde verdaderamente superan las mujeres a los hombres en este tipo de hogar es en las edades avanzadas, de más de 64 años. De hecho, en las edades menores a esta franja, el número de hogares unipersonales formados por hombres es superior al de las mujeres. Sin embargo, los hogares unipersonales de personas mayores están claramente encabezados por mujeres. A estas edades, son muchas más las mujeres que viven solas que los hombres que lo hacen, un hecho que, entre otros motivos, se asocia a la mayor esperanza de vida de éstas. Por otro lado, podemos pensar que una

parte importante de hombres que enviudan pasan a vivir con otras personas familiares, por quienes serán cuidados a partir de entonces, mientras que muchas mujeres continúan viviendo solas cuando enviudan. Los hombres encabezan los hogares que están formados por dos o más personas.

Tabla 4. Media anual de hogares (miles de hogares) según tamaño por sexo y edad de la persona de referencia. Andalucía 2017

	Hombres					Mujeres				
	Edad de la persona de referencia					Edad de la persona de referencia				
Número de miembros en el hogar	Menos de 35	De 35 a 49	De 50 a 64	65 y más	Total	Menos de 35	De 35 a 49	De 50 a 64	65 y más	Total
Unipersonales	50,7	109,8	91,8	106,3	358,6	26,6	49,1	73,6	243,4	392,6
Dos personas	41,9	82,6	156,6	183,6	464,8	46,9	86,6	155,0	158,9	447,3
Tres personas	45,2	127,3	162,3	48,4	383,2	39,2	108,7	110,4	42,3	300,6
Cuatro personas	31,7	222,9	164,4	12,2	431,2	28,2	122,3	58,3	13,2	222,0
Cinco o más personas	4,8	64,7	55,2	11,0	135,6	5,5	30,3	29,4	8,0	73,2
Total	174,2	607,4	630,4	361,5	1.773,4	146,3	397,0	426,7	465,7	1.435,7

Fuente: IECA. Explotación de la Encuesta de Población Activa del INE

En términos de evolución, podemos decir que en los últimos años han crecido considerablemente los hogares unipersonales y ha aumentado la presencia de mujeres en los mismos. También ha aumentado la presencia de mujeres como cabeza de familia en los hogares formados por dos o más miembros.

Los datos de Andalucía en cuanto a los hogares unipersonales encabezados por mujeres mayores muestran una tendencia al alza similar a la que ocurre en el resto de España. A nivel nacional, actualmente, el 30% de las mujeres mayores de 65 años vive sola, una cifra que ha aumentado considerablemente. En 1981 eran el 19% las mujeres mayores que se encontraban en esta situación. Esto se debe a cambios culturales y sociales y a transformaciones demográficas y económicas, que continúan en pleno auge (Reher y Requena, 2017; INE, 2016). La probabilidad de vivir sola a edades avanzadas es mayor entre las mujeres que no han tenido hijos (38,3%) que entre las que han tenido (26,4%). La fecundidad ha disminuido notablemente, por lo que cada vez hay más mujeres en esta situación y las familias son más pequeñas, mientras que la esperanza de vida de las mujeres va en aumento. Por ello, podemos pensar que la magnitud del fenómeno de las mujeres mayores que vivirán solas será aún mayor en los próximos años (Reher y Requena, 2018). Esto tiene importantes implicaciones para el diseño de políticas sociales y para la organización de los servicios de bienestar. Las mujeres mayores que viven solas son un colectivo social vulnerable porque vivir sin compañía a edades avanzadas está asociado a un mayor aislamiento social y riesgo de enfermedades y a unos menores niveles de bienestar psicológico, satisfacción personal y calidad de vida percibida (Golden et al., 2009; Yeh y Lo, 2004).

Es importante conocer los cambios sociales y demográficos para poder anticipar las respuestas sociales y políticas. Los servicios de bienestar y la sociedad deben afrontar esta realidad para responder a unas necesidades de cuidados que se vaticinan crecientes.

HOGARES UNIPERSONALES Y MUJERES MAYORES VIVIENDO SOLAS: UN COLECTIVO EN AUMENTO CON ESPECIAL VULNERABILIDAD

Las mujeres encabezan principalmente los hogares unipersonales andaluces, de manera similar a lo que ocurre en el contexto nacional. Esto ocurre principalmente en las edades avanzadas, de más de 64 años. A estas edades, son muchas más las mujeres que viven solas que los hombres que lo hacen. Esto se debe a cambios culturales y sociales y a transformaciones demográficas y económicas. La mayor esperanza de vida de las mujeres, el descenso de la natalidad y las familias cada vez más pequeñas son algunos de los factores que explican que cada vez más mujeres se encuentren en esta situación.

Las mujeres mayores que viven solas son un colectivo social vulnerable, asociado a un mayor riesgo de enfermedades y de aislamiento social, y a unos menores niveles de bienestar psicológico, satisfacción personal y calidad de vida percibida.

4.1.3. La desigualdad en el acceso a la educación

Uno de los cambios sociales que mayor impacto han tenido en la movilidad social de las mujeres ha sido su creciente participación en el sistema educativo. En las últimas décadas, la brecha entre mujeres y hombres se ha ido acortando hasta hacerse inexistente, o incluso invertirse en determinados niveles de estudios. Los mayores avances educativos de las mujeres jóvenes se están produciendo en los estudios universitarios.

En los últimos años, la brecha de género en la [población que ha alcanzado estudios superiores](#) se ha mostrado más favorable a las mujeres. No obstante, la última década ha mostrado fluctuaciones destacables que podrían asociarse a la crisis económica. Según muestra el Informe del Índice de Desigualdad de Género en Andalucía (2013), las diferencias entre hombres y mujeres entre 25 y 64 años que alcanzaron estudios superiores no fueron muy significativos entre 2005 y 2008. Pero entre 2009 y 2010, las diferencias aumentaron debido a la estabilidad del porcentaje de hombres con estudios superiores y el aumento del porcentaje de las mujeres. A partir de 2011, la brecha se redujo y las tendencias se invirtieron, es decir, se estancó o disminuyó el porcentaje de mujeres con este nivel educativo y aumentó el de los hombres. En 2012, se alcanzaron los mayores porcentajes de todo este periodo comprendido entre 2005 y 2012, tanto para las mujeres como para los hombres.

En 2015, según los datos de la EAS, el porcentaje de hombres con estudios universitarios de grado medio o superior es del 15,5% y el de mujeres de 15,8, lo que nos sitúa ante una brecha ligeramente favorable para las mujeres.

No obstante, es necesario tener en cuenta las grandes diferencias que existen en función de la edad en los avances en el acceso de las mujeres al ámbito de la educación formal. La educación es uno de los ámbitos donde podemos encontrar mayores diferencias entre la situación de las mujeres jóvenes y de las mayores de 65 años, tanto en los niveles más elementales como en los estudios universitarios (IMSERSO, 2011). Las mujeres mayores se encuentran en una situación de especial vulnerabilidad debido a las desigualdades históricas de acceso a la educación, situación que ha de ser tomada en cuenta para entender y abordar los procesos de salud y enfermedad en esta etapa de la vida.

LAS MUJERES ALCANZAN UN MAYOR NIVEL EDUCATIVO QUE NO SE TRADUCE EN MEJORES CONDICIONES LABORALES

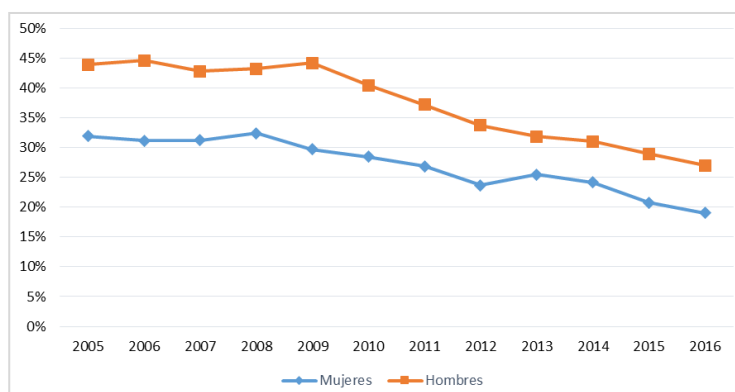
El nivel educativo de las mujeres en nuestro contexto ha ido en aumento en las últimas décadas, hasta alcanzar una posición igualitaria con respecto a los hombres en determinadas edades, al menos en lo que se refiere al acceso a la educación y a la finalización de estudios superiores. Es necesario tener en cuenta la especial vulnerabilidad de las mujeres mayores, cuyo acceso a la educación dista mucho de los avances producidos en la población joven.

No obstante, este avance no se ha traducido en una equidad similar en el acceso al mercado laboral ni en mejores condiciones de trabajo para las mujeres. En esta esfera, las mujeres continúan estando infrarrepresentadas e infravaloradas, algo que podría estar relacionado con la mayor participación que siguen teniendo en el ámbito reproductivo, el de los cuidados y el trabajo doméstico, así como la falta de medidas de conciliación verdaderamente equitativas y de otras políticas y recursos que favorezcan la corresponsabilidad en los cuidados.

La **tasa de abandono escolar temprano**, en la misma línea de lo comentado anteriormente, también es más favorable en las mujeres que en los hombres. Esta tasa se define como el porcentaje de personas de 18 a 24 años de edad que no ha completado el nivel de educación secundaria de segunda etapa y no sigue ningún tipo de educación o formación. Esta tasa, según el Informe del Índice de Desigualdad de Género en Andalucía es de 9,6 puntos porcentuales inferior en las mujeres que en los hombres durante todo el periodo 2005-2012 (Consejería de Economía, Innovación, Ciencia y Empleo, 2013).

Según datos del IECA, en 2005 esta tasa de abandono escolar temprano era del 31,9% en las mujeres y 44,0% en los hombres, y en 2016 era del 19,0% en las mujeres y el 27,0% en los hombres.

Gráfico 6. Porcentaje de abandono escolar temprano por sexo. Andalucía 2005-2016



	Mujeres	Hombres	BG
2005	31,93	43,95	-12,02
2006	31,16	44,58	-13,42
2007	31,24	42,83	-11,60
2008	32,38	43,24	-10,86
2009	29,72	44,17	-14,45
2010	28,47	40,47	-12,00
2011	26,83	37,21	-10,38
2012	23,65	33,71	-10,05
2013	25,48	31,85	-6,37
2014	24,15	31,04	-6,88
2015	20,76	28,93	-8,17
2016	19,02	26,98	-7,96

Fuente: IECA. Sistema de Indicadores Estrategia Europa 2020

El Informe de Evaluación de Impacto de Género del Presupuesto de la Comunidad Autónoma de Andalucía (2017) aporta una brecha de género también favorable a las mujeres, en cuanto a la **tasa de idoneidad en diferentes edades del alumnado**, es decir, el porcentaje de alumnas y alumnos que se encuentran matriculados en el curso que les corresponde por su edad. La conclusión de este análisis

es que la tasa de idoneidad de la enseñanza educativa obligatoria es siempre superior en las alumnas que en los alumnos.

En cuanto a la *enseñanza universitaria*, este mismo informe sitúa a las mujeres en posiciones más ventajosas que a los hombres, con mayores porcentajes de las que finalizan sus estudios. La distribución por sexo difiere considerablemente según el tipo de estudio. Así, quienes finalizan estudios de grado y primer y segundo ciclo en Ciencias Sociales y Jurídicas son mayoritariamente mujeres (un 65,8%), alcanzando este porcentaje un 71,7% de alumnas en Ciencias de la Salud, mientras que, en la rama de Ingeniería y Arquitectura, el 71,8% de quienes finalizan son hombres.

En cuanto al *personal docente e investigador de las universidades públicas andaluzas*, este Informe muestra que, en 2015, el 37,9% eran mujeres y el 62,1% eran hombres. No obstante, la tendencia de 2009 a 2015 ha sido positiva en este ámbito, aumentando la participación femenina en 2,9 puntos porcentuales.

El porcentaje de *investigadoras principales en grupos de I+D en Andalucía* se situó en 2016 en un 26%. En cuanto a las cátedras, también es notoria la desigualdad, al ocupar las mujeres solo la quinta parte de las existentes en las universidades andaluzas. Como podemos ver, las mujeres están más presentes en todos los ciclos educativos hasta alcanzar un nivel universitario. Sin embargo, cuando han superado éste y a partir de entonces, los obstáculos se interponen en su camino de manera que se dificulta su proyección hacia los puestos educativos y laborales más elevados.

El nivel educativo ha sido ampliamente documentado como un importante determinante social de la salud (OMS, 2016a; Girón, 2012; Jakab y Marmot, 2012; Sen y Östlin, 2007; Escolar, 2008). Algún estudio reciente también ha analizado en nuestro contexto la influencia del nivel educativo en la salud en mujeres y en hombres, así como la variación de esta influencia en función de la edad y el territorio. Uno de ellos observó la mayor prevalencia de mala salud en las mujeres con bajo nivel educativo que en los hombres con el mismo nivel (Aguilar, Carrera y Rabanaque, 2015). Esta mayor prevalencia de mala salud en las mujeres con bajo nivel educativo aumentó a medida que lo hacía la edad. La tendencia se mantuvo en todo el periodo estudiado, comprendido entre 2001 y 2012.

4.1.4. La desigualdad en el acceso a los recursos económicos: empleo, renta y pensiones

4.1.4.1. La desigualdad en el ámbito laboral

El trabajo es uno de los principales determinantes de la salud. Se trata de un área donde la discriminación y los estereotipos de género potencian las desigualdades, que perjudican en mayor medida la salud y la calidad de vida de las mujeres, aunque también la de los hombres. La tradicional división sexual del trabajo sigue operando actualmente, regenerándose en el mundo laboral y afectando negativamente la posición social de las mujeres, dando como resultado inequidades que repercuten en desigualdades y riesgos para la salud (Sen y Östlin, 2007).

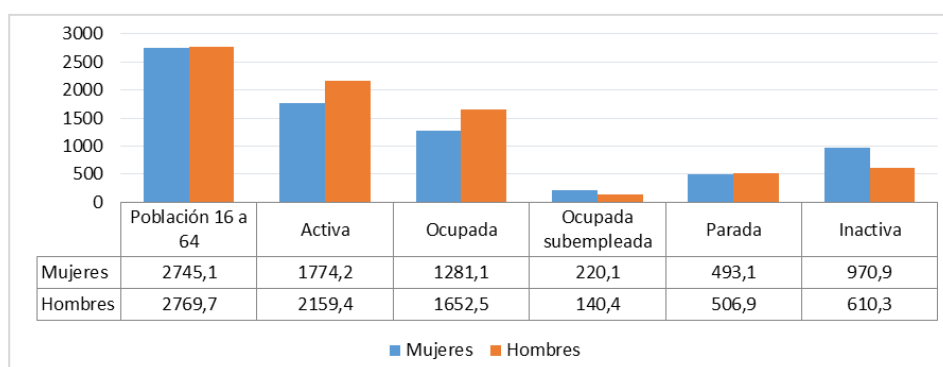
Actividad, empleo y paro

Los datos de la EPA de 2017 indican que las mujeres están infrarrepresentadas dentro de la *población activa* (45,1%). El 65,11% de las mujeres residentes en Andalucía es potencialmente activa, es decir, tiene entre 16 y 64 años (un total de 2.766.611 mujeres). Para los hombres andaluces, este porcentaje asciende al 67,72%.

La **población ocupada** de entre 16 y 64 años en Andalucía cuenta con 371.400 mujeres menos que hombres. Dentro de la **población parada**, en esa misma franja de edad, las mujeres suponen el 49,3%. La población activa, es decir, la que se encuentra trabajando o busca trabajo, es la que presenta una mayor desigualdad de género en los últimos años. Entre el segundo trimestre de 2016 y el mismo periodo de 2017, la población activa femenina descendió mucho más que la masculina (28.300 mujeres y 8.900 hombres menos). Por tanto, tres de cada cuatro personas que salieron del mercado de trabajo en este periodo fueron mujeres (Consejería de Hacienda y Administración Pública, 2017).

Gráfico 7. Población de 16 a 64 años por sexo y relación con la actividad económica.

Andalucía 2º trimestre 2017



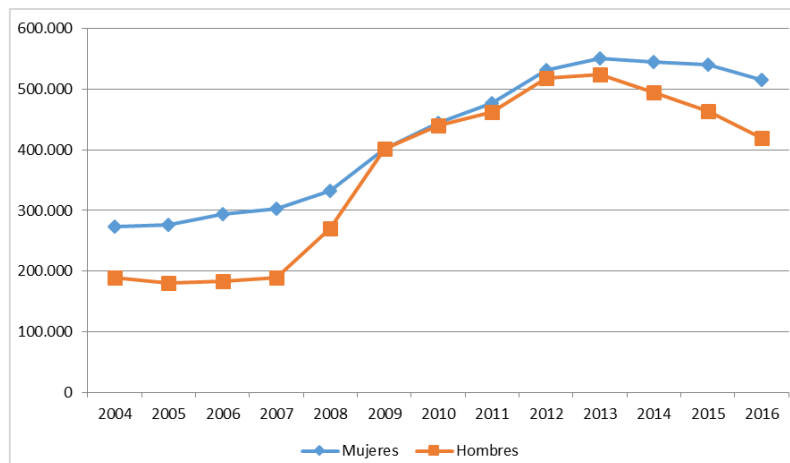
Nota: Miles de personas

Fuente: Elaboración de Consejería de Hacienda y Administración Pública, 2017, con datos del IECA.

En cuanto a la **evolución interanual de las tasas de actividad, empleo y paro** en Andalucía, podemos destacar lo siguiente. En el tramo de edad de 16 a 64 años se ha producido en el último año un descenso de la tasa de actividad masculina de 0,1 punto porcentual, y de 0,9 puntos porcentuales en la tasa de actividad femenina. En el ámbito nacional se comporta de manera similar este descenso, aunque con menor brecha. La tasa de paro en Andalucía ha caído para ambos sexos, 4,3 puntos porcentuales para las mujeres y 3,3 puntos para los hombres, tratándose de un descenso mayor que en el ámbito nacional. Las tasas de empleo en este periodo interanual han crecido en Andalucía, más que a nivel nacional. La tasa de empleo femenina en Andalucía ha aumentado 2,2 puntos porcentuales y la masculina 2,5 puntos.

Si analizamos el **paro registrado** desde 2004 hasta 2016 con datos del IECA, se observa una subida a partir del inicio de la crisis, en 2007 y especialmente en 2008. Hasta 2014 el paro en Andalucía no ha comenzado a descender, manteniéndose esta tendencia hasta 2016. Esta magnitud ha sido distinta por sexo. En los primeros años de la crisis, se produjo un importante aumento del paro entre los hombres (se duplicó entre 2007 y 2009, subiendo un 111,9%). La subida fue más acusada que entre las mujeres, que se incrementó en un 32,8%. Esto hizo que la brecha de género se redujera considerablemente. De una brecha de 29,7 puntos porcentuales en 2005 pasamos a una de 10,8 puntos en 2012. A partir de 2013, la tendencia comenzó a cambiar y el paro se debilitó en ambos sexos, pero sobre todo para los hombres, lo cual volvió a hacer que las brechas de género aumentaran. En 2016 se consolidó una tendencia más favorable para los hombres y un aumento de la brecha. Esto aporta un contexto global más ventajoso para ellos, pues, aunque la crisis ha dado lugar a una pérdida superior de empleo entre ellos, al empezar a cambiar la tendencia, vuelven a ser los hombres los que más se benefician de la mejoría.

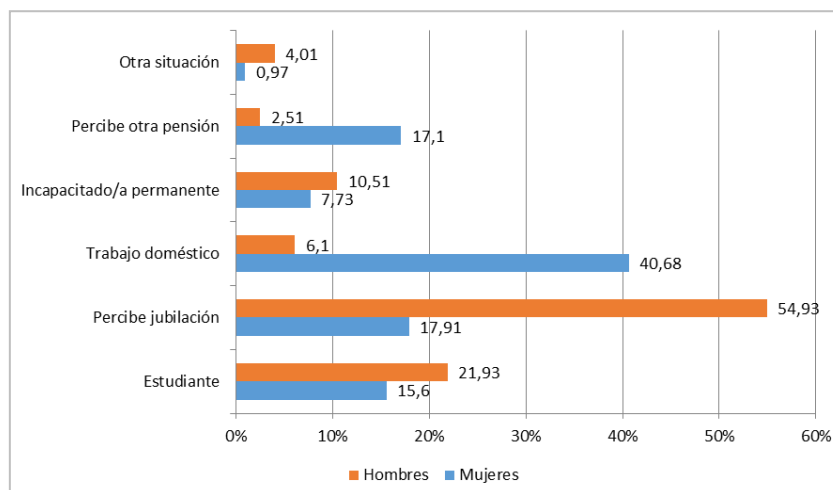
Gráfico 8. Evolución del paro registrado por sexo (número de personas). Andalucía 2004-2016



Fuente: Elaboración de Consejería de Hacienda y Administración Pública, 2017, con datos del IECA.

Un Informe del Observatorio de Argos, del Servicio Andaluz de Empleo (2017), que analiza la participación de las mujeres en el mercado de trabajo a través de los datos de la Encuesta de Población Activa, representa los **motivos por los que las mujeres y los hombres no participan en el mercado de trabajo**. En el año 2016, el principal motivo para que las mujeres que no tenían trabajo no buscaran empleo era su participación en las tareas de hogar, causa citada por más del 40% de las mujeres inactivas andaluzas. En cambio, para los hombres, el principal motivo de su inactividad fue en este año el cobro de una pensión de jubilación o prejubilación (el 54,9% de los casos).

Gráfico 9. Distribución de la población inactiva por sexo y clase principal de inactividad (media anual). Andalucía 2016



Fuente: Elaboración del Informe ARGOS (2017), con datos del IECA y de la Encuesta de Población Activa del INE

Mención especial merecen las personas con discapacidad, por ser un colectivo especialmente vulnerable en el mercado de trabajo. En 2015, la tasa de actividad de personas con discapacidad en Andalucía fue del 29,1% de hombres y del 32,9% de las mujeres. La tasa de empleo fue del 17,8% en los hombres y del 20,9% en las mujeres. La tasa de paro alcanzó el 38,7% en los hombres y el 36,5% en

las mujeres. Comparando estos datos con los del 2009, se ha invertido la brecha de género en la tasa de actividad (IECA 2017).

A continuación, podemos ver el [porcentaje de personas con trabajo remunerado, por sexo y otros ejes de desigualdad](#), según la EAS 2015. En cuanto a la edad, podemos ver que, aunque la tenencia de trabajo remunerado en personas menores de 30 años es bastante equitativa por sexo, las brechas entre mujeres y hombres aumentan considerablemente a partir de esta edad, siendo entre los 30 y 64 años de más de 17 puntos porcentuales. En cuanto al nivel educativo, cuanto menor es éste, más grandes son las brechas de género en la tenencia de trabajo remunerado, siempre desfavorable para las mujeres. Aunque en todos los tipos de hábitat, rural, semi-rural y urbano, las brechas de género son desfavorables para las mujeres, no se aprecian diferencias relevantes entre unos tipos y otros de hábitat.

Tabla 5. Porcentaje de personas con trabajo remunerado, por sexo, edad, nivel educativo y hábitat. Andalucía 2015

	Hombres (%)	Mujeres (%)	BG
Edad:			
Menos de 30	33,6	32,7	-0,9
30-44	67,2	48,8	-18,4
45-64	47,4	30,2	-17,2
65-79	1,3	1,0	-0,3
80 y más	0	0	0
Nivel educativo:			
Primarios	26,9	15,9	-11,0
Secundarios	49,3	38,9	-10,4
Superiores	64,1	56,8	-7,3
Hábitat:			
Rural	38,1	27,8	-10,3
Semi-rural	34,9	25,8	-9,1
Urbano	42,3	31,4	-10,9

Fuente: Elaboración propia. Encuesta Andaluza de Salud 2015.

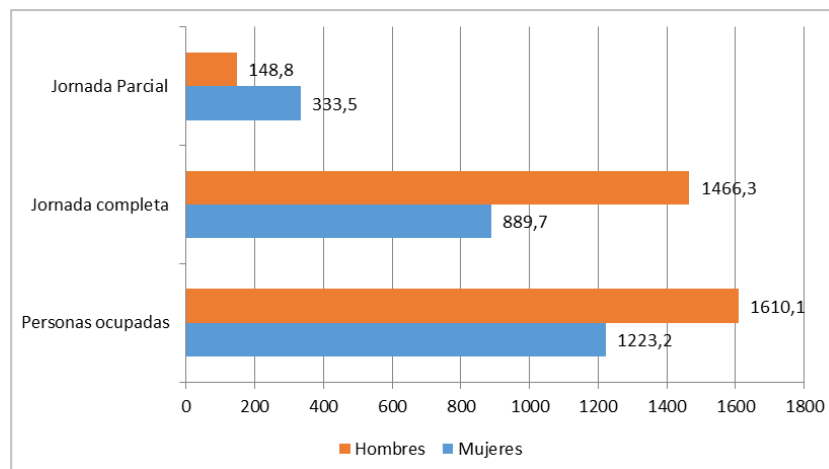
LAS MUJERES ESTÁN INFRARREPRESENTADAS DENTRO DE LA POBLACIÓN ACTIVA

Al igual que ocurre en el contexto nacional, las mujeres andaluzas están infrarrepresentadas dentro de la población activa. En ambos niveles, autonómico y nacional, durante los años más intensos de la crisis, se redujo la brecha de género de la población ocupada, pero no porque aumentara el empleo en las mujeres, sino porque disminuyó en los hombres. A partir de 2013 se ha ralentizado el paro en ambos sexos, pero más en los hombres, lo que ha provocado un nuevo aumento de la brecha de género en el empleo. La participación en las tareas domésticas y los cuidados es el principal motivo por el que las mujeres sin trabajo remunerado no buscan empleo. Para los hombres, el principal motivo es el cobro de una pensión de jubilación o prejubilación. Las desigualdades son también importantes en cuanto a las características del empleo de las mujeres y de los hombres.

Ocupación, tipo de jornada y temporalidad

En Andalucía, la ocupación femenina se caracteriza por el alto porcentaje de personas con una jornada parcial (27,3% en el año 2016), frente al 8,9% de los hombres con este [tipo de jornada](#). Aunque el motivo principal por el que a nivel global se trabaja a jornada parcial suele responder a no haber encontrado un trabajo de jornada completa, en el caso de las mujeres, se suma otra causa no menos relevante y generalizada, y es la demanda y los roles asignados socialmente para el cuidado de personas dependientes, que hacen que éstas se planteen en mayor medida trabajar a tiempo parcial. Esto redonda en la precariedad laboral femenina.

Gráfico 10. Población ocupada según sexo y jornada laboral. Andalucía 2016



Nota: Miles de personas

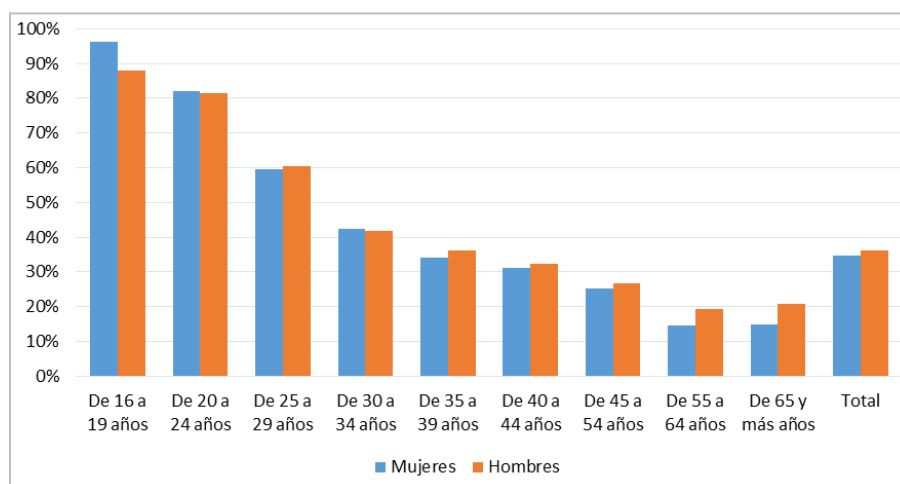
Fuente: Elaboración de Consejería de Hacienda y Administración Pública, 2017, con datos del IECA.

Dentro del grupo de ocupación de “directores y gerentes” de la CNO-11, la proporción de mujeres es muy inferior a la de los hombres (un 30% de mujeres), a pesar de que para acceder a estos puestos se necesita una formación superior y en este nivel formativo no existe una gran brecha de género. Sin embargo, entre las profesiones técnicas, científicas e intelectuales de la salud y la enseñanza (segundo grupo de nivel de cualificación laboral) se da la situación contraria, que un 65% en 2016 eran mujeres.

Uno de los principales indicadores para medir la precariedad laboral es la [temporalidad](#). Dado que en los peores años de la crisis el desempleo ha afectado más a quienes tenían menor estabilidad laboral, la tasa de temporalidad no ha subido, sino que ha bajado, no porque haya mejorado el empleo, sino porque ha habido menos personas con contrato temporal en el mercado de trabajo. En Andalucía, a lo largo de este período, el porcentaje de mujeres asalariadas con contratos temporales superó al de hombres. La menor diferencia entre hombres y mujeres se presentó en el año 2011 y la mayor en 2006. Entre 2005 y 2012, las diferencias pasaron de 4,3 puntos porcentuales a 3,1 puntos porcentuales. En 2012, el descenso experimentado en la tasa de temporalidad de los hombres, respecto a 2005, fue inferior al experimentado en la tasa de las mujeres (reducción de 12,3 puntos porcentuales frente a 13,5 puntos porcentuales). No obstante, a partir de 2014 se ha invertido esta situación, superando la temporalidad de los hombres a la de las mujeres. En 2016, el 36,2% de los hombres asalariados tenían un contrato temporal frente al 34,8% de las mujeres. La tasa masculina ha

bajado en este periodo de dos años 7,5 puntos porcentuales desde 2006, mientras que la femenina se ha reducido 14,8 puntos (Consejería de Economía, Innovación, Ciencia y Empleo, 2013).

Gráfico 11. Porcentaje de temporalidad por sexo y edad. Andalucía 2016



	Mujeres	Hombres	BG
De 16 a 19 años	96,2	88,0	8,2
De 20 a 24 años	82,1	81,6	0,4
De 25 a 29 años	59,6	60,4	-0,8
De 30 a 34 años	42,3	41,9	0,4
De 35 a 39 años	34,2	36,1	-1,9
De 40 a 44 años	31,1	32,2	-1,1
De 45 a 49 años	25,2	26,8	-1,6
De 50 a 54 años	14,4	19,4	-4,9
De 55 a 59 años	14,8	20,8	-6,0
De 60 y más años	14,8	20,8	-6,0
Total	34,8	36,2	-1,3

Fuente: IECA. Explotación de la Encuesta de Población Activa del INE 2015

La **brecha salarial** es uno de los indicadores que mejor miden la desigualdad laboral. La diferencia salarial por sexo en Andalucía fue de 3.887€ anuales en 2015, algo inferior a la brecha nacional para este mismo año, que fue de 4.636€ (Consejería de Hacienda y Administración Pública, 2017).

La diferencia salarial crece a medida que los salarios son más altos. En los rangos salariales inferiores (menos del 1,5 del Salario Mínimo Interprofesional) no hay diferencias destacables. En cambio, empiezan a ser significativas en los intervalos que van desde el 1,5 a 4,5 veces el SMI, con una proporción de mujeres del 40% aproximadamente en todos los tramos.

Las inequidades en salud se relacionan con la discriminación que sufren las mujeres en el ámbito laboral, y que se refleja en situaciones de muy diversa índole: tanto en el desigual acceso al empleo, como en las posibilidades de promoción, en las condiciones salariales, o en las condiciones de trabajo, más precarias e insalubres para las mujeres. Ellas tienen más empleos con jornada parcial y más contratos temporales que los hombres. Ellas también reciben menos atención de sindicatos, empresariado, investigaciones y decisiones en materia de políticas de salud laboral (Östlin 2001).

La mayor precariedad laboral entre las mujeres en Andalucía está en consonancia con lo aportado por la literatura a nivel nacional. Dicha literatura muestra que esta precariedad es más elevada entre

personas trabajadoras jóvenes, mujeres, inmigrantes y con trabajos manuales (Vives et al., 2011). La precariedad laboral se asocia con peor salud en la población trabajadora. Se hace necesaria la inclusión de preguntas sobre precariedad e indicadores de salud en las encuestas de condiciones de trabajo que se realizan a nivel autonómico, en las distintas comunidades, que permitan una posterior vigilancia y un análisis de las desigualdades en salud (Benach et al., 2015).

La segregación laboral, tanto la horizontal (desigual concentración de las mujeres y los hombres en algunas ocupaciones) como la vertical (división jerárquica del poder por razón de género dentro de las ocupaciones) conlleva riesgos para la salud diferentes para hombres y mujeres.

Existen riesgos diferenciales relacionados con la mayor concentración de hombres y mujeres en determinadas ocupaciones. Por ejemplo, ellos ocupan con mayor frecuencia puestos de trabajo asociados a una mayor fuerza muscular y requieren mayor dinamismo, como los trabajos en la construcción o el transporte, lo que les expone más a algunos riesgos ambientales tanto físicos como químicos. Ellas están más presentes en trabajos como fábricas, sometidas a jornadas más estáticas, monótonas y repetitivas, con mayor exposición a fatiga, estrés y dolores musculares. También realizan más las labores de limpieza, con más contacto a compuestos químicos que pueden tener consecuencias muy negativas en su salud. Los riesgos para la salud de las mujeres que trabajan exclusivamente en el hogar se han asociado a la utilización de productos tóxicos que utilizan para las labores de limpieza, a la mayor accidentabilidad que presentan en este ámbito doméstico y al aislamiento al que se ven sometidas (Instituto Andaluz de la Mujer, 2008).

Una revisión sistemática identificó las principales condiciones de trabajo y empleo que actuaban como determinantes de las desigualdades de género en salud ocupacional (Campos-Serna et al., 2013). Según esta revisión, las mujeres tienen una mayor sensación de inseguridad laboral, peores condiciones contractuales y del entorno psicosocial del trabajo, e informan una peor salud física y mental autopercebida. En comparación con las mujeres, los hombres están expuestos a jornadas de trabajo más largas y exigentes físicamente, con más ruido, desequilibrios entre el esfuerzo y la recompensa y un mayor nivel de trabajo. Tanto mujeres como hombres están expuestos a altas demandas de trabajo, pero una mayor proporción de mujeres experimenta un bajo control, mientras que una mayor proporción de hombres experimenta un bajo nivel de apoyo.

LA DOBLE PRESENCIA Y LA DIFICULTAD PARA CONCILIAR ÁMBITO LABORAL Y FAMILIAR PRODUCEN RIESGOS PARA LA SALUD DE LAS MUJERES

Las mujeres tienen más empleos con jornada parcial y más contratos temporales que los hombres. Existen evidencias de que este hecho está directamente relacionado con su participación en los cuidados, que continúa siendo un rol que desempeñan mayoritariamente ellas. La doble jornada o doble presencia es un aspecto de suma importancia para la salud de las mujeres, ya que está mucho más presente en la vida de las mujeres que en la de los hombres (Balbo, 1978; Artazcoz et al., 1999; Carrasquer 2009; Estevan et al., 2014). Aproximadamente el 90% de mujeres que trabajan fuera de casa también lo hacen dentro, y esto repercute directamente sobre su salud física y psicosocial, siendo los síntomas más frecuentes el estrés, la ansiedad, la depresión y los problemas osteomusculares (Ramos, 2008). Una mayor proporción de mujeres que de hombres perciben su salud como mala o muy mala cuando se realizan estudios entre la población ocupada (Artazcoz, Borrell y Benach, 2001). Los efectos en la salud derivados de la doble presencia se agudizan en las clases sociales menos privilegiadas, donde existen menos posibilidades de contar con ayuda doméstica pagada.

LA DOBLE PRESENCIA Y LA DIFICULTAD PARA CONCILIAR ÁMBITO LABORAL Y FAMILIAR PRODUCEN RIESGOS PARA LA SALUD DE LAS MUJERES (continuación)

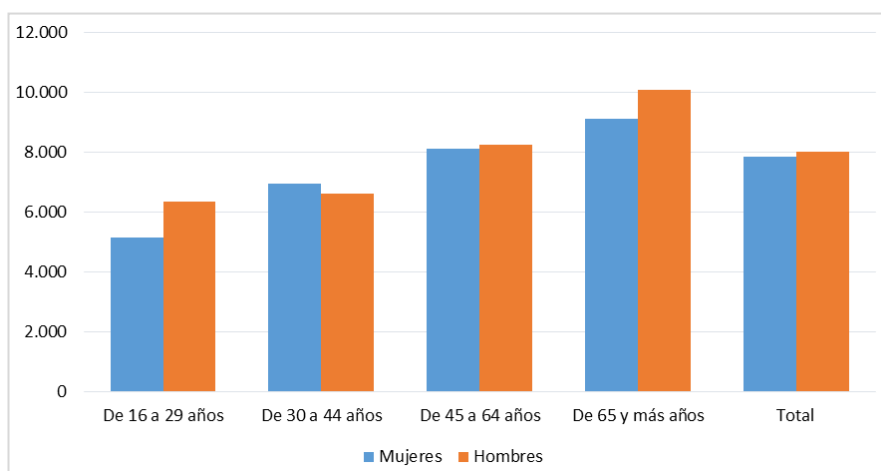
El concepto de la doble jornada nos lleva irremediabilmente al de la conciliación de la vida laboral, familiar y personal, en el que todavía queda una gran andadura para alcanzar la igualdad. La conciliación es más difícil para las mujeres que para los hombres, al acumular ellas una doble jornada en mucha más proporción que ellos. Los permisos por paternidad que disfrutaban los hombres han aumentado en los últimos años, pero siguen siendo insignificantes las medidas de conciliación que solicitan y disfrutaban los hombres para el cuidado de hijos e hijas.

4.1.4.2. La distribución de la renta es desigual

Renta media por persona y tipos de ingresos

A pesar de que las brechas de género por nivel de renta en Andalucía se han corregido en las últimas décadas, siguen siendo de las mayores del país. La **renta media** es favorable a los hombres de todas las edades, exceptuando para los de 30 a 44 años. En esta franja, las mujeres tienen una renta media por persona en el hogar de 316 euros más que los hombres.

Gráfico 12. Renta media (euros) por persona del hogar, por sexo y edad. Andalucía 2014



	Mujeres	Hombres	Diferencia
De 16 a 29 años	5.129	6.344	-1.215
De 30 a 44 años	6.929	6.613	316
De 45 a 64 años	8.098	8.232	-133
De 65 y más años	9.109	10.071	-962
Total	7.852	7.988	-136

Nota: Sin alquiler imputado

Fuente: IECA. Explotación de la Encuesta de Condiciones de Vida del INE 2015

Existen desigualdades estructurales que afectan a la renta de las mujeres. Una en el mercado laboral, principalmente en el empleo por cuenta ajena, porque las mujeres asalariadas cobran casi 2.800 euros

menos al año que los hombres con esta relación laboral. Aunque hay una importante brecha de género también en el empleo por cuenta propia, solamente hay 63 mujeres empresarias o autoempleadas por cada 100 hombres, la diferencia de renta entre hombres y mujeres es menor. (IECA, 2015).

Otra desigualdad destacable es la diferencia de renta en las prestaciones por vejez que reciben las mujeres en comparación con la de los hombres. Analizada en términos de evolución, en el periodo 2005-2011, para el índice de desigualdad de género, las mujeres recibían en 2005 en concepto de pensión, 140,12€ menos que los hombres. Esta diferencia había aumentado considerablemente en 2011 hasta los 316,56 euros. En este periodo, la pensión de los hombres ha subido 220,83 euros, mientras que la de las mujeres sólo lo ha hecho en 144,39 euros.

Sin embargo, en lo que respecta a las ayudas para estudios, los resultados del cálculo de la brecha de género y del índice de feminización indican que existe paridad y además, las mujeres reciben casi 700 euros más que los hombres por este concepto.

Tabla 6. Porcentaje de ingresos por sexo y diferencias de renta (euros anuales) según tipo de ingresos. Andalucía 2014

Tipo de ingresos	Hombres	Mujeres	BG	Índice de feminización	Diferencia de rentas
Trabajo cuenta ajena	52,9	43,6	-9,3	85,82	-2.794,9
Trabajo cuenta propia	13,2	8,0	-5,2	63,03	-226,4
Prestaciones por desempleo	24,9	21,0	-3,9	87,72	-105,3
Prestaciones por vejez	18,5	16,6	-1,9	93,40	-8.748,5
Prestaciones por supervivencia		3,7			
Prestaciones por enfermedad		1,4			
Prestaciones por invalidez	5,4	2,6	-2,8	50,77	138,5
Ayudas para estudios	1,8	1,7	-0,1	99,80	687,0

Fuente: IECA. Explotación de la Encuesta de Condiciones de Vida del INE 2015

Pensiones contributivas y no contributivas

En el año 2016, el número de personas que reciben **pensiones contributivas** en Andalucía se distribuye con relativa equidad (51% de mujeres y 49% de hombres). Sin embargo, al distinguir por tipo de pensiones, las brechas se hacen visibles. Las mujeres son mayoría en las de viudedad (92,2 de mujeres frente al 7,8% de los hombres), algo que está estrechamente relacionado con la mayor esperanza de vida de las mujeres. Los hombres, en cambio, reciben mayoritariamente las pensiones de jubilación (64,3% frente al 35,7% de las mujeres) y las de incapacidad, con proporciones muy similares a las de jubilación.

Un dato que resume la situación desfavorable para las mujeres en el cobro de pensiones contributivas es el hecho de que solo el 4,5% de estas cobran más de 1.500 €, mientras que este porcentaje sube al 18,8% en el caso de los hombres.

En 2016, el 67,6% de las personas beneficiarias de **prestaciones no contributivas** han sido mujeres, lo cual se asocia estrechamente con el hecho de que ellas tengan más dificultad para cumplir los requisitos establecidos en las contributivas al tener menor integración en el mercado laboral. Donde mayor diferencia se da es en el caso de las pensiones asistenciales y las prestaciones sociales y

económicas, principalmente ligadas a ancianidad, enfermedad o discapacidad, donde el porcentaje de mujeres supera el 78% del total.

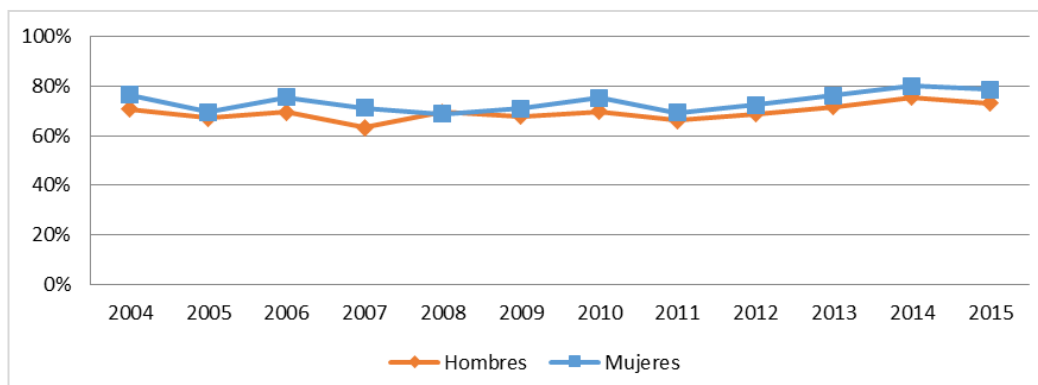
4.1.4.3. Las mujeres, en mayor riesgo de pobreza

En consonancia con los datos que venimos exponiendo, el porcentaje de la **población en riesgo de exclusión social** ha aumentado a partir de la crisis iniciada en 2008. Además, la crisis económica se ha dejado sentir más entre las mujeres, siendo víctimas en mayor medida de los recortes de los gobiernos, en especial en materia de empleo y atención a la dependencia, lo que ha obligado a muchas de ellas a volver al ámbito doméstico.

Según el Informe de Evaluación de Impacto de Género del presupuesto de Andalucía para 2018, durante todo el periodo 2004-2015, la **tasa relativa de pobreza** de las mujeres superó la tasa de los hombres. En 2010, sin embargo, las diferencias entre ambas tasas fueron mínimas, superando, en este año, la tasa masculina a la femenina en 0,5 puntos porcentuales. Las diferencias entre tasas se redujeron como consecuencia del empeoramiento de la situación de los hombres. La diferencia entre hombres y mujeres pasó de 2,18 puntos porcentuales, en 2005, a 0,97 puntos porcentuales en 2011.

En los dos años más crudos de la crisis la proporción de hogares encabezados por mujeres y con dificultades para llegar a fin de mes era similar a la de los hombres, y la brecha por tanto prácticamente inexistente. El resto de años, la proporción de hogares encabezados por mujeres con dificultades para llegar a fin de mes es superior a la de los hombres.

Gráfico 13. Evolución del porcentaje de hogares con dificultades para llegar a fin de mes.
Andalucía 2004-2015



Fuente: Elaboración de Consejería de Hacienda y Administración Pública, 2017, con datos del IECA y Encuesta condiciones de vida 2015.

LAS MUJERES TIENEN MENOR NIVEL DE RENTA Y MAYOR RIESGO DE POBREZA QUE LOS HOMBRES

El mayor riesgo de pobreza de las mujeres no solo se asocia a la dimensión laboral, sino que influyen muchos otros factores. Por ejemplo, es clave también en la feminización de la pobreza el incremento de la población de ancianas, muchas de las cuales solo reciben pensiones de viudedad y no contributivas y tienen pocos recursos para sobrevivir con independencia. También afectan los cambios en los modelos familiares, sobre todo por el crecimiento de familias monoparentales que tienen al frente una mujer, que con frecuencia se enfrenta a condiciones económicas precarias. Las personas pobres mueren más jóvenes y sufren mayores discapacidades, están expuestas a riesgos más elevados como consecuencia de unas condiciones de vida poco saludables, tanto en los hogares como en los lugares de trabajo. Además, cuando enferman tienen una recuperación más lenta, especialmente si su acceso a los servicios de salud es limitado, y esto ocurre frecuentemente. A los riesgos para la salud derivados de la pobreza se unen los efectos derivados de las inequidades de género. (Banco Mundial 1993 y 2018, OMS 2015).

4.1.5. Trabajo reproductivo, conciliación y corresponsabilidad

El trabajo doméstico y de cuidados continúa siendo un trabajo muy feminizado, asignado socialmente a las mujeres mediante arraigados mandatos de género. Sus características contribuyen a su invisibilidad, al tratarse de un trabajo que se realiza “de puertas adentro”, asociado al ámbito familiar y privado, con escaso reconocimiento social y al que se atribuye escaso valor, a pesar de que la contribución al mantenimiento de la sociedad es incommensurable. El trabajo reproductivo que realizan las mujeres constituye el sostenimiento de la vida, sin el cual, nada de lo demás sería posible. Es la gran masa invisible de un iceberg, sustentando el conjunto de éste y permitiendo también que el trabajo productivo, el que es únicamente valorado y visible, se pueda desarrollar.

A continuación, ofrecemos algunos datos de la participación de hombres y mujeres en este ámbito reproductivo, que resulta tan crucial para conseguir la equidad en todos los demás.

4.1.5.1. El trabajo doméstico sigue siendo “cosa de mujeres”

Según la última Encuesta de Empleo del Tiempo (2009-2010), en un día de diario de lunes a jueves, el 91,5% de las mujeres realiza **actividades relacionadas con el hogar y la familia**, un porcentaje que se reduce al 74,7% en el caso de los hombres. El porcentaje en los hombres no varía en esta participación de viernes a domingo, de hecho, el porcentaje de hombres que realiza estas tareas en domingo (76,6%) es superior al de aquellos que lo realizan de lunes a jueves. En las mujeres sí se reduce un poco (89,3%) respecto a los días de diario. No obstante, las mujeres que realizan estas tareas superan ampliamente a los hombres en todos los días de la semana, como puede verse en la siguiente tabla.

Tabla 7. Personas que realizan actividades relacionadas con el hogar (domésticas) y la familia en el transcurso del día y tiempo dedicado según día de la semana, por sexo. Andalucía 2009

Día de la semana	Personas que lo realizan (%)			Tiempo dedicado (horas y minutos)		
	Mujeres	Hombres	BG	Mujeres	Hombres	BG
Lunes a jueves	91,5	74,7	16,8	4:24	2:33	1:51
Viernes a domingo	89,3	74,8	14,5	4:40	2:37	2:03
Viernes	86,6	73,9	12,7	5:01	2:29	2:32
Sábado	90,6	73,8	16,8	4:53	2:36	2:17
Domingo	90,6	76,6	14,0	4:07	2:48	1:19

Fuente: Encuesta de Empleo del tiempo

La **diferencia en el tiempo dedicado por mujeres y hombres a este tipo de labores del hogar** difiere según determinadas características personales. Las mujeres que conviven en pareja dedican 2 horas y 34 minutos más que los hombres en esta situación. Y en el caso de no convivencia en pareja, las mujeres dedican 1 hora y 10 minutos más que los hombres. La mayor brecha de género en este indicador, al analizarlo por edad, se da entre las personas que tienen entre 45 y 64 años. Ellas dedican, en esta edad, 2 horas y media más que los hombres a las labores domésticas y la familia. Por nivel de estudios, las brechas son mayores en los estratos inferiores. Cuando se ha superado la enseñanza obligatoria, se reduce en una hora o más la diferencia entre sexos.

Los datos de la EAS 2015 también arrojan amplias **brechas de género en la participación en las tareas domésticas**. El 14,1% de los hombres considera que realiza sin ayuda las tareas del hogar como planchar, fregar o cocinar. Sin embargo, cuando se pregunta a las mujeres, el porcentaje de las que dicen realizar solas este tipo de tareas asciende al 54,9%. La brecha de género de la realización de tareas domésticas en soledad es, por tanto, de más de 40 puntos porcentuales. También es muy revelador observar la brecha de género en la consideración de hombres y mujeres respecto a que ambos miembros de la pareja realizan las tareas domésticas. Los hombres que así lo consideran son el 32%, frente al 19,1% de las mujeres. Esta diferencia ofrece una visión acerca de la distinta percepción que tienen ambos sexos en cuanto a la corresponsabilidad de las tareas domésticas. Es probable que las mujeres solo afirmen compartir las tareas cuando lo consideran verdaderamente equitativo, mientras que los hombres señalan esta opción, aunque su participación sea suplementaria a la responsabilidad principal que asumen las mujeres.

Un porcentaje muy similar de hombres y de mujeres (2,5% y 2,6% respectivamente) dice que la **responsabilidad principal de las tareas domésticas de su hogar** recae en una persona contratada que cobra por ello. La brecha de género es inexistente en contar con alguna persona de fuera del hogar que le ayuda a realizar las tareas domésticas, el 8,4% tanto en hombres como en mujeres.

Tabla 8. Quién se ocupa principalmente del trabajo doméstico. Andalucía 2015

Porcentaje de respuestas de hombres y mujeres a la pregunta "En su casa, ¿quién se ocupa principalmente de las tareas domésticas tales como fregar, planchar, cocinar, etc.?"			
	Mujeres	Hombres	BG
Yo solo/a	54,9	14,1	40,8
Mi pareja	0,4	26,2	-25,8
Mi pareja y yo	19,1	32,0	-12,9
Yo junto a otra persona que no es mi pareja	13,5	6,3	7,2
Otra persona de la casa que no es mi pareja	6,8	15,0	-8,2
Una persona contratada (que cobra por ello)	2,6	2,5	0,1
Otra situación	2,5	3,6	-1,1

Fuente: Elaboración propia. Encuesta Andaluza de Salud 2015.

La siguiente tabla muestra la participación en las tareas domésticas, con datos de la EAS 2015 desagregados, además de por el sexo, por categorías como la edad, el nivel educativo o el hábitat. Podemos ver que, entre los hombres, sólo en aquellos tramos centrales de la vida (entre 30 y 64 años), son más los hombres que realizan tareas domésticas que los que no las realizan, si bien la mayor parte de ellos no las realiza solo, sino con ayuda. En cambio, la mayoría de las mujeres de todos los tramos de edad, incluso aquellas que son mayores de 80 años, realizan este tipo de tareas. Además, a partir de los 30 años, son considerablemente más las que las realizan solas que las que lo hacen con ayuda. Así, por ejemplo, el 67% de las mujeres entre 65 y 79 años, y el 43% de las mujeres de más de 80 años, realizan las tareas domésticas de su hogar solas, a diferencia del 16% de los hombres que lo hacen solos en esos mismos tramos de edad. Este hecho podría explicarse también por el mayor número de mujeres mayores que encabezan hogares unipersonales y que se ven en la necesidad de realizar este tipo de tareas en soledad a edades muy avanzadas.

El patrón de participación en las tareas domésticas de hombres y mujeres según el nivel educativo, que muestran los datos de la EAS 2015, se encuentran en consonancia con los que ha venido mostrando la literatura en las últimas décadas, tanto a nivel autonómico como nacional. Es decir, que los hombres de mayor nivel educativo participan más, mientras que en las mujeres ocurre a la inversa. Según los datos andaluces, entre los hombres con estudios superiores, el 35% no realiza las tareas domésticas, un porcentaje que se eleva al 54% en el caso de los hombres con estudios primarios. El porcentaje de mujeres con estudios superiores que no realiza tareas domésticas es del 14%, frente al 11% en esta situación entre las que no han superado los estudios primarios. Este patrón podría deberse a que la progresiva concienciación por la igualdad de género y la corresponsabilidad está más presente en los hombres cuanto más formados están, y a que, en las mujeres, los roles tradicionales de género se mantienen más arraigados en los estratos sociales inferiores.

El 65% de las mujeres de ámbito rural realiza estas tareas solas, frente al 17% de los hombres. En el ámbito urbano, desciende ligeramente el porcentaje de quienes las realizan solas, un 53% de las mujeres y un 14% de los hombres. En cualquiera de los casos comentados, podemos apreciar unas brechas de género muy amplias.

Tabla 9. Porcentaje de personas que se ocupan del trabajo doméstico (solos/as o con ayuda), por sexo, edad, nivel educativo y hábitat. Andalucía 2015

	Mujeres (%)	Hombres (%)	BG
Edad:			
Menos de 30	70,7	39,0	31,7
30-44	95,9	66,3	29,6
45-64	95,2	55,9	39,3
65-79	88,0	44,6	43,4
80 y más	57,9	36,5	21,4
Nivel educativo:			
Primarios	89,2	46,2	43,0
Secundarios	86,0	55,5	30,5
Superiores	86,3	65,4	20,9
Hábitat:			
Rural	88,7	46,0	42,7
Semi-rural	86,9	47,1	39,8
Urbano	87,7	54,0	33,7

Fuente: Elaboración propia. Encuesta Andaluza de Salud 2015.

El porcentaje de personas de 16 años y más que consideran la [dedicación a las labores del hogar como su actividad principal](#) ha aumentado considerablemente en el periodo 2005-2012, y además la brecha de género es muy acusada. A pesar de que el porcentaje se incrementa año a año para ambos sexos, excepto para las mujeres en 2010 y 2011 (se reduce 0,5 y 1,7 puntos porcentuales, respectivamente) y para los hombres en 2011 (disminuye 1,0 punto porcentual), la brecha existente se reduce al experimentar los hombres un incremento de 17,6 puntos porcentuales, frente a los 7,1 puntos porcentuales de aumento en las mujeres.

Según los datos de la EAS 2015, el 29,4% de las mujeres tienen como actividad laboral principal “sus labores/ama de casa”. En cambio, no hay hombres que se hayan autodenominado dentro de esta categoría (0%). Las razones estriban, en gran parte, en que a pesar de que los hombres estén realizando estas tareas principalmente, en el imaginario social y colectivo no se acepta esta categoría como propiamente masculina, de ahí que todavía no sea plenamente aceptada la acepción de amo de casa. En esta situación, ellos tienden a situarse en otras categorías relacionadas con el mercado de trabajo remunerado, como jubilado o parado.

4.1.5.2. Los cuidados de personas dependientes: la cara oculta del iceberg

Al igual que ocurre con el trabajo del hogar, la [participación en los cuidados](#) de personas que requieren ayuda para realizar las actividades cotidianas es muy desigual. Se trata de un trabajo poco reconocido, invisibilizado, que realizan las mujeres principalmente, con escasas ayudas, y que supone una de las principales desigualdades de género que afectan a la salud.

Podríamos definir el cuidado informal como la prestación de cuidados a personas dependientes por parte de familiares, amigos u otras personas que no reciben retribución económica por la ayuda que ofrecen. No obstante, se trata de un concepto complejo, multidimensional, que implica tareas, relaciones y una determinada ética, y de un concepto con unos límites muy difíciles de marcar, en términos de qué se hace, a quién y durante cuánto tiempo.

Según la última Encuesta de Discapacidad (EDAD 2008), en el 22% de hogares de Andalucía hay al menos una persona dependiente. Esta cifra es algo superior a la que se registra en España, donde el 20 % de los hogares cuenta con alguna persona dependiente. En Andalucía, existen 519.000 hogares con una persona con discapacidad o en situación de dependencia, 91.500 con dos personas y 7.600 con tres personas o más.

El apoyo familiar es la principal fuente de cuidados de personas dependientes. En Andalucía, al igual que ocurre en España y en otros países del sur de Europa, este apoyo es masivo. Más de tres cuartas partes de las personas que requieren cuidados los reciben exclusivamente del sistema informal (Verbakel et al., 2017; Colombo et al., 2011). Los datos sobre la situación del sistema informal en nuestro medio confirman que se trata de un sistema invisible de cuidados de salud, la gran zona sumergida de un verdadero "iceberg" de atención y cuidados a las personas con limitaciones para la autonomía.

Todos los estudios que abordan este tema desde una perspectiva de género concluyen que las mujeres cuidan más que los hombres, principalmente en las edades centrales de la vida. Según la Encuesta de Condiciones de Vida de 2016, las mujeres entre 45 a 64 años que cuidan a personas dependientes superan a los hombres de esta edad en 8,8 puntos porcentuales. Sin embargo, los hombres que dicen cuidar con 65 años o más superan a las mujeres. En esta edad, el cuidado se vuelve bastante paritario, ya que el cuidado es realizado en gran medida entre los miembros de una pareja, y son las mujeres quienes presentan mayores prevalencias de enfermedades crónicas. Por ello, la población cuidadora masculina está más envejecida que la femenina. Ellas cuidan más en las edades centrales, cuando han de compaginar este trabajo no remunerado con otras responsabilidades y trabajos remunerados, y esta acumulación de roles productivo y reproductivo suele tener un impacto negativo en su salud. Los datos de esta Encuesta también muestran que las mujeres cuidan con mayor intensidad que los hombres, en consonancia con la mayor parte de estudios que se han realizado tanto a nivel autonómico, como nacional e internacional (García Calvente, del Río-Lozano y Marcos-Marcos, 2011; Colombo et al., 2011).

Las brechas se acentúan aún más en la mayor intensidad de cuidado cuando las personas cuidadas excluyen a menores, es decir, son personas mayores o con enfermedades o dolencias crónicas. En este caso, más de la mitad de las mujeres cuida a alguna persona en esta situación de dependencia con una intensidad de cuidado de 20 horas o más a la semana (el 51,8%), frente al 37,4% de los hombres que lo hace con esta intensidad. Esta brecha de género (14,4) aumenta en edad más temprana, de 15 a 24 años, hasta el 20,1%, y en la edad más avanzada, de 65 y más años, al 18,7%.

Tabla 10. Porcentaje de personas que se ocupan de los cuidados por sexo. Andalucía 2015

	Mujeres	Hombres	BG
Yo solo/a	19,0	4,6	14,4
Cuido con ayuda	31,6	35,4	-3,8
No cuido	49,4	60,0	-10,6

Fuente: Elaboración propia. Encuesta Andaluza de Salud 2015.

Test Chi cuadrado: p-valor<0.001

Tabla 11. Porcentaje de personas por dedicación al cuidado de personas mayores o con dolencias crónicas, por sexo, edad y tiempo dedicado. Andalucía 2014

	Menos de 10 horas a la semana			10 horas o más a la semana pero menos de 20			20 horas o más a la semana		
Edad	Mujeres	Hombres	BG	Mujeres	Hombres	BG	Mujeres	Hombres	BG
De 15 a 24 años	51,84	73,26	-21,42	16,43	15,05	1,38	31,73	11,68	20,05
De 25 a 44 años	36,62	43,28	-6,66	23,22	20,70	2,52	40,16	36,02	4,14
De 45 a 64 años	31,53	43,35	-11,82	17,53	21,64	-4,11	50,94	35,01	15,93
De 65 y más años	13,50	24,42	-10,92	8,78	16,53	-7,75	77,73	59,05	18,68
Total	30,75	42,50	-11,75	17,43	20,12	-2,69	51,82	37,38	14,44

Fuente: Encuesta Europea de Salud 2014

Además de la edad, otras características que inciden en la participación en los cuidados son la posición social y el hábitat. Según la Encuesta Andaluza de Salud (2015), la brecha de género de quienes se ocupan en los cuidados en soledad es mayor en las edades centrales y disminuye drásticamente a partir de los 65 años, llegando a invertirse incluso después de los 80 años, edad a partir de la cual son más los hombres que las mujeres que realizan este trabajo solos. Esta tendencia cambia cuando tenemos en cuenta la realización de los cuidados con ayuda. Mayor porcentaje de hombres que de mujeres entre 30 y 64 años considera que se encuentra en esta situación. Los hombres participan más en los cuidados cuando lo hacen con ayuda que solos, al contrario de lo que ocurre con las mujeres. Las brechas de género disminuyen en los mayores niveles educativos y en el ámbito urbano.

Tabla 12. Porcentaje de personas que se ocupan solas y con ayuda de los cuidados, entre quienes conviven con alguna persona que los requiere, por sexo, edad, nivel educativo y hábitat.

Andalucía 2015

	Se ocupan de los cuidados solas			Se ocupan de los cuidados con ayuda		
	Mujeres (%)	Hombres (%)	BG	Mujeres (%)	Hombres (%)	BG
Edad:						
Menos de 30	17,5	3,6	13,9	47,3	34,7	12,6
30-44	25,6	4,7	20,9	53,2	66,1	-12,9
45-64	24,6	5,9	18,7	22,2	37,3	-15,1
65-79	8,0	3,6	4,4	4,4	2,9	1,5
80 y más	4,8	5,2	-0,4	2,7	2,0	0,7
Nivel educativo:						
Primarios	18,3	5,5	12,8	21,9	26,7	-4,8
Secundarios	19,9	3,4	16,5	41,2	43,9	-2,7
Superiores	19,6	3,9	15,7	47,5	49,6	-2,1
Hábitat:						
Rural	27,6	3,2	24,4	22,4	31,7	-9,3
Semi-rural	18,0	4,4	13,6	27,0	36,7	-9,7
Urbano	18,8	4,7	14,1	33,0	35,2	-2,2

Fuente: Elaboración propia. Encuesta Andaluza de Salud 2015.

Los últimos estudios confirman que, con la edad, se acortan las diferencias de género en los cuidados y a partir de los 80 años hay más hombres como principales cuidadores de una persona familiar que mujeres (Abellán, Ayala y Pérez, 2018).

Las mayores diferencias en la participación en los cuidados entre hombres y mujeres en los niveles educativos inferiores también han sido documentadas. Las mujeres, a menor nivel de estudios participan más en los cuidados. En cambio, los hombres participan más en los cuidados cuando tienen estudios superiores que cuando no han alcanzado este nivel educativo (García-Calvente, del Río-Lozano y Eguiguren, 2007; Observatorio Estatal de la Discapacidad, 2010; Colombo et al., 2011). Estudios tanto nacionales como europeos corroboran unos perfiles de personas cuidadoras muy similares a los hallados en el contexto andaluz. Las mujeres se encuentran, mayoritariamente, en las edades centrales de la vida, mientras que el perfil de los hombres que cuidan es más envejecido. Un elevado porcentaje de mujeres se dedica en exclusividad a las tareas domésticas y de cuidados, mientras que los hombres están, en su mayoría, jubilados.

Los datos de la EAS 2015 muestran diferencias de género relevantes en cuanto a las ayudas con que cuentan las personas que realizan tareas de cuidado. Son más los hombres que las mujeres que reciben ayuda de una persona contratada para ello (2,2% y 1,8% respectivamente). También son más los hombres que reciben ayuda para cuidar de profesionales de los servicios sociales o sanitarios (1,3% frente al 0,8% de las mujeres). Esto es consistente con la literatura, que muestra que los hombres solicitan y reciben más ayuda formal para cuidar. En cambio, cuando no se trata de ayuda profesional, sino informal, es decir, que la ayuda proviene de otras personas del entorno social o familiar que ayudan desinteresadamente, las mujeres cuentan más con esta opción que los hombres. El 8,7 de las mujeres recibe ayuda para cuidar de familiares, amigos y amigas, vecinos y vecinas u otras personas del entorno cercano, frente al 4,8 de los hombres que cuidan.

En un estudio reciente a nivel nacional, con datos de EDAD 2008 (última encuesta nacional de discapacidad disponible), se muestra cómo la salud de las mujeres cuidadoras se ve más deteriorada que la de los hombres: el 37% de las mujeres y el 21% de los hombres perciben que su salud se ha deteriorado por cuidar (García-Calvente et al., 2011). Estas diferencias se asocian a la mayor intensidad del cuidado que realizan las mujeres y a su mayor dedicación a tareas relacionadas con la atención personal. Los porcentajes del impacto en la salud se elevan cuando se trata de cuidadoras de mayores. Las características del trabajo de cuidar y las condiciones en las que se desarrolla afectan más a la salud cuando se dan determinadas circunstancias: la demanda de cuidados es elevada, se convive con la persona cuidada, se asumen múltiples roles de cuidado y esta pluralidad de roles se extiende a otros ámbitos (laboral, familiar, social), el cuidado se desarrolla en solitario y sin apoyos, y se enfrentan situaciones especialmente difíciles por las características de la persona cuidada (demencias tipo Alzheimer u otros problemas evolutivos que se agravan con el tiempo).

Hacerse cargo del cuidado de otras personas supone un elevado “coste de oportunidad” para las cuidadoras, que en muchos casos tienen que elegir entre trabajo productivo y reproductivo. Incluso aquellas que pueden compatibilizar ambos tipos de trabajo, asumen otro tipo de consecuencias, como son la limitación de las posibilidades de progreso en su carrera profesional, el cambio de trabajo o el absentismo laboral (García-Calvente, Mateo y Gutiérrez, 1999; Observatorio Estatal de la Discapacidad, 2010). La tendencia al alza de los permisos de maternidad y excedencias por cuidados de hijos e hijas y de personas dependientes, que se ha experimentado en los últimos años se puede interpretar como un dato positivo de que se estén acortando un poco las brechas de género, pero aún es una tendencia que avanza muy lentamente y de manera muy insuficiente. Este tipo de permisos

siguen siendo disfrutados en su inmensa mayoría por las mujeres, lo que redunda notoriamente en su sobrecarga y en el consecuente deterioro de su salud y su calidad de vida.

La exclusión del mercado laboral de las cuidadoras o la limitación para progresar profesionalmente tienen, entre otras, consecuencias negativas sobre la economía propia y familiar, ya que supone una disminución de los ingresos. Además, asumir el cuidado de una persona dependiente que padece problemas de salud también supone un incremento de los gastos. Sea por disminución de los ingresos o por aumento de los gastos derivados de cuidar, el hecho es que, según datos de la EDAD 2008, el 19% de las mujeres y el 14% de los hombres que cuidan a personas dependientes declararon tener problemas económicos (García-Calvente et al., 2010). El impacto laboral y económico de cuidar no solo se evidencia a corto plazo, sino que tiene también consecuencias en la vida de las personas que cuidan a más largo plazo. El abandono de empleo remunerado o la imposibilidad de acceso a él, tiene consecuencias en la disminución de los derechos a prestaciones sociales en un futuro (como las pensiones contributivas), reduciendo así la capacidad adquisitiva de las personas que cuidan incluso cuando ya no tienen que responsabilizarse del cuidado. Se ha evidenciado que las personas cuidadoras en edad activa, sobre todo las mujeres, tienen un mayor riesgo de caer en la pobreza (Colombo et al., 2011).

Los mecanismos por los cuales el cuidado produce efectos negativos sobre la salud se han asimilado a la experiencia de un estrés crónico, debido a la sobrecarga física y psicológica que soportan las personas que cuidan y que se prolonga en el tiempo. Factores como el tipo de discapacidad o los problemas de conducta de la persona cuidada, en especial la demencia, así como el tipo e intensidad del cuidado prestado, actúan como estresores que producen efectos negativos sobre la salud física, mental, hábitos de vida e incluso mortalidad. La literatura científica muestra de manera consistente que las mujeres cuidadoras padecen más morbilidad psiquiátrica, sobrecarga y depresión, y peor percepción de su salud (del Río-Lozano et al., 2017; Masanet y La Parra, 2011; Schulz y Sherwood, 2008; Pinquart y Sorensen, 2006, 2007).

Además del sexo, otras características de las personas cuidadoras moderan e influyen en los efectos del cuidado en la salud. De esta forma, las mujeres, mayores, de nivel socioeconómico desfavorecido, con mala salud previa y escaso apoyo social, sufren un peor impacto sobre su salud física y psicológica (Alpass et al., 2013; Colombo et al., 2011; Garcés, 2009; Schulz y Sherwood, 2008). Otro factor que puede modificar los resultados del cuidado en la salud es el hábitat o lugar de residencia, ya que, según algunos estudios, cuidar en una zona rural puede suponer una dificultad añadida, cuando no una fuente de discriminación, debido a la mayor escasez de recursos de apoyo formal, mayores dificultades de acceso a los servicios y mayor control social (Martínez-Rodríguez, 2009).

EL TRABAJO DOMÉSTICO Y DE CUIDADOS: UN TRABAJO INVISIBLE Y CON MAYORES COSTES PARA LA SALUD Y LA CALIDAD DE VIDA DE LAS MUJERES

Las mujeres han sido socializadas en la ética de los cuidados, para dedicarse en mayor medida a “los demás” más que a sí mismas, mientras que los hombres han recibido una socialización más basada en su propio desarrollo personal, profesional y social. La división sexual del trabajo sigue plenamente vigente en la actualidad, siendo las mujeres quienes principalmente se siguen encargando del trabajo que tiene lugar en el interior de los hogares.

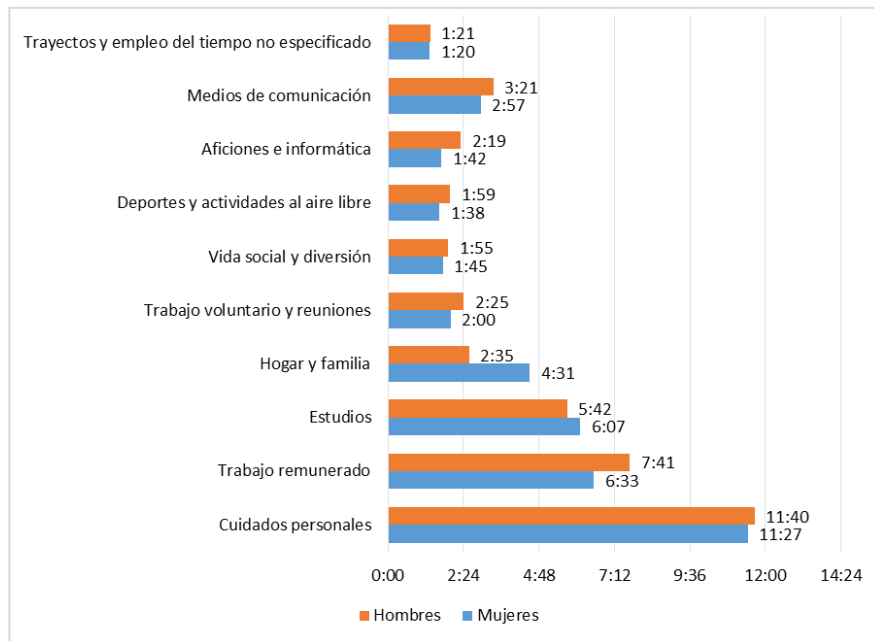
Las mujeres, principalmente las que se encuentran en edades centrales de la vida y en posiciones socioeconómicas menos privilegiadas, constituyen el principal perfil de las personas con mayor participación en el trabajo doméstico y los cuidados. Los hombres de mayor edad y los que cuentan con mayor nivel socioeconómico participan más en este ámbito.

Este rol tradicional femenino juega en detrimento de la salud de las mujeres, que carecen de espacios y recursos tangibles e intangibles para su propio desarrollo personal y disfrute, así como de una capacidad real de elección en los cuidados muy limitada. Esto se ve agravado en determinadas circunstancias personales relacionadas con la posición socioeconómica o el ámbito en el que se resida, que pueden llegar a anular por completo la capacidad de elección de las mujeres ante el cuidado. La literatura muestra claras evidencias en los mayores costes que conllevan los cuidados para las mujeres, en todas las dimensiones de su vida, tanto en términos de calidad de vida y de salud física y emocional, como en las oportunidades en el empleo y en el desarrollo profesional y económico, en las relaciones sociales y familiares, o en la disponibilidad de tiempo propio. Todo ello se traduce en consecuencias en el deterioro de su salud a nivel integral (del Río-Lozano, 2014; del Río-Lozano et al., 2013; García-Calvente y del Río-Lozano 2013; García-Calvente, del Río-Lozano y Marcos-Marcos, 2011).

4.1.5.3. Los usos del tiempo y la conciliación de la vida personal, familiar y laboral: un difícil encaje para las mujeres

La **duración media de las actividades** que realizan mujeres y hombres incide en lo expuesto anteriormente. Las mujeres dedican más tiempo diario que los hombres al hogar y la familia, una hora y 56 minutos más, siendo esta la mayor brecha de género que encontramos entre todas las actividades cotidianas. También superan las mujeres a los hombres en el tiempo que dedican a diario a los estudios (25 minutos más). Por el contrario, destaca la mayor dedicación diaria de los hombres al trabajo remunerado respecto a las mujeres (una hora y 8 minutos más). También dedican más ellos que ellas a aficiones e informática, a los medios de comunicación, deportes y actividades al aire libre, trabajo voluntario y reuniones, cuidados personales, vida social y diversión. Resulta de interés especificar que las actividades a las que los hombres dedican más tiempo que las mujeres son precisamente aquellas que resultan protectoras para la salud, como se ha puesto en evidencia en estudios previos, mientras que las mujeres dedican más tiempo a tareas y actividades más pesadas o que se asocian con un riesgo para la salud.

Gráfico 14. Duración media de las actividades realizadas a lo largo de un día (horas:minutos). Andalucía 2009



Actividades	Mujeres	Hombres	BG
Cuidados personales	11:27	11:40	-0:13
Trabajo remunerado	6:33	7:41	-1:08
Estudios	6:07	5:42	0:25
Hogar y familia	4:31	2:35	1:56
Trabajo voluntario y reuniones	2:00	2:25	-0:25
Vida social y diversión	1:45	1:55	-0:10
Deportes y actividades al aire libre	1:38	1:59	-0:21
Aficiones e informática	1:42	2:19	-0:37
Medios de comunicación	2:57	3:21	-0:24
Trayectos y empleo del tiempo no especificado	1:20	1:21	-0:01

Fuente: IECA. Explotación de la Encuesta de Empleo del Tiempo 2009

El [permiso de maternidad](#) establece un periodo de descanso que puede ser disfrutado únicamente por la madre o, a opción de esta, también por el otro progenitor en el caso de que ambos trabajen, sin perjuicio de las 6 semanas inmediatamente posteriores al parto de descanso obligatorio para la madre. Este permiso, que en 2006 era percibido por el 1,04% de los hombres, ha aumentado ligeramente en la última década, pasando a ser percibido por el 1,36% de los hombres en 2016 (Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Estadísticas de presupuestos y estudios).

El Informe de Evaluación del Impacto de Género del presupuesto de Andalucía para 2018 señala el incremento de las prestaciones por maternidad un 1,4% en 2016, con respecto al año anterior, con un número total de 49.613 prestaciones. Los permisos disfrutados con el padre u otro/a progenitor/a de manera simultánea o sucesiva en 2016 experimentaron un incremento de un 4,9% con respecto al año anterior. Por último, los permisos de paternidad o parentales, que son independientes del disfrute compartido de los periodos de descanso por maternidad, se incrementaron un 3,7% con respecto al año 2015, concediéndose un total de 39.109 permisos en 2016.

LA CONCILIACIÓN DEL ÁMBITO PRODUCTIVO Y REPRODUCTIVO: UN DIFÍCIL ENCAJE PARA LAS MUJERES

Todavía son pocos los hombres que compaginan su trabajo con las labores domésticas, mientras que una inmensa mayoría de las mujeres trabajadoras lo hacen, gran parte de ellas a costa de reducir sus jornadas de trabajo remunerado o aceptar empleos más precarios que les permitan balancear ambas esferas en el corto plazo. Sin embargo, a medio y largo plazo este tipo de medidas se traducen en una menor valoración social, menor salario, menores posibilidades de promoción en la empresa y posteriormente, unas pensiones más reducidas que las de los hombres. Todo esto redunda en la precarización de la vida de las mujeres en la vejez, además de que perpetúa los roles de género y dificulta la superación de las desigualdades en salud que conllevan.

4.1.6. Lugar de residencia: condiciones medioambientales y sociales del entorno

En cuanto a la **calidad ambiental y de seguridad en el entorno** en que residen, más mujeres que hombres perciben que tienen problemas. La mayor parte de los problemas analizados en la EAS 2015 muestran brechas de género desfavorables para las mujeres.

El 12,7% de las mujeres considera que tiene falta de espacio en la vivienda, siendo este porcentaje 3,4 puntos porcentuales superior al de los hombres que tienen esta percepción, algo que podría estar relacionado con la mayor probabilidad de las mujeres de convivir en hogares con más personas, hecho también relacionado con su mayor implicación en el cuidado de otras personas de la familia.

Todos los **problemas referentes a aspectos ambientales del barrio o zona de residencia** muestran brechas de género de signo positivo, es decir, están más presentes en las mujeres que en los hombres. Como podemos ver en la siguiente tabla, el 6,4% de las mujeres y el 5% de los hombres perciben como muy molesto el ruido procedente del exterior de su vivienda. También son más las mujeres que los hombres que refieren sufrir muy malos olores procedentes del exterior (2,9 y 2,3% respectivamente). Según el 3,8% de las mujeres, la contaminación del aire es muy elevada en el barrio en que residen, frente al 3,1% de los hombres. Y son más las mujeres que los hombres que viven en un barrio muy afectado por alguna industria contaminante (3,0 y 2,7% respectivamente). Más de la tercera parte de las mujeres y los hombres considera que los espacios verdes de su barrio no son nada suficientes, siendo la diferencia de 2,3 puntos porcentuales. Hay mucho tráfico intenso de vehículos a motor según el 11,3% de las mujeres y el 9,8% de los hombres. En general, opinan que la calidad del medio ambiente del barrio es mala o muy mala el 2,1% de las mujeres y el 1,3% de los hombres. El único indicador que tiene una brecha de género de signo negativo, es decir, es más favorable a los hombres, es el que se refiere a la existencia de mucha delincuencia o inseguridad en el barrio, el 3,5% de los hombres y el 3,3% de las mujeres tienen esta percepción.

Tabla 13. Porcentaje de personas que sufren problemas ambientales del entorno en que reside por sexo. Andalucía 2015

	Mujeres	Hombres	BG	p-valor
Tiene falta de espacio en su vivienda	12,8	9,4	3,4	<0,001
El ruido procedente del exterior de su vivienda le resulta molesto (mucho)	6,4	5,0	1,4	0,025
Su vivienda sufre malos olores procedentes del exterior (mucho)	2,9	2,3	0,6	0,147
La contaminación del aire es elevada en su barrio (mucho)	3,8	3,1	0,7	0,120
Su barrio se encuentra afectado por alguna industria contaminante (mucho)	3,1	2,7	0,4	0,672
En su barrio no hay espacios verdes suficientes (nada suficientes)	39,8	37,6	2,2	0,120
En su barrio hay tráfico intenso de vehículos a motor (mucho)	11,4	9,9	1,5	0,051
En su barrio hay delincuencia o inseguridad (mucho)	3,3	3,5	-0,2	0,917
La calidad del medio ambiente del barrio es mala o muy mala	2,1	1,3	0,8	0,002

Fuente: Elaboración propia. Encuesta Andaluza de Salud 2015.

Existen evidencias de que la escasez y baja posición en factores materiales y medioambientales, como por ejemplo los problemas en la vivienda, privación material, problemas del vecindario como ruido o contaminación ambiental, el acceso a los servicios públicos o la calidad de los servicios público del entorno, están asociados a un mayor riesgo de mala salud, tanto en mujeres como en hombres (Schutte et al., 2013).

Se sabe que las mujeres y los hombres absorben y procesan de manera diferente determinados productos químicos y metales derivados del aire, agua, suelo, alimentos y productos de consumo, con consecuencias diferenciales para su salud (Botella et al., 2004; del Río y Campaigns, 2007).

También se ha documentado la diferente exposición y vulnerabilidad de las mujeres en relación con la contaminación del aire exterior (OMS, 2010). En España, de manera similar a lo que ocurre en otros países europeos, las mujeres informan enfermedades en forma de alergias y de hipersensibilidad respiratoria o cutánea en mayor medida que los hombres, especialmente las mujeres de mayor edad (Filleul et al., 2003; Sunyer et al., 2000). La literatura muestra diferencias de género en los riesgos ambientales para la salud, que probablemente se verán agudizados por el cambio climático. Por ejemplo, estudios europeos han encontrado que, en términos relativos y absolutos, las mujeres corren un mayor riesgo de morir en olas de calor (OMS, 2014). Las mujeres también parecen estar infrarrepresentadas en los procesos de toma de decisiones sobre el cambio climático a nivel internacional (EIGE, 2012).

EL GÉNERO INTERACCIONA CON DETERMINANTES AMBIENTALES DE LA SALUD

La mayor parte de los problemas medioambientales y de seguridad del entorno que se han analizado han mostrado brechas de género desfavorables para las mujeres. Los determinantes ambientales de la salud se superponen con los determinantes sociales y de género, con consecuencias específicas para las mujeres (OMS 2016a).

El lugar en el que se reside influye en el desarrollo de patrones de comportamiento y conductas de riesgo diferenciales en función del sexo, y también dentro de cada sexo. Por ejemplo, vivir más o menos lejos de núcleos urbanos puede influir en la proximidad o lejanía para acceder a los servicios sanitarios, a la información o a determinadas tecnologías. Es necesario también valorar la disponibilidad de redes de apoyo social, que supone un importante factor protector de la salud. El aislamiento y la soledad a la que pueden verse sometidos hombres y mujeres en función de su entorno de socialización pueden ser también importantes factores a determinar en casos como los cuidados de personas dependientes o la violencia de género. Las relaciones sociales, la distribución de los tiempos, el tipo de trabajo desarrollado, las prácticas de cuidado y de autocuidado, la asunción de estereotipos y roles tradicionales de género, la escasa capacidad de elección para no asumir los roles asignados, etc. pueden llegar a variar mucho dependiendo del lugar de residencia, entre los hombres y las mujeres, entre las propias mujeres y entre los propios hombres, influyendo en la salud de manera diferencial.

Cuando hablamos de hábitat y de los condicionantes del lugar de residencia, merece especial atención el **ámbito rural**. Actualmente, uno de los principales retos a nivel político y legislativo para el desarrollo del ámbito rural, está en encontrar fórmulas que permitan fijar la población rural, generar empleo y avanzar hacia la igualdad efectiva de mujeres y hombres. El papel de las mujeres es fundamental para lograr mantener la población rural y mejorar su salud, su calidad de vida y sus niveles de renta. Actualmente, la tasa de actividad femenina del medio rural está muy por debajo de la media nacional. En el caso de los hombres, aunque también existe diferencia, ésta no es tan acusada. Mejorar las oportunidades laborales de las mujeres y fomentar la corresponsabilidad y el reparto igualitario de tareas domésticas y de cuidado entre hombres y mujeres del medio rural es un factor esencial para el desarrollo sostenible de este ámbito (Ministerio de Medio Ambiente, Medio Rural y Marino, 2009, 2011).

Para conseguir estos retos de sostenibilidad e igualdad, se hace necesario abordar tanto la condición, es decir, el conjunto de circunstancias materiales de hombres y mujeres que configuran sus modos de vida, y que están relacionadas con la satisfacción de sus necesidades básicas, como la posición, es decir, la capacidad de mujeres y hombres para influir y participar en las decisiones sociales o políticas, que se refleja en las relaciones de poder y de control tanto a nivel local como familiar.

Para mejorar la posición de las mujeres en el ámbito rural, es indispensable trabajar su empoderamiento y la superación de los roles y estereotipos de género tradicionales. La distribución desigual de los usos del tiempo, y especialmente en lo relativo a las tareas de cuidado y trabajo del hogar, se ve reforzada muy a menudo en estos entornos rurales. Las mujeres aumentan el tiempo que invierten en estas tareas, mientras que los hombres dedican más tiempo a actividades extradomésticas, ocio y tiempo libre y otras tareas más destinadas a sí mismos. Las mujeres encuentran en el entorno rural unos mandatos de género mucho más marcados que los que encuentran las mujeres de los entornos urbanos, lo que frecuentemente impide realizar una toma de decisiones libre acerca de si cuidar o no cuidar, y sobre el modo de hacerlo (del Río-Lozano et al.,

2013; Ministerio de Medio Ambiente, Medio Rural y Marino, 2011). Todo ello repercute de manera negativa sobre su salud y su calidad de vida, genera para ellas mayores costes de oportunidad en el mercado laboral e impide avanzar hacia la corresponsabilidad.

4.1.7. Empoderamiento y toma de decisiones: participación política y económica

El empoderamiento se refiere a la toma de control por parte de las mujeres y los hombres sobre sus vidas, es decir, a la capacidad de distinguir opciones, tomar decisiones y ponerlas en práctica. Es un proceso y también un resultado, colectivo e individual al mismo tiempo. El empoderamiento de las mujeres es esencial para el logro de la igualdad de género. Aunque son las mujeres quienes pueden empoderarse a sí mismas, también las instituciones pueden apoyar los procesos de empoderamiento, tanto en el plano individual como en el colectivo (OPS, 2009).

En este proceso, es un paso necesario conseguir una representación equitativa de mujeres y hombres en el plano social, económico y político.

A continuación, se ofrecen algunos datos sobre la presencia que tienen las mujeres en el ámbito político y económico. Algunos informes y documentos aportan datos más detallados de esta representación de las mujeres en la vida social y política en la comunidad andaluza (Consejería de Hacienda y Administración Pública, 2017; Instituto Andaluz de la Mujer, 2014).

4.1.7.1. El poder político y la representación de las mujeres

Según el Informe del Índice de Desigualdad de Género en Andalucía, la distribución por sexo del [número de parlamentarios y parlamentarias autonómicas](#) es la más equitativa de los 3 ámbitos territoriales analizados (local, autonómico y nacional), un 47,7% de mujeres frente al 52,3% de hombres. El número de mujeres parlamentarias autonómicas se ha visto incrementado cada vez que se han convocado elecciones al Parlamento de Andalucía, al igual que ha ocurrido en el ámbito local con el número de concejalas. Las diferencias por sexo en el acceso al poder legislativo en 2012 se han reducido notablemente respecto al año 2005, como consecuencia del incremento del número de mujeres tanto en el ámbito autonómico como en el local. Esto contrasta con lo ocurrido en el ámbito estatal, donde estas diferencias se han visto incrementadas.

El Informe de Evaluación de Impacto de Género del presupuesto de Andalucía para 2018 muestra el avance experimentado en los dos últimos años en los [puestos de alcaldías](#). En 2015 los municipios andaluces contaban con un 23,1% de mujeres y un 76,9% de hombres, mientras en 2017 las proporciones han pasado a ser de un 24,3% y un 75,7%, respectivamente. Aunque los registros siguen encontrándose muy lejos de la representación equilibrada por sexo, se ha afianzado un lento pero paulatino avance en la representación femenina en el poder político municipal. Andalucía presenta unos registros de presencia femenina en las alcaldías que mejoran en casi 5 puntos la media nacional, que es de 19,6%. Respecto a las diputaciones provinciales, se mantiene una representación más equilibrada por sexo, 100 diputadas (43,5%) y 128 diputados (56,5%) en 2017, con una brecha que asciende ligeramente respecto a la del 2016 (de 12,2 puntos porcentuales).

4.1.7.2. El empoderamiento de las mujeres en el ámbito económico: la persistencia del techo de cristal

El proceso de toma de decisiones también analiza las diferencias de género en el poder socioeconómico, medido por la representación en posiciones de dirección de empresas.

Los datos tanto a nivel nacional como en la comunidad de Andalucía, siguen poniendo en evidencia la persistencia de un **techo de cristal en la carrera profesional y científica de las mujeres**. Esta expresión se refiere a las limitaciones que encuentran las mujeres para ascender laboralmente en una organización o empresa, ya sea pública o privada. El techo hace alusión a los obstáculos que les impiden seguir avanzando profesionalmente, obstáculos que sus colegas varones no tienen que vencer para llegar a los escalafones más altos.

El Informe del índice de Desigualdad de Género en Andalucía muestra claras desigualdades en este ámbito, analizadas en el periodo de 2005 a 2012. Los hombres accedieron en mayor medida a **puestos de dirección**, tanto de pequeñas como de medianas y grandes empresas (9,5% del total de hombres ocupados, en 2012), mientras que el porcentaje de las mujeres ocupadas que alcanzaron este tipo de puestos solo fue del 4,7%. A lo largo de este periodo, el número de ocupados en este tipo de puestos, tanto hombres como mujeres, disminuyó considerablemente con la recesión económica, especialmente en el caso de los hombres, lo que se tradujo en un aumento de la brecha de género. Así, mientras en 2005 la diferencia era de 3,2 puntos porcentuales, en 2012 alcanzó los 4,8 puntos porcentuales.

Como ya pusimos de manifiesto en el apartado de desigualdades en el mercado laboral, la representación femenina en los puestos de directoras y gerentes no alcanzó en 2016 la tercera parte del total, fue del 30% (Observatorio Argos, 2017).

Los equipos directivos de la agencia estatal Consejo Superior de Investigaciones Científicas siguen contando con una presencia mayoritariamente masculina (71,1%) en el conjunto de Andalucía. No obstante, en 2017 la presencia de mujeres subió ligeramente, 0,9 puntos porcentuales, situándose en el 28,9% (CSIC, 2017).

LAS MUJERES ESTÁN INFRARREPRESENTADAS EN LOS PUESTOS DE PODER POLÍTICO Y ECONÓMICO

Las brechas de género en puestos de representación política son menores a nivel autonómico que nacional, y también se ha producido un avance para las mujeres en cuanto a la representación en alcaldías. No obstante, el acceso a los puestos de responsabilidad política sigue siendo desigual y desfavorable para las mujeres. En el ámbito laboral, económico y científico, también continúa persistiendo un techo de cristal muy significativo, por el cual las mujeres están infrarrepresentadas en los puestos de dirección de las empresas y en la ciencia.

4.1.8. Índice de desigualdad de Género en Andalucía: una medida sintética de la desigualdad

4.1.8.1. El Índice de Desigualdad de Género de Andalucía

Este índice (Dirección General de Fondos Europeos de la Consejería de Economía, Innovación, Ciencia y Empleo, 2013) cuantifica las desigualdades existentes entre mujeres y hombres en Andalucía, principalmente desde una perspectiva económica. Este índice sintético resume las diferencias percibidas entre ambos sexos en diversos aspectos relacionados con el trabajo (remunerado y no remunerado), los ingresos, el nivel educativo y la toma de decisiones en el ámbito político o económico. Los resultados de las brechas de género en cada uno de estos ámbitos, extraídos del último informe que analiza el periodo 2005-2012, los hemos ido comentando en los apartados anteriores.

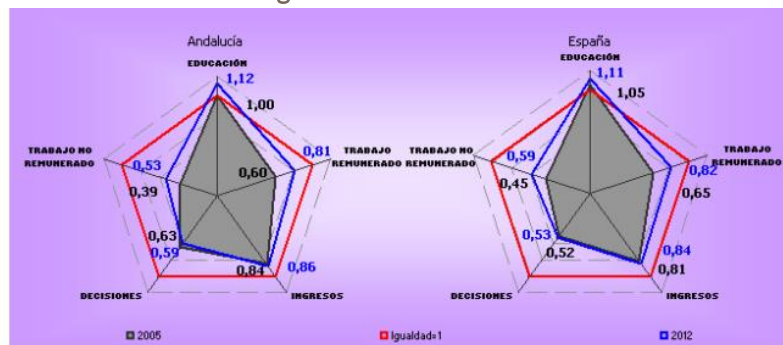
El diseño de este índice permite una interpretación sencilla de los resultados y el conocimiento del sentido de la desigualdad, es decir, cuál de los dos sexos se encuentra en una situación más favorable. El valor 1 representa la igualdad. Cuanto más nos alejemos de este valor, mayor será la desigualdad. Por debajo de 1, la desigualdad es a favor del hombre y por encima, a favor de la mujer.

Sintetizamos aquí, a modo de resumen, los principales resultados del **Índice de Desigualdad de Género de Andalucía** para el periodo 2005-2012:

1. La existencia de desigualdad de género: el hombre se encuentra en una situación más favorable que la mujer.
2. La reducción paulatina de las diferencias entre mujeres y hombres a lo largo del periodo analizado.
3. La diferencia en la intensidad y el sentido de la desigualdad según el ámbito socioeconómico objeto de estudio.
3. La destacada influencia de la situación del mercado laboral en la desigualdad de género.
4. La importancia del trabajo no remunerado como factor clave en la consecución de la igualdad.

El gráfico muestra la variación entre la realidad en 2012 (línea azul) y el ideal que debería alcanzarse, la igualdad, representada con la línea roja. La desigualdad a favor de los hombres se muestra en el trabajo no remunerado (0,53 puntos a favor), la toma de decisiones (0,59), el trabajo remunerado (0,81) y los ingresos económicos (0,86). Las mujeres solo presentan una situación más favorable que los hombres en el ámbito de la educación (1,12).

Gráfico 15. Índice de Desigualdad de Género en Andalucía. 2005-2012



Fuente: Dirección General de Fondos Europeos de la Consejería de Economía, Innovación, Ciencia y Empleo, 2013

4.1.8.2. Algunas comparaciones con los índices elaborados en otros contextos

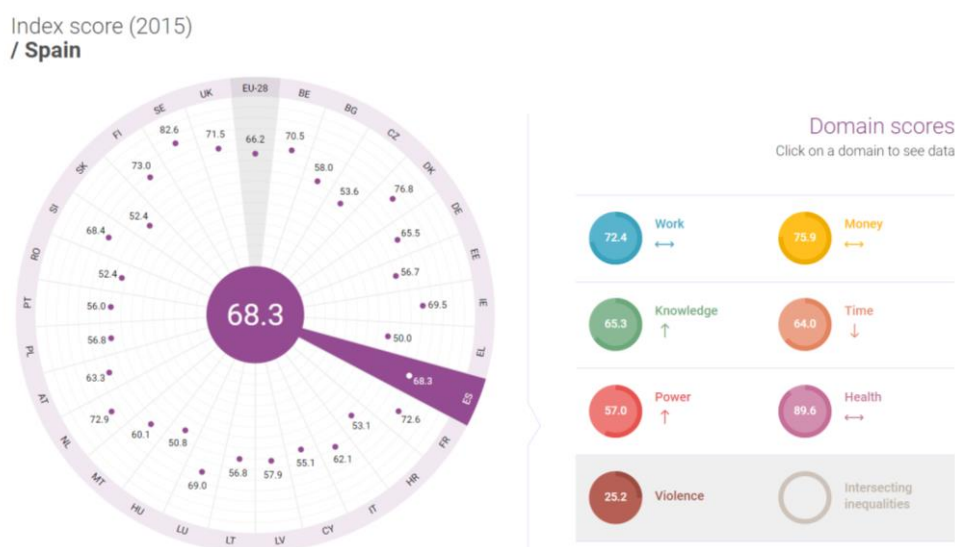
Aportamos a continuación otros índices de equidad de género elaborados en el contexto nacional, europeo y mundial. Si bien no podemos establecer una comparación directa de éstos con el índice andaluz presentado anteriormente, ya que cada uno de ellos se ha elaborado con una metodología, con unas dimensiones y unas puntuaciones específicas, sí podría ser de utilidad valorarlos aisladamente y establecer cautelosamente una comparativa aproximada de dónde se sitúa Andalucía en relación a los índices elaborados en otros contextos.

A nivel europeo, el Instituto Europeo de la Igualdad de Género (EIGE), proporciona herramientas e información sobre la equidad de género y construye el **Índice de Igualdad de Género** para los 28 estados miembros de la comunidad europea. Aporta indicadores en las dimensiones de trabajo, dinero, conocimiento, tiempo, poder, salud y violencia. También considera la discriminación múltiple, pero aún carece de datos comparables en esta dimensión. Los valores de cada área (entre 0 y 100) dependen de uno o más indicadores que muestran la situación de la igualdad entre mujeres y hombres en cada estado de la Unión Europea.

A continuación, podemos ver que la puntuación española para el último año disponible (2015) es 68,3, ligeramente por encima de la media de los 28 países (66,2). Esta puntuación ha mejorado en el periodo en el que lleva elaborándose este índice, ya que partía de 62,2 puntos en 2005 y ha ido aumentando en cada momento de medición.

No obstante, no en todas las dimensiones se ha producido una mejora. Los indicadores en los que ha empeorado han sido los siguientes: En la situación económica (dentro de la dimensión de dinero); en las actividades sociales (dentro de la dimensión de tiempo), en el poder político y social (dentro de la dimensión de poder). En la dimensión de violencia no se puede realizar un análisis evolutivo, ya que sólo disponen de los datos de 2015. En la dimensión de salud, ha mejorado en todos los indicadores, tanto estado de salud, como conductas relacionadas con la salud y el acceso a los servicios sanitarios.

Gráfico 16. Índice de Igualdad de Género en España. EIGE 2015



Fuente: EIGE. Disponible en la Web: <http://eige.europa.eu/gender-equality-index/2015/ES>

A nivel mundial, la publicación de referencia sobre brechas de género es el “[Global Gender Gap Report](#)”, que anualmente elabora el World Economic Forum. En el último informe publicado en 2017, España se encuentra en el puesto 24 del ranking (de los 144 países que engloba), con una puntuación de 0,746, en una escala de 0 a 1. La media mundial según este índice es de 0,680. Por dimensiones, en este año se observa una mayor distancia para conseguir la igualdad (brecha=0), en las áreas de participación económica y política.

Gráfico 17. Índice del Global Gender Gap (España). World Economic Forum 2017



Fuente: World Economic Forum. Disponible en la Web:
http://www3.weforum.org/docs/WEF_GGGR_2017.pdf

Un estudio reciente visibiliza la evolución de la equidad de género en las 17 comunidades autónomas españolas, desde 2006 hasta 2014, en un periodo que incluye acontecimientos como la promulgación de la Ley de Igualdad y la crisis económica (Fernández-Sáez et al., 2016). Para ello, calcula un índice de equidad de género modificado (IEGM) de las comunidades (siendo 0 la equidad y 1 la mayor inequidad), así como la convergencia interregional y temporal en equidad de género. Este estudio muestra cómo ha aumentado la desigualdad en la equidad de género entre comunidades en 2014, momento a partir del cual estas desigualdades comienzan a reducirse. La inequidad de género sigue siendo desfavorable a las mujeres en todas las comunidades. En Andalucía, respecto a otras comunidades, se observa una mejor puntuación en dimensiones como empoderamiento. En actividad económica y educación sigue unas tendencias bastante similares al de las demás comunidades.

4.2. Hábitos y conductas relacionadas con la salud

La adopción de hábitos de vida diferentes por mujeres y hombres está claramente influenciada por normas y roles de género socialmente establecidos, dando lugar a desigualdades en salud. Los diferentes usos del tiempo que hemos comentado con anterioridad, con la mayor dedicación a los cuidados y trabajo del hogar por parte de las mujeres, dejan a éstas menos espacio para el autocuidado personal y para el ocio, incluyendo la práctica de hábitos de vida saludables como el ejercicio físico. Por otro lado, desde la más temprana edad, se educa a los niños para que el deporte esté siempre presente en su vida, mientras que en las niñas no solo es algo prescindible, sino en algunos casos penalizado. La alimentación también se ve influenciada por normas de género. La imagen corporal es, en el caso de las niñas y adolescentes, un importante factor en la construcción

identitaria como mujeres, y en el que la búsqueda de un ideal asociado a la perfección constituye un elemento de alta presión social, necesario para ser aceptadas por los demás, lo que a menudo interfiere en una dieta equilibrada y en un factor de riesgo para la salud. Otros comportamientos que inciden en la salud y muestran patrones diferenciales en hombres y en mujeres son el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas. La construcción de la identidad de género masculina ha estado tradicionalmente asociada al riesgo. El consumo de tabaco y de otras drogas ha sido ampliamente relacionado con los estilos de vida de los varones. Sin embargo, hace algunas décadas que la exposición y vulnerabilidad de hombres y mujeres a este tipo de comportamientos ha cambiado sustancialmente. Por ejemplo, cada vez son más las mujeres que fuman y lo hacen a edades más tempranas, mientras que los hombres van descendiendo en este consumo. Todo ello debe ser tenido en cuenta para corregir desigualdades en la salud de mujeres y hombres.

La literatura apunta a una relación directa entre los hábitos de vida, como el consumo de tabaco, la alimentación, el ejercicio físico y el descanso, y problemas muy prevalentes de salud, como son el cáncer, la diabetes o los problemas cardiovasculares. Es por ello que vamos a centrarnos en estos comportamientos.

4.2.1. Consumo de tabaco

El **tabaquismo** es, según la OMS, uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial. No solo repercute en las enfermedades que padece quien lo consume, sino en la pérdida de años de vida, las muertes que provoca y los gastos sanitarios que ocasiona.

Según el Plan Integral de Tabaquismo en Andalucía (2005-2010), el tabaquismo origina en nuestra comunidad alrededor de 10.000 muertes anuales, más en hombres que en mujeres. Fumar es el principal factor causante de numerosos cánceres, como el de pulmón, el de cavidad oral, de laringe o de esófago. También es la principal causa de EPOC, uno de los principales factores de riesgo cardiovascular y la primera causa aislada de mortalidad prematura.

Veamos a continuación, el patrón diferencial por sexo en Andalucía de este comportamiento tan estrechamente relacionado con la salud.

El consumo de tabaco ha evolucionado de manera diferente en hombres y en mujeres. En las últimas décadas, el tabaquismo ha descendido en los hombres al tiempo que ha aumentado en las mujeres, produciéndose una reducción drástica de la brecha de género.

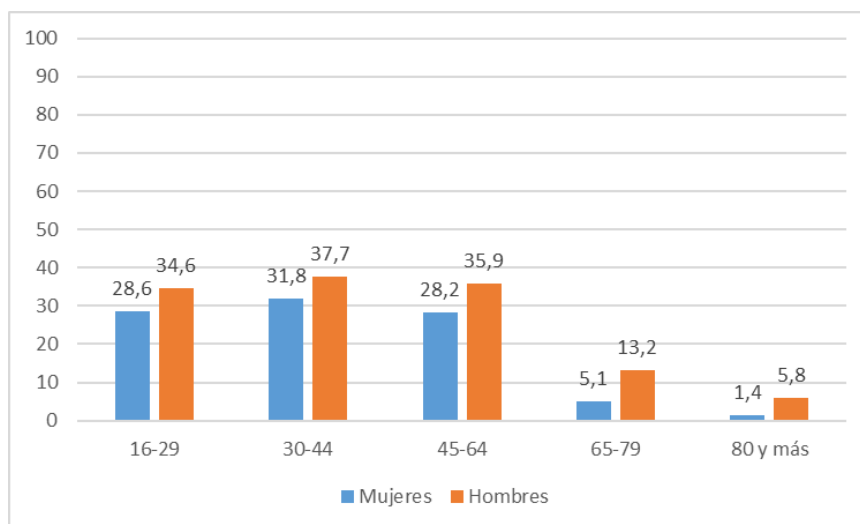
En 1987, la mayoría de los hombres fumaban (59,0%), frente a un 18,8% de las mujeres. A partir de este momento es cuando empieza a reducirse la prevalencia de tabaquismo en los hombres y a aumentar en las mujeres, de manera que en 1999 ya era del 42,4 y del 25,1% respectivamente. Después hubo un periodo, entre 1999 y 2007, en el que la brecha de género se mantuvo, con valores prácticamente constantes en ambos sexos (datos de la ENS y de la EAS).

En 2007, el tabaquismo diario en los hombres (39,4%) se aproximaba algo más al de las mujeres (23,1%), al tiempo que los exfumadores (19,5%) casi triplicaban al de exfumadoras (7,5%). Según la Encuesta Andaluza de Salud de 2015, la prevalencia de consumo de tabaco diario en los hombres se ha reducido hasta el 31,4%, y la de las mujeres ha aumentado hasta alcanzar el 24,6%.

Si observamos los datos por edad, como muestra la siguiente tabla, podemos ver cómo las mayores brechas de género se registran a partir de 45 años, especialmente entre 45 y 54, cuando la brecha alcanza 7,76 puntos porcentuales, desfavorable para los hombres. En la franja de edad de 30 a 44 años es cuando se da la mayor prevalencia de tabaquismo diario en las mujeres, y es cuando la brecha

de género se muestra más reducida (5,94 puntos porcentuales más en los hombres), seguido de cerca por los 6 puntos porcentuales que se registran entre los 16 y los 29 años. El consumo ocasional es más frecuente en la etapa adolescente, mientras que, en las edades más avanzadas, las mujeres y los hombres que fuman lo hacen en mayor medida con una frecuencia diaria.

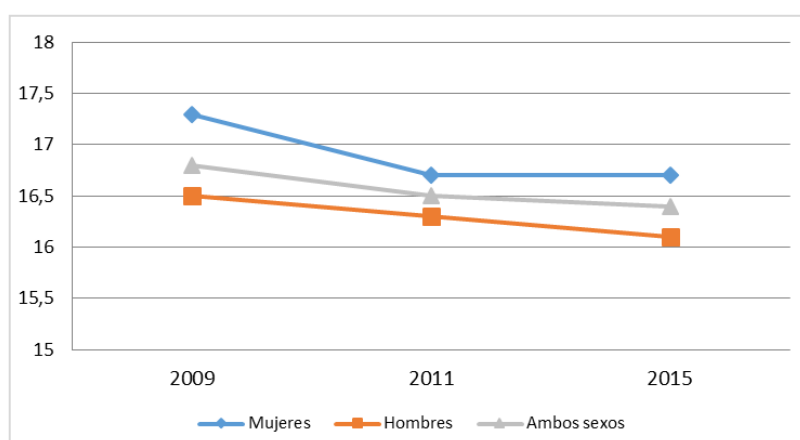
Gráfico 18. Porcentaje de personas que fuman tabaco diariamente por sexo y edad. Andalucía 2015



Fuente: Elaboración propia. Encuesta Andaluza de Salud 2015

Según el Informe de “La población andaluza ante las drogas, 2015”, la media de [edad a la que se produce el inicio del consumo de tabaco](#) no ha variado significativamente en los últimos años (16,5 en 2011 y 16,4 en 2015). Las medias de edad de inicio en hombres y en mujeres son muy similares (16,1 y 16,7 años respectivamente). Según la EAS de 2015, las mujeres que fuman o han fumado alguna vez, se iniciaron en el tabaco a la edad media de 17,61 años, y los hombres a los 16,48 años.

Gráfico 19. Edad media (años) de inicio en el tabaco de quienes han fumado alguna vez.
Andalucía 2015



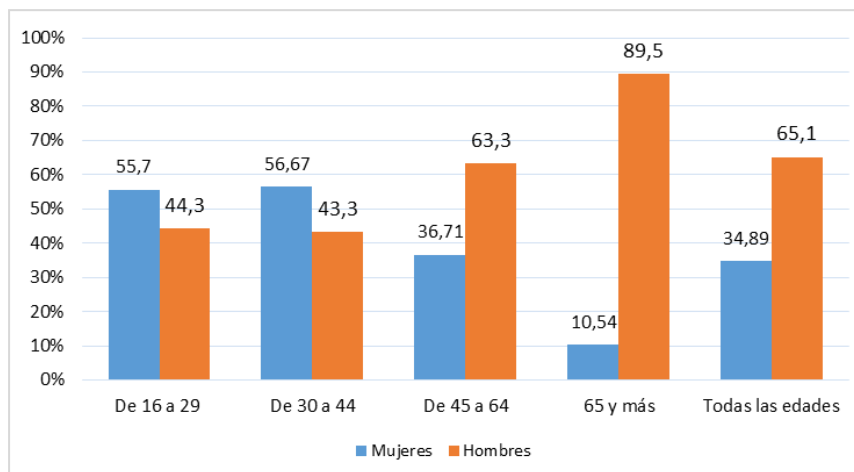
	2009	2011	2015
Mujeres	17,3	16,7	16,7
Hombres	16,5	16,3	16,1
Ambos sexos	16,8	16,5	16,4

Fuente: La población andaluza ante las drogas, 2015

La EAS 2015 también muestra que, de las personas fumadoras, el 36,4% ha recibido **consejo médico para dejar de fumar**. El porcentaje es mayor en las mujeres (37,5%) que en los hombres (35,5%). La brecha de género de quienes reciben consejo médico para abandonar el hábito se ha invertido, ya que datos anteriores de esta encuesta mostraban cómo este consejo se dirigía principalmente a los hombres. Esto indica que está aumentando el esfuerzo dirigido a la prevención de enfermedades relacionadas con el tabaco en las mujeres, una vez conocida y asimilada por los y las profesionales de la salud la tendencia al alza que han registrado éstas en su consumo. No obstante, quizás estamos todavía ante una brecha muy baja en este esfuerzo médico si la ponemos en relación con la extensa brecha que se registra en la **tasa de abandono del hábito**. En la siguiente tabla, podemos ver que casi el doble de hombres que de mujeres han dejado de fumar (65,1 y 34,9% respectivamente). Las mujeres han dejado de fumar más en las edades tempranas, cuando el número de fumadoras era más relevante. Los hombres han dejado de fumar más en las edades avanzadas, donde se concentraba la mayor prevalencia de fumadores.

Gráfico 20. Porcentaje de personas que han dejado de fumar por sexo y edad. Andalucía 2015

Fuente: Elaboración propia. Encuesta Andaluza de Salud 2015



El consumo de tabaco es un excelente ejemplo de la necesidad e importancia de realizar siempre análisis diferenciados por sexo en los comportamientos que se relacionan con la salud. Sin datos desagregados, podríamos quedarnos con una lectura general de que la población fumadora andaluza se ha reducido, mientras que la tendencia ha sido muy diferente para hombres y para mujeres. En los hombres se ha reducido, pero en las mujeres ha aumentado, y esto nos lleva a evidenciar las distintas necesidades en las intervenciones que requieren mujeres y hombres por parte del sistema sanitario, así como del conjunto de la sociedad, para reducir estas desigualdades.

El aumento del consumo de tabaco en las mujeres ha estado también muy asociado a la clase social. La tendencia de las últimas décadas ha sido la de un aumento en el grupo de mujeres de clase social privilegiada y principalmente en las edades centrales. Esto se puede explicar por los determinantes de género contemporáneos, que responden a una necesidad de transgredir el modelo de feminidad tradicional y de acceder a las esferas públicas y de poder, y fumar fue un claro signo en estas últimas décadas asociado a estos ámbitos (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005).

En la última década, la literatura ha puesto el énfasis en la edad de inicio en el consumo de tabaco, ya que esta se acorta cada vez y se reduce la brecha entre mujeres y hombres que comienzan a fumar. Además, encontramos estudios que analizan el consumo de tabaco en estas edades tempranas por sexo y clase social. Los estudios recientes documentan que los y las adolescentes con un nivel

socioeconómico bajo se inician en el tabaco con mayor frecuencia que quienes tienen un alto nivel socioeconómico (Hiscock et al., 2012). Estos estudios refieren una actitud más positiva ante el tabaco y una menor capacidad para rechazarlo en los perfiles socioeconómicos más bajos. Existen diferenciaciones entre chicos y chicas, de manera que ellos parecen ser más proclives a fumar cuando otros iguales en su grupo de amistades fuman, por normas sociales y una menor percepción del riesgo. Ellas tienen también influencia derivada de los grupos de amistad y de los progenitores, y conservan la idea de que fumar se asocia con una manera de reducir peso o mantener un cuerpo delgado (Potter et al., 2004; Cremers et al., 2015).

EL TABAQUISMO SE REDUCE EN LOS HOMBRES Y AUMENTA EN LAS MUJERES

En las últimas décadas, el tabaquismo ha descendido en los hombres al tiempo que ha aumentado en las mujeres, produciéndose una reducción drástica de la brecha de género. En la franja de edad de 30 a 44 años es cuando se da la mayor prevalencia de tabaquismo diario en las mujeres, y es cuando la brecha de género se muestra más reducida. La media de edad a la que se produce el inicio del consumo de tabaco no ha variado significativamente en los últimos años. Las medias de edad de inicio en hombres y en mujeres en la última década son muy similares (16,1 y 16,7 años respectivamente). La brecha de género de quienes reciben consejo médico para abandonar el hábito es favorable a las mujeres, lo que significa que la brecha se ha invertido respecto a años anteriores. El abandono del tabaquismo es superior en los hombres.

4.2.2. Consumo de alcohol

El **consumo de alcohol** ha aumentado en los últimos años, especialmente entre las personas jóvenes. Este consumo es mayor entre los hombres que entre las mujeres y la diferencia se acrecienta a medida que se trata de un consumo más reciente y habitual.

Según la EAS de 2015, el porcentaje que consume alcohol con una frecuencia de al menos una vez al mes es de 58,8% en los hombres y 33,0% en las mujeres. El mayor porcentaje en cada sexo se da a diferentes edades, situándose el máximo en los hombres en la franja de 30 a 44 años (63,97%) y el de las mujeres en la franja de 16 a 29 años (42,58%). No obstante, en todas las franjas de edad, es mayor el porcentaje de hombres que de mujeres que beben alcohol de manera regular (al menos una vez al mes). La brecha más reducida se encuentra en la franja de 16 a 29 años, y la mayor brecha se registra en las personas de 65 y más años.

Tabla 14. Porcentaje de personas que consumen algún tipo de bebida alcohólica con una frecuencia de al menos una vez al mes por sexo y edad. Andalucía 2015

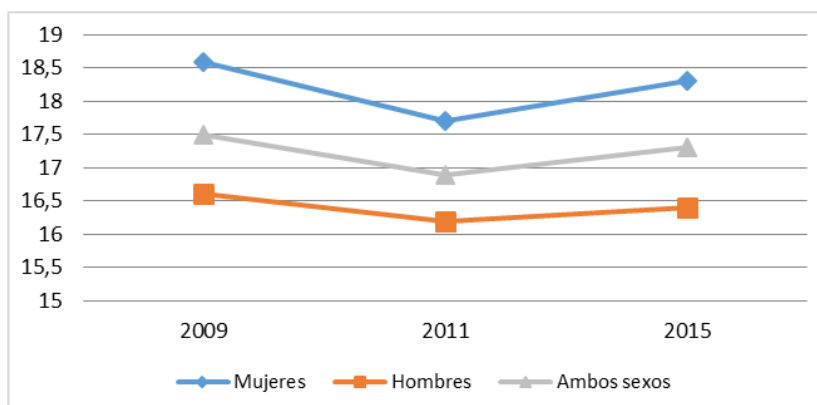
Edad	Mujeres	Hombres	BG	p-valor
De 16 a 29	42,58	62,07	-19,49	<0,001
De 30 a 44	38,16	63,97	-25,81	<0,001
De 45 a 64	34,49	60,24	-25,75	<0,001
De 65 a 69	13,78	49,25	-35,47	<0,001
80 y más	10,88	33,33	-22,45	<0,001
Todas las edades	33,01	58,77	-25,76	<0,001

Según lo indicado en las últimas encuestas, el consumo de alcohol durante los fines de semana se encuentra más igualado entre los hombres y las mujeres que el consumo en días laborables, si bien el porcentaje de hombres que toma alcohol en fines de semana es también mayor que el de las mujeres. Los datos apuntan a una pauta de consumo más esporádica entre las mujeres que

entre los hombres a lo largo de la vida.

La **edad media de inicio al consumo de alcohol** descendió de los 17,5 años en 2009 a los 16,9 en 2011, según la encuesta realizada para el estudio de “La población andaluza ante las drogas, 2015”. Este descenso fue más notable entre las mujeres, para las que la edad de inicio descendió desde los 18,6 años a 17,7. En el año 2015, la edad de inicio fue de 16,4 años para los hombres y 18,3 para las mujeres (Consejería de Igualdad y Políticas Sociales, 2016). Para este mismo año 2015, La EAS nos sitúa ante una edad de inicio algo superior en los hombres (17,18 años) y muy similar en las mujeres (18,79). Hay que comparar los datos con cautela, ya que se trata de diferentes encuestas y es posible que la misma formulación de la pregunta pueda arrojar diferentes resultados. La EAS 2015 se refiere a la edad de inicio regular en el consumo de bebidas alcohólicas, por lo que puede ser que los datos sean ligeramente superiores a la edad en que probó la primera bebida con alcohol. No obstante, parece que estamos ante un dato evolutivo que mejora respecto a la edad de inicio de 2011, siendo un año más tardío el comienzo en el consumo del alcohol.

Gráfico 21. Edad media (años) del inicio de consumo de alcohol. Andalucía 2015



	2009	2011	2015
Mujeres	18,6	17,7	18,3
Hombres	16,6	16,2	16,4
Ambos sexos	17,5	16,9	17,3

Fuente: La población andaluza ante las drogas, 2015.

No obstante, en ningún caso hay que bajar la guardia, ya que los datos generales de **consumo de alcohol en la población adolescente** son muy poco alentadores. El estudio “La población andaluza ante las drogas, 2015” muestra que un 25,7% de adolescentes entre 12 y 15 años ha consumido alcohol en el último mes. Este porcentaje se incrementa hasta un 50,3% entre los 16 y 20 años. Los datos muestran un mayor consumo de alcohol en chicas (32,7%) que en chicos (25,4%). Este consumo se concentra principalmente durante el fin de semana en todos los grupos de edad. Entre los 12-13 años, un 2,6% de adolescentes consume alguna bebida alcohólica en fin de semana, entre los 14 -15 años es de un 22,1% y asciende al 50% entre los 16-20 años.

El Observatorio de la Infancia de Andalucía ofrece también datos recientes sobre el consumo de drogas entre la población adolescente (2017). Según su Informe “El consumo de drogas entre la

población adolescente”, la media de edad en el inicio del consumo de alcohol se sitúa en los 14 años en Andalucía y 13,8 en España. En Andalucía, ocho de cada diez jóvenes entre 14 y 18 años había consumido bebidas alcohólicas en los últimos doce meses (76,7%), un porcentaje similar al que se registra en España (76,8%). Alrededor de un 70% afirma haber consumido alcohol en los últimos 30 días. Según este informe, la edad media del primer consumo de alcohol en 2015 se sitúa en los 17,3 años, lo que supone un aumento respecto a 2011. Este aumento es mayor entre las mujeres, para las que la edad de inicio ha pasado de 17,7 a 18,3 años.

Es en esta edad temprana donde más preocupan conductas de alto riesgo en el consumo de alcohol. El consumo de riesgo de alcohol se define como el porcentaje de personas que ingieren una media diaria de 50 cc. o más de alcohol puro al día en el caso de los hombres, o 30 cc. o más, en el de las mujeres. Según el Informe de la población andaluza ante las drogas, el consumo de riesgo de alcohol ha disminuido entre 2011 y 2015, pasando del 4,6% para el conjunto de la población estudiada en 2011 al 2,2% en 2015 (2,9% entre los hombres y 1,5% entre las mujeres).

Se ha consolidado el “botellón” como pauta generalizada de consumo durante los fines de semana. El porcentaje de participación es mayor entre los chicos que entre las chicas. El 43,0% de ellos ha participado al menos una vez en los últimos seis meses, frente al 34,7% de ellas. Además, ellos acuden con una frecuencia algo superior, el 3,0% de los chicos asistió todas o casi todas las semanas, frente al 1,9% de las chicas.

Una vez normalizado el botellón entre la población adolescente y joven, preocupan en especial algunas nuevas variantes extremadamente peligrosas que se han introducido. Es el caso de los “binge drinking” o “atracones de alcohol”, que se dirigen explícitamente a alcanzar una intoxicación etílica en un corto periodo de tiempo. Esta práctica consiste en ingerir al menos cinco vasos de alguna bebida alcohólica de forma prácticamente ininterrumpida y es evidentemente una peligrosa práctica de riesgo. En Andalucía, la media de edad a la que se emborracharon por primera vez se sitúa en 14,7 años. Entre los chicos se sitúa en 15,3 años y en las chicas en 14,3 años. Entre las chicas, un 26,8% alguna vez ha bebido tanto alcohol que se ha llegado a emborrachar, y entre los chicos desciende a un 21,7%. Por tanto, podríamos advertir de una mayor exposición de los chicos al consumo de alcohol, pero una mayor vulnerabilidad en las chicas en cuanto a sus efectos, por factores que quizás sean tanto biológicos (menor índice de masa corporal en mujeres) como ambientales y sociales (la menor edad a la que se enfrentan a los primeros excesos de alcohol y la relación de este consumo con el deseo o presión social para transgredir roles y mandatos tradicionales de género). Algunos estudios han aportado luz a estos distintos patrones de exposición y vulnerabilidad en mujeres y hombres. Existe suficiente bibliografía que documenta cómo el mayor consumo de alcohol y de otras drogas en los hombres se ha asociado a los estereotipos de la masculinidad hegemónica y una mayor socialización en conductas de riesgo, y cómo en los últimos años las mujeres han ido incorporando algunos de estos patrones de riesgo a las conductas relacionadas con su identidad de género (De Visser y Smith, 2007; Marcos-Marcos et al., 2013).

Una reciente investigación señalaba que, entre las mujeres, el riesgo de cáncer de mama aumenta en un 13% incluso con un consumo diario moderado de alcohol (de un vaso diario de vino o cerveza). En cambio, entre los hombres, el riesgo de aumento del cáncer es muy inferior y se sitúa sobre todo entre los que además fuman (Cao et al., 2015).

EL CONSUMO DE ALCOHOL HA AUMENTADO ENTRE LAS PERSONAS JÓVENES, MÁS ENTRE LOS HOMBRES QUE ENTRE LAS MUJERES

El consumo de alcohol ha aumentado en los últimos años, especialmente entre las personas jóvenes. Este consumo es mayor entre los hombres que entre las mujeres y la diferencia se acrecienta a medida que se trata de un consumo más reciente y habitual. La edad media de inicio al consumo de alcohol descendió en las mujeres 2009 a 2011, si bien en 2015 volvió a aumentar ligeramente.

Especialmente preocupante son algunas variantes del botellón que consisten en un consumo excesivo de alcohol en muy breve espacio de tiempo. Son más las chicas que los chicos que se han llegado a emborrachar por un exceso de alcohol y lo han hecho a una edad más temprana que ellos. En general, podríamos señalar una mayor exposición de los chicos al consumo de alcohol, pero quizás una mayor vulnerabilidad en las chicas en cuanto a los efectos en la salud. La bibliografía documenta cómo el mayor consumo de alcohol y de otras drogas en los hombres se ha asociado a los estereotipos de la masculinidad hegemónica y una mayor socialización en conductas de riesgo, y cómo en los últimos años las mujeres han ido incorporando algunos de estos patrones de riesgo a las conductas relacionadas con su identidad de género.

4.2.3. Actividad física, alimentación y descanso

Existen suficientes evidencias científicas para asegurar que la [realización de algún tipo de actividad física](#) constituye un importante factor promotor de la salud. Es un hábito de salud muy relevante a nivel de promoción y de prevención. Se asocia con una mejora de la calidad de vida y del bienestar físico y mental. Contribuye a prevenir patologías cardiovasculares, se asocia con una menor tendencia a la obesidad, al tabaquismo y al uso de servicios sanitarios. La actividad física es muy reducida en las mujeres en comparación con los hombres, tanto a nivel de Andalucía como de España.

Los hombres están más representados que las mujeres en trabajos que les requieren estar sentados la mayor parte de la jornada, el 36,8% realiza un trabajo que le implica este tipo de sedentarismo, frente al 30% de las mujeres. También las brechas de género se inclinan a favor de los hombres en el caso de trabajos que requieren caminar o llevar algún peso con desplazamientos frecuentes (3,4 puntos porcentuales más que las mujeres) o un trabajo pesado con tareas que requieren gran esfuerzo físico (3,1 puntos porcentuales). Este último tipo de trabajo apenas está presente en las mujeres, solo el 0,5% lo realiza. Ellas predominan en trabajos o actividades habituales que requieren estar de pie la mayor parte del tiempo sin grandes desplazamientos o esfuerzos físicos, el 61,3% de ellas lo realiza, superando a los hombres en 12,5% puntos porcentuales. Cabe destacar que en esta opción estaría incluida una gran masa de mujeres cuya actividad habitual son las tareas domésticas, que como ya hemos visto, constituyen predominantemente una actividad feminizada. Estas diferencias en el tipo de ejercicio que implica la actividad principal realizada según el sexo son estadísticamente significativas.

Tabla 15. Porcentaje de personas según el tipo de ejercicio por sexo. Andalucía 2015

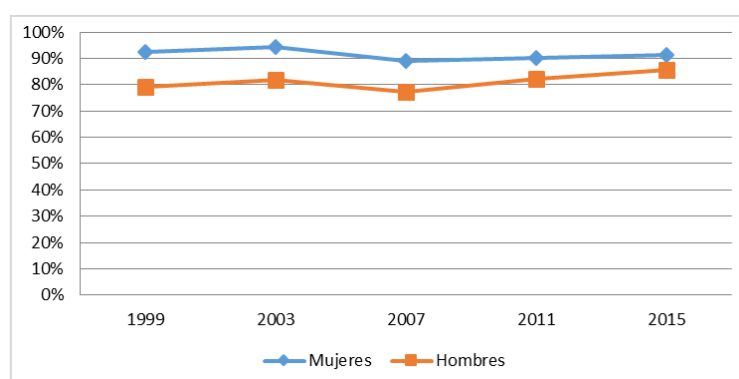
Tipo de ejercicio principal que le requiere el trabajo o actividad	Mujeres	Hombres	BG
Sentado/a la mayor parte de la jornada	30,02	36,77	-6,75
De pie la mayor parte sin grandes desplazamientos o esfuerzos	61,32	48,78	12,54
Caminando, llevando algún peso, desplazamientos frecuentes	7,70	11,11	-3,41
Trabajo pesado, tareas que requieren gran esfuerzo físico	0,51	2,60	-3,11

Fuente: Elaboración propia. Encuesta Andaluza de Salud 2015

Según los datos de las Encuestas Andaluzas de Salud desde 1999 a 2015, la brecha de género en el **sedentarismo en el trabajo o la actividad física habitual** se ha reducido considerablemente. Esto no se ha debido a que se haya modificado el sedentarismo en las mujeres, ya que éste se ha mantenido relativamente estable a lo largo de los años, sino que ha aumentado el de los hombres. Ha ocurrido especialmente a partir de los datos de 2007, por lo que podemos pensar que esta reducción de la brecha está relacionada con el gran aumento que ha registrado el paro en los hombres en los años principales de la crisis económica.

Gráfico 22. Porcentaje de personas con actividad habitual o trabajo sedentario por sexo.

Andalucía 1999- 2015



	Mujeres	Hombres	BG
1999	92,3	79,3	13,0
2003	94,5	81,8	12,7
2007	89,2	77,2	12,0
2011	90,1	82,2	7,9
2015	91,3	85,6	5,7

Nota: Incluye las categorías de "sentado/a la mayor parte" y "de pie sin grandes esfuerzos"

Fuente: Elaboración propia. Encuesta Andaluza de Salud.

Al desagregar por sexo y edad los datos de la EAS 2015 sobre el sedentarismo en el trabajo o actividad física habitual, podemos hacer algunas apreciaciones. Los hombres menores de 30 años presentan sedentarismo en su trabajo en mayor medida que los que tienen entre 30 y 44. A edades superiores a 45, vuelve a aumentar el porcentaje de hombres con sedentarismo respecto a los que no lo tienen, que se sitúa por encima de los de edades más jóvenes. En las mujeres, hay más sedentarismo entre las menores de 30 años que entre las que tienen entre 45 y 64. En todas las categorías de nivel educativo (con estudios primarios, secundarios o superiores), el porcentaje de hombres con sedentarismo en su trabajo es superior al de las mujeres. Y respecto al hábitat, podemos señalar que apenas existe brecha de género entre hombres y mujeres de ámbito rural en el sedentarismo en el trabajo habitual. Sin embargo, en los ámbitos semi-rural y urbano, los hombres con sedentarismo superan a las mujeres.

En cuanto al **ejercicio físico realizado en el tiempo libre**, hay que destacar dos brechas de género como las más acusadas. La primera es la que se da entre quienes no hacen ejercicio, sino que ocupan su

tiempo libre de forma sedentaria. El porcentaje es mayor en las mujeres que en los hombres en 7,8 puntos porcentuales (41,8% en las mujeres y 34,1% en los hombres). La segunda brecha es de similar magnitud, pero de signo contrario, es decir, 7,2 puntos porcentuales mayor en los hombres que en las mujeres, y es la que hace referencia a las personas que realizan en su tiempo libre una actividad física regular, varias veces al mes, practicando deportes como el tenis, gimnasia, correr, natación, o ciclismo. Aunque los porcentajes son menores que en el sedentarismo, la brecha es muy acusada. Los porcentajes más elevados los encontramos en las personas que realizan alguna actividad física o deportiva ocasional, como caminar, pasear en bici, jardinería, gimnasia suave, etc. El 46% de las mujeres y el 42% de los hombres lo realizan. Las diferencias por sexo en el ejercicio físico realizado en el tiempo libre son estadísticamente significativas.

Las mujeres caminan durante más de 30 minutos diarios un menor número medio de días a la semana que los hombres (3,18 y 3,30 respectivamente).

Tabla 16. Porcentaje de personas que hacen ejercicio físico en su tiempo libre por sexo.

Andalucía 2015

Tipo de ejercicio físico	Mujeres	Hombres	BG
No hago ejercicio. Mi tiempo libre lo ocupo casi completamente sedentario (leer, TV., cine, etc.)	41,82	34,05	7,77
Alguna actividad física o deportiva ocasional (caminar, pasear en bici, jardinería, gimnasia suave, etc.)	46,05	41,75	4,30
Actividad física regular, varias veces al mes (tenis, gimnasia, correr, natación, ciclismo, etc.)	9,89	17,12	-7,23
Entrenamiento físico varias veces a la semana (incluye actividad física varias veces a la semana)	2,25	7,09	-4,84

Fuente: Elaboración propia. Encuesta Andaluza de Salud 2015

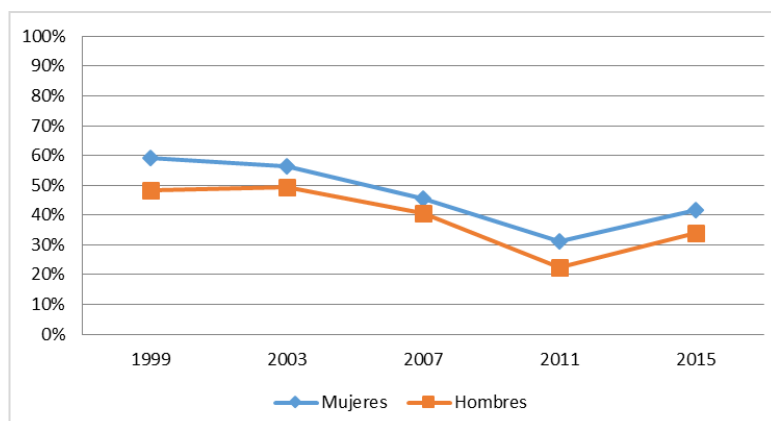
Test Chi cuadrado: p-valor<0.001

La brecha de género en el **sedentarismo en el tiempo libre** se ha reducido un punto en 2015 respecto a 2011, y ha bajado en general desde 1999. No obstante, en este periodo de tiempo (1999-2015), la brecha ha sufrido fluctuaciones. Pero la tendencia generalizada es la de un descenso del sedentarismo en el tiempo libre tanto en las mujeres como en los hombres.

En todos los tramos de edad, un mayor porcentaje de mujeres que de hombres presenta sedentarismo en su tiempo libre. Las brechas más acusadas se dan en las personas mayores de 80 años (el sedentarismo en las mujeres supera al de los hombres en 25,7 puntos porcentuales), seguido de las mujeres menores de 30 años (16,7 puntos porcentuales mayor en las mujeres). En las edades centrales, las brechas de género se reducen considerablemente.

Tanto en hombres como en mujeres, a medida que aumenta el nivel de estudios, se reduce notablemente el porcentaje de personas con sedentarismo. En las mujeres, la mitad de quienes cuentan con estudios primarios son sedentarias en su tiempo libre, reduciéndose este porcentaje al 28% de las que tienen estudios superiores. En los hombres ocurre una tendencia similar, siendo estos porcentajes del 42% y 24% respectivamente. Las mayores brechas de género se dan en los niveles educativos inferiores (8,7 puntos porcentuales entre mujeres y hombres con estudios primarios y 7 puntos entre las y los que tienen estudios secundarios).

Gráfico 23. Porcentaje de personas con sedentarismo en el tiempo libre por sexo. Andalucía 1999-2015



	Mujeres	Hombres	BG
1999	59,2	48,2	11,0
2003	56,3	49,4	6,9
2007	45,5	40,7	4,8
2011	31,1	22,3	8,8
2015	41,8	34,1	7,8

Nota: categoría "no hacen ejercicio"

Fuente: Elaboración propia. Encuesta Andaluza de Salud.

Respecto al hábitat, en el ámbito rural, las mujeres y los hombres presentan menor sedentarismo que en los ámbitos semi-rural y urbano. No obstante, en el ámbito rural es donde la brecha de género se presenta mayor, siendo de 12,6 puntos porcentuales más elevada en las mujeres.

Tabla 17. Porcentaje de personas con sedentarismo en el tiempo libre, por sexo, edad, nivel educativo y hábitat. Andalucía 2015

	Mujeres (%)	Hombres (%)	BG
Edad:			
Menos de 30	37,2	20,5	16,7
30-44	35,9	33,9	2,0
45-64	41,1	37,2	3,9
65-79	50,2	41,2	9,0
80 y más	78,9	53,2	25,7
Nivel educativo:			
Primarios	50,4	41,7	8,7
Secundarios	35,8	28,8	7,0
Superiores	28,1	24,0	4,1
Hábitat:			
Rural	38,3	25,7	12,6
Semi-rural	46,3	37,1	9,2
Urbano	41,1	33,8	7,3

Fuente: Elaboración propia a partir de EAS 2015.

LAS MUJERES REALIZAN MENOS EJERCICIO FÍSICO QUE LOS HOMBRES

Entre 1999 y 2015, la brecha de género en el sedentarismo en el trabajo o actividad habitual se ha reducido considerablemente, aunque sigue siendo desfavorable para las mujeres. Esto no se ha debido a que se haya modificado el sedentarismo en las mujeres, sino a que ha aumentado en los hombres, especialmente a partir de 2007, lo que podría asociarse al considerable aumento del paro en los hombres en estos años. Tanto las mujeres como los hombres presentan más sedentarismo en las edades más tempranas y en las más avanzadas, respecto a los que se encuentran en las edades centrales. En el ámbito urbano, los hombres con sedentarismo en su trabajo superan a las mujeres.

Las mujeres también realizan menos actividad física que los hombres en el tiempo libre, tanto en Andalucía como en el contexto nacional. A medida que aumenta el nivel de estudios, se reduce notablemente el porcentaje de personas con sedentarismo, en ambos sexos. Las mayores brechas de género se dan en los niveles educativos inferiores. En el ámbito rural es donde existe una mayor brecha de género en el sedentarismo en el tiempo libre.

Las evidencias científicas aseguran que la realización de algún tipo de actividad física constituye un importante factor promotor de la salud, asociándose a una mejora de la calidad de vida y del bienestar físico y mental. También contribuye a prevenir patologías cardiovasculares, se asocia con una menor tendencia a la obesidad, al tabaquismo y al uso de servicios sanitarios.

El Plan para la Promoción de la Actividad Física y la Alimentación Equilibrada (PAFAE) aborda estas dos dimensiones de hábitos relacionados con la salud de manera totalmente interrelacionada, como algunas de las principales dimensiones a tener en cuenta para el abordaje de la prevención y la promoción de la salud, que precisa de la participación de otros sectores además del sanitario y que necesita también la plena participación ciudadana. Estos dos factores, actividad física y alimentación, son claves para prevenir enfermedades relacionadas con la obesidad y el sobrepeso, que actualmente es un problema de salud pública de primer orden en nuestro contexto, así como también ocurre en la mayor parte de los países más desarrollados económicamente. En estos países, la obesidad predomina en las personas más jóvenes, y crece preocupantemente entre niños y niñas. También suele ir asociada a los niveles socioeconómicos menos favorecidos, especialmente en las mujeres (OMS, 2004a). En el momento actual, la OMS ha advertido que los países mediterráneos son los que tienen una mayor proporción de niños y niñas obesos en Europa. En España, alrededor de un 40% de los pequeños tienen sobrepeso u obesidad. Entre ellos, un 19% de los niños y un 17% de las niñas sufren obesidad (OMS, 2018). Detrás de estas elevadas cifras podrían estar los hábitos de vida. Este estudio ha detectado en los países mediterráneos bajos niveles de actividad física y de ingesta de fruta y verdura, así como un consumo elevado de dulces y bebidas azucaradas.

Según los datos de la EAS 2015, hay más mujeres que hombres que **consumen a diario leche y derivados** (87,7% frente al 85,5%). También es superior el porcentaje de mujeres que de hombres que **consumen fruta fresca** a diario (59,9% frente al 50,5%). Y aunque en menor porcentaje, las mujeres también superan a los hombres en el **consumo de verduras, ensaladas y hortalizas**, más de la tercera parte de ellas lo consume a diario (34,8%), frente al 27,6% de los hombres. Existe significación estadística en la relación entre este indicador y el sexo. A la luz de estos datos, parece que las mujeres consumen en mayor medida algunos de los alimentos que se consideran más saludables para un consumo diario. No obstante, es necesario tener en cuenta las diferencias que introducen otros ejes de desigualdad. A partir de los 30 años, un mayor porcentaje de mujeres que de hombres consume fruta fresca a diario. Las mujeres y los hombres de ámbitos rural y semi-rural consumen más fruta

fresca que los que residen en entornos urbanos, con brechas de género favorables a las mujeres (de aproximadamente 5 puntos porcentuales) en todos los contextos, tanto rural, como semi-rural y urbano. En las mujeres, el menor consumo de verdura a diario se registra en las menores de 30 años (27,7% de ellas lo consume con esta frecuencia), y el mayor consumo se realiza en las mayores de 45 años. En los hombres, incluso siguiendo una tendencia similar a la de las mujeres, se da un menor porcentaje de los que consumen verduras a diario en todos los tramos de edad, exceptuando en los mayores de 80 años (37,2% lo consume frente al 36,1% de las mujeres de esta edad). Por nivel educativo, en ambos sexos se consume más verdura a diario cuando se han superado los estudios superiores y en los ámbitos rurales, con brechas de género favorables a las mujeres.

Tabla 18. Porcentaje de personas que consumen determinados tipos de alimentos a diario por sexo. Andalucía 2015

Tipo de alimento	Mujeres	Hombres	BG	p-valor
Leche y derivados	87,71	85,48	2,23	0,024
Fruta fresca (excluyendo zumos)	54,91	50,48	4,43	<0,001
Verduras, ensaladas y hortalizas	34,83	27,58	7,25	<0,001

Fuente: Elaboración propia. Encuesta Andaluza de Salud 2015

En cuanto al **tipo de desayuno**, podemos decir que las mujeres superan a los hombres en aquel que consta de café, leche, té, chocolate, cacao, yogur, etc. En cambio, es mayor el porcentaje de hombres que de mujeres en todos los demás tipos de desayuno: tanto los compuestos principalmente por pan, tostadas, galletas, cereales o bollería, como los que se basan principalmente en fruta fresca, o en alimentos como huevos, queso, jamón, etc. También son más los hombres que las mujeres que no suelen desayunar nada (1,8 y 1,1% respectivamente). La relación entre el tipo de desayuno y el sexo también es estadísticamente significativa.

Tabla 19. Porcentaje de personas que toman determinados tipos de desayuno por sexo. Andalucía 2015

Tipo de desayuno	Mujeres	Hombres	BG	p-valor
Café, leche, té, chocolate, cacao, yogur, etc.	93,26	90,84	2,42	<0,001
Pan, tostadas, galletas, cereales, bollería, etc.	87,30	84,59	2,71	<0,001
Fruta y/o zumo	13,51	12,78	0,73	0,376
Alimentos como huevos, queso, jamón, etc.	6,02	7,40	-1,38	0,023
Otro tipo de alimentos	4,07	3,96	0,11	0,774
Nada, no suele desayunar	1,05	1,80	-0,75	0,012

Fuente: Elaboración propia. Encuesta Andaluza de Salud 2015

Según los datos de la EAS de 2015, las **horas de sueño** son similares en hombres y en mujeres (7,6 horas de media al día ellos y 7,7 ellas). Más importante que el número de horas que duermen ambos sexos, parece ser si descansan lo suficiente con ese tiempo que duermen. Aquí encontramos diferencias significativas por sexo, ya que, aunque duermen las mismas horas, los hombres perciben más que las mujeres que **descansan lo suficiente**. El 83,5% de los hombres y el 72,9% de las mujeres tienen esta percepción, un hecho que podría estar ligado, en parte, a las responsabilidades familiares,

domésticas y de cuidado que las mujeres acumulan y que suman a su participación en el trabajo laboral remunerado.

Actualmente, la promoción de hábitos de vida saludables en la infancia constituye un reto de primer orden en salud pública. La obesidad infantil se ha asociado con una mayor probabilidad en el futuro de obesidad, diabetes, enfermedades del corazón, discapacidad y muerte prematura, entre otros problemas. Pero además de estos mayores riesgos futuros, los niños y niñas obesas sufren dificultad respiratoria, mayor riesgo de fracturas e hipertensión, y presentan marcadores tempranos de enfermedad cardiovascular, resistencia a la insulina y efectos psicológicos (OMS. Obesidad y sobrepeso», 2013). Un estudio señala que las niñas y niños no obesos están significativamente más dispuestos a cumplir con las pautas de actividad física, y significativamente menos dispuestos a participar en más de 2 horas diarias de entretenimiento electrónico estático (Davis et al., 2011). Ese estudio proporciona evidencias de que los niños y niñas y adolescentes tienen mayor riesgo de obesidad cuando residen en zonas rurales que cuando lo hacen en zonas urbanas, en consonancia con la mayor parte de la literatura reciente (González-Calatayud y Esmel, 2013). Por todo esto, se hace imprescindible seguir trabajando en la promoción de hábitos saludables en la infancia, y para ello, es necesario tener en cuenta los diferentes patrones y conductas que existen entre los niños y las niñas en hábitos como la actividad física y la alimentación, así como entre los que cuentan con distinta posición social dentro de cada sexo.

LOS HáBITOS SALUDABLES EN ACTIVIDAD FÍSICA Y ALIMENTACIÓN DIFIEREN ENTRE MUJERES Y HOMBRES

La actividad física y la alimentación son claves para prevenir enfermedades relacionadas con la obesidad y el sobrepeso, que actualmente es un problema de salud pública de primer orden en nuestro contexto. Las mujeres consumen en mayor medida algunos de los alimentos que se consideran más saludables para un consumo diario, como las verduras o fruta fresca. Las mujeres y los hombres de ámbitos rural y semi-rural consumen más fruta fresca que los que residen en entornos urbanos, con brechas de género favorables a las mujeres en todos los contextos, tanto rural, como semi-rural y urbano. En las mujeres, el menor consumo de verdura a diario se registra en las menores de 30 años, y el mayor consumo se realiza en las mayores de 45 años. En ambos sexos se consume más verdura a diario cuando se han superado los estudios superiores y en los ámbitos rurales, con brechas de género favorables a las mujeres.

Aunque hombres y mujeres duermen las mismas horas, los hombres perciben más que las mujeres que descansan lo suficiente.

Los hábitos saludables deben comenzar en la infancia, y para ello, es necesario tener en cuenta los diferentes patrones y conductas que existen entre los niños y las niñas en hábitos como la actividad física, la alimentación y el sueño, así como entre los que cuentan con distinta posición social dentro de cada sexo.

5. DESIGUALDADES DE GÉNERO EN EL ESTADO DE SALUD EN ANDALUCÍA

En este apartado describimos la situación de salud de mujeres y hombres adultos en Andalucía identificando las principales brechas de género. Hacemos un análisis de las principales dimensiones de la situación de salud, con énfasis en los aspectos que son más sensibles a las diferencias y desigualdades de género. Describimos, en primer lugar, la situación en cuanto a los indicadores de mortalidad y esperanza de vida, donde también se analizan las diferencias en las causas de muerte entre hombres y mujeres. En segundo lugar, analizamos la salud percibida y las diferencias en este indicador en relación a distintos ejes de desigualdad, así como la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en sus dimensiones física y mental. Seguidamente, describimos la morbilidad por enfermedades crónicas, examinando tanto el número como el tipo de morbilidad padecida, y analizamos la morbilidad diferencial entre mujeres y hombres. Por último, describimos con mayor detalle las diferencias y similitudes en el padecimiento de determinadas patologías que por su importancia requieren de un análisis más profundo desde un enfoque de género.

5.1. La paradoja de la mortalidad

Los estudios de género llaman “paradoja de la mortalidad” (Danielson y Lindberg, 2001) al fenómeno ampliamente constatado de que las mujeres tienen una mayor esperanza de vida, pero con peor salud y calidad de vida, en casi todos los países del mundo. Se sabe también que esto ocurre cuando hombres y mujeres están en similares condiciones socio-económicas, ya que en los grupos más pobres esta brecha se reduce, e incluso en situaciones más extremas puede llegar a invertirse. En este apartado se mostrarán datos que indican que en Andalucía también se está produciendo esta paradoja, y se identificará la magnitud y la dirección de las brechas de género.

5.1.1. Brechas de género en mortalidad

Es conocido el hecho de que la brecha de género en mortalidad suele ser de signo negativo -favorable para las mujeres-, es decir, las tasas de mortalidad son menores en mujeres que en hombres, en casi todos los países y que esta brecha de género se reduce en determinados grupos de población con condiciones de vida más desfavorables. También sabemos que existe una mortalidad diferencial, esto es, las mujeres y los hombres mueren por diferentes causas. Interesa identificar cuáles son las principales causas de muerte para cada sexo.

Una de las posibles explicaciones de esta paradoja de la mortalidad es que



los hombres mueren prematuramente por causas relacionadas con comportamientos de riesgo que tienen que ver con las normas, estereotipos y roles de género (ej: accidentes, violencia, exposición a riesgos laborales, consumo de sustancias tóxicas...). También es un hecho conocido que la esperanza de vida (EV) al nacer es mayor en mujeres que en hombres, que esta brecha disminuye para la EV a los 65 años, y desaparece o incluso llega a invertirse cuando se trata de EV en buena salud. Estos indicadores son un muy buen exponente de la paradoja.

Por otra parte, parece que las brechas de género en mortalidad están reduciéndose a nivel nacional, en parte debido a que algunas causas de muerte prematura en hombres están disminuyendo (por ejemplo, accidentes de tráfico). Este punto requiere conocer si en Andalucía también se está dando esta tendencia y reflexionar sobre por qué está ocurriendo esto.

Según el Instituto Nacional de Estadística (INE), en Andalucía se produjeron un total de 69.895 defunciones en el año 2016, de las cuales 33.803 (48,4%) fueron de mujeres y 36.092 (51,6%) de hombres. En la siguiente tabla se muestran los principales indicadores de mortalidad desagregados por sexo y provincia en Andalucía.

En el año 2016 murieron en Andalucía 35180 mujeres y 36821 hombres (BG= -1641). Las tasas brutas de mortalidad muestran esta brecha de género (-58,3 por 100.000). La tasa estandarizada de mortalidad general en hombres fue de 670 por 100.000 habitantes; mientras que en mujeres fue de 401. Estos datos indican que en Andalucía se está produciendo una menor mortalidad en mujeres que en hombres, de forma parecida a otros contextos similares.

Sin embargo, esta brecha de género en mortalidad no es la misma en todas las edades. La brecha es de signo negativo (tasa menor en mujeres) desde el nacimiento y va aumentando con la edad hasta las edades más avanzadas, hasta que se invierte a los 95 años, con mayores tasas en las mujeres, como se muestra en la tabla siguiente.

Tabla 20. Indicadores de Mortalidad según sexo y provincia. Andalucía 2015

	Casos			Tasa Bruta (Tasa por cien mil)			Tasa Estandarizada (Tasa por cien mil)		
	Mujeres	Hombres	Diferencia	Mujeres	Hombres	BG	Mujeres	Hombres	BG
Almería	2506	2801	-295	731,1	798,4	-67,3	405,9	671,4	-265,5
Cádiz	4927	5149	-222	785,5	837,1	-51,6	433,8	702,7	-268,9
Córdoba	3931	3942	-11	973,4	1011,3	-37,9	367,7	648,6	-280,9
Granada	4224	4230	-6	912,1	930	-17,9	404,9	651,5	-246,6
Huelva	2106	2263	-157	799,7	875,8	-76,1	401,7	683,2	-281,5
Jaén	3300	3442	-142	1010,1	1067,8	-57,7	388	657	-269
Málaga	6190	6806	-616	746,4	844,6	-98,2	391	633	-242
Sevilla	7996	8143	-147	808	856,9	-48,9	408,2	710,8	-302,6
ANDALUCÍA	35180	36821	-1641	828,6	886,9	-58,3	401,2	670,8	-269,6
	Años Potenciales de Vida Perdidos (Tasa por mil hab)			Mortalidad Evitable			Tasa de Mortalidad Evitable (Tasa por cien mil)		
	Mujeres	Hombres	Diferencia	Mujeres	Hombres	BG	Mujeres	Hombres	BG
Almería	1667,8	3573,7	-1905,9	38	73	-35	13,5	25,3	-11,8
Cádiz	1601,7	3358,8	-1757,1	94	143	-49	17,2	26,6	-9,4
Córdoba	1397,1	3172,3	-1775,2	42	72	-30	11,9	21,1	-9,2
Granada	1703,5	3348,9	-1645,4	37	67	-30	9,4	17,4	-8
Huelva	1589	3151,2	-1562,2	32	36	-4	14,5	16,6	-2,1
Jaén	1559,5	3417,1	-1857,6	33	66	-33	12	23,4	-11,4
Málaga	1626,8	3301,9	-1675,1	94	155	-61	13	22,5	-9,5
Sevilla	1586	3290,7	-1704,7	116	225	-109	13,9	28,2	-14,3
ANDALUCÍA	1597,4	3322,8	-1725,4	486	837	-351	13,4	23,7	-10,3

Fuente: Memoria Estadística 2016. Consejería de Salud.

Tabla 21. Tasas de Mortalidad (por 1000 hab) según sexo y brecha de género en cada grupo de edad. Andalucía 2016

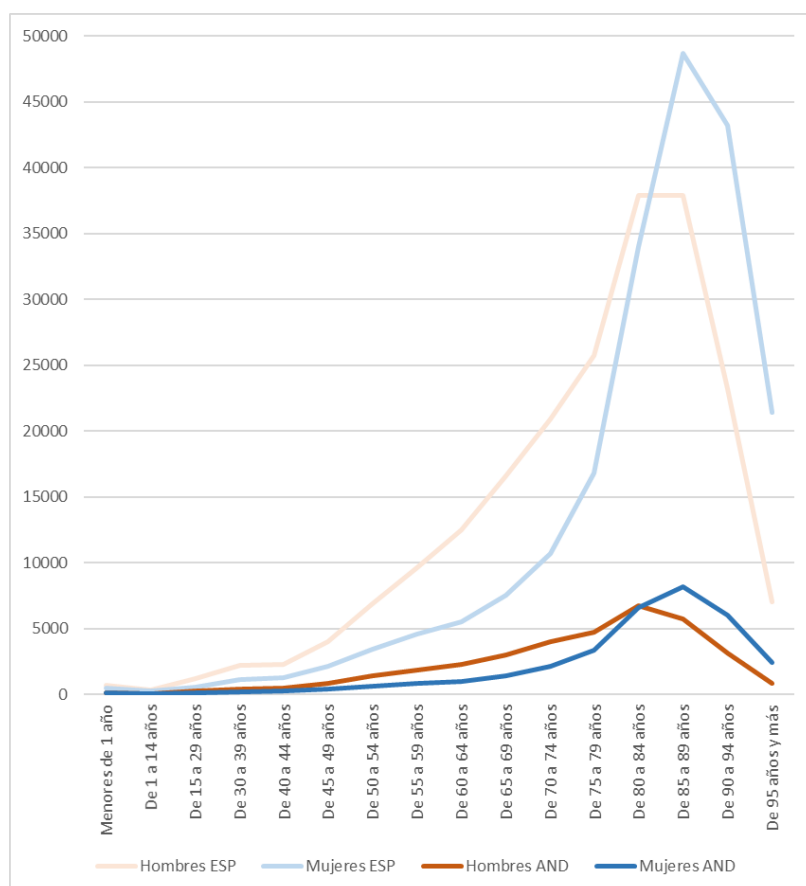
Edad	Mujeres	Hombres	BG
0 años	2,25	3,12	-0,88
1 a 4 años	0,12	0,17	-0,05
5 a 9 años	0,06	0,08	-0,03
10 a 14 años	0,07	0,09	-0,03
15 a 19 años	0,11	0,25	-0,14
20 a 24 años	0,18	0,27	-0,09
25 a 29 años	0,17	0,44	-0,27
30 a 34 años	0,20	0,61	-0,41
35 a 39 años	0,42	0,70	-0,28
40 a 44 años	0,66	1,24	-0,58
45 a 49 años	1,24	2,51	-1,27
50 a 54 años	2,03	4,48	-2,45
55 a 59 años	2,88	6,66	-3,78
60 a 64 años	4,35	10,36	-6,01
65 a 69 años	6,92	15,97	-9,05
70 a 74 años	11,87	25,68	-13,81
75 a 79 años	23,10	41,91	-18,80
80 a 84 años	49,98	75,83	-25,85
85 a 89 años	101,76	127,81	-26,05
90 a 94 años	185,49	217,83	-32,33
95 y más años	287,64	272,48	15,17

En cuanto al número de defunciones, es menor en las mujeres que los hombres hasta que esta relación se invierte a partir de los 80 años, como se ve en el gráfico, este hecho se produce de forma similar en España.

La mayor diferencia se encuentra en el grupo de 60 a 64 años, en el que el 69% de las muertes corresponde a los varones, en el grupo de 80 a 84 años el porcentaje de defunciones se iguala prácticamente entre ambos sexos, y a partir de esa edad es mayor la proporción de defunciones de mujeres que de hombres.

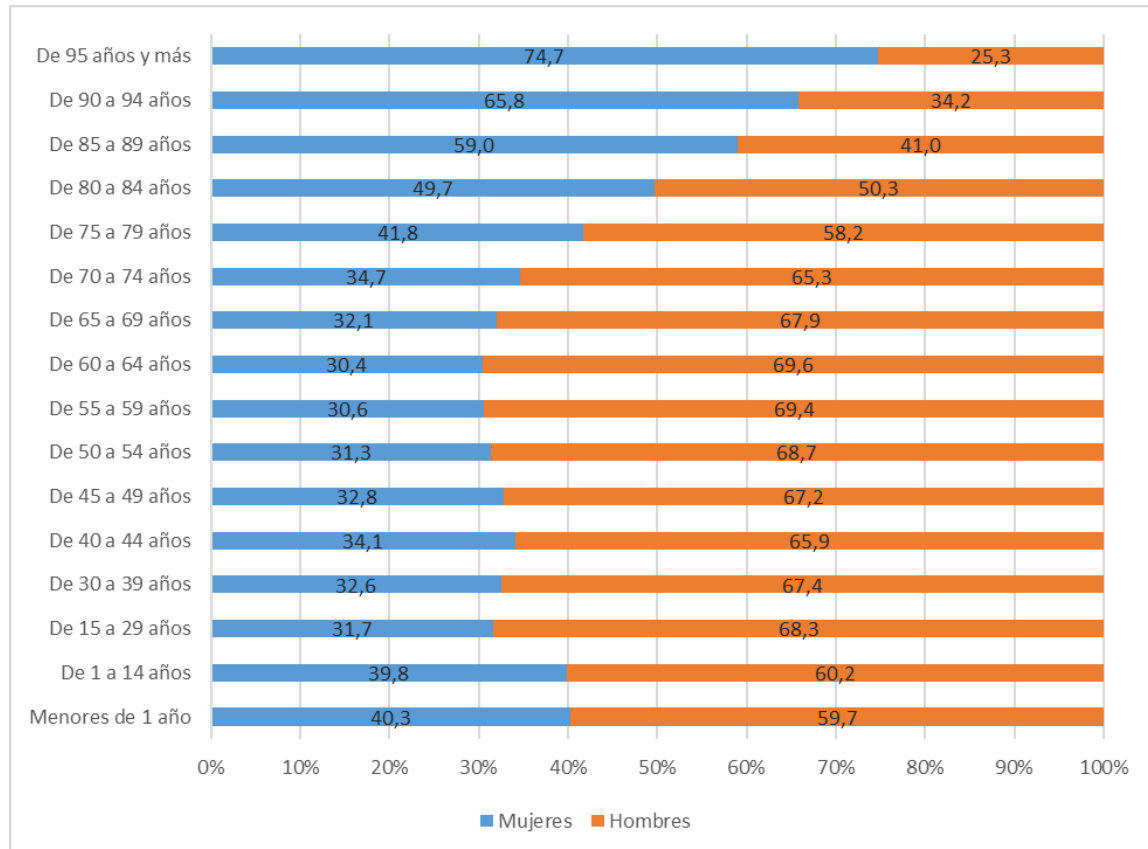
Fuente: Elaboración propia. Datos de INE Base. Indicadores de mortalidad. Resultados por comunidades autónoma.

Gráfico 24. Número de defunciones por todas las causas por sexo y edad. Andalucía y España 2016



Fuente: Defunciones según causas de muerte 2016. Instituto Nacional de Estadística

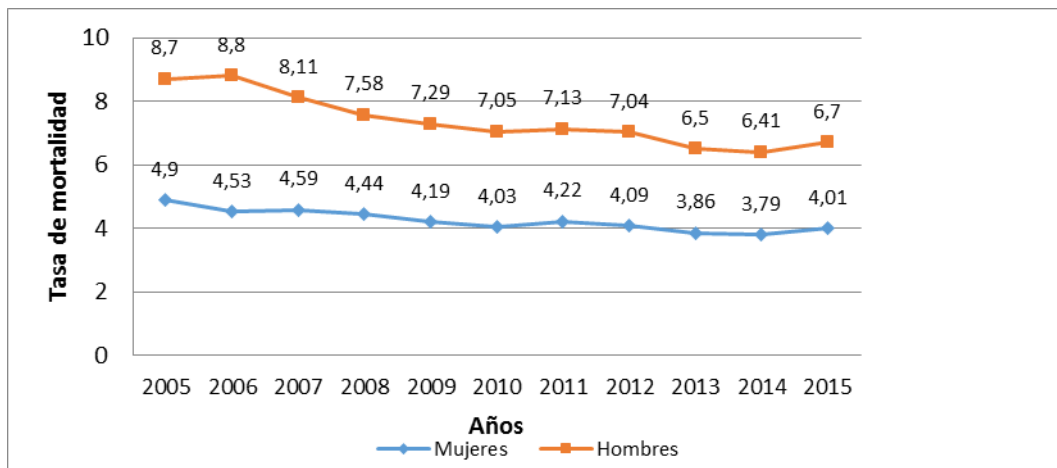
Gráfico 25. Porcentaje de defunciones según sexo y edad. Andalucía 2016



Fuente: Elaboración propia. Estadística de Mortalidad por causas. Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía.

La brecha de género en la tasa de mortalidad general ha ido reduciéndose durante los últimos años, de modo que en el año 2005 esta diferencia era de -3,8 y en 2014 de -2,62. Esta reducción se debe a la disminución más acusada de la mortalidad en hombres: mientras que la tasa se redujo en 1,11 puntos en mujeres en ese periodo, en los hombres disminuyó 2,29 puntos. La brecha de género es similar en todas las provincias andaluzas.

Gráfico 26. Evolución de la mortalidad general por 1000 habitantes. Andalucía 2005-2015

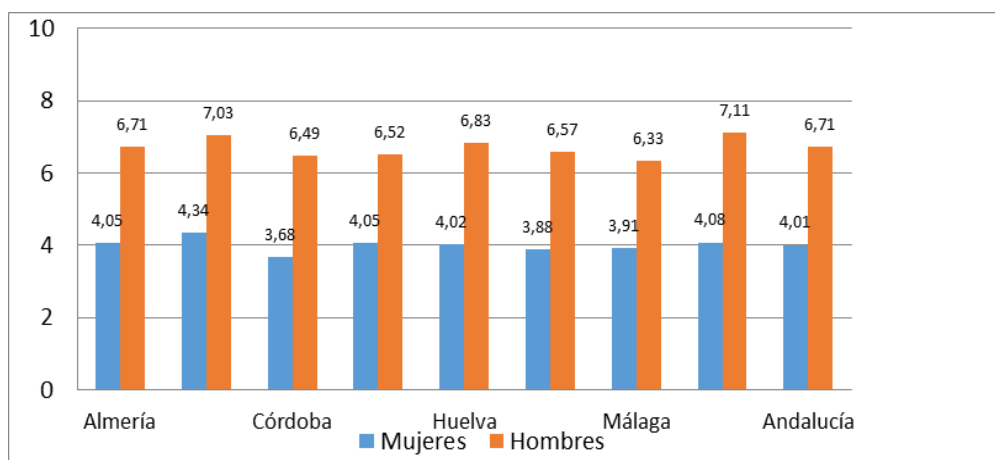


Nota: Población estándar europea

Fuente: Memoria Estadística 2015 y 2016. Consejería de Salud

Gráfico 27. Tasa de mortalidad general estandarizada por 1000 habitantes, por sexo y provincias. Andalucía 2015

Nota: Población estándar europea

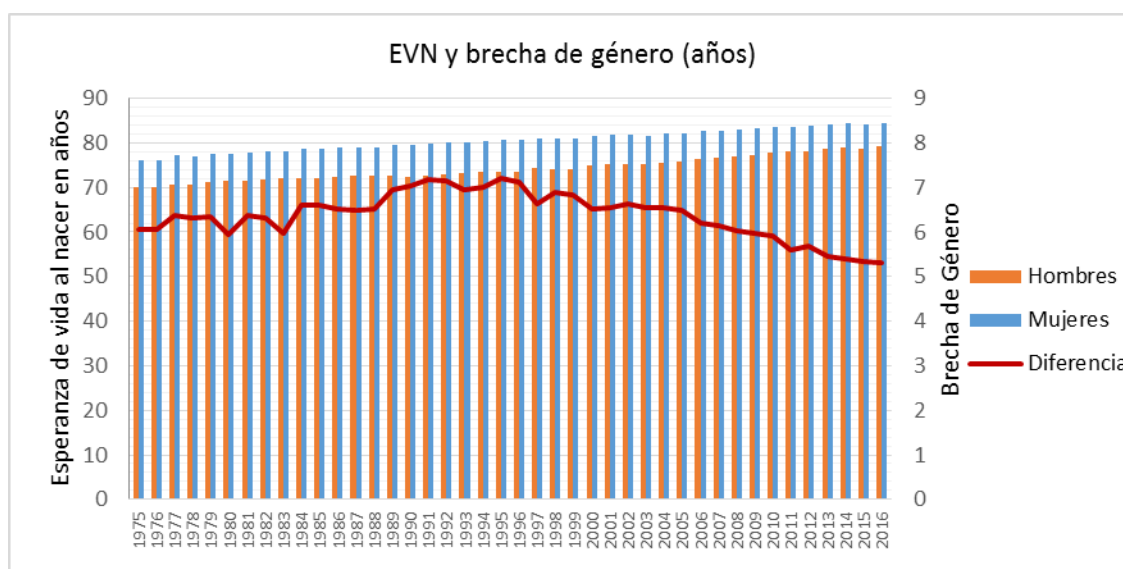


Fuente: Memoria Estadística 2016. Consejería de Salud.

5.1.2. Brecha de género en esperanza de vida

Las diferencias en las tasas de mortalidad, también se reflejan en la esperanza de vida. La esperanza de vida al nacer (EVN) es mayor en mujeres (84,6 años en 2016) que en hombres (79,2 años en 2016). Tal y como se puede ver en el siguiente gráfico, esta brecha de género ha ido reduciéndose durante la última década, de forma que en 2006 las mujeres vivían 6,2 años más que los hombres, y en 2016 viven 5,4 años más.

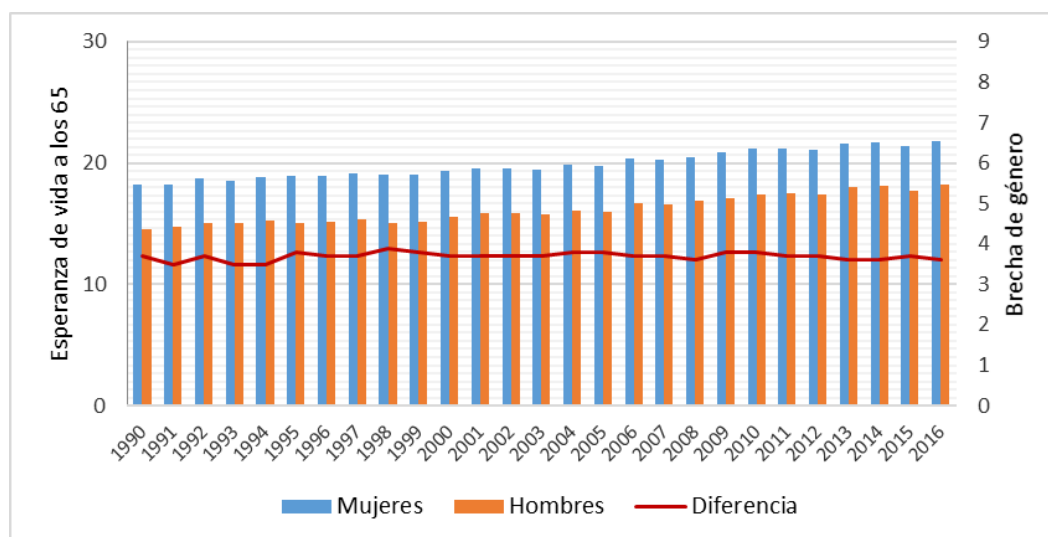
Gráfico 28. Evolución de la EVN por sexo y de la brecha de género. Andalucía 1975-2016



Fuente: Memoria Estadística 2016. Consejería de Salud.

Esta diferencia se reduce para la esperanza de vida a los 65 años (EV65), que en 2016 es de 18,2 años en hombres y de 21,8 años en mujeres, de modo que estas viven 3,6 años más que los hombres. La brecha de género en EV65 se ha mantenido prácticamente constante durante el periodo estudiado (BG en EV65 en 2006= 3,7; en 2016= 3,6).

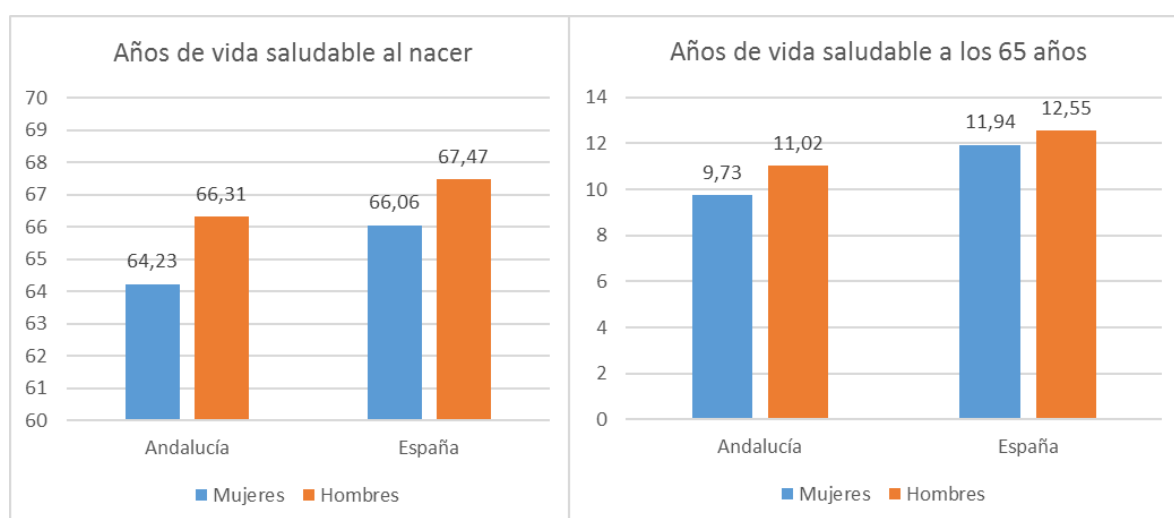
Gráfico 29. Evolución de la Esperanza de vida a los 65 años y brecha de género según sexo.
Andalucía 1990-2016



Fuente: Elaboración propia. Sistema de Indicadores de Vida Sostenible. Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía

Sin embargo, la mayor esperanza de vida en las mujeres no se acompaña de mejor salud. Cuando atendemos a los años de vida saludable¹, la brecha de género modifica su signo y se convierte en negativa para las mujeres. Tal y como se ve en los gráficos, las mujeres tienen 2 años menos de años de vida saludable al nacer que los hombres en Andalucía (BG= -2,08), y esta brecha es mayor que en el conjunto del estado (BG España= -1,41). El signo negativo persiste en este indicador a los 65 años, aunque la magnitud de la brecha es menor.

Gráfico 30. Años de vida saludable al nacer y a los 65 años. Andalucía y España 2015



Fuente: Indicadores Clave Sistema Nacional de Salud 2015. En <http://inclasns.msssi.es/main.html>

¹ Los años de vida saludable se pueden calcular a cualquier edad, aunque se suele expresar al nacer. Se define como el número medio de años que espera vivir sin limitación de actividad a una edad x determinada, un miembro de la cohorte si se mantienen las actuales tasas de mortalidad y de limitación de actividad observadas. Fuente: Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud. <http://inclasns.msssi.es/main.html#table-756843>

Este fenómeno se presenta de manera similar en los países de nuestro entorno. A pesar de que la esperanza de vida de las mujeres en la región europea es una de las más altas del mundo, hay grandes diferencias entre países que llegan a alcanzar los 15 años entre los extremos (OMS, 2016a). Estas diferencias entre países, y también al interior de cada país, se explican por los determinantes sociales y políticos, y muchas de ellas son determinadas por el género, el estatus socio-económico, el medioambiente y entorno, la educación, la cultura y otros factores sociales (OMS, 2016a; Marmot et al, 2012).

LA PARADOJA DE LA MORTALIDAD: LAS MUJERES VIVEN MÁS AÑOS, PERO CON PEOR SALUD

En Andalucía, las mujeres viven por término medio 5 años más que los hombres. Este fenómeno, similar a los países del entorno, ha sido denominado la “ventaja de la mortalidad” (OMS, 2015). Esta “ventaja”, medida a través de la brecha de género en la tasa de mortalidad general, ha ido reduciéndose durante los últimos años, y esta reducción se debe a la disminución más acusada de la mortalidad en hombres.

Estos fenómenos también han sido calificados como la “paradoja de la mortalidad”, ya que las mujeres viven muchos de estos años adicionales con peor salud: incluso en los países con mayor esperanza de vida de la Región Europea, las mujeres pasan al menos 12 años de su vida en mala salud (Bambra, 2009). Es un hecho conocido que la esperanza de vida al nacer es mayor en mujeres que en hombres, que esta brecha disminuye para la EV a los 65 años, y desaparece o incluso llega a invertirse cuando se trata de EV en buena salud. En Andalucía, las mujeres tienen 2 años menos de años de vida saludable al nacer que los hombres, y esta brecha es mayor que en el conjunto del estado.

Estos indicadores son un muy buen exponente de la paradoja, una de cuyas explicaciones es que los hombres mueren prematuramente por causas relacionadas con comportamientos de riesgo que tienen que ver con las normas, estereotipos y roles de género, que conforman la denominada masculinidad hegemónica.

5.1.3. Diferencias y similitudes en las causas de muerte

Aunque la magnitud de las tasas son diferentes, las primeras tres causas de muerte (si consideramos los grandes grupos de causas) son las mismas en hombres y en mujeres: 1ª) Enfermedades del sistema circulatorio, 2ª) Tumores y 3ª) Enfermedades del sistema respiratorio. En el 4º puesto se sitúan las Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos en el caso de las mujeres, y las Enfermedades del sistema digestivo en el caso de los hombres. Cabe destacar que los Trastornos mentales y del comportamiento ocupan la 6ª posición en mujeres y la 10ª en hombres, mientras que las Causas externas son la 7ª causa de muerte en hombres y la 10ª en mujeres.

La mayor brecha de género se sitúa en la mortalidad por Tumores, desfavorable para los hombres, seguida de la mortalidad por Enfermedades del sistema respiratorio, y de la mortalidad por Enfermedades del sistema circulatorio.

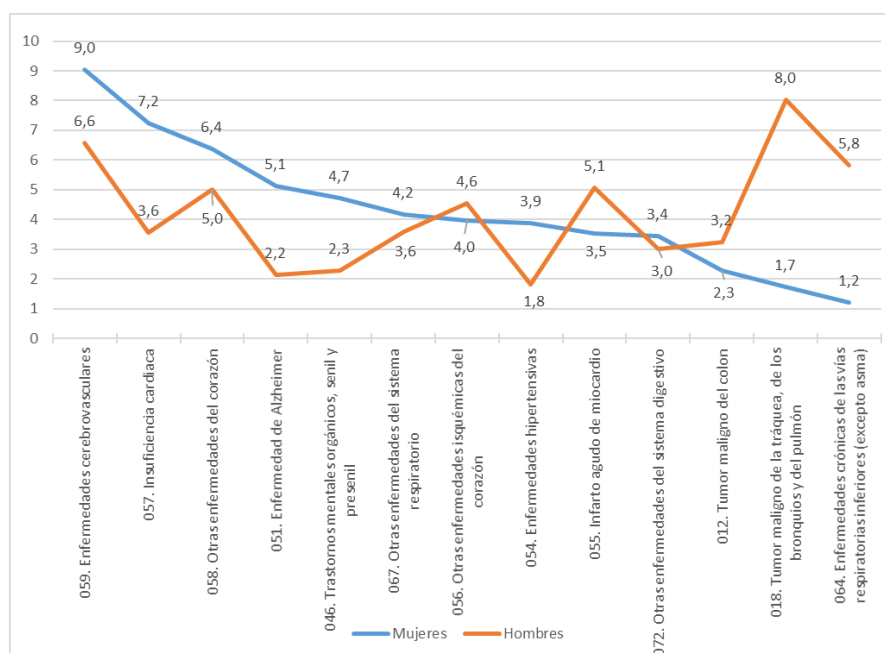
Las únicas brechas con signo positivo (desfavorables para las mujeres) se sitúan en la mortalidad por Trastornos mentales y del comportamiento, por Enfermedades del sistema nervioso, por Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo, por Enfermedades de la piel y por Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas.

Tabla 22. Tasas estandarizadas de mortalidad por causa de muerte (capítulos de la 10ª revisión de la CIE) según sexo (ordenadas de mayor a menor en mujeres). Andalucía 2016

Causas de muerte (CIE 10)	Tasas estandarizadas (por cien mil)				
	Mujeres	Orden	Hombres	Orden	BG
Enfermedades del sistema circulatorio	268,83	1	349,4	1	-80,57
Tumores	158,64	2	337,4	2	-178,76
Enfermedades del sistema respiratorio	64,82	3	154,91	3	-90,09
Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos	53,73	4	52,76	5	0,97
Enfermedades del sistema digestivo	39,23	5	65,92	4	-26,69
Trastornos mentales y del comportamiento	36,08	6	33,71	8	2,37
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	28,03	7	31,00	10	-2,97
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (2)	27,85	8	32,95	9	-5,1
Enfermedades del sistema genitourinario	24,91	9	34,19	7	-9,28
Causas externas de mortalidad	18,1	10	45,54	6	-27,44
Enfermedades infecciosas y parasitarias (1)	14,42	11	19,82	11	-5,4
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	11,39	12	10,24	12	1,15
Enfermedades de sangre y de órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan al mecanismo de la inmunidad	3,98	13	4,81	13	-0,83
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	3,47	14	2,91	14	0,56
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	1,83	15	1,79	16	0,04
Afecciones originadas en el periodo perinatal	1,34	16	2,15	15	-0,81
Embarazo, parto y puerperio	0,04	17	-	-	-
Todas las causas	756,7		1179,5		-422,8

Fuente: Defunciones según causas de muerte 2016. Instituto Nacional de Estadística

Gráfico 31. Porcentaje de las 10 causas de muerte más frecuentes en mujeres y hombres sobre el total de defunciones. Andalucía 2016



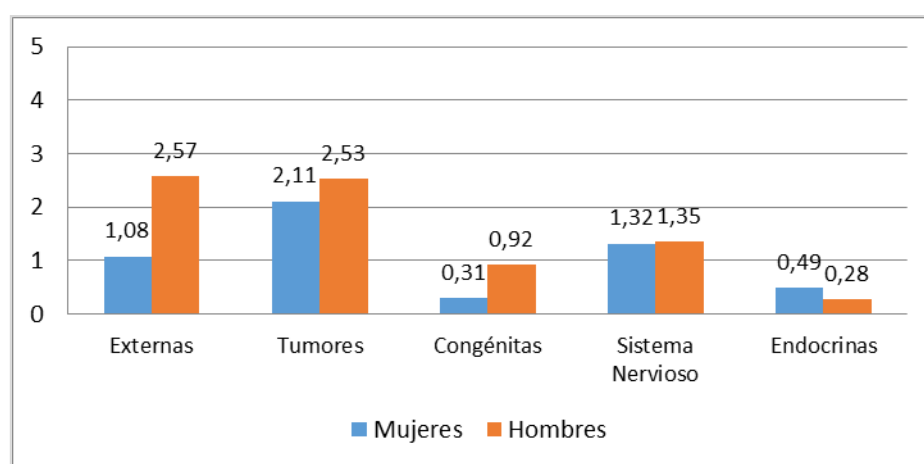
Fuente: Elaboración propia. Estadísticas de mortalidad por causa en Andalucía 2016. IECA.

El perfil de mortalidad diferencial por sexo se diversifica cuando analizamos las causas específicas de muerte. En el gráfico siguiente se muestran las diez causas de muerte más frecuentes en mujeres y en

hombres, según la proporción que suponen sobre el total de defunciones en cada sexo y ordenadas de mayor a menor en mujeres. Las primeras causas de muerte en mujeres son las enfermedades cerebrovasculares, la insuficiencia cardíaca y otras enfermedades del corazón. Mientras que en el caso de los hombres son los tumores de tráquea, bronquios y pulmón, las enfermedades cerebrovasculares y el infarto agudo de miocardio.

Este perfil diferencial de causas de muerte por sexo varía según los grupos de edad, así como lo hace la brecha de género para cada una de ellas. En las edades infantiles (de 1 a 14 años), las causas externas y los tumores son las primeras causas de muerte. Sin embargo, la brecha de género es amplia en las primeras, con mayor mortalidad en los varones, y es menor en el caso de los tumores.

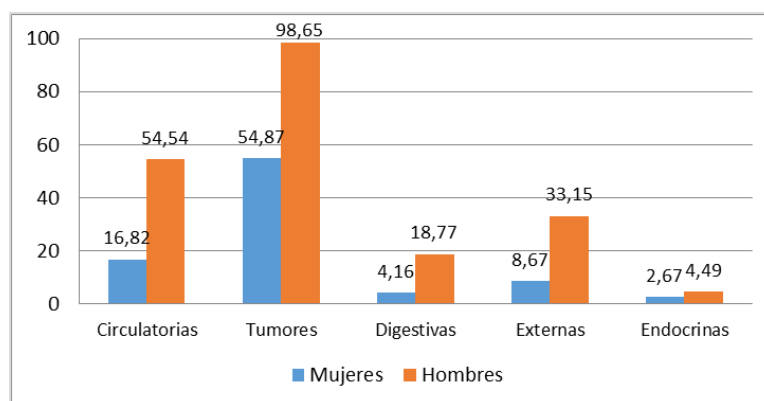
Gráfico 32. Tasa de Mortalidad de 1 a 14 años por 100.000, por causa y sexo. Andalucía 2014



Fuente: Memoria Estadística 2015. Consejería de Salud.

En el caso de las edades comprendidas entre los 15 y los 64 años, la primera causa de mortalidad para ambos sexos son los tumores, con una amplia brecha de género de signo negativo (BG= -38,48), seguida de las enfermedades circulatorias, con una brecha de género similar (BG= -37,72).

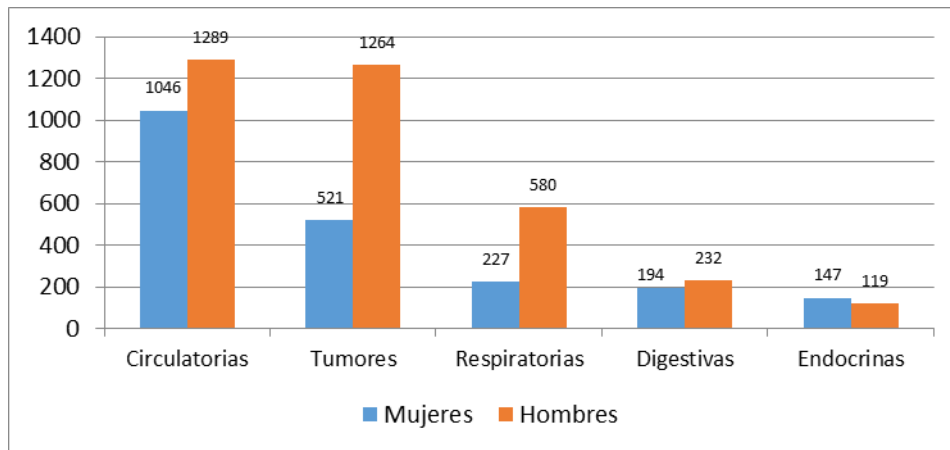
Gráfico 33. Tasa de Mortalidad de 15 a 64 años por 100.000, por causa y sexo. Andalucía 2014



Fuente: Memoria Estadística 2015. Consejería de Salud

Para el grupo de personas mayores de 65 años, la primera causa de muerte son las enfermedades circulatorias (BG= -244), seguidas de los tumores (BG= - 743), en este caso con la mayor brecha de género desfavorable para los varones.

Gráfico 34. Tasa de Mortalidad de 65 y más años por 100.000, por causa y sexo. Andalucía 2014



Fuente: Memoria Estadística 2015. Consejería de Salud

5.1.4. Diferencias de género en la mortalidad evitable y prematura

La investigación sobre el tema no arroja conclusiones claras sobre el por qué los hombres tienen mayor mortalidad que las mujeres. Este hecho se observa desde las etapas más tempranas de la vida, de modo que ya se detecta una brecha de género negativa en la mortalidad antes del primer año de vida. Por eso algunas investigaciones apuntan a hipótesis sobre una mayor “vulnerabilidad biológica” de los varones. Mientras que esta hipótesis biológica no está confirmada, lo que sí se sabe es que las normas, estereotipos y roles de género, que conforman la forma de vivir y expresar la masculinidad (Courtenay, 2000), tienen que ver con una mayor mortalidad prematura en los hombres. Podría decirse que la masculinidad “tradicional” perjudica la salud, no solo de las mujeres (por ejemplo, por violencia) sino de los propios hombres, que se ven presionados socialmente para asumir comportamientos de riesgo para la salud, obedeciendo a los mandatos de género en los que tanto hombres como mujeres nos socializamos desde las etapas más tempranas de la vida.

La mayor mortalidad prematura de los hombres se puede ver en el siguiente gráfico, donde se muestra que existen diferencias de sexo en el indicador de Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP)², de modo que la BG fue de -1.726 APVP en el año 2015. En los últimos años, esta brecha de género ha ido reduciéndose, al igual que ocurre con la de mortalidad general.

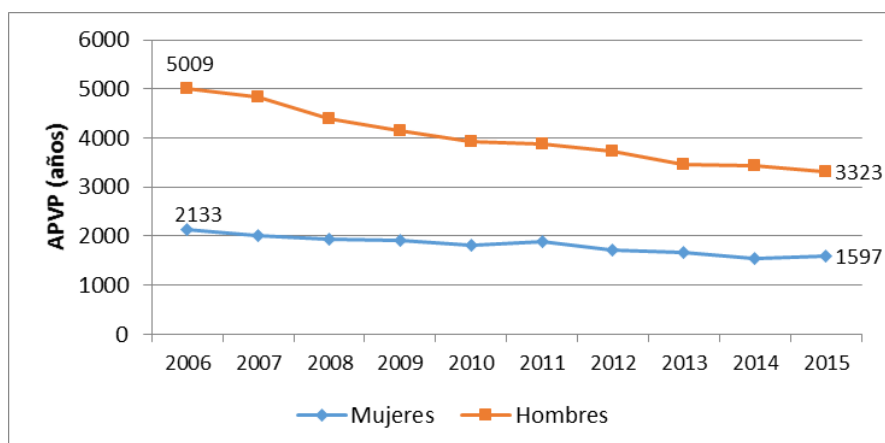
Gráfico 35. Tasa de años potenciales de vida perdidos (APVP) por 1.000 hab, según sexo.

² Este indicador tiene por objeto dar una visión amplia de la importancia relativa de las causas más relevantes de mortalidad prematura. El indicador APVP, está constituido, para una cohorte, tomando como base el número total de años de vida que las personas fallecidas prematuramente no han vivido.

Andalucía 2006-2015

Fuente: Memoria Estadística 2016. Consejería de Salud

Nota: Los datos de APVP procedentes de la Memoria estadística de la Consejería de Salud no coinciden con



los procedentes del INE. Esta diferencia de fuentes es el motivo de que las cifras no sean iguales.

Los tumores son la primera causa de APVP en Andalucía, tanto en mujeres como en hombres, y representa el 48% de los APVP en mujeres y el 37% en hombres. Es también la causa que presenta una mayor brecha de género (de signo negativo: mayor en hombres) en la tasa de APVP, aunque el número medio de APVP es mayor en las mujeres.

Las enfermedades del sistema circulatorio constituyen la segunda causa de APVP, también en ambos sexos, y con una amplia brecha de género en las tasas, aunque en este caso, el número medio de APVP es mayor en los hombres. Las causas externas son la tercera causa de APVP en ambos sexos, y la tercera en magnitud de la brecha de género.

Tabla 23. Años potenciales de vida perdidos según sexo y causa de muerte (capítulos de la 10ª revisión de la CIE). Andalucía 2016

	Total de APVP (años)		Contribución de cada causa al total (%)	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
Enfermedades infecciosas y parasitarias	3.127	6.924	2,31	2,48
Tumores	65.500	103.347	48,46	37,08
Enfermedades sangre y de órganos hematopoyéticos,	1.000	1.295	0,74	0,46
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	3.592	6.376	2,66	2,29
Trastornos mentales y del comportamiento	1.310	2.365	0,97	0,85
Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos	7.037	10.104	5,21	3,63
Enfermedades del sistema circulatorio	24.975	61.919	18,48	22,22
Enfermedades del sistema respiratorio	6.341	18.667	4,69	6,70
Enfermedades del sistema digestivo	6.315	20.545	4,67	7,37
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	342	485	0,25	0,17
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	1.012	1.212	0,75	0,44
Enfermedades del sistema genitourinario	1.932	2.617	1,43	0,94
Embarazo, parto y puerperio	75	..	0,06	..
Afecciones originadas en el periodo perinatal	154	87	0,11	0,03
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	1.469	1.436	1,09	0,52
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	1.792	4.170	1,33	1,50
Causas externas de mortalidad	9.183	37.133	6,79	13,32
Todas las causas	135.160	278.685	100,00	100,00

Fuente: Estadística de Defunciones. Instituto Nacional de Estadística

Tabla 24. Tasa estandarizada y número medio de años potenciales de vida perdidos por sexo y causa de muerte (capítulos de la 10ª revisión de la CIE). Andalucía 2016

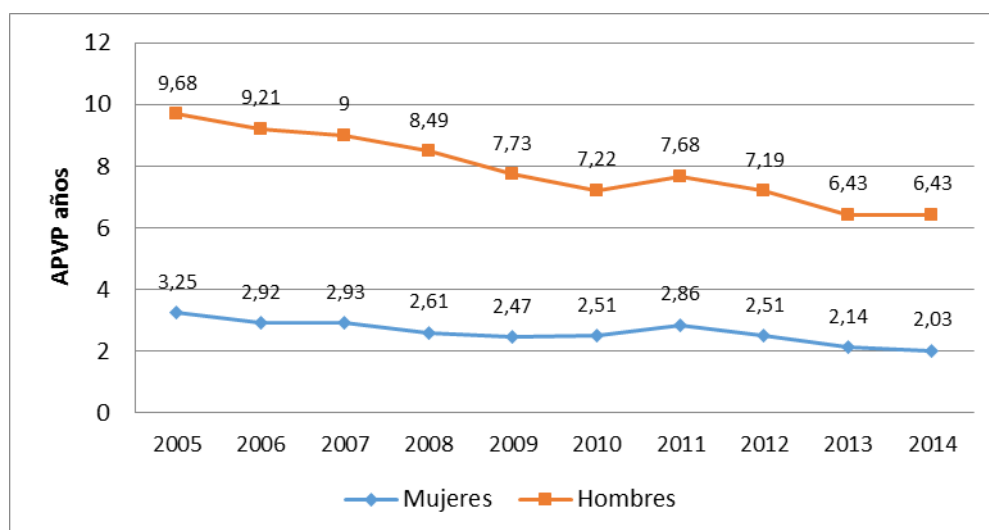
	Tasa estandarizada de APVP (por cien mil)			Nº medio de APVP (años)		
	Mujeres	Hombres	BG	Mujeres	Hombres	BG
Enfermedades infecciosas y parasitarias	80,04	178,00	-97,96	14,55	17,85	-3,30
Tumores	1.674,28	2.872,98	-1.198,70	15,50	13,80	1,70
Enfermedades sangre y de órganos hematopoyéticos,	25,60	34,55	-8,95	15,15	16,60	-1,45
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	97,36	177,21	-79,85	9,95	13,77	-3,82
Trastornos mentales y del comportamiento	35,42	68,75	-33,33	7,28	10,02	-2,74
Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos	184,68	275,33	-90,65	11,73	14,50	-2,77
Enfermedades del sistema circulatorio	669,48	1.717,15	-1.047,67	9,79	13,00	-3,21
Enfermedades del sistema respiratorio	167,29	534,98	-367,69	10,52	11,03	-0,51
Enfermedades del sistema digestivo	167,64	549,56	-381,92	11,08	15,59	-4,51
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	9,28	13,44	-4,16	8,35	14,26	-5,91
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	26,72	32,68	-5,96	10,23	13,94	-3,71
Enfermedades del sistema genitourinario	53,16	75,81	-22,65	8,59	10,11	-1,52
Embarazo, parto y puerperio	1,63	..		37,50	..	
Afecciones originadas en el periodo perinatal	4,00	2,01	1,99	77,00	29,17	47,83
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	36,53	35,13	1,40	34,98	30,55	4,43
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	45,58	109,03	-63,45	13,28	15,92	-2,64
Causas externas de mortalidad	229,05	901,14	-672,09	22,40	27,65	-5,25
Todas las causas	3.507,75	7.577,74	-4.069,99	13,09	14,55	-1,46

Fuente: Estadística de Defunciones. Instituto Nacional de Estadística

Cabe destacar que la brecha de género en APVP es positiva (mayor en mujeres) en dos grupos de causas: las afecciones originadas en el periodo perinatal y las malformaciones congénitas. En el primer caso, la brecha de género en número medio de APVP supera los 47 años.

La brecha de género en APVP ha disminuido un 40% en los últimos 10 años, y la mayor contribución a esta reducción de la brecha la tiene la disminución de la brecha en enfermedades circulatorias y en causas externas de mortalidad.

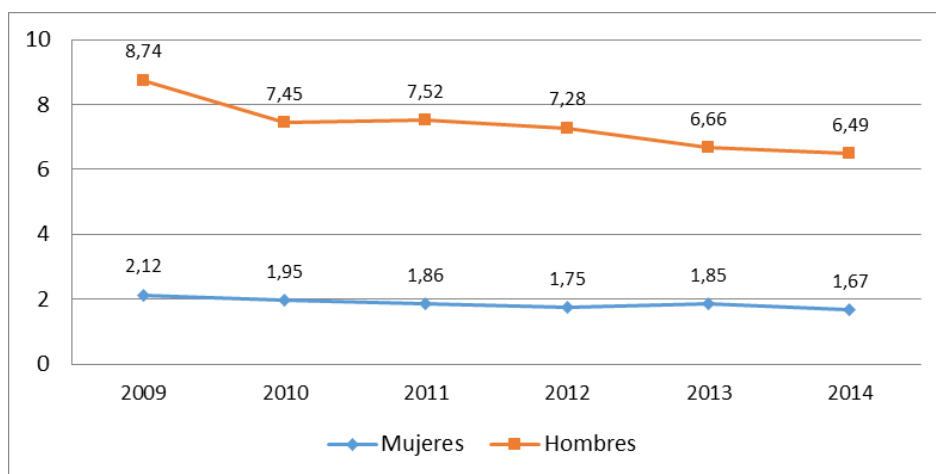
Gráfico 36. Tasa de años potenciales de vida perdidos (APVP) por 1.000, por enfermedades circulatorias. Andalucía 2009-2014



Fuente: Memoria Estadística 2015. Consejería de Salud

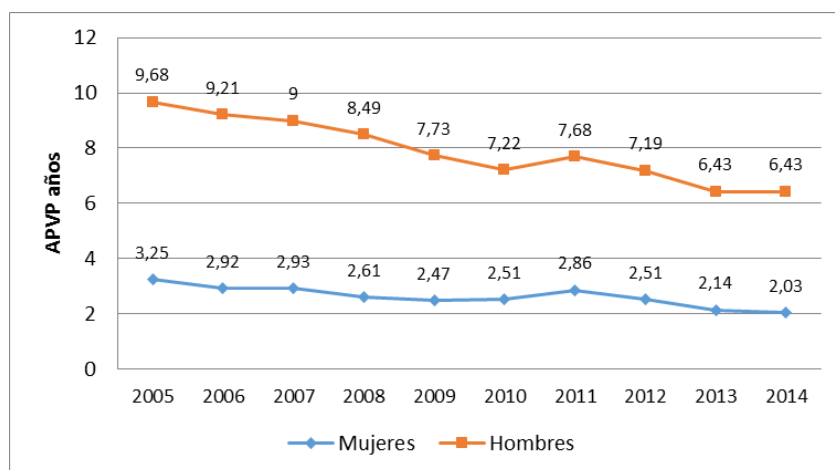
Gráfico 37. Tasa de años potenciales de vida perdidos (APVP) por 1.000, por tumores.

Andalucía 2009-2014



Fuente: Memoria Estadística. 2015. Consejería de Salud

Gráfico 38. Tasa de años potenciales de vida perdidos (APVP) por 1.000, por causas externas. Andalucía 2009-2014

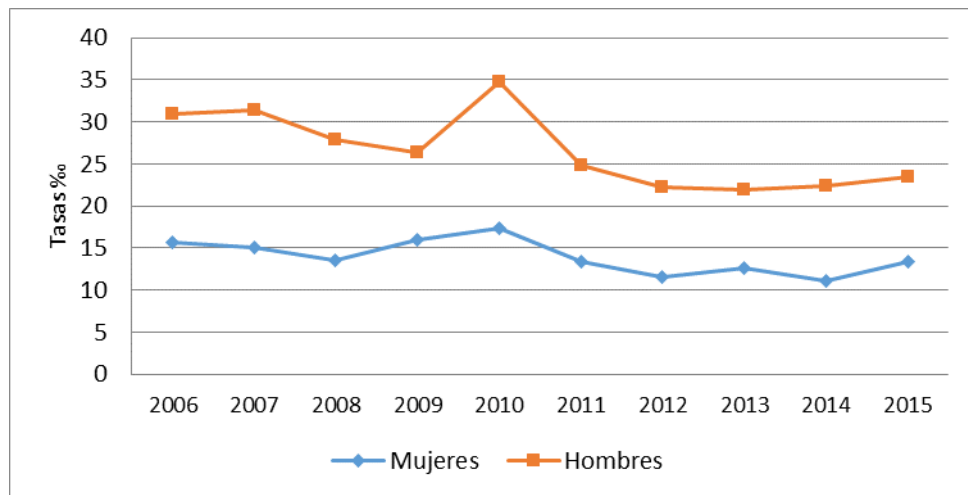


Fuente: Memoria Estadística. 2015. Consejería de Salud

Otro de los indicadores utilizados para medir la mortalidad prematura es la Mortalidad Evitable (MIPSE)³. La MIPSE es mayor en hombres que en mujeres, con una brecha de género de -10,28 en 2015. Como ocurre en otros indicadores de mortalidad, esta brecha ha disminuido en los últimos años, ya que era del 15,39 en 2006.

3. La mortalidad evitable o innecesariamente prematura y sanitariamente evitable es un indicador que permite medir la calidad y efectividad de los servicios sanitarios, así como su evaluación y monitorización. Fuente: MEDEA. <http://www.proyectomedea.org/mortalidad-evitable.html>

Gráfico 39. Tasa de mortalidad evitable (MIPSE) de 5 a 64 años por 100.000. Andalucía 2006-2015



Fuente: Memoria Estadística. 2016. Consejería de Salud

LAS NORMAS, ESTEREOTIPOS Y ROLES DE GÉNERO DIBUJAN UN PERFIL DE MORTALIDAD DIFERENCIAL EN MUJERES Y EN HOMBRES

El perfil de mortalidad diferencial se ejemplifica en el caso de Andalucía cuando analizamos las causas específicas de muerte más importantes en cada sexo. Las primeras causas de muerte en las mujeres andaluzas son las enfermedades cerebrovasculares, la insuficiencia cardíaca y otras enfermedades del corazón. Mientras que en el caso de los hombres son los tumores de tráquea, bronquios y pulmón, las enfermedades cerebrovasculares y el infarto agudo de miocardio.

Además de los posibles determinantes ligados a la biología diferencial entre ambos sexos, se sabe es que las normas, estereotipos y roles de género, que conforman la forma de vivir y expresar la masculinidad, tienen que ver con una mayor mortalidad prematura en los hombres. Podría decirse que la masculinidad “tradicional” perjudica la salud, no solo de las mujeres, sino de los propios hombres, que se ven presionados socialmente para asumir comportamientos de riesgo para la salud. El perfil de las primeras causas de mortalidad, diferente en hombres y en mujeres, apunta en este sentido, ya que estas causas están ligadas a factores de riesgo y estilos de vida diferenciales por la socialización de género y la división sexual del trabajo.

La brecha de género en mortalidad prematura (medida en APVP) ha disminuido un 40% en los últimos 10 años en Andalucía, y la mayor contribución a esta reducción es atribuible a la reducción de la brecha en enfermedades circulatorias y en causas externas de mortalidad. Estas dos causas se ven afectadas sobre todo por estilos de vida y asunciones de riesgos que son más frecuentes en hombres, así que podría ocurrir que se esté incidiendo más en este tipo de factores que en otros que son más frecuentes en las mujeres.

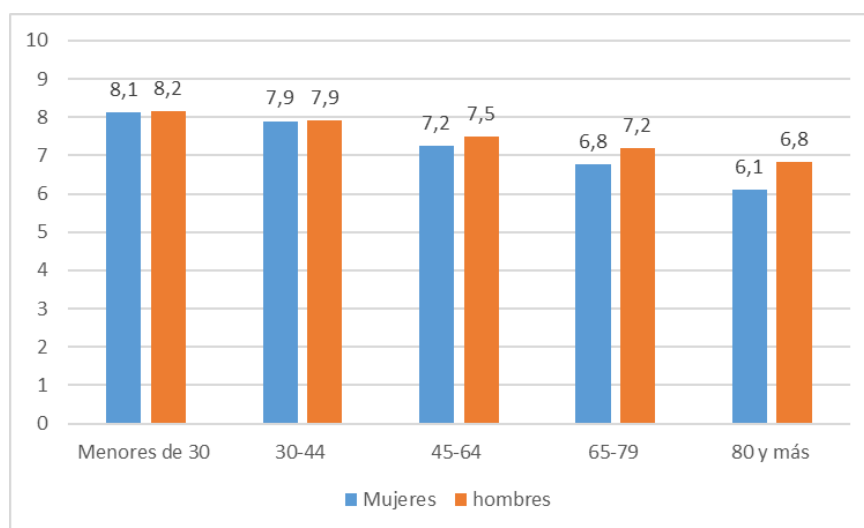
La vida de las mujeres parece ser menos saludable que la de los hombres

5.2.1. Brechas de género en salud percibida

La salud percibida es un excelente indicador del estado de salud de las poblaciones. Se trata de una medida subjetiva, obtenida a través de técnicas de encuesta, que ha resultado ser un buen predictor de otros resultados en salud, tales como la morbilidad crónica, la utilización de servicios sanitarios, e incluso de la mortalidad.

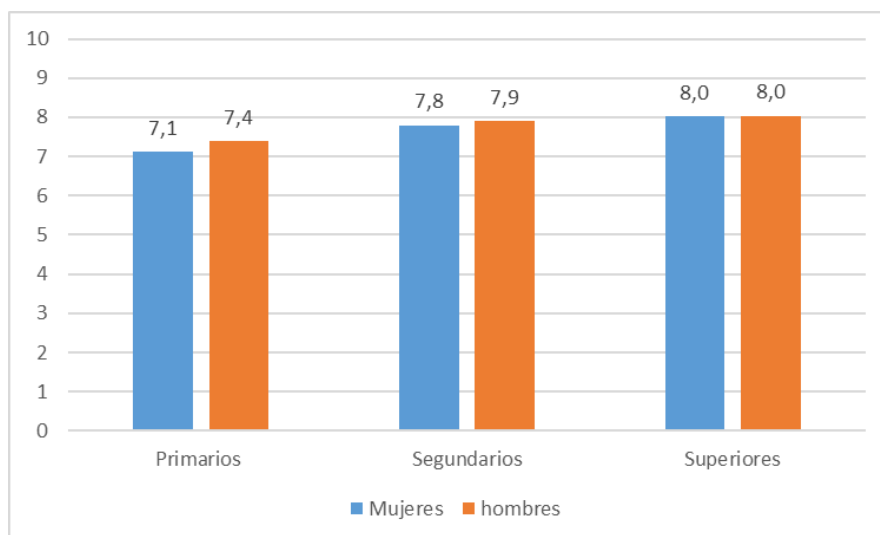
Como medida aproximada de bienestar, podemos utilizar como indicador el grado en que la población dice “sentirse feliz”. En el gráfico se observa cómo en este indicador existe una brecha de género desfavorable para las mujeres, que esta brecha empieza a detectarse a partir de los 45 años, y que se amplía con la edad.

Gráfico 40. Puntuación media del sentimiento de felicidad (0 completamente infeliz, 10 completamente feliz) por edad y sexo. Andalucía 2015



Fuente: Elaboración propia. Encuesta Andaluza de Salud 2015

Gráfico 41. Puntuación media del sentimiento de felicidad (0 completamente infeliz, 10 completamente feliz) por nivel de estudios y sexo. Andalucía 2015



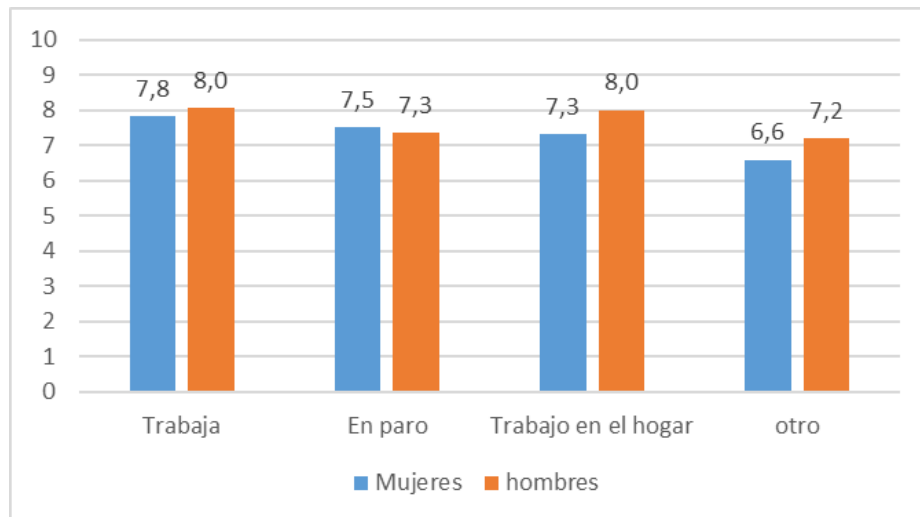
Fuente: Elaboración propia. Encuesta Andaluza de Salud 2015.

Existe también un gradiente en el indicador de felicidad según el nivel de estudios, de modo que las mujeres con estudios primarios o inferiores son las que puntúan más bajo, y es también en este grupo donde se produce una brecha de género más evidente. En cambio, en el grupo de estudios superiores las puntuaciones son mayores sin diferencias entre mujeres y hombres.

No se detectan diferencias por sexo en los diferentes tipos de hábitat, puntuando las mujeres ligeramente más bajo que los hombres en todos los niveles y con la misma puntuación en todos ellos. Tampoco se detectan diferencias según el país de nacimiento (España u otros).

En cuanto al tipo de actividad, los hombres que tienen un trabajo remunerado y los que trabajan en el hogar son los que declaran un nivel de felicidad más alto. En cambio, las mujeres que están jubiladas o en situación de invalidez y los hombres en esta situación son los grupos que tienen puntuaciones más bajas. Le siguen las mujeres que trabajan en el hogar y los hombres en desempleo.

Gráfico 42. Puntuación media del sentimiento de felicidad (0 completamente infeliz, 10 completamente feliz) por trabajo y sexo. Andalucía 2015



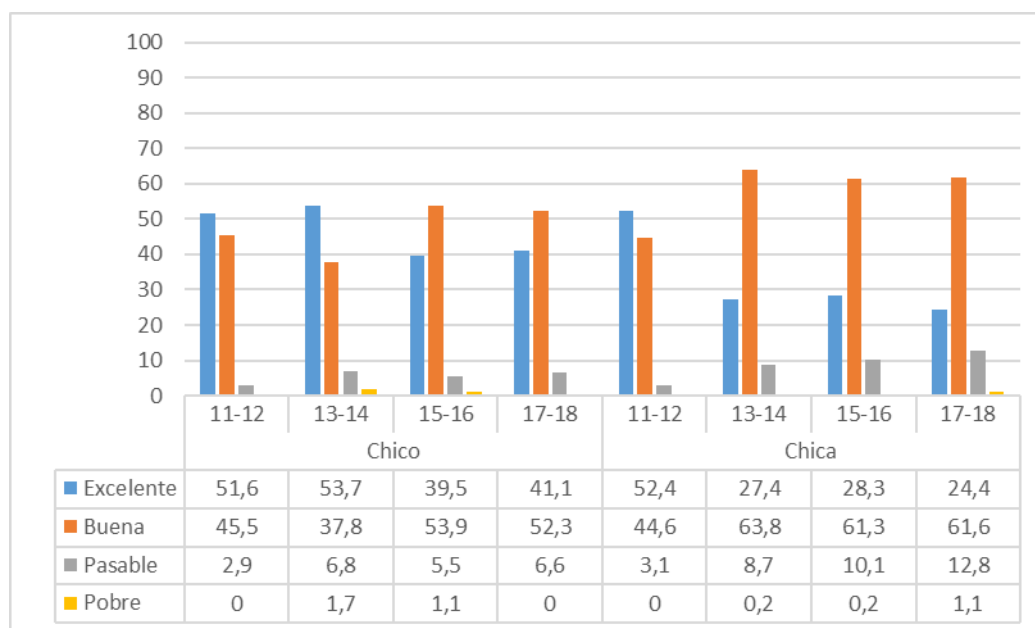
Fuente: Elaboración propia. Encuesta Andaluza de Salud 2015

Junto a la satisfacción con la vida, la salud percibida es un indicador clave del bienestar de las poblaciones, que a su vez es un buen trazador del progreso de una sociedad y de la calidad de vida a nivel individual (OMS, 2016a). En una revisión sobre salud autopercebida en 17 países europeos, las mujeres mostraron peor salud percibida que los hombres en todos ellos, incluso cuando los niveles de buena salud eran elevados (Dahlin y Härkönen, 2013). Las razones de este hecho están sometidas a un amplio debate, aunque generalmente se acepta que este es un indicador de la mayor carga de enfermedad que soportan las mujeres.

Aunque este informe se centra en población adulta, creemos que es importante destacar que la brecha de género en salud percibida es ya evidente desde edades tempranas en la infancia y adolescencia. Los datos del Estudio sobre las Conductas Saludables de los Jóvenes Escolarizados (Moreno et al., 2016), que es un proyecto auspiciado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el que participan más de 40 países occidentales (incluido España), muestran que las chicas de 13 años ya informan peor salud que los chicos de la misma edad, a través de tres medidas: salud percibida, satisfacción con la vida y quejas múltiples de salud. Este dato es un reflejo de los efectos combinados de la edad, el sexo, las normas y valores de género y el estatus socioeconómico (Inchley, 2016). Los resultados de este estudio para Andalucía muestran que existe una brecha de género de -3 puntos porcentuales en buena salud percibida en el conjunto del rango de edad de 11 a 18 años, y las diferencias van aumentando con la edad. Las chicas de 13 a 14 años consideran que su salud es excelente en el 27,4% de los casos, mientras que en los chicos este porcentaje es prácticamente el doble (53,7%) (Moreno et al., 2016).

Gráfico 43. Porcentaje de chicas y chicos de 11 a 18 años según percepción de su salud, por sexo

y edad. Andalucía 2014



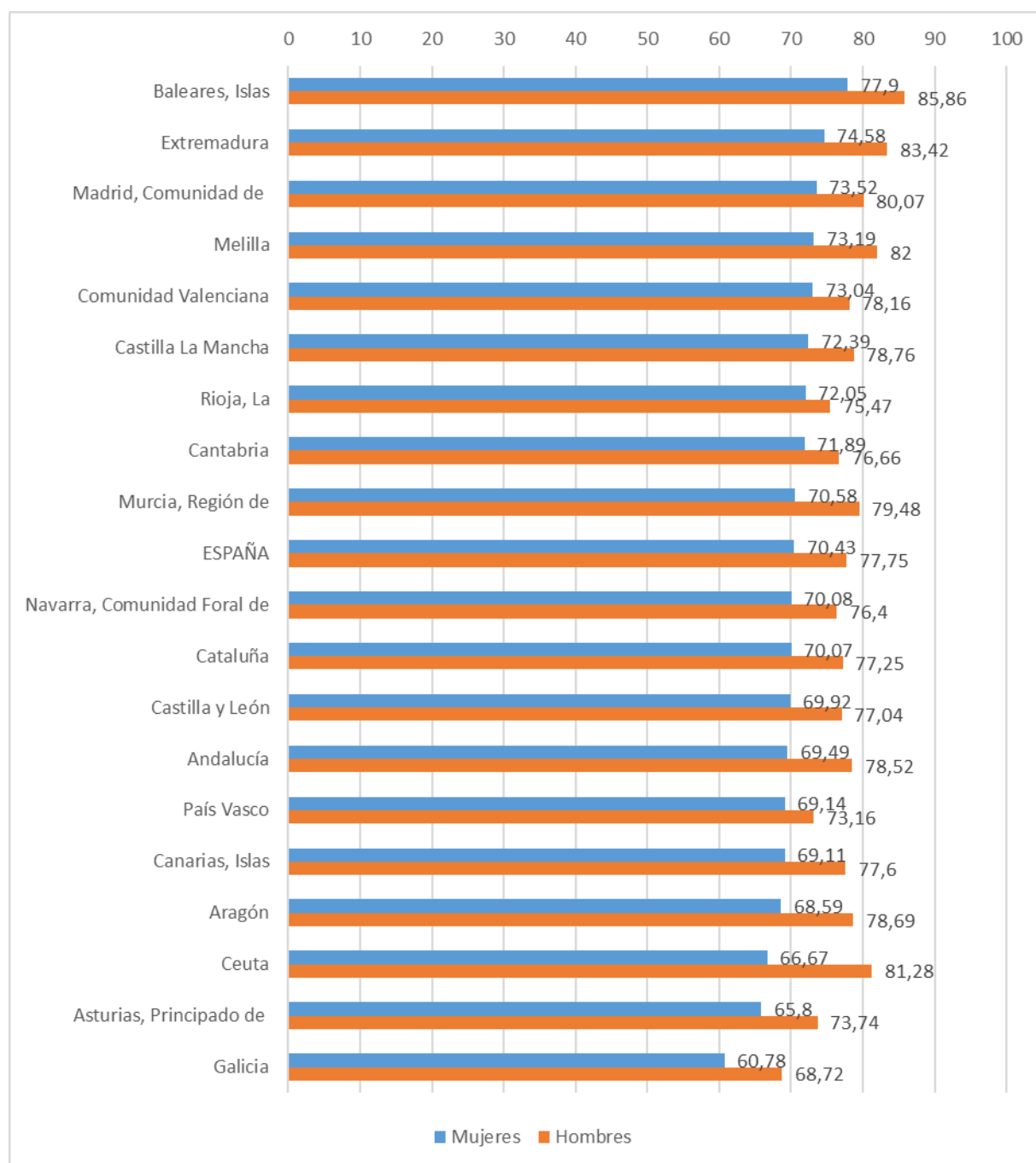
Fuente: Elaboración propia a partir del informe del estudio HBSC 2014 para Andalucía (Moreno et al., 2016)

Según los datos de la reciente Encuesta Nacional de Salud 2017 (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2018), un 77,7% de los hombres y un 70,4% de las mujeres adultas en España hacen una valoración positiva de su salud. En Andalucía, este porcentaje está por encima de la media nacional para los hombres (78,5%), y por debajo en el caso de las mujeres (69,5%), de modo que la brecha de género en salud percibida es más amplia en Andalucía (-9,03) que en el conjunto del estado (-7,32). La mejor percepción de salud en las mujeres la presenta Baleares (77,9%), mientras que Galicia muestra la más baja (60,8%).

Según los datos de la Encuesta Andaluza de Salud 2015, el 76,6% de las mujeres adultas considera su salud como buena, mientras que lo hace un 83,6% de los hombres⁴. Como se puede observar en el siguiente gráfico, la brecha de género es negativa en las categorías de mejor salud (excelente y muy buena), mientras que tiene signo positivo en las categorías de peor salud (regular y mala). Los datos son muy similares cuando se pregunta por la percepción de la salud durante el último año.

⁴ Estos datos no coinciden con los citados de la Encuesta Nacional de Salud 2017, siendo mayor la proporción de población con buena percepción de su salud en la Encuesta Andaluza 2015.

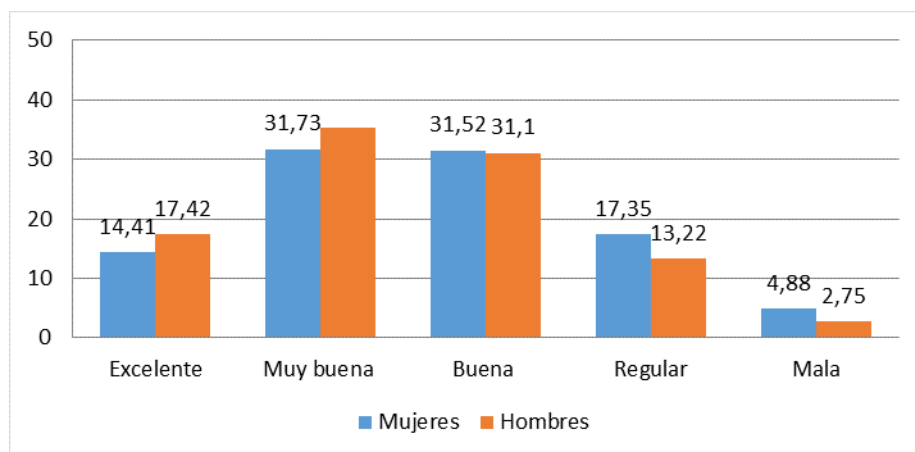
Gráfico 44. Porcentaje de personas que valora su salud como buena/muy buena por sexo.
En orden decreciente para mujeres. Por CCAA 2017



Fuente: Elaboración propia. Encuesta Nacional de Salud 2017.

Si analizamos la percepción de salud teniendo en cuenta la edad, en todos los grupos las mujeres presentan peor salud que los hombres (con diferencias estadísticamente significativas), y esta brecha va aumentando con la edad, siendo máxima entre los 65 y 79 años.

Gráfico 45. Porcentaje de población según percepción de su salud en general. Andalucía 2015



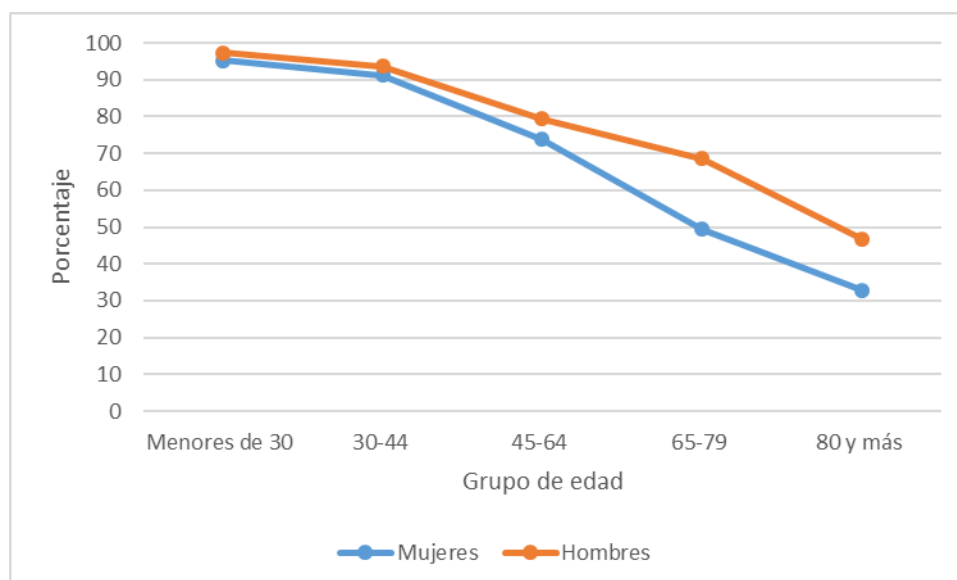
Fuente: Elaboración propia. Encuesta Andaluza de Salud 2015

Tabla 25. Porcentaje de población según estado de salud percibido el último año. Andalucía 2015

Estado de Salud	Total	Mujeres (%)	Hombres (%)	BG
Muy bueno	22,23	19,53	25,01	-5,48
Bueno	57,19	56,38	58,03	-1,65
Regular	16,26	18,69	13,74	4,95
Malo	3,11	3,92	2,26	1,66
Muy malo	0,44	0,57	0,31	0,26
NS/NC	0,78	0,57	0,65	-0,08

Fuente: Elaboración propia. Encuesta Andaluza de Salud 2015

Gráfico 46. Porcentaje de personas con buena salud autopercibida por sexo y edad. Andalucía 2015



Fuente: Elaboración propia. Encuesta Andaluza de Salud 2015

La percepción de la salud no es la misma en los distintos grupos de mujeres y de hombres. Además de la edad, otras características sociales marcan diferencias en salud percibida entre ambos sexos. Son las mujeres con estudios primarios, que viven en entornos rurales, que trabajan exclusivamente en el hogar y nacidas en España, las que presentan peores niveles de salud percibida. Las diferencias con los

hombres son mayores y significativas en los grupos de mayor edad, con menor nivel de estudios, en entornos semi-rurales, y entre las personas jubiladas y las que tienen un trabajo remunerado.

Tabla 26. Porcentaje de personas con buena salud percibida (excelente, muy buena y buena) por sexo, según diferentes variables socio-económicas. Andalucía 2015

	Mujeres	Hombres	BG	p-valor
Total	77,7	84,0	-6,3	<0,001
Edad:				
Menores de 30	95,3	97,3	-2	0,010
30-44	91,2	93,6	-2,4	0,052
45-64	73,8	79,3	-5,5	0,003
65-79	49,4	68,5	-19,1	<0,001
80 y más	32,9	46,8	-13,9	0,026
Nivel educativo:				
Primarios	65,2	74,5	-9,3	<0,001
Segundarios	89,6	91,5	-1,9	0,080
Superiores	90,7	94,4	-3,7	0,045
Hábitat:				
Rural	73	77	-4	<0,001
Semi-rural	74,4	84,4	-10	<0,001
Urbano	78,6	84,2	-5,6	<0,001
Situación laboral:				
Trabajo remunerado	90,6	94,5	-3,9	<0,001
En paro	86,2	86,4	-0,2	0,856
Trabajo en el hogar	67,4	100	-32,6	0,497
Otro	41,2	61,7	-20,5	<0,001
País de nacimiento:				
España	77,4	83,8	-6,4	<0,001
Extranjero	83,5	87,3	-3,8	0,262
Participación en los cuidados:				
Cuido solo/sola	79,8	73,9	5,9	0,294
Cuido con ayuda	89,3	92	-2,7	0,040
No cuido	62,5	74,8	-12,3	<0,001

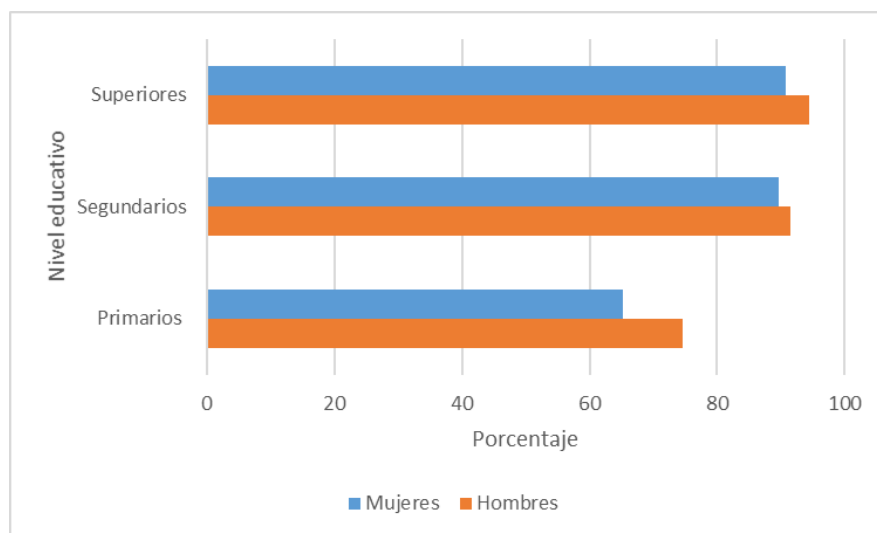
Fuente: Elaboración propia. Encuesta Andaluza de Salud 2015.

El rol de género en los cuidados es también un importante determinante de la salud. En la tabla se muestra que las mujeres que cuidan solas declaran mejor salud percibida que los hombres que cuidan solos, aunque esta diferencia no es significativa. En cambio, las mujeres que cuidan con ayuda y las que no cuidan presentan peor salud percibida que los hombres, y estas diferencias sí son significativas. La atribución del papel de cuidadoras a las mujeres, como parte constitutiva de su rol de género, puede explicar que los hombres que cuidan sin ayuda perciban peor su salud, ya que están ejerciendo un rol “prestado” que no se corresponde con los estereotipos y normas de género que definen la masculinidad tradicional (Del Rio-Lozano, 2013). También el hecho de que los hombres cuidadores suelen tener mayor edad que las mujeres que lo son (Del Rio-Lozano, 2017). El carácter transversal de estos datos (procedentes de encuestas de salud) puede explicar la aparente contradicción de la peor salud percibida en las mujeres que no cuidan, ya que las personas cuya salud está deteriorada tienen menos probabilidades de asumir los cuidados de otros, y por otra parte es más probable que las

cuidadoras que sufren problemas de salud importantes tengan que dejar de cuidar (Malmusi y Brandt, 2017). Este fenómeno se ha denominado el “efecto de la cuidadora sana” (Bertrand, 2012; Fredman et al., 2015), en similitud con el conocido como “efecto del trabajador sano” utilizado en los estudios sobre salud laboral.

En el siguiente gráfico se observa cómo el nivel educativo y el sexo son ejes de desigualdad que interactúan para definir la salud percibida. Las mujeres con estudios superiores declaran buena salud con menor frecuencia que los hombres del nivel inferior de estudios (estudios secundarios). Podríamos decir que pertenecer al género femenino equivale a “bajar un escalón” en nivel educativo en cuanto a la percepción de buena salud se refiere. El nivel educativo es un determinante clave de la salud, específicamente de las mujeres. La mayoría de los países de la región europea muestran diferencias considerables en la salud percibida de las mujeres según educación o ingresos (OMS, 2016a).

Gráfico 47. Porcentaje de personas con buena salud autopercebida, por sexo y nivel educativo. Andalucía 2015



Fuente: Elaboración propia. Encuesta Andaluza de Salud 2015

En la siguiente tabla se muestra el resultado del análisis multivariante realizado para calcular el riesgo de mala salud percibida teniendo en cuenta el sexo y otros ejes de desigualdad, como la edad, el nivel de estudios, la situación laboral, el lugar de residencia, el país de origen y la participación en los cuidados.

El resultado más llamativo desde un punto de vista de género, es que cuando se controla por las demás variables, ser mujer supone el doble de riesgo de percibir mala salud en relación a ser hombre. También se pone de manifiesto que la dedicación exclusiva a tareas del hogar (al denominado trabajo reproductivo, realizado mayoritariamente por las mujeres) supone un mayor riesgo de mala salud percibida que estar en paro, y que cuidar en solitario supone un mayor riesgo que cuidar con ayuda.

Tabla 27. Modelo Multivariante de salud autopercebida donde se compara el riesgo de mala salud frente a buena salud. Andalucía 2015

Variable	OR	IC lim inf	IC lim sup	p-valor
constante	0,05	0,02	0,09	0,000
Sexo (ref. Hombre)	1			
Mujer	2,03	1,61	2,54	0,000
Edad (ref. Menores de 30)	1			
30-44	1,65	1,01	2,71	0,048
45-64	4,07	2,44	6,77	0,000
65-79	3,76	2,13	6,61	0,000
80 y más	7,94	4,35	14,50	0,000
Estudios (ref. Primarios)	1			
Secundarios	0,56	0,45	0,71	0,000
Superiores	0,42	0,31	0,57	0,000
Hábitat (ref. rural)	1			
Semi-rural	0,68	0,38	1,23	0,205
Urbano	0,81	0,49	1,34	0,417
Situación laboral (ref. Trabaja)	1			
En paro	1,73	1,27	2,35	0,001
Sus labores/Ama de casa	2,38	1,72	3,29	0,000
Otro	4,69	3,34	6,57	0,000
País de nacimiento (ref. España)	1			
Extranjero	1,60	1,03	2,48	0,040
Cuidados (ref. Yo cuido)	1			
Cuido con ayuda	0,75	0,57	1,00	0,057
No cuido	1,06	0,81	1,39	0,663

Fuente: Elaboración propia. Encuesta Andaluza de Salud 2015.

presentan mejor salud que los que viven en el ámbito rural. Finalmente, los que cuidan con ayuda, presentan menor riesgo de mala salud que los que lo hacen en solitario.

Para las mujeres se muestra mucho más claro un gradiente creciente para el riesgo de mala salud conforme aumenta la edad, y decreciente al aumentar el nivel de estudios. Aunque vivir en un entorno semiurbano parece constituir menor riesgo que en un medio rural, las diferencias no son estadísticamente significativas en cuanto al hábitat de residencia ni el país de nacimiento. En cambio, sí se evidencia un mayor riesgo de mala salud cuando se dedican exclusivamente al trabajo del hogar que cuando están en desempleo. Finalmente, aunque cuidar con ayuda muestra un riesgo menor que cuidar sola, las diferencias no son significativas.

Para hacer un adecuado análisis de género, es importante no considerar el sexo (en este caso, variable proxy del género) como una variable de ajuste más, sino que se impone realizar análisis estratificados para comprobar cuáles son los factores relacionados con la salud percibida en mujeres y en hombres.

Como se muestra en la tabla, en el caso de los hombres los grupos de edad entre 45 y 60 años y mayores de 80 presentan mayor riesgo de mala salud. Así mismo, se muestra un gradiente descendente del riesgo de mala salud conforme aumenta el nivel de estudios. Los jubilados y los que están en desempleo presentan mayor riesgo de mala salud respecto a los que tienen trabajo remunerado, mientras que los que viven en un hábitat semiurbano pre-

Tabla 28. Modelo Multivariante de salud autopercebida del riesgo de mala salud frente a buena salud.
Hombres. Andalucía 2015

Variable	OR	IC lim inf	IC lim sup	p-valor
constante	0,08	0,03	0,23	0,000
Edad (ref. Menores de 30)	1			
30-44	1,38	0,63	3,02	0,427
45-64	2,83	1,27	6,30	0,013
65-79	1,08	0,44	2,68	0,864
80 y más	2,68	1,09	6,62	0,035
Estudios (ref. Primarios)	1			
Secundarios	0,53	0,39	0,73	0,000
Superiores	0,44	0,26	0,74	0,003
Hábitat (ref. rural)	1			
Semi-rural	0,57	0,33	1,01	0,059
Urbano	0,89	0,59	1,33	0,564
Situación laboral (ref. Trabaja)	1			
En paro	2,31	1,50	3,56	0,000
Sus labores/Ama de casa	-			
Otro	9,50	5,46	16,51	0,000
País de nacimiento (ref. España)	1			
Extranjero	1,81	0,82	3,98	0,143
Cuidados (ref. Yo cuido)	1			
Cuido con ayuda	0,52	0,31	0,89	0,019
No cuido	0,75	0,43	1,29	0,303

Fuente: Elaboración propia. Encuesta Andaluza de Salud 2015.

Tabla 29. Modelo Multivariante de salud autopercebida del riesgo de mala salud frente a buena salud.
Mujeres. Andalucía 2015

Variable	OR	IC lim inf	IC lim sup	p-valor
constante	0,09	0,04	0,22	0,000
Edad (ref. Menores de 30)	1			
30-44	1,77	1,04	2,99	0,037
45-64	4,37	2,56	7,47	0,000
65-79	6,04	3,33	10,94	0,000
80 y más	11,95	6,06	23,59	0,000
Estudios (ref. Primarios)	1			
Secundarios	0,63	0,47	0,86	0,004
Superiores	0,43	0,28	0,64	0,000
Hábitat (ref. rural)	1			
Semi-rural	0,74	0,31	1,73	0,484
Urbano	0,74	0,34	1,63	0,463
Situación laboral (ref. Trabaja)	1			
En paro	1,44	1,03	2,00	0,036
Sus labores/Ama de casa	1,99	1,43	2,79	0,000
Otro	4,34	2,90	6,47	0,000
País de nacimiento (ref. España)	1			
Extranjero	1,54	0,91	2,61	0,114
Cuidados (ref. Yo cuido)	1			
Cuido con ayuda	0,73	0,50	1,07	0,113
No cuido	1,03	0,71	1,48	0,883

Fuente: Elaboración propia. Encuesta Andaluza de Salud 2015.

“LOS HOMBRES MUEREN DE SUS ENFERMEDADES Y LAS MUJERES TIENEN QUE CONVIVIR CON LAS SUYAS”

Aunque las mujeres viven en término medio más años que los hombres, su percepción subjetiva de la salud es peor que la de ellos. La salud percibida es un indicador clave del bienestar de las poblaciones, que a su vez es un buen trazador del progreso de una sociedad y de la calidad de vida a nivel individual. En Andalucía, como en los países del entorno, las mujeres declaran peor salud percibida que los hombres: el 76,6% de las mujeres adultas considera su salud como buena, mientras que lo hace un 83,6% de los hombres. Esta brecha de género va aumentando con la edad: la BG pasa de -2 puntos porcentuales en el grupo de 16 a 30 años, a -14 puntos en el grupo de 80 y más años. Hay que destacar que la brecha de género en salud percibida es ya evidente desde edades tempranas en la infancia y adolescencia. Los datos del Estudio HBSC en Andalucía (Moreno et al., 2016) muestran que existe una brecha de género de -3 puntos porcentuales en buena salud percibida en el conjunto del rango de edad de 11 a 18 años, y las diferencias van aumentando con la edad.

Las razones de la peor percepción de salud en las mujeres están sometidas a un amplio debate, aunque generalmente se acepta que este es un indicador de la mayor carga de enfermedad que soportan ellas. En general, los hombres presentan enfermedades más graves y fatales mientras que las mujeres acumulan problemas crónicos que repercuten en la valoración de su salud (Dirección General de Salud Pública, 2012). Este hecho fue expresado por Thorslund et al. (1993), al afirmar que «los hombres mueren de sus enfermedades, mientras que las mujeres tienen que vivir con las suyas».

La percepción de la salud no es la misma en los distintos grupos de mujeres y de hombres. Además de la edad, otras características sociales marcan diferencias en salud percibida entre ambos sexos. Son las mujeres con estudios primarios, que viven en entornos rurales, que trabajan exclusivamente en el hogar y nacidas en España, las que presentan peores niveles de salud percibida. El análisis multivariante realizado para calcular el riesgo de mala salud percibida teniendo en cuenta el sexo y otros ejes de desigualdad, arroja un resultado relevante desde un punto de vista de género: una vez controladas las demás variables, ser mujer supone el doble de riesgo de percibir mala salud en relación a ser hombre. También se pone de manifiesto que la dedicación exclusiva a tareas del hogar (al denominado trabajo reproductivo, realizado mayoritariamente por las mujeres) supone un mayor riesgo de mala salud percibida que estar en paro, y que cuidar en solitario supone un mayor riesgo que cuidar con ayuda.

5.2.2. Calidad de vida relacionada con la salud

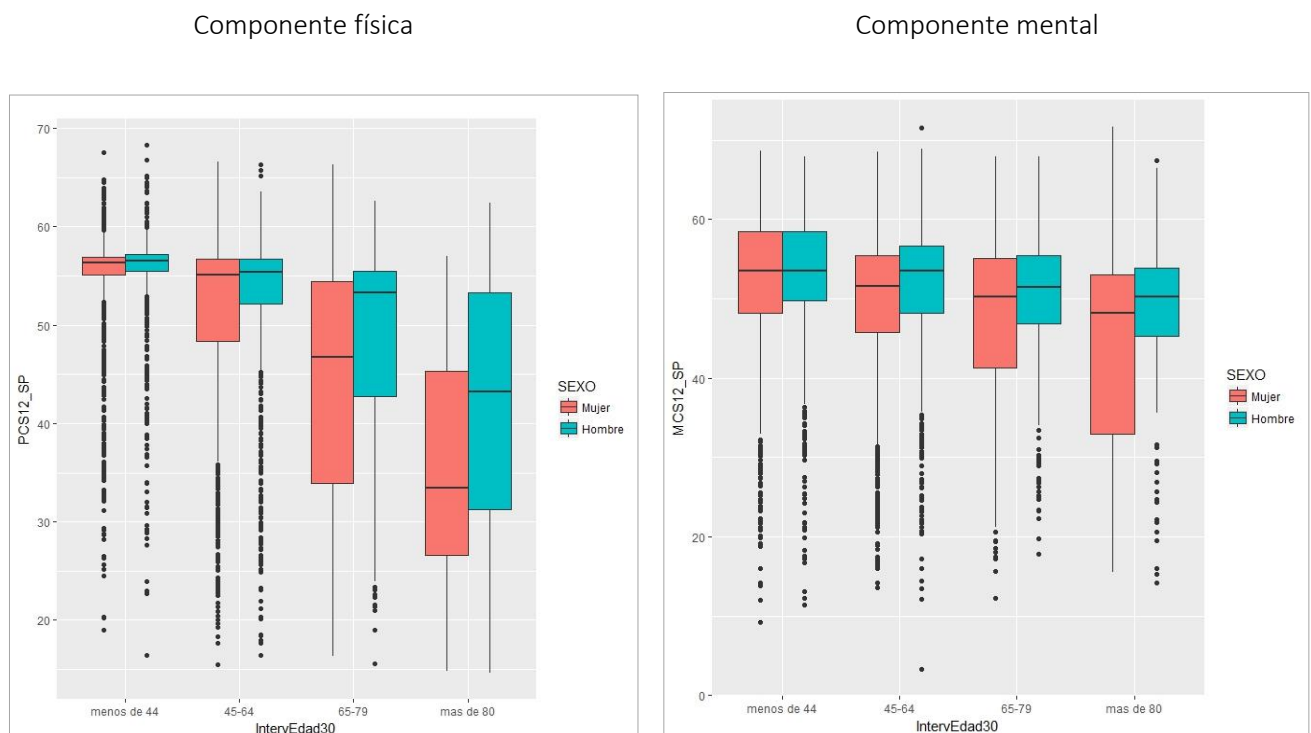
Otro de los indicadores en el que se pueden observar las diferencias entre mujeres y hombres es la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS). En las encuestas andaluzas de salud se ha utilizado la escala SF (SF-36 y SF-12) para medir este indicador, en sus dimensiones de salud física y salud emocional. El SF-12 proporciona un perfil del estado de salud y es una de las escalas genéricas más utilizadas en la evaluación de los resultados clínicos, aplicable tanto para la población general como para pacientes con una edad mínima de 14 años. Consta de 12 ítems provenientes de las 8 dimensiones del SF-36: Función Física (2), Función Social (1), Rol físico (2), Rol Emocional (2), Salud mental (2), Vitalidad (1), Dolor corporal (1), Salud General (1) (Alonso, 2015).

Como se puede ver a continuación, las puntuaciones medias del componente físico del SF-12 en la población adulta de Andalucía son menores en las mujeres que en los hombres de todos los grupos de edad. Teniendo en cuenta que la puntuación estándar para la población española es 50, tanto mujeres como hombres presentan una puntuación por encima de la media hasta los 64 años, aunque esta

puntuación está en el límite para el grupo de mujeres entre los 45-64 años. La brecha de género va aumentando con la edad, de modo que la diferencia es máxima a partir de los 65 años. En cuanto a la CVRS mental, la puntuación media se sitúa por debajo de 50 ya en el grupo de 45 a 64 años para las mujeres.

En los gráficos se puede ver como la distribución de la puntuación del SF12 en salud física toma valores más bajos conforme aumenta la edad, tanto en hombres como en mujeres. En general, las mujeres tienen valores más bajos que los hombres, y la distribución del SF12 física en mujeres es más heterogénea que en los hombres según edad. Esto también ocurre con el componente de salud mental, aunque las diferencias son menores.

Gráfico 48. Distribución de SF12 por sexo y edad, componente física y mental. Andalucía 2015



Fuente: Elaboración propia. Encuesta Andaluza de Salud 2015.

De manera inversa a lo que ocurre con la edad, la CVRS aumenta conforme lo hace el nivel de estudios alcanzado, tanto en mujeres como en hombres, y esto es así tanto para la salud física como para la salud mental. Las brechas de género son más amplias en el grupo de estudios primarios. En diversos países europeos existen evidencias de un menor bienestar psicológico entre hombres y mujeres de bajo nivel educativo, aunque las investigaciones sobre las diferencias de género en las desigualdades sociales en salud mental son limitadas (Schütte, 2014). En cuanto al tipo de hábitat, aunque las puntuaciones medias de las mujeres son menores en todas las categorías, no hay grandes diferencias según el lugar de residencia, de manera similar a lo que ocurre en cuanto al país de nacimiento.

Tabla 30. Puntuación media de la escala SF-12 para el componente físico y el mental, por sexo y resto de variables. Andalucía 2015

	Media de SF12							
	Componente físico				Componente mental			
	Mujeres	Hombres	BG	p-valor	Mujeres	Hombres	BG	p-valor
Total	51,1	52,8	-1,7	<0,001	50,0	51,7	-1,7	<0,001
Edad:								
Menores de 30	55,6	55,9	-0,3	0,081	52,8	53,6	-0,8	0,057
30-44	54,6	55,2	-0,6	0,011	51,6	52,3	-0,8	0,028
45-64	50,6	52,4	-1,8	<0,001	48,8	51,1	-2,2	<0,001
65-79	43,8	48,0	-4,2	<0,001	47,2	50,0	-2,9	<0,001
80 y más	36,1	41,6	-5,5	<0,001	44,1	48,0	-3,8	0,023
Nivel educativo:								
Primarios	48,2	50,4	-2,2	<0,001	48,2	50,7	-2,5	<0,001
Segundarios	53,9	54,9	-1,0	<0,001	51,8	52,6	-0,8	0,013
Superiores	54,2	55,0	-0,8	0,034	51,5	52,4	-0,9	0,034
Hábitat:								
Rural	51,3	52,9	-1,6	<0,001	50,0	51,3	-1,3	<0,001
Semi-rural	50,0	52,7	-2,7	<0,001	49,7	51,5	-1,7	0,002
Urbano	51,4	52,9	-1,5	<0,001	50,0	51,7	-1,7	<0,001
País de nacimiento:								
España	51,0	52,7	-1,7	<0,001	50,0	51,7	-1,6	<0,001
Extranjero	52,4	54,3	-2,0	0,022	49,2	51,4	-2,3	0,023
Situación laboral:								
Trabajo remunerado	54,5	55,3	-0,8	<0,001	51,8	52,9	-1,1	<0,001
En paro	53,6	54,5	-0,9	0,003	50,1	50,7	-0,7	0,233
Sus labores	48,2	55,3	-7,1	<0,001	49,2	53,6	-4,4	<0,001
Otro	41,8	46,5	-4,7	<0,001	45,4	49,9	-4,5	<0,001
Participación en los cuidados:								
Cuido solo	52,4	51,7	0,7	0,447	49,1	51,8	-2,7	0,001
Cuido con ayuda	54,2	54,7	-0,5	0,175	51,9	52,2	-0,3	0,551
No cuido	46,6	50,0	-4,4	<0,001	48,4	51,1	-2,7	<0,001

Fuente: Elaboración propia. Encuesta Andaluza de Salud 2015.

La situación laboral está relacionada con la CVRS, tanto en salud física como mental. En ambos casos, las mujeres puntúan peor que los hombres en todas las categorías, las medias más bajas las muestran las mujeres jubiladas y las que se dedican al trabajo en el hogar, y la brecha de género es máxima en estos dos grupos, con mayor magnitud en el caso de la dedicación a las tareas domésticas en el componente de salud física. Para la CVRS mental, las diferencias entre mujeres y hombres son significativas para todas las categorías de situación laboral, salvo en el caso de las personas en desempleo.

Tal y como ocurría para la salud percibida, las mujeres que no cuidan muestran las peores puntuaciones, siendo la brecha de género en este caso la de mayor magnitud. Entre las personas que cuidan sin ayuda, las diferencias por sexo son significativas solo en el caso de la salud mental, mientras que las diferencias entre mujeres y hombres no son significativas para las personas que cuidan con ayuda, grupo que presenta las mejores puntuaciones tanto en el componente físico como en el mental.

En la siguiente tabla se muestran los resultados del modelo multivariante para la escala SF-12 en su componente de salud física. Al igual que ocurría con la salud percibida, el dato más relevante en cuanto a las desigualdades de género es que ser mujer supone una media de 2,4 puntos menos en la escala frente a ser hombre, una vez controladas las demás variables consideradas. Además, de forma independiente ajustando por las demás variables, tener mayor edad, estudios primarios o inferiores,

estar jubilado/a o dedicarse a las tareas del hogar, y no cuidar, suponen menores puntuaciones en la escala en relación a las categorías de referencia, con diferencias significativas.

Tabla 31. Resultados del Modelo Multivariante de SF12 componente física. Andalucía 2015

Variable	Coeficiente	IC lim inf	IC lim sup	p-valor
constante	53,55	53,66	58,25	0,000
Sexo (ref. Hombre)				
Mujer	-2,41	-2,99	-1,82	0,000
Edad (ref. Menores de 30)				
30-44	-0,79	-1,33	-0,24	0,006
45-64	-3,23	-4,10	-2,35	0,000
65-79	-4,61	-5,88	-3,33	0,000
80 y más	-11,37	-12,99	-9,74	0,000
Estudios (ref. Primarios)				
Secundarios	1,76	1,07	2,45	0,000
Superiores	1,97	1,21	2,74	0,000
Hábitat (ref. rural)				
Semi-rural	1,23	-1,06	3,51	0,295
Urbano	0,93	-1,21	3,06	0,397
Situación laboral (ref. Trabaja)				
En paro	-0,29	-0,86	0,28	0,326
Sus labores/Ama de casa	-2,73	-3,65	-1,82	0,000
Otro	-5,31	-6,68	-3,95	0,000
País de nacimiento (ref. España)				
Extranjero	-1,06	-2,19	0,08	0,072
Cuidados (ref. Yo cuido)				
Cuido con ayuda	-0,31	-1,06	0,44	0,423
No cuido	-1,41	-2,25	-0,56	0,002

Fuente: Elaboración propia. Encuesta Andaluza de Salud 2015.

El análisis multivariante desagregado por sexo, muestra que, para las mujeres, la puntuación media de la CVRS en salud física disminuye conforme aumenta la edad y mejora cuando aumenta el nivel de estudios. Así mismo, las que se dedican solo a las tareas del hogar y las que están jubiladas o en situación de invalidez tienen peor puntuación respecto a las que tienen trabajo remunerado. Esto ocurre también con las que no cuidan (respecto a las que cuidan solas), no existiendo diferencias significativas con las que cuidan con ayuda.

Tabla 32. Resultados del Modelo Multivariante de SF12 componente física. Mujeres. Andalucía 2015

Variable	Coeficiente	IC lim inf	IC lim sup	p-valor
constante	55,16	52,39	57,93	0,000
Edad (ref. Menores de 30)				
30-44	-0,85	-1,53	-0,17	0,016
45-64	-3,85	-4,85	-2,85	0,000
65-79	-7,26	-8,90	-5,62	0,000
80 y más	-14,74	-16,69	-12,79	0,000
Estudios (ref. Primarios)				
Secundarios	1,08	0,20	1,97	0,018
Superiores	1,54	0,38	2,70	0,011
Hábitat (ref. rural)				
Semi-rural	-0,04	-2,95	2,86	0,976
Urbano	0,30	-2,38	2,98	0,827
Situación laboral (ref. Trabaja)				
En paro	-0,37	-1,17	0,43	0,370
Sus labores/Ama de casa	-2,04	-3,03	-1,05	0,000
Otro	-5,64	-7,63	-3,65	0,000
País de nacimiento (ref. España)				
Extranjero	-1,32	-2,85	0,21	0,094
Cuidados (ref. Yo cuido)				
Cuido con ayuda	0,30	-0,57	1,16	0,501
No cuido	-1,43	-2,43	-0,43	0,006

Fuente: Elaboración propia. Encuesta Andaluza de Salud 2015.

Para los hombres, ajustando por todas las demás variables, una mayor edad supone una disminución de la puntuación media de la escala de CVRS-física a partir del grupo de 45 años, con la excepción de lo que tienen 65 a 79 años, que puntúan mejor que el grupo de referencia (en estos dos casos, los resultados están en el límite de la significación estadística). Los estudios primarios o inferiores, y vivir en un entorno rural, se asocian a peor CVRS-física, así como estar jubilado o con invalidez. El país de origen y la situación de cuidados no arrojan diferencias significativas.

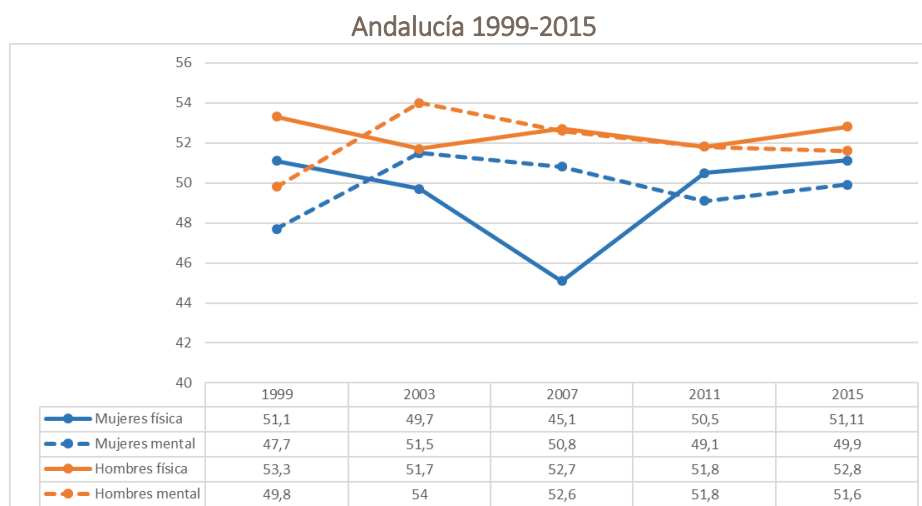
Tabla 33. Resultados del Modelo Multivariante de SF12 componente física. Hombres. Andalucía 2015

Variable	Coeficiente	IC lim inf	IC lim sup	p-valor
constante	52,34	49,85	54,83	0,000
Edad (ref. Menores de 30)				
30-44	-0,12	-1,02	0,78	0,788
45-64	-1,29	-2,63	0,06	0,064
65-79	2,56	-0,25	5,38	0,077
80 y más	-3,78	-6,88	-0,68	0,019
Estudios (ref. Primarios)				
Secundarios	1,93	1,19	2,67	0,000
Superiores	1,80	1,01	2,59	0,000
Hábitat (ref. rural)				
Semi-rural	2,89	0,80	4,98	0,008
Urbano	1,77	-0,16	3,71	0,075
Situación laboral (ref. Trabaja)				
En paro	-0,45	-1,08	0,18	0,169
Sus labores/Ama de casa				
Otro	-9,76	-12,28	-7,24	0,000
País de nacimiento (ref. España)				
Extranjero	-0,71	-2,41	0,99	0,414
Cuidados (ref. Yo cuido)				
Cuido con ayuda	0,51	-1,10	2,12	0,535
No cuido	0,21	-1,47	1,89	0,809

Fuente: Elaboración propia. Encuesta Andaluza de Salud 2015.

En el siguiente gráfico se muestran las puntuaciones medias de los componentes de salud física y mental del SF de las Encuestas Andaluzas de Salud realizadas desde 1999 hasta 2015. Como se puede observar, el patrón se repite en todos los años: menor puntuación asignada por las mujeres en ambos componentes de la CVRS, y peor valoración de la dimensión de salud mental. Se puede observar un ligero incremento de las puntuaciones de las mujeres en salud física para los años 2011 y 2015, no así en salud mental.

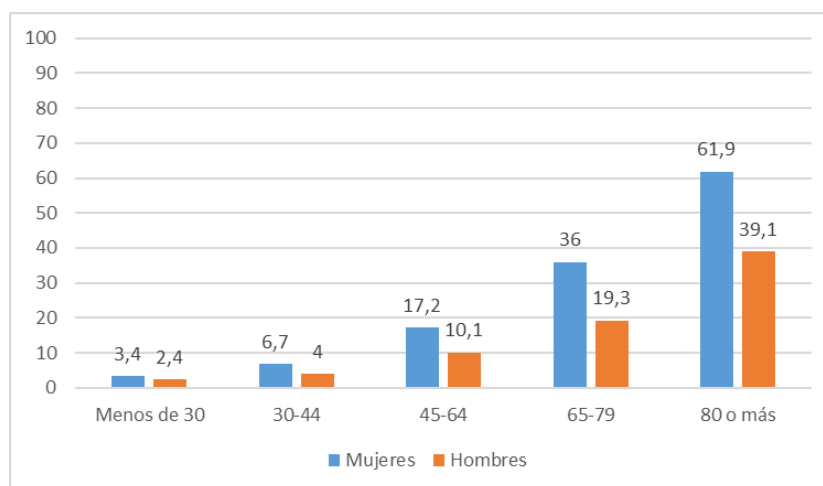
Gráfico 49. Evolución de la puntuación media de SF12 componente física y mental por sexo.



Fuente: Encuesta Andaluza de Salud 2011-2012. Elaboración propia Encuesta Andaluza de Salud 2015.

La calidad de vida relacionada con la salud tiene mucho que ver con las limitaciones para realizar las tareas habituales. En el gráfico se muestra cómo el porcentaje de mujeres que dejaron de hacer algunas tareas en su actividad cotidiana es mayor que el de hombres en todos los grupos de edad, con brechas más amplias en edades más elevadas.

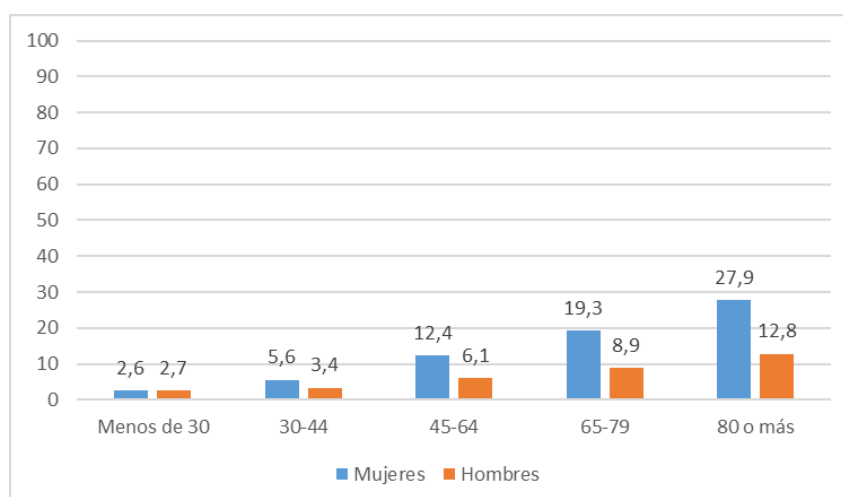
Gráfico 50. Porcentaje de personas que dejaron de hacer algunas tareas en su trabajo o actividad cotidiana en las últimas 4 semanas, por sexo y edad. Andalucía 2015



Fuente: Elaboración propia. Encuesta Andaluza de Salud 2015.

Igualmente, este hecho se observa cuando se trata de personas que “no hicieron su actividad cotidiana tan cuidadosamente como de costumbre”, en esta ocasión debido a un problema emocional. A partir de los 45 años, esta frecuencia es el doble en mujeres que en hombres.

Gráfico 51. Porcentaje de personas que no hizo su trabajo o actividad cotidiana tan cuidadosamente como de costumbre por algún problema emocional por sexo y edad. Andalucía 2015



Fuente: Elaboración propia. Encuesta Andaluza de Salud 2015.

En la siguiente tabla se observa que el porcentaje de personas que tuvieron alguna limitación por un problema físico o emocional, es el doble en mujeres que en hombres para ambos casos. Las brechas de género en este indicador también van aumentando con la edad, siendo las diferencias de sexo

significativas a partir del grupo de 30 años en adelante. Las diferencias entre hombres y mujeres son mayores en niveles educativos inferiores, y son significativas para todos los niveles, con la excepción de los estudios superiores en el caso de limitación por problemas emocionales. Las mayores brechas de género se presentan en el ámbito semiurbano, especialmente para las limitaciones por problemas físicos.

Tabla 34. Porcentaje de personas por sexo que en las últimas 4 semanas tuvieron alguna limitación por un problema físico o emocional, por sexo, edad, nivel educativo y hábitat de residencia.

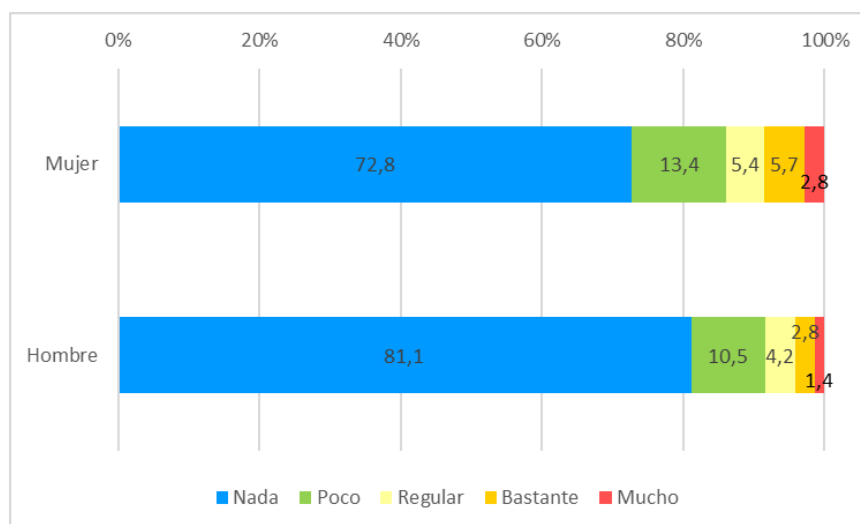
Andalucía 2015

	Limitación por problema físico				Limitación por problema emocional			
	Mujeres	Hombres	BG	p-valor	Mujeres	Hombres	BG	p-valor
Total	16,2	9,5	6,7	<0,001	10,2	5,4	4,8	<0,001
Edad:								
Menores de 30	3,4	2,4	1	0,261	2,6	2,7	-0,1	0,854
30-44	6,7	4,0	2,7	0,008	5,6	3,4	2,2	0,026
45-64	17,2	10,1	7,1	<0,001	12,4	6,1	6,3	<0,001
65-79	36,0	19,3	16,7	<0,001	19,3	8,9	10,4	<0,001
80 y más	61,9	39,1	22,8	<0,001	27,9	12,8	15,1	0,001
Nivel educativo:								
Primarios	24,2	15,1	9,1	<0,001	15,1	7,7	7,4	<0,001
Secundarios	8,6	4,5	4,1	<0,001	5,8	3,5	2,3	0,002
Superiores	7,6	4,6	3	0,027	4,6	2,8	1,8	0,103
Hábitat:								
Rural	19,1	15,9	3,2	<0,001	10,4	7,1	3,3	<0,001
Semi-rural	21,4	10,8	10,6	<0,001	10,7	5,8	4,9	0,003
Urbano	15,0	9,0	6	<0,001	10,0	5,2	4,8	<0,001

Fuente: Elaboración propia. Encuesta Andaluza de Salud 2015

La presencia o ausencia de dolor es un indicador de bienestar en el que se pueden observar importantes diferencias entre mujeres y hombres. Los estudios de género nos indican que las mujeres sufren más dolor, toman más medicamentos para el dolor, y son peor diagnosticadas cuando presentan este síntoma que los hombres. En Andalucía, el 8,5% de las mujeres, frente al 4,2% de los hombres, declararon que el dolor limitó su actividad con bastante o mucha frecuencia.

Gráfico 52. Porcentaje de personas según la frecuencia con la que el dolor limitó su actividad habitual, por sexo. Andalucía 2015



Fuente: Elaboración propia. Encuesta Andaluza de Salud 2015

Esta brecha es especialmente llamativa en las personas mayores, de tal manera que el 36% de las mujeres mayores de 80 años (frente al 18% de los hombres) padecieron dolor que le limitó su actividad. Las diferencias de sexo en este indicador son también significativas por nivel de estudios y tipo de hábitat, son las mujeres con estudios primarios y que viven en entornos rurales o semi-rurales en las que el dolor es más limitante.

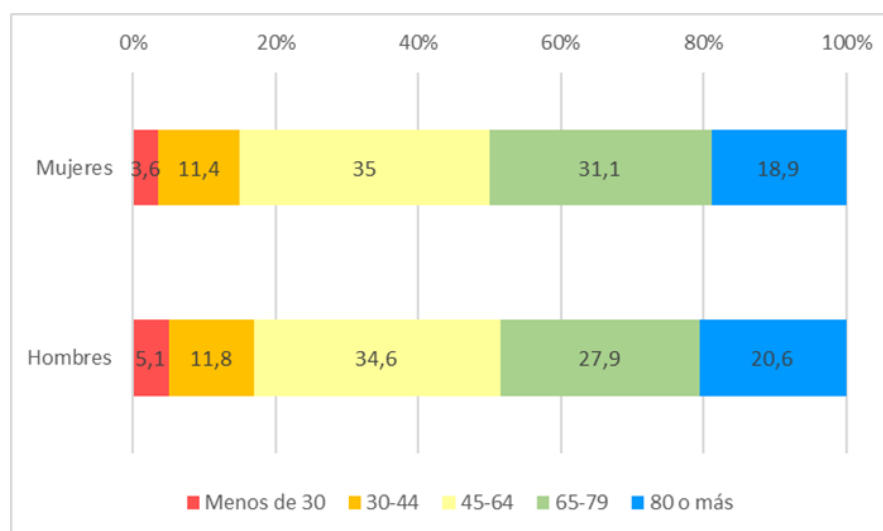
Tabla 35. Porcentaje de personas por sexo que en las últimas 4 semanas tuvieron alguna limitación por dolor, según sexo, edad, nivel educativo y hábitat. Andalucía 2015

	Tabla 1. Limitación por dolor			
	Tabla 2. (bastante o mucha frecuencia)			
	Mujeres	Hombres	BG	p-valor
Total	8,4	4,2	4,2	<0,001
Edad:				
Menores de 30	1,5	1,0	0,5	0,513
30-44	3,3	1,8	1,5	0,043
45-64	9,5	4,7	4,8	<0,001
65-79	17,3	8,1	9,2	<0,001
80 y más	36,3	17,9	18,4	<0,001
Nivel educativo:				
Primarios	13,3	6,9	6,4	<0,001
Segundarios	3,8	1,9	1,9	0,008
Superiores	3,8	1,8	2	0,045
Hábitat:				
Rural	10,5	6,3	4,2	<0,001
Semi-rural	10,6	4,3	6,3	<0,001
Urbano	7,9	4,1	3,8	<0,001

Fuente: Elaboración propia. Encuesta Andaluza de Salud 2015

Si consideramos a las mujeres cuya actividad se ha visto limitada por el dolor (con bastante o mucha frecuencia), este hecho es más frecuente en el grupo de 45 a 64 años (35%) y el de 65 a 79 años (31%). Algo similar se puede observar en los hombres. Sin embargo, la limitación por dolor es algo más frecuente en hombres jóvenes (de 16 a 30 años) que en las mujeres de la misma edad.

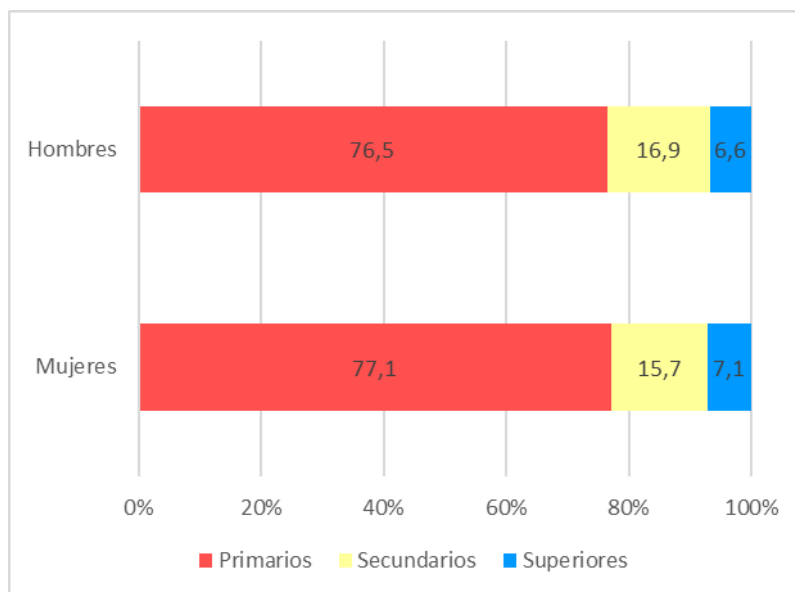
Gráfico 53. Porcentaje de personas con limitación por dolor con bastante o mucha frecuencia, por sexo y edad. Andalucía 2015



Fuente: Elaboración propia. Encuesta Andaluza de Salud 2015.

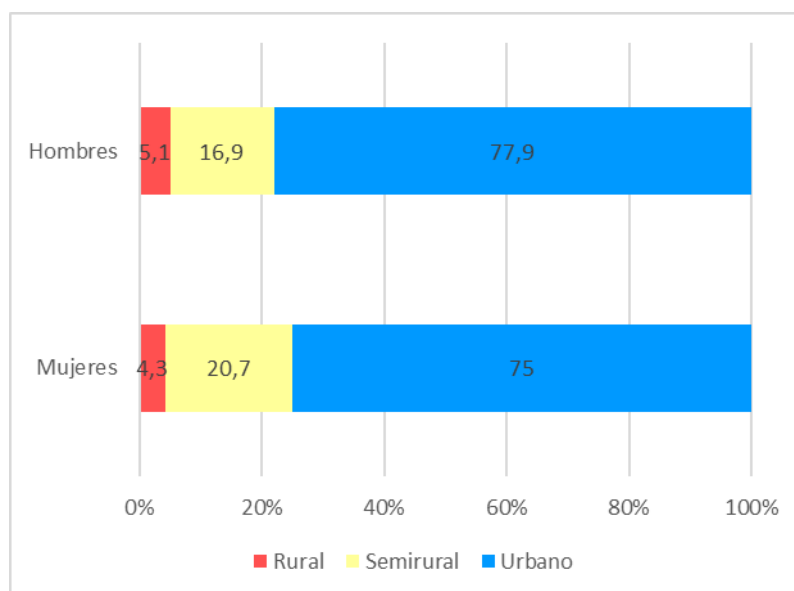
Como se ve en los siguientes gráficos, entre las personas que ven limitada su actividad por el dolor, los que tienen estudios primarios y los que viven en el entorno urbano son los grupos que contribuyen más. Esto ocurre tanto en mujeres como en hombres.

Gráfico 54. Porcentaje de personas con limitación por dolor con bastante o mucha frecuencia por sexo y nivel educativo. Andalucía 2015



Fuente: Elaboración propia. Encuesta Andaluza de Salud 2015.

Gráfico 55. Porcentaje de personas con limitación por dolor por sexo y hábitat. Andalucía 2015



Fuente: Elaboración propia. Encuesta Andaluza de Salud 2015.

LA BRECHA DE GÉNERO EN CALIDAD DE VIDA AUMENTA CON LA EDAD

La calidad de vida relacionada con la salud es peor en las mujeres que en los hombres, tanto en la dimensión física como en la mental, y la brecha de género en este indicador va aumentando con la edad. La peor salud y calidad de vida de las mujeres mayores es la culminación de los acontecimientos que se van sucediendo en etapas vitales más tempranas (OMS, 2016a). Los estereotipos de género en la juventud, los trabajos más precarios e informales en las edades medias de la vida, el coste de los cuidados, las carreras profesionales interrumpidas y la brecha de género salarial que se produce con la maternidad (Grimshaw y Rubery, 2015), condicionan una peor calidad de vida en las mujeres mayores. Además, las mujeres constituyen la mayoría de la población mayor, más a partir de los 80 años, y tienen mayor riesgo de pobreza en casi todos los países europeos, en especial aquellas mujeres mayores que viven solas (Rodrigues, Huber y Lamura, 2012). El envejecimiento se asocia también a mayores tasas de discapacidad, de tal forma que en Europa entre un 25 y un 50% de las mujeres mayores tienen limitaciones funcionales para las actividades de la vida diaria, de modo que los efectos sociales y en salud del envejecimiento son diferentes para las mujeres (Hubbard y Rockwood, 2011).

5.3. Morbilidad diferencial y brecha de género en padecimientos crónicos

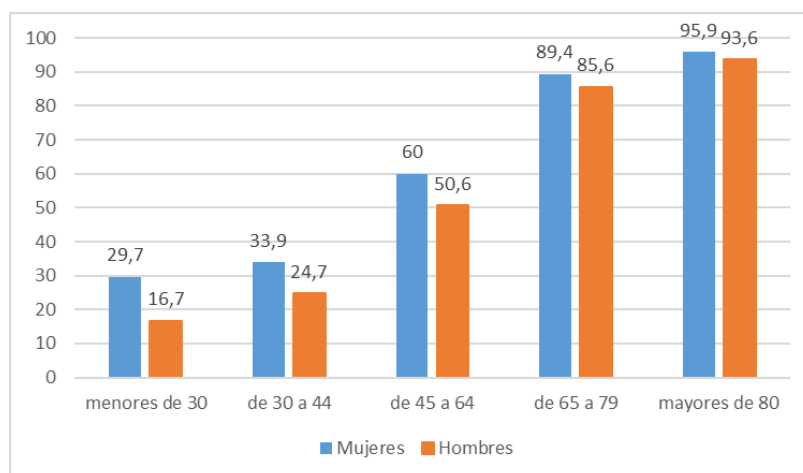
Para analizar las diferencias y desigualdades de género en la salud, no basta saber cuánta muerte, enfermedad o salud afecta a cada sexo, también es importante conocer si hay diferencias de género en el padecimiento de enfermedades, cuál es el perfil de morbilidad en mujeres y en hombres y dónde están las diferencias.

5.3.1. Morbilidad informada

La peor percepción de salud de las mujeres no puede ser explicada solo por una mayor facilidad para expresar su malestar, condicionada por las normas de género que indican que los hombres no deben manifestar sus síntomas y tienen que mantener el estereotipo de “hombres duros” identificado con la masculinidad tradicional (García-Calvente et al., 2012). La mala salud percibida responde a una mayor carga de enfermedad en las mujeres (Malmusi et al., 2012).

El 48% de las personas adultas en Andalucía padecen alguna enfermedad o dolencia crónica, con una media de 2,39 por persona, según datos de la Encuesta Andaluza de Salud 2015. El 52% de las mujeres y el 43% de los hombres declaran alguna de estas condiciones, con una media de 2,6 y 2,1 respectivamente, diferencias que son estadísticamente significativas. Es de destacar que incluso en las edades más jóvenes (menores de 30 años), el 30% de las mujeres padecen alguna de estas dolencias, proporción que duplica la de los hombres (16,7%). Sin embargo, la brecha en este indicador se va reduciendo con la edad, de tal manera que el 96% de las mujeres y el 93,6% de los hombres mayores de 80 años padecen alguna de estas condiciones.

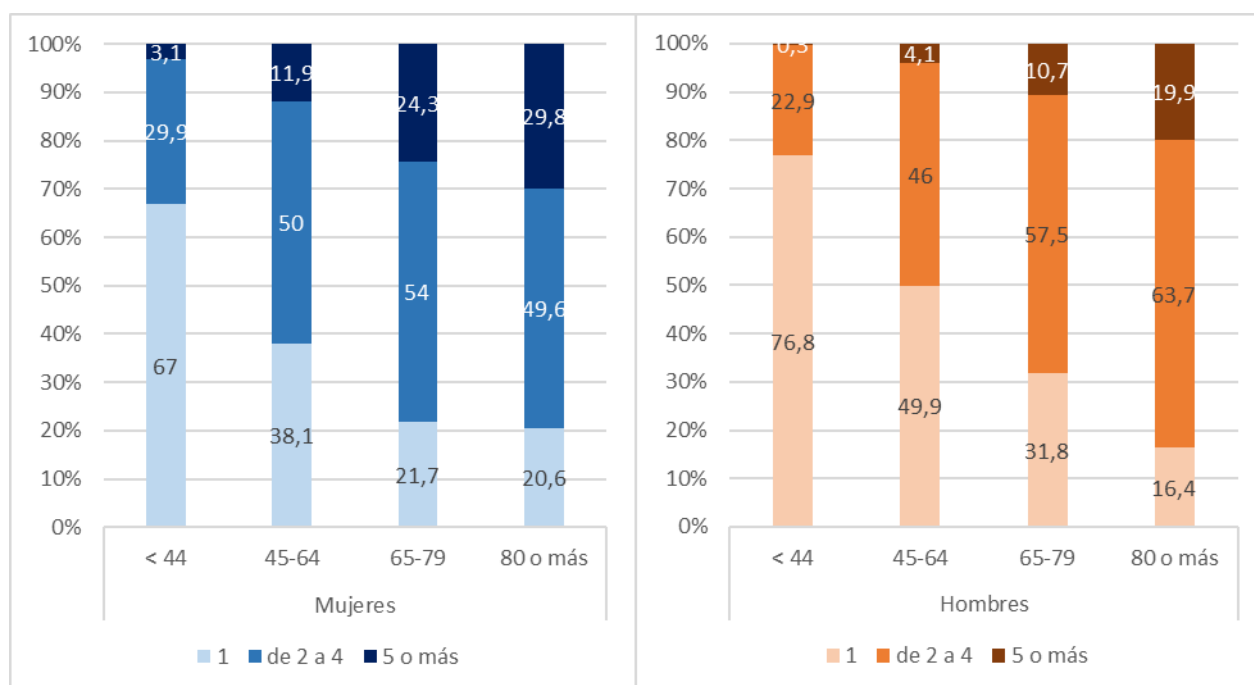
Gráfico 56. Porcentaje de personas que padecen alguna enfermedad o dolencia crónica por sexo y edad. Andalucía 2015



Fuente: Elaboración propia. Encuesta Andaluza de Salud 2015.

El número de enfermedades crónicas padecidas aumenta con la edad en ambos sexos, aunque las mujeres manifiestan una mayor cantidad de dolencias en todos los grupos de edad, desde los grupos más jóvenes. Las mujeres menores de 44 años que padecen dos o más dolencias (33%) superan en 10 puntos a los hombres que las sufren (23,4%). Igual ocurre con las mujeres mayores de 80 años que padecen cinco o más de estas condiciones.

Gráfico 57. Porcentaje de personas con enfermedades crónicas por sexo y edad, según el número de enfermedades padecidas. Andalucía 2015

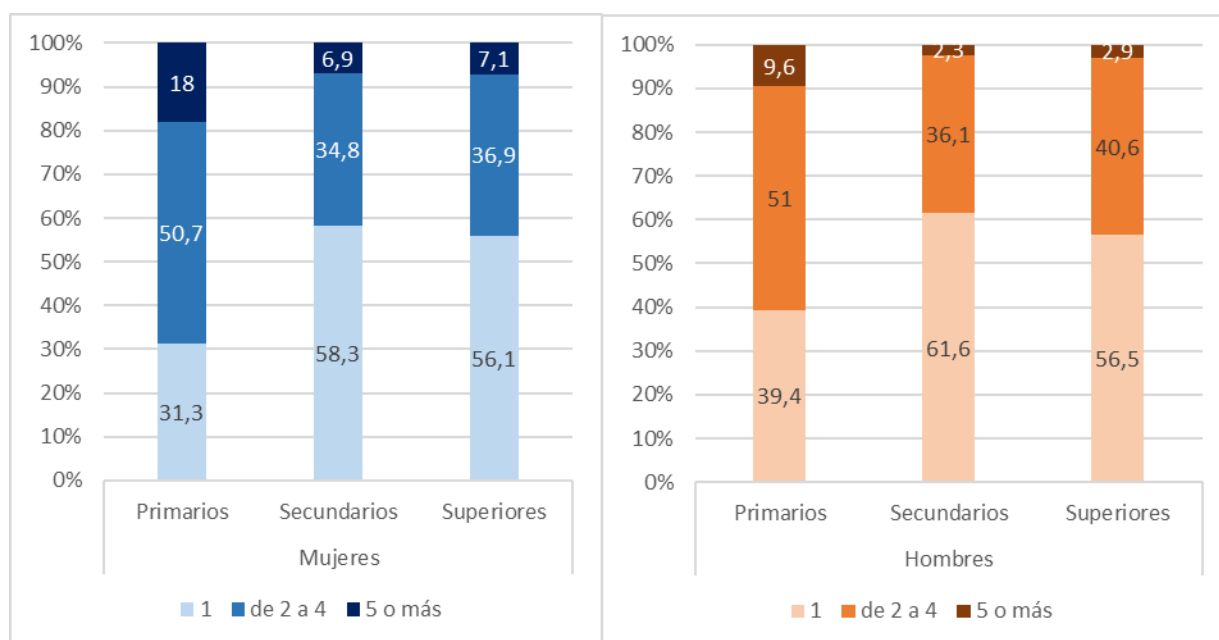


Fuente: Elaboración propia. Encuesta Andaluza de Salud 2015.

Este hecho se constata también en relación al nivel educativo: las mujeres padecen un mayor número de dolencias crónicas en todos los niveles, con mayor proporción en aquellas que tienen estudios

primarios o inferiores: el 68,7% de ellas declaran dos o más condiciones crónicas, frente al 60,6% de ellos. Las diferencias con menos acusadas en los niveles educativos más altos.

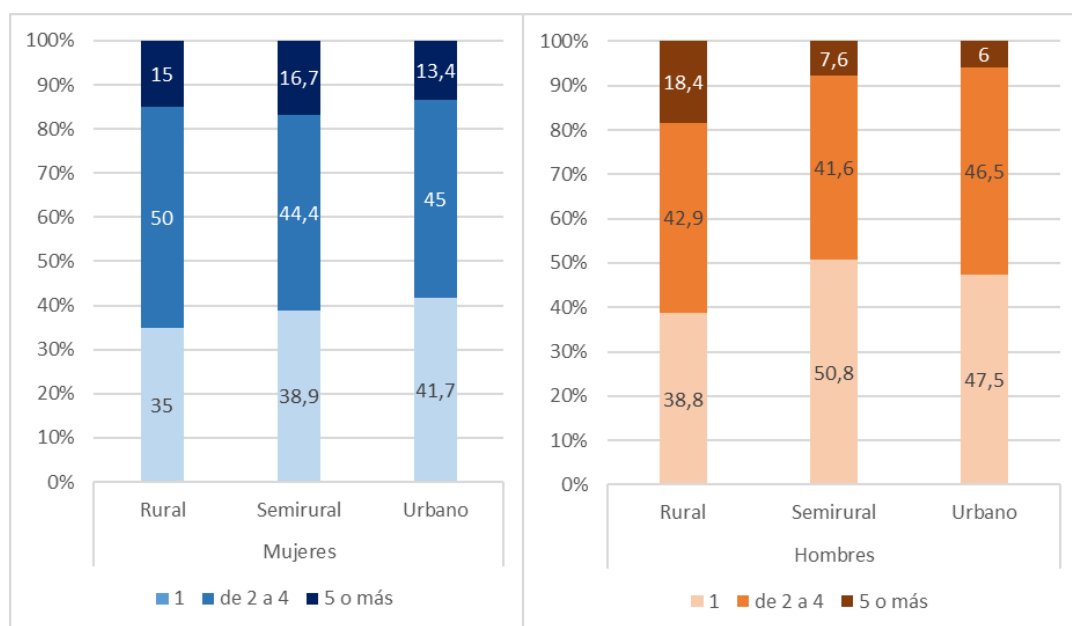
Gráfico 58. Porcentaje de personas con enfermedades crónicas por sexo y nivel educativo, según el número de enfermedades padecidas. Andalucía 2015



Fuente: Elaboración propia. Encuesta Andaluza de Salud 2015.

En cuanto al entorno de residencia, las diferencias no son tan acusadas en las mujeres, sin embargo, los hombres que viven en un ámbito rural declaran un mayor número de enfermedades crónicas.

Gráfico 59. Porcentaje de personas con enfermedades crónicas por sexo y hábitat, según el número de enfermedades padecidas. Andalucía 2015



Fuente: Elaboración propia. Encuesta Andaluza de Salud 2015.

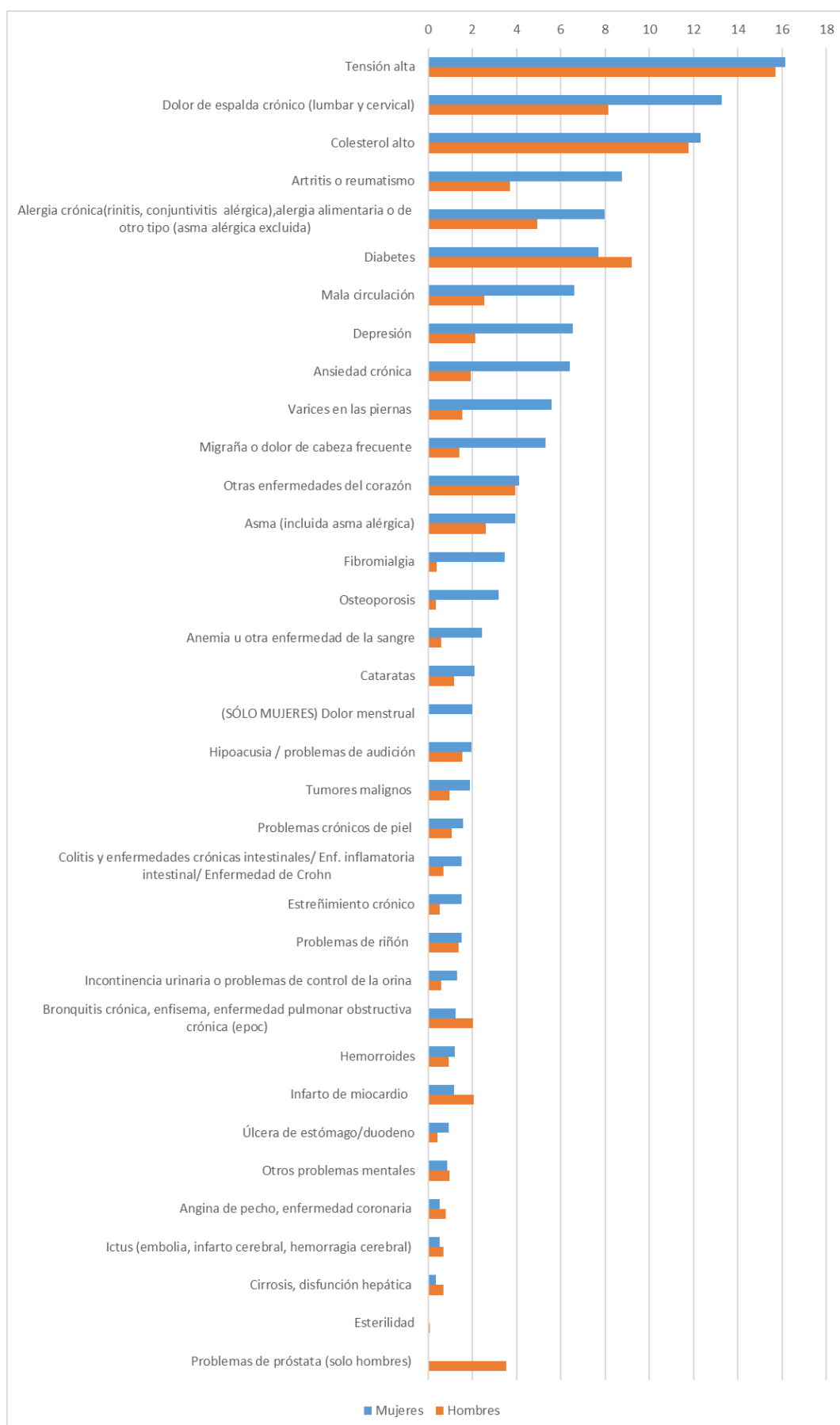
Los estudios de género indican que no sólo hay diferencias en la percepción de la salud y en la frecuencia de enfermedad crónica, sino que hombres y mujeres enferman por patologías distintas. Esto es lo que se denomina “morbilidad femenina diferencial”, definida por Carme Valls et al. (2008) como “el conjunto de enfermedades, motivos de consulta o factores de riesgo que merecen una atención específica hacia las mujeres, sea porque sólo en ellas se pueden presentar dichos problemas o porque son mucho más frecuentes en el sexo femenino”.

En el gráfico se muestra la frecuencia de determinados tipos de enfermedades o problemas de salud en mujeres y en hombres, según los datos de la Encuesta Andaluza de Salud 2015. Se trata de morbilidad informada por las personas encuestadas, y que responde a la pregunta de *“si algún profesional sanitario le ha dicho que usted padece...”*. Es decir, son problemas de salud reportados por encuestadas y encuestados, aunque se especifica que hayan sido diagnosticados por profesionales sanitarios. Como se puede observar, el perfil de morbilidad es bastante diferente para hombres y para mujeres, con brechas de género distintas en signo y magnitud, según la condición de la que se trate.

Los tres problemas más frecuentes en mujeres son (1º) la hipertensión arterial (HTA), (2º) el dolor de espalda⁵ y el (3º) colesterol alto, mientras que para los hombres son (1º) la HTA, (2º) el colesterol alto y (3º) la diabetes. Los problemas de artritis o reumatismo ocupan el 4º lugar en mujeres, mientras que están en 7º lugar en los hombres. Los trastornos depresivos y de ansiedad figuran en 8º y 9º lugar respectivamente en mujeres, y no aparecen entre los diez primeros en hombres. A la inversa ocurre para los trastornos cardíacos, que ocupan el 6º lugar en hombres, y no figuran entre los diez más frecuentes en mujeres.

⁵ Este epígrafe incluye dolor de espalda, cuello, hombro y cintura (cervical/lumbar). Es posible que el lugar del dolor más frecuente sea distinto para cada sexo.

Gráfico 60. Porcentaje de personas con enfermedades crónicas padecidas y diagnosticadas por algún/a profesional de la salud por sexo. Andalucía 2015



Fuente: Elaboración propia. Encuesta Andaluza de Salud 2015.

Tabla 36. Las 10 enfermedades o padecimientos crónicos más frecuentes en mujeres y en hombres.
Andalucía 2015

Orden	Mujeres		Hombres	
	Enfermedad/condición	%	Enfermedad/condición	%
1º	Hipertensión arterial	16,15	Hipertensión arterial	15,72
2º	Dolor de espalda	13,27	Colesterol alto	11,79
3º	Colesterol alto	12,31	Diabetes	9,22
4º	Artritis/reumatismo	8,75	Dolor de espalda	8,14
5º	Alergias crónicas	7,97	Alergias crónicas	4,95
6º	Diabetes	7,70	Trastornos cardíacos	3,96
7º	Mala circulación	6,62	Artritis/reumatismo	3,71
8º	Trastornos depresivos	6,53	Trastornos de próstata	3,53
9º	Trastornos de ansiedad	6,41	Asma	2,60
10º	Varices en piernas	5,60	Mala circulación	2,54

Fuente: Elaboración propia, Encuesta Andaluza de Salud 2015

Como se puede observar en la tabla siguiente, las brechas de género son de signo negativo con diferencias significativas (mayor frecuencia en hombres), para: diabetes, bronquitis crónica y EPOC, infarto agudo de miocardio (IAM), y cirrosis y disfunción hepática.

En cambio, son más frecuentes en mujeres: dolor de espalda, artritis y reumatismo, problemas de circulación, depresión y ansiedad, y cefaleas o migrañas, todas ellas con una prevalencia mayor del 5%, y con diferencias significativas frente a la de los hombres. Y con menor frecuencia: asma, fibromialgia, osteoporosis, anemias o enfermedades de la sangre, cataratas, tumores malignos, enfermedades crónicas del intestino, estreñimiento crónico, incontinencia urinaria y úlcera gástrica o duodenal. El dolor menstrual afecta a un 2% de las mujeres entrevistadas, mientras que los trastornos de la próstata lo hacen al 3,5% de los hombres.

Tabla 37. Porcentaje de personas con enfermedades crónicas padecidas y diagnosticadas por algún/a profesional de la salud por sexo. Andalucía 2015

Enfermedad/Padecimiento	Mujeres	Hombres	Brecha de género	P (χ^2)
Tensión alta	16,15	15,72	0,43	0,704
Dolor de espalda crónico (lumbar y cervical)	13,27	8,14	5,13	<0,001
Colesterol alto	12,31	11,79	0,52	0,671
Artritis o reumatismo	8,75	3,71	5,04	<0,001
Alergia crónica(rinitis, conjuntivitis alérgica),alergia alimentaria o de otro tipo (asma alérgica excluida)	7,97	4,95	3,02	<0,001
Diabetes	7,7	9,22	-1,52	0,013
Mala circulación	6,62	2,54	4,08	<0,001
Depresión	6,53	2,14	4,39	<0,001
Ansiedad crónica	6,41	1,92	4,49	<0,001
Varices en las piernas	5,6	1,55	4,05	<0,001
Migraña o dolor de cabeza frecuente	5,33	1,42	3,91	<0,001
Otras enfermedades del corazón	4,13	3,96	0,17	0,555
Asma (incluida asma alérgica)	3,95	2,6	1,35	0,002
Fibromialgia	3,45	0,4	3,05	<0,001
Osteoporosis	3,18	0,37	2,81	<0,001
Anemia u otra enfermedad de la sangre	2,43	0,59	1,84	<0,001
Cataratas	2,1	1,18	0,92	<0,001
(SÓLO MUJERES) Dolor menstrual	2,01			
Hipoacusia / problemas de audición	1,95	1,55	0,4	0,199
Tumores malignos	1,89	0,96	0,93	<0,001
Problemas crónicos de piel	1,59	1,08	0,51	0,257
Colitis y enfermedades crónicas intestinales/ Enf. inflamatoria intestinal/ Enfermedad de Crohn	1,53	0,68	0,85	0,003
Estreñimiento crónico	1,53	0,53	1,00	<0,001
Problemas de riñón	1,53	1,39	0,14	0,687
Incontinencia urinaria o problemas de control de la orina	1,32	0,59	0,73	0,001
Bronquitis crónica, enfisema, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (epoc)	1,23	2,04	-0,81	0,007
Hemorroides	1,2	0,93	0,27	0,248
Infarto de miocardio	1,17	2,07	-0,9	0,006
Úlcera de estómago/duodeno	0,93	0,43	0,5	0,037
Otros problemas mentales	0,87	0,96	-0,09	0,757
Angina de pecho, enfermedad coronaria	0,51	0,8	-0,29	0,154
Ictus (embolia, infarto cerebral, hemorragia cerebral)	0,51	0,68	-0,17	0,35
Cirrosis, disfunción hepática	0,36	0,68	-0,32	0,056
Esterilidad	0,06	0,09	-0,03	0,453
Problemas de próstata (solo hombres)		3,53		

Fuente: Elaboración propia. Encuesta Andaluza de Salud 2015

En la tabla siguiente se muestra la distribución de los cinco problemas crónicos más frecuentes en mujeres y en hombres para cada grupo de edad. Las alergias crónicas (rinitis, conjuntivitis, dermatitis, alergia a los alimentos), el dolor de espalda y el asma son los tres problemas más frecuentes en las personas jóvenes, tanto en mujeres como en hombres, aunque con mayor prevalencia en ellas. Los trastornos de ansiedad empiezan a ser frecuentes en las mujeres jóvenes, y con menor frecuencia en los hombres.

En las edades medias de la vida, la HTA se convierte en el problema crónico más frecuente para ambos sexos, y continuará ocupando este lugar a partir de esta edad. A partir de los 45 años, el dolor de espalda y los problemas articulares, son también muy prevalentes en ambos sexos, aunque con mayor frecuencia en mujeres. En ellas, los trastornos depresivos ocupan la quinta posición, mientras que en los hombres aparece la diabetes como condición prevalente.

Para las personas mayores de 64 años, la triada más frecuente es la HTA/colesterol alto/diabetes, para ambos sexos. En los hombres los trastornos de próstata ocupan el 5º lugar. Y en el grupo de mayores de 80 años, la artritis y el reumatismo, y los problemas de mala circulación son más frecuentes en mujeres. Los trastornos cardíacos (del tipo insuficiencia cardíaca) son también muy frecuentes a esta edad, más en mujeres (22,4%) que en hombres (19,9%).

Tabla 38. Las 5 enfermedades o padecimientos crónicos más frecuentes en mujeres y en hombres, por grupos de edad. Andalucía 2015

Orden Edad	Mujeres		Hombres	
	Enfermedad/condición	%	Enfermedad/condición	%
De 16 a 44 años				
1º	Alergias crónicas	9,5	Alergias crónicas	6,8
2º	Dolor de espalda	6,2	Dolor de espalda	3,6
3º	Asma	4,1	Asma	2,7
4º	Trastornos de ansiedad	3,5	Colesterol alto	2,4
5º	Dolor menstrual	3,5	Trastornos de ansiedad	1,3
De 45 a 64 años				
1º	Hipertensión arterial	17,9	Hipertensión arterial	18,3
2º	Dolor de espalda	16,5	Colesterol alto	14,2
3º	Colesterol alto	16,3	Dolor de espalda	10,4
4º	Artritis/reumatismo	10,7	Diabetes	8,8
5º	Trastornos depresivos	10,0	Artritis/reumatismo	4,2
De 65 a 79 años				
1º	Hipertensión arterial	49,6	Hipertensión arterial	43,7
2º	Colesterol alto	34,3	Colesterol alto	31,4
3º	Diabetes	25,8	Diabetes	31,0
4º	Dolor de espalda	24,2	Dolor de espalda	13,8
5º	Artritis/reumatismo	24,2	Trastornos de próstata	13,6
De 80 años y más				
1º	Hipertensión arterial	56,5	Hipertensión arterial	57,1
2º	Artritis/reumatismo	31,3	Colesterol alto	32,7
3º	Mala circulación	29,3	Diabetes	30,8
4º	Colesterol alto	26,5	Dolor de espalda	22,4
5º	Diabetes	24,5	Trastornos de próstata	20,5

Fuente: Elaboración propia, Encuesta Andaluza de Salud 2015

Se dibuja así un escenario en el que la salud de las mujeres y de los hombres responde a perfiles bien diferenciados que habría que tener muy en cuenta cuando se diseñan planes y programas de salud dirigidos a abordar condiciones de salud determinadas. Sin embargo, para analizar el significado de estas diferencias no basta mostrar que las prevalencias son distintas, hay que tener en cuenta la posible existencia de sesgos de género en el diagnóstico de determinadas patologías, de los que ya

existen bastantes evidencias para algunas enfermedades, como las enfermedades cardiovasculares, la depresión, la osteoporosis y otras.

Este distinto perfil de enfermedad se ha denominado morbilidad diferencial, entendida como el conjunto de enfermedades, motivos de consulta o factores de riesgo que merecen una atención específica hacia las diferencias entre mujeres y hombres. Este concepto viene a poner en evidencia las diferencias en la forma de enfermar y en las causas de enfermedad, de muerte prematura o discapacidad, que se dan entre mujeres y hombres (Dirección General de Salud Pública, 2012).

La morbilidad diferencial responde a la exposición a distintos factores de riesgo como las condiciones de vida desiguales, diferentes exposiciones laborales, roles y estereotipos de género, y distintos hábitos de vida y conductas de riesgo. También a una diferente vulnerabilidad frente a los factores de riesgo por razones tanto biológicas como socioculturales (Denton, Prus y Walters, 2004). Adicionalmente, no hay que olvidar el papel que juegan los sesgos de género en la atención sanitaria, que pueden condicionar un mayor esfuerzo diagnóstico de determinadas patologías en función de estereotipos de género. Así, se ha descrito la existencia de una “morbilidad invisible” (Valls et al., 2008), por ejemplo, en el caso de las anemias y otras carencias vitamínicas o minerales, la existencia de enfermedades insuficientemente investigadas por ser específicamente femeninas (por ejemplo, la endometriosis) o la patologización de determinadas etapas vitales de las mujeres (por ejemplo, de la menopausia) (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007).

LAS MUJERES PADECEN UNA MAYOR CARGA DE ENFERMEDAD CRÓNICA A LO LARGO DE SU VIDA CON UN PERFIL DE MORBILIDAD DIFERENCIAL CLARAMENTE DEFINIDO

La peor salud percibida de las mujeres obedece a una mayor carga de enfermedad. Las mujeres padecen un mayor número de enfermedades y dolencias crónicas a lo largo de su vida, y ya desde edades tempranas, las jóvenes sufren de alergias crónicas, dolor de espalda o trastornos de ansiedad con mayor frecuencia que los hombres de la misma edad. Los trastornos musculoesqueléticos y la depresión son condiciones prevalentes en las mujeres en la edad media de la vida, mientras que los trastornos cardiovasculares y metabólicos (HTA, colesterol y diabetes) son los más frecuentes en edades mayores. Este distinto perfil de enfermedad se ha denominado morbilidad diferencial, entendida como el conjunto de enfermedades, motivos de consulta o factores de riesgo que merecen una atención específica hacia las diferencias entre mujeres y hombres.

La morbilidad diferencial responde a la exposición a distintos factores de riesgo (condiciones de vida desiguales, diferentes exposiciones laborales, roles y estereotipos de género, y distintos hábitos de vida y conductas de riesgo) y también a una diferente vulnerabilidad frente a los factores de riesgo por razones tanto biológicas como socioculturales. No hay que olvidar el papel que juegan los sesgos de género en la atención sanitaria, que pueden condicionar un mayor esfuerzo diagnóstico de determinadas patologías en función de estereotipos de género.

5.3.2. Morbilidad atendida

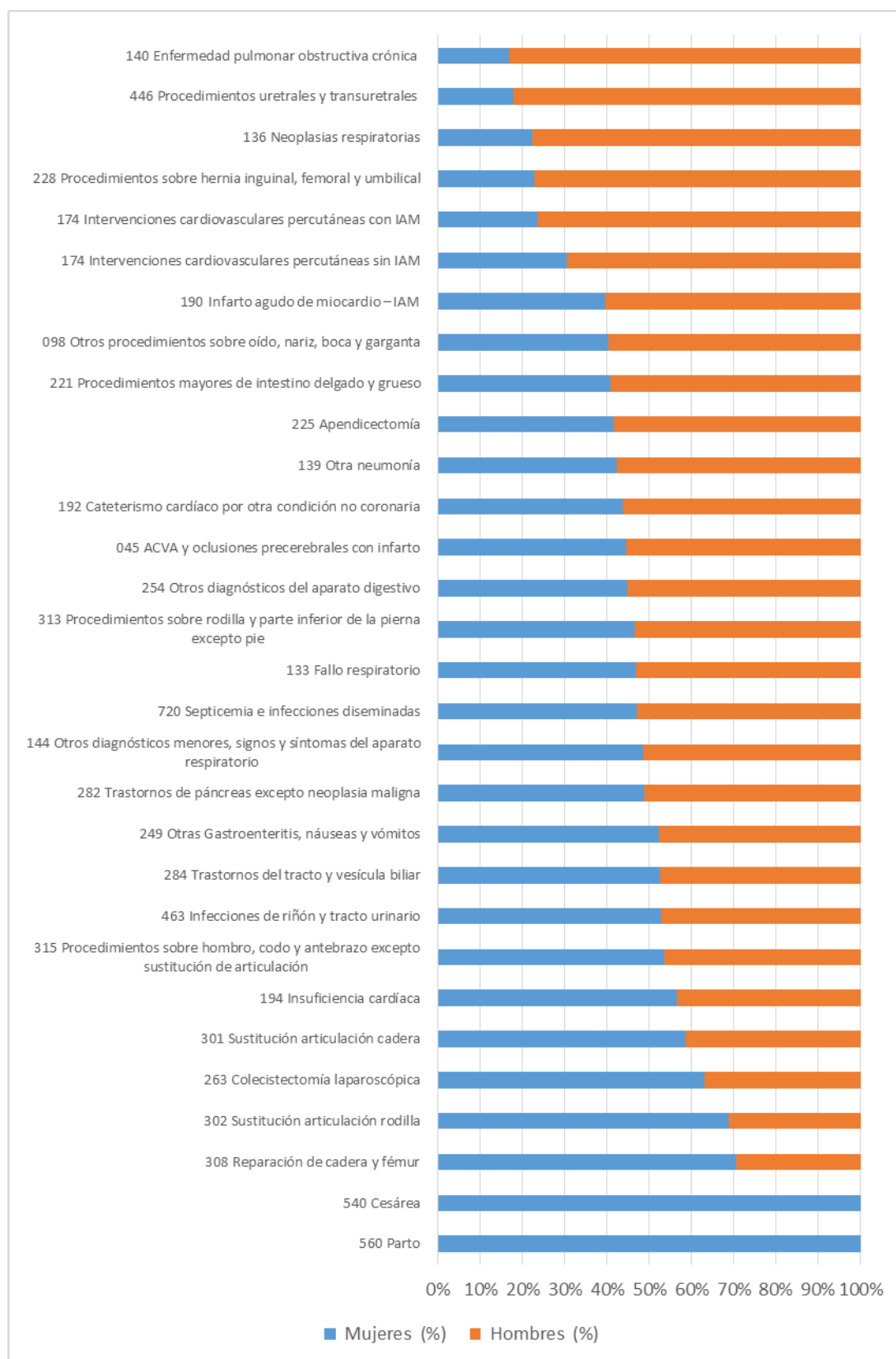
El patrón de morbilidad diferencial también se puede observar en la morbilidad atendida en los servicios sanitarios⁶. En el gráfico se muestra para las altas hospitalarias el porcentaje de mujeres y de hombres para cada uno de los Grupos relacionados por Diagnóstico (GDR) más frecuentes atendidos en los hospitales públicos de Andalucía. El GRD más frecuente es el parto (43.735 altas en 2016), seguido por las cesáreas (13.580 altas en 2016), procesos que solo afectan a las mujeres. Para los procedimientos relacionados con enfermedades osteoarticulares, insuficiencia cardíaca y algunos digestivos, hay predominio de mujeres. En cambio, para EPOC, los procesos uretrales y las neoplasias respiratorias, hay predominio de hombres. En los GRD relacionados con infarto agudo de miocardio hay también mayor porcentaje de altas de hombres que de mujeres.

En el año 2016 se registraron 2.704.197 consultas a servicios de urgencias de los hospitales públicos del SSPA. Los diagnósticos clínicos más frecuentes fueron las lesiones superficiales o contusiones (51% en hombres), infecciones de las vías aéreas superiores (50,8% en hombres), problemas de espalda (55% en mujeres), dolor abdominal (60% en mujeres) y esguinces y torceduras (51% en hombres) (Servicio Andaluz de Salud, 2017).

Como se muestra en el gráfico, las mujeres realizaron consultas en mayor porcentaje que los hombres en la mitad de grupos clínicos, entre los más frecuentes destacan: infecciones urinarias, cefaleas y migrañas, trastornos de ansiedad, dolor abdominal, mareos o vértigos, hipertensión, problemas de espalda, reacciones alérgicas, disritmias cardíacas, trastornos del sistema nervioso y trastornos articulares no traumáticos. El 3% de todas las consultas tuvieron que ver con motivos de embarazo y parto normal o con complicaciones derivadas del nacimiento y puerperio, es decir, con necesidades de salud específicas de las mujeres.

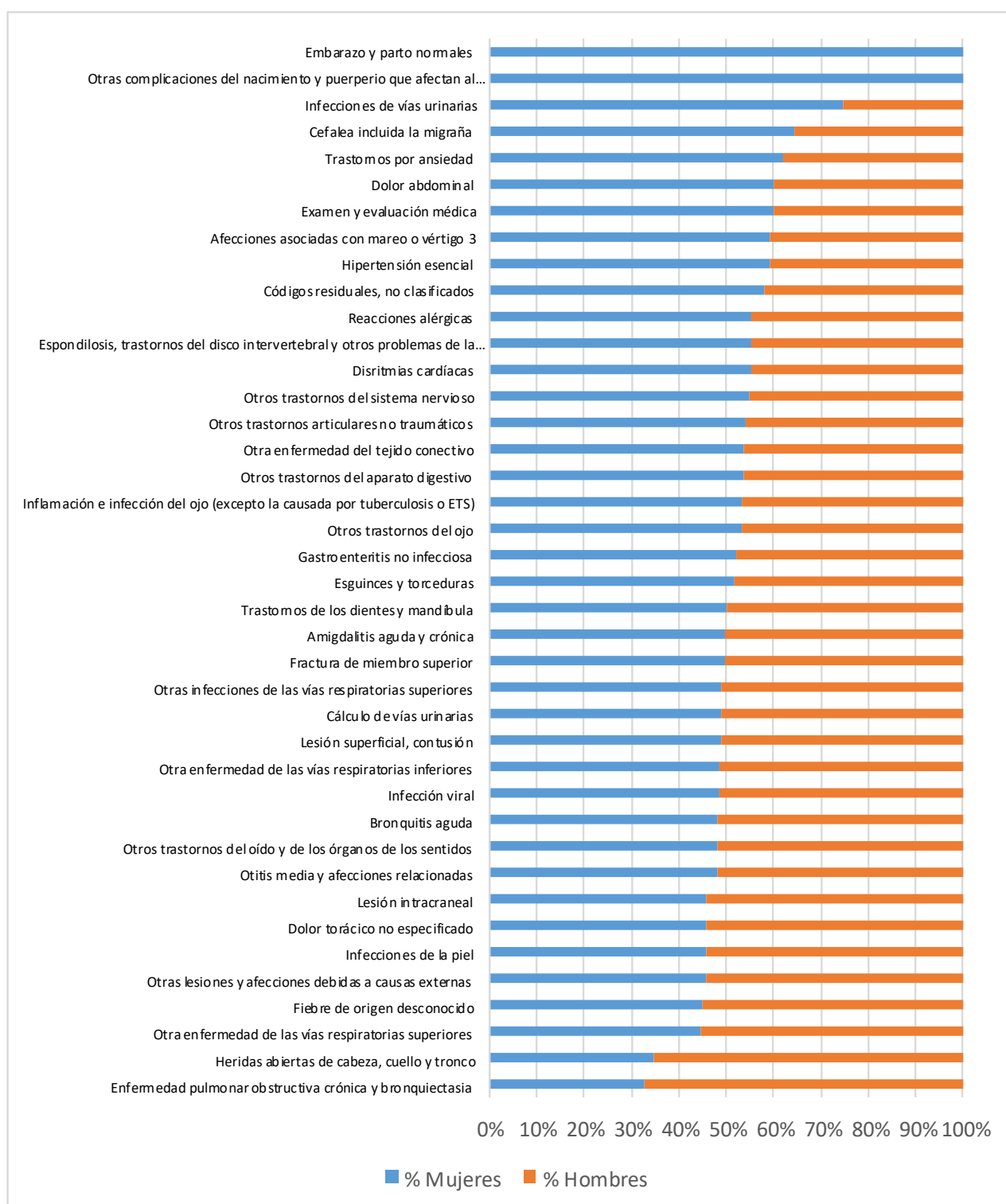
⁶ Los datos que se presentan en este informe se refieren a la morbilidad atendida en los servicios hospitalarios, ya que no se ha podido disponer de datos referidos a los tipos de patologías atendidos en atención primaria.

Gráfico 61. Porcentaje de mujeres y hombres en cada GRD respecto al total de altas hospitalarias (GRD más frecuentes, de menor a mayor en mujeres). Andalucía 2016



Fuente: SAS 2016. Información básica. Datos del CMBD

Gráfico 62. Urgencias hospitalarias por grupos clínicos en centros del SSPA. Porcentaje de mujeres y hombres en cada grupo clínico (de mayor a menor en mujeres). Andalucía 2016



Fuente: SAS 2016. Información básica. Datos del CMBD

Por su parte, los hombres realizaron consultas urgentes en mayor porcentaje que las mujeres principalmente por: enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y bronquiectasia, heridas abiertas de cabeza, cuello y tronco, enfermedades de vías respiratorias superiores, fiebre de origen desconocido, lesiones por causas externas, infecciones de la piel, dolor torácico y lesión intracraneal.

5.3.3. Diferencias de género en patologías específicas

Algunas patologías merecen una atención especial desde el punto de vista de género, bien por sus diferencias entre ambos sexos, o por la importancia que los determinantes de género juegan en su prevención, prevalencia o atención. En este apartado hemos querido destacar algunas enfermedades específicas que por su mayor mortalidad o prevalencia, junto a la importancia de tener en cuenta el enfoque de género en su abordaje, merecen ser tenidas en cuenta.

La mayor carga de mortalidad para las mujeres en Europa es debida a las enfermedades cardiovasculares y los cánceres, mientras que los problemas de salud mental y los trastornos musculoesqueléticos son las mayores causas de morbilidad (OMS, 2016a).

Las **enfermedades del sistema circulatorio** constituyen la primera causa de mortalidad en Andalucía para ambos sexos, con mayores tasas en los varones. Así mismo, suponen una de las principales causas de mortalidad prematura y de hospitalización. En el año 2016 murieron 22.237 personas en Andalucía por enfermedades cardiovasculares, de las cuales el 54% fueron mujeres. Para las mujeres, estas patologías suponen el 35,8% del total de muertes, y para los hombres el 28,5%. Dentro de las enfermedades del aparato circulatorio, las dos principales causas de mortalidad son la cardiopatía isquémica y las enfermedades cerebrovasculares, con la insuficiencia cardíaca en tercer lugar (Consejería de Salud, 2005). Del total de personas que fallecieron en Andalucía por IAM en 2016, el 39% fueron mujeres, porcentaje que creció al 56% para las enfermedades cerebrovasculares y al 67% en el caso de los fallecimientos por insuficiencia cardíaca. En la tabla se muestran algunos datos epidemiológicos sobre las enfermedades circulatorias más prevalentes en Andalucía.

Tabla 39. Indicadores de salud relacionados con Enfermedades Cardiovasculares, por sexo.
Andalucía 2015

Cardiopatía isquémica/infarto agudo de miocardio (IAM)	Mujeres	Hombres	BG
Número total de defunciones 2016	1186	1809	-623
Tasa de mortalidad ajustada por edad (por 100.000)	28,61	64,65	-36,04
Tasa de mortalidad prematura ajustada por edad (por 100.000)	7,61	31,79	-24,18
Tasa ajustada de hospitalización (por 10.000)	4,44	13,76	-9,32
Porcentaje de morbilidad informada (por 100)	1,17	2,07	-0,90
ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	Mujeres	Hombres	BG
Número total de defunciones 2016	3039	2341	698
Tasa de mortalidad ajustada por edad (por 100.000)	33,15	42,74	-9,59
Tasa de mortalidad prematura ajustada por edad (por 100.000)	8,33	15,34	-7,01
Tasa ajustada de hospitalización (por 10.000)	10,86	18,21	-7,35
Porcentaje de morbilidad informada (por 100)	0,51	0,68	-0,17

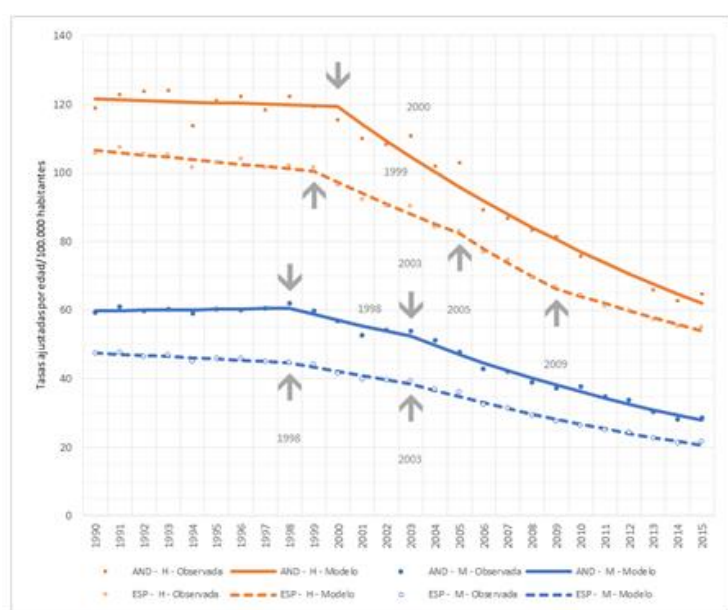
Fuente: Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud, Ministerio de Sanidad. Sistema de Vigilancia de la Salud de Andalucía (SIVSA), Consejería de Salud. Encuesta Andaluza de Salud 2015. Defunciones según causa de muerte 2016 - INE

En España, las tasas de mortalidad cardiovascular ajustadas por edad y las tasas específicas de edad, son mayores en los hombres (hasta los 85 años). Sin embargo, la mortalidad proporcional, las tasas brutas de mortalidad y el número absoluto de muertes son superiores en las mujeres (Dirección General de Salud Pública, 2012). Esta aparente paradoja es el resultado de varios factores. El riesgo coronario de los varones es similar al de las mujeres que son 10 años mayores que ellos, ya que en los hombres los infartos se presentan en edades más tempranas que en las mujeres. La presentación más tardía en las mujeres necesita de mayor investigación. Algunos estudios 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 (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007). Por otro lado, la enfermedad cardiovascular es mucho más frecuente en las edades avanzadas de la vida, donde el número de mujeres es muy superior al de hombres. Ello explica que las mujeres, a pesar de tener menos riesgo cardiovascular, tienen mayor mortalidad proporcional, bruta, y número de muertes por esta causa (Villar-Álvarez et al., 2007).

La mortalidad por **infarto agudo de miocardio** es elevada, y supone el 3,5% del total de muertes en mujeres y el 5% en hombres en Andalucía. Hay que tener en cuenta que dos tercios de los pacientes que fallecen lo hacen antes de llegar al hospital, mientras que la mortalidad hospitalaria se está reduciendo debido a mejoras terapéuticas. La elevada letalidad poblacional del IAM también se explica por la gran mortalidad observada en los mayores de 74 años (Consejería de Salud, 2005).

También es cierto que la mayor contribución a la reducción de la brecha de género en APVP en la última década se ha debido a la reducción de la brecha en mortalidad por enfermedades circulatorias (junto a las causas externas). En el gráfico se muestra la disminución de la mortalidad por cardiopatía isquémica en Andalucía, comparada con España, por sexo. Como se puede observar, la tasa de mortalidad es mayor en los hombres, pero también la tendencia a la disminución en más marcada en los varones, de tal manera que la brecha de género tiende a reducirse.

Gráfico 63. Tendencia de la mortalidad por cardiopatía isquémica en Andalucía y España. Tasas ajustadas por edad por 100.000 habitantes, 1990-2015



Fuente: Gráfico facilitado por Consejería de Salud (2018)

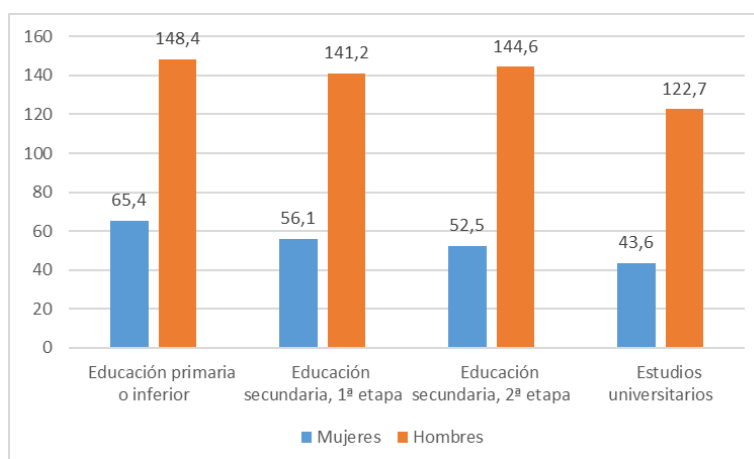
Existen diferencias de sexo-género en diversos aspectos de la patología cardiovascular. Se sabe, por ejemplo, que las características clínicas y etiológicas, el perfil de factores de riesgo cardiovascular, la

realización de pruebas diagnósticas, las medidas terapéuticas y el pronóstico de la cardiopatía isquémica son distintos entre hombres y mujeres (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009). Hasta hace unos años, la mayoría de estudios sobre esta patología se habían realizado con muestras mayoritariamente de varones, dibujando un cuadro de manifestaciones propias de los hombres que se denominaban “síntomas típicos”. Sin embargo, estudios posteriores incluyendo mujeres pusieron de manifiesto que los dolores precordiales que acompañan al infarto o lo preceden irradian más hacia las mandíbulas en las mujeres y no hacia el brazo izquierdo como ocurre en los hombres (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009a). Estos síntomas más frecuentes en mujeres eran calificados tradicionalmente como “síntomas atípicos”, en un ejemplo paradigmático de androcentrismo en el conocimiento médico. La dificultad para reconocer estos síntomas, tanto por parte de las mujeres como por los propios profesionales sanitarios, ha sido señalada como un ejemplo de sesgo de género en la atención sanitaria, que puede explicar el mayor retraso diagnóstico del IAM en las mujeres. Este hecho tiene una importancia fundamental, ya que hay evidencia sólida de que el tratamiento adecuado, aplicado lo más precozmente posible, mejora el pronóstico de los y las pacientes (Dirección General de Salud Pública, 2012).

El distinto patrón de presentación del infarto agudo de miocardio en hombres y mujeres podría explicarse por tanto 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 diferentes en hombres y mujeres, y que han sido escasamente estudiados (Dirección General de Salud Pública, 2012). Una amplia investigación realizada por la Sociedad Española de Cardiología sobre la situación de la enfermedad cardiovascular en la mujer (Sociedad Española de Cardiología, s/f) detectó diferencias entre hombres y mujeres en el perfil clínico y demográfico y en el uso de recursos terapéuticos que explican parte de las diferencias en la mortalidad y morbilidad observadas en mujeres con síndrome coronario agudo.

Otros determinantes sociales interactúan con el género para dar lugar a desigualdades en relación a estas patologías. En el gráfico se muestran las tasas estandarizadas de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón según el nivel de estudios, para España. Tanto en mujeres como en hombres, las tasas disminuyen conforme aumenta el nivel educativo, con diferencias más acusadas en las mujeres.

Gráfico 64. Tasas estandarizadas de mortalidad por Enfermedades isquémicas del corazón por sexo y nivel de estudio. 30 y más años. España 2016



Fuente: Defunciones según causa de muerte. Instituto Nacional de Estadística 2016

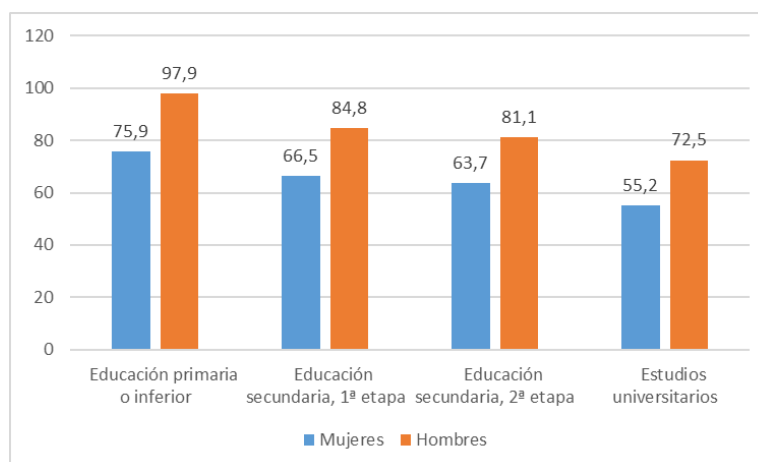
Según datos del INE las **enfermedades cerebrovasculares** agudas o ictus son la segunda causa de muerte en la población española y la primera causa de muerte en mujeres. En Andalucía se produjeron 5380 muertes por enfermedad cerebrovascular en el año 2016, de las cuales 3.039 fueron mujeres. En las mujeres, las enfermedades cerebrovasculares son la primera causa de mortalidad y suponen el 9% del total de muertes (el 6,5% en hombres). Además, el ictus es la causa más importante de invalidez o discapacidad a largo plazo en las personas adultas y la segunda causa de demencia: se estima que, de forma global, entre los supervivientes del ictus el 44% quedan con una dependencia funcional (Consejería de Salud, 2011).

En las mujeres, el peso del ictus como causa de pérdida de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) es mayor que en los hombres, ocupando el tercer lugar después de la depresión unipolar y las demencias (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009b).

Desde una perspectiva de género, el ictus representa un problema diferente en los hombres y en las mujeres. Según el Plan Andaluz de Ictus (Consejería de Salud, 2011) las mujeres, a partir de los 60 años, tienen mayor prevalencia que los hombres de factores de riesgo, ingresan menos, reciben un menor número de procedimientos terapéuticos eficaces y las tasas de mortalidad son mayores que en los hombres. Todo ello se produce de 10 a 15 años más tarde que en los hombres. La prevalencia ajustada por edad es más baja en mujeres que en hombres, aunque en las edades más avanzadas la proporción aumenta más en las mujeres. La incidencia de ictus aumenta claramente con la edad, sobre todo en las mujeres. Según datos del Plan Andaluz, en los hombres el 66,5% de los ictus se dan en personas de 65 ó más años y en las mujeres este porcentaje aumenta al 80,3% (Consejería de Salud, 2011). Por todo ello, el ictus es un problema de salud que requiere un abordaje de género, no solo por su frecuencia sino por el impacto que origina a nivel individual, familiar y social en las personas que lo padecen, especialmente en personas mayores y en mujeres, así como en sus cuidadoras, mayoritariamente mujeres también.

En este caso, también hay diferencias en las tasas de mortalidad según el nivel educativo. Como se ve en el gráfico (datos para España), la mortalidad por enfermedades cerebrovasculares sigue un gradiente descendente a medida que aumenta el nivel de estudios, y esto ocurre tanto para mujeres como para hombres.

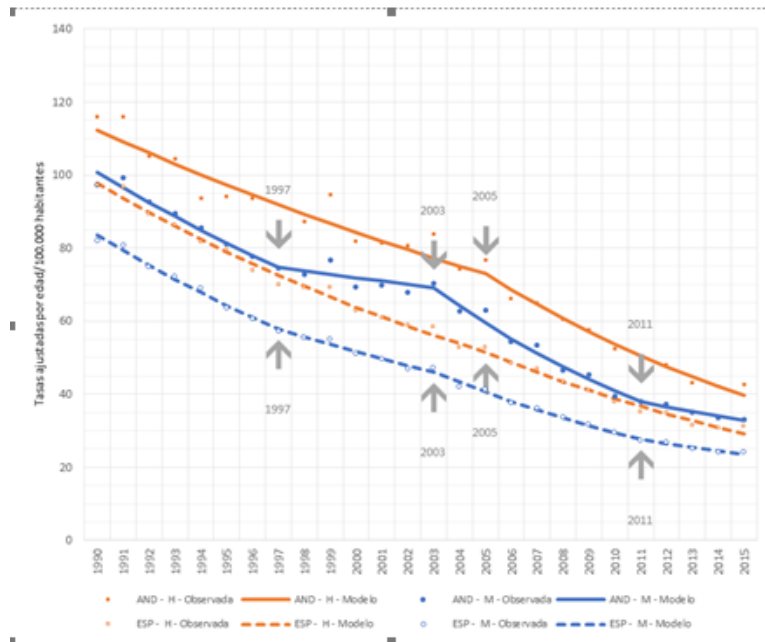
Gráfico 65. Tasas estandarizadas de mortalidad por Enfermedades cerebrovasculares por sexo y nivel de estudio. 30 y más años. España 2016



Fuente: Defunciones según causa de muerte. Instituto Nacional de Estadística 2016

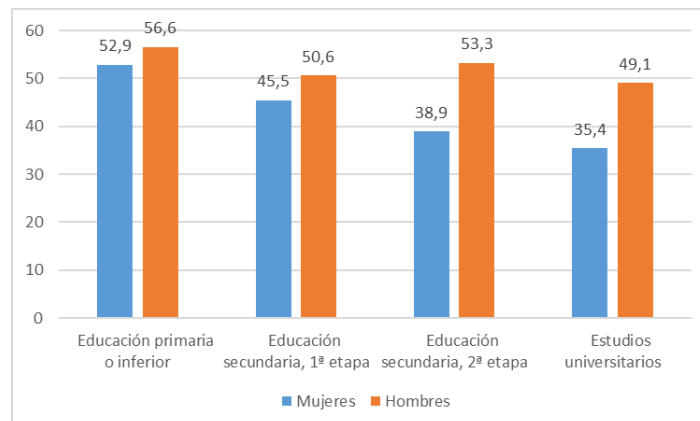
La tendencia de la mortalidad por enfermedad cerebrovascular en Andalucía es descendente, aunque con una brecha de género que se mantiene a lo largo del periodo mostrado.

Gráfico 66. Tendencia de la mortalidad por enfermedad cerebrovascular en Andalucía y España. Tasas ajustadas por edad por 100.000 habitantes, 1990-2015



Fuente: Gráfico facilitado por Consejería de Salud (2018)

Gráfico 67. Tasas estandarizadas de mortalidad por Insuficiencia cardiaca por sexo y nivel de estudio, 30 y más años. España 2016



Fuente: Defunciones según causa de muerte. Instituto Nacional de Estadística 2016

La segunda causa de muerte en las mujeres en Andalucía es la **insuficiencia cardiaca**, que contribuye al 7,2% del total de muertes en ellas (3,6% en ellos). Además, es una importante causa de morbilidad hospitalaria, ya que constituye el primer motivo de hospitalización en mayores de 65 años (Consejería de Salud, 2005). En Andalucía, hubo 3705 defunciones por insuficiencia cardíaca en 2016, de las cuales 2435 fueron mujeres (7,2% de la mortalidad total en mujeres) y 1270 fueron hombres (3,5% de la mortalidad total). En cifras absolutas, las defunciones por esta causa son el doble en mujeres que en hombres; esto es debido a que la población femenina es más envejecida, y las tasas de mortalidad por esta enfermedad aumentan con la edad. También para la mortalidad por insuficiencia cardiaca se evidencia un gradiente inverso según el nivel de estudios (datos para España), con tasas más elevadas

en niveles educativos más bajos. En este caso, la brecha de género en mortalidad (que es desfavorable a los hombres) aumenta en los niveles educativos superiores.

La evolución temporal de las tasas ajustadas es descendente, habiéndose reducido en un tercio en las últimas décadas, si bien el número absoluto de defunciones permanece invariable en hombres e incluso aumenta en las mujeres (Consejería de Salud, 2005).

El incremento de la esperanza de vida de las mujeres (y de los hombres) en Europa se ha debido en gran parte al descenso de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares (OMS, 2016a; Di Cesare, 2013). Sin embargo, aunque la enfermedad isquémica del corazón y el ictus son las principales causas de mortalidad de las mujeres en la región europea, las enfermedades cardiovasculares son aún percibidas como una enfermedad “de hombres” (OMS, 2016a). Ya en 1991, Bernadine P. Healy, primera mujer directora de los Institutos de Salud de Estados Unidos, denominó “síndrome de Yentl”⁷ al hecho de que la probabilidad de que una mujer no reciba tratamiento adecuado para una enfermedad o problema cardiovascular es mucho mayor que para un hombre, porque tradicionalmente son enfermedades asociadas a los hombres (Healy, 1991) .

El estudio español antes citado sobre enfermedades cardiovasculares en las mujeres (Sociedad Española de Cardiología, s/f) detectaba diferencias entre hombres y mujeres en el perfil clínico y demográfico y en el uso de recursos terapéuticos que explican parte de las diferencias en la mortalidad y morbilidad observadas en las mujeres, lo que es más evidente en las patologías más graves, como la insuficiencia cardíaca y, sobre todo, el síndrome coronario agudo. Así mismo, identificaba oportunidades de mejora, como campañas de sensibilización que incidan en la concienciación de que las enfermedades cardiovasculares (y en especial, la cardiopatía isquémica) afectan de manera importante a las mujeres. Por otra parte, recomendaba programas que cambien la actitud de todos los ámbitos asistenciales para mejorar la identificación precoz de las mujeres con síndrome coronario agudo, así como el resto de las patologías relacionadas con la cardiopatía isquémica, como la insuficiencia cardíaca y la hipertensión arterial, entre otras.

⁷ Este nombre hace alusión a la famosa película *Yentl*, dirigida y protagonizada por Barbra Streisand en 1983, en la que una joven judía se disfraza de hombre para educarse en las leyes y la religión judía, en una época en la que estas actividades estaban vetadas a las mujeres. Healy indica que, debido a los sesgos de género en medicina, las mujeres tendrían que mostrar los mismos síntomas que presentan los varones (de manera similar al disfraz de Yentl) para poder ser atendidas igual.

LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES: EJEMPLO PARADIGMÁTICO DE SESGOS DE GÉNERO EN SALUD

Las diferencias de sexo-género en la patología cardiovascular están ampliamente establecidas. Por ejemplo, en el caso de la cardiopatía isquémica, las características clínicas y etiológicas, el perfil de factores de riesgo cardiovascular, la realización de pruebas diagnósticas, las medidas terapéuticas y el pronóstico son distintos en hombres y en mujeres. Los síntomas de infarto agudo de miocardio más frecuentes en mujeres han sido denominados tradicionalmente como “síntomas atípicos”, en un ejemplo paradigmático de androcentrismo en el conocimiento médico. La dificultad para reconocer estos síntomas, tanto por parte de las mujeres como por los propios profesionales sanitarios, ha sido señalada como un ejemplo de sesgo de género en la atención sanitaria, que puede explicar el mayor retraso diagnóstico del IAM en las mujeres.

Por otra parte, las enfermedades cerebrovasculares, y en especial el ictus, representan un problema diferente en los hombres y en las mujeres. Las mujeres, a partir de los 60 años, tienen mayor prevalencia que los hombres de factores de riesgo, ingresan menos, reciben un menor número de procedimientos terapéuticos eficaces y las tasas de mortalidad son mayores que en los hombres. La incidencia de ictus aumenta claramente con la edad, sobre todo en las mujeres.

Aunque la enfermedad isquémica del corazón y el ictus son las principales causas de mortalidad de las mujeres en la región europea, las enfermedades cardiovasculares son aún percibidas como una enfermedad “de hombres”, lo cual dificulta un abordaje correcto desde los servicios de salud, tanto en la prevención de los factores de riesgo, como en el diagnóstico adecuado y en las medidas terapéuticas necesarias.

Una de las patologías crónicas más frecuentes es la **diabetes (DM)**, que a su vez es un importante factor de riesgo para enfermedades cardiovasculares. Aunque es de predominio masculino, la diabetes es una de las enfermedades endocrinas que más afecta a las mujeres. En Andalucía se produjeron 1480 defunciones por esta causa en 2016, de las cuales 844 (el 57%) fueron mujeres. Las muertes por DM suponen el 2,5% del total de muertes en mujeres y el 1,8% en varones. A estos datos habría que añadir un porcentaje desconocido de muertes por enfermedad cardiovascular que puede ser directamente atribuible a esta enfermedad (Dirección General de Salud Pública, 2012). Además, la DM comporta un importante deterioro de la calidad de vida de las personas que la padecen. Por ejemplo, la diabetes es la primera causa de ceguera en personas adultas, y se estima que en Andalucía hay 4600 personas con discapacidad visual atribuible a la DM, de las cuales 2450 serían mujeres y 2150 hombres (Consejería de Salud, 2016).

Como se muestra en la siguiente tabla, tanto en los indicadores de mortalidad como en los de morbilidad por DM, en Andalucía la brecha de género es desfavorable para los hombres, aunque el número total de muertes es mayor en mujeres. Así mismo, los hombres informan en mayor proporción de su padecimiento, y son hospitalizados con mayor frecuencia por esta causa.

Tabla 40. Indicadores de salud relacionados con Diabetes, por sexo. Andalucía 2015-2016

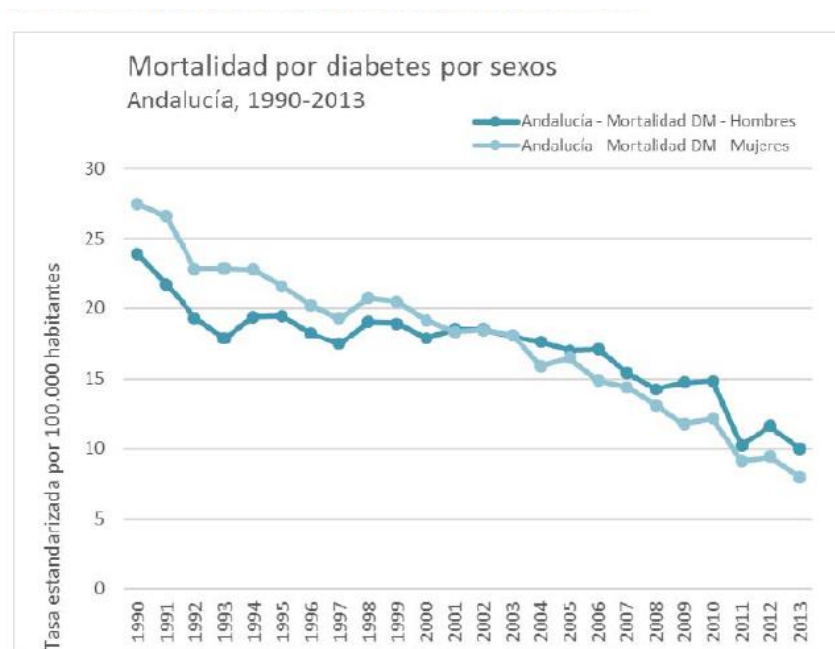
Indicador	Mujeres	Hombres	BG
Número total de defunciones	844	636	+208
Tasa estandarizada de mortalidad (por 100.000)	10,10	12,62	-2,52
Tasa de mortalidad prematura ajustada por edad (por 100.000)	2,34	4,53	-2,19
Tasa estandarizada de APVP (por 100.000)*	11,41	23,82	-12,41
Tasa ajustada de hospitalización (por 10.000)	2,53	4,38	-1,85
Porcentaje de morbilidad informada (por 100)	7,70	9,22	-1,52

(*) Este indicador es para 2013.

Fuente: Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud, Ministerio de Sanidad. Sistema de Vigilancia de la Salud de Andalucía (SIVSA), Consejería de Salud. Encuesta Andaluza de Salud 2015. Defunciones según causa de muerte 2016 – INE

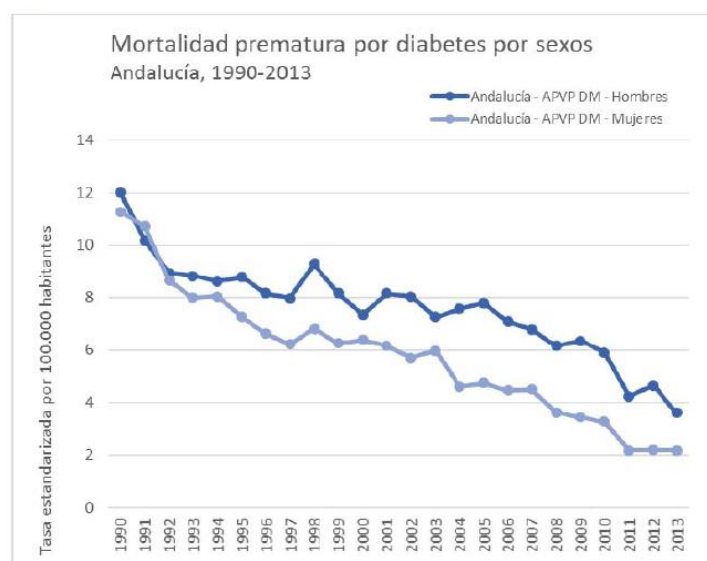
El Plan Andaluz de Diabetes (Consejería de Salud, 2016b), señala que la evolución de las tasas de mortalidad por DM en Andalucía ha sido especialmente favorable en mujeres, tanto para la mortalidad total como para la mortalidad prematura.

Gráfico 68. Tasas estandarizadas de mortalidad por diabetes, por sexo. Andalucía 1990-2013



Fuente: Gráfico facilitado por Consejería de Salud (2018)

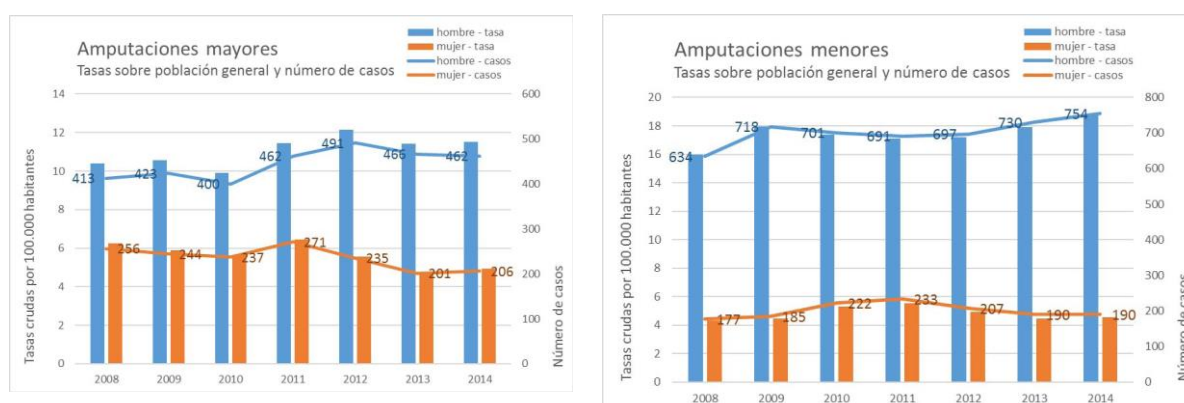
Gráfico 69. Tasas estandarizadas de mortalidad prematura por diabetes, por sexo.
Andalucía 1990-2013



Fuente: Gráfico facilitado por Consejería de Salud (2018)

Las complicaciones secundarias de la diabetes (infarto agudo de miocardio –IAM-, ictus y amputaciones de miembros inferiores) suponen una causa frecuente de hospitalización, con una tendencia prácticamente estable durante el periodo 2008-2014. Durante el mismo periodo, las tasas de ingresos por complicaciones agudas de la diabetes (cetoacidosis, con tasas similares en ambos sexos, y descompensación hiperosmolar, más frecuente en mujeres) son bajas y en descenso progresivo, tanto en tasas referidas a población general como en las referidas a población con diabetes (Consejería de Salud, 2016b). Como se puede observar en los siguientes gráficos tomados del Plan Andaluz de Diabetes, tanto las amputaciones mayores como las menores son más frecuentes en hombres. Habría que estudiar con mayor profundidad las causas de este hecho, teniendo en cuenta los determinantes de género que puede haber detrás, como la mayor atención que le prestan las mujeres al cuidado de la propia salud y la menor utilización de los servicios sanitarios por parte de los varones.

Gráfico 70. Evolución de las tasas crudas de amputaciones mayores y menores por sexo.
Andalucía 2016

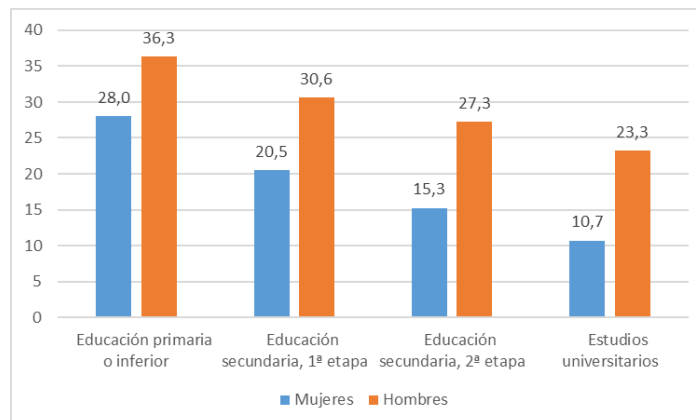


Fuente: Plan Andaluz de Diabetes 2016

La edad avanzada, la obesidad, la presencia de historia familiar de diabetes, el sedentarismo, la tolerancia alterada a la glucosa, la hipertensión arterial y la hiperlipemia son factores de riesgo que se asocian con el desarrollo de Diabetes (Shaw, 1999).

También en este caso, los determinantes sociales interactúan con el género para evidenciar desigualdades en salud. En el siguiente gráfico se muestra cómo las tasas estandarizadas de mortalidad por DM disminuyen cuando aumenta el nivel educativo, en ambos sexos, y que la brecha de género es mayor cuanto más elevado es el nivel de estudios (datos para España).

Gráfico 71. Tasas estandarizadas de mortalidad por Diabetes mellitus por sexo y nivel de estudio, 30 y más años. España 2016

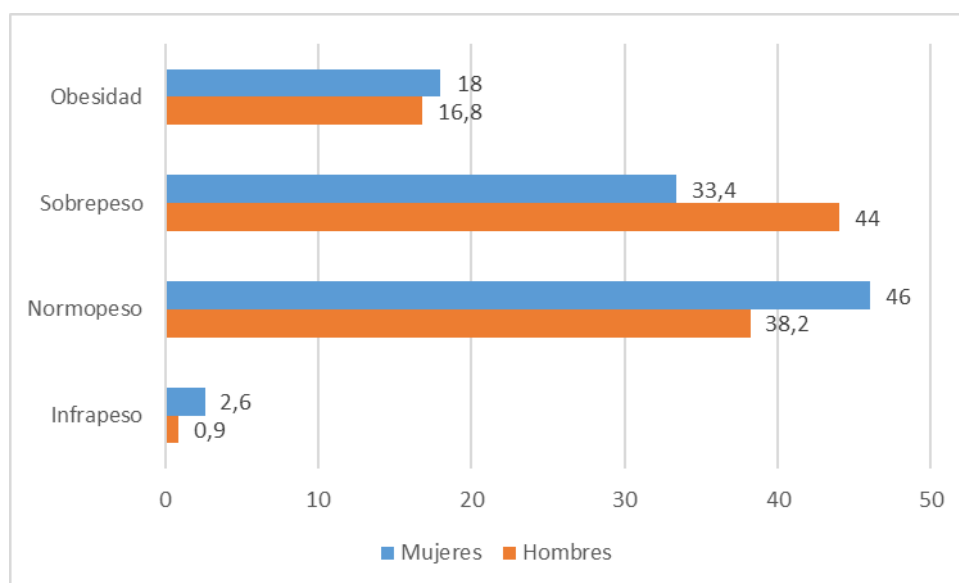


Fuente: Defunciones según causa de muerte. Instituto Nacional de Estadística 2016

Así mismo, el aumento en la prevalencia de la obesidad está contribuyendo a aumentar la incidencia de la enfermedad. El exceso de peso es el principal factor de riesgo de la diabetes tipo 2, que tiene una alta prevalencia en mujeres mayores de 40 años (Dirección General de Salud Pública, 2012). A la obesidad hay que añadir la menor actividad física en el tiempo libre y el incremento del sedentarismo, especialmente en mujeres mayores. La prevalencia autodeclarada de sobrepeso y obesidad en Andalucía es superior a la media nacional, tiene una tendencia creciente y se sitúa entre las más elevadas de todas las comunidades autónomas (Consejería de Salud, 2016b).

La **obesidad** es un problema de salud que va en aumento en nuestro contexto y afecta a una gran proporción de la población. Según datos de la Encuesta Andaluza de Salud 2015, un 38,7% de la población adulta padece sobrepeso y un 17,4% obesidad, en total un 56% de las personas de 16 años o más en nuestra comunidad tienen un peso superior al normal. El sobrepeso es más frecuente en los hombres, mientras que la obesidad es ligeramente más frecuente en las mujeres. Aunque en global, el exceso de peso afecta en mayor medida a los hombres (60,7%) que a las mujeres (51,1%).

Gráfico 72. Porcentaje de personas por niveles del IMC por sexo. Andalucía 2015



Fuente: Elaboración propia. Encuesta Andaluza de Salud 2015.

Nota: categorización de IMC con estándares de WHO <http://www.who.int/features/factfiles/obesity/facts/es/>

Tabla 41. Porcentaje de personas en cada categoría del IMC por sexo y resto de variables. Andalucía 2015

	Mujeres				Hombres			
	Infra-peso	Normo-peso	Sobre-peso	Obesidad	Infra-peso	Normo-peso	Sobre-peso	Obesidad
Total	2,6	46	33,4	18	0,9	38,2	44	16,8
Edad:								
Menores de 30	6,4	65,5	21,2	6,9	3	64,9	25,9	6,2
30-44	2,6	54,2	30	13,2	0,5	41,4	46,2	11,9
45-64	1	38	39,9	21	0,3	27,5	48,3	23,9
65-79	1,1	24,5	42,2	32,3	0,2	18,9	55,7	25,2
80 y más	0,9	24,3	39,1	35,7	0,7	25	50,7	23,5
Nivel educativo:								
Primarios	1,9	32,4	39,5	26,2	0,6	28,8	48,6	22
Segundarios	3,7	57,1	28,5	10,8	1,5	45,9	39,7	12,9
Superiores	2,2	62,9	25,9	9	0,6	47	41,1	11,2
Hábitat:								
Rural	3,8	38,7	36,8	20,8	0,9	43,1	39,4	16,5
Semi-rural	2,6	44,7	33,9	18,9	0,4	32,9	46,2	20,5
Urbano	2,6	46,6	33,2	17,7	1	39	43,8	16,1
País nacimiento:								
España	2,7	45,7	33,7	17,9	0,9	37,5	44,4	17,1
Extranjero	1,5	50,7	28,8	19	0,7	51,7	35,8	11,9

Fuente: Elaboración propia. Encuesta Andaluza de Salud 2015.

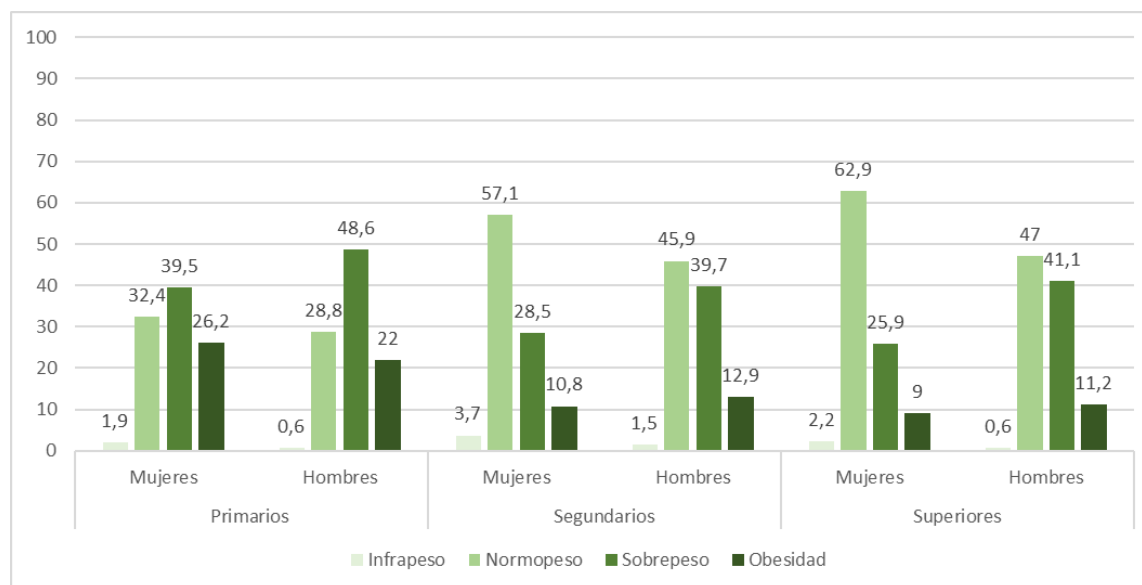
Nota: categorización de IMC con estándares de WHO <http://www.who.int/features/factfiles/obesity/facts/es/>

Este problema de salud no afecta por igual a diferentes grupos de mujeres y de hombres. Tanto la obesidad como el sobrepeso van aumentando con la edad, de modo que el 30% de las personas mayores de 80 años son obesas en nuestra comunidad. A partir de los 45 años, más del 20% de las mujeres presentan obesidad, alcanzando un porcentaje superior al 35% en mayores de 80 años. El sobrepeso afecta a más del 20% de las mujeres jóvenes (de 16 a 30 años) y a un 26% de los hombres

en este rango de edad. Son también las jóvenes las que presentan un peso inferior al normal con mayor frecuencia (6,4%), el doble que, en los varones, disminuyendo este porcentaje con la edad.

También se observan diferencias según el nivel educativo. Son las mujeres con estudios primarios las que presentan mayor prevalencia de obesidad (26,2%), mientras que son los hombres de este nivel de estudios los que tienen con mayor frecuencia sobrepeso (48,6%). Por el contrario, el peso inferior al normal predomina en las mujeres con estudios secundarios y superiores.

Gráfico 73. Porcentaje de personas por niveles del IMC por sexo y nivel educativo. Andalucía 2015



Fuente: Elaboración propia. Encuesta Andaluza de Salud 2015.

Nota: categorización de IMC con estándares de WHO <http://www.who.int/features/factfiles/obesity/facts/es/>

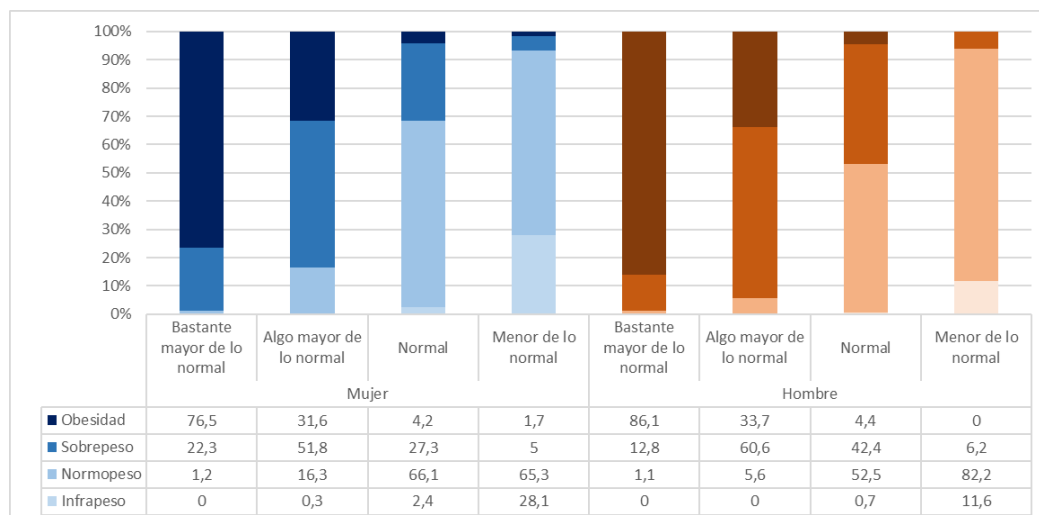
En cuanto a otros determinantes, las mayores prevalencias de obesidad y sobrepeso se dan en las mujeres que viven en entornos rurales, mientras que en los hombres ambas condiciones se dan más en entornos semi-rurales. Tanto el sobrepeso como la obesidad se presentan con mayor frecuencia en hombres nacidos en España, mientras que son las mujeres nacidas en otros países las que presentan una mayor tasa de obesidad.

Se sabe que las desigualdades sociales en sobrepeso y obesidad son consistentemente peores en mujeres, y que la tasa de obesidad disminuye conforme aumenta el nivel de ingresos (OMS, 2016a). Las mujeres de los grupos socio-económicos más bajos son más vulnerables para desarrollar obesidad que los hombres de un nivel social similar (Loring, 2014). Además, las consecuencias de la obesidad parecen ser peores en las mujeres. En los países de Europa, donde también están aumentando las tasas de obesidad en la población, las mujeres se ven afectadas desproporcionadamente por los cánceres relacionados con la obesidad (como cáncer de endometrio, de colón y de mama), así como por la diabetes relacionada con la obesidad (OMS, 2016a). Según el Plan Andaluz de Diabetes (Consejería de Salud, 2016b), tanto la diabetes como la prediabetes son más frecuentes en Andalucía que en el resto de España y esta situación se explica fundamentalmente por la mayor prevalencia de obesidad y sobrepeso en nuestra comunidad.

Sin embargo, a pesar de que los hombres presentan un exceso de peso con mayor frecuencia que las mujeres, son ellas las que perciben en mayor medida que su peso es “mayor de lo normal”. En total, el

38% de las mujeres adultas en Andalucía piensa que pesan más de lo normal, frente al 32% de los hombres, diferencias que son estadísticamente significativas. El 31,5% de las mujeres que perciben su peso como normal, tienen sobrepeso/obesidad (de acuerdo con su IMC), mientras que esto ocurre en el 46,8% de los hombres. Por el contrario, el 1,2% de las mujeres que perciben su peso como “bastante mayor de lo normal” y el 16,3% de las que dicen que su peso es “algo mayor de lo normal”, tienen normopeso. En los hombres estos porcentajes son bastante menores (1,1% y 5,6% respectivamente).

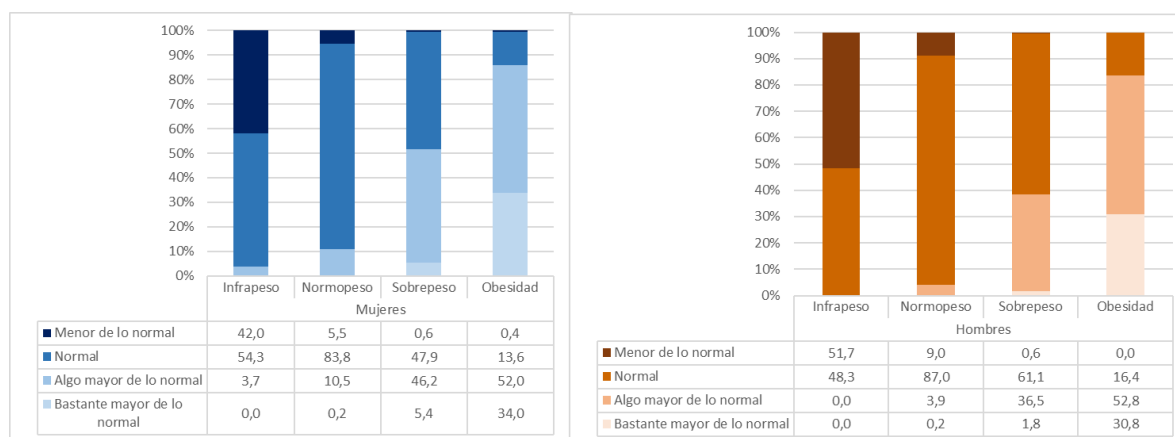
Gráfico 74. Porcentaje de personas según la percepción de su peso en relación a su IMC, por sexo. Andalucía 2015



Fuente: Elaboración propia. Encuesta Andaluza de Salud 2015.

Si tenemos en cuenta cuál es la percepción del peso en relación al IMC, se observan igualmente discrepancias. El 3,7% de las mujeres que tienen infrapeso, consideran que su peso está por encima del normal (0% en hombres), y el 54% piensan que su peso es normal (48% en hombres). El 10,7% de las que tienen normopeso, consideran que su peso está por encima del normal, porcentaje que casi triplica al de los varones. Esto ocurre de manera similar con el sobrepeso: los hombres que consideran que su peso es normal teniendo sobrepeso superan en un 13% a las mujeres en esta situación.

Gráfico 75. Porcentaje de personas que perciben su peso, menor a lo normal, normal o por encima de lo normal, según su IMC, por sexo. Andalucía 2015



Fuente: Elaboración propia. Encuesta Andaluza de Salud 2015.

Se trata de un claro ejemplo de cómo las normas y los estereotipos de género afectan negativamente a la propia imagen corporal de las mujeres, que se sienten más disconformes con su peso que los hombres, a pesar de que las medidas objetivas indican que son ellos los que padecen con más frecuencia un IMC por encima del normal. Y esto ocurre en las chicas desde edades tempranas: el estudio HBSC sobre hábitos en escolares auspiciado por la OMS concluye que los estereotipos de género llevan a las chicas de todos los países de la región europea encuestados a pensar que están “demasiado gordas”, un hecho que aumenta con la edad desde los 11 a los 15 años. Según datos del estudio HBSC 2014, el 43% de las chicas de 15 años estaban insatisfechas con sus cuerpos, casi el doble que los chicos de la misma edad, y el 26% reportaron estar a dieta, pese a que solo 13% tenían sobrepeso (Inchley , 2016). Esta distorsión de la imagen corporal, muy relacionada por las normas sociales que el sistema de género impone sobre el cuerpo de las mujeres, puede derivar en trastornos de la conducta alimentaria (anorexia y bulimia), que afectan con mayor frecuencia a las mujeres, especialmente en edades más jóvenes, y que constituyen una preocupación importante de salud pública.

EL EXCESO DE PESO ES MÁS FRECUENTE EN LOS HOMBRES, PERO LAS MUJERES PIENSAN QUE ESTÁN MÁS GORDAS DE LO NORMAL

La obesidad es un importante problema de salud pública que va en aumento en nuestro contexto y afecta a una gran proporción de la población. Un 56% de las personas de 16 años o más en nuestra comunidad tienen un peso superior al normal. El sobrepeso es más frecuente en los hombres, mientras que la obesidad es ligeramente más prevalente en las mujeres. En términos globales, el exceso de peso afecta en mayor medida a los hombres que a las mujeres (con 10 puntos porcentuales de diferencia). Aunque el exceso de peso aumenta con la edad, más del 20% de las mujeres jóvenes tienen sobrepeso, y más del 25% de los hombres de esa edad. Son también las mujeres jóvenes las que presentan un peso inferior al normal con mayor frecuencia, el doble que en los varones. Las mujeres de los grupos socio-económicos más bajos son más vulnerables para desarrollar obesidad que los hombres de un nivel social similar. Además, las consecuencias de la obesidad parecen ser peores en las mujeres.

Sin embargo, a pesar de que los hombres presentan un exceso de peso con mayor frecuencia que las mujeres, son ellas las que perciben en mayor medida que su peso es “mayor de lo normal”. En total, el 38% de las mujeres adultas en Andalucía piensa que pesa más de lo normal, frente al 32% de los hombres. Se trata de un claro ejemplo de cómo las normas y los estereotipos de género afectan negativamente a la propia imagen corporal de las mujeres, que se sienten más disconformes con su peso que los hombres, a pesar de que las medidas objetivas indican que son ellos los que padecen con más frecuencia un IMC por encima del normal. Esta distorsión de la imagen corporal, muy relacionada por las normas sociales que el sistema de género impone sobre el cuerpo de las mujeres, puede derivar en trastornos de la conducta alimentaria (anorexia y bulimia), que afectan con mayor frecuencia a las mujeres, especialmente en edades más jóvenes, y que constituyen una preocupación importante de salud pública.

Las **enfermedades respiratorias crónicas** y especialmente la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) son causa de elevada morbilidad, mortalidad y discapacidad. En Andalucía murieron 2079 hombres y 402 mujeres por estas patologías en 2016. Esto supone un 5,8% del total de muertes en hombres, y un 1,2% en mujeres. En la tabla siguiente se muestran algunos indicadores de salud de este tipo de patología.

Tabla 42. Indicadores de salud relacionados con Enfermedades Crónicas de Vías Respiratorias/EPOC

Indicador	Mujeres	Hombres	BG
Número total de defunciones	402	2079	-1677
Tasa de mortalidad ajustada por edad (por 100.000)	6,69	37,02	-30,33
Tasa de mortalidad prematura ajustada por edad (por 100.000) ¹	2,26	11,14	-8,88
Tasa ajustada de hospitalización (por 10.000)	2,07	10,19	-8,12
Porcentaje de morbilidad informada (por 100) ²	1,23	2,04	-0,81

(1) Se refiere a Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores; (2) Incluye Enfermedad crónica del pulmón/enfisema/bronquitis crónica.

Fuente: Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud, Ministerio de Sanidad. Sistema de Vigilancia de la Salud de Andalucía (SIVSA), Consejería de Salud. Encuesta Andaluza de Salud 2015. Defunciones según causa de muerte 2016 - INE

Aunque tanto la mortalidad como la morbilidad es claramente superior en los varones, se estima que más del 70% de pacientes con criterios de EPOC estaría sin diagnosticar, y que este infradiagnóstico es mayor en mujeres (Ancochea, 2013). El principal factor de riesgo de la EPOC es la exposición y/o inhalación del humo del tabaco, incluido el ambiental o la exposición pasiva. A lo largo de los años, la prevalencia de EPOC se ha ido incrementando en mujeres, como consecuencia de su incorporación al hábito tabáquico (Miravittles, 2017). En Estados Unidos las muertes por EPOC en mujeres han superado por primera vez a las de los hombres y se han triplicado en los últimos 20 años (Han et al., 2007). Existen diferencias en la presentación del cuadro clínico en mujeres y en hombres. Las mujeres con EPOC tienen una mayor afectación de la calidad de vida relacionada con la salud, experimentan síntomas a edades más tempranas y con un grado de obstrucción menor al flujo aéreo (Ancochea, 2013).

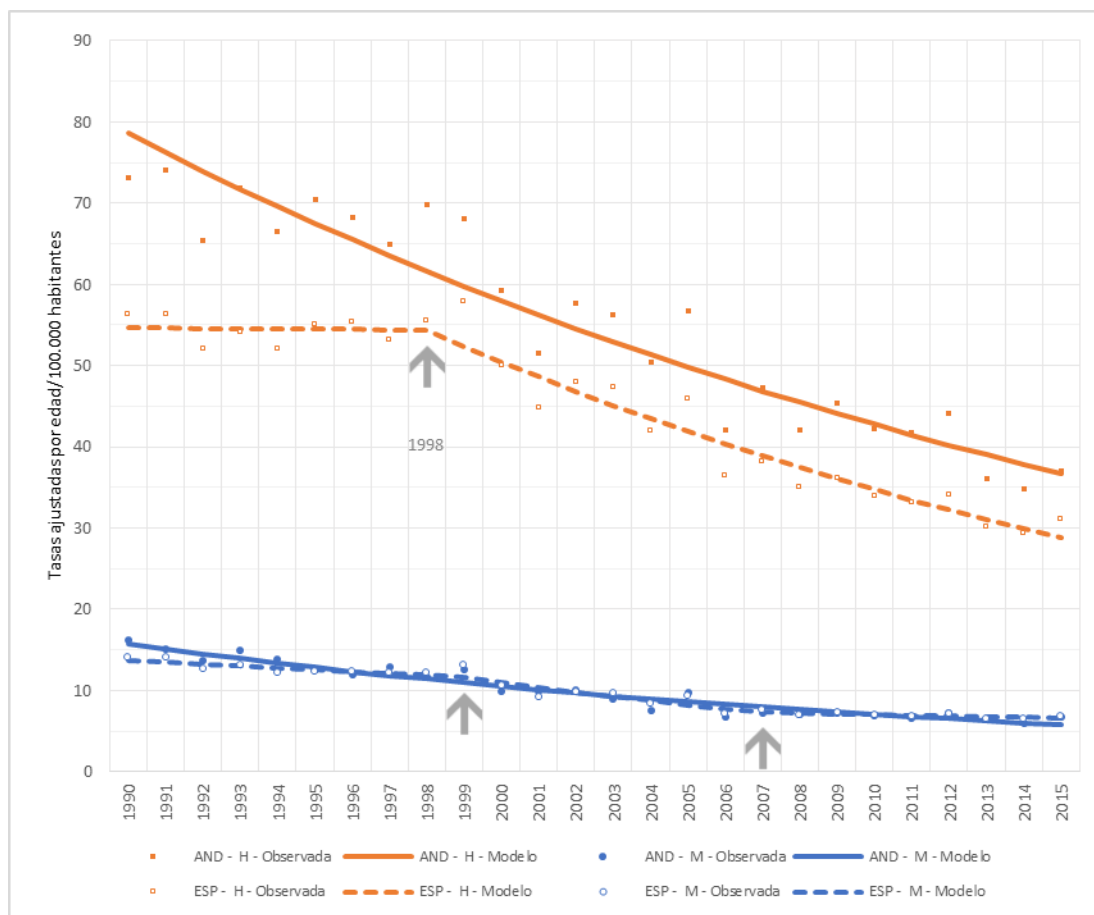
A pesar de estos datos, existe un claro sesgo diagnóstico en EPOC debido a que se sigue considerando una patología típicamente de varones. La tendencia de la mortalidad por EPOC en Andalucía durante los últimos años ha sido decreciente, con un descenso más acusado en hombres que en mujeres.

Las **enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas** incluyen un espectro amplio de condiciones que van desde enfermedades de inicio y curso agudo hasta otras de larga evolución. Se incluyen una amplia variedad de procesos que engloban entre otras, a todas las enfermedades articulares, las del tejido conectivo, los procesos que afectan a la columna vertebral, los reumatismos de partes blandas, la artrosis y la osteoporosis (Pérez-Venegas, 2018).

Este tipo de patologías se caracterizan por su alta prevalencia, su tendencia a la cronicidad y su potencial para ocasionar discapacidad, ya que se asocian con dolor y limitación de la movilidad. Tienen un gran impacto en la calidad de vida y la funcionalidad de las personas que las padecen y son una importante causa de consumo de recursos sanitarios y pérdida de productividad laboral. En Andalucía, causan la mayor carga de enfermedad (27%), seguidas de las enfermedades del aparato circulatorio y el cáncer (Pérez-Venegas, 2018).

La frecuencia de estas enfermedades varía según el sexo y por grupos de edad, dependiendo de la patología. En la tabla que sigue se muestran algunos indicadores referidos a este tipo de procesos.

Gráfico 76. Tendencia de la mortalidad por Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) en Andalucía y España. Tasas ajustadas por edad por 100.000 habitantes, 1990 – 2015



Fuente: Gráfico facilitado por Consejería de Salud (2018)

Tabla 43. Indicadores de salud relacionados con Enfermedades Reumáticas y Musculoesqueléticas

Indicador	Mujeres	Hombres	BG
Tasa de mortalidad ajustada por edad (por 100.000) ¹	10,94	9,86	1,08
Tasa estandarizada de APVP (por 100.000) ¹	26,72	32,68	-5,96
Tasa ajustada de hospitalización (por 10.000)	32,20	26,50	5,70
Porcentaje de morbilidad informada (por 100) (DOLOR DE ESPALDA)	13,30	8,10	5,20
Porcentaje de morbilidad informada (por 100) (ARTRITIS O REUMATISMO)	8,75	3,71	5,04
Porcentaje de morbilidad informada (por 100) (FIBROMIALGIA)	3,45	0,40	3,05

(1) Corresponde al capítulo de Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo.

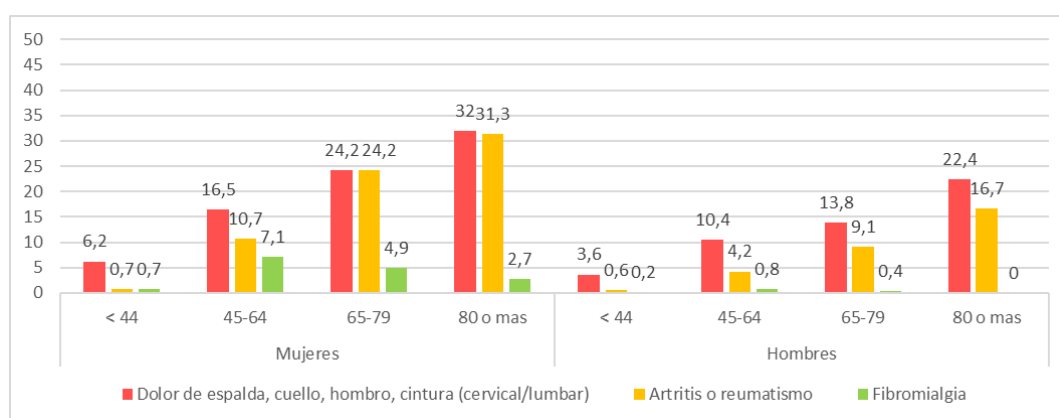
Fuente: Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud, Ministerio de Sanidad. Sistema de Vigilancia de la Salud de Andalucía (SIVSA), Consejería de Salud. Encuesta Andaluza de Salud 2015. Defunciones según causa de muerte 2016 - INE

Como se puede observar, tanto el dolor de espalda, como la artritis o reumatismo y la fibromialgia, son patologías más frecuentes en mujeres. El dolor de espalda es el segundo problema crónico más frecuente en mujeres (el cuarto en hombres), mientras que la artritis o reumatismo ocupa el cuarto lugar en mujeres, doblando la prevalencia a la de los hombres. Además de la elevada prevalencia de estas enfermedades, también las mujeres consumen más medicamentos para el dolor, artritis o reumatismo y sufren más episodios de hospitalización por este tipo de patologías que los varones.

La prevalencia del **dolor de espalda** en la población aumenta con la edad, y es mayor en las mujeres para todos los grupos. Existe también un gradiente social y educativo, con mayor frecuencia entre los grupos de menor nivel de estudios (Pérez-Venegas, 2018). Un gran número de las personas que lo padecen sufren alguna limitación a causa de este dolor: el 73% de las mujeres y el 70% de los hombres (diferencias no significativas). También es elevado el consumo de medicamentos por este motivo, y aquí las diferencias por sexo son significativas: 79% de las mujeres y 71,5% de los hombres.

En el caso de la **artritis o reumatismo**, la prevalencia también aumenta con la edad (en este caso, a partir de los 45 años) en ambos sexos, con tasas más elevadas en las mujeres, que doblan o triplican a las de los hombres en determinados grupos de edad. Las diferencias entre mujeres y hombres en la ingesta de fármacos y en la limitación que producen estas patologías es significativa: el 83% de las mujeres (el 73% de los hombres) toman medicación para este problema; mientras que el 80% de ellas (el 72% de ellos) sufren alguna limitación a causa de su enfermedad.

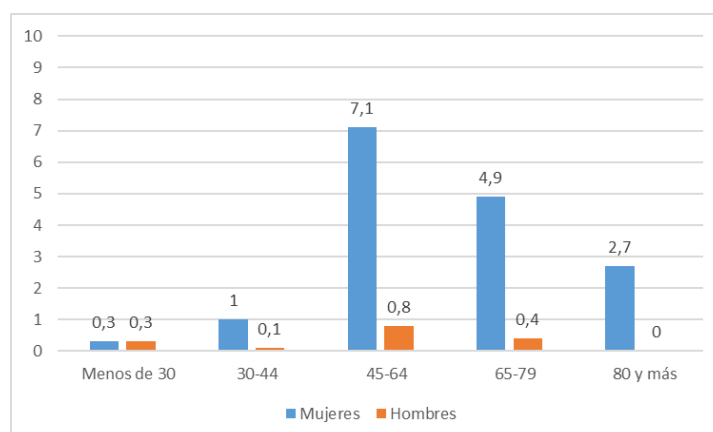
Gráfico 77. Porcentaje de personas por sexo que padecen determinadas enfermedades reumáticas o musculoesqueléticas, por sexo y edad. Andalucía 2015



Fuente: Elaboración propia. Encuesta Andaluza de Salud 2015.

Para la **fibromialgia**, el patrón de edad es diferente, aunque no así el de sexo. La prevalencia en mujeres es también claramente superior, aunque en este caso afecta con más frecuencia a las mujeres entre 45 y 64 años.

Gráfico 78. Porcentaje de personas que padecen fibromialgia, por sexo y edad. Andalucía 2015



Fuente: Elaboración propia. Encuesta Andaluza de Salud 2015.

La fibromialgia supone un importante deterioro de la calidad de vida para las personas que la padecen. El 82% de las mujeres que padecen fibromialgia toman medicación para ello, y el 84% presentan limitación para sus actividades habituales. Estos porcentajes son mayores que en los hombres con este diagnóstico, aunque las diferencias no resultan significativas.

Tabla 44. Porcentaje de personas por sexo que padecen enfermedades crónicas reumáticas o musculoesqueléticas, se medican por ello y presenta una limitación en su actividad cotidiana. Andalucía 2015

	Prevalencia			Medicación			Limitación		
	M	H	p-valor	M	H	p-valor	M	H	p-valor
Dolor de espalda, cuello, hombro, cintura (cervical/lumbar)	13,3	8,1	<0,001	79,2	71,5	0,022	73,1	69,6	0,445
Artritis o reumatismo	8,8	3,7	<0,001	83,6	73,3	0,035	80,1	71,7	0,036
Fibromialgia	3,4	0,4	<0,001	82,6	76,9	0,494	84,3	76,9	0,385

Fuente: Elaboración propia. Encuesta Andaluza de Salud 2015.

La fibromialgia merece una reflexión especial desde un enfoque de género. Esta patología sigue siendo cuestionada como entidad clínica propia y es creciente la literatura que la identifica como uno de los malestares corporales que expresa la desigualdad de género de nuestra sociedad. Este malestar se puede entender en relación con las condiciones en que se produce la socialización de los mandatos de género de las personas afectadas, condiciones que se caracterizan por una interiorización de los mandatos de cuidado de forma prematura, cuya subjetivación implica que las propias necesidades queden desatendidas (Mora, 2017). Se trata de un padecimiento típicamente femenino, que ha sido incorporado recientemente en la agenda médica. Su impacto en las mujeres es grande (Valls 2008), siendo en España la primera causa de consulta de las mujeres en los centros de atención primaria y primera causa de abandono de la actividad profesional de las mujeres afectadas. Además, algunos estudios sugieren que los estereotipos de género influyen en la práctica profesional infravalorando la severidad y credibilidad de las pacientes y con un sesgo de género en el diagnóstico y concesión de las bajas por enfermedad y los permisos de incapacidad laboral (Briones, 2014). Los mismos estereotipos

podrían estar condicionando un posible sesgo de género, con un infradiagnóstico de este tipo de problemas en los hombres al ser considerada la fibromialgia como una “enfermedad de mujeres”.

Una circunstancia común detectada (según datos de la Encuesta Andaluza de Salud) es que tanto la prevalencia de dolor axial, de artritis y reumatismo, como también de fibromialgia o de osteoporosis, se asocian con un claro gradiente social, tanto en lo que se refiere a nivel de estudios como a nivel de ingresos, siendo esta prevalencia mayor en la población con menores ingresos y con un menor nivel de estudios (Pérez-Venegas, 2018).

Entre los factores de estilos de vida que se han relacionado con las enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas, se encuentran el sedentarismo, la dieta, el consumo de tabaco y el consumo de alcohol. Todos ellos muestran importantes diferencias de género entre hombres y mujeres. Igualmente, según los datos de la Encuesta Andaluza de Salud, un elevado porcentaje de dolores de espalda y musculares son atribuidos a las condiciones del trabajo (como posiciones dolorosas, movimientos repetitivos o manipulación de cargas pesadas). En todos los casos, la exposición fue más frecuente en hombres que en mujeres, con la mayor diferencia en el caso de la manipulación de cargas pesadas (31,9% de los hombres y 18,9% de las mujeres) y la menor en el caso de las tareas repetitivas (45,9% de los hombres y 41,6% de las mujeres) (Pérez-Venegas, 2018).

No se suele considerar, sin embargo, el trabajo no remunerado y la exposición a riesgos que suponen las tareas domésticas y de cuidados, y que realizan mayoritariamente las mujeres. Hay que tener en cuenta que este tipo de actividades incluyen con frecuencia tareas pesadas, repetitivas y que implican un esfuerzo físico importante (como puede ser la movilización de una persona postrada en cama). Los cuidados son prestados de forma cotidiana, a menudo todos los días de la semana, sin descansos ni vacaciones, y son realizados frecuentemente sin la ayuda de otros. Este rol de género en los cuidados y en el trabajo doméstico debería ser tenido en cuenta a la hora de abordar este tipo de problemas de salud, que afectan de forma desproporcionada a las mujeres.

EL DOLOR DE ESPALDA, LAS ENFERMEDADES REUMÁTICAS Y LA FIBROMIALGIA SUPONEN UN GRAN IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA DE LAS MUJERES

Las enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas se caracterizan por su alta prevalencia, su tendencia a la cronicidad y su potencial para ocasionar discapacidad. Tienen un gran impacto en la calidad de vida y la funcionalidad de las personas que las padecen. En Andalucía, causan la mayor carga de enfermedad (27%), seguidas de las enfermedades del aparato circulatorio y el cáncer.

Tanto el dolor de espalda, como la artritis o reumatismo y la fibromialgia, son patologías más frecuentes en mujeres. El dolor de espalda es el segundo problema crónico más frecuente en ellas, mientras que la artritis o reumatismo ocupa el cuarto lugar, y dobla en prevalencia a la de los hombres. Además de su elevada frecuencia, las mujeres consumen más medicamentos para el dolor, artritis o reumatismo y sufren más episodios de hospitalización por este tipo de patologías que los varones.

EL DOLOR DE ESPALDA, LAS ENFERMEDADES REUMÁTICAS Y LA FIBROMIALGIA SUPONEN UN GRAN IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA DE LAS MUJERES (Continuación)

La fibromialgia es identificada como uno de los malestares corporales que expresa la desigualdad de género de nuestra sociedad. Este malestar se puede entender en relación con condiciones que se caracterizan por una interiorización de los mandatos de cuidado de forma prematura, hecho que implica que las propias necesidades queden desatendidas. Además, algunos estudios sugieren que los estereotipos de género influyen en la práctica profesional, infravalorando la severidad y credibilidad de las pacientes y con un sesgo de género en el diagnóstico y concesión de las bajas por enfermedad y los permisos de incapacidad laboral. Estos mismos estereotipos podrían estar condicionando un posible sesgo de género en sentido inverso, con un infradiagnóstico de este tipo de problemas en los hombres al ser considerada como una “enfermedad de mujeres”.

Entre los condicionantes de este tipo de patologías no se suele considerar, sin embargo, el trabajo no remunerado y la exposición a riesgos que suponen las tareas domésticas y de cuidados, y que realizan mayoritariamente las mujeres. Los cuidados son prestados de forma cotidiana, sin descansos ni vacaciones, y son realizados frecuentemente sin la ayuda de otros. Este rol de género en los cuidados y en el trabajo doméstico debería ser tenido en cuenta a la hora de abordar este tipo de problemas de salud, que afectan de forma desproporcionada a las mujeres.

Los **tumores** son la segunda causa de muerte en Andalucía en ambos sexos. Las tasas estandarizadas de mortalidad son bastante mayores en hombres que en mujeres, y es la causa de mortalidad con mayor brecha de género en este indicador, tal y como se ha indicado en apartados anteriores de este informe. En las edades comprendidas entre los 15 y los 64 años es la primera causa de mortalidad en ambos sexos, también con una amplia brecha de género de signo negativo (tasa mayor en hombres). Los tumores representan la primera causa de mortalidad prematura en nuestra comunidad, tanto para hombres como para mujeres, aportando el 48% de los APVP en mujeres y el 37% en hombres.

Tabla 45. Indicadores de salud relacionados con Tumores, por sexo. Andalucía 2015-2016

Indicador	Mujeres	Hombres	BG
Número total de defunciones	6745	10891	-4146
Tasa estandarizada de mortalidad (por 100.000)	157,05	344,41	-187,36
Número total de APVP (años)	65.500	103.347	-37847
Número medio de APVP (años)	15,50	13,80	1,7
Tasa estandarizada de APVP (por 100.000)	80,04	178,00	-97,96
Porcentaje de morbilidad informada (por 100)	1,89	0,96	0,93

Fuente: Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud, Ministerio de Sanidad. Sistema de Vigilancia de la Salud de Andalucía (SIVSA), Consejería de Salud. Encuesta Andaluza de Salud 2015. Defunciones según causa de muerte 2016 - INE

Las tasas de mortalidad por cáncer son muy variables dependiendo del tipo de tumor del que se trate. Para los hombres, el tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón constituye la primera causa de mortalidad, con 2858 muertes en Andalucía en el año 2016 (un 8% del total de muertes en hombres). Le siguen el cáncer de colon (1150 muertes, 3% del total), y el tumor maligno de próstata (869 muertes, 2,4% del total).

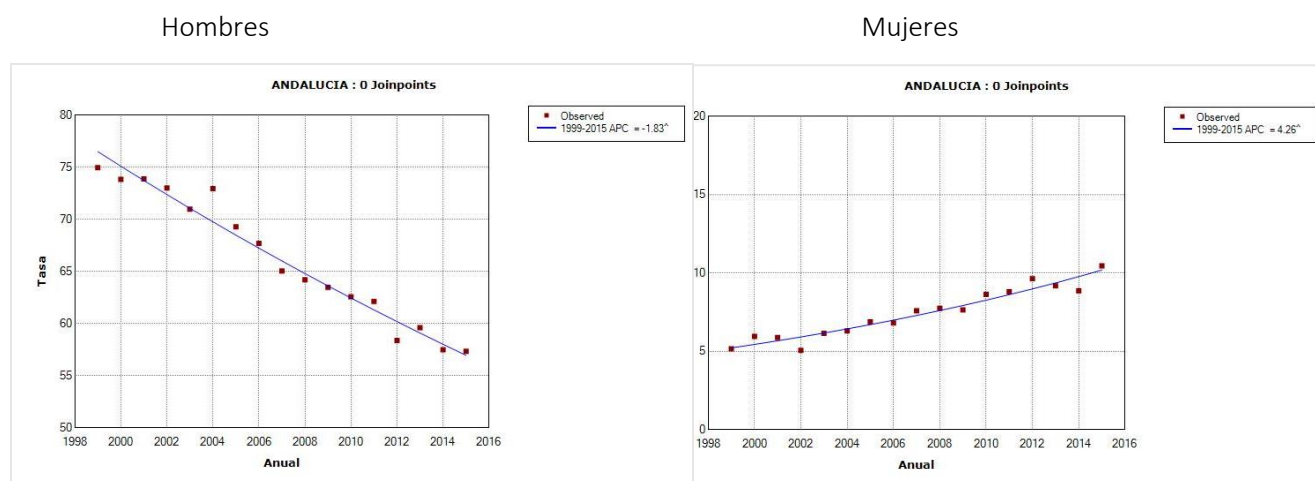
En las mujeres, el tumor que causa más número de muertes es el cáncer de mama, con 1048 muertes en 2016 (3% del total)⁸. Le sigue el cáncer de colon (769 muertes, 2,3% del total), y el de tráquea-bronquios-pulmón (585 muertes, 1,7% del total). El cáncer de cuello uterino fue el responsable de la muerte de 106 mujeres en Andalucía durante ese mismo año.

En cuanto a la morbilidad informada, el 1,9% de las mujeres y el 0,96% de los hombres mayores de 16 años entrevistados en la Encuesta Andaluza de Salud habían sido diagnosticados de cáncer (formulado como “tumor maligno, incluido leucemia o linfoma”), de tal manera que la brecha de género es en este caso de signo positivo (más prevalencia en mujeres), con diferencias significativas. El 71% de las mujeres con cáncer tomaban medicación para este problema, y el 60% declararon tener algún tipo de limitación en sus actividades de la vida cotidiana a causa de padecer esta patología. Aunque en el caso de los hombres estos porcentajes son menores (68% y 55%, respectivamente), las diferencias no fueron estadísticamente significativas.

El cáncer de pulmón es el tumor que más muertes causa en el mundo occidental. De las 3443 muertes producidas por esta causa en Andalucía durante 2016, el 17% fueron en mujeres. Durante el periodo 2009- 2013 la tasa de incidencia específica por edad de cáncer de pulmón en Andalucía fue mayor a partir de los 65 años, en las mujeres las tasas más elevadas se presentan en el grupo de edad de 65 a 74 años, mientras que para los hombres es el grupo de edad de más de 74 años el que presenta tasas mayores (Consejería de Salud, 2018).

Desde mediados de los años 90 se observa una tendencia decreciente de la mortalidad en los varones y creciente en las mujeres en el conjunto de España. La tendencia de las tasas ajustadas por edad de mortalidad por cáncer de pulmón para Andalucía en el periodo 1999-2015, ha sido diferente en función del sexo. Los hombres, han presentado una tendencia descendente con un porcentaje anual de cambio (PCA) de -1,83%, para las mujeres, por el contrario, la mortalidad por cáncer de pulmón ascendió un + 4,26 por ciento anual desde 1999 al 2015, ambos estadísticamente significativos (Consejería de Salud, 2018).

Gráfico 79. Tendencia de la tasa ajustada de mortalidad por Cáncer de Pulmón, Andalucía 1999 – 2015



Fuente: Consejería de Salud (2018). Vigilancia del cáncer en Andalucía. Incidencia, mortalidad y tendencias temporales. Borrador, enero 2018.

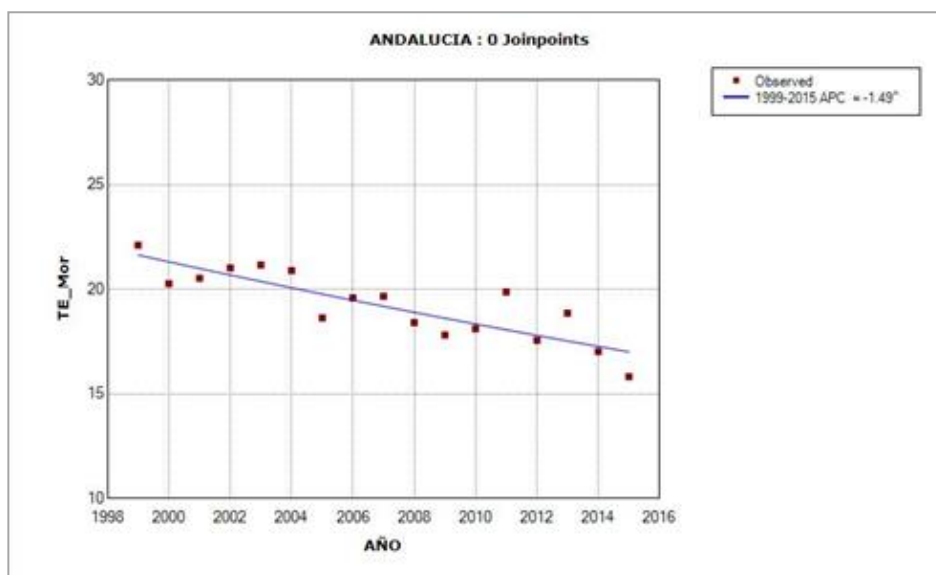
⁸ En 2016 se produjeron 9 muertes de hombres por cáncer de mama en Andalucía. Aunque es un porcentaje muy pequeño, no hay que olvidar que este tipo de tumor maligno no es exclusivo de las mujeres.

También las tasas de APVP ajustadas por edad por cáncer de pulmón en mujeres para el conjunto de Andalucía, en el periodo de 1999 a 2015, presentan una tendencia positiva (PCA de +4,20%). Por el contrario, en los hombres, las tasas ajustadas de APVP por cáncer de pulmón presentan tendencias negativas (PCA de -2,98%) (Consejería de Salud, 2018).

Fumar es el factor de riesgo más importante para el cáncer de pulmón, el 80-90% de los cánceres de pulmón se dan en personas fumadoras o exfumadoras recientes. El riesgo es de 10 a 20 veces mayor que entre las no fumadoras dependiendo de la cantidad y duración del consumo. Las personas fumadoras pasivas tienen también un riesgo aumentado (Consejería de Salud, 2018). Este aumento en la incidencia y la mortalidad del cáncer de pulmón en mujeres, aunque todavía presentan tasas inferiores a los hombres, refleja ya el cambio en los patrones de consumo de tabaco (Dirección General de Salud Pública, 2012). También en los países de Europa se está produciendo un descenso de mortalidad por cáncer de pulmón en varones y un aumento en las mujeres. Además, están aumentando las tasas en los países del sur –donde tradicionalmente han sido bajas- debido a la epidemia de tabaco (Di Cesare, 2013). Por otra parte, el tabaco sigue siendo un importante determinante de las desigualdades socioeconómicas entre las mujeres (Gregoraci, 2016).

El cáncer de mama es el tumor que causa mayor número de muertes en mujeres en Andalucía, y el tumor más frecuente en mujeres en nuestro medio. Al igual que en otros países occidentales, la incidencia ha aumentado durante los últimos años mientras que la mortalidad por cáncer de mama sigue una tendencia descendente (Consejería de Salud, 2018).

Gráfico 80. Tendencia de las tasas ajustadas de mortalidad por cáncer de mama en mujeres, Andalucía 1999 -2015



Fuente: Elaboración propia. Defunciones en Andalucía. IECA. Explotación SIVSA.

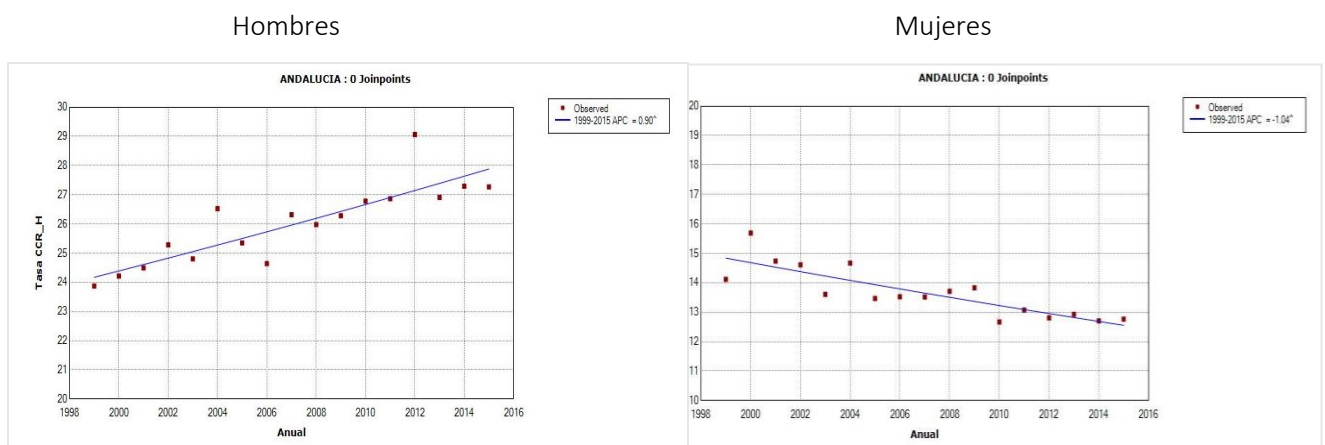
El cáncer de cuello de útero o cérvix, que aparece como consecuencia de la infección por determinados tipos del Virus del Papiloma Humano (VPH), tiene especial relevancia desde el punto de vista de la salud pública, ya que es en gran medida una causa de mortalidad evitable mediante programas de detección temprana, de vacunación contra el VHP y del tratamiento de las lesiones precancerosas (Gispert et al., 2007). El tabaco (Plummer et al., 2003) y el uso prolongado de anticonceptivos (Moreno et al., 2002) jugarían un papel promotor en mujeres portadoras de VPH. Este

cáncer también se asocia a la coinfección por otros agentes de transmisión sexual, incluido el VIH (Castellsague, Bosch y Muñoz, 2002). En el mundo el cáncer de cervix uterino es el cuarto más frecuente en mujeres, después del de mama, colorrectal y pulmón, y el 85% de los nuevos casos se produjeron en los países con menor nivel de desarrollo socioeconómico. En Europa ocupa la sexta posición detrás de mama, colorrectal, pulmón, cuerpo uterino y ovario. España es un país de baja incidencia y el cáncer de cuello uterino es el duodécimo en orden de frecuencia (Consejería de salud, 2018). En Andalucía se registraron 106 muertes por esta causa en mujeres durante el año 2016, lo que supone el 0,3% del total de muertes en mujeres.

El cáncer colorrectal es el tumor más frecuente en España, si se consideran ambos sexos en conjunto, y constituye la segunda causa de mortalidad por cáncer, tanto en hombres como en mujeres. (Dirección General de Salud Pública, 2012). La incidencia de cáncer colorrectal entre los hombres españoles se halla por encima de la media europea y entre los diez primeros puestos, a diferencia de las mujeres, que presentan una tasa por debajo de la media de la Europa Comunitaria, lo que supone que en España la diferencia de incidencia estimada de cáncer colorrectal es aún mayor para hombres que para mujeres, respecto al resto de Europa. Los resultados procedentes del Registro de Cáncer de Andalucía indican que las tasas son muy similares a las estimadas para España 42,5 en mujeres y 68,0 en hombres, en el periodo comprendido entre el año 2009 y 2013 (Consejería de salud, 2018).

La tendencia de las tasas ajustadas de mortalidad por cáncer de colon y recto en la última década ha sido distinta según el sexo. Mientras que para las mujeres se ha producido un descenso durante el periodo 1999-2015, en los hombres se observa la situación contraria (Consejería de salud, 2018).

Gráfico 81. Tasas ajustadas de mortalidad por cáncer de colon y recto según sexo. Andalucía 2018



Teniendo en cuenta la importancia de la dieta en la génesis de este tumor, los datos de incidencia y mortalidad sugieren unos hábitos dietéticos más saludables en las mujeres. Esta diferencia sería menos marcada en España en las generaciones más jóvenes (Dirección General de Salud Pública, 2012).

LOS PATRONES DE MORBI-MORTALIDAD POR TUMORES ESTÁN CAMBIANDO Y SE ASOCIAN A ESTILOS DE VIDA DISTINTOS EN MUJERES Y HOMBRES.

Los tumores son la segunda causa de muerte en Andalucía en ambos sexos, las tasas estandarizadas de mortalidad son bastante mayores en hombres que en mujeres, y constituyen la causa de muerte con la mayor brecha de género en este indicador. Para los hombres, el tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón constituye la primera causa de mortalidad, seguido del cáncer de colon y el tumor maligno de próstata. En las mujeres, el tumor que causa más número de muertes es el cáncer de mama, le sigue el cáncer de colon y el de tráquea-bronquios-pulmón.

Las tasas de mortalidad por cáncer de pulmón para los hombres en Andalucía están descendiendo, mientras que para las mujeres, la tendencia es ascendente. Este aumento en la incidencia y la mortalidad del cáncer de pulmón en mujeres, refleja ya el cambio en los patrones de consumo de tabaco.

El cáncer de mama es el tumor que causa mayor número de muertes en mujeres en Andalucía, y el tumor más frecuente en mujeres en nuestro medio. La incidencia ha aumentado durante los últimos años, mientras que la mortalidad por cáncer de mama sigue una tendencia descendente.

El cáncer colorrectal es el tumor más frecuente en nuestro medio, si se consideran ambos sexos en conjunto. La tendencia de las tasas ajustadas de mortalidad por cáncer de colon y recto en la última década ha sido distinta según el sexo. Mientras que para las mujeres se ha producido un descenso durante el periodo 1999-2015, en los hombres se observa la situación contraria. Teniendo en cuenta la importancia de la dieta en la génesis de este tumor, los datos de incidencia y mortalidad sugieren unos hábitos dietéticos más saludables en las mujeres.

En la **salud mental** se manifiesta uno de los mayores impactos de las desigualdades de género. Numerosas investigaciones conceptualizan los diversos síntomas derivados del rol de género como “el malestar de las mujeres” (Burín y Velázquez, 1990; Velasco et al., 2007). Según los datos disponibles en diversas fuentes de información, las mujeres manifiestan peor salud mental y mayor prevalencia de trastornos mentales comunes que los hombres, en todos los grupos de edad desde los 16 años (Dirección General de Salud Pública, 2012). En la tabla siguiente se muestran algunos indicadores sobre salud mental en la población andaluza.

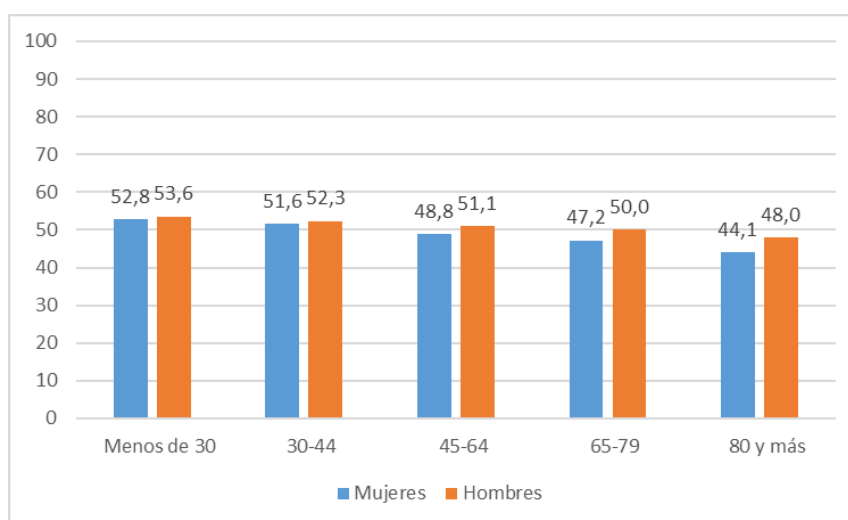
Según datos de la Encuesta Andaluza de Salud (2015), las mujeres puntuaron en el componente de salud mental del SF-12 (CVRS) por debajo de los hombres en todos los grupos de edad, con diferencias significativas estadísticamente. Esta brecha de género va aumentando con la edad, siendo mayor en los grupos de más de 65 años.

Tabla 46. Indicadores de salud relacionados con los Trastornos mentales

Indicador	Mujeres	Hombres	BG
Tasa de mortalidad ajustada por edad (por 100.000): TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO	37,91	33,01	4,90
Tasa de mortalidad ajustada por edad (por 100.000): SUICIDIO	3,06	10,94	-7,88
Tasa de mortalidad ajustada por edad (por 100.000): ALZHEIMER	16,68	13,38	3,30
Tasa estandarizada de APVP (por 100.000) ¹	35,42	68,75	-33,33
Morbilidad informada (por 100) (DEPRESIÓN)	6,53	2,14	4,39
Morbilidad informada (por 100) (ANSIEDAD)	6,41	1,92	4,49
Morbilidad informada (por 100) (OTROS PROBLEMAS MENTALES)	0,87	0,96	-0,09

(1) Se refiere al capítulo Trastornos mentales y del comportamiento.

Gráfico 82. Puntuaciones medias en la escala SF-12 (salud mental), por sexo y edad. Andalucía 2015



Fuente: Elaboración propia. Encuesta Andaluza de Salud 2015

Igualmente, existe un gradiente según el nivel educativo, de tal forma que las mujeres con estudios primarios o inferiores puntúan peor que las de estudios secundarios o superiores, y las brechas de género van disminuyendo conforme aumenta el nivel de educación. El tamaño del hábitat de residencia no marca diferencias importantes en este indicador. Sin embargo, las personas no nacidas en España tienen peor salud mental, con brecha de género mayor que las nacidas en nuestro país.

La situación laboral y la participación en los cuidados también establecen diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a la salud mental percibida. Tanto las mujeres como los hombres que tienen trabajo remunerado puntúan mejor en el componente de salud mental del SF-12 que los que están en desempleo. La brecha de género más amplia se da en el grupo que se dedica al trabajo en el hogar y en las personas jubiladas o con incapacidad. Las personas que cuidan solas, tienen peor salud mental que las que lo hacen con ayuda o no cuidan, aunque en este último caso las diferencias no son significativas.

El análisis multivariante realizado muestra igualmente que, una vez controladas el resto de las variables del modelo, ser mujer supone una disminución de 2.14 puntos en la escala de CVRS-mental respecto a ser hombre.

Tabla 47. Resultados del Modelo Multivariante de SF12 componente mental.

Variable	Coefficiente	IC lim inf	IC lim sup	p-valor
constante	53,34	51,43	55,26	0,000
Sexo (ref. Hombre)				
Mujer	-2,14	-2,81	-1,48	0,000
Edad (ref. Menores de 30)				
30-44	-1,53	-2,59	-0,46	0,006
45-64	-3,20	-4,39	-2,02	0,000
65-79	-3,80	-5,42	-2,17	0,000
>80	-6,10	-8,81	-3,39	0,000
Nivel educativo (ref. Primarios)				
Secundarios	1,15	0,50	1,81	0,001
Superiores	1,15	0,21	2,09	0,018
Hábitat (ref. rural)				
Semi-rural	0,50	-1,27	2,27	0,579
Urbano	0,63	-0,70	1,96	0,354
Situación laboral (ref. Trabaja)				
En paro	-1,23	-1,89	-0,57	0,000
Sus labores/Ama de casa	-0,33	-1,59	0,94	0,613
Otro	-1,67	-3,05	-0,28	0,021
País de nacimiento (ref. España)				
Extranjero	-1,89	-3,58	-0,21	0,030
Cuidados (ref. Yo cuido)				
Cuido con ayuda	0,83	-0,12	1,78	0,089
No cuido	0,57	-0,55	1,69	0,324

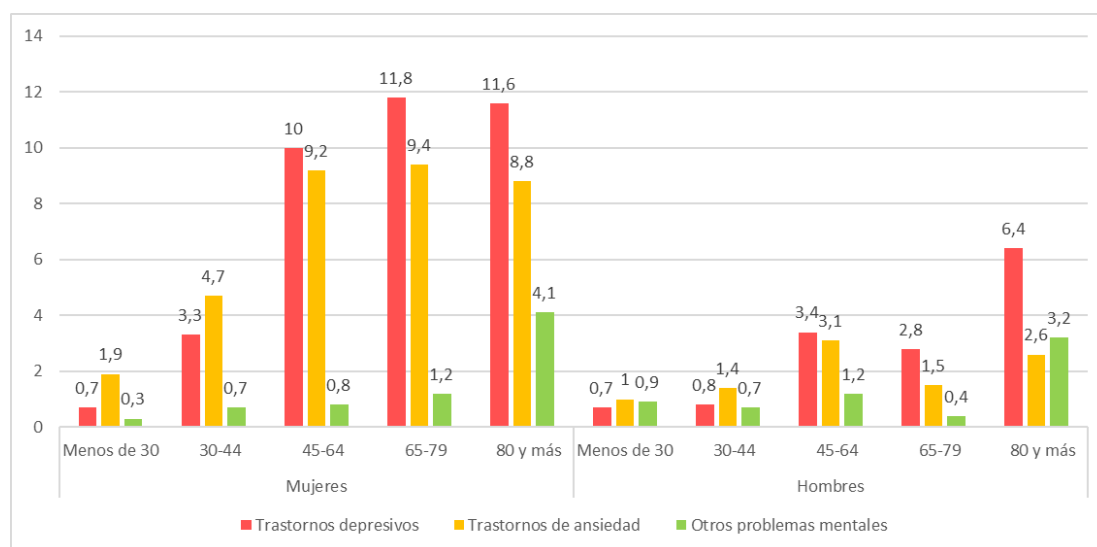
Fuente: Elaboración propia. Encuesta Andaluza de Salud 2015.

Como ya se ha comentado en otros apartados de este informe, las puntuaciones medias del SF-12 en salud mental han permanecido bastante estables según los datos de las cinco Encuestas Andalcas de Salud realizadas desde el año 1999. La mayor brecha de género se produjo en el año 2003 (-2,7), y la menor en el año 2015 (-1,7).

Los **trastornos mentales comunes** son los de mayor prevalencia en la población. Los datos de morbilidad de la Encuesta Andaluza de Salud 2015 muestran que un 10,3% de las mujeres y un 4% de los hombres mayores de 16 años declaran padecer trastornos depresivos, de ansiedad u otros trastornos mentales crónicos, lo que supone más del doble de mujeres que de hombres, con diferencias estadísticamente significativas. De ellos, el 88,4% de las mujeres y el 84,5% de los hombres toman medicación por esta causa, y el 65% de las mujeres, frente al 63% de los hombres, ven limitadas sus actividades habituales por estos procesos (diferencias no significativas). Tanto la depresión como la ansiedad son más frecuentes en las mujeres, triplicando la prevalencia respecto a la de los hombres. En el caso de otros trastornos mentales no se dan diferencias significativas.

En el gráfico siguiente se observan las diferencias por edad y sexo en los tres tipos de trastornos. Para la depresión, la frecuencia aumenta a partir de los 45 años en mujeres y las mayores cifras se presentan en el grupo de 65 a 79 años. Existe una brecha de género de signo positivo en todos los grupos de edad, pero de distinta magnitud: la menor BG se da entre jóvenes (menores de 44 años), mientras que la más amplia se produce entre los 65 y 79 años. El patrón por edad de los trastornos de ansiedad es similar: las personas de 45 a 79 años presentan la mayor prevalencia, aunque es más frecuente que la depresión en edades jóvenes. La brecha de género más amplia se sitúa entre los 65 y 79 años.

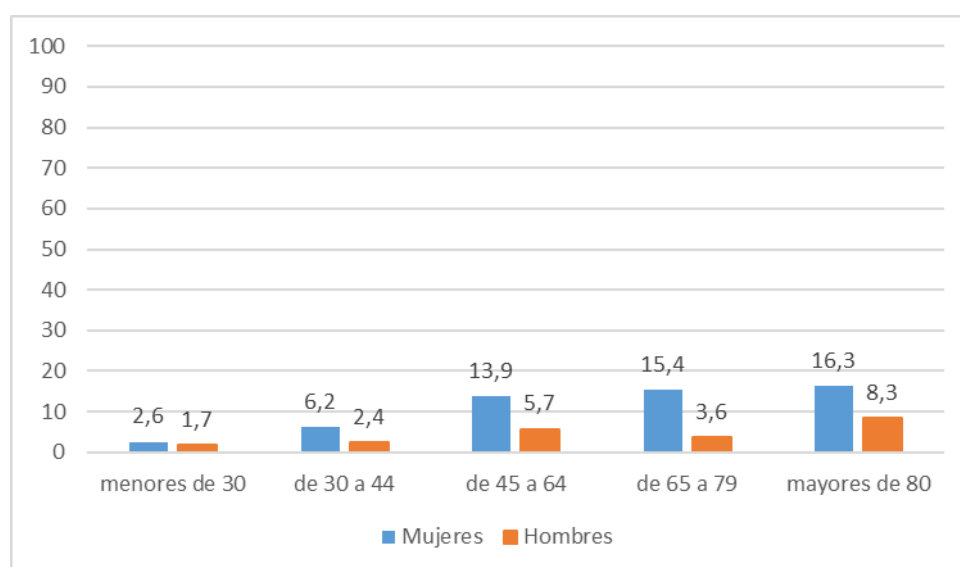
Gráfico 83. Porcentaje de personas con trastornos depresivos, de ansiedad y otros problemas mentales por sexo y edad. Andalucía 2015



Fuente: Elaboración propia. Encuesta Andaluza de Salud 2015.

Igualmente, los trastornos mentales implican importantes limitaciones para las actividades habituales, y estas limitaciones son más frecuentes en las mujeres. En el gráfico que sigue se muestra el porcentaje de personas que declaran padecer alguna limitación por problemas mentales. En el grupo de jóvenes, prácticamente no hay diferencias de sexo, sin embargo, las mujeres tienen una mayor prevalencia de limitación en todos los rangos de edad a partir de los 30 años en adelante, con la mayor brecha de género (11,8) en el grupo de 65 a 79 años.

Gráfico 84. Porcentaje de personas que padecen alguna limitación por problemas de nervios, depresión o trastorno mental, por sexo y edad. Andalucía 2015



Fuente: Elaboración propia. Encuesta Andaluza de Salud 2015.

En la Encuesta Andaluza de Salud también se pregunta por limitaciones a causa de algún problema emocional. En este caso, las prevalencias son mayores que cuando se atiende a limitaciones por “problemas de nervios, depresión o ansiedad”, y podría corresponder mejor al concepto de “malestar emocional”, frente al de trastorno mental. En este caso, la brecha de género va ampliándose con la edad y empieza a ser significativa a partir de los 30 años, de modo que el 28% de las mujeres mayores de 80 años declaran sufrir limitación por este motivo (BG=15,1). Además de la edad, otros determinantes marcan diferencias en cuanto a las limitaciones declaradas por problemas emocionales. Se observa una mayor frecuencia de limitaciones en las personas con niveles educativos más bajos (hasta estudios primarios), grupo en el que se manifiesta la mayor brecha de género (7,4). Se muestra un gradiente inverso, disminuyendo la prevalencia de limitaciones, y también la brecha de género, conforme aumenta el nivel de estudios, de modo que en el grupo con estudios superiores las diferencias por sexo dejan de ser significativas. Las mujeres no presentan diferencias en cuanto a las limitaciones por problemas emocionales según el hábitat de residencia; sin embargo, los hombres que viven en el entorno rural sí muestran limitaciones por estos problemas con mayor frecuencia que los de un entorno semi-rural o urbano.

Tabla 48. Porcentaje de personas por sexo que en las últimas 4 semanas tuvieron alguna limitación por problema emocional. Andalucía 2015.

	Limitación por problema emocional			
	Mujeres	Hombres	BG	p-valor
Total	10,2	5,4	4,8	<0,001
Edad:				
Menores de 30	2,6	2,7	-0,1	0,854
30-44	5,6	3,4	2,2	0,026
45-64	12,4	6,1	6,3	<0,001
65-79	19,3	8,9	10,4	<0,001
80 y más	27,9	12,8	15,1	0,001
Nivel educativo:				
Primarios	15,1	7,7	7,4	<0,001
Secundarios	5,8	3,5	2,3	0,002
Superiores	4,6	2,8	1,8	0,103
Hábitat:				
Rural	10,4	7,1	3,3	<0,001
Semi-rural	10,7	5,8	4,9	0,003
Urbano	10,0	5,2	4,8	<0,001

Fuente: Elaboración propia. Encuesta Andaluza de Salud 2015.

La influencia de factores socioeconómicos y educativos sobre la salud mental no deja dudas sobre la asociación de los trastornos mentales comunes y las circunstancias del contexto social y por tanto con los determinantes psicosociales de género (Dirección General de Salud Pública, 2012). Las proporciones de riesgo de mala salud mental, y trastornos mentales comunes son siempre mayores en personas en condiciones socioeconómicas más desfavorecidas (clase social, ocupación, nivel educativo, estatus migratorio), como se comprueba en los resultados de las encuestas. Las mujeres, las personas mayores, con menores niveles de estudio, las mujeres de clase social más desfavorecidas y los y las desempleados(as) o en baja temporal, las jubiladas y pensionistas, las personas con un mayor nivel de estrés relacionado al trabajo y los que tienen un mayor número de problemas en la vivienda son los más vulnerables a tener una mala salud mental (Bones, 2010).

En el caso de morbilidad declarada, se ha constatado que en las mujeres el gradiente de aumento de trastornos mentales en las clases sociales más desfavorecidas es más pronunciado que en los hombres

(Rodríguez-Sanz, 2006), de modo que las desigualdades de género se potencian con las desigualdades sociales.

Este exceso de morbilidad psiquiátrica, se debe fundamentalmente a la presencia significativamente más elevada de cuadros depresivos, ansiosos y fóbicos entre las mujeres; entre los hombres son más frecuentes los trastornos de personalidad y los derivados del consumo de alcohol y otras sustancias, que no quedan bien recogidos en muchos de los instrumentos de detección (Montero, 2004).

En el caso de la morbilidad psiquiátrica resulta evidente cómo los roles y estereotipos de género condicionan la salud mental de hombres y mujeres. Los diferentes determinantes psicosociales tienen como consecuencia una mayor morbilidad en mujeres que en hombres provocada en parte por el rol socialmente asignado a unas y otros. La ausencia de corresponsabilidad en el ámbito doméstico, las tareas de cuidado de las personas dependientes, la precariedad laboral, etc. son factores que favorecen la aparición de este tipo de malestares en las mujeres (Dirección General de Salud Pública, 2012).

En Andalucía contamos con los resultados de un estudio de prevalencia de trastorno mental y sus factores asociados, PISMA-ep. La siguiente tabla resume los factores de riesgo con significación estadística de padecer un trastorno mental. Como se puede observar, el sexo femenino incrementa un 54% el riesgo para padecer un trastorno mental respecto al sexo masculino (Carmona, 2016).

Tabla 49. Factores de riesgo para padecer un trastorno mental. Estudio PISMA-ep.

Factor de riesgo	ODD ratio univariante
Ser mujer	1,54
Estar en situación de desempleo	1,35
Estado civil casado/a o con pareja	1,42
Acontecimiento vital estresante (últimos 6 meses)	2,8
Maltrato en la infancia	1,44
Ser o haber sido fumador/a	1,45
Dependencia sustancias	2,2
Historial familiar de trastorno mental	2,5
Historial familiar de suicidio	3
Historia de maltrato sexual infancia	7,1
Peor salud general (SF12)*	1,2
Menor apoyo social*	1,25
Menor satisfacción pareja*	1,17
Neuroticismo*	1,34
Menor funcionalidad global (PSP)*	1,15
menor autonomía social (SIX)*	1,8
Probable trastorno de la personalidad	3,2

Fuente: Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2016-2020. SSPA

* Incremento de riesgo por cada punto de incremento en la escala

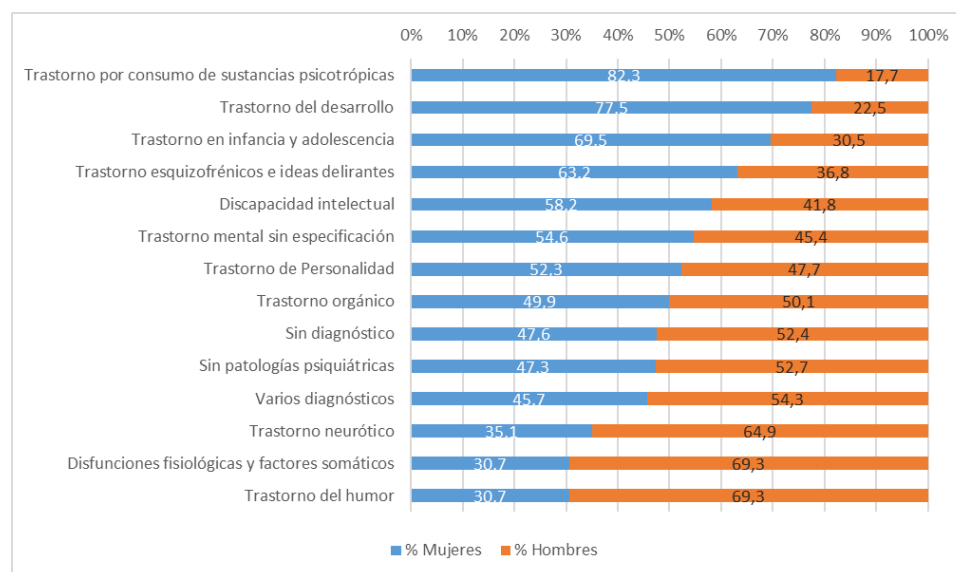
Según el estudio PISMA-ep, se puede estimar que la prevalencia de trastornos mentales en Andalucía es semejante a la de estudios similares y que casi 15 de cada 100 andaluces cumplen criterios de algún trastorno mental en el momento del estudio. De acuerdo con datos del IV Plan Andaluz de Salud (citados en el III Plan Integral de Salud Mental), la carga de enfermedad, expresada en años de vida ajustados por discapacidad, colocan a los problemas de salud mental en el cuarto lugar, con un 10 %, detrás de las enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo, del sistema circulatorio

y los tumores. En mujeres, la carga de enfermedad correspondiente a los trastornos mentales y del comportamiento ocupa el segundo lugar.

En Andalucía, los datos de vigilancia epidemiológica ponen de manifiesto el aumento en la última década de los trastornos de depresión y ansiedad y el consumo de antidepresivos, tranquilizantes e hipnóticos, especialmente entre las mujeres (Carmona, 2016).

Respecto a la morbilidad atendida por trastorno mental en los servicios sanitarios, en los gráficos siguientes se muestran los tipos de problemas atendidos en diversos servicios y la contribución de cada sexo al total en cada diagnóstico. A nivel comunitario, los hombres predominan en los trastornos por consumo de sustancias, trastornos del desarrollo, en la infancia y adolescencia y en trastornos esquizofrénicos. Las mujeres son mayoritarias en los trastornos del humor, factores somáticos y trastornos neuróticos. En cuanto a la proporción de mujeres y hombres en las altas hospitalarias por GRD, las mujeres contribuyen más en los grupos de neurosis depresiva y trastornos de la personalidad, mientras que los hombres predominan en las psicosis y alteraciones orgánicas y trastorno mental.

Gráfico 85. Porcentaje de mujeres y hombres de distintos trastornos de las Unidades de Salud Mental Comunitaria

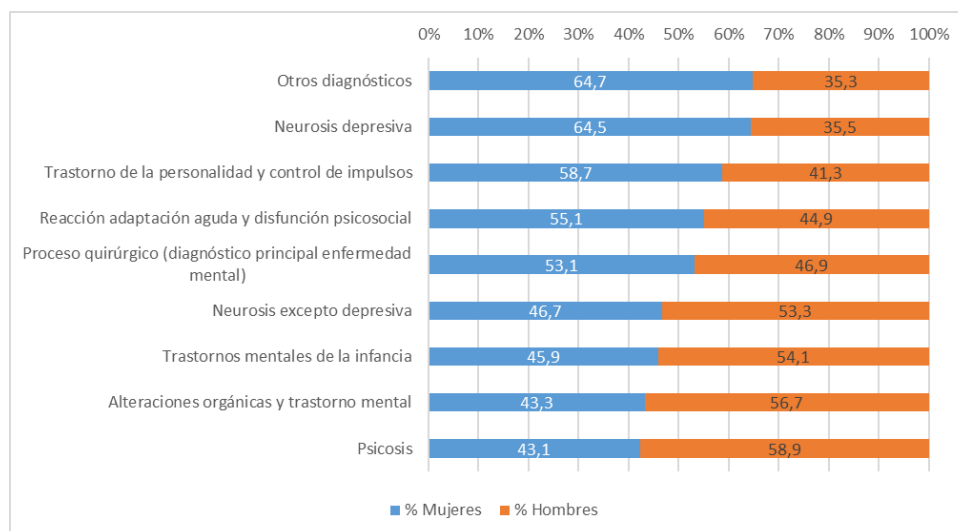


Fuente: Sistema de Información del Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones (SIPASDA)

Esta morbilidad diferencial en los diagnósticos referidos a salud mental es un hecho ampliamente conocido. Además de los posibles factores biológicos y de los diferentes determinantes estructurales y psicosociales de género, hay que tener en cuenta la existencia de sesgos de género en el diagnóstico, debido a los estereotipos de género aún presentes en el sistema sanitario y al androcentrismo del conocimiento en este campo. Este hecho se ha puesto de manifiesto, por ejemplo, en el caso de la depresión. Como comenta Sara Velasco (Velasco, 2008), se encuentra que las mujeres se quejan más de fatiga que los varones, sin embargo, tienen muchas más posibilidades de resultar diagnosticadas de depresión que ellos, que son más frecuentemente diagnosticados de síndrome de fatiga crónica o no diagnosticados de patología. La depresión presenta una gran diferencia por sexos con prevalencia doble en mujeres y se producen sesgos de género en la atención, tanto por diferentes diagnósticos entre hombres y mujeres con igualdad de síntomas, como sobre-diagnóstico de depresión en mujeres en detrimento de algunas enfermedades orgánicas posibles, así como de patologización de procesos

psicosociales que no necesariamente son una depresión. Por todo ello, la sensibilidad de la depresión al enfoque de género es muy alta.

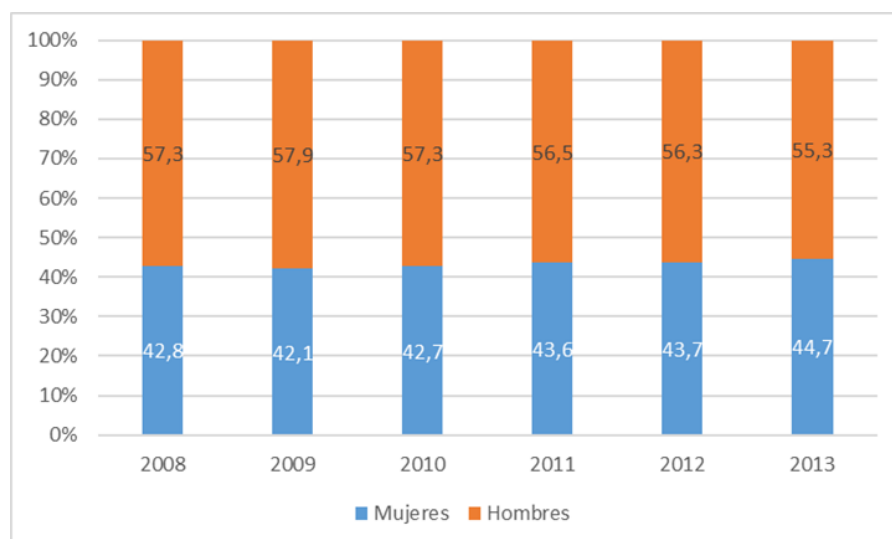
Gráfico 86. Porcentaje de mujeres y hombres de distintas altas hospitalarias según GRD (mayores de 18 años)



Fuente: Sistema de Información del Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones (SIPASDA)

La distribución por sexo de las altas por trastorno mental en los últimos años, muestra que el porcentaje de hombres es mayor al de las mujeres en todos los años analizados, si bien la tendencia indica una reducción de la brecha de género, situada en 10 puntos para el año 2003 (Carmona, 2016).

Gráfico 87. Porcentaje de las altas por trastorno mental según sexo. Andalucía 2008-2013



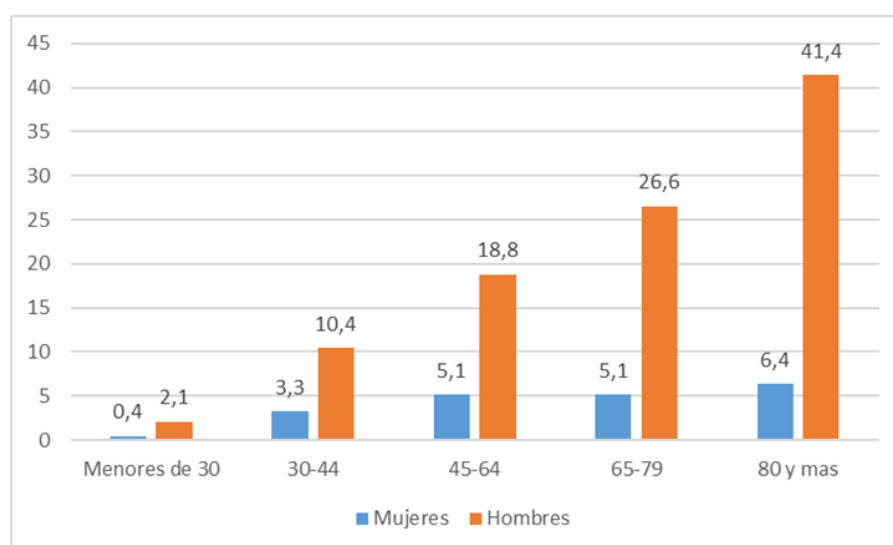
Fuente: Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2016-2020. SSPA.

Otro de los aspectos en el que se encuentran diferencias entre hombres y mujeres es en lo relativo a la tasa de mortalidad por **suicidio**. Por sexo, puede afirmarse que la mortalidad por suicidio es más

frecuente en hombres, que casi cuadruplican la tasa respecto de las mujeres. La tasa estandarizada por suicidio en hombres en Andalucía se sitúa en 10,94 por cada 100.000 habitantes en 2016. La tasa de mortalidad por esta causa en mujeres es mucho menor, cifrándose en 3,06 por 100.000 habitantes. El total de defunciones en 2016 producidas en Andalucía por esta causa fueron 528 en hombres y 140 en mujeres. Como se muestra en el gráfico, la tasa de mortalidad por suicidio va aumentando con la edad, y la brecha de género se va ampliando en los grupos de mayor edad. Para el grupo de menores de 30 años, esta BG se sitúa en -1,7, mientras que para los mayores de 80 años la BG es de -35.

Gráfico 88. Tasa de suicidios por 100000 habitantes por edad y sexo. Andalucía 2016

Fuente: Elaboración propia. Defunciones por causa de muerte. Cifras de población. INE 2016.



Algunos estudios en distintos países (OMS, 2004b) valoran la influencia que los roles de género tienen en este tipo de comportamientos: diferentes métodos de suicidio, dificultad para sobreponerse a situaciones económicas difíciles para quienes ostentan el papel de cabeza de familia, etc. La edad es también una variable relacionada, aunque de modo más moderado que el sexo, en la tasa de suicidio: a más edad la tasa de suicidios es mayor.

En el caso de las demencias, las mujeres se ven claramente más afectadas que los hombres, mientras que en el resto de los tipos de deficiencias mentales causantes de discapacidad, las diferencias entre sexos son poco significativas. En Andalucía, la tasa de mortalidad ajustada por edad por Alzheimer fue de 16,68 por 100.000 en mujeres, frente a 13,38 en hombres, lo cual en 2016 supuso 766 defunciones en hombres, y 1724 en mujeres. La enfermedad de Alzheimer se situó en la 4ª causa de muerte en mujeres, seguida de los trastornos mentales orgánicos, seniles y preseniles.

EL “MALESTAR DE LAS MUJERES” SE MANIFIESTA EN PEOR SALUD MENTAL Y MAYOR PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD

Los diversos síntomas derivados del rol de género han sido englobados en lo que se ha denominado como “el malestar de las mujeres”. Según los datos disponibles, las mujeres manifiestan peor salud mental y mayor prevalencia de trastornos mentales comunes que los hombres. La prevalencia de depresión, ansiedad u otros trastornos mentales crónicos en las mujeres duplica las cifras de los hombres. Además, ellas padecen más limitaciones para las actividades habituales por este tipo de trastornos que los varones. En Andalucía, el sexo femenino incrementa un 54% el riesgo para padecer un trastorno mental respecto al sexo masculino y durante la última década se está produciendo un aumento de los trastornos de depresión y ansiedad y de consumo de antidepresivos, tranquilizantes e hipnóticos, especialmente entre las mujeres.

En el caso de la morbilidad psiquiátrica resulta evidente cómo los roles y estereotipos de género condicionan la salud mental de hombres y mujeres. Los diferentes determinantes psicosociales tienen como consecuencia una mayor morbilidad en mujeres que en hombres provocada en parte por el rol socialmente asignado a unas y otros: falta de corresponsabilidad en el ámbito doméstico, responsabilidad del cuidado de las personas dependientes, precariedad laboral, entre otros, son factores que favorecen la aparición de este tipo de malestares en las mujeres.

Además de los posibles factores biológicos y de los diferentes determinantes estructurales y psicosociales de género, hay que tener en cuenta la existencia de sesgos de género en el diagnóstico, debido a los estereotipos de género aún presentes en el sistema sanitario y al androcentrismo del conocimiento en este campo. La depresión presenta una gran diferencia por sexos con prevalencia doble en mujeres y se producen sesgos de género en la atención, tanto por diferentes diagnósticos entre hombres y mujeres con igualdad de síntomas, como sobre-diagnóstico de depresión en mujeres en detrimento de algunas enfermedades orgánicas posibles, así como de patologización de procesos psicosociales que no necesariamente son una depresión.

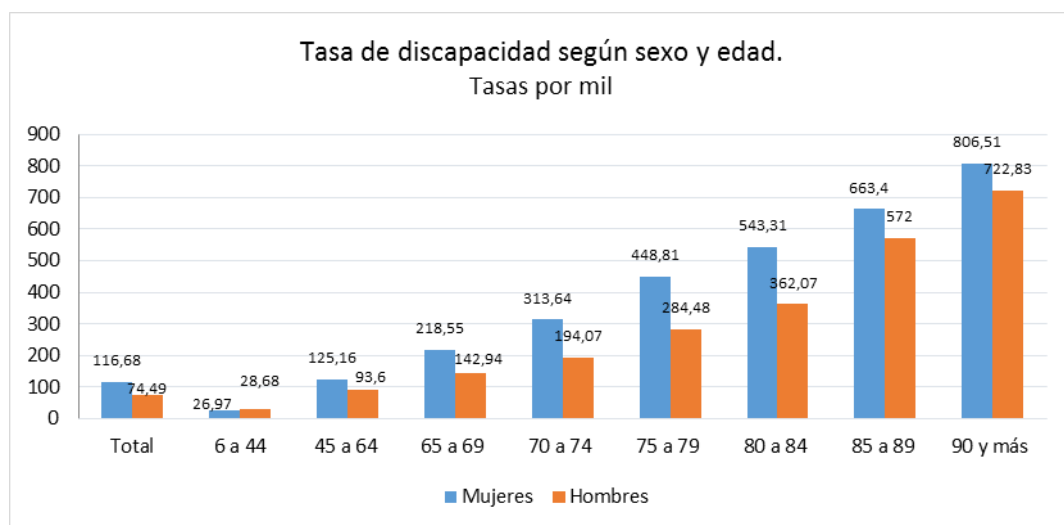
5.4. Discapacidad, dependencia y cuidados

5.4.1. Brechas de género en discapacidad

La paradoja de la mortalidad se confirma en Andalucía, donde las mujeres viven más años, pero con peor calidad de vida. Uno de los indicadores de este fenómeno es la prevalencia de discapacidad. Un 11,7% de las mujeres andaluzas sufre algún tipo de discapacidad, mientras este porcentaje se reduce al 7,5% en los hombres.

En el siguiente gráfico se muestran las tasas de discapacidad por grupos de edad en Andalucía. Esta tasa es mayor en mujeres que en hombres en todos los grupos de edad, salvo en las edades jóvenes, de 6 a 44 años, en las que la BG es negativa. Tanto las tasas como las brechas de género van aumentando conforme aumenta la edad, de modo que es en el grupo de personas mayores de 80 años en el que la brecha es mayor, desfavorable para las mujeres, que superan a los hombres en un 16% (61,5% en mujeres, 45,5% en hombres). La mayor brecha de género se presenta en el grupo de 80 a 84 años, disminuyendo en edades posteriores.

Gráfico 89. Tasa de discapacidad por mil, según sexo y edad. Andalucía 2008

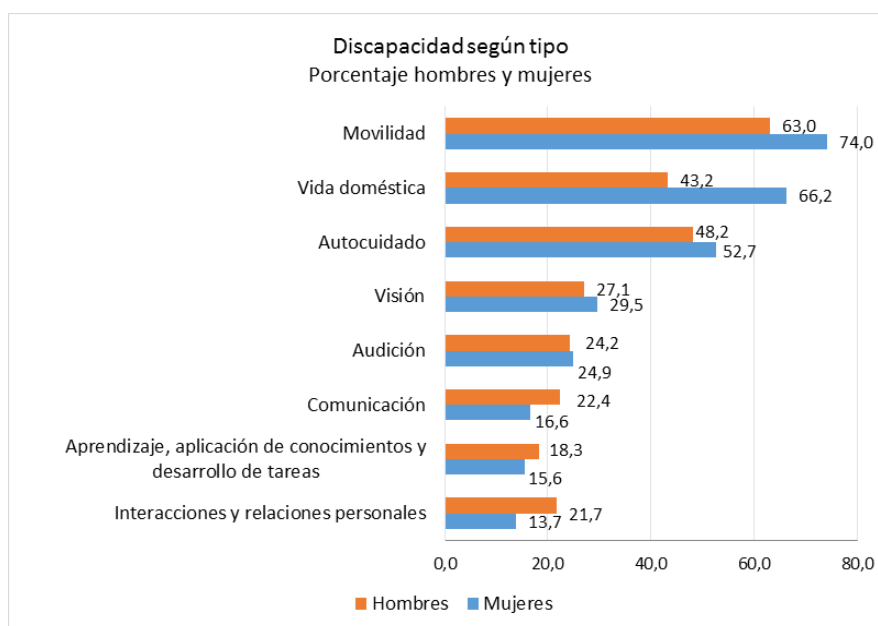


Fuente: INEbase. Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia 2008.

Respecto al tipo de discapacidad, existen diferencias entre los sexos, como se muestra en el gráfico. La discapacidad más frecuente para ambos sexos es la relacionada con la movilidad, que presentan el 74% de mujeres con discapacidad y el 63% de los hombres, en la que la BG es de signo positivo (11% más de mujeres que de hombres). Le siguen en frecuencia la discapacidad para el autocuidado y para la vida doméstica. Esta última presenta la mayor BG de todos los tipos y es de signo positivo, de modo que la presentan un 23% más de mujeres que de hombres. En el caso de la discapacidad para el autocuidado, la brecha es negativa en todas las edades, excepto para las personas mayores de 80 años, edad en la que las mujeres la presentan un 13% más que los hombres.

Los hombres, sin embargo, presentan más discapacidad que las mujeres relacionada con la comunicación (BG=-5,78), el aprendizaje (BG= -2,62) y las interacciones y relaciones sociales (BG= -7,95). Estos tipos presentan las BG negativas de mayor magnitud en edades más jóvenes (de 6 a 44 años).

Gráfico 90. Porcentaje de mujeres y hombres con discapacidad según tipo de discapacidad.
Andalucía 2008



Fuente: Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia 2008. INE

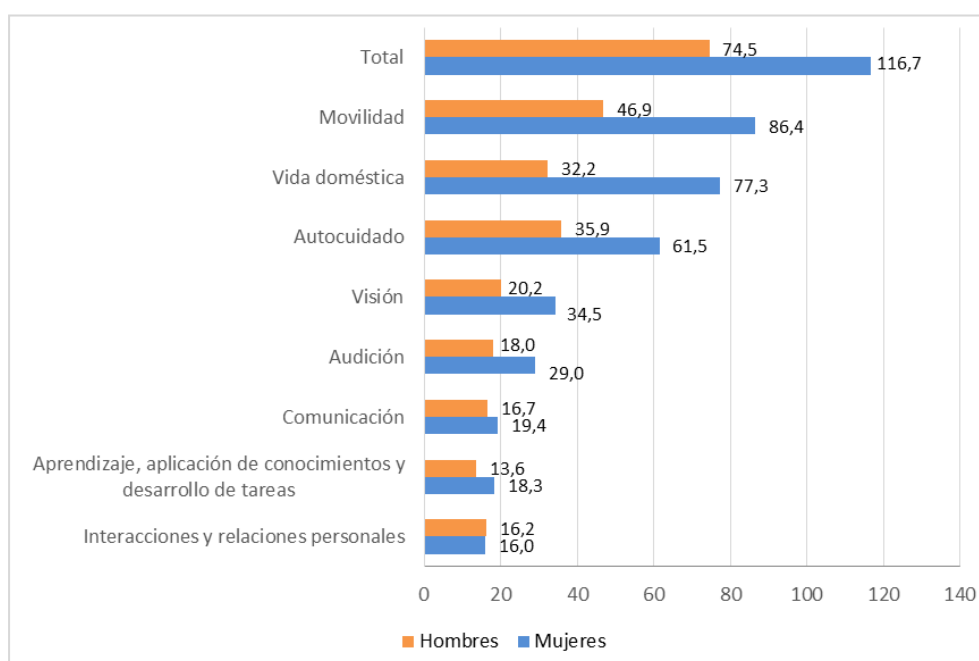
Tabla 50. Porcentaje de personas con discapacidad (personas mayores de 6 años), según tipo de discapacidad por sexo y edad. Andalucía 2008

EDAD	De 6 a 44 años			De 45 a 64 años			De 65 a 79 años			De 80 y más años		
SEXO TIPO	Mujeres	Hombres	BG	Mujeres	Hombres	BG	Mujeres	Hombres	BG	Mujeres	Hombres	BG
Visión	18,38	16,39	1,99	23,76	23,97	-0,21	31,48	29,01	2,47	38,78	44,61	-5,83
Audición	16,51	12,56	3,95	19,54	19,51	0,03	22,93	28,93	-6,00	37,57	41,11	-3,54
Comunicación	23,80	38,72	-14,92	8,30	15,82	-7,52	12,31	15,40	-3,09	27,39	22,72	4,67
Aprendizaje	20,68	35,27	-14,59	9,40	11,24	-1,84	12,89	11,64	1,25	23,34	17,94	5,40
Movilidad	57,35	51,78	5,57	68,34	64,60	3,74	75,14	67,02	8,12	87,26	69,10	18,16
Autocuidado	37,50	45,41	-7,91	37,07	37,49	-0,42	52,93	53,03	-0,10	76,72	63,05	13,67
Vida doméstica	54,75	40,88	13,87	57,23	37,39	19,84	66,25	42,61	23,64	81,64	57,82	23,82
Interacciones y relaciones personales	23,02	41,17	-18,15	8,29	16,59	-8,30	9,12	12,45	-3,33	20,92	18,76	2,16

Fuente: Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia 2008. INE

Si atendemos a las tasas por habitante, en el grupo de edad más joven, las discapacidades para la comunicación, el aprendizaje y las relaciones personales son más frecuentes en los hombres, y presentan una BG amplia. En el grupo de 45 a 64 años, el patrón es similar, pero con BG mucho menores. En este grupo la BG mayor es para la discapacidad para la vida doméstica, que presentan más frecuentemente las mujeres. Esto es así también para el grupo de 65 a 79 años, donde la magnitud de esta diferencia aumenta, patrón que se repite en el grupo de 80 años y más. En este último tramo de edad, la BG es negativa (desfavorable para los hombres) en visión y audición, y de signo positivo (desfavorable para las mujeres) en el resto de discapacidades.

Gráfico 91. Tasa de personas con discapacidad por mil, según tipo de discapacidad, por sexo. Andalucía 2008



Fuente: Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia 2008. INE

Tabla 51. Tasa de personas con discapacidad por mil, según edad y tipo de discapacidad. Andalucía 2008

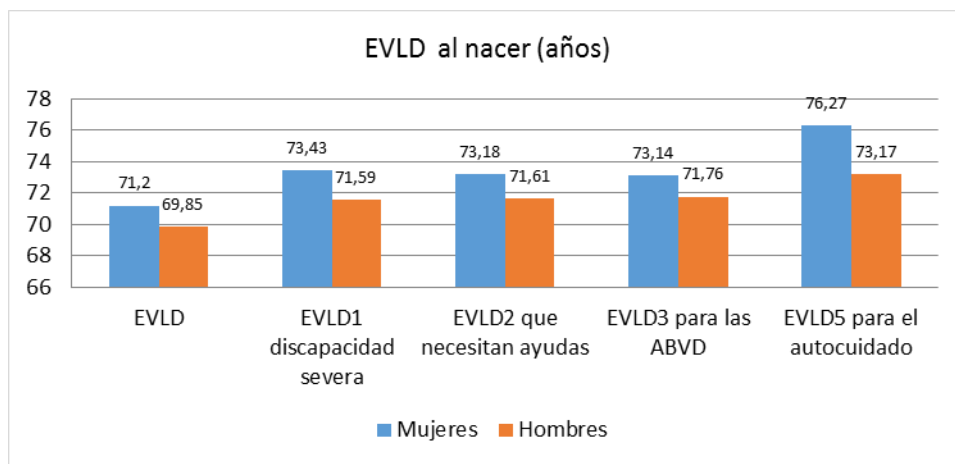
Edad Sexo Tipo	De 6 a 44 años			De 45 a 64 años			De 65 a 79 años			De 80 y más años		
	Mujeres	Hombres	BG	Mujeres	Hombres	BG	Mujeres	Hombres	BG	Mujeres	Hombres	BG
Visión	4,96	4,70	0,26	29,74	22,44	7,30	101,52	58,14	43,38	238,59	202,90	35,69
Audición	4,45	3,60	0,85	24,46	18,27	6,19	73,94	57,98	15,96	231,18	186,95	44,23
Comunicación	6,42	11,10	-4,68	10,39	14,81	-4,42	39,71	30,86	8,85	168,53	103,35	65,18
Aprendizaje	5,58	10,12	-4,54	11,76	10,52	1,24	41,57	23,33	18,24	143,58	81,59	61,99
Movilidad	15,47	14,85	0,62	85,54	60,47	25,07	242,32	134,32	108,00	536,92	314,26	222,66
Autocuidado	10,11	13,02	-2,91	46,40	35,09	11,31	170,71	106,30	64,41	472,04	286,75	185,29
Vida doméstica	14,76	11,72	3,04	71,63	35,00	36,63	213,66	85,40	128,26	502,30	262,96	239,34
Interacciones y relaciones personales	6,21	11,81	-5,60	10,37	15,52	-5,15	29,42	24,92	4,50	128,70	85,31	43,39

Fuente: Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia 2008. INE

5.4.2. Esperanza de vida libre de discapacidad

La discapacidad y la dependencia son elementos fundamentales de la calidad de vida. En los siguientes gráficos se muestran los indicadores de Esperanza de Vida Libre de Discapacidad para mujeres y para hombres. Mientras que las mujeres tienen una mayor esperanza de vida al nacer que supera en 5,4 años a la de los varones, solo vivirán 1,3 años más de vida sin discapacidad. Esta brecha de género es de 1,4 años para la EVLD para las actividades de la vida diaria y de 3 años más de vida sin discapacidad para el autocuidado. Este patrón cambia cuando hablamos de esperanza de vida a los 65 años: mientras que las mujeres vivirán casi 4 años más que los hombres de esta edad, la brecha de género se invierte cuando se trata de la esperanza de vida sin discapacidad, de modo que los hombres vivirán 0,34 años más que las mujeres sin discapacidad.

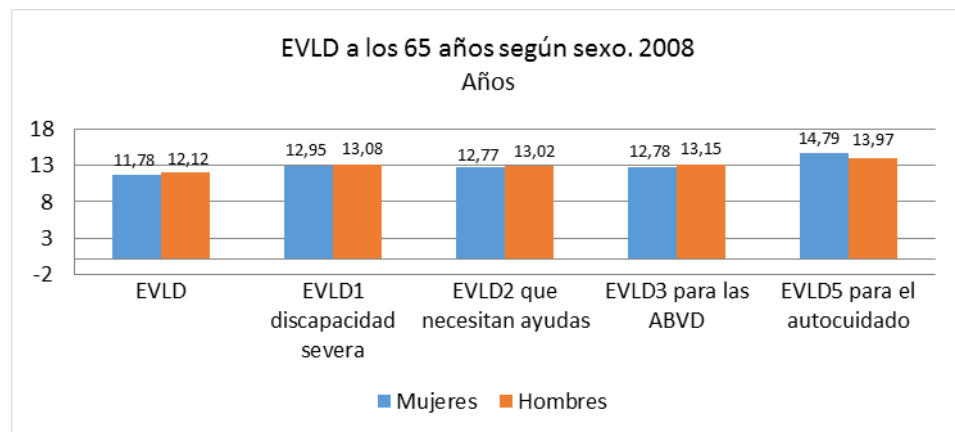
Gráfico 92. Esperanza de Vida Libre de Discapacidad al nacer. Varios indicadores. Andalucía 2008



EVLD= Esperanza de Vida Libre de Discapacidad; ABVD= Actividades Básicas de la Vida diaria.

Fuente: INEbase. Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia 2008.

Gráfico 93. Esperanza de Vida y Esperanza de Vida Libre de Discapacidad a los 65 años. Varios indicadores. Andalucía 2008



EVLD= Esperanza de Vida Libre de Discapacidad; ABVD= Actividades Básicas de la Vida diaria.

Fuente: Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia 2008. INE

LA BRECHA DE GÉNERO EN DISCAPACIDAD ES DESFAVORABLE PARA LAS MUJERES Y ELLAS VIVEN MENOS AÑOS LIBRES DE DISCAPACIDAD

La tasa de discapacidad es mayor en mujeres que en hombres en todos los grupos de edad, salvo en las edades jóvenes, y tanto las tasas como las brechas de género van aumentando conforme aumenta la edad. Existen diferencias entre los sexos en el tipo de discapacidad: la mayor brecha de género se presenta en la discapacidad para la vida doméstica, que es más frecuente en mujeres que en hombres, seguida de la relacionada con la movilidad. Los hombres, sin embargo, presentan más discapacidad que las mujeres en relación con la comunicación, el aprendizaje y las interacciones y relaciones sociales, con brechas de género negativas de mayor magnitud en edades más jóvenes.

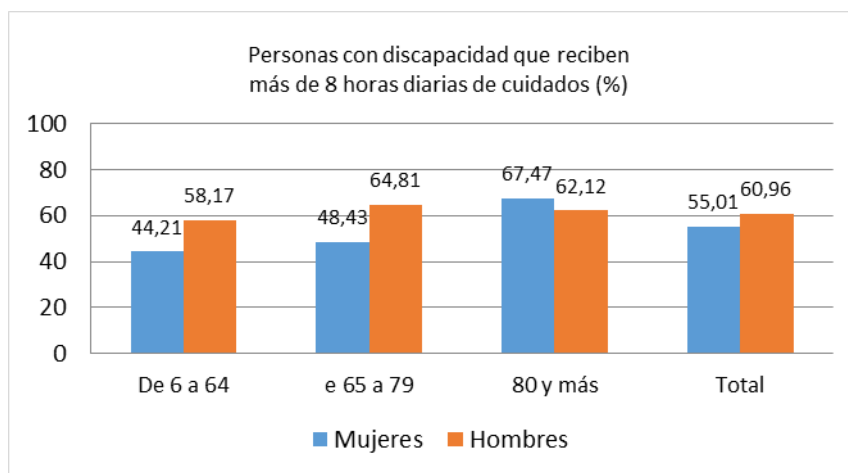
Mientras que las mujeres tienen una esperanza de vida al nacer que supera en 5,4 años a la de los varones, solo vivirán 1,3 años más de vida sin discapacidad. Este patrón cambia cuando hablamos de esperanza de vida a los 65 años, a esta edad la brecha de género se invierte cuando se trata de la esperanza de vida sin discapacidad, de modo que los hombres vivirán 0,34 años más que las mujeres sin discapacidad.

5.4.3. Brechas de género en la recepción de cuidados

Sabemos que son las mujeres las principales cuidadoras, de modo que existe una brecha importante de género en la provisión de los cuidados. Pero, ¿existe también esta brecha en la recepción de cuidados? ¿Y en las necesidades de cuidados no cubiertas? Desde los servicios formales, ¿se atiende más a uno u otro sexo?

Las personas con discapacidad o dependencia reciben un cuidado intensivo (más de 8 horas diarias) en Andalucía, en mayor medida que en España. En el siguiente gráfico se muestra el porcentaje de mujeres y de hombres con discapacidad que recibe un cuidado intensivo (más de 8 horas al día). Mientras que el 55% de las mujeres con discapacidad reciben más de 8 horas de cuidado al día, esta proporción se eleva a un 61% en el caso de los hombres (BG: -5,95). Esta diferencia es mayor que en el conjunto del estado, donde la brecha de género es de -4,87.

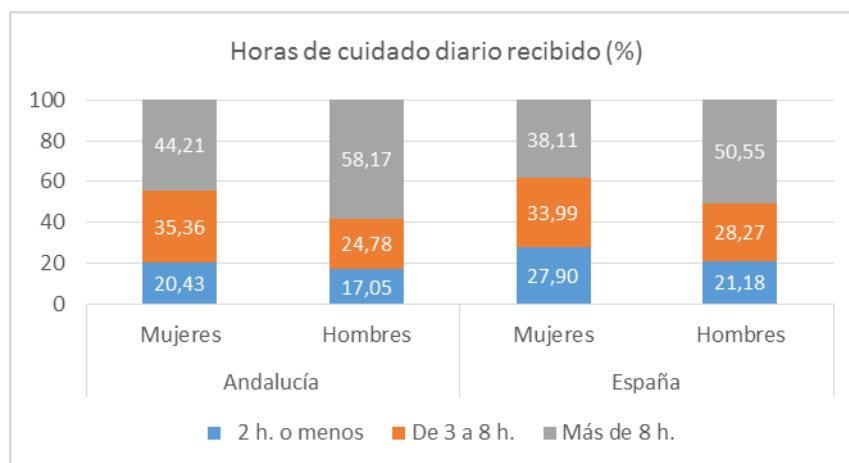
Gráfico 94. Personas con discapacidad que reciben cuidado intensivo, según edad. Andalucía 2008



Fuente: Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia 2008. INE

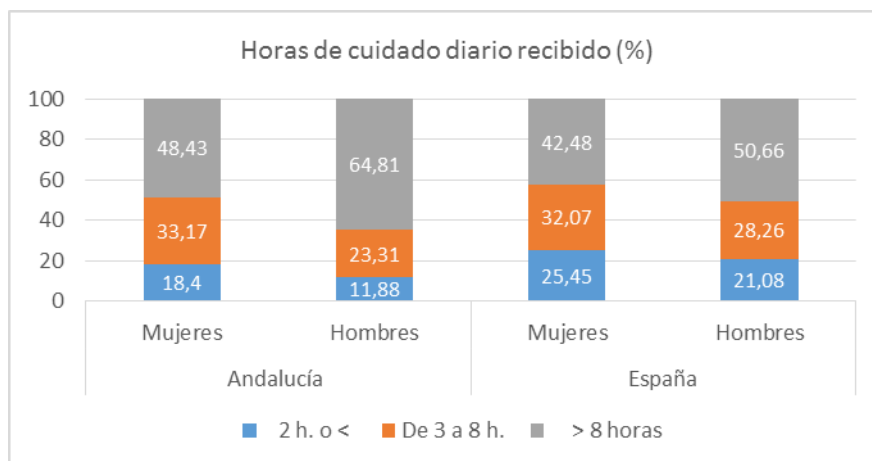
La brecha de género es máxima entre los 65 y 79 años, donde el cuidado intensivo lo recibe un 16% más de hombres que de mujeres, y se invierte en las personas más mayores, grupo en el que son las mujeres quienes reciben mayor intensidad de cuidados.

Gráfico 95. Porcentaje de personas con discapacidad de 6 a 64 años según tiempo de cuidados diarios recibidos. Andalucía y España 2008



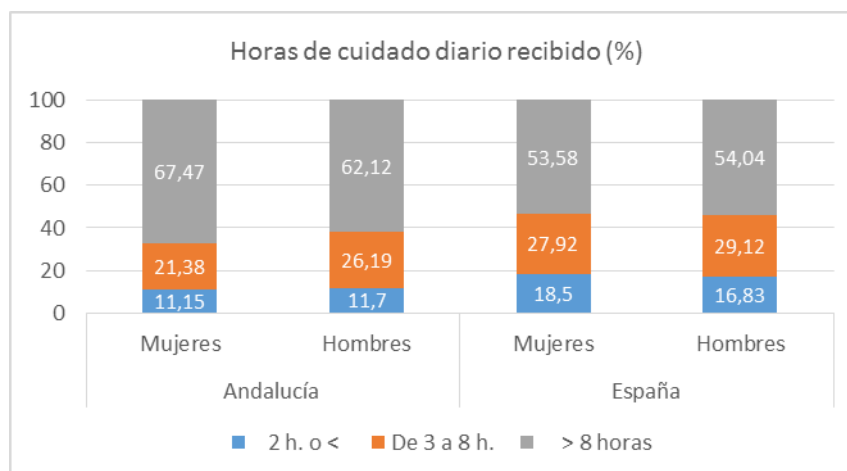
Fuente: Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia 2008. INE

Gráfico 96. Porcentaje de personas con discapacidad de 65 a 79 años según tiempo de cuidados diarios recibidos. Andalucía y España 2008



Fuente: Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia 2008. INE

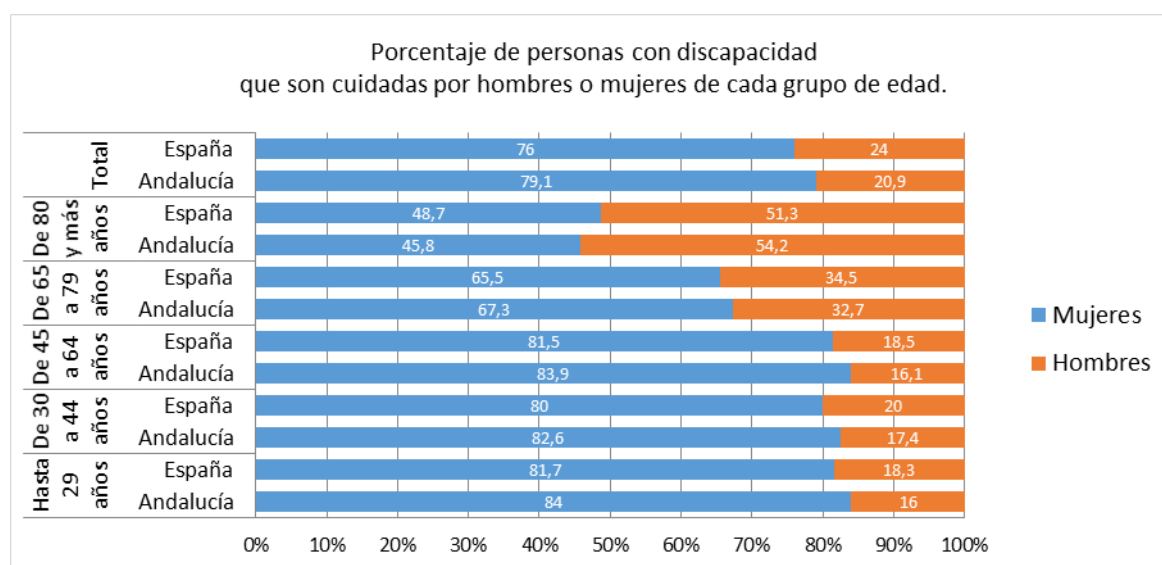
Gráfico 97. Porcentaje de personas con discapacidad de 80 años y más según tiempo de cuidados diarios recibidos. Andalucía y España 2008



Fuente: Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia 2008. INE

Estos cuidados los realizan en su mayoría mujeres, como se puede ver en el gráfico. En Andalucía, un 79% de las personas con discapacidad son cuidadas principalmente por mujeres, mientras que los hombres participan mucho menos en los cuidados (21%). Esta brecha de género en los cuidados es mayor que en España. La mayor participación de los hombres se da a partir de los 65 años, y es máxima en el grupo de 80 y más años. Este patrón de cuidado por sexo concuerda con otros estudios, que indican que los cuidadores hombres tienen un perfil más envejecido que las mujeres, ya que ellos prestan cuidados mayoritariamente a sus parejas mayores.

Gráfico 98. Personas con discapacidad según sexo y edad de la persona que realiza principalmente los cuidados. Andalucía y España 2008



Fuente: Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia 2008. INE

Si nos fijamos en la edad de las personas cuidadoras, el mayor porcentaje se sitúan en las edades de 45 a 64 años, que se corresponde con lo que se ha dado en llamar “la generación sándwich”: se trata de mujeres en las edades medias de la vida que siguen asumiendo el cuidado de sus hijos e hijas, y ya han empezado a cuidar de sus mayores (padres, madres, suegros, suegras...).

Tabla 52. Porcentaje de población que realiza principalmente los cuidados, según sexo y edad. Andalucía 2008

Grupo de edad	Mujeres	Hombres
Hasta 29 años	6,71	4,77
De 30 a 44 años	25,03	19,53
De 45 a 64 años	48,72	34,57
De 65 a 79 años	17,18	30,90
De 80 y más años	2,35	10,22
Total	100,00	100,00

Fuente: Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia 2008. INE

A partir del año 2006, con la promulgación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas con Dependencia (la llamada ley de Dependencia), las personas que presentan alguna limitación para la autonomía son valoradas en centros valoración y orientación, paso previo para la asignación de prestaciones y/o servicios de apoyo. En la siguiente tabla se muestra el número de personas con un grado de discapacidad igual o mayor al 33% que han sido valoradas en estos centros en Andalucía, por provincias. En total son 59.1872 personas, de las cuales un 49% han sido mujeres y un 51% hombres. Existe una amplia

variabilidad en la brecha de género entre las provincias, muy llamativa en el caso de Cádiz, provincia en la que se han valorado un 49% más de hombres que de mujeres. La brecha de género es negativa en seis de las ocho provincias (salvo en Almería y Málaga) lo cual significa que se han valorado más hombres que mujeres. Teniendo en cuenta que la prevalencia de discapacidad es mayor en mujeres, estas diferencias en la valoración merecerían una reflexión sobre sus causas.

Tabla 53. Personas dependientes valoradas en los centros de valoración y orientación (con un grado de discapacidad igual o mayor al 33%). Andalucía y provincias a 31 de diciembre de 2017

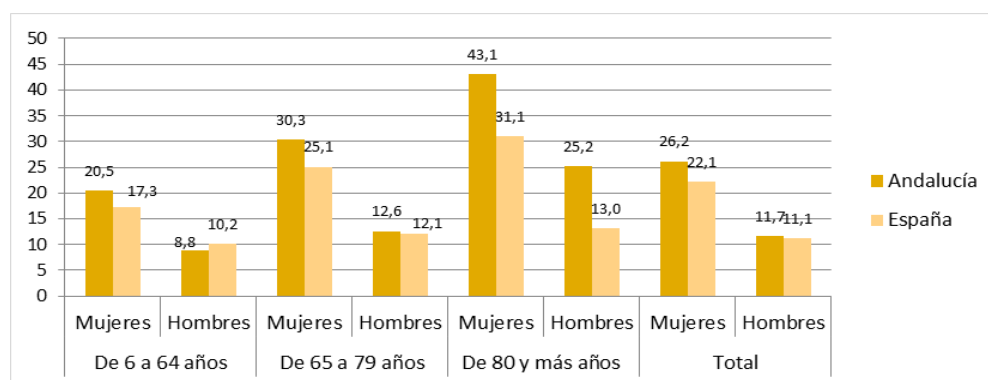
	Números absolutos			Índice de distribución (%)		Diferencia M-H
	Mujeres	Hombres	Ambos sexos	Mujeres	Hombres	
Almería	24377	20216	44593	54,67	45,33	9,33
Cádiz	20159	59477	79636	25,31	74,69	-49,37
Córdoba	24405	27232	51637	47,26	52,74	-5,47
Granada	28183	31504	59687	47,22	52,78	-5,56
Huelva	19644	19654	39298	49,99	50,01	-0,03
Jaén	20158	23092	43250	46,61	53,39	-6,78
Málaga	64258	59015	123273	52,13	47,87	4,25
Sevilla	58456	60042	118498	49,33	50,67	-1,34
Andalucía	291640	300232	591872	49,27	50,73	-1,45

Fuente: Sistema Integrado de Servicios Sociales (SISS). En: Estadísticas Discapacidad. Consejería de Igualdad y Políticas Sociales

Estas brechas de género tanto en el cuidado no profesional (cuidado informal mayoritariamente), como en la atención formal, se ven reflejadas también en la proporción de personas con discapacidad

que no recibe cuidados cuando los necesita. Hay que tener en cuenta que estos datos proceden de la Encuesta de Discapacidad, Autonomía y Dependencia que realizó el INE en el año 2008, ya que no existe otra posterior. Estos datos han podido cambiar desde esa fecha, teniendo en cuenta que en el año 2006 se inició el desarrollo del sistema de atención a la dependencia.

Gráfico 99. Porcentaje de personas con discapacidad que no recibe cuidados personales y sí los necesita, según edad y sexo. Andalucía y España 2008



Fuente: Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia 2008. INE

El 26% de las mujeres con discapacidad que no recibe cuidados de este tipo sí los necesita, mientras que esto ocurre en el 11% de los hombres. Este porcentaje es más elevado en las personas de 80 y más años, en el que casi la mitad (43%) de las mujeres que no reciben cuidados personales sí los necesita, frente al 25% de los hombres.

LA BRECHA DE GÉNERO EN LA RECEPCIÓN DE CUIDADOS TAMBIÉN ES DESFAVORABLE PARA LAS MUJERES

Sabemos que son las mujeres las principales cuidadoras, de modo que existe una brecha importante de género en la provisión de los cuidados. Pero, ¿existe también esta brecha en la recepción de cuidados? Mientras que el 55% de las mujeres andaluzas con discapacidad reciben más de 8 horas de cuidado al día, esta proporción se eleva a un 61% en el caso de los hombres.

Más del 75% de las personas con discapacidad son cuidadas principalmente por mujeres, mientras que los hombres participan mucho menos en los cuidados (21%). Esta brecha de género en los cuidados es mayor en Andalucía que en España. El mayor porcentaje de estas mujeres cuidadoras se sitúan en las edades de 45 a 64 años, que se corresponde con lo que se ha dado en llamar “la generación sándwich”: se trata de mujeres en las edades medias de la vida que siguen asumiendo el cuidado de sus hijos e hijas, y ya han empezado a cuidar de sus mayores.

Estas brechas de género en los cuidados se ven reflejadas también en la proporción de personas con discapacidad que tiene necesidades de cuidado no cubiertas: este porcentaje supera el 25% en el caso de las mujeres, mientras que está en torno al 10% en el de los hombres. En las mujeres mayores esta proporción es aún más elevada y supera el 40%.

5.5. Accidentabilidad

Los hombres tienen una mayor **incidencia de accidentes** que las mujeres. El 6% de los hombres ha sufrido alguno en los últimos 12 meses que le haya causado heridas o lesiones suficientes como para limitar su actividad normal y/o para necesitar asistencia sanitaria, siendo este porcentaje del 5,2% en las mujeres. No obstante, el número de accidentes sufridos en el último año por las mujeres que han sufrido alguno supera ligeramente al número medio de los sufridos por los hombres (2,37 y 2,12 respectivamente). Parece que es menos probable para las mujeres sufrir algún accidente, pero que entre las que han sufrido alguno, sea mayor la frecuencia de accidentes sufridos que en los hombres. El análisis desagregado por sexo y edad muestra que el mayor porcentaje de mujeres que ha sufrido un accidente en los últimos doce meses se da entre las mayores de 80 años (11,6%), seguido de entre las de 65 y 79 años (8,3%). En cambio, en los hombres el mayor porcentaje se da entre los menores de 30 años (10,2%), seguido de los mayores de 80 años (6,4%). El porcentaje de quienes han sufrido un accidente en el último año es más bajo, en ambos sexos, entre quienes tienen estudios superiores que entre quienes cuentan con estudios primarios o secundarios, y también entre quienes residen en un ámbito rural que quienes lo hacen en ámbito urbano. No obstante, las diferencias halladas entre las distintas categorías de nivel educativo y de hábitat, así como las brechas de género, no son elevadas.

Las principales diferencias se observan en el **tipo de accidentes** que sufre cada sexo con mayor frecuencia. En consonancia con los estudios sobre el tema, los hombres sufren más accidentes en el lugar de trabajo y en los espacios públicos que las mujeres, mientras que las mujeres los sufren con mayor frecuencia en el ámbito doméstico, de acuerdo con los roles de género y espacios que más predominan en las actividades diarias de cada sexo.

Podemos observar en la siguiente tabla, cómo más de la tercera parte de las mujeres ha sufrido algún accidente en casa en los últimos doce meses, frente al 20,7% de los hombres, con una brecha que alcanza los 15,9 puntos porcentuales. En cambio, la mayor brecha de género que se registra del lado de los hombres (mayor porcentaje que en las mujeres) es la que se refiere a accidentes sufridos en un lugar de recreo o deporte, siendo de 14 puntos porcentuales. El 18,1% de los hombres y el 4,1 de las mujeres han sufrido algún accidente de este tipo en el último año, lo que parece estar estrechamente relacionado con la mayor presencia de los hombres en este espacio y en este tipo de actividades. Le sigue de cerca la brecha en relación a accidentes de tráfico sufridos como conductor. Los hombres que han sufrido alguno en el último año superan a las mujeres en 12,4 puntos porcentuales (17,1 y 4,7% respectivamente). En tercer lugar, es destacable también la brecha que hace referencia a haber sufrido un accidente en el lugar de trabajo, 6,4 puntos porcentuales superior en los hombres. El 14,5% de los hombres y el 8,1% de las mujeres han sufrido alguno en el último año. En cambio, son más las mujeres que han sufrido algún accidente en la vía pública, sin ser de tráfico, y también las que lo han sufrido sin ser conductora, es decir, como pasajera y como peatona. También las mujeres que han sufrido accidentes en el lugar de formación superan a los hombres.

En cuanto a los daños o lesiones producidos por los accidentes, los datos muestran una mayor incidencia de contusiones, hematomas, esguinces o luxaciones en las mujeres. El 63,4% de las mujeres y el 59,1% de los hombres que ha tenido algún accidente ha sufrido este tipo de daños, siendo el más frecuente en ambos sexos y también el que registra una mayor brecha de género. También se dan más envenenamientos e intoxicaciones no alimentarias en las mujeres, como se establece en la literatura previa sobre el tema. De hecho, entre los hombres que sufrieron algún accidente en los últimos 12 meses, ninguno ha referido que le produjera un daño de este tipo, mientras que el 1,2% de

las mujeres que sufrió alguno sí fue un envenenamiento o una intoxicación no alimentaria. En cambio, los hombres sufren más fracturas, quemaduras y heridas profundas que las mujeres.

Tabla 54. Porcentaje de personas que han sufrido algún accidente en los últimos 12 meses, número medio de accidentes sufridos, lugar y tipo de daño que produjo el último accidente, por sexo. Andalucía 2015

	Mujeres	Hombres	Brecha de género	p-valor
Personas que han sufrido algún accidente en los últimos 12 meses (%)	5,2	6,0	-0,8	0,155
Número medio de accidentes sufridos en los últimos 12 meses (solo personas que han sufrido alguno)	1,24	1,11	0,13	0,094
Lugar donde tuvo lugar el último accidente:				<0,001
- En su casa	36,6	20,7	15,9	
- En su centro de formación	2,9	0,5	2,4	
- En su centro de trabajo	8,1	14,5	-6,4	
- En un lugar de recreo o deporte	4,1	18,1	-14	
- En la vía pública (sin ser accidente de tráfico)	29,7	23,8	5,9	
- En la vía pública (accidente de tráfico como conductor/a)	4,7	17,1	-12,4	
- En la vía pública (accidente de tráfico como pasajero/a)	11,6	3,6	8	
- En la vía pública (accidente de tráfico como peatón/a)	1,7	0,5	1,2	
- No consta	0,6	1,0	-0,4	
Tipo de daño o lesión que produjo el último accidente:				0,641
- Envenenamiento o intoxicación (no alimentarias)	1,2	0,0	1,2	
- Quemaduras	2,3	3,1	-0,8	
- Fracturas	16,9	18,7	-1,8	
- Contusiones, hematomas, esguinces o luxaciones	63,4	59,1	4,3	
- Heridas profundas	8,1	8,3	-0,2	
- Otros daños	7,0	8,8	-1,8	
- No consta	1,2	2,1	-0,9	

* Accidentes que hayan causado heridas o lesiones suficientes para limitar la actividad normal y/o para necesitar asistencia sanitaria.

Fuente: Elaboración propia a partir de EAS 2015

Los hombres superan ampliamente a las mujeres en el porcentaje de **accidentes de trabajo sufridos que han causado baja en jornada**. La brecha es de 40,9 puntos porcentuales. El 70,4% de los hombres que han sufrido algún accidente laboral ha causado baja, un porcentaje que se reduce al 29,6% en el caso de las mujeres. Si analizamos esto por edad, vemos que en todas las franjas contempladas, las brechas son favorables a los hombres, con porcentajes que superan al de las mujeres de la misma edad. Aunque desde las primeras edades laborales la brecha es muy acusada, la más amplia se produce en la franja que va de los 30 a los 39 años (en torno a los 50 puntos porcentuales de diferencia). Después comienza a descender levemente a medida que avanza la edad, de manera que entre 55 y 65 años ha descendido la brecha a unos 25 puntos porcentuales, y superando esta edad se vuelve prácticamente inexistente (1,9 puntos porcentuales).

Tabla 55. Porcentaje de accidentes de trabajo con baja en jornada, por sexo y edad. Andalucía 2015

Edad	Mujeres	Hombres	Brecha de género
De 16 y 17	29,25	70,75	-41,50
De 18 y 19	24,96	75,04	-50,08
De 20 a 24	27,16	72,84	-45,68
De 25 a 29	28,34	71,66	-43,32
De 30 a 34	26,39	73,61	-47,22
De 35 a 39	24,76	75,24	-50,48
De 40 a 44	27,90	72,10	-44,20
De 45 a 49	30,45	69,55	-39,10
De 50 a 54	35,49	64,51	-29,02
De 55 a 60	37,30	62,70	-25,40
De 60 a 65	37,65	62,35	-24,70
Más de 65	49,04	50,96	-1,92
Todas las edades	29,56	70,44	-40,88

Fuente: Dirección General de Relaciones Laborales y Seguridad y Salud Laboral de la Consejería de Empleo, Empresa y Comercio y Ministerio de Empleo y Seguridad Social. En Estadística de Accidentes de Trabajo en Andalucía en 2015

El mayor riesgo de los hombres a sufrir un accidente como conductor ha sido documentado en la literatura. Un reciente estudio realizado en España concluye que los hombres son más arriesgados al volante, sufren más accidentes y estos son más graves que los ocasionados por mujeres. (Aparicio et al., 2017). Según este estudio, existen diferencias respecto a la accidentalidad, gravedad de las lesiones, tipos de accidentes y comportamiento, que concuerdan con los datos desagregados por sexo publicados en Andalucía en este ámbito. Por ejemplo, el último Plan Integral de Accidentabilidad de Andalucía 2007-2012, situaba la [tasa de víctimas de accidentes de tráfico](#) en los hombres por encima de la de las mujeres en todos los grupos de edad, con la mayor brecha de género entre los 15 y los 35 años. Los accidentes más graves y los mortales se producían también más en los hombres que en las mujeres en todos los grupos de edad, pero con las mayores brechas de género en estas edades tempranas (Consejería de Salud, 2007).

El Plan Integral de Accidentabilidad de Andalucía establece el perfil de las personas que sufren más [accidentes en el ámbito doméstico, de ocio y tiempo libre](#). Dentro de este ámbito, las mujeres resultan más lesionadas en las actividades domésticas que ocurren en el interior del hogar, mientras que los hombres se lesionan más en actividades deportivas y al aire libre. Las mujeres sufren un mayor número de caídas y los varones duplican los accidentes frente a las mujeres por aplastamiento, corte o perforación. En el colectivo de personas con 65 años o más, el porcentaje de caídas es muy superior a la media, en cambio, el resto de mecanismos de accidente en este rango de edad es el más bajo de todos. De mayor a menor, las lesiones resultantes más frecuentes son, en primer lugar, la herida abierta, en segundo la distorsión o esguince, y por último, las fracturas, contusiones y quemaduras (Consejería de Salud, 2007).

La accidentabilidad en el trabajo es inherente a la salud laboral. En este ámbito, la literatura ha documentado las importantes desigualdades de género que existen en las condiciones de empleo,

trabajo y en los problemas de salud relacionados con el trabajo, que se ven influenciadas por la clase social y el sector de actividad. Más mujeres que hombres trabajaban sin contrato, con alto esfuerzo o baja recompensa y sufriendo acoso sexual, discriminación y más dolores osteomusculares. Por el contrario, más hombres que mujeres trabajaban a turnos, con altos niveles de ruido, altas exigencias físicas y sufriendo más lesiones por accidentes de trabajo (Campos-Serna et al., 2013). En general, los estudios realizados sobre salud laboral y género en España han apuntado a la existencia de una mayor proporción de mujeres expuestas a riesgos psicosociales y de hombres a riesgos físicos y lesiones por accidentes de trabajo (Artazcoz, Escribà-Agüir y Cortés, 2004; Zimmermann, 2010). Así mismo, se ha evidenciado que esta desigual distribución varía en función de la clase social, viéndose más perjudicadas las personas empleadas en trabajos manuales (Borrell y Artazcoz, 2008).

LAS MUJERES TIENEN MÁS ACCIDENTES EN EL ÁMBITO DOMÉSTICO, LOS HOMBRES EN EL ÁMBITO EXTRADOMÉSTICO

Los hombres tienen una mayor incidencia de accidentes que las mujeres, el 6% y el 5,2% respectivamente han sufrido alguno en el último año, limitando su actividad normal o necesitando asistencia sanitaria. Las principales diferencias se observan en el tipo de accidentes que sufre cada sexo con mayor frecuencia. En consonancia con los estudios sobre el tema, los hombres sufren más accidentes en el lugar de trabajo y en los espacios públicos que las mujeres, mientras que las mujeres los sufren con mayor frecuencia en el ámbito doméstico, de acuerdo con los roles de género y espacios que más predominan en las actividades diarias de cada sexo.

5.6. Salud sexual

La OMS define la **salud sexual** como un estado de bienestar físico, emocional, mental y social en relación con la sexualidad. No es simplemente la ausencia de enfermedad o disfunción. La salud sexual requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para que se logre y mantenga la salud sexual, los derechos de todas las personas deben ser respetados y cumplidos (OMS, 2016d). Los derechos sexuales derivan de una serie de principios de derechos humanos, en particular, el principio de no discriminación, que afirma la libertad, la igualdad y la dignidad de todas las personas (OMS, 2016a). La OMS insiste en la necesidad de formar a profesionales con especialización en salud sexual, ya que debido al vínculo evidente que existe entre salud reproductiva y sexualidad humana, a menudo se ha supuesto que atender los aspectos reproductivos de la salud era suficiente para satisfacer las necesidades que plantean los derechos sexuales, lo que no es así.

En este apartado, hemos querido dar énfasis a los contenidos más relacionados con la salud sexual, que a menudo han quedado ocultos tras los indicadores de la salud reproductiva, aun sabiendo que ambas esferas son prácticamente indisolubles. Disfrutar de salud reproductiva implica la capacidad de tener una vida sexual satisfactoria, placentera y segura, libre del riesgo de embarazos no deseados, de infecciones de transmisión sexual o de violencia sexual. Y además, requiere contar con unas determinadas condiciones y garantías sanitarias y el acceso a recursos y servicios públicos de calidad. En este apartado pondremos el foco en las **actitudes y hábitos sexuales, la anticoncepción, la interrupción voluntaria del embarazo y el VIH/sida y otras ITS**, desde un enfoque de género, derechos

y atención a la diversidad. En el apartado de atención sanitaria abordaremos los aspectos de la salud reproductiva más relacionados con el embarazo, parto y puerperio, que cuentan con un recorrido mayor en cuanto a las estrategias y datos disponibles y que constituyen procesos muy sistematizados y con amplia trayectoria en los protocolos de actuación que se siguen en el sistema sanitario público. Por su parte, los indicadores demográficos relacionados con la salud reproductiva, referentes a la fecundidad y la natalidad, se excluirán de estos apartados de salud sexual y salud reproductiva, al haber sido abordados previamente dentro de la estructura demográfica, en los determinantes estructurales de la salud.

5.6.1. Actitudes, hábitos sexuales y anticoncepción

La OMS, en su reciente análisis de situación para la estrategia sobre la salud y el bienestar de las mujeres en la región europea (OMS, 2016a), alerta de que los estereotipos de género y las normas sociales relacionadas con la actividad sexual, determinan las expectativas y el comportamiento social y tienen un efecto en la salud. Algunos de estos estereotipos incluyen, por ejemplo, que los hombres jóvenes sean sexualmente libres, que ganen experiencia y ostenten el control, mientras que se espera que las mujeres jóvenes protejan su virginidad y sean controladas. La heteronormatividad sigue imperando en nuestra sociedad, dándose por sentada la heterosexualidad tanto en mujeres como en hombres. Estos estereotipos de género impactan sobre el inicio de las relaciones sexuales y en las distintas expectativas en cada sexo, como que las mujeres y niñas tomen la responsabilidad de la anticoncepción. El alto valor que se otorga a la virginidad en algunos países puede dificultar el acceso de las adolescentes a la información y los servicios. El temor al estigma o a la violencia de género también puede impedir un adecuado uso de los servicios sanitarios relacionados con la salud sexual. Las tasas de aborto entre adolescentes pueden ser también un reflejo de la capacidad limitada de las niñas para acceder y negociar el uso de anticonceptivos (Johansson, Alex y Christianson, 2014; OMS, 2016a).

5.6.1.1. Datos cuantitativos sobre actitudes y hábitos sexuales

En 2009, el Observatorio de Salud de la Mujer en colaboración con el CIS, realizó la Encuesta Nacional de Salud Sexual (ENSS, 2009), que constituyó la primera encuesta poblacional sobre este tema en España. Con una muestra formada por 9.850 mujeres y hombres de 16 años y más, introdujo algunas novedades para la inclusión de la perspectiva de género, que habían sido obviadas hasta ese momento. La inclusión de los varones supuso una novedad para avanzar en el concepto de la corresponsabilidad reproductiva. También supuso un tímido avance en el manejo del concepto de sexualidad expandida, superando el de sexualidad coital que había sido asumido de forma sistemática hasta entonces. La encuesta consideró las relaciones sexuales como “conjunto de prácticas que realizan dos o más personas, de igual o diferente sexo, con la finalidad de obtener placer sexual, que no tiene por qué incluir el coito, ni concluir con el orgasmo”. No obstante, los datos que se han publicado de esta encuesta vuelven a centrarse en gran medida en las prácticas sexuales coitales.

Los resultados de esta encuesta insisten en que los **métodos anticonceptivos más utilizados** en España son el preservativo masculino y la píldora, y en que el uso de la píldora anticonceptiva de urgencia (PAU) se concentra en el grupo de edad de 16 a 34 años. También refleja que la responsabilidad en la prevención sigue recayendo en las mujeres, tendencia que se observa en todos los grupos de edad. El 60% de mujeres y hombres han recurrido a profesionales de la sanidad pública por algún problema relacionado con su salud sexual. Los hombres acuden más a “medicina de familia” (42%), “urología” (27%) y “psicología” (21%), mientras que las mujeres acuden a “ginecología” (42%), “psicología” (31%)

y “medicina de familia” (30%). Los principales motivos que llevaron a la población a consultar con profesionales fueron: para los hombres, no tener pareja sexual y la falta de experiencia; y para las mujeres: pérdida del deseo sexual y la falta de experiencia (ENSS, 2009). Esta encuesta no ha vuelto a repetirse en la última década y no se han hallado resultados publicados a nivel andaluz.

En nuestra comunidad contamos con escasos datos en los últimos diez años que estén desagregados por sexo, acerca de las actitudes y hábitos sexuales.

Una de las fuentes de datos más actualizadas a nivel andaluz es la que proporciona el estudio “Health Behaviour in School-aged children” (HBSC), sobre las conductas de los y las escolares de entre 11 y 18 años relacionadas con la salud. Este estudio, realizado en colaboración con la OMS, se ha implementado en 42 países de la región europea y Norteamérica. Contamos con un informe de resultados específico de Andalucía, con los datos de la última edición realizada en 2014 (Moreno et al., 2016). Del informe se desprende que el 32,4% de las chicas entre 15 y 18 años y el 30,5% de los chicos de esa edad ha mantenido alguna vez relaciones sexuales completas, entendiendo por ello las relaciones coitales. El 60,1% de las chicas y el 78,2% de los chicos usaron el preservativo en su última relación sexual completa, un dato que ha ido en descenso en cada una de las últimas ediciones de esta encuesta (2011 y 2006). El 8,4% de las chicas y el 3,1% de los chicos dijo no haber utilizado ningún método en esa última relación coital, siendo mayor este porcentaje en la edad de 17 y 18 años que en la de 15 y 16. El método de la marcha atrás fue utilizado por un 16,1% de las chicas y por un 10,0% de los chicos, también con porcentajes superiores en la edad de 17 y 18 años que en la de 15 y 16.

El 39,5% de las chicas afirma que ha tomado alguna vez la píldora de anticoncepción de urgencia (PAU), un porcentaje que ha aumentado respecto a 2011, momento en que era una de cada cinco las que habían recurrido a este método de urgencia. Como podemos comprobar, los datos que aporta esta encuesta se rigen por la heteronormatividad imperante en nuestra sociedad, dando por hecho que las relaciones sexuales de los y las adolescentes y jóvenes son únicamente heterosexuales y coitales. No tiene en cuenta la diversidad de orientaciones sexuales.

Tabla 56. Porcentaje de escolares de 11 a 18 años ante distintas conductas sexuales por sexo y edad. Andalucía 2014

		Total N (%)	Sexo (%)		Grupo de edad (%)	
			Mujeres	Hombres	15-16	17-18
¿Has tenido alguna vez relaciones sexuales completas?	Sí	232 (31,5)	32,4	30,5	15,0	45,1
¿Qué método utilizasteis tú o tu pareja la última vez?	Ningún método	13 (6,0)	8,4	3,1	3,0	6,7
	Preservativo	158 (71,6)	66,1	78,2	87,3	67,7
	Píldora anticonceptiva	9 (4,0)	7,2	0,3	0,6	4,9
	Preservativo y píldora	11 (5,0)	2,2	8,4	6,6	4,6
	Marcha atrás	29 (13,3)	16,1	10,0	2,4	16,1
¿Has tomado alguna vez la píldora del día después	No, nunca	73 (60,7)	60,5	-	68,6	58,6
	Sí, una vez	28 (23,3)	23,3	-	22,4	23,5
	Sí, dos veces	10 (8,3)	8,3	-	1,1	10,0
	Sí, tres veces o más	10 (7,9)	7,9	-	7,8	7,9

Fuente: HBSC 2014. En Moreno et al. (2016)

5.6.1.2. Datos cualitativos sobre actitudes y hábitos sexuales

Ante los escasos datos cuantitativos de que disponemos en Andalucía sobre las conductas y hábitos sexuales y los sesgos que estos contienen, hemos visto la necesidad de complementarlos con otro tipo de información. En este sentido, contamos con resultados provenientes de un estudio cualitativo, realizado en Andalucía en 2011. Este contó con un amplio trabajo de campo, para comprender las representaciones que sobre los anticonceptivos manejaban diferentes grupos poblacionales: chicas y chicos menores de 21 años, mujeres adultas y mujeres con discapacidad (Gómez-Bueno, 2011). La metodología empleada, con entrevistas en profundidad y grupos de discusión, permite alcanzar un mayor nivel de profundidad en un tema tan sensible e íntimo. El análisis por sexo, edad y discapacidad aporta interesantes resultados sobre las representaciones, discursos y prácticas anticonceptivas, en grupos de población específicos. Resumimos a continuación algunos de ellos.

Las chicas menores de 21 años

Las chicas adolescentes aparecen como un grupo de población que, incluso contando con poca información anticonceptiva y prácticamente ninguna sobre afectividad o relaciones eróticas no coitales, considera saberlo todo y contar con amplia experiencia. El alumnado de los centros públicos ha recibido información general a través de charlas en los últimos cursos de la Educación Secundaria, mediante el Programa Forma Joven, Ayuntamientos y AMPAS. La familia sigue sin abordar la educación afectivo-sexual con los hijos e hijas, y se sigue confiando en gran medida esta labor a profesionales sanitarios y educativos. No obstante, para la mayoría, son los grupos de iguales, internet, la televisión y las revistas, quienes constituyen el referente en esta tarea.

Las chicas insisten en la diferente significación que tienen las relaciones sexuales para los chicos y para ellas. En relaciones heterosexuales (en las que se centra el estudio), ellas buscan en ellos confianza, respeto y valoración en alguien que probablemente se convierta en una pareja estable, o bien en el otro extremo, buscan conocer, experimentar y divertirse. Es frecuente otorgar un mayor poder de atracción a los “chicos malos”, que suponen un reto y un riesgo excitante.

Las normas y presiones sociales empujan a las chicas a mantener relaciones sexuales con penetración, aunque no les apetezca o el chico no les convenza. La mayoría relata lo frustrante y dolorosa que resulta la primera vez, produciéndose un gran salto entre la mitificación que habían adquirido sobre el primer encuentro sexual y la realidad.

La mayor parte de las chicas tienen poca o muy poca información sobre anticonceptivos, y reproducen una información cargada de mitos, como que la píldora engorda, altera el estado de ánimo y produce esterilidad, el DIU sólo puede colocarse después de un parto, y sin anticonceptivos las relaciones son más placenteras. La elección del método anticonceptivo depende mucho de la estabilidad de la relación, considerándose un acto de confianza en la pareja el abandono del preservativo y sustitución por métodos hormonales. En general, las chicas dicen que el preservativo lo llevan ellos, si bien ellas son más conscientes de los riesgos. A medida que aumenta la edad, es más frecuente que lo lleven ellas o lo negocien entre ambos. Las relaciones esporádicas e imprevistas, unidas al consumo de alcohol, suelen suponer las prácticas sexuales de mayor riesgo. En general, los anticonceptivos que más conocen son el preservativo, la píldora y la PAU, combinados con la tradicional “marcha atrás”. Se conocen poco los nuevos métodos, los reversibles de larga duración. Y el gran desconocido también es el propio cuerpo. La anatomía femenina continúa siendo un tabú para ellas.

Los chicos menores de 21 años, de clase obrera y del medio rural

Los resultados muestran que existe un conflicto latente en los chicos de entornos rurales de clases populares que responde a una crisis de masculinidad, y que se refleja en su lenguaje y sus prácticas cotidianas. Lo que principalmente provoca ese conflicto es la información e influencia contradictoria que reciben de las distintas agencias de socialización: educación igualitaria desde las instituciones públicas, pero diferencial, tradicional y patriarcal desde la familia y el grupo de iguales. Estos desajustes les generan inseguridad y confusión, por un lado, reciben una educación formal en valores, pero continúan inmersos en prácticas cotidianas impregnadas de una ideología machista y de la masculinidad hegemónica.

Los chicos encuentran importantes barreras en las fuentes de información de que se nutren, ya que son fuentes poco fiables y poco precisas: sus referentes para esto son los amigos, la televisión, internet, y las revistas y películas pornográficas. En ellos, también la familia delega la educación afectivo- sexual en el sistema sanitario y educativo. Las charlas del instituto son para muchos la única opción de información fiable.

Se observan escasos indicios de corresponsabilidad en la prevención con las compañeras con las que mantienen relaciones. Su preocupación no se centra en prevenir el embarazo no deseado, sino en la transmisión de enfermedades, especialmente aquellas que pudieran afectar a su miembro viril. Se observan argumentos consistentes con la masculinidad hegemónica. Aunque tengan incorporada la importancia de usar protección, prefieren que sean las chicas quienes les empujen a utilizarlo. Ellos no renuncian a mantener, como primera opción, una relación sexual completa y sin preservativo (con la marcha atrás como principal medida) y deben estar siempre dispuestos a ello, como dicta la tradicional concepción de su hombría. Se da una competición entre iguales para alcanzar los hitos del proceso: primero ver, luego tocar, y como meta llegar al coito.

Las barreras para el uso de anticonceptivos y exposición a importantes riesgos en este grupo de población son varias: escasez de conocimientos sobre afectividad, corresponsabilidad y erotismo no coital, la búsqueda de la satisfacción inmediata, el coste económico, la vergüenza para comprarlos exacerbada en los entornos rurales, la falta de espacios donde intimar, la competitividad del grupo de iguales y la educación sexista que reciben.

Mujeres mayores de 20 años

Las entrevistas de este estudio realizadas a mujeres entre 26 y 36 años arrojan resultados específicos de este grupo de edad, que se conjugan sobre todo con perfiles de mujeres con estudios, que han accedido al mercado laboral, que acceden a un planteamiento sobre la maternidad, y que pueden vivir en pareja o no. Aparece una sexualidad femenina caracterizada por el conocimiento de varias parejas, cierto interés por su propio placer sexual y disminución de tabúes. Hay conocimiento en general, pero sigue faltando información precisa que permita incorporar prácticas seguras. Se constata la presencia de estereotipos y mitos que invitan a no usar anticonceptivos. Destacan los relacionados con los efectos sobre la estética de algunos de ellos, como un aumento del vello o del peso, o los relacionados con la salud, como una posible infertilidad, nerviosismo o falta de libido asociados al uso de la píldora.

Se asocia más el uso del preservativo a las parejas puntuales y esporádicas. En general, se abandona el uso del preservativo cuando se estabiliza la situación sentimental. También se dan relaciones desprotegidas en las relaciones estables, añadiendo un elemento de contradicción y presión cuando no se desea tener descendencia. El DIU genera muchas preguntas sin respuesta o respuestas contradictorias, sobre todo relacionadas con las mujeres que pueden usarlo o con los supuestos problemas que acarrea. También existe bastante desinformación en torno al ciclo ovulatorio. Esta falta de información precisa y concreta condiciona una infrutilización de los métodos reversibles de larga

duración, lo que lleva de nuevo a las mujeres de esta edad a utilizar principalmente el preservativo o la marcha atrás. Este último método es bastante más frecuente de lo que parecen decir las encuestas, lo que en parte puede responder a que no es políticamente correcto reconocer su uso. Estas mujeres consideran que los y las profesionales sanitarias son quienes mejor podrían contribuir a una información adecuada sobre el acceso y uso de métodos anticonceptivos, pero también aquí encuentran barreras, como la desactualización en la promoción de los métodos más eficaces o la resistencia a proporcionar la PAU.

Mujeres con discapacidad

Las entrevistas realizadas a mujeres con discapacidad en este estudio corresponden a perfiles con discapacidad física, auditiva o visual, la mayoría con estudios universitarios y una alta capacidad reflexiva sobre cómo mejorar la situación de sus colectivos. Identifican barreras para la información, acceso y utilización de los servicios sanitarios, que son en gran parte comunes a los de toda la población, como son la falta de una información clara y precisa y desprovista de juicios morales. También existen barreras específicas de este grupo de población que les hacen sufrir una injusta discriminación. Las barreras más destacadas provenientes del conjunto de la sociedad son las siguientes: En primer lugar, se dan barreras de comunicación, la información aparece en formatos poco accesibles para las dificultades auditivas o visuales. En segundo lugar, se dan barreras de concienciación. El desconocimiento es el caldo de cultivo para los prejuicios, los miedos y la perpetuación de la dominación masculina. Se piensa que es un colectivo asexual, que las mujeres son asexuadas, y la información que se les da es prácticamente inexistente y predominan las conductas profesionales de la evitación. También se pone de manifiesto la dominación masculina en la doble moral que juzga más duramente a las mujeres que a los varones que mantienen relaciones sexuales. Y como ocurre para el resto de colectivos, este control sancionador se marca más en los entornos rurales. Este sistema dominador también atribuye a estas mujeres una sumisión especialmente gravosa. La sobreprotección actúa en contra de su independencia, su autoestima y sus posibilidades de acción.

Las principales barreras derivadas del sistema sanitario son las siguientes: la existencia de un concepto de sexualidad muy restringido, la confusión organizativa de a quién y dónde consultar, las prescripciones de anticonceptivos poco variadas y actualizadas, las dudas sobre las incompatibilidades de los anticonceptivos, y el tiempo dispensado a este colectivo resulta insuficiente, el trato es sobreprotector. En suma, es evidente que el personal sanitario necesita formación sobre las necesidades y realidades de las personas con discapacidad, y orientación con protocolos específicos, para evitar las actitudes y situaciones de discriminación.

Existen en Andalucía programas específicos relacionados con la promoción de la salud sexual. El Programa Forma Joven constituye una estrategia dirigida a promover conductas saludables entre la población adolescente y joven. También se desarrollan programas de anticoncepción de urgencia, anticoncepción, prevención de ITS y VIH/sida y atención a la IVE. Todo ello constituye el marco de la incipiente Estrategia andaluza de Salud Sexual y Reproductiva. Esta estrategia se acompaña, además, de la Red de Salud Sexual y Reproductiva, puesta en marcha en 2011 como espacio de apoyo, comunicación y formación entre profesionales sobre salud sexual, con un enfoque integrado de género, derechos y atención a la diversidad.

5.6.1.3. Uso de métodos anticonceptivos en Andalucía

Según los datos de la EAS 2015, una mayoría de mujeres y de hombres **no utiliza ningún método anticonceptivo**, incluyendo todos los grupos de edad. Hay más mujeres que hombres que dicen no utilizar ningún método. Teniendo en cuenta a las personas menores de 30 años, este porcentaje se reduce al 35,1% en las mujeres y 36,2% en los hombres, porcentajes superiores a los que se registran en el grupo de edad de 30 a 44 años (30,1% en las mujeres y 25,5% en los hombres). El porcentaje de quienes no utilizan ningún método anticonceptivo es mayor en niveles educativos inferiores (75,3% y 68,1% en mujeres y hombres con estudios primarios; 41,0% y 41,2% en mujeres y hombres con estudios superiores). Según hábitat de residencia, este porcentaje de no utilización de anticoncepción es superiores en las zonas rurales y semi-rurales que en las urbanas, con menores brechas de género.

Según esta encuesta, el **método más utilizado** por los hombres es el preservativo (27,6%), seguido por la píldora anticonceptiva, el DIU y la esterilización masculina. El orden de los métodos más utilizados por las mujeres es el mismo, aunque con menor utilización que los hombres en el preservativo y mayor en los demás.

Tabla 57. Distribución de la utilización de métodos anticonceptivos y tipo de método principal utilizado, por sexo. Andalucía 2015

	Mujeres (%) N=3.329	Hombres (%) N=3.225	Brecha de género
No utiliza ningún método	58,7	54,3	4,4
Píldora anticonceptiva	10,5	10,4	0,1
DIU	4,6	2,9	1,7
Inyecciones	0,1	0,1	0,0
Preservativo	19,8	27,6	-7,8
Evitar días fértiles, método de ritmo de calendario	0,7	0,6	0,1
Diafragma, espuma o gel	0,1	0,1	0,0
Esterilización femenina	1,4	0,8	0,6
Esterilización masculina	2,6	2,3	0,3
Coito interrumpido o marcha atrás	0,8	0,8	0,0
Píldora del día después	0,0	0,0	0,0
Otros	0,8	0,2	0,6

Fuente: Elaboración propia. Encuesta Andaluza de Salud 2015.

El preservativo es más utilizado a mayor nivel de estudios, tanto en mujeres como en hombres, y más en los entornos urbanos que en los rurales. La población menor de 30 años utiliza más este método que la que supera esta edad, también en ambos sexos. Al contrario de lo que ocurre con otros métodos, como el DIU, que aumenta con la edad en ambos sexos.

Tabla 58. Distribución de la utilización de métodos anticonceptivos y tipo de método principal utilizado, por nivel de estudios, edad y hábitat, en cada sexo. Andalucía 2015

	Mujeres (%)			Hombres (%)		
Nivel de estudios	Primarios N=1.643	Secundarios N=1.149	Superiores N=525	Primarios N=1.512	Secundarios N=1.196	Superiores N=500
No utiliza ningún método	75,3	42,7	41,0	68,1	42,7	41,2
Píldora anticonceptiva	5,0	16,4	15,2	7,4	13,7	11,8
DIU	3,0	6,4	5,7	2,2	2,9	5,0
Preservativo	11,3	27,5	29,3	17,7	36,0	36,8
Coito interrumpido o marcha atrás	0,8	0,8	1,0	0,9	0,8	0,6
Otros	4,6	6,3	7,8	3,8	4,0	4,6

	Mujeres (%)			Hombres (%)		
Edad	Menos de 30 N=678	30-44 N=965	45-64 N=1.032	Menos de 30 N=694	30-44 N=902	45-64 N=1.004
No utiliza ningún método	35,1	30,1	75,0	36,2	25,5	64,5
Píldora anticonceptiva	20,5	18,1	3,5	10,2	21,3	7,4
DIU	2,9	9,1	4,4	0,9	5,8	3,5
Preservativo	36,9	29,8	11,6	51,4	39,4	17,4
Coito interrumpido o marcha atrás	0,7	1,6	0,7	0,7	1,7	0,6
Otros	3,7	4,9	0,2	0,4	6,4	0,0

	Mujeres (%)			Hombres (%)		
Hábitat	Rural N=115	Semi-rural N=548	Urbano N=2.666	Rural N=113	Semi-rural N=539	Urbano N=2.573
No utiliza ningún método	64,3	65,5	57,1	61,1	62,3	52,4
Píldora anticonceptiva	10,4	9,3	10,8	8,8	10,6	10,5
DIU	1,7	2,7	5,1	1,8	3,0	2,9
Preservativo	13,0	14,4	21,2	25,7	20,0	29,2
Coito interrumpido o marcha atrás	2,6	1,1	0,7	1,8	0,7	0,8
Otros	7,8	7,0	5,3	0,9	3,4	4,2

Fuente: Elaboración propia. Encuesta Andaluza de Salud 2015.

Además de los datos proporcionados por esta encuesta poblacional andaluza, queremos aportar otros datos que permitan poner en relación los resultados derivados de distintos contextos (nacional y autonómico), así como de diversas fuentes, ya que estos pueden mostrar variaciones dependiendo de factores como los diferentes perfiles por sexo y edad tomados como muestra o la distinta formulación de las preguntas. No obstante, hay que tomar con cautela los datos que exponemos a continuación, entre otros motivos, porque provienen de una encuesta financiada por la industria, lo que podría representar un conflicto de intereses.

La Sociedad Española de Contracepción (SEC) proporciona datos actualizados y detallados sobre anticoncepción a nivel nacional, con una última edición de su encuesta realizada en 2016, en mujeres de entre 15 y 49 años. No obstante, para encontrar los datos de esta fuente referidos al ámbito de Andalucía tenemos que remitirnos a la edición realizada en 2014. La Sociedad Andaluza de Contracepción ofreció un informe de resultados con algunos datos sobre nuestra comunidad (SAC, 2014).

El uso de algún método anticonceptivo en la primera relación sexual se sitúa por debajo de la media nacional (69,9% y 73,6%, respectivamente). En Andalucía, el preservativo es el primer método anticonceptivo utilizado por las mujeres (92,6%), en sintonía con el dato a nivel nacional (92,9%). La edad media de inicio planificado de anticonceptivos se sitúa en los 20,85 años. La media nacional es de 20,71.

Respecto a la consulta médica e información, el informe presenta los siguientes resultados autonómicos. El conocimiento de que hay métodos anticonceptivos contraindicados o con efectos secundarios para algunas mujeres se sitúa por debajo de la media nacional (88,5% y 90,7%, respectivamente). La asistencia de las mujeres a alguna consulta médica para que les indiquen el método anticonceptivo más idóneo a cada caso, desciende al 54,1%, por debajo del 60,1% que se registra a nivel nacional.

En cuanto a los métodos anticonceptivos utilizados, en la siguiente tabla podemos ver una comparación entre los métodos utilizados en el contexto nacional y andaluz. El uso del preservativo destaca sobre los demás métodos. Se observa un mayor uso del preservativo y de la marcha atrás en Andalucía que a nivel nacional, así como de los métodos definitivos. Por el contrario, Andalucía registra un menor uso de los anticonceptivos reversibles de larga duración. También en Andalucía observamos un mayor uso del doble método combinando el preservativo con la píldora.

Tabla 59. Anticonceptivo que utilizan las mujeres de 15 a 49 años (%) como método principal. España y Andalucía 2014

	Método principal (única respuesta)	
	España	Andalucía
Preservativo	31,3	33,7
Píldora	16,2	15,1
Mini píldora o píldora sólo gestágenos	0,3	0,6
DIU (Dispositivo Intra Uterino) de cobre	3,6	1,5
DIU (Dispositivo Intra Uterino) Mirena Hormonal	2,5	2,2
Anillo vaginal	3,2	2,7
Parche (pegado en la piel)	1,3	0,2
Inyectable (inyecciones trimestrales)	0,1	0,0
Implante subcutáneo	0,5	0,0
Diafragma	0,0	0,0
Coitus interruptus (marcha atrás)	0,8	1,5
Métodos naturales de control y abstinencia periódica (Ogino, etc.)	0,1	0,0
Espemicidas (cremas u óvulos vaginales)	0,0	0,0
Otro	0,1	0,4
Ligadura de trompas/método Essure (Obstrucción tubárica)	5,5	8,0
No utiliza ninguno pero su pareja tiene la vasectomía	7,2	7,7
*Ninguno	27,3	26,4
NS/NC	0,0	0,0

*La opción "ninguno" incluye las mujeres que nunca han tenido relaciones sexuales

Fuente: SEC 2014

La elección del método anticonceptivo la realizan las propias mujeres en mayor medida en Andalucía (51,3%) que en el ámbito nacional (45,8%). El profesional de ginecología es la referencia para elegir el método en menor medida en Andalucía (34,7%) que en España (42,3%). En esta comunidad se recurre más a profesionales de atención primaria que en el nivel nacional (12,3% y 9,1% respectivamente) y menos a profesionales de enfermería/matronería (0,5% y 1,2% respectivamente).

Respecto al **doble método** (uso de método hormonal combinado con el preservativo), un mayor porcentaje de mujeres lo utiliza en Andalucía que en España (88,7% y 83,4% respectivamente).

Hay que tener en cuenta que el sistema de financiación de la anticoncepción difiere en las distintas comunidades, produciéndose inequidad en la cobertura de los distintos métodos y entre distintas áreas sanitarias. Estas desigualdades constituyen un obstáculo para acceder a la anticoncepción, que se agrava especialmente en las mujeres que se encuentran en situaciones de mayor vulnerabilidad. La Consejería de Salud financia, con presupuestos propios, el DIU de cobre, la píldora con solo gestágenos, la anticoncepción de urgencia con levonogestrel, los implantes con visado, y de forma específica para grupos de población concretos, el preservativo. No se financian los DIUs LNG salvo excepciones, el parche y el anillo vaginal.

ESCASOS DATOS SOBRE ACTITUDES Y HÁBITOS SEXUALES, CON ESCASA O NULA INCLUSIÓN DE LA DIVERSIDAD

Existen muy pocos datos, tanto a nivel nacional como en el contexto de Andalucía, acerca de actitudes y hábitos sexuales. Los datos con los que contamos para esbozar un análisis de situación sobre la salud sexual, además de ser escasos y estar poco actualizados, resultan sesgados, con una mirada excesivamente heteronormativa y donde las prácticas no coitales apenas son contempladas como relaciones sexuales. De este modo, el colectivo LGTBI tiene una nula representación en las encuestas.

Las prácticas sexuales y anticonceptivas se impregnan de riesgos aparejados al amor romántico y a la masculinidad hegemónica

Las chicas y los chicos de menor edad comparten la convicción de que lo saben todo, tienen experiencia y son inmunes a los riesgos. La conocida como “marcha atrás” está muy generalizada en las relaciones coitales, algo que también ocurre en otros grupos de edad, algo que no suele salir reflejado en las encuestas, pero sí se reconoce los estudios cualitativos cuando se analiza el tema en mayor profundidad. Entre las chicas menores de 21 años, se utiliza principalmente el preservativo y la marcha atrás. El primero comienza a disminuir y el segundo a aumentar cuando la relación avanza, como una muestra de confianza, con el consecuente riesgo de embarazos no deseados y aumento de las infecciones de transmisión sexual. Es una población concienciada por la prevención, pero que se deja llevar en gran medida por un ideal romántico. En el caso de los chicos, existe un conflicto provocado por el desajuste entre la educación formal que reciben, basada en valores igualitarios, y las prácticas cotidianas de las que realmente están rodeados, muy marcadas aún por la ideología machista y la masculinidad hegemónica. No se observa una corresponsabilidad real en torno a la prevención, sigue manteniéndose entre ellos una presión social y competición para alcanzar las relaciones sexuales completas, sin mostrar un interés adecuado por la prevención de embarazos no deseados y de las infecciones de transmisión sexual.

ESCASOS DATOS SOBRE ACTITUDES Y HÁBITOS SEXUALES, CON ESCASA O NULA INCLUSIÓN DE LA DIVERSIDAD (continuación)

En las mujeres, a medida que aumenta la edad se modifican las tendencias en torno al uso de anticonceptivos. Si la relación se estabiliza, se pasa del preservativo a los métodos hormonales, también combinados con la marcha atrás. No obstante, existen muchos falsos mitos asociados a estos métodos hormonales, así como a los métodos anticonceptivos de larga duración, un desconocimiento y falta de información que hace que estén infrautilizados. En general, el uso de unos métodos u otros depende de la conciencia preventiva, la confianza y la estabilidad de la relación. Entre las mujeres adultas, también es bastante común el manejo de una información poco actualizada y fiable.

En comparación con el ámbito nacional, en Andalucía se utiliza más el preservativo y la marcha atrás, y menos los métodos hormonales y los reversibles de larga duración.

Las mujeres con discapacidad: un colectivo especialmente vulnerable al que se le niegan derechos fundamentales

Las mujeres con discapacidad ven multiplicadas las discriminaciones y las barreras que se encuentran para su pleno derecho a una salud sexual satisfactoria. Se dan barreras de comunicación y de concienciación, imperando los prejuicios, los miedos y la perpetuación de la dominación masculina. Prevalece el concepto de personas asexuadas y predominan las conductas sexuales de la evitación. El personal sanitario necesita más formación sobre las necesidades y realidades de las personas con discapacidad, con protocolos específicos para evitar las actitudes y situaciones de discriminación.

5.6.2. Interrupción voluntaria del embarazo

En Andalucía se produjeron 17.822 abortos voluntarios (IVEs), y 94.188 en el conjunto de España, durante el año 2015. En los últimos tres años con datos disponibles, la tasa de IVEs por 1000 mujeres en edad fértil ha disminuido respecto a años anteriores, manteniéndose en 10,85 en 2016. Esta tasa llegó a ser de 14,12 en 2007, año en el que se produjo un pico máximo, reduciéndose en años posteriores.

Tabla 60. Incidencia de IVE en mujeres de 15 a 49 años (tasa de IVE por 1000 mujeres). Andalucía 2001-2016

Año															
2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
8,79	10,51	11,21	12,31	12,20	12,66	14,12	13,48	12,30	12,33	12,79	11,87	11,80	10,35	10,90	10,85

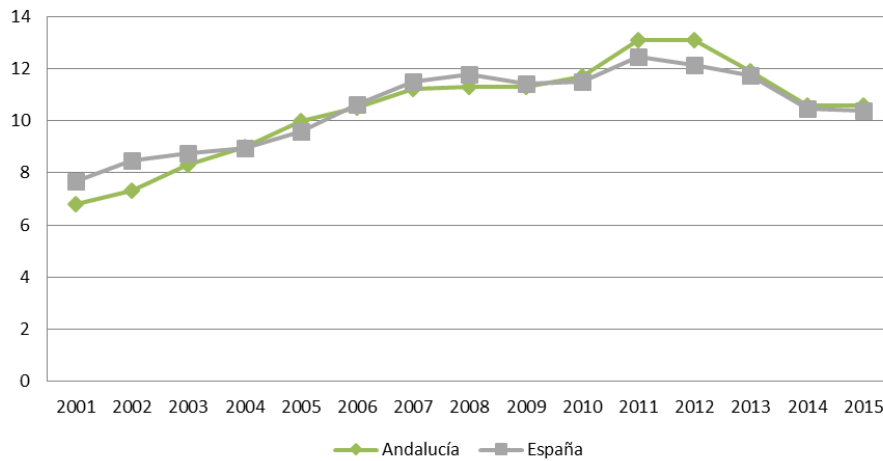
Fuente: MSSSI. Registro de Interrupciones Voluntarias del Embarazo. En Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía.

En el gráfico siguiente, se muestra la comparación de [las tasas de IVEs en Andalucía y en España](#) (para mujeres de 15 a 44 años). Como se puede ver, la tasa en Andalucía es ligeramente superior a la España desde 2010 en adelante.

Gráfico 100. Incidencia de IVE en mujeres de 15 a 44 años (IVE por 1000 mujeres).

Andalucía y España 2001-2016

Tasa de IVE por mil mujeres entre 15 y 44 años



	Andalucía														
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Números absolutos	11.697	12.704	14.280	15.835	17.683	18.581	20.358	20.574	20.543	21.121	23.281	22.946	20.578	18.032	17.822
Tasa	6,8	7,3	8,3	9,0	10,0	10,5	11,2	11,3	11,3	11,7	13,1	13,1	11,9	10,6	10,6
	España														
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Números absolutos	69.857	77.125	79.788	84.985	91.664	101.592	112.138	115.812	111.482	113.031	118.359	113.419	108.690	94.796	94.188
Tasa	7,66	8,46	8,77	8,94	9,60	10,62	11,49	11,78	11,41	11,49	12,47	12,12	11,74	10,46	10,40

Fuente: Estadísticas. Mujeres en Cifras. Instituto de la Mujer y para la Igualdad de Oportunidades

Por comunidades, las tasas de IVE que se sitúan por encima de la tasa media de España se encuentran, por este orden, en Asturias, Cataluña, Madrid, Baleares, Canarias, Murcia y Andalucía. Las tasas más bajas son las de la Rioja, Extremadura y Galicia (MSSSI, 2016).

Tabla 61. IVE por edad (números absolutos, índice de concentración por edad y tasa específica por edad).
Andalucía 2016

	Edad (años)									
	<15	De 15 a 19	De 20 a 24	De 25 a 29	De 30 a 34	De 35 a 39	De 40 a 44	De 45 a 49	De 50 a 54	Todas las edades
Números absolutos	102	1.910	3.749	3.985	3.625	2.795	1.055	93	6	17.320
Índice de concentración (Porcentaje)	0,59	11,03	21,65	23,01	20,93	16,14	6,09	0,54	0,03	100,00
Tasa específica (IVE por mil mujeres según edad)*	0,45	9,09	16,39	15,85	12,46	8,18	3,09	0,28	0,02	6,83

Fuente: MSSSI. Registro de Interrupciones Voluntarias del Embarazo. En Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía.

*Elaboración propia a partir de los datos del MSSSI.

En cuanto a la **edad a la que se producen las IVEs**, el mayor número de abortos se produce entre los 25 y 29 años, edad que contribuye con un 23% del total de IVEs registradas en 2016, seguida del 22% en mujeres de 20 a 24 años. Las mayores tasas se dan en este último tramo de edad, con 16,4 IVEs por 1000 mujeres de entre 20 y 24 años. Estos grupos no coinciden con los que contribuyen

mayoritariamente a la natalidad, que como se he visto anteriormente, se sitúan en edades más avanzadas, de los 30 a los 34 años.

En las edades más jóvenes, de 15 a 19 años, las tasas son bastante más bajas (9,09/1000). Sin embargo, en este grupo se produjeron 1910 abortos voluntarios en 2016, a los que hay que sumar otros 102 en menores de 15 años. Los abortos en estas edades tan jóvenes merecerían una especial atención por parte de los servicios sanitarios.

Los datos que aporta el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2015) sobre los métodos anticonceptivos utilizados por las mujeres que acudieron a interrumpir un embarazo no planificado en Andalucía son los siguientes: el 38,69% no utilizaba ningún método; el 31,23 usaba métodos de barrera; el 15,39% métodos hormonales; el 11,76% métodos naturales y el 2,59% métodos mecánicos. Esta fuente señala el alto porcentaje de mujeres que se informaron del itinerario para la realización de una IVE en un centro público, el 87,9%.

DESCIENDEN LOS ABORTOS EN ANDALUCÍA EN LOS ÚLTIMOS AÑOS

En los últimos diez años han descendido las interrupciones voluntarias del embarazo en Andalucía, aunque en esta comunidad la tasa es ligeramente superior a la nacional. Las mayores tasas de IVE se dan en el tramo de edad de 20 a 24 años, con 16,4 IVEs por 1.000 mujeres. El 39% de las mujeres que realizaron una IVE no utilizaba ningún método anticonceptivo, y el 31% usaba métodos de barrera. Es necesario continuar la formación de profesionales para atender de forma adecuada las necesidades anticonceptivas de la población, adaptadas a todas las situaciones y contextos de diversidad, incluyendo un enfoque de género y respetando los derechos sexuales y reproductivos de las personas.

5.6.3. VIH/Sida y otras ITS

La **infección por el VIH** afecta a más de 36 millones de personas en todo el mundo, siendo una de las causas de muerte más frecuentes a nivel global. Aunque el número de infecciones ha disminuido gracias al cada vez mayor acceso a los tratamientos retrovirales, continúa siendo un problema de salud pública de primer orden. En Europa Occidental, la incidencia de nuevos diagnósticos de VIH ha descendido en las personas heterosexuales, en las que se inyectan drogas (PID), en recién nacidos de madres con la infección, y más levemente en hombres que tienen sexo con hombres (HSH). En cambio, en Rusia y Europa del Este, la epidemia continúa aumentando.

España mantiene una tendencia similar a los países de su entorno. En 2016 se dio una tasa de incidencia de VIH de 7,22 casos por 100.000 habitantes, correspondiendo el 83,9% a hombres. La transmisión más frecuente fue la de HSH (53,1%), seguido de las personas heterosexuales (26,5%) y de las PID (3,6%). El 25,9% de los nuevos casos se diagnosticó en menores de 30 años, y el 33,7% en personas originarias de otros países (PASIDA, 2017).

Según los datos aportados por un Informe del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía (Frías y Fernández-Alonso, 2017), en 2016 se notificaron en esta comunidad 608 nuevas infecciones por VIH, lo que arroja una tasa de incidencia de 7,3 casos por 100.000 habitantes. Este dato es similar a lo registrado en España y en Europa. El 86,4% de los nuevos casos andaluces registrados en este año correspondieron a hombres (525 casos, es decir, 12,7 por 100.000 habitantes) y el 13,7% a mujeres (83 casos, 1,9 por 100.000 habitantes). La proporción es de 6,3 nuevos casos en hombres por cada

uno que ocurre en una mujer. La principal vía de transmisión es la de las relaciones sexuales (70,9% de los casos). La categoría más frecuente de transmisión es la de hombres que tienen sexo con hombres (HSH), que supone el 48,8% de los casos, seguida de la transmisión heterosexual (22,2%). La transmisión por usuarios de drogas por vía intravenosa fue del 1,8%, y no se produjo ningún caso por transmisión madre-hijo. La mediana de edad al diagnóstico fue de 37 años, con más edad en las mujeres que en los hombres (42 y 36 años, respectivamente). El 19,9% de los nuevos casos correspondió a personas procedentes de otro país diferente a España. La zona geográfica de origen más frecuente es Latinoamérica. Aquí también encontramos diferencias por sexo. Entre los hombres, el 15,6% de los nuevos casos eran de un país diferente a España, el 47% en el caso de mujeres (Frías y Fernández-Alonso, 2017).

De los 608 casos registrados en este año, el diagnóstico tardío representó un porcentaje mayor en las mujeres que en los hombres (54,6% y 48,9%). El 60,4% presentó diagnóstico por VIH y sida en el mismo año. De los 608 casos, el 27,1% (165) presentaron alguna coinfección al diagnóstico, siendo la sífilis la más frecuente en los hombres y la candidiasis bucal y la hepatitis C en las mujeres (Frías y Fernández-Alonso, 2017).

Desde el inicio de la epidemia en Andalucía (1982) hasta 2016, se han notificado un total de 13.614 casos de sida. Desde la mayor tasa, alcanzada en 1994 (16,9 por 100.000 habitantes), esta se ha reducido un 92,5%, siendo de 1,3 casos por 100.000 habitantes en 2016 (106 casos). Huelva y Almería presentaron las tasas más altas (2,7 y 2,6 por 100.00 habitantes, respectivamente). A partir de 2009 el modo de transmisión más frecuente pasó a ser la sexual, estando equiparados en los últimos 4 años el modo de transmisión heterosexual con el HSH. La razón hombre/mujer ha variado en el tiempo, fluctuando de unos años a otros: la proporción mayor de hombres se sitúa en el año 1987, con una razón de 7,5 hombres por 1 mujer, y la menor en el año 2012, con 2,91 hombres por cada mujer. En 2016 la razón hombre y mujer fue de 3,42. A lo largo de los años ha ido aumentando la edad al diagnóstico de sida, hecho relacionado con la mejora en el tratamiento y seguimiento de las personas con infección por VIH (Frías y Fernández-Alonso, 2017).

La siguiente tabla ofrece datos de los [casos de sida acumulados desde 1981 en Andalucía y en España](#), desagregados por sexo y por modo de transmisión, procedentes del Registro Nacional de Sida (Instituto de Salud Carlos III, 2017).

Existen diferencias biológicas entre mujeres y hombres y también desigualdades de género que son importantes para abordar la protección de la infección por VIH/sida y el afrontamiento de sus consecuencias. En las prácticas heterosexuales, las mujeres presentan más vulnerabilidad a la transmisión que los hombres. La mucosa vaginal es más frágil que otras mucosas y el semen presenta mayor capacidad de infección que los fluidos vaginales, siendo estas diferencias anatómicas y fisiológicas, es decir, inherentes al sexo. Sin embargo, hay que tener en cuenta que en el hecho de tener una relación sin protección se está manifestando también una cuestión de género, ya que con frecuencia las mujeres no pueden decidir sobre el uso del preservativo por las relaciones de poder que impregnan las relaciones sexuales. La influencia del modelo de amor romántico y el espejismo de igualdad en las sociedades más desarrolladas invisibilizan las relaciones de dominación en las que aún hoy se hallan inmersas las relaciones entre mujeres y hombres, suponiendo un acceso desigual a los recursos para tomar decisiones libres sobre el propio cuerpo y la propia salud y potenciando la vulnerabilidad de las mujeres a la infección por VIH/sida (OMS, 2003).

Tabla 62. Casos de sida por sexo y modo de transmisión. Andalucía y España. Datos acumulados desde 1981. Fecha de actualización: 30 de junio de 2017

	Andalucía			España		
	Mujeres	Hombres	Brecha de género	Mujeres	Hombres	Brecha de género
HSH	-	1343		-	13412	
Hetero-sexual	835	1200	-365	6405	9530	-3125
PID	1095	7094	-5999	9509	40751	-31242
Materno-infantil	65	64	1	507	474	33
Hemo-derivados	14	143	-129	78	755	-677
Transfusión	25	26	-1	179	224	-45
Otros	139	577	-438	930	3909	-2979
Total	2173	10447	-8274	17608	69055	-51447

Fuente: Instituto de Salud Carlos III, 2017. Datos procedentes del Registro Nacional de Sida.

HSH=Hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres; PID=Personas que se inyectan drogas; N.C.=No consta

El estigma social que acompaña al VIH/sida puede obstaculizar el deseable diagnóstico precoz en estos casos, por el temor a recibir un resultado de seropositividad y sufrir el rechazo social, familiar y laboral, además de los problemas físicos.

Los datos disponibles apuntan a un aumento del VIH entre las personas extranjeras y entre personas que ejercen la prostitución. Algunas tradiciones culturales, como la mutilación genital o determinadas prácticas sexuales como el coito seco, pueden contribuir al aumento del riesgo de infección por VIH en las mujeres que las sufren. Es importante la realización de acciones adaptadas socioculturalmente, y que desde una perspectiva de género tengan en cuenta la especificidad de cada grupo humano y la diversidad cambiante, tanto dentro de la población autóctona como de la población inmigrante, así como de otros colectivos específicos, como el de la prostitución.

LA MAYOR PARTE DE LOS NUEVOS CASOS DE VIH SE CONCENTRA EN LOS HOMBRES Y LA PRINCIPAL VÍA DE INFECCIÓN ES LA SEXUAL. EL DIAGNÓSTICO TARDÍO ES MAYOR EN LAS MUJERES QUE EN LOS HOMBRES

En Andalucía contamos con una tasa de incidencia de VIH similar a la que se registra en España. En 2016, la tasa en nuestra comunidad fue de 7,3 casos por 100.000 habitantes. Una gran mayoría de los nuevos casos se registran en los hombres, el 86%. La principal vía de transmisión es la de las relaciones sexuales, que está detrás del 71% de los casos. La categoría más frecuente de transmisión es la de los hombres que tienen sexo con hombres (49%), seguida de la transmisión heterosexual (22%). La edad mediana al diagnóstico es de 37 años, con más edad en las mujeres que en los hombres (42 y 36 años). Ha aumentado el VIH entre las personas extranjeras y entre personas que ejercen la prostitución. En las mujeres, casi la mitad de los nuevos casos corresponde a mujeres que proceden de un país diferente a España. En los hombres, este porcentaje se reduce al 16%. El diagnóstico tardío es mayor en las mujeres que en los hombres (55% y 49%). En 2016, el 60% de los casos diagnosticados de VIH, presentó también sida. El 27% presentó alguna otra coinfección al diagnóstico, siendo la más frecuente en los hombres la sífilis y en las mujeres la candidiasis bucal y la hepatitis C.

LA MAYOR PARTE DE LOS NUEVOS CASOS DE VIH SE CONCENTRA EN LOS HOMBRES Y LA PRINCIPAL VÍA DE INFECCIÓN ES LA SEXUAL. EL DIAGNÓSTICO TARDÍO ES MAYOR EN LAS MUJERES QUE EN LOS HOMBRES (continuación)

Aunque existen diferencias biológicas entre mujeres y hombres relevantes para abordar la protección de la infección por VIH, no podemos olvidar las cuestiones de género, que producen desigualdades en este ámbito. Frecuentemente las mujeres se ven limitadas para decidir sobre el uso del preservativo, debido a las relaciones de poder que impregnan las relaciones sexuales. La influencia del modelo de amor romántico y el espejismo de igualdad en las sociedades más desarrolladas invisibilizan las relaciones de dominación que siguen imperando entre mujeres y hombres, suponiendo limitaciones para el empoderamiento y a toma de decisiones y un desigual acceso a los recursos, que potencian la vulnerabilidad de las mujeres a la infección por VIH/sida y otras ITS. Es importante la realización de acciones adaptadas socioculturalmente, y que desde una perspectiva de género tengan en cuenta la especificidad de cada grupo humano y la diversidad cambiante, tanto dentro de la población autóctona, como en la población inmigrante y otros colectivos específicos.

5.7. Violencia y maltrato

En este apartado presentamos algunos datos de relevancia sobre la magnitud en materia de violencia de género en Andalucía. En 2003 se produjo un cambio de criterio en la recogida de información sobre los casos de muerte por esta causa. Por ello, desde ese año contamos con datos comparables entre sí que nos permiten visualizar la evolución producida en los últimos 15 años.

Los datos de 2017 arrojan un total de 48 **mujeres muertas por violencia de género** en el territorio nacional. De estas, 7 se han producido en nuestra comunidad, lo que supone un 16,7% del total de España. Los dos últimos años se ha reducido el número de víctimas mortales (3 en 2016 y 7 en 2017), consiguiéndose unas cifras que, aunque siempre altas mientras no sean 0, han sido las menores registradas en todo el periodo. En el ámbito nacional también se han producido las cifras más bajas en estos dos últimos años.

No obstante, en mayo de 2018, fecha de la publicación del último Informe de Magnitudes en materia de Violencia de Género en Andalucía (Consejería de Justicia e Interior, 2018), ya se han registrado en los cuatro primeros meses del año 3 muertes por esta causa en nuestra comunidad y 11 en España, lo cual nos sitúa ante la necesidad de seguir trabajando intensamente en este tema.

Por edad, los datos fluctúan dependiendo del año, pero en conjunto, las cifras más altas de víctimas mortales por violencia de género se han venido produciendo entre los 21 y los 50 años.

En términos absolutos, Málaga y Sevilla son las provincias con un mayor número de muertes por violencia de género en este periodo de tiempo (34 y 33 respectivamente). Sin embargo, poniendo el número de casos en relación con la población de cada provincia, Almería es la que muestra una mayor tasa de víctimas mortales por violencia de género de toda la comunidad.

Tabla 63. Número de víctimas mortales según edad. Andalucía 2003-2017

Número de víctimas mortales según edad															
Edad víctima	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
16-17				1											
18-20		3	3	1					1						
21-30	3	3	3	3	2	1	3	3	6	2	4	1	3	1	1
31-40	4	5	1	7	3	2	1	6	3		1	2	3	1	4
41-50	3	3		6	1	3	3	4	4	2	1	4	5	1	
51-64		2		1	1	1	4	3	2	1	2	2	2		1
65-74				1		1	2		1	1	2		1		1
75-84	2	3	2	1	1	1	1	1		2	1	1			
>85	1														
Andalucía (total)	13	19	9	21	8	9	14	17	17	8	11	10	14	3	7
España (total)	71	72	57	69	71	76	56	73	61	52	54	55	60	44	48

Fuente: Portal Estadístico. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género.

Tabla 64. Número de Víctimas mortales por violencia de género y porcentaje del total de Andalucía. Andalucía y provincias 2003-2017

Año	Total Andalucía	Almería	Cádiz	Córdoba	Granada	Huelva	Jaén	Málaga	Sevilla
	n	n (% s/ total) ¹	n (% s/ total)	n (% s/ total)	n (% s/ total)	n (% s/ total)	n (% s/ total)	n (% s/ total)	n (% s/ total)
2003	13	1 (7,7)	3 (23,1)	1 (7,7)	1 (7,7)	0 (0,0)	3 (23,1)	2 (15,4)	2 (15,4)
2004	19	2 (10,5)	3 (15,8)	4 (21,1)	4 (21,1)	1 (5,3)	0 (0,0)	1 (5,3)	4 (21,1)
2005	9	2 (22,2)	0 (0,0)	1 (11,1)	1 (11,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (33,3)	2 (22,2)
2006	21	3 (14,3)	1 (4,8)	2 (9,5)	5 (23,8)	0 (0,0)	3 (14,3)	4 (19,0)	3 (14,3)
2007	8	1 (12,5)	0 (0,0)	1 (12,5)	0 (0,0)	1 (12,5)	1 (12,5)	1 (12,5)	3 (37,5)
2008	9	1 (11,1)	3 (33,3)	1 (11,1)	2 (22,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (22,2)	0 (0,0)
2009	14	3 (21,4)	0 (0,0)	1 (7,5)	2 (14,3)	2 (14,3)	0 (0,0)	4 (28,6)	2 (14,3)
2010	17	5 (29,4)	1 (5,9)	1 (5,9)	2 (11,8)	1 (5,9)	0 (0,0)	3 (17,6)	4 (23,5)
2011	16	5 (31,3)	1 (6,3)	1 (6,3)	3 (18,8)	0 (0,0)	2 (12,5)	2 (12,5)	2 (12,5)
2012	8	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (12,5)	0 (0,0)	3 (37,5)	2 (25,0)	2 (25,0)
2013	11	1 (9,1)	1 (9,1)	2 (18,2)	1 (9,1)	0 (0,0)	2 (18,2)	3 (27,3)	1 (9,1)
2014	10	2 (20,0)	2 (20,0)	1 (10,0)	2 (20,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (30,0)	0 (0,0)
2015	14	2 (14,3)	0 (0,0)	1 (7,1)	2 (14,3)	0 (0,0)	1 (7,1)	4 (28,6)	4 (28,6)
2016	3	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (33,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (66,7)
2017	7	3 (42,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (28,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (28,6)
2018 ²	3	1 (33,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (33,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (33,3)	0 (0,0)

1. Porcentajes en cada provincia calculados sobre el total de Andalucía

2. Actualizado a 9 de mayo de 2018

Fuente: Informe de magnitudes en materia de violencia de género en Andalucía 2018

De los 11 casos de muerte por violencia de género registrados en el territorio nacional en los cuatro primeros meses de 2018, solo en 3 había una denuncia previa (27,3% del total de los casos), siendo la

propia víctima la que había interpuesto la denuncia. En Andalucía, en uno de los 3 casos registrados constaba una denuncia previa. En dos de los casos con denuncias previas acontecidas en el territorio nacional, habían sido dictadas medidas de protección. Uno de esos casos se corresponde con el caso de Andalucía en el que constaba una denuncia previa.

El número de **denuncias presentadas por violencia de género** ha seguido una tendencia descendente desde 2007 hasta 2012. A partir de este año, comienza a subir el número de denuncias, al igual que ocurre en el territorio nacional. Desde 2013, el porcentaje de denuncias producidas por violencia de género en Andalucía ha representado aproximadamente el 22% del total de las producidas en España. En el año 2017, Sevilla y Málaga fueron las provincias que acumularon un mayor número de denuncias por violencia de género en Andalucía, alcanzando una cuota del 25,7% y del 23,3%, respectivamente. Córdoba fue la que alcanzó una menor cuota de denuncias del total presentadas en Andalucía (5,1%).

Tabla 65. Número de denuncias y porcentaje en Andalucía sobre el total de España (2007-2017)

Año	España	Andalucía	
	n	n	% s/ total España
2007	126.293	28.266	22,4
2008	142.125	29.102	20,5
2009	135.540	26.838	19,8
2010	134.105	27.693	20,7
2011	134.002	27.727	20,7
2012	128.543	26.915	20,9
2013	124.894	27.056	21,7
2014	126.742	27.452	21,7
2015	129.193	28.024	21,7
2016	142.893	29.997	21,0
2017	166.260	35.398	21,3

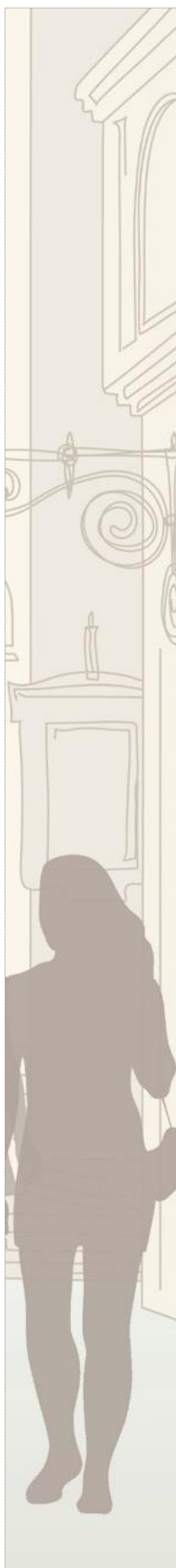
Fuente: Informe de magnitudes en materia de violencia de género en Andalucía 2018

En cuanto a las **llamadas al 016**, el portal estadístico de la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género informa que, en 2017, se produjeron 128.897 llamadas al 016 en toda Andalucía. De estas, el 70,3% fueron realizadas por las propias víctimas de violencia, el 27,0% familiares o personas allegadas de la víctima, y el 2,7% restante otras personas.

En los centros sanitarios se realiza una formación continuada a profesionales del Sistema Sanitario Público Andaluz en materia de violencia de género. En esta formación, se lleva a cabo una sensibilización contra la violencia de género dirigida al personal de los centros sanitarios, y formación específica a personal médico, de enfermería y de trabajo social, gerentes y mandos intermedios. La formación se realiza en los propios centros sanitarios. Según los datos de la Consejería de Salud, en el año 2016 se formaron 1.494 mujeres y 598 hombres. En ese mismo año (2016), se emitieron 4.422 partes de lesiones al Juzgado desde los centros del Sistema Sanitario Público Andaluz.

AUMENTO DE LAS LLAMADAS Y DENUNCIAS Y DESCENSO EN LAS VÍCTIMAS MORTALES POR VIOLENCIA DE GÉNERO EN LOS ÚLTIMOS AÑOS, IMPRESCINDIBLE SEGUIR TRABAJANDO EN ESTE ÁMBITO

En 2017, siete mujeres murieron en nuestra comunidad por violencia de género, el 16,7% del total de España. En los dos últimos años se ha reducido el número de víctimas mortales, consiguiéndose las cifras más bajas desde 2003. Sin embargo, en mayo de 2018, fecha de la publicación del último Informe de Magnitudes en materia de Violencia de Género en Andalucía (Consejería de Justicia e Interior, 2018), ya se han registrado en los cuatro primeros meses del año 3 muertes por esta causa en nuestra comunidad, lo cual nos sitúa ante la necesidad de seguir trabajando intensamente en este ámbito.



6. DESIGUALDADES DE GÉNERO EN LA ATENCIÓN SANITARIA EN ANDALUCÍA

La equidad de género en la atención sanitaria implica que los recursos se asignen y se reciban diferencialmente según las necesidades particulares de mujeres y hombres (Gómez 002).

Para identificar desigualdades de género en la atención sanitaria andaluza, resulta necesario indagar en qué medida está determinado socialmente el uso que hombres y mujeres hacen de los servicios disponibles de acuerdo a sus diferentes necesidades de salud. Además, es importante explorar si la respuesta que da el sistema sanitario a las demandas de atención de hombres y mujeres, puede estar sesgada por estereotipos sociales y de género. Con objeto de avanzar hacia la igualdad de género en salud, intentando paliar inequidades, resulta relevante explorar si los recursos puestos a disposición y las prácticas de esfuerzo diagnóstico y terapéutico, corresponden a las necesidades de atención a la salud de mujeres y hombres, o de lo contrario, pueden estar incrementando las desigualdades en los niveles de salud entre ambos sexos.

A continuación, se analizará desde un enfoque de género la situación de la Atención Sanitaria en Andalucía en relación con la cobertura, accesibilidad y utilización de diferentes servicios sanitarios (promoción de salud y prevención de enfermedad, atención primaria, atención urgente, atención hospitalaria, atención a la salud mental, y atención a la salud reproductiva), y con el consumo de medicamentos por parte de mujeres y hombres.

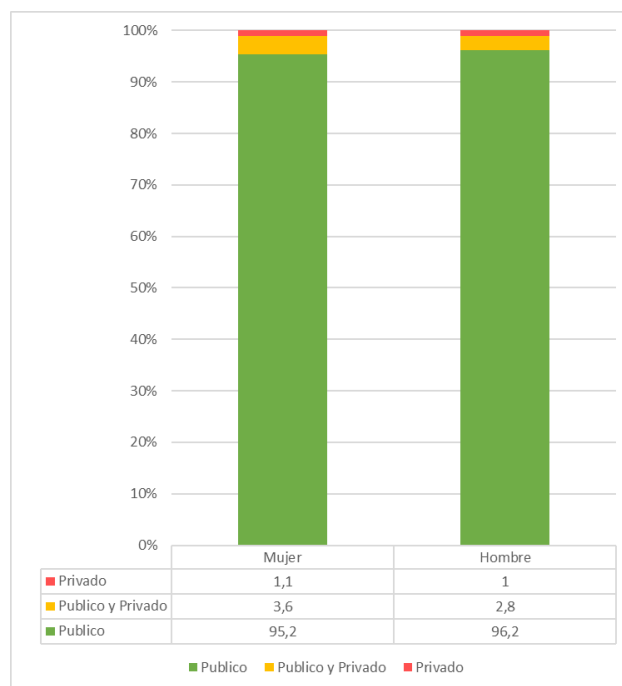
6.1. Cobertura y acceso a los servicios sanitarios

El [acceso universal a los recursos sanitarios públicos de Andalucía](#), favorece la distribución imparcial de las oportunidades de salud de toda la población. Ahora bien, el acceso a servicios sanitarios privados que requieren una inversión económica, incrementa las desigualdades en salud dado que la disponibilidad de asistencia sanitaria privada supone una mayor frecuentación de médicos especialistas y de servicios preventivos o parcialmente cubiertos por el sistema público de salud.

Según datos de la Encuesta de Salud de Andalucía (2015), el 95,7% de personas encuestadas tiene cobertura pública (seguridad social o mutualidad del Estado acogida a Seguridad Social), un 1% tiene cobertura privada (seguro médico concertado individualmente, seguro concertado por la empresa laboral, o mutualidad del Estado acogida a un seguro privado), y un 3,2% tiene una cobertura mixta.

La **doble cobertura sanitaria** es superior en las mujeres que en los hombres. Por tanto, se puede entender que la carga financiera de atención sanitaria que asumen las mujeres para cubrir sus necesidades de salud, es mayor a la carga que asumen los hombres. Esto puede interpretarse como una inequidad de género si se tiene en cuenta que son mayores las necesidades de salud de las mujeres. Ellas asumen un coste económico más alto para el cuidado de su salud aun cuando tienen una menor capacidad económica como grupo social, dadas las oportunidades en el mercado laboral más restringidas, y, por tanto, su menor capacidad de pago (Gómez 2002).

Gráfico 101. Porcentaje de mujeres y hombres con cobertura sanitaria pública, privada y mixta. Andalucía 2015



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Andaluza de Salud 2015

En todas las franjas de edad se mantiene una doble cobertura sanitaria más frecuente en las mujeres, siendo la brecha de género mayor en la franja de edad de 30 a 44 años, cuando las necesidades de salud específicas de las mujeres aumentan, coincidiendo con la etapa reproductiva. La maternidad, como uno de los mandatos sociales más importante para las mujeres, supone una fuente importante de incertidumbres y preocupaciones de salud física y psicológica, que necesitan ser consultadas.

También se puede observar cómo las brechas de género superiores en las mujeres, se incrementan cuando aumenta el nivel de estudios. Las mujeres con estudios superiores son quienes disponen con mayor frecuencia de doble cobertura sanitaria, y quienes más se distancian de los hombres al respecto. En relación con este resultado, se conoce que un nivel sociocultural más alto está relacionado con un mayor conocimiento del mercado de consumo, del que la medicina ya ha pasado a formar parte (Orueta et al., 2011), así como también está relacionado con un mayor deseo de elección de entre una gama amplia de posibles servicios y recursos disponibles, y con una mayor exigencia y búsqueda de satisfacción de necesidades de todo tipo, de origen físico y psicológico (Maroto-Navarro, Castaño-López y García-Calvente, 2007).

Aun cuando las diferencias estadísticas no resultan significativas, merece destacar que sólo la proporción de hombres con doble cobertura sanitaria supera ligeramente a la de las mujeres, cuando el lugar de residencia es rural o el país de nacimiento no es España. Esto se podría entender desde la influencia de aspectos culturales en los que el género desempeña un papel determinante, siendo los hombres de zonas rurales o de diversos lugares de origen fuera de España, quienes fundamentalmente toman decisiones de salud, quienes tienen mayor posibilidad de participación y cercanía a los espacios públicos por razón de género, y quienes pueden buscar recursos sanitarios privados intentando salvar tiempos de espera y/o incertidumbres sobre trámites administrativos, entre otras posibles barreras percibidas en el sistema sanitario público (Bas-Sarmiento et al., 2015).

Tabla 66. Porcentaje de personas con doble cobertura sanitaria (pública y privada), según edad, nivel educativo, tamaño poblacional de residencia y país de nacimiento, en cada sexo. Andalucía 2015

	Hombres (%)	Mujeres (%)	Brecha de género	Valores p
Edad:				
Menos de 30	3	3,5	0,5	0,746
30-44	4	5,2	1,2	0,125
45-64	2,7	3,5	0,8	0,550
65-79	1,3	1,8	0,5	0,569
80 y más	0,6	1,4	0,8	-
Nivel educativo:				
Primarios	1,1	1,4	0,3	0,078
Secundarios	2,5	3,5	1,0	0,312
Superiores	8,6	10,8	2,2	0,377
Hábitat				
Rural	1,8	0,9	-0,9	0,483
Semi-rural	1,1	2,2	1,1	0,091
Urbano	3,2	4,1	0,9	0,165
País nacimiento:				
España	2,6	3,4	0,8	0,634
Extranjero	7,7	6,6	-1,1	0,941

Fuente: Elaboración propia a partir de EAS 2015.

Nota: no aparece significación cuando hay valores 0 en la tabla de frecuencias.

En el otro extremo de la balanza, y según los datos de la Encuesta Nacional de Salud (2017), se conoce que un porcentaje relevante de la población **no tuvo acceso a medicamentos recetados o a atención médica, dental o de la salud mental, por motivos económicos**. Todos los porcentajes son superiores en Andalucía frente a los del ámbito nacional, sobre todo en relación con el acceso a medicamentos recetados y a servicios de atención dental.

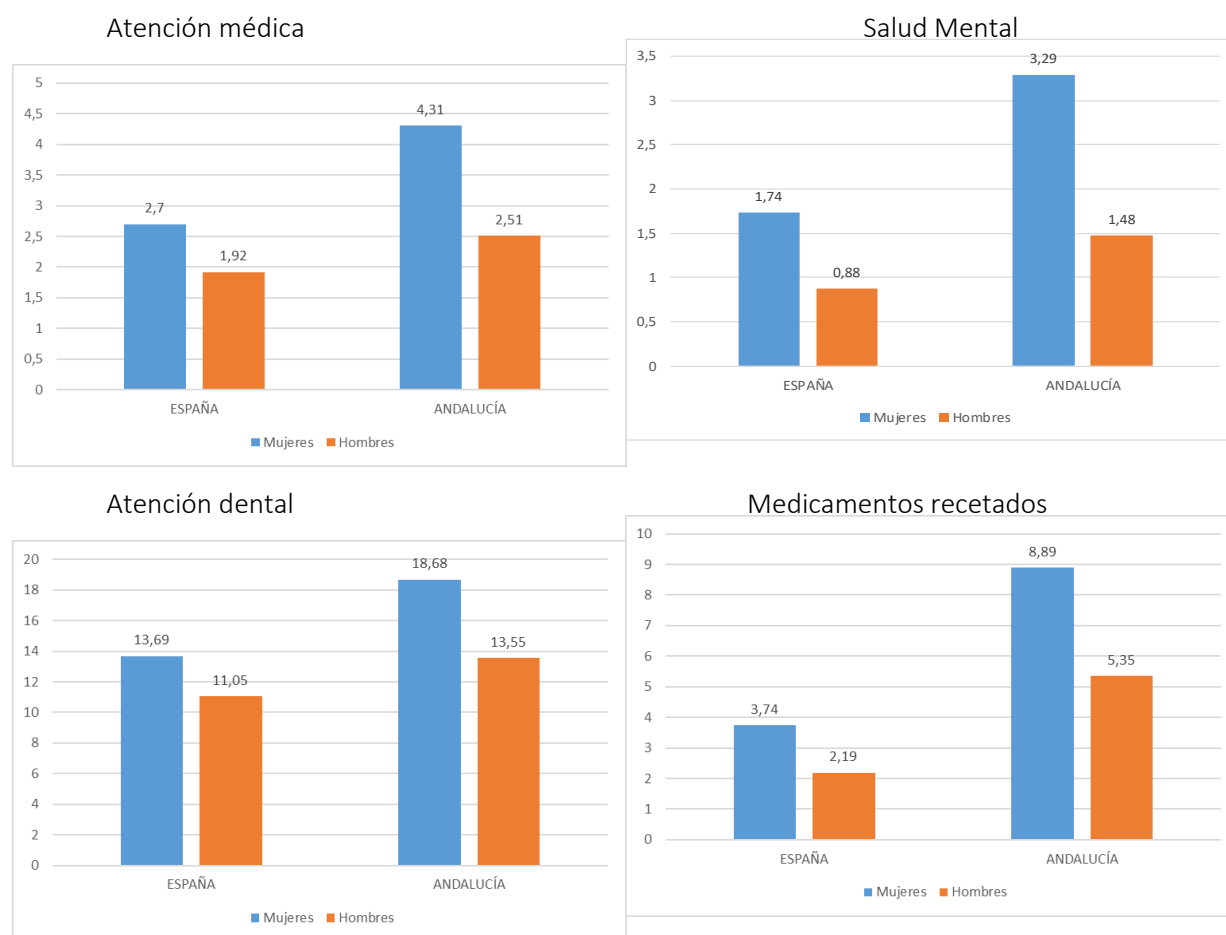
Tabla 67. Porcentaje de inaccesibilidad por razones económicas. Andalucía y España 2017

	España	Andalucía	Brechas de género
Atención médica	2,3	3,4	1,1
Atención dental	12,40	16,2	3,8
Medicamento recetado	3	7,2	4,2
Atención a la salud mental	1,32	2,40	1,1

Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta Nacional de Salud. 2017

Por sexo, se observa que los porcentajes de **inaccesibilidad a distintos tipos de servicios por razones económicas**, son superiores en las mujeres, tanto en Andalucía como en España, aunque la brecha de género es superior en Andalucía. Esto se puede explicar considerando el menor acceso a empleo y las peores condiciones laborales y económicas a las que se enfrentan las mujeres andaluzas, frente a los hombres, y frente al conjunto de mujeres del ámbito nacional. La tasa de empleo femenina, o proporción de trabajadoras entre las mujeres de 16 o más años, se cifró en Andalucía en el 36,1%, inferior al 43% en España, y a los casi 50% de hombres en Andalucía (Observatorio Argos, 2018). La mayor inaccesibilidad económica de las mujeres andaluzas a diferentes servicios, da cuenta de las consecuencias que tienen las desigualdades sociales estructurales sobre un derecho fundamental como es el cuidado y atención a las necesidades de salud. Este derecho no parece cumplirse de igual manera en mujeres y hombres por razón de género.

Gráfico 102. Porcentaje de mujeres y hombres que no pudieron acceder a atención médica, a salud mental, a atención dental y a medicamentos recetados, por motivos económicos. Andalucía y España 2017



Fuente: Elaboración propia. Encuesta Nacional de Salud 2017.

LAS MUJERES, CON MENOR CAPACIDAD ECONÓMICA, ASUMEN UN COSTE MÁS ALTO POR LA ATENCIÓN A SUS NECESIDADES INCREMENTADAS DE SALUD Y TIENEN MÁS DIFICULTADES DE ACCESO A ALGUNOS SERVICIOS POR MOTIVOS ECONÓMICOS

Un mayor porcentaje de mujeres que de hombres de diferentes edades y nivel educativo cuentan con doble cobertura sanitaria pública y privada. Más mujeres que hombres no pueden acceder, por motivos económicos, a medicamentos recetados, a atención médica, dental o de la salud mental, sobre todo en Andalucía comparando con el resto de España. Este resultado da cuenta de las consecuencias que tienen las desigualdades sociales estructurales sobre un derecho fundamental como es el cuidado y atención a las necesidades de salud.

6.2. Promoción de salud

Un objetivo primordial del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) es el de proporcionar a la población recursos apropiados que estimulen hábitos de vida saludable y que les permita tomar el control de los cuidados de su salud en sentido positivo. La educación para la salud es una herramienta central al respecto, que permite incrementar los conocimientos y habilidades de la comunidad, e incrementar la autonomía y libertad para decidir cómo comportarse.

Desde el Sistema Sanitario Público Andaluz se está haciendo especial hincapié en la necesidad de empoderar a las mujeres para promover su salud, para que, como decía Marcela Lagarde (2001), una mayor capacidad de control de sus estilos de vida y autocuidados de salud, les ayude a defenderse, a enfrentar la opresión y a dejar de estar sujetas al dominio social (Lasheras-Lozano, Pires-Alcaide y Rodríguez-Gimena, 2004).

Por tanto, los programas de promoción de salud y las actuaciones profesionales al respecto, deben contemplar un modelo biopsicosocial que tenga en consideración cómo los estereotipos y roles diferentes que hombres y mujeres desempeñan en la sociedad, en relación con otros condicionantes sociales, afectan las actitudes, estilos de vida y el nivel de cuidados de unos y otras, y cómo éstas pueden fortalecer importantes desigualdades en salud.

La promoción de salud en el Sistema Sanitario Público de Andalucía, adopta una perspectiva de “Salud en Todas las Políticas”. Este enfoque de salud pública tiene en cuenta que los determinantes sociales de la salud, se extienden más allá del sector salud y de las políticas de salud, y que, por tanto, es necesario intervenir intersectorialmente. En ese sentido, en Andalucía se desarrollan diferentes programas de promoción de salud en los ámbitos educativo y laboral, intentando con ello la implementación de políticas intersectoriales para la mejora de la accesibilidad ciudadana a información de calidad sobre salud y recursos para la propia gestión del cuidado.

Según los últimos datos disponibles de los años 2016 y 2017/2018, un total de 801.768 personas participaron en diferentes [Programas de Promoción de Salud](#) dirigidos a ambos sexos.

En el ámbito educativo se implementa el [programa de promoción de Hábitos de Vida Saludable](#), que pretende integrar la promoción y educación para la salud en los centros escolares, a través de la oferta de apoyo, asesoramiento y recursos didácticos. Este programa adopta la denominación

“Creciendo en Salud” cuando se dirige a los centros que imparten enseñanzas de educación infantil, educación especial y educación primaria, y “Forma Joven en el ámbito educativo” cuando se dirige a educación secundaria. También, impulsado intersectorialmente por la Consejería de Salud, la Consejería de Educación y Bienestar Social, el programa “Sonrisitas” de Promoción de la Salud Bucodental, se desarrolla en los centros que imparten el primer ciclo de la educación infantil, teniendo como objetivo fundamental conseguir en la población infantil unos hábitos alimenticios y de higiene bucodental que permita desarrollar estilos de vida saludables.

Según los últimos datos disponibles en la Consejería de Salud 2017/2018, en los Programas de Hábitos de Vida Saludables brindados a los centros educativos, participaron un mayor porcentaje de alumnos que de alumnas. Cabe preguntarse, ¿Hay más chicos en las aulas? ¿Participaron todos los niños y niñas de los centros educativos? ¿Se quedaron niñas fuera? ¿Los adultos incentivaron más la participación en los chicos que en las chicas?

Se conoce que tanto padres como madres, profesoras y profesores contribuyen a las diferencias de género en las familias y en las aulas, motivando a los niños y niñas de manera diferenciada, y alentando expectativas y comportamientos diferentes para el logro de metas. Las familias socializan a niñas y niños de forma diferente, incentivando o reprimiendo comportamientos según sean niños o niñas, y esto se refleja y se refuerza también en los colegios, por ejemplo, a través de la definición del tipo o diferente intensidad de actividad física que se espera de niños y niñas. Esta situación perjudica a las niñas con una inferior actividad física que ellas seguirán practicando a lo largo de su vida con el consiguiente riesgo para su salud (Rolfh, 1998; Lasheras et al., 2001; Lasheras-Lozano, Pires-Alcaide y Rodríguez-Gimena, 2004). El sistema educativo tiene un claro efecto en la construcción de los estereotipos de género y reproduce unos esquemas de comportamiento y unas expectativas de género ajustados al modelo de masculinidad y feminidad considerados socialmente correctos (Bonal, Essombra y Ferrer, 2004).

Resulta prioritario profundizar en cómo estos patrones diferenciales en las aulas también afectan a la desigualdad de género en la adquisición de hábitos de vida saludables desde la infancia, así como es importante indagar en qué medida los programas de promoción de salud en los centros escolares están ayudando a amortiguar inequidades de género en salud.

En el ámbito laboral, la Estrategia de Promoción de la Salud en los Lugares de Trabajo de la Consejería de Salud, cuenta con actividades de sensibilización dirigidas a concienciar a los profesionales de la Administración pública andaluza de la importancia de la alimentación saludable y la actividad física regular, así como del control del tabaquismo y del estrés laboral.

Según los datos de la Consejería de Salud 2017/2018, en la edad adulta cambian los patrones de participación en programas de promoción de salud en el ámbito laboral respecto a los programas en centros educativos. En el ámbito laboral, las mujeres se convierten en las principales implicadas. Las mujeres asisten en mayor porcentaje que los hombres a sesiones informativas y talleres de salud celebrados en sus centros de trabajo.

Aun sin conocer el grado de feminización de los centros de trabajo participantes, se puede entender que las mujeres se adhieren con más facilidad a estos programas ante su mayor sensibilidad hacia el cuidado de la salud, como tarea socialmente asignada a ellas.

Los estilos de vida y comportamientos de autocuidado que inciden en la salud de hombres y mujeres, muestran patrones diferentes asociados al constructo de género. Si bien las mujeres han sido educadas socialmente para evitar algunos riesgos nocivos para la salud (p. ejemplo, consumo de drogas...), el mercado y la publicidad se dirige cada vez más a ellas como diana para el consumo de

tabaco y alcohol, entre otros. Además, las mujeres disponen de menos tiempo para el ocio y el cuidado personal, ya que lo dedican a cubrir el cuidado de otros. Por otro lado, de los hombres se espera una práctica de actividad física más frecuente que en las mujeres, así como una mayor exposición a drogas, o a otros riesgos como la velocidad al volante. (Lasheras-Lozano, Pires-Alcaide, Rodríguez-Gimena, 2004).

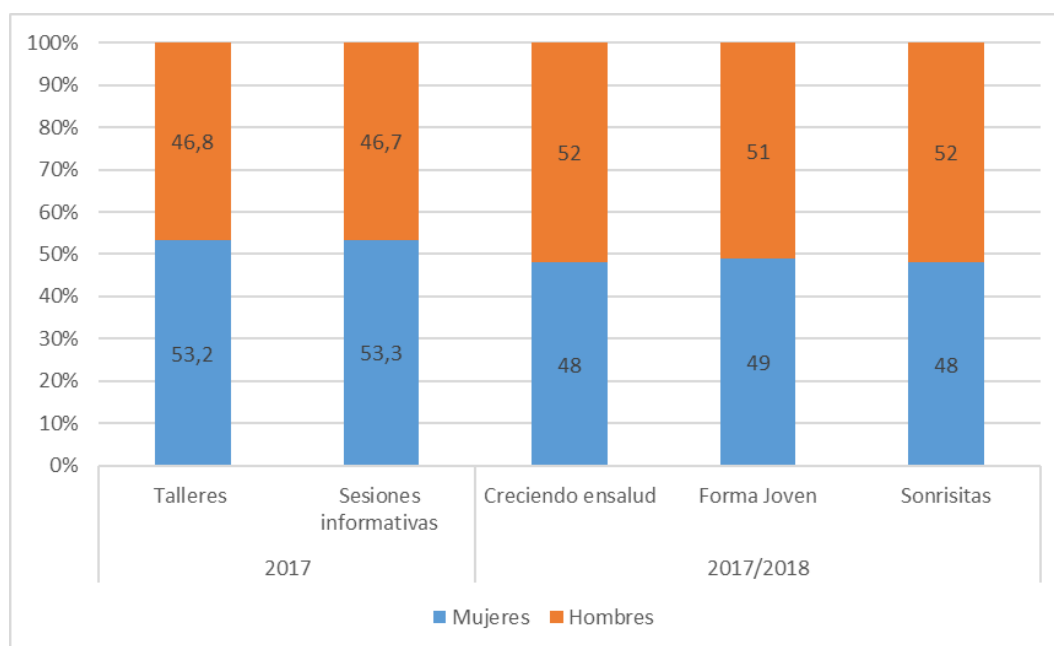
La promoción de salud en el ámbito laboral es importante para intentar revertir estilos de vida, que influenciados por estereotipos de género, pueden perjudicar la salud de unos y otras. Resulta necesario indagar en qué medida los contenidos de los programas se dirigen de forma diferenciada a mujeres y hombres, o tienen en cuenta las características específicas de los entornos en los que se desenvuelven ellas y ellos, y que pueden inducir ciertos hábitos nocivos para la salud corregibles (por ejemplo, a través de diferentes adaptaciones ergonómicas en ambos sexos). Así como también es importante considerar la influencia de las habilidades y actitudes personales, diferentes en hombres y mujeres por razón de género, para poner en práctica las recomendaciones de salud que se le ofrecen y de esa manera incrementar las oportunidades a su alcance para potenciar su salud.

Tabla 68. Participación en los Programas de Promoción de Salud ofertados en el ámbito educativo, laboral y sanitario. Andalucía 2017/2018

Programas de hábitos de vida saludable (curso escolar 2017/2018)	Centros	Participantes
Creciendo en Salud	1.696	485.683
Forma Joven en el ámbito educativo	791	276.698
Sonrisitas	305	17.649
Programas de promoción de salud en los lugares de trabajo (2017)	Centros	Participantes
Sesiones informativas de salud en centros de trabajo	333	9233
Talleres de salud en centros de trabajo		8245

Fuente: Elaboración propia. Consejería de Salud 2016 y 2017/2018

Gráfico 103. Porcentaje de participación en Programas de Promoción de Salud del ámbito educativo y laboral, por sexo. Andalucía 2017/2018



Fuente: Elaboración propia. Consejería de Salud 2017/2018

Los datos disponibles señalan que los resultados de participación por sexo, son inversos en los programas del ámbito educativo y laboral. Sería conveniente indagar los diversos factores que pueden estar interviniendo en el cambio observado en la participación por sexo entre la etapa educativa con personas menores de edad y la etapa laboral con personas adultas. Entre otros factores, la influencia de normas socializadoras de género diferentes en cada etapa vital, también pueden ayudar a explicar estos resultados.

LA PARTICIPACIÓN POR SEXO EN PROGRAMAS DE PROMOCIÓN DE SALUD ES INVERSA EN PERSONAS MENORES Y ADULTAS

Más chicos que chicas participan en programas de Hábitos de Vida Saludables del ámbito educativo. ¿Hay más niños en los centros? ¿Los niños están más motivados para participar?

Las mujeres participan en programas de promoción de salud en el ámbito laboral en mayor medida que los hombres. Ellas tienen una mayor sensibilidad hacia los cuidados, como tarea socialmente asignada a las mujeres.

Resulta prioritario indagar en qué medida los programas de promoción de salud en los centros educativos están ayudando a amortiguar los efectos de la diferente socialización de género en las familias y en las aulas, sobre los hábitos de vida de niños y niñas. Así como también es necesario conocer en qué medida los programas de promoción de salud en el lugar de trabajo están ayudando a revertir estilos de vida que, influenciados por normas de género, perjudican la salud de unos y otras.

6.3. Prevención de la enfermedad

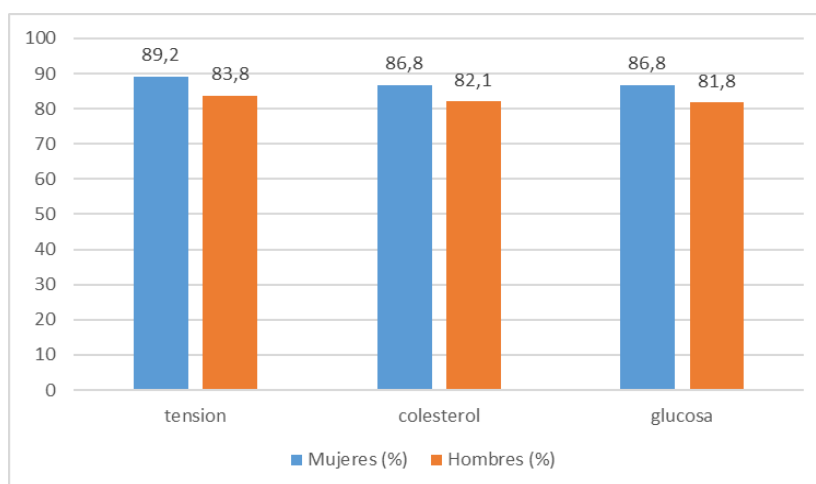
Incorporar la perspectiva de género a la atención sanitaria también implica indagar la participación diferencial de hombres y mujeres en [servicios preventivos](#), considerando las diferentes necesidades y factores de riesgo de ambos sexos, tanto en relación con problemas de salud comunes, como en aquellos otros que afectan especialmente a las mujeres, como son los relacionados con la salud reproductiva y la fertilidad.

Según la Encuesta Andaluza de Salud (2015), la mayoría de personas encuestadas informan que alguna vez le han medido la [tensión arterial](#), [el nivel de colesterol](#) o [el nivel de glucosa](#) en sangre (86,6%, 84,5% y 84,3% respectivamente). A un mayor porcentaje de mujeres que de hombres de diferente edad, nivel educativo, de diferente hábitat de residencia y país de nacimiento se les realizaron tales pruebas. Excepcionalmente se ha observado que más hombres que mujeres de zonas rurales, y con 80 años o más, accedieron a algunas de estas mediciones bajo vigilancia médica.

Se puede entender que las mujeres, más dedicadas a la vigilancia del cuidado propio y ajeno, como función que todavía hoy sigue siendo asignada socialmente al sexo femenino, acuden a los servicios sanitarios con más frecuencia que los hombres (Urbanos, 2016), y por tanto tienen más posibilidades de acceder a medidas preventivas y recomendaciones médicas. Además, resulta necesario considerar que muchos síntomas inespecíficos que llevan a las mujeres a consulta (y que pueden estar asociados a desigualdades sociales), conducen a medicalización, intervenciones y pruebas, entre las que se

podrían situar estas mediciones de tensión, colesterol y glucosa. Los hombres en cambio, condicionados por una masculinidad tradicional que dicta la necesidad de ser fuertes, tener el control, y aguantar los malestares sin exteriorizarlos (Bonino, 2002), se resisten a demandar atención, y sólo en condiciones de mayor vulnerabilidad acceden a consultar, y, por tanto, a la realización de pruebas preventivas.

Gráfico 104. Porcentaje de mujeres y hombres a quienes se midió alguna vez la tensión arterial, el nivel de colesterol y glucosa, por sexo. Andalucía 2015



Fuente: Elaboración propia. Encuesta Andaluza de Salud 2015

Tabla 69. Porcentaje de personas a quienes se midió alguna vez la tensión arterial, el nivel de colesterol y glucosa, según edad, nivel educativo, tamaño poblacional de residencia, y país de nacimiento, en cada sexo. Andalucía 2015

	Tensión Arterial			Colesterol			Glucosa		
	Mujeres (%)	Hombres (%)	Brecha de género	Mujeres (%)	Hombres (%)	Brecha de género	Mujeres (%)	Hombres (%)	Brecha de género
Edad:									
Menos de 30	73,7	64,4	9,3*	69,2	60,7	8,5*	69,9	60,6	9,3
30-44	89,3	80,9	8,4*	85,9	78,9	7*	86,2	78,5	7,7
45-64	93,5	91,0	2,5*	92,1	89,8	2,3*	91,5	89,5	2
65-79	98,8	97,2	1,6	98,2	97,7	0,5	98,2	97,2	1
80 y más	97,3	99,4	-2,1	97,3	98,1	-0,8	97,3	96,8	0,5
Nivel educativo:									
Primarios	93,8	88,4	5,4*	92,6	87,1	5,5*	92,5	86,8	5,7
Secundarios	83,3	77,8	5,5*	80,1	76,2	3,9*	80,3	76,0	4,3
Superiores	87,8	84,1	3,7	83,2	81,0	2,2	83,2	80,2	3
Hábitat:									
Rural	89,6	91,2	-1,6	86,1	85,0	1,1	86,0	83,9	2,1
Semi-rural	89,1	84,5	4,6	88,0	83,6	4,4	87,8	83,0	4,8
Urbano	89,3	83,4	5,9*	86,6	81,7	4,9*	86,7	81,4	5,3
País nacimiento:									
España	89,8	84,4	5,4*	87,5	82,7	4,8*	87,5	82,4	5,1
Extranjero	81,1	71,8	9,3	76,4	69,2	7,2	77,8	69,2	8,6

Fuente: Elaboración propia a partir de EAS 2015.

* Significación estadística <0,05

La **vacunación antigripal** tiene como objetivo reducir la mortalidad y morbilidad asociada a la gripe y el impacto de la enfermedad en la comunidad. Ésta se dirige a las personas que tienen un mayor riesgo de presentar complicaciones en caso de padecer la gripe, a quienes pueden transmitir la enfermedad a otras que tienen un alto riesgo de complicaciones (trabajos en centros sanitarios, en instituciones geriátricas o de atención a enfermos crónicos, o trabajos domiciliarios), y a quienes trabajan en servicios públicos esenciales (instituciones penitenciarias u otros centros de internamiento, fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado, bomberos, protección civil, servicios de emergencias sanitarias).

En Andalucía, según la Encuesta Andaluza de Salud (2015), el 16,2% de las personas encuestadas dijeron haberse vacunado de la gripe. Los hombres fueron vacunados de gripe en mayor porcentaje que las mujeres, independientemente de su nivel educativo y tamaño de la población de residencia. Si buena parte de la población diana de la vacuna antigripal la constituyen grupos profesionales, y conocemos que hay más hombres que mujeres con empleo, se puede entender que más hombres fueran vacunados. Además, la proporción de hombres y mujeres difiere en algunos grupos profesionales, también de manera desfavorable para las mujeres (p. ejemplo en Fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado, bomberos, etc.), lo cual podría explicar igualmente el menor acceso de las mujeres a la vacuna antigripal. Estos datos, de nuevo constatan cómo el género determina las posibilidades de empleo de hombres y mujeres, y éstas a su vez, el acceso a recursos sanitarios de tipo preventivo como la vacuna antigripal, contribuyendo por tanto al mantenimiento de las desigualdades en salud entre hombres y mujeres.

Sólo las mujeres de 30 a 44 años y las mujeres nacidas fuera de España fueron vacunadas con más frecuencia que los hombres con tales características (de forma estadísticamente significativa en el primer caso). Esa franja de edad coincide con la etapa reproductiva, considerada de especial vulnerabilidad a nivel sanitario. Quizás las mujeres nacidas fuera de España, que fueron vacunadas en mayor porcentaje que los hombres de origen extranjero, se encuentren en especial riesgo también en relación con su etapa reproductiva.

Tabla 70. Porcentaje de personas vacunadas de gripe, según edad, nivel educativo, hábitat, y país de nacimiento, por sexo. Andalucía 2015

	Mujeres (%)	Hombres (%)	Brecha de género	Valores p
Edad:				
Menos de 30	4,0	4,6	-0,6	0,517
30-44	5,6	3,0	2,6	0,003
45-64	11,2	12,4	-1,2	0,289
65-79	48,2	51,4	-3,2	0,331
80 y más	57,1	70,5	-13,4	0,032
Nivel educativo:				
Primarios	24,2	24,7	-0,5	0,747
Secundarios	6,5	8,9	-2,4	0,033
Superiores	9,7	10,4	-0,7	0,743
Hábitat:				
Rural	16,5	19,5	-3	0,680
Semi-rural	7,1	18,0	-10,9	0,800
Urbano	15,5	16,2	-0,7	0,427
País nacimiento:				
España	16,3	17,2	-0,9	0,347
Extranjero	8,0	4,4	3,6	0,119

Fuente: Elaboración propia a partir de EAS 2015.

Respecto a los **servicios preventivos específicos para mujeres**, según la Encuesta Andaluza de Salud (2015), un 86,3% de mujeres adultas dicen haber visitado alguna vez un ginecólogo/a, el 63,3% dicen haberse realizado alguna vez una citología vaginal, y el 47,8% dicen haberse realizado alguna mamografía por prescripción médica.

Considerando la edad, un mayor porcentaje de mujeres realizan visitas al ginecólogo/a y citologías, después de los 30 años y antes de los 80, siendo las mamografías más frecuentes desde los 45 años.

Respecto al nivel educativo, más mujeres con estudios medios y superiores acuden a que les realicen una citología y visitan al ginecólogo/a, respectivamente. En diferentes estudios se ha podido constatar en este sentido que, una mayor utilización de servicios preventivos por parte de mujeres de clase social alta. Ahora bien, resultaría interesante indagar en qué medida la mayor realización de mamografías a mujeres con menor nivel educativo tiene que ver con un mayor riesgo de cáncer de mama asociado a este perfil social, o si también se puede explicar por una mayor adherencia a las recomendaciones médicas y un menor cuestionamiento de los programas preventivos entre la población de mujeres menos formada.

Por tipo de hábitat, las mujeres de ámbito urbano acudieron en mayor porcentaje a un ginecólogo/a y les realizaron mamografías en mayor medida que a las mujeres de hábitat rural o semi-rural.

Y por país de nacimiento, son las mujeres nacidas fuera de España quienes acuden en mayor medida a un ginecólogo/a, lo cual podría entenderse por una alta proporción de mujeres extranjeras en edad reproductiva. Ahora bien, a las mujeres nacidas fuera de España les realizaron citologías y mamografías en menor porcentaje que a las mujeres autóctonas. Quizás se puede deber a un mayor desconocimiento de los programas y servicios sanitarios por parte de las mujeres nacidas fuera de España y que no hayan residido aquí de forma estable.

Gráfico 105. Porcentaje de mujeres que utilizaron servicios preventivos específicos de salud reproductiva, por edad, nivel educativo, hábitat y país de nacimiento. Andalucía 2015



diagnósticos precoces en las mujeres. Cabe preguntarse si la posibilidad de que los hombres reciban diagnósticos precoces de cáncer de próstata, se ve mermada por sus comportamientos menos favorables a la prevención, por razón de género.

EXCEPTUANDO LA VACUNACIÓN ANTIGRIPIAL, LAS MUJERES, MÁS CERCANAS A LOS SERVICIOS, ACCEDEN A SERVICIOS PREVENTIVOS CON MÁS FACILIDAD QUE LOS HOMBRES

A un mayor porcentaje de mujeres que de hombres les miden la tensión arterial y el nivel de colesterol y glucosa, por prescripción médica. Las mujeres, quienes acuden a los servicios sanitarios con más frecuencia que los hombres (Urbanos, 2016), tienen más posibilidades de acceder a medidas preventivas. Los hombres, condicionados por una masculinidad tradicional, se resisten a demandar atención sanitaria (Bonino, 2002), y por tanto tienen un menor acceso a pruebas preventivas.

La vacunación de la gripe, ha sido más frecuente en los hombres que en las mujeres. El género, que determina las posibilidades de empleo de mujeres y hombres, puede estar condicionando el acceso de las mujeres a la vacunación antigripal, ya que ésta está dirigida en gran medida a grupos profesionales de los que forman parte menos mujeres.

Una alta proporción de mujeres utilizan servicios preventivos de salud reproductiva. La edad condiciona la realización de estas pruebas de acuerdo a distintas necesidades de salud en cada etapa, así como otros factores sociales inciden en unas prácticas preventivas diferenciadas. Las mujeres tienen una mayor cultura de vigilancia de la salud y por tanto una mayor probabilidad de diagnósticos precoces, frente a los hombres menos dispuestos a la prevención, por razón de género.

6.4. Atención sanitaria

Mujeres y hombres tienen diferentes necesidades y posibilidades de acceder y utilizar los servicios sanitarios, de acuerdo a condicionantes sociales y de género. Las mujeres tienen mayor necesidad de servicios de salud que los hombres debido a su rol biológico de reproducción, a su más alta morbilidad y mayor longevidad, y también debido al rol que se les otorga socialmente como principales cuidadoras de su entorno. Las mujeres son las principales gestoras y proveedoras de atención a la salud de la familia y la comunidad, de manera informal y sin remuneración (Lasheras-Lozano, Pires-Alcaide y Rodríguez-Gimena, 2004).

También por socialización de género, mujeres y hombres aprenden a comunicar de forma diferente lo que sienten y piensan, estando las expectativas hacia las mujeres más ligadas a la exteriorización de emociones, preocupaciones y dolencias, mientras las normas tradicionales de género marcan una menor permisividad a los hombres para que puedan compartir sus malestares, y buscar ayuda cuando la necesitan. Por todas estas razones biológicas y sociales, se explica una mayor cercanía de las mujeres a los servicios sanitarios y una mayor demanda de atención frente a los hombres.

Según los datos de la Encuesta Andaluza de Salud (2015), más de una cuarta parte de la población andaluza (el 28,2%) dice haber **utilizado algún servicio sanitario (público o privado) en las últimas dos semanas por un problema propio**, observándose un mayor porcentaje de mujeres (32,3%) que de

hombres (25,3%). Las mujeres de todos los niveles educativos consultaron en mayor porcentaje que los hombres. Según edad, tipo de hábitat y país de origen, al igual que ocurre en la utilización de servicios preventivos, sólo en las zonas rurales, y en edades de 80 años o más, son los hombres quienes realizan consultas sanitarias en mayor porcentaje que las mujeres. Se puede entender que los hombres, condicionados por una masculinidad construida en base a la resistencia a solicitar ayuda, sólo acceden a consultar por su salud en condiciones de vulnerabilidad ligadas a la edad o por la proximidad geográfica de los servicios en las zonas rurales.

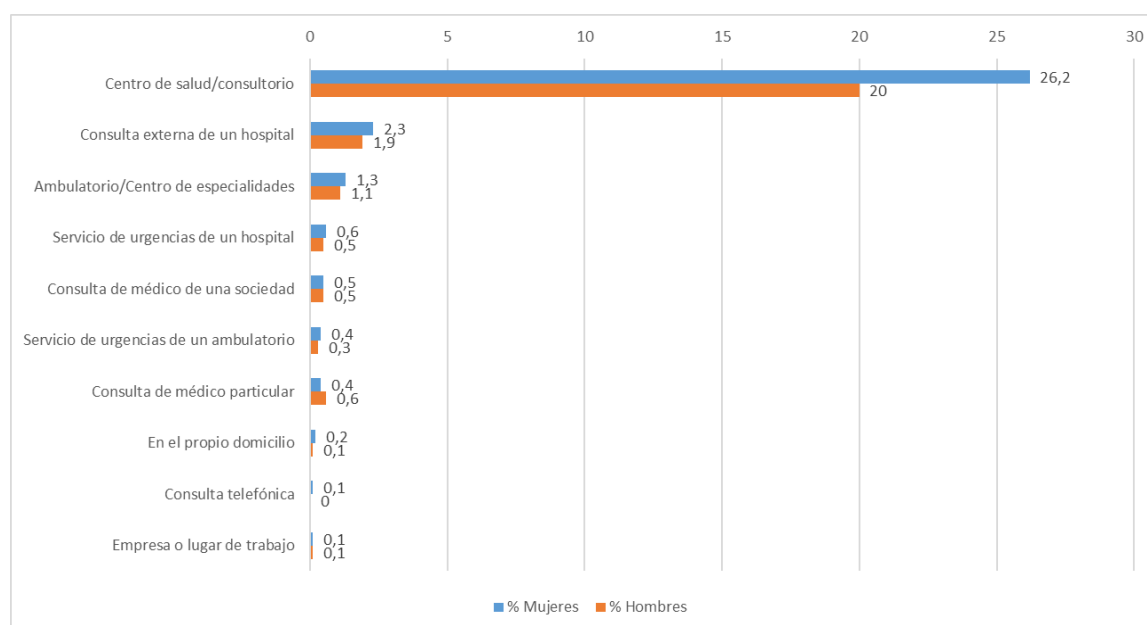
Tabla 71. Porcentaje de hombres y mujeres que consultan a algún servicio sanitario en las últimas dos semanas por un problema propio, según edad, nivel educativo, tamaño poblacional de residencia, y país de nacimiento, en cada sexo. Andalucía 2015

	Mujeres (%)	Hombres (%)	Brecha de género	Valores p
Edad:				
Menos de 30	24,4	15,7	8,7	<0.001
30-44	27,6	19,6	8	<0.001
45-64	32,9	27,5	5,4	0.005
65-79	48,2	39,9	8,3	0.017
80 y más	40,1	41,7	-1,6	0.853
Nivel educativo:				
Primarios	38,2	30,9	7,3	<0.001
Secundarios	26,9	19,5	7,4	<0.001
Superiores	24,7	21,8	2,9	0.295
Hábitat:				
Rural	29,6	33,6	-4	0.521
Semi-rural	37,4	27,6	9,8	<0.001
Urbano	31,3	24,4	6,9	<0.001
País nacimiento:				
España	32,5	25,5	7	<0.001
Extranjero	29,2	20,9	8,3	0.069

Fuente: Elaboración propia a partir de EAS 2015.

Atendiendo a los tipos de centros sanitarios donde se realizaron consultas sanitarias en las últimas dos semanas por un problema propio, un mayor porcentaje de mujeres que de hombres utilizaron la mayoría de dispositivos (sobre todo los centros de salud), exceptuando servicios privados o servicios sanitarios vinculados en los lugares de trabajo que, aun siendo recursos mínimamente empleados en términos generales, los utilizaron los hombres en mayor medida que las mujeres. Los datos señalan cómo el género puede determinar los espacios diferentes en los que hombres y mujeres se permiten socializar sus problemas, así como se pueden entender desde el mayor desempleo de las mujeres.

Gráfico 106. Porcentaje de mujeres y hombres que utilizaron diferentes tipos de servicios sanitarios para consultar un problema propio en las últimas dos semanas. Andalucía 2015.



Fuente: Elaboración propia. Encuesta Andaluza de Salud 2015

Las diferencias en el acceso a un nivel de atención u otro pueden ser consideradas como desigualdades en la atención prestada, en tanto en cuanto los abordajes sanitarios y prácticas profesionales también están condicionadas socialmente. Los estereotipos sociales y de género, también se manejan dentro de las instituciones sanitarias (Arrizabalaga y Valls-Llobet, 2005), y puede llevar a diferentes priorizaciones de las necesidades de hombres y mujeres, y a diferentes atribuciones de riesgos de salud en pacientes de cada sexo. De acuerdo con Ruiz-Cantero (2009), el esfuerzo terapéutico (por ejemplo, en la derivación a la medicina especializada, o la continuación en la atención primaria) depende del esfuerzo diagnóstico sobre el que actúan numerosos estereotipos sobre las formas de enfermar de mujeres y hombres.

Así también los [tiempos de demora desde que las mujeres y los hombres solicitan ayuda hasta que la reciben](#), pueden verse sesgados por el género. Al respecto se han observado, según datos de la Encuesta Andaluza de Salud 2015, que las mujeres esperan más tiempo que los hombres hasta que pueden ser atendidas (0,4 y 0,3 meses respectivamente). Aún queda mucho por indagar sobre los sesgos de género en la asignación de recursos de todos los niveles, y en la agilidad para asignar éstos por parte del conjunto de profesionales sanitarios.

6.4.1. Atención Primaria

Según datos de la Encuesta Andaluza de Salud (2015), un mayor porcentaje de mujeres que de hombres visitaron los servicios de Atención Primaria en el último año. Las brechas de género al respecto son favorables para las mujeres en las consultas por un problema propio, ajeno o por ambos motivos, siendo las brechas de mayor magnitud cuando las consultas son por ambos motivos, lo cual informa una vez más de que son las mujeres las principales responsables de los cuidados familiares y comunitarios.

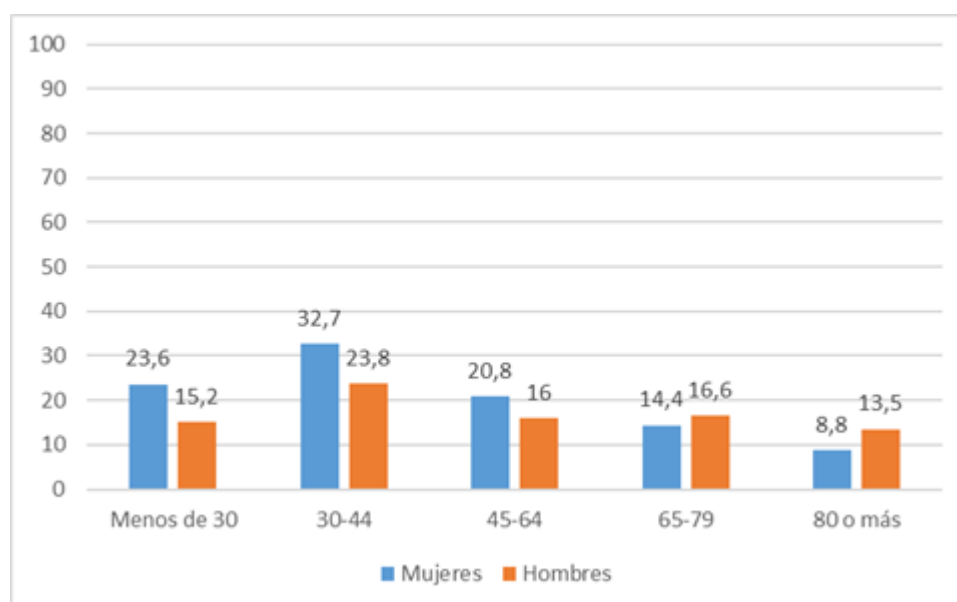
Tabla 72. Porcentaje de mujeres y hombres que realizan consultas médicas en los servicios de Atención Primaria en los últimos doce meses. Andalucía 2015

	% Mujeres	% Hombres	BG
Si consultaron en el último año	89,3	81,5	7,8
Sí por problema propio	66	63,5	2,5
Sí, por problema ajeno	8,4	6,8	1,6
Sí, por ambos motivos	14,9	11,2	3,7
No consultaron en el último año	9,6	17,2	-7,6
Nunca han acudido a un centro de salud	1,1	1,4	-0,3

Fuente: Elaboración propia. Encuesta Andaluza de Salud 2015

Las mujeres de todos los niveles educativos, así como mujeres de zonas rurales, urbanas y semiurbanas consultan en mayor porcentaje que los hombres. Por edad, en cambio, se observa que los hombres de más de 65 años consultan con mayor frecuencia que las mujeres por algo que le pasaba a otra persona o por ambos motivos (propios o ajenos). La incorporación más tardía de los hombres a los cuidados de otras personas, en edades mayores, cuando están jubilados, podría estar detrás de estos resultados. No obstante, es conocido que el cuidado que realizan los varones mayores no sustituye al de las mujeres, sino que lo complementa, como se conoce en el caso de los cuidados de los abuelos (Meil, y Rogero-García, 2014).

Gráfico 107. Porcentaje de personas que en el último año consultan por problemas ajenos o propios y ajenos, por sexo y edad. Andalucía 2015



Fuente: Elaboración propia. Encuesta Andaluza de Salud 2015

LAS MUJERES, ENCARGADAS DEL CUIDADO FAMILIAR Y COMUNITARIO, UTILIZAN MÁS LOS SERVICIOS DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Las mujeres utilizan los servicios de Atención Primaria en mayor medida que los hombres por motivos propios, y sobre todo por motivos propios y ajenos conjuntamente.

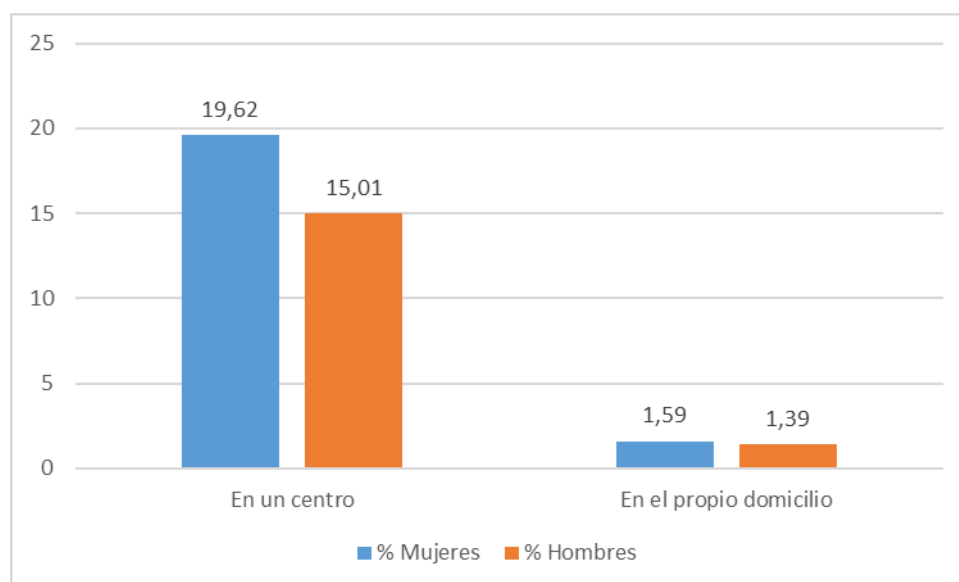
Las mujeres tienen menos dificultades que los hombres para hacer públicos sus malestares y pedir ayuda, son las principales responsables de los cuidados familiares y comunitarios, y, asumen por tanto una mayor carga de trabajo como gestoras de las necesidades de atención a la salud del entorno cercano.

La mayor frecuentación de las mujeres a los servicios de atención primaria no se puede entender como un privilegio, sino como un indicador de desigualdad social relacionada con el desequilibrio de roles y responsabilidades en los cuidados exigido a mujeres y hombres.

6.4.2. Atención Urgente

Los datos de la última Encuesta Andaluza de Salud 2015 señalan que un 19% de personas realizaron alguna consulta urgente en el último año por un problema propio. Por sexo, consultaron un 21,9% de mujeres frente a un 16,4% de hombres. Se realizaron más consultas urgentes en algún centro, que consultas atendidas en domicilio. Las brechas de género de estos dos lugares de consulta son favorables para las mujeres, no obstante, cabe señalar que es muy reducida en el caso de las consultas a domicilio, lo cual indica que más mujeres se desplazan a centros sanitarios a pedir ayuda, mientras un porcentaje parecido de hombres y mujeres reciben atención urgente en domicilio.

Gráfico 108. Porcentaje de mujeres y hombres que utilizaron un servicio de urgencias en el último año por un problema propio, según lugar donde se prestó la atención sanitaria. Andalucía 2015



Fuente: Elaboración propia. Encuesta Andaluza de Salud 2015 Test Chi cuadrado: p-valor<0,001

La solicitud de ayuda sanitaria urgente se puede entender condicionada por el género en la medida en que, la predisposición al cuidado de la salud y la facilidad para pedir ayuda es mayor en las mujeres

que en los hombres. Ahora bien, cabe preguntarse, al igual que en la derivación al nivel especializado de atención, si desde las instituciones sanitarias se priorizan de diferente manera las necesidades de atención de mujeres y de hombres.

Las mujeres de diferente edad, nivel educativo, país de nacimiento y tipo de hábitat consultaron a un servicio de urgencias en mayor porcentaje que los hombres. Sólo se observa una excepción, en el que un mayor porcentaje, no significativo, de hombres de zonas rurales, hacen en mayor medida consultas urgentes frente a las mujeres de zonas rurales.

Las brechas de género favorables para las mujeres son más altas entre quienes tienen 80 años o más, en las mujeres con estudios superiores, y en las mujeres nacidas fuera de España. Respecto a este último dato se ha postulado que un menor conocimiento de los recursos del sistema sanitario por parte de población extranjera (que será una parte de las personas encuestadas en Andalucía nacidas fuera de España), puede llevar a una mayor utilización de los servicios de urgencias frente a otros servicios de primer nivel de atención.

Tabla 73. Porcentaje de personas que acuden a un servicio de urgencias en los últimos 12 meses, según edad, nivel educativo, hábitat y país de nacimiento, por sexo. Andalucía 2015

	Mujeres (%)	Hombres (%)	Brecha de género	Valores p
Edad:				
Menos de 30	24,2	18,8	5,4	0,019
30-44	21,8	16,1	5,7	0,006
45-64	17,9	14,8	3,1	0,055
65-79	21,1	16,8	4,3	0,094
80 y más	27,9	17,9	10	0,033
Nivel educativo:				
Primarios	19,9	18,3	1,6	0,257
Secundarios	21,5	15,4	6,1	<0,001
Superiores	24,6	13,2	11,4	<0,001
Hábitat:				
Rural	19,1	20,5	-1,4	0,824
Semi-rural	21,2	14,9	6,3	0,001
Urbano	21,3	16,6	4,7	<0,001
País nacimiento:				
España	20,7	16,3	4,4	<0,001
Extranjero	29,2	19,1	10,1	0,025

Fuente: Elaboración propia. Encuesta Andaluza de Salud 2015

El **dónde y cuándo acudir a un servicio de urgencias**, es decir, la decisión del nivel de atención sanitaria a la que recurrir, y el tiempo máximo a esperar hasta pedir ayuda, depende del género. Es decir, depende de la gravedad percibida en la salud propia o ajena, mediada por el valor diferente que se otorga socialmente a la salud de los hombres y de las mujeres. También depende de los diferentes riesgos físicos o psicológicos a los que se exponen en mayor medida hombres o mujeres respectivamente, de acuerdo a normas de género que conforman las identidades tradicionales masculina y femenina.

Estos condicionantes de género pueden explicar algunos datos de la Encuesta Andaluza de Salud 2015, que señalan que las mujeres, en mayor medida que los hombres, utilizaron servicios públicos de urgencias de primer nivel de atención. Este resultado de 2015 resulta consistente con los datos registrados en los sistemas de información de la actividad en Atención Primaria en 2016, que señalan

cómo de un total de 6.500.122 consultas urgentes atendidas, el 53,9% fueron consultas de mujeres (Memoria SAS 2016).

También se ha podido observar que un mayor porcentaje de hombres que de mujeres recurrieron a hospitales públicos, y un mayor porcentaje de mujeres que de hombres utilizaron servicios hospitalarios privados. Esto da cuenta del mayor coste que asumen las mujeres por los cuidados de su salud, aun cuando sus posibilidades económicas sean inferiores, tal como también se pudo desprender de los datos relativos a una mayor doble cobertura sanitaria por parte de las mujeres.

Tabla 74. Porcentaje de personas que acuden a una consulta de urgencias por lugar de consulta y sexo. Andalucía 2015

	% Mujeres	% Hombres	Brecha de género
Hospital de la Seguridad Social	64,6	67,3	-2,7
Servicio de urgencias no hospitalarios SAS	28,3	25,5	2,8
Servicio privado de urgencias	3,3	4,4	-1,1
Sanatorio, hospital o clínica privada	3,6	1,9	1,7
Otros	0,3	0,8	-0,5

Fuente: Elaboración propia. Encuesta Andaluza de Salud 2015

Test Chi cuadrado: p-valor=0,105

El tiempo transcurrido hasta que una persona decide realizar una consulta urgente depende, al igual que las consultas al primer nivel de atención, de cómo de prioritaria se percibe la salud propia y ajena de acuerdo al significado y al valor que socialmente se otorga a las necesidades de hombres y mujeres. Según el orden social jerárquicamente establecido para ambos sexos, las mujeres salen perjudicadas, es decir, menos priorizadas para los demás y para ellas mismas. Esto puede explicar algunos datos disponibles en la Encuesta Nacional de Salud del año 2012 que indican, cómo en el ámbito nacional, las mujeres realizaron consultas urgentes tardías con más frecuencia que los hombres (a partir de las 3 horas). En Andalucía, también un mayor porcentaje de mujeres que de hombres consultaron de forma tardía (aún más tarde que las mujeres del ámbito nacional, a partir de las 6 horas). Ahora bien, cabe destacar que también las mujeres andaluzas consultaron de forma inmediata o muy precoz (antes de una hora de la aparición de síntomas de alarma) con mayor frecuencia que los hombres.

Tabla 75. Porcentaje de población según tiempo transcurrido entre el inicio de la sintomatología y la petición de asistencia urgente. (Población que ha utilizado algún servicio de urgencias en los últimos 12 meses)

	Andalucía			España		
	% Mujeres	% Hombres	Brecha de género	% Mujeres	% Hombres	Brecha de género
< 1 hora	23	19,6	3,4	19,7	22,3	-2,6
1-2 horas	21,9	27,9	-6	23,5	25,9	-2,4
3-5 horas	8,5	9,1	-0,6	10,4	9,3	1,6
6-23 horas	7,9	6,9	1	7,3	6,2	1,1
1 o más días	38,7	36,5	2,2	39,1	36,3	2,8

Fuente: Elaboración propia. Encuesta Nacional de Salud 2012

EN MAYOR MEDIDA, LAS MUJERES CONSULTAN SUS PROBLEMAS URGENTES DE SALUD, SOBRE TODO, EN SERVICIOS DE PRIMER NIVEL Y EN HOSPITALES PRIVADOS, Y LOS HOMBRES EN HOSPITALES PÚBLICOS Y EN SERVICIOS MÉDICOS PRIVADOS/PARTICULARES.

Las mujeres realizan consultas urgentes por problemas propios en mayor porcentaje que los hombres. Ellas tardan más tiempo en pedir ayuda que en los hombres (en el ámbito nacional, más que en Andalucía).

La decisión sobre el nivel de atención al que recurrir, y el tiempo máximo a esperar hasta pedir ayuda, también está condicionada por el género. La gravedad percibida en la salud propia depende del valor diferente que se otorga socialmente a la salud de los hombres y de las mujeres, y también depende de los diferentes riesgos físicos y/o psicológicos a los que se enfrentan unos y otras, por razón de género.

6.4.3. Atención Hospitalaria

Las investigaciones sobre sesgo de género en el esfuerzo terapéutico se centran en la accesibilidad a los hospitales de ambos sexos para igual necesidad, en la comparación de los tiempos de espera desde los primeros síntomas hasta la atención sanitaria, y en los tipos de procedimientos diagnósticos y estrategias terapéuticas empleados (Ruiz-Cantero, 2009).

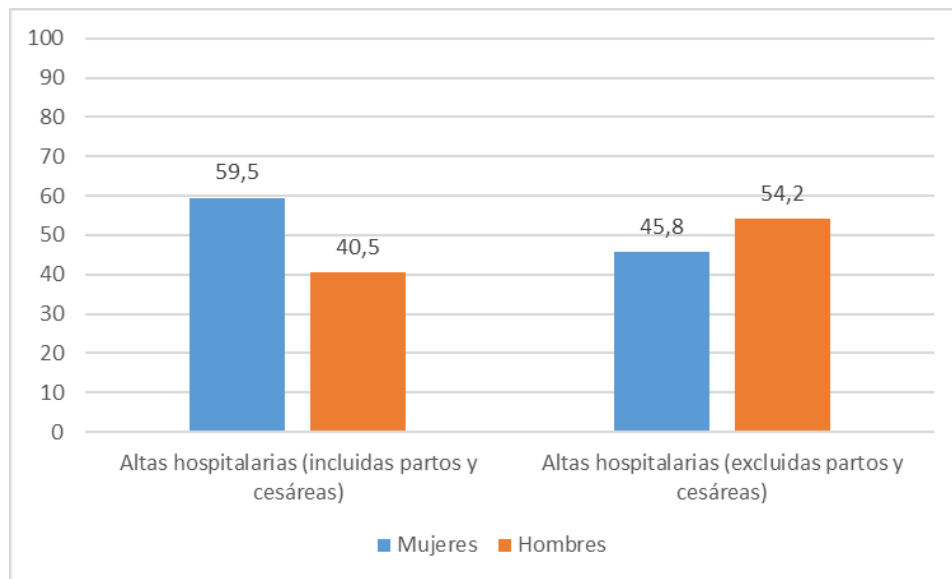
En cuanto a **hospitalización**, según datos de la Memoria del SAS del año 2016, del total de altas hospitalarias, 226.873, un mayor porcentaje correspondió a mujeres. Ahora bien, excluyendo un total de 57.315 altas por parto y cesárea (es decir, el 25,3% del total de altas, y el 42,4% de las altas hospitalarias a mujeres), se observa que son los hombres quienes recibieron altas hospitalarias en mayor porcentaje que las mujeres.

Estos datos apoyan la conveniencia de romper con el mito de que las mujeres son las mayores usuarias de los servicios sanitarios. Si bien eso se puede considerar cierto en atención primaria y en la atención urgente (donde las consultas se realizan a demanda), no lo es en atención hospitalaria, donde los ingresos tienen que ver tanto con los pacientes y sus múltiples condicionantes de salud, como con los equipos profesionales que deciden sobre los niveles de atención que necesitan los pacientes (Ruiz-Cantero, 2009). La mayor utilización del hospital por hombres que por mujeres, es un indicador de sesgo de género en el esfuerzo terapéutico de los que más información existe en la literatura científica (Ruiz-Cantero y Verdú-Delgado, 2004).

En cuanto a los **tiempos de espera para hospitalización**, y según los datos de la Encuesta Andaluza de Salud 2015, el 27,4% de las personas ingresadas dicen haber estado previamente en lista de espera. De éstas, se identificó un menor porcentaje de mujeres (23,9%) que de hombres (33,1%) que dijeron haber estado en lista de espera, así como se observó un mayor tiempo de espera en los hombres que en las mujeres (8 y 6,6 meses por término medio, respectivamente).

Analizando los tiempos de espera por algunas variables sociodemográficas, se observa que sólo las mujeres de 30 a 44 años tuvieron un mayor tiempo de espera que los hombres de tal franja de edad (6,8 y 2,9 meses respectivamente). Así como las mujeres con estudios superiores frente a los hombres con tal nivel educativo (4,5 y 3,3 meses respectivamente), y las mujeres nacidas fuera de España frente a los hombres extranjeros de nacimiento (6 y 3 meses respectivamente).

Gráfico 109. Altas hospitalarias en hombres y mujeres. Andalucía 2016



Fuente: Elaboración propia. Memoria SAS 2016

Las razones por las que en ocasiones se diferencian los tiempos de atención a mujeres u hombres permanecen ocultas (Ruiz-Cantero, 2009). Y aunque las distintas necesidades de salud pueden explicar tales diferencias en los tiempos de atención, también cabe postular sesgos de género en los profesionales y en el diferente esfuerzo de asignación de recursos que se realiza a mujeres y hombres, de acuerdo a estereotipos de género asociados a las diferentes necesidades y formas de enfermar de mujeres y hombres con diferentes perfiles sociales.

Las variaciones en las prácticas de [procedimientos médicos](#) y sus costes también parecen influidas por condicionantes sociales. Los datos analizados para Andalucía apuntan diferentes necesidades de salud de hombres y mujeres, y también dan indicios de algún sesgo terapéutico en relación con los procedimientos de Cirugía Mayor Ambulatoria y con los Trasplantes de Órganos y Tejidos.

En el año 2015 se realizaron un total de 141.506 [procedimientos de Cirugía Mayor Ambulatoria](#) en los hospitales del Servicio Andaluz de Salud (Memoria Consejería de Salud 2015). De éstos, el 80,7% fueron procedimientos comunes a hombres y mujeres, y el 19,3% fueron específicos sólo para hombres o sólo para mujeres, relacionados con la fertilidad o los órganos reproductivos.

Más de dos tercios de los procedimientos comunes a ambos sexos, se realizaron a un mayor porcentaje de hombres que de mujeres. La brecha de género más alta y favorable para las mujeres fue la reparación de deformidades de dedos de los pies, mientras que la brecha de género más alta y favorable para los hombres fue la reparación de hernia inguinal y femoral.

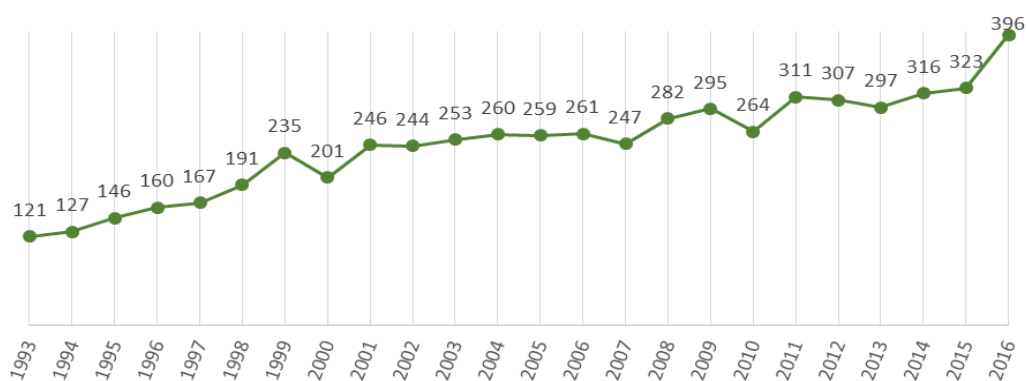
Tabla 76. Brechas de género en procedimientos de Cirugía Mayor Ambulatoria comunes a hombres y mujeres. Andalucía 2015

	Mujeres		Hombres		Brecha de género
	N	%	N	%	
Bunionectomía o reparación de deformidades de los dedos de los pies	3.774	4,69	593	0,77	3,92
Procedimientos sobre cristalino y cataratas	20.466	25,42	17.331	22,49	2,93
Descompresión de nervio periférico	2.639	3,28	929	1,21	2,07
Colecistectomía y exploración del conducto común	979	1,22	0	0	1,22
Eliminación de venas varicosa de miembro inferior	1.332	1,65	722	0,94	0,71
Otros procedimientos terapéuticos sobre párpados, conjuntiva y córnea	4.491	5,58	3.963	5,14	0,44
Otros procedimientos terapéuticos sobre músculos y tendones	2.114	2,63	1.733	2,25	0,38
Reparación de hernia inguinal y femoral	1.012	1,26	5.804	7,53	-6,27
Escisión del cartílago semilunar de la rodilla	0	0	1.115	1,45	-1,45
Escisión de lesión de piel	7.373	9,16	8.121	10,54	-1,38
Artroscopia	1.120	1,39	1.983	2,57	-1,18
Otros procedimientos (quirófano) sobre aparato respiratorio y mediastino	0	0	800	1,04	-1,04
Otros procedimientos terapéuticos (quirófano) sobre nariz, boca y faringe	1.844	2,29	2.554	3,31	-1,02
Otros procedimientos terapéuticos (quirófano) sobre piel y mama	819	1,02	1.506	1,95	-0,93
Procedimientos plásticos sobre nariz	0	0	705	0,91	-0,91
Otros procedimientos terapéuticos intraoculares	1.987	2,47	2.594	3,37	-0,9
Desbridamiento de herida, infección o quemadura	0	0	690	0,9	-0,9
Procedimientos sobre hemorroides	0	0	539	0,7	-0,7
Otra reparación de hernia	1.399	1,74	1.857	2,41	-0,67
Otros procedimientos terapéuticos (quirófano) tracto gastrointestinal inferior	755	0,94	1.229	1,59	-0,65
Amigdalectomía y/o adenoidectomía	1.738	2,16	2.005	2,6	-0,44
Miringotomía	850	1,06	1.143	1,48	-0,42
Injerto de piel	690	0,86	933	1,21	-0,35

Fuente: Elaboración propia. Memoria Estadística de la Consejería de Salud 2015

En cuanto a donaciones y trasplantes de órganos y tejidos, entre 1993 y 2016 se registraron 5.909 donantes, con una tendencia creciente desde el primer año disponible hasta la actualidad, y con una media anual de 246 donantes anuales para todo el período.

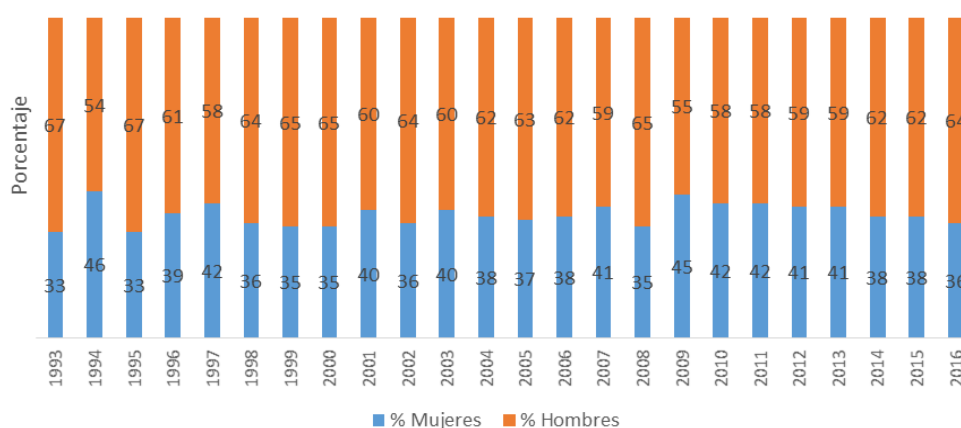
Gráfico 110. Evolución del número anual de donantes de órganos y tejidos. Andalucía 1993-2016



Fuente: Elaboración propia. Estadísticas sobre Trasplantes. Servicio Andaluz de Salud 2016

Los hombres han sido donantes en mayor porcentaje que las mujeres desde el año 1993 hasta la actualidad, observándose para todo el período un porcentaje medio de donantes hombres del 61,4% frente a un 38,6% de donantes mujeres.

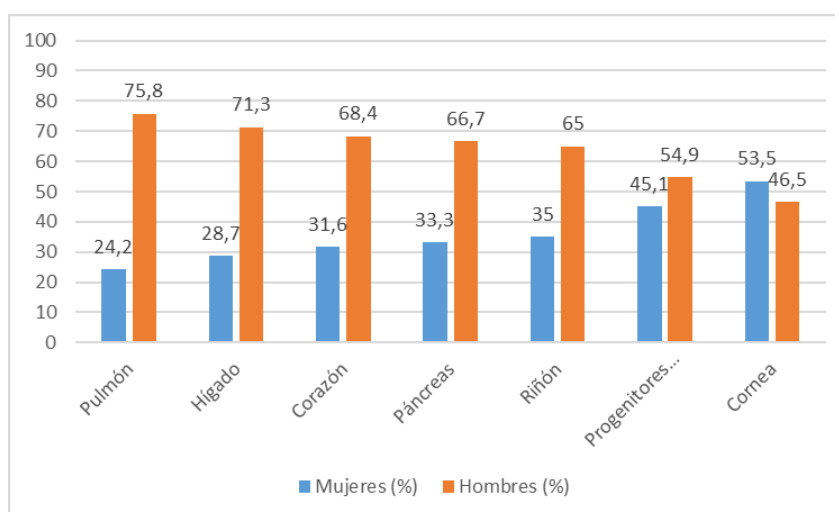
Gráfico 111. Distribución por sexo de donantes de órganos. Andalucía 1993-2016



Fuente: Elaboración propia. Estadísticas sobre Trasplantes. Servicio Andaluz de Salud 2016

En el año 2016 se realizaron 1.746 trasplantes en Andalucía, de más a menos frecuencia: de riñón (30,41%), de progenitores hematopoyéticos (27,55%), córnea (25,83%), hígado (11,17%), corazón (2,18%), pulmón (1,89%) y páncreas (0,97%). Un mayor porcentaje de hombres que de mujeres fueron receptores de los distintos tipos de órganos y tejidos, excepto el trasplante de córnea que fue más frecuente en mujeres que en hombres. Un análisis en profundidad de los trasplantes realizados en relación con las necesidades y demandas de hombres y mujeres, podría permitir un mayor esclarecimiento de posibles desigualdades de género que afecten a las mujeres en este ámbito.

Gráfico 112. Porcentaje de trasplantes por sexo. Andalucía 2016



Fuente: Elaboración propia Memoria SAS 2016

LOS HOMBRES ACCEDEN A LOS SERVICIOS Y RECURSOS HOSPITALARIOS EN MAYOR MEDIDA QUE LAS MUJERES

Un mayor porcentaje de altas hospitalarias son de hombres. Un mayor número de procedimientos de Cirugía Mayor Ambulatoria (por problemas comunes a ambos sexos) se realizan en mayor medida a hombres que a mujeres. Y, diferentes tipos de trasplantes se realizan sobre todo a hombres, exceptuando los trasplantes de córnea, más frecuentes entre las mujeres.

A los servicios hospitalarios se accede a través de los equipos profesionales que deciden sobre los niveles de atención que necesitan los pacientes (Ruiz-Cantero, 2009). La mayor utilización del hospital por parte de los hombres es un indicador de sesgo de género en el esfuerzo terapéutico de los que más información existe en la literatura científica (Ruiz-Cantero y Verdú-Delgado, 2004).

6.4.4. Atención a la Salud Mental

Es conocida la mayor morbilidad psiquiátrica en mujeres que en hombres. Ahora bien, los problemas de salud mental se manifiestan de diferente manera en ellas y ellos en función de los diferentes roles que cada uno se ve obligado a desempeñar en su sociedad y entorno cultural. En España se pudieron observar ya hace años más cuadros depresivos, ansiosos y fóbicos en las mujeres, y más trastornos de personalidad y derivados del consumo de drogas en los hombres (Montero et al., 2004).

Los factores sociales tienen un papel fundamental en el desarrollo y el mantenimiento de la enfermedad mental, y parecen influir de mayor manera a las mujeres. Las diferencias de género en salud mental se han asociado a factores socioeconómicos, derivados del papel tradicional de subordinación de las mujeres a los hombres, a la violencia de género contra ellas, al menor estatus de las mujeres en el empleo y en la calidad del rol laboral, así como a una relativa pobreza de recursos de afrontamiento. Las mujeres, al tener un menor control sobre sus vidas, tienen una peor regulación de su autoestima y tienden a autoinculparse de sus problemas, aunque no tengan recursos instrumentales para poder controlarlos de forma eficaz (Mingote y López-Dóriga, 2000).

La mayor incidencia de problemas de salud mental en las mujeres se explica, no sólo por una mayor exposición de las mujeres a riesgos sociales, biológicos y ambientales, sino que se entiende por un mayor reporte de las mujeres de tales dificultades. Las mujeres tienden a buscar ayuda para paliar sus malestares con mayor frecuencia que los hombres, quienes tienen más dificultades para expresar su vulnerabilidad, de acuerdo a la educación de género inculcada socialmente (Ramos-Lira, 2014)

Algunos estudios han concluido que las mujeres buscan ayuda sobre todo en atención primaria y servicios ambulatorios especializados, y que tienen estancias hospitalarias más prolongadas que los hombres, aunque dependiendo del contexto, los datos varían en cuanto a la incidencia, a la frecuentación y al porcentaje de ingresos hospitalarios de mujeres y hombres (Saarento et al., 2000, Montero et al., 2004).

Una situación similar se confirma en algunos de los datos analizados en Andalucía, sobre todo en relación con la utilización de servicios de primer nivel por parte de las mujeres. En el año 2016 se atendieron 294.520 personas y 1.565.538 consultas y estancias en diferentes dispositivos de atención

a la salud mental. A las Unidades de Salud Mental Comunitaria, de primer nivel de atención, consultó un mayor porcentaje de mujeres que de hombres y se atendieron más consultas de mujeres que de hombres. Sin embargo, a las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil y a las Unidades de Hospitalización de Salud Mental accedieron más hombres que mujeres y con mayor frecuencia, aun cuando las estancias de las mujeres fueron más prolongadas que las de los hombres.

Coincidiendo con los datos de utilización de los servicios de atención primaria y los servicios hospitalarios en general, se puede observar para la atención específica a la salud mental, también una mayor utilización de los servicios de primer nivel por parte de mujeres, y una mayor utilización de servicios especializados por parte de hombres. Es necesario desarrollar estudios que aporten mayor conocimiento sobre la influencia del género en la utilización diferencial de servicios de salud mental, en la derivación entre niveles asistenciales y en el manejo terapéutico de los problemas que acusan hombres y mujeres.

Tabla 77. Utilización de servicios de salud mental, por sexo. Andalucía 2016

		Total	% Mujeres	% Hombres	Brechas de género
Unidades de salud mental comunitaria	Pacientes atendidos	262.279	56,1	43,9	12,2
	Total consultas	1.257.299	51,7	48,3	3,4
Unidades de salud mental infanto-juvenil	Pacientes atendidos	22.049	30,1	69,9	-39,8
	Total consultas	156.539	33,3	66,7	-33,4
Unidades de hospitalización en Salud Mental	Ingresos (altas)	10.192	44,1	55,9	-11,8
	Estancias	151.700	45,4	54,6	-9,2
	Estancia media (días)	14,88	15,3	14,5	0,8

Fuente: Memoria SAS 2016

LAS MUJERES TIENDEN A BUSCAR ATENCIÓN A SUS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN MAYOR MEDIDA QUE LOS HOMBRES, ACCEDIENDO SOBRE TODO A SERVICIOS DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Los hombres tienen más dificultades para expresar su vulnerabilidad, de acuerdo a normativas de género inculcadas socialmente (Ramos-Lira, 2014).

La Salud Mental de las mujeres es atendida sobre todo en servicios de primer nivel (Atención Primaria y Unidades de Salud Mental Comunitaria), y aun cuando son hospitalizadas por problemas de salud mental en menor porcentaje que los hombres, ellas tienen estancias hospitalarias más prolongadas que ellos (Saarento et al., 2000, Montero et al., 2004). Es necesario desarrollar estudios que aporten mayor conocimiento sobre la influencia del género en la utilización diferencial de servicios de salud mental, en la derivación entre niveles asistenciales y en el manejo terapéutico de los problemas psicológicos y psiquiátricos que acusan hombres y mujeres.

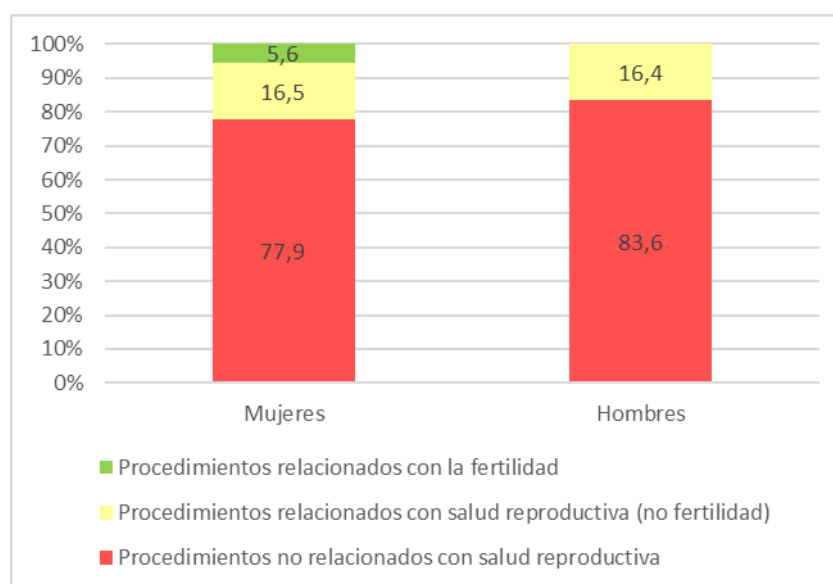
6.4.5. Atención a la Salud Reproductiva

La equiparación de la salud de las mujeres a su salud reproductiva, es un clásico sesgo sexista. Las prácticas sociales y médicas han estado condicionadas tradicionalmente por la reducción de las diferencias biológicas entre mujeres y hombres al ámbito reproductivo. Esto ha supuesto la invisibilidad de los problemas de salud no reproductiva de las mujeres, olvidando que tales problemas están igualmente condicionados por la biología, en la medida en que la biología marca roles de género diferentes para mujeres y hombres, que, en combinación con otros factores sociales, determinan riesgos diferentes de enfermar de unas y otros.

Ahora bien, es necesario señalar que muchos de los problemas de salud de las mujeres están relacionados de una manera u otra con los órganos reproductivos (Ruiz-Cantero, 2009), y específicamente con aspectos de la fertilidad que sólo les afectan a ellas y no a los hombres. Estos problemas de salud reproductiva generan en las mujeres necesidades de atención incrementadas, tal como reflejan algunos de los datos disponibles en Andalucía.

En el año 2015 se realizaron 141.506 procedimientos de Cirugía Mayor Ambulatoria (71.073 en mujeres y 70.433 en hombres). Se observa un porcentaje similar de [procedimientos relacionados con órganos reproductivos](#) (pero no con fertilidad) realizados a mujeres y a hombres, y un 5,6% de procedimientos realizados a mujeres específicamente relacionados con la fertilidad.

Gráfico 113. Porcentaje de procedimientos de Cirugía Mayor Ambulatoria realizados a mujeres y hombres. Andalucía 2015



Fuente: Elaboración propia. Memoria Estadística de la Consejería de Salud 2015

Las mujeres, a diferencia de los hombres, reciben una atención sanitaria específica relacionada con abortos (entre los que se pueden incluir los abortos relacionados con embarazos no deseados) y con métodos contraceptivos (ligadura de trompas, de mayor coste en salud para las mujeres que la vasectomía). Esto puede entenderse como una desigualdad de género en la medida en que la

responsabilidad de la planificación familiar recae sobre todo en las mujeres, y en la medida en que los costes en salud los tienen que asumir las mujeres.

Tabla 78. Procedimientos de Cirugía Mayor Ambulatoria relacionados con la salud reproductiva de hombres y mujeres. Andalucía 2015

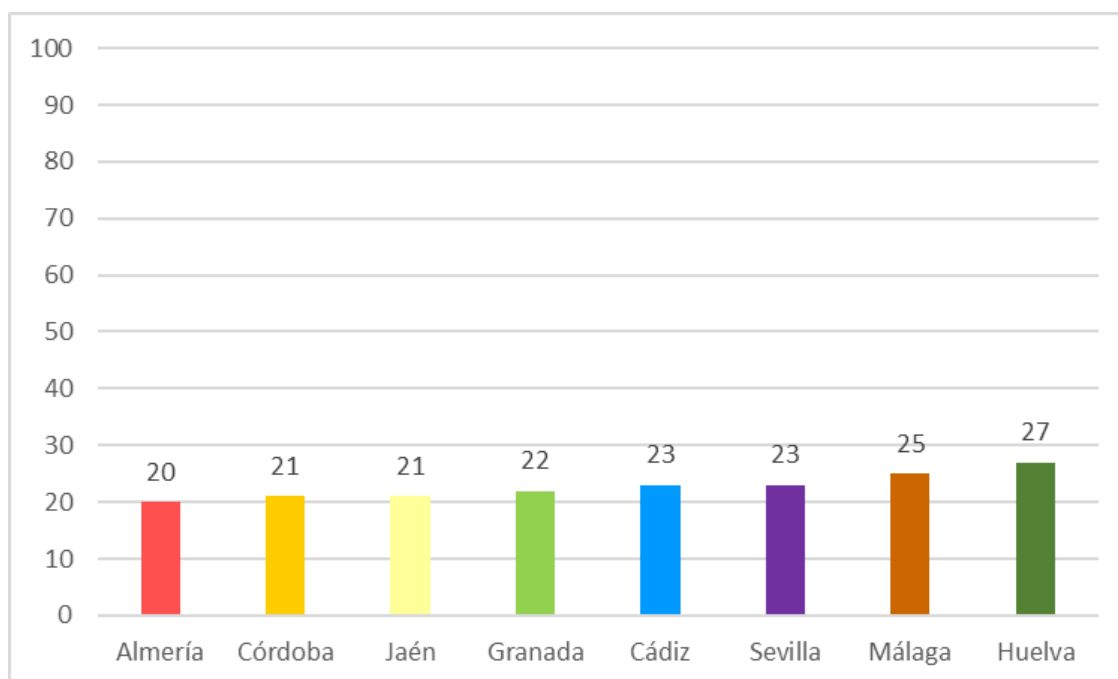
Procedimientos específicos para mujeres	N	%
Otra escisión de cuello uterino y útero	4.390	28
Otros procedimientos diagnósticos sobre órganos femeninos	3.836	24,5
Otro Intervenciones sobre ovario	1.892	12,1
Lumpectomía y cuadrantectomía de la mama	1.614	10,3
Procedimientos específicos para mujeres (relacionados con fertilidad)		
Dilatación, legrado y aspiración tras parto o aborto	1.906	12,1
Ligadura de trompas de Falopio	1.259	8
Dilatación y legrado diagnósticos	794	5
Total procedimientos específicos para mujeres	15.691	100
Procedimientos específicos para hombres		
Circuncisión	5.500	47,5
Otros procedimientos sobre genitales masculinos (sin quirófano)	3.791	32,7
Otros procedimientos terapéuticos (quirófano) sobre genitales masculinos	2.293	19,8
Total procedimientos específicos para hombres	11.584	100

Fuente: Elaboración propia. Memoria Estadística de la Consejería de Salud 2015

Al mayor intervencionismo que asumen las mujeres, y no los hombres, en relación con algunas necesidades de salud sexual y reproductiva, de planificación familiar y de atención a la fertilidad, se suma la **excesiva medicalización de la atención al embarazo, parto y postparto**. Tal medicalización se puede entender como una respuesta a dictámenes tradicionales de género que pretenden la dominación de las mujeres a través del control de sus cuerpos, de su sexualidad y de su capacidad reproductiva (Blázquez-Rodríguez, 2009; Sosa-Sánchez, 2013). Algunas intervenciones innecesarias, la imposición directa o indirecta de técnicas sin consentimiento, o el acceso restringido a información veraz y contrastada desde los servicios sanitarios, se han interpretado como formas injustas de dominación (Fuglenes et al., 2009; Orueta et al., 2011). Además, la limitación de autonomía y percepción de control priva a las mujeres de confianza en sus propios cuerpos, y de la satisfacción y conocimiento que el proceso podría proporcionarles (Maroto-Navarro, García-Calvente y Mateo-Rodríguez, 2004; Saletti-Cuesta, 2009), si la atención sanitaria perinatal adoptara un enfoque positivo e integral de salud, que permitiera entender el embarazo, parto y postparto como procesos de salud, y no de enfermedad, y, que permitiera incorporar la importancia de la dimensión psicosocial ante la llegada de una nueva criatura y la experiencia en el cuerpo de las mujeres, y no sólo atender la dimensión biológica del acontecimiento.

En Andalucía se han puesto en marcha algunas iniciativas de mejora de la atención perinatal desde un enfoque humanizado, como seguimiento de las recomendaciones de la Estrategia de Atención al Parto Normal (2007). No obstante, las cesáreas, entre otras prácticas profesionales, se siguen cuestionando por su sobre-utilización. En el año 2016, de un total de 62.654 partos, un 22,3% terminaron en cesárea, en un rango situado entre el 20% en Almería y el 27% en Huelva. Las oscilaciones provinciales en la atención al parto dan cuenta de una variabilidad de la práctica clínica que no se puede explicar sólo por una diferente distribución de los partos de riesgo (Mosquera, 2002, en Ruiz-Cantero, 2009).

Gráfico 114. Porcentaje de cesáreas en las distintas provincias andaluzas. Andalucía 2016



Fuente: Memoria Consejería de Salud 2016

Según datos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad para el periodo 2010-2015, el número total de partos ha ido descendiendo en Andalucía (como en el conjunto de España), desde los 92.068 en 2010 hasta los 79.916 en 2015. A pesar de los esfuerzos realizados desde las instituciones sanitarias para reducir el porcentaje de cesáreas, éste se ha mantenido bastante estable durante este periodo: desde el 24,7% en 2010, hasta el 25,4% en 2015, proporción muy similar a la del conjunto del estado.

Tabla 79. Partos según tipo. Andalucía y España 2010-2015

	Número de partos vaginales y cesáreas						Porcentaje de partos vaginales y cesáreas sobre el total de partos			
	Andalucía			España			Andalucía		España	
	Vía vaginal	Cesáreas	Total partos	Vía vaginal	Cesáreas	Total partos	Vía vaginal	Cesáreas	Vía vaginal	Cesáreas
2010	69.297	22.771	92.068	358.563	121.137	479.700	75,27	24,73	74,75	25,25
2011	67.233	22.119	89.352	351.432	117.224	468.656	75,25	24,75	74,99	25,01
2012	63.881	21.864	85.745	337.422	113.985	451.407	74,50	25,50	74,75	25,25
2013	60.088	20.449	80.537	313.856	106.770	420.626	74,61	25,39	74,62	25,38
2014	60.680	20.782	81.462	313.948	106.703	420.651	74,49	25,51	74,63	25,37
2015	59.587	20.329	79.916	310.467	102.557	413.024	74,56	25,44	75,17	24,83

Fuente: Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

La mayoría de los partos se producen en el sistema sanitario público, aunque el porcentaje de ellos atendidos en la sanidad privada ha ido aumentando en los últimos años. Del total de partos en Andalucía en 2015, el 20,6% se atendieron en la sanidad privada, mientras que este porcentaje fue del 17,5% en 2010. En España, la proporción de partos atendidos en los servicios privados ha permanecido bastante constante en el mismo periodo de tiempo.

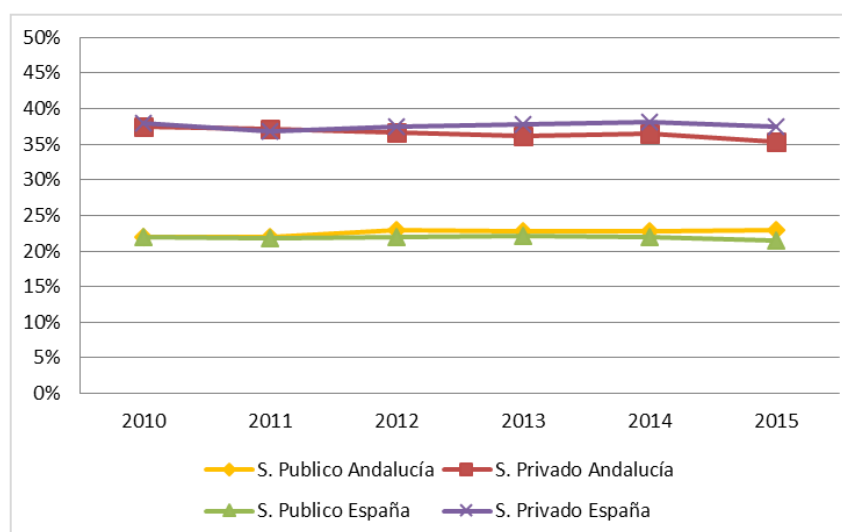
Tabla 80. Porcentaje de partos en el sistema de sanidad privado. Andalucía y España 2010-2015

	Andalucía	España
2010	17,5	20,3
2011	18,2	21,3
2012	19,0	21,0
2013	19,4	21,0
2014	20,5	21,2
2015	20,6	20,6

Tal y como se observa en el siguiente gráfico, la proporción de cesáreas sobre el total de partos es notablemente superior en la sanidad privada: 35,3% de ellos terminaron en cesárea en el año 2015, frente al 23% en la sanidad pública.

Fuente: Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Gráfico 115. Porcentaje de cesáreas sobre el total de partos, según tipo de asistencia. Andalucía y España 2010-2015



Fuente: Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

	Andalucía		España	
	Público	Privado	Público	Privado
2010	22,0	37,4	22,0	37,9
2011	22,0	37,1	21,8	36,8
2012	22,9	36,7	22,0	37,4
2013	22,8	36,1	22,1	37,8
2014	22,7	36,5	21,9	38,1
2015	22,9	35,3	21,5	37,5

La tasa de cesáreas es un indicador de la instrumentalización del parto, de modo que el exceso de utilización de esta técnica constituye un signo de alerta sobre la medicalización que sufren los procesos reproductivos de las mujeres. Aunque no hay estándares únicos sobre el porcentaje idóneo de cesáreas –ya que hay que valorar, no sólo su cifra, sino la adecuación de sus indicaciones–, la OMS aconseja una tasa cercana al 15% en contextos como el nuestro. Esta medicalización de los procesos naturales que afectan a la vida y salud de las mujeres, constituye un tipo específico de sesgo de género en la atención sanitaria a tener muy en cuenta en las intervenciones de salud pública.

En el ámbito de atención a la salud reproductiva merece especial mención el proceso de medicalización de la menopausia, cuando las evidencias sobre los supuestos beneficios y los riesgos son escasas y motivo de debate.

La menopausia es un claro ejemplo de la medicalización de los procesos naturales de las mujeres. Muchos de los malestares que aquejan a las mujeres, no tienen que ver, o no sólo, con cambios biológicos, sino con las consecuencias que tiene esta etapa en la vida de las mujeres, debido a la socialización de género.

La capacidad reproductiva es valorada socialmente como principal identificador de la feminidad. En la medida que ésta pasa a un segundo plano, para las propias mujeres y para el conjunto de la sociedad, la identidad de las mujeres pierde significado y atractivo. En cambio, el modelo tradicional de género no define la madurez de los hombres como un declive generalizado, sino que se les sigue entendiendo plenos de valor, como en otras etapas. Son necesarias actuaciones sanitarias alternativas, menos intervencionistas y agresivas, con menos riesgos y más respetuosas con el bienestar y la satisfacción de las mujeres (Esteban, 1994/96; Mosquera 2002; Lasheras-Lozano, Pires-Alcaide, Rodríguez-Gimena, 2004; Valls-Llobet et al., 2005; Conde y Gabriel, 2006; Freixas, 2007).

LAS MUJERES AGUANTAN UN ALTO INTERVENCIONISMO Y MEDICALIZACIÓN DE SU SALUD REPRODUCTIVA, POR RAZONES DE GÉNERO

Las mujeres reciben mayor atención sanitaria de salud reproductiva, en relación con algunos aspectos de la fertilidad de los que están exentos los hombres (procedimientos anticonceptivos y abortos). La responsabilidad de la planificación familiar recae en las mujeres, y los costes en medicalización los asumen ellas.

Además, aguantan un excesivo intervencionismo en la atención al embarazo, parto y postparto. La tasa andaluza de cesáreas está por encima del límite recomendado por la OMS, oscila sustancialmente entre provincias, y es superior en la sanidad privada. La variabilidad en la práctica médica supone un claro sesgo de género en la atención y un claro indicador del control de los procesos reproductivos que sufren las mujeres dentro de las instituciones sanitarias.

6.5. Consumo de medicamentos

Se conoce que el primer motivo de consulta de las mujeres en Atención Primaria es el dolor localizado en alguna parte del cuerpo, o en todo el cuerpo. El segundo, el cansancio, y el tercero, síntomas no definidos relacionados con ansiedad o depresión, que con frecuencia acaban considerados como un problema de salud mental (Valls-Llobet et al., 2005).

Las mujeres presentan más dolencias y malestares fruto de desigualdades sociales estructurales, consultan más por éstas ya que tienen menor dificultad que los hombres para pedir ayuda de acuerdo a su socialización de género, y consumen medicamentos en mayor medida que los hombres. El mayor consumo de medicamentos para paliar el dolor, el cansancio y síntomas inespecíficos de ansiedad y depresión, suponen un enmascaramiento farmacológico del sufrimiento de las mujeres. Un sufrimiento que con frecuencia tiene origen en peores condiciones de vida que viven ellas respecto a los hombres, de acuerdo al orden social de género y a los privilegios y responsabilidades establecidas para unas y otros.

Según la Encuesta Andaluza de Salud 2015, el 56,8% de las personas encuestadas dicen haber **utilizado algún medicamento en las últimas dos semanas**. De éstas, un mayor porcentaje son mujeres, el 63,2%, frente al 50,2% de hombres. Este mayor porcentaje de consumo se mantiene en mujeres de todas las edades, de todos los niveles educativos, lugares de residencia y país de nacimiento, siendo las brechas de género mayores y favorables para mujeres de 30 años, con estudios primarios, que residen en el ámbito rural y para las nacidas fuera de España.

Tabla 81. Porcentaje de mujeres y hombres que consumieron algún tipo de medicamento en las últimas dos semanas, según edad, nivel educativo, tamaño poblacional de residencia y país de origen. Andalucía 2015

	Mujeres (%)	Hombres (%)	Brecha de género	Valores p
Edad:				
Menos de 30	45,8	25,1	20,7	<0,001
30-44	49,1	35,7	13,4	<0,001
45-64	68,8	57,3	11,5	<0,001
65-79	93,1	86,2	6,9	0,003
80 y más	94,6	91	3,6	0,2052
Nivel educativo:				
Primarios	75,5	60	15,5	<0,001
Secundarios	50,1	39,8	10,3	<0,001
Superiores	53,6	44,5	9,1	0,001
Hábitat:				
Rural	68,7	51,3	17,4	0,021
Semi-rural	65,5	50,5	15	<0,001
Urbano	62,5	50,1	12,4	<0,001
País nacimiento:				
España	63,9	50,8	13,1	<0,001
Extranjero	53,3	38,6	14,7	0,012

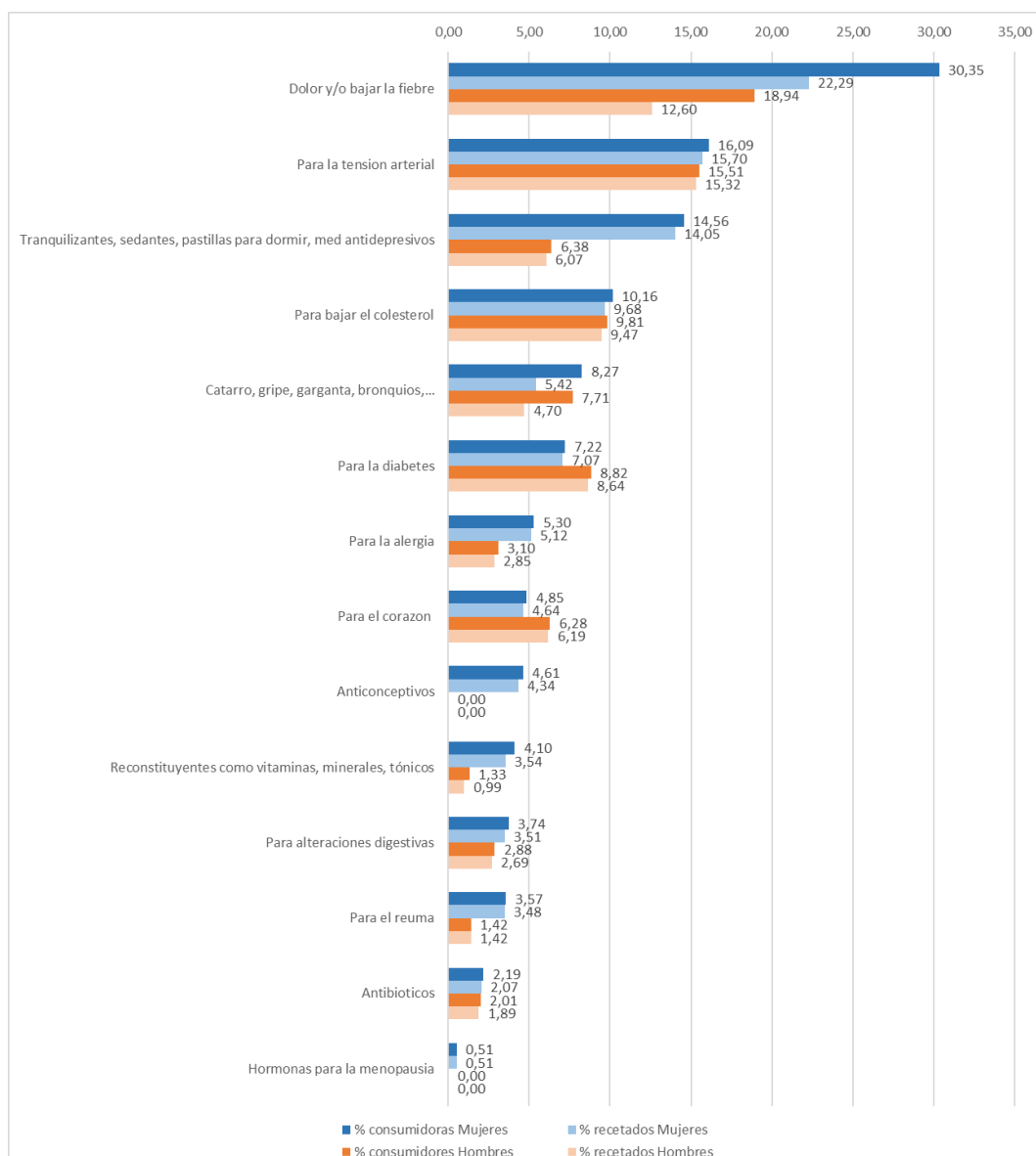
Fuente: Elaboración propia. Encuesta Andaluza de Salud 2015

La distribución por sexo de cada tipo de medicamento muestra cómo mujeres y hombres consumen sobre todo medicamentos para reducir el dolor y/o la fiebre, y para reducir la hipertensión arterial. En tercer lugar, las mujeres consumen psicofármacos (tranquilizantes, sedantes, pastillas para dormir y antidepresivos), y los hombres medicamentos para reducir el colesterol. Estos tres tipos de medicamentos más consumidos por mujeres y hombres, fueron también los medicamentos recetados a un mayor porcentaje de ellas y ellos. No obstante, cabe destacar que los fármacos para el dolor y/o la fiebre son algunos de los menos recetados del total de consumidos.

Las brechas de género son favorables para las mujeres en todos los **tipos de medicamentos** excepto en los utilizados para la diabetes y para el corazón, los cuales fueron consumidos y recetados a un

mayor porcentaje de hombres que de mujeres. Las brechas de género favorables para las mujeres son más altas en los medicamentos para reducir dolor y/o fiebre, y en los psicofármacos.

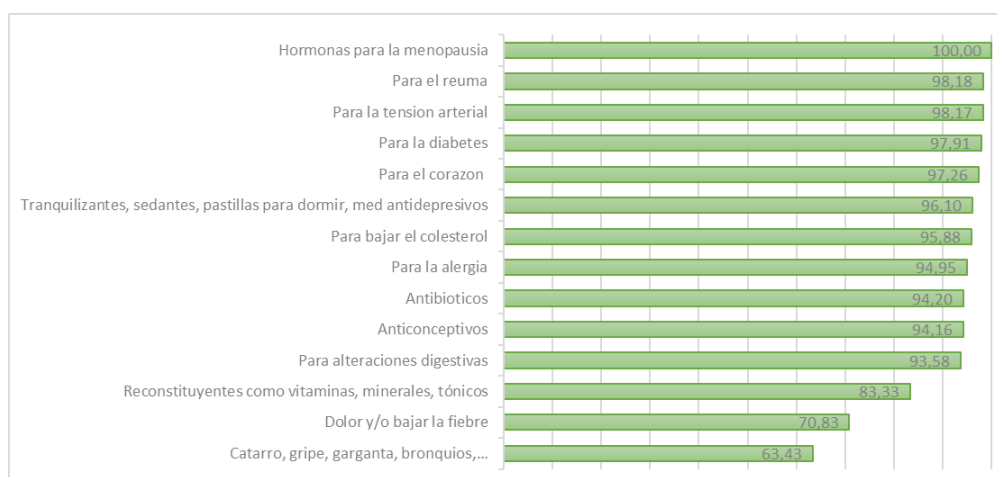
Gráfico 116. Porcentaje de medicamentos consumidos y recetados por sexo. Andalucía 2015



Fuente: Elaboración propia. Encuesta Andaluza de Salud 2015.

Las mujeres consumen medicamentos en mayor porcentaje que los hombres, y le son recetados medicamentos en mayor porcentaje que a los hombres, sobre todo para el dolor y psicofármacos. Además, sólo las mujeres utilizan hormonas para la menopausia, cuando la Terapia Hormonal Sustitutiva ha demostrado una eficiencia limitada en el tiempo y en sus efectos (Valls-Llobet et al., 2005), y sólo las mujeres utilizan anticonceptivos como resultado de una desigual distribución de la responsabilidad de la planificación familiar, con un coste en salud añadido para las mujeres.

Gráfico 117. Porcentaje de medicamentos recetados del total de consumidos. Andalucía 2015



Fuente: Elaboración propia. Encuesta Andaluza de Salud 2015.

Respecto a los **psicofármacos**, las mujeres de todas las edades, niveles de estudios, tipo de hábitat y país de nacimiento, los consumen en mayor porcentaje que los hombres. Sólo se observa una excepción en hombres menores de 30 años, quienes consumen algún tipo de psicofármaco en mayor porcentaje que las mujeres de esa franja de edad (7,4% y 5,8% respectivamente).

Tanto la prescripción como el autoconsumo de psicofármacos están aumentando desde hace décadas, siendo las mujeres las principales consumidoras. Puede explicar esta realidad, tanto el mayor padecimiento emocional de las mujeres ante la carga de situaciones vitales injustas por razón de género, como la mayor frecuentación de servicios de Atención Primaria por su parte y el sesgo de género en la atención médica que conduce a que ellas sean medicadas con mayor probabilidad que ellos. Las mujeres, de acuerdo a la influencia de normas sociales de género, están más predispuestas a reconocer problemas de salud (incluidos los emocionales), y a buscar atención sanitaria, frente a las mayores resistencias de los hombres al respecto. Una vez en consulta, la diferente expresión de los síntomas de hombres y mujeres lleva a menudo a infra-diagnósticos en los hombres que presentan una expresividad más contenida. Esto conduce a una mayor medicalización de las mujeres desde el primer nivel de atención, con el deseo de mejorar la sintomatología sin conseguirlo de forma eficaz, sin investigar el origen o causa de todos los síntomas sin que ellas puedan acceder a un diagnóstico y nivel de atención especializados (Romo et al., 2003; Valls-Llobet et al., 2005).

LOS MALESTARES DE LAS MUJERES, DE ORIGEN SOCIAL, SE MEDICALIZAN, QUEDÁNDOSE CON FRECUENCIA SIN RESPUESTAS ESPECIALIZADAS.

Las mujeres de diferentes edades, nivel educativo, país de nacimiento y tipo de hábitat de residencia, consumen medicamentos en mayor porcentaje que los hombres, y también le son recetados medicamentos en mayor medida que a los hombres. De manera adicional, sólo las mujeres utilizan hormonas para la menopausia, y anticonceptivos.

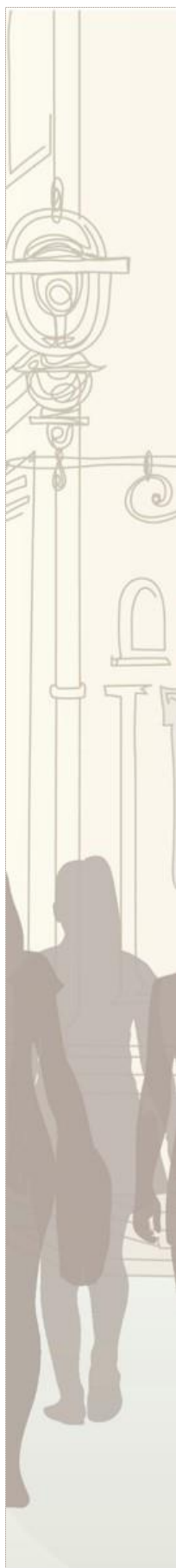
Los medicamentos para reducir el dolor y/o bajar la fiebre, y los psicofármacos, son los más consumidos por las mujeres y los que presentan las brechas de género más altas.

El mayor consumo de estos medicamentos, sobre todo el consumo de psicofármacos, se puede explicar por el mayor padecimiento emocional de las mujeres ante la carga de situaciones vitales injustas por razón de género, por la mayor frecuentación de servicios de Atención Primaria por su parte, y, también, por el sesgo de género en la atención médica que conduce a que ellas sean medicadas con mayor probabilidad que ellos.

Con frecuencia la medicalización de las mujeres parte del primer nivel de atención, donde se solventan las consultas inespecíficas con fármacos, con el deseo de mejorar la sintomatología sin conseguirlo de forma eficaz, sin investigar el origen o causa de todos los síntomas, y sin que ellas puedan tener acceso a un diagnóstico y nivel de atención especializados (Romo et al., 2003; Valls-Llobet et al., 2005).



7. CONCLUSIONES



SOBRE LAS DESIGUALDADES DE GÉNERO EN LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

1. La evolución demográfica de Andalucía está caracterizada por un progresivo envejecimiento, motivado en gran parte por el descenso de la natalidad y el aumento de la esperanza de vida al nacer. Se evidencia una disminución del número medio de hijos/hijas por mujer y un aumento de la edad media a la maternidad. El saldo migratorio ha sido decisivo en las últimas décadas. Hasta 2008 hubo un gran flujo de personas inmigrantes hacia Andalucía, y las mujeres inmigrantes contribuyeron al aumento de la natalidad durante ese periodo porque se sitúan en edad fértil y tienen más hijos por mujer. Las proyecciones de población indican que la población femenina va a permanecer con cierta estabilidad hasta el año 2033, con gran influencia de la población extranjera en este aumento. A partir de este momento, podría comenzar a descender de manera cada vez más acusada. Este comportamiento se deberá a la influencia de los cambios que se producirán en la fecundidad, las migraciones y la mortalidad, estimados a largo plazo.
2. Las mujeres son las que encabezan principalmente los hogares unipersonales. Esto ocurre principalmente en las edades avanzadas, de más de 64 años. A estas edades, son muchas más las mujeres que viven solas que los hombres que lo hacen, un hecho que, entre otros motivos, está condicionado por la mayor esperanza de vida de éstas.
3. Las mujeres alcanzan mayores niveles educativos que los hombres. Sin embargo, esto no se traduce en unas oportunidades equitativas en el mercado laboral. Las mujeres están infrarrepresentadas dentro de la población activa. Durante los años más duros de la crisis, se redujo la brecha de género de la población ocupada, no porque aumentara el empleo en las mujeres, sino porque disminuyó en los hombres. A partir de 2013 se ralentizó el paro en ambos sexos, pero más en los hombres, lo que provocó un nuevo aumento de la brecha de género en el empleo. La participación en las tareas domésticas y los cuidados es el principal motivo por el que las mujeres sin trabajo remunerado no buscan empleo. Para los hombres, el principal motivo es el cobro de una pensión de jubilación o prejubilación. Las desigualdades son también importantes en cuanto a las características del empleo de las mujeres y de los hombres. Ellas tienen más empleos con jornada parcial y más contratos temporales que los hombres.

4. La renta media es favorable a los hombres. Las mujeres se encuentran en mayor riesgo de pobreza. Los hombres reciben más pensiones contributivas que las mujeres. Ellas, en cambio, reciben más pensiones no contributivas que los hombres. Más mujeres que hombres perciben que tienen problemas de calidad ambiental y de seguridad en el entorno en el que residen.
5. La desigualdad de género es muy evidente en la esfera reproductiva. Las mujeres dedican mucho más tiempo a las tareas domésticas y de cuidados que los hombres. La magnitud de estas tareas, así como el modo en que las realizan, es muy desfavorable a las mujeres. Los hombres en los tramos centrales de edad y con mayores niveles educativos participan más en los cuidados y tareas domésticas. En las mujeres ocurre a la inversa, a menor nivel educativo, mayor es la participación en esta esfera reproductiva. Los hombres reciben más ayuda de una persona contratada para las tareas de cuidado que las mujeres, y también reciben más que las mujeres ayuda para cuidar por parte de profesionales de los servicios sanitarios y sociales.
6. La conciliación es más difícil para las mujeres que para los hombres, al acumular ellas una doble jornada en mucha más proporción que los hombres. Los permisos por paternidad que disfrutaban los hombres han aumentado en los últimos años, pero siguen siendo insignificantes las medidas de conciliación que solicitan y disfrutaban los hombres para el cuidado de hijos e hijas.
7. Las brechas de género en puestos de representación política son menores a nivel autonómico que nacional, y también se ha producido un avance para las mujeres en cuanto a la representación en alcaldías. No obstante, el acceso a los puestos de responsabilidad política sigue siendo desigual y desfavorable para las mujeres. Continúa persistiendo un techo de cristal muy significativo, por el cual las mujeres están infrarrepresentadas en los puestos de dirección de las empresas y en la ciencia.
8. Los problemas medioambientales y de seguridad del entorno analizados han mostrado brechas de género desfavorables para las mujeres, con peores resultados para las mujeres y los hombres de posiciones sociales menos favorecidas. Los recursos personales y del entorno social en que se reside influyen en los hábitos de vida y en el acceso a los servicios sanitarios, a la información o a determinadas tecnologías.
9. En las últimas décadas, el tabaquismo ha descendido en los hombres al tiempo que ha aumentado en las mujeres, produciéndose una reducción drástica de la brecha de género. En la franja de edad de 30 a 44 años es cuando se da la mayor prevalencia de tabaquismo diario en las mujeres, y es cuando la brecha de género se muestra más reducida. La media de edad a la que se produce el inicio del consumo de tabaco no ha variado significativamente en los últimos años. Las medias de edad de inicio en hombres y en mujeres en la última década son muy similares (16,1 y 16,7 años respectivamente). La brecha de género de quienes reciben consejo médico para abandonar el hábito es favorable a las mujeres, según la EAS 2015, lo que significa que la brecha se ha invertido respecto a las anteriores encuestas. El abandono del tabaquismo es superior en los hombres.
10. El consumo de alcohol ha aumentado en los últimos años, especialmente entre las personas jóvenes. Este consumo es mayor entre los hombres que entre las mujeres y la diferencia se acrecienta a medida que se trata de un consumo más reciente y habitual. La edad media de inicio al consumo de alcohol descendió en las mujeres 2009 a 2011, si bien en 2015 volvió a aumentar ligeramente.

11. Entre 1999 y 2015, la brecha de género en el sedentarismo en el trabajo o actividad habitual se ha reducido considerablemente, aunque sigue siendo desfavorable para las mujeres. Esto no se ha debido a que se haya modificado el sedentarismo en las mujeres, sino a que ha aumentado en los hombres. Las mujeres también realizan menos actividad física que los hombres en el tiempo libre.
12. Aunque hombres y mujeres duermen las mismas horas, los hombres perciben más que las mujeres que descansan lo suficiente. Las mujeres consumen en mayor medida algunos de los alimentos que se consideran más saludables para un consumo diario, como las verduras o fruta fresca.

SOBRE LAS DIFERENCIAS Y DESIGUALDADES DE GÉNERO EN EL ESTADO DE SALUD

1. La llamada *paradoja de la mortalidad* se manifiesta claramente en Andalucía, de modo que los hombres presentan mayores tasas de mortalidad, y las mujeres viven más años pero con peor salud. Una de las posibles explicaciones de esta “ventaja de la mortalidad” para las mujeres, es que los hombres mueren prematuramente por causas relacionadas con comportamientos de riesgo que tienen que ver con las normas, estereotipos y roles de género.
2. En Andalucía, la brecha de género en mortalidad sigue siendo favorable a las mujeres, pero se ha ido estrechando durante los últimos años, y esta reducción se debe a la disminución más acusada de las tasas de mortalidad en hombres. Habría que explorar si esto obedece a que las actuaciones en salud pública están invirtiendo mayores esfuerzos en la reducción de las causas de mortalidad más frecuentes en los varones.
3. La esperanza de vida al nacer (EVN) es mayor en mujeres (84,6 años) que en hombres (79,2 años), de modo que ellas viven de media 5 años más que ellos. Esta brecha de género también ha ido disminuyendo en la última década en casi un año. En cambio, la brecha de género en esperanza de vida a los 65 años se ha mantenido prácticamente constante en el periodo analizado, con una EV65 de 3,6 años superior en mujeres que en hombres.
4. Sin embargo, la mayor esperanza de vida en mujeres no se acompaña de mejor salud. Cuando atendemos a la esperanza de vida en buena salud, la brecha de género modifica su signo y se convierte en negativa para las mujeres. Al nacer los hombres tienen 2 años más de vida saludable que las mujeres, y 1,3 años más a los 65 años. Las mujeres también viven menos años libres de discapacidad a los 65 años.
5. Las tres primeras grandes causas de muerte son las mismas en ambos sexos: 1ª Enfermedades del sistema circulatorio, 2ª Tumores y 3ª Enfermedades del sistema respiratorio. La mortalidad por tumores es la que presenta una mayor brecha de género, seguida de las enfermedades respiratorias y las del sistema circulatorio. Las causas en las que las tasas de mortalidad son mayores en mujeres son las debidas a trastornos mentales y del comportamiento, las enfermedades del sistema osteoarticular y las malformaciones congénitas y anomalías cromosómicas. Si analizamos la mortalidad por edad, sí se muestra un perfil diferencial de causas de muerte por sexo, que varía según los grupos de edad.
6. El perfil de mortalidad diferencial se pone en evidencia en el caso de Andalucía cuando analizamos las causas específicas de muerte más importantes en cada sexo. Las primeras

causas de muerte en las mujeres andaluzas son las enfermedades cerebrovasculares, la insuficiencia cardíaca y otras enfermedades del corazón. Mientras que en el caso de los hombres son los tumores de tráquea, bronquios y pulmón, las enfermedades cerebrovasculares y el infarto agudo de miocardio. Además de los posibles determinantes ligados a la biología, las normas, estereotipos y roles de género, que conforman la forma de vivir y expresar la masculinidad, tienen que ver con una mayor mortalidad prematura en los hombres. Podría decirse que la masculinidad “tradicional” perjudica la salud, no solo de las mujeres, sino de los propios hombres. El perfil de las primeras causas de mortalidad, diferente en hombres y en mujeres, apunta en este sentido, ya que estas causas están ligadas a factores de riesgo y estilos de vida diferenciales por la socialización de género y la división sexual del trabajo.

7. Existen diferencias por sexo en la mortalidad prematura, y concretamente en el indicador de Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP), que es desfavorable para los hombres. La brecha de género en APVP ha disminuido un 40% en la última década, y la mayor contribución a esta reducción se debe a la disminución de la brecha en APVP por enfermedades circulatorias y por causas externas de mortalidad. Estas dos causas se ven afectadas sobre todo por estilos de vida y asunciones de riesgos que son más frecuentes en hombres, así que podría ocurrir que se esté incidiendo más en este tipo de factores que en otros que son más frecuentes en las mujeres.
8. A pesar de su mayor longevidad, la vida de las mujeres parece ser menos saludable que la de los hombres. En Andalucía, la brecha de género en valoración positiva de la salud es de 7 puntos porcentuales, desfavorable para las mujeres (84% de los hombres declaran una buena salud percibida, frente al 77% de las mujeres). La brecha de género en este indicador es evidente desde edades tempranas (infancia y, sobre todo, adolescencia), y las diferencias van aumentando con la edad. Las razones de la peor percepción de salud en las mujeres están sometidas a un amplio debate, aunque generalmente se acepta que este es un indicador de la mayor carga de enfermedad que soportan ellas. En general, los hombres presentan enfermedades más graves y fatales mientras que las mujeres acumulan problemas crónicos que repercuten en la valoración de su salud.
9. La percepción de la salud no es la misma en los distintos grupos de mujeres y de hombres, poniendo en evidencia la intersección entre el género y otros ejes de desigualdad. Las mujeres mayores, con estudios primarios o inferiores, que viven en entornos rurales, que trabajan exclusivamente en el hogar y nacidas en España, son las que presentan peor salud percibida. Sin embargo, el análisis multivariante realizado con datos de la Encuesta Andaluza de Salud 2015, indica que, una vez controladas las demás variables, ser mujer supone el doble de riesgo de percibir mala salud en relación a ser hombre. También se pone de manifiesto que la dedicación exclusiva a tareas del hogar (al denominado trabajo reproductivo, realizado mayoritariamente por las mujeres) supone un mayor riesgo de mala salud percibida que estar en paro, y que cuidar en solitario supone un mayor riesgo que cuidar con ayuda.
10. La Calidad de Vida Relacionada con la Salud (medida a través de la escala SF-12), es menor en las mujeres que en los hombres andaluces, y la valoración es peor para el componente de salud mental que para el de salud física. Esta brecha de género en CVRS se amplía con la edad, de tal manera que son las mujeres mayores las que puntúan más bajo en este indicador. La peor salud y calidad de vida de las mujeres mayores es la culminación de los acontecimientos que se van sucediendo en etapas vitales más tempranas: estereotipos de

género en la juventud, trabajos más precarios e informales en las edades medias de la vida, impacto de los cuidados, carreras profesionales interrumpidas y brecha de género salarial que se produce con la maternidad, condicionan una peor calidad de vida en las mujeres mayores.

11. La presencia o ausencia de dolor es un indicador de bienestar y calidad de vida en el que se pueden observar importantes diferencias entre mujeres y hombres. En Andalucía, el 8,5% de las mujeres, frente al 4,2% de los hombres, declararon que el dolor limitó su actividad con bastante o mucha frecuencia. Esta brecha es especialmente llamativa en las personas mayores, de tal manera que más de un tercio de las mujeres mayores de 80 años padecieron dolor que limitó su actividad. Las diferencias de sexo en este indicador son también significativas por nivel de estudios y tipo de hábitat, son las mujeres con estudios primarios y que viven en entornos rurales o semi-rurales las que presentan más limitación por el dolor.
12. Las mujeres padecen una mayor carga de enfermedad crónica a lo largo de su vida con un perfil de morbilidad diferencial claramente definido. Ya desde edades tempranas, las jóvenes sufren de alergias crónicas, dolor de espalda o trastornos de ansiedad con mayor frecuencia que los hombres de la misma edad. Los trastornos musculoesqueléticos y la depresión son condiciones prevalentes en las mujeres en la edad media de la vida, mientras que los trastornos cardiovasculares y metabólicos (HTA, colesterol y diabetes) son los más frecuentes en edades mayores. Este distinto perfil de enfermedad se ha denominado *morbilidad diferencial*, y responde a la exposición a distintos factores de riesgo (condiciones de vida desiguales, diferentes exposiciones laborales, roles y estereotipos de género, y distintos hábitos de vida y conductas de riesgo) y también a una diferente vulnerabilidad frente a los factores de riesgo por razones tanto biológicas como socioculturales. No hay que olvidar el papel que juegan los sesgos de género en la atención sanitaria, que pueden condicionar un mayor esfuerzo diagnóstico en el caso de determinadas patologías en función de estereotipos de género.
13. Las enfermedades del sistema circulatorio constituyen la primera causa de mortalidad en Andalucía para ambos sexos, con mayores tasas en los varones. Así mismo, suponen una de las principales causas de mortalidad prematura y de hospitalización. Sin embargo, para las mujeres estas patologías suponen el 36% del total de muertes, y para los hombres el 28%. Las diferencias de sexo-género en la patología cardiovascular están ampliamente establecidas. En el caso de la cardiopatía isquémica, por ejemplo, los síntomas de infarto agudo de miocardio más frecuentes en mujeres han sido denominados tradicionalmente como “síntomas atípicos”, en un ejemplo paradigmático de androcentrismo en el conocimiento médico. Las dificultades para reconocer estos síntomas, tanto por parte de las mujeres como por los propios profesionales sanitarios, podrían explicar en parte el mayor retraso diagnóstico del IAM en las mujeres. La tasa de mortalidad por esta patología es mayor en los hombres, pero también la tendencia a la disminución es más marcada en los varones, de tal manera que la brecha de género tiende a reducirse.
14. Las enfermedades cerebrovasculares son la primera causa de mortalidad en las mujeres y suponen el 9% del total de muertes (el 6,5% en hombres). Estas enfermedades, y en especial el ictus, representan un problema diferente en los hombres y en las mujeres. Las mujeres (a partir de los 60 años) tienen mayor prevalencia que los hombres de factores de riesgo, ingresan menos, reciben un menor número de procedimientos terapéuticos eficaces y las tasas de mortalidad son mayores que en los hombres. La incidencia de ictus aumenta claramente con la edad, sobre todo en las mujeres. El ictus es un problema de salud que

requiere un abordaje de género, no solo por su frecuencia, sino por el impacto que origina a nivel individual, familiar y social en las personas que lo padecen, especialmente en personas mayores y en mujeres, así como en sus cuidadoras, mayoritariamente mujeres también.

15. La obesidad es un importante problema de salud pública que va en aumento en nuestro contexto y afecta a una gran proporción de la población. El exceso de peso afecta en mayor medida a los hombres que a las mujeres (con 10 puntos porcentuales de diferencia): el sobrepeso es más frecuente en los hombres, mientras que la obesidad es ligeramente más prevalente en las mujeres. En nuestro medio, más del 20% de las mujeres jóvenes tienen sobrepeso, y más del 25% de los hombres de ese grupo, y este porcentaje va aumentando con la edad. El desarrollo de obesidad está además relacionado con el nivel socio-económico, de modo que las mujeres de los grupos socio-económicos más bajos son más vulnerables para desarrollar obesidad.
16. Aunque los hombres presentan un exceso de peso con mayor frecuencia, son las mujeres las que perciben en mayor medida que su peso es “mayor de lo normal”. Se trata de un claro ejemplo de cómo las normas y los estereotipos de género afectan negativamente a la autoestima y a la imagen corporal de las mujeres, que se sienten más disconformes con su peso que los hombres, a pesar de que las medidas objetivas indican que son ellos los que padecen con más frecuencia un peso excesivo. Esta distorsión de la imagen corporal está muy relacionada con las normas sociales que el sistema de género impone sobre el cuerpo de las mujeres, y puede derivar en trastornos de la conducta alimentaria, que afectan con mayor frecuencia a las mujeres, especialmente en edades más jóvenes.
17. Las enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas tienen un gran impacto en la calidad de vida y la funcionalidad de las personas que las padecen. Tanto el dolor de espalda, como la artritis o reumatismo y la fibromialgia, son patologías más frecuentes en mujeres. El dolor de espalda es el segundo problema crónico más frecuente en ellas, mientras que la artritis o reumatismo ocupa el cuarto lugar, y dobla en prevalencia a la de los hombres. Además, las mujeres consumen más medicamentos para el dolor, artritis o reumatismo y sufren más episodios de hospitalización por este tipo de patologías que los varones. El rol de género en los cuidados y en el trabajo doméstico debería ser tenido en cuenta a la hora de abordar este tipo de problemas de salud, que afectan de forma desproporcionada a las mujeres.
18. La fibromialgia es identificada como uno de los malestares corporales que expresa la desigualdad de género de nuestra sociedad. Este malestar se ha relacionado con condiciones que se caracterizan por una interiorización de los mandatos de cuidado de forma prematura, hecho que implica que las propias necesidades queden desatendidas. Además, algunos estudios sugieren que los estereotipos de género influyen en la práctica profesional, infravalorando la severidad y credibilidad de las pacientes y con un sesgo de género en el diagnóstico y concesión de las bajas por enfermedad y los permisos de incapacidad laboral. Estos mismos estereotipos podrían estar condicionando un posible sesgo de género en sentido inverso, con un infradiagnóstico de este tipo de problemas en los hombres al ser considerada como una “enfermedad de mujeres”.
19. El “malestar de las mujeres” se manifiesta en peor salud mental y mayor prevalencia de depresión y ansiedad. En Andalucía, las mujeres manifiestan peor salud mental y la prevalencia de depresión, ansiedad u otros trastornos mentales crónicos duplica las cifras de los hombres. Además, ellas padecen más limitaciones para las actividades habituales por este tipo de trastornos que los varones. Durante la última década se está produciendo un aumento

de los trastornos de depresión y ansiedad y de consumo de antidepresivos, tranquilizantes e hipnóticos, especialmente entre las mujeres. Los determinantes psicosociales de género tienen como consecuencia una mayor morbilidad en mujeres que en hombres provocada en parte por los roles socialmente asignados a unas y otros, que favorecen la aparición de este tipo de malestares en las mujeres.

20. La discapacidad es más frecuente en mujeres que en hombres en todos los grupos de edad, salvo en las edades jóvenes, y tanto las tasas como las brechas de género van aumentando conforme aumenta la edad. Existen diferencias entre los sexos en el tipo de discapacidad: la mayor brecha de género se presenta en la discapacidad para la vida doméstica, que es más frecuente en mujeres, seguida por la relacionada con la movilidad. Los hombres, sin embargo, presentan más discapacidad que las mujeres en relación con la comunicación, el aprendizaje y las interacciones y relaciones sociales, con brechas de género negativas de mayor magnitud en edades más jóvenes. Hay que tener en cuenta que los datos poblacionales relacionados con la discapacidad proceden de encuestas realizadas hace una década, por lo que la situación actual podría ser diferente y se requeriría una actualización.
21. Mientras que las mujeres tienen una esperanza de vida al nacer que supera en más de 5 años a la de los varones, solo vivirán 1,3 años más de vida sin discapacidad. Cuando hablamos de esperanza de vida a los 65 años libre de discapacidad, la brecha de género se invierte, de modo que los hombres vivirán 0,34 años más que las mujeres sin discapacidad.
22. La brecha de género en la prestación de cuidados también es desfavorable para las mujeres. La gran mayoría de las personas con discapacidad son cuidadas principalmente por mujeres, mientras que los hombres participan mucho menos en los cuidados y esta brecha de género es mayor en Andalucía que en España. El mayor porcentaje de estas mujeres cuidadoras se sitúan en la franja de edad que se corresponde con lo que se ha dado en llamar “la generación sándwich”: se trata de mujeres en las edades medias de la vida que siguen asumiendo el cuidado de sus hijos e hijas, y a la vez ya están cuidando de sus mayores.
23. Existe una brecha de género en la recepción de los cuidados que perjudica también a las mujeres. Las mujeres con discapacidad reciben menos horas de cuidado al día que los hombres y tienen necesidades de cuidado no cubiertas en mayor proporción que ellos. En las mujeres mayores con discapacidad esta proporción es aún más elevada. Este desequilibrio entre los cuidados prestados por las mujeres a lo largo de sus vidas a las personas de su entorno que lo necesitan y los cuidados que reciben estas mujeres cuando son ellas las que requieren apoyo, produce una situación de inequidad especialmente injusta.
24. Respecto a la accidentabilidad, las principales diferencias se observan en el tipo de accidentes que sufren mujeres y hombres: los hombres presentan más accidentes en el lugar de trabajo y en los espacios públicos, mientras que las mujeres los sufren en el ámbito doméstico, de acuerdo con los roles de género y la segregación de espacios por género donde se desarrollan las actividades diarias de uno y otro sexo.
25. Los datos con los que contamos para esbozar un análisis de situación sobre la salud sexual, además de ser escasos y estar poco actualizados, resultan sesgados, con una mirada excesivamente heteronormativa y donde las prácticas no coitales apenas son contempladas como relaciones sexuales.
26. Las prácticas sexuales y anticonceptivas se impregnan de riesgos aparejados al amor romántico y a la masculinidad hegemónica. Entre las chicas menores de 21 años, se utiliza

principalmente el preservativo y la marcha atrás. A medida que aumenta la edad se modifican las tendencias en torno al uso de anticonceptivos, pero continúa siendo común el manejo de una información poco actualizada y fiable.

27. En los últimos años, han descendido las interrupciones voluntarias del embarazo en Andalucía. Las mayores tasas de IVE se dan en el tramo de edad de 20 a 24 años. Es necesario continuar la formación de profesionales para atender de forma adecuada las necesidades anticonceptivas de la población, adaptadas a todas las situaciones y contextos de diversidad.
28. En Andalucía contamos con una tasa de incidencia de VIH similar a la que se registra en España. La mayor parte de los nuevos casos de VIH se concentra en los hombres y la principal vía de infección es la sexual. La categoría más frecuente de transmisión es la de los hombres que tienen sexo con hombres, seguida de la transmisión heterosexual. El diagnóstico tardío es más frecuente en las mujeres que en los hombres.
29. Han aumentado las llamadas y denuncias por violencia de género. En los últimos años, se ha registrado un descenso generalizado en el número de víctimas mortales en Andalucía. Sin embargo, en 2018 se está revirtiendo de nuevo la tendencia, con un aumento de las muertes respecto al año anterior. Los datos indican la necesidad de seguir trabajando con intensidad en este ámbito.

SOBRE LAS DESIGUALDADES DE GÉNERO EN LA ATENCIÓN SANITARIA

1. La atención sanitaria es un importante determinante de la salud. El conjunto de resultados del análisis de situación de la atención sanitaria en Andalucía, apunta algunos desequilibrios que pueden estar actuando sobre el estado de salud diferencial de hombres y mujeres. La diferente socialización de género, la división sexual del trabajo y del poder, y las desiguales e injustas condiciones en las que viven mujeres y hombres por ello, afecta al acceso y al uso que hacen unos y otras de los servicios sanitarios disponibles. Además, las prioridades sanitarias de atención a las necesidades de salud de hombres y mujeres, son un reflejo del ordenamiento social de género, en el que los hombres ocupan un lugar preferente. Los resultados observados señalan la necesidad de una exploración en mayor profundidad de las posibles desigualdades de género en la atención sanitaria en Andalucía.
2. Las mujeres de diferente edad y nivel educativo, cuentan con doble cobertura sanitaria en mayor medida que los hombres. Aun cuando ellas, como grupo social, disponen de menor capacidad económica por un menor acceso al empleo, asumen un coste más alto por la atención a sus necesidades incrementadas de salud, pagando por servicios privados. Esta desigualdad estructural de género en la relación financiación y cuidado de la salud, se refleja además en un menor acceso de las mujeres a medicamentos recetados, a atención médica, dental o de salud mental por razones económicas.
3. Por razón de género se reconoce en las mujeres una mayor sensibilidad hacia la vigilancia y el cuidado de la salud como importante factor de protección de su salud frente a la de los hombres. Esto puede explicar la mayor participación e interés de las mujeres en programas de promoción de salud en el lugar de trabajo. No obstante, se conoce que tanto hombres como mujeres tienen limitaciones para el autocuidado relacionadas con su rol de género, las cuales resulta necesario atender. Ellas tienen menos posibilidades de manejar sus tiempos de acuerdo a las responsabilidades del cuidado ajeno, asignadas socialmente a ellas. Las

limitaciones de autocuidado de los hombres, en cambio, están ligadas a la tendencia de asumir prácticas de riesgo con consecuencias negativas para su salud.

4. En el ámbito educativo, los chicos participan en mayor medida que las chicas en los programas de hábitos de vida saludable. Cabe preguntarse si este resultado está relacionado con los efectos de la socialización diferencial de chicos y chicas en las familias y en las aulas, y cómo tales efectos pueden actuar sobre hábitos de vida diferenciales que se instauran en edades tempranas.
5. Las mujeres, quienes acuden a los servicios sanitarios con más frecuencia que los hombres, tienen más posibilidades de acceder a medidas preventivas por prescripción médica (por ejemplo, valoración de la tensión arterial, nivel de colesterol o glucosa en sangre). Las prácticas preventivas relacionadas con el ámbito reproductivo también son habituales en las mujeres, considerando la importante incidencia de cáncer de mama o de útero. Cabe preguntarse si el cáncer de próstata no dispone de prácticas preventivas similares para los hombres, que por otro lado muestran una menor sensibilización preventiva en general.
6. Las mujeres, como principales responsables del cuidado de la salud propia y ajena, son las principales utilizadoras tanto de los servicios de atención primaria como de los servicios de atención urgente. Ahora bien, ellas reportan un mayor tiempo de espera desde que solicitan atención hasta que la reciben. Los espacios sanitarios que ocupan hombres y mujeres dan cuenta de sus roles de género, y del espacio social y de poder de cada quien. Mientras las mujeres recurren en mayor medida a los centros de primer nivel de atención, son más los hombres que acceden a centros hospitalarios públicos para solicitar atención urgente.
7. Los hombres utilizan en mayor medida los servicios de atención hospitalaria, sin considerar que la atención al parto y nacimiento supone el primer motivo de ingreso, pero que afecta sólo a las mujeres por razones biológicas. Las mujeres parecen tener una menor probabilidad de ser hospitalizadas por razones no reproductivas. Además, gran parte de los procedimientos especializados (comunes a hombres y mujeres), y de los trasplantes de órganos y tejidos que se llevan a cabo en los centros hospitalarios, son realizados sobre todo a hombres. Aunque las distintas necesidades de salud podrían explicar estas diferencias, cabe postular sesgos de género en el diferente esfuerzo de asignación de recursos que se realiza con mujeres y hombres, de acuerdo a estereotipos de género asociados a las diferentes necesidades y formas de enfermar de mujeres y hombres.
8. La atención sanitaria a las mujeres en gran medida está relacionada con los órganos reproductivos, y específicamente con aspectos de fertilidad que les afectan a ellas. Así, las mujeres reciben atención sanitaria específica relacionada con abortos y con métodos contraceptivos. La responsabilidad de la planificación familiar, que podría ser compartida entre ambos sexos en mayor medida, recae sobre todo en las mujeres, y los costes en medicalización y salud los asumen principalmente ellas.
9. Además, las mujeres soportan un alto intervencionismo en relación con la atención al embarazo, parto y postparto, donde cabe destacar, entre otras prácticas clínicas, una alta tasa de cesáreas mantenida en tiempo, cuya variabilidad provincial y entre centros, no se puede explicar sólo por una diferente distribución de los partos de riesgo.
10. Una mayor morbilidad psiquiátrica en mujeres que en hombres, provocada en parte por el rol socialmente asignado a unas y otros, se relaciona con la mayor utilización de servicios especializados de Salud Mental por parte de las mujeres, que, además, de acuerdo a su

género, tienen menos dificultades que los hombres en expresar su vulnerabilidad y buscar ayuda. Como ocurre en la Atención Primaria y la Atención Urgente en general, más mujeres que hombres son atendidas en centros de primer nivel, mientras más hombres (y chicos) son atendidos en unidades de hospitalización y en unidades de salud mental infanto-juvenil.

11. Las mujeres consumen medicamentos en mayor medida que los hombres. Son de destacar las brechas de género en el caso de medicamentos para el dolor y sobre todo en psicofármacos (tranquilizantes, sedantes, antidepresivos y pastillas para dormir). A través de la alta medicalización del malestar emocional que sufren muchas mujeres, se ocultan importantes desigualdades estructurales de género. La medicalización desde el primer nivel de atención, puede suponer un importante sesgo de género terapéutico, en la medida en que frena, sobre todo en las mujeres, sus posibilidades de acceso a un diagnóstico y nivel de atención especializados.



8. RECOMENDACIONES

A continuación, se formulan una serie de recomendaciones que se extraen del análisis realizado y su reflexión. En ellas, se destacan algunos de los aspectos de mayor relevancia, que podrían ser de utilidad para orientar la elaboración de una futura estrategia para el abordaje de las desigualdades de género en salud en Andalucía.

8.1. RECOMENDACIONES TRANSVERSALES

1. Una estrategia para la equidad de género en salud en Andalucía, debería proponerse como principal objetivo incorporar de manera transversal (*mainstreaming*) el enfoque de género en el diseño, implementación y evaluación de las políticas en salud, incluyendo las estrategias, planes, programas y actuaciones dirigidas a mejorar la salud de la población reduciendo las desigualdades en salud en función del género.
2. Para ello, se hace necesario **incluir la perspectiva de género en el análisis de la salud de la población andaluza de manera transversal**. Esto implica reconocer que existen distinciones en el estado de salud de mujeres y hombres, que trascienden las diferencias biológicas y que son construidas socialmente. Para conseguir la equidad en salud, es imprescindible trabajar por la erradicación de estas desigualdades, que son innecesarias, evitables e injustas, y actuar también sobre los factores que las determinan. Un análisis de salud que no integre la perspectiva de género no puede dar lugar a un resultado adecuado a la realidad. Este es el motivo de que muchos de los análisis que todavía se realizan en la actualidad produzcan resultados sesgados, dando lugar a consecuencias negativas para la salud de las mujeres y también de los hombres.
3. Una aplicación práctica de la anterior recomendación podemos encontrarla en la **incorporación del enfoque de género en la formulación de los Planes Integrales elaborados en Andalucía**. La revisión de los planes existentes durante el proceso de elaboración de este informe ha puesto en evidencia la escasez de datos desagregados por sexo que estos contemplan, suponiendo esta la primera limitación para realizar un adecuado análisis de la situación de salud de las mujeres y los hombres. Además, la mayoría de los planes cuentan con escasa información sensible al género, que permita realizar un análisis diferenciado de las desigualdades entre ambos sexos. Existen, no obstante, ejemplos de buenas prácticas en determinados planes, que podrían ser de aplicación para el resto de ellos. En Andalucía disponemos de algunas herramientas de utilidad para la incorporación de la perspectiva de género en la

elaboración de planes en salud (Amo-Alonso, 2008), que deberían ser complementadas con la formación adecuada de profesionales implicados en el proceso.

4. Se hace muy necesario un **avance en el estudio de las masculinidades y la salud**. Es importante entender la interacción de los roles de género tanto en la construcción de identidades de género como en la asignación de expectativas y responsabilidades, ya que esto pone de relevancia los riesgos y problemas de salud que se enfrentan las mujeres y los hombres como consecuencia de la interpretación social del papel asignado. Para construir una sociedad más igualitaria y libre de violencia contra las mujeres, y para mejorar la salud de los hombres, es necesario conocer las limitaciones y peligros del modelo tradicional de masculinidad, entender el cambio cultural y redefinir la hombría. Como han mostrado los datos presentados en este informe, este cambio precisa de estructuras y políticas que trabajen por un avance del compromiso de los hombres en aspectos como su autocuidado y adopción de hábitos saludables, la paternidad y los cuidados no remunerados, la prevención de la violencia o la salud sexual y reproductiva.
5. El estudio de los determinantes sociales de la salud evidencia la necesidad de introducir la **perspectiva de género en el enfoque de salud en todas las políticas y trabajar en todos los ámbitos**: educativo, social, laboral, legislativo, fiscal... Algunos lugares además de los centros sanitarios, como los centros educativos, los lugares de trabajo o las comunidades locales, resultan espacios muy pertinentes para trabajar oportunidades prácticas de promover la salud con eficacia y equidad.
6. Es imprescindible seguir apostando por la **sensibilización y formación de todos los y las profesionales** que intervienen en la planificación, gestión y organización de los servicios sanitarios, para que integren un enfoque de género en su práctica profesional. Así mismo, es importante promover la formación en género de profesionales asistenciales, a todos los niveles del sistema, para que sean capaces de reconocer las diferencias y desigualdades de género en la salud, identificar sus determinantes e implementar acciones en salud sensibles al género que reduzcan estas situaciones de desigualdad. Una de las herramientas importantes sería la inclusión del enfoque de género en los programas de formación continuada de profesionales del SSPA, en los programas formativos para residentes y en los programas formativos de pre y posgrado en ciencias de la salud. Igualmente, acreditar la formación en género y salud y tener en cuenta esta formación en los baremos de méritos para el desarrollo profesional.
7. Hay que seguir trabajando para **incorporar la perspectiva de género en la investigación en salud** y eliminar sesgos. Esto implica que es necesario, en primer lugar, identificar **temas emergentes** que necesitan de investigación sobre el proceso de salud-enfermedad-atención de mujeres y hombres, y formular los problemas de investigación teniendo en cuenta las diferencias y semejanzas entre ambos sexos y su contexto social, económico y cultural. En cuanto a la selección de las personas participantes en los estudios, hay que asegurar una adecuada **representación** de mujeres y hombres y garantizar la **diversidad** en sus experiencias y situaciones. Respecto a la recogida y análisis de los datos, hay que garantizar que todos los datos se recogen **desagregados por sexo**, así como valorar las aportaciones de la **metodología cualitativa** para abarcar la complejidad del género en el proceso de salud-enfermedad-atención. A la hora de presentar los resultados, el sexo se debe mostrar como una **variable central** y transversal en el análisis, no solo como una variable independiente más. Los resultados presentados deben identificar **diferencias y semejanzas en salud** entre mujeres y

hombres en su contexto social, económico y cultural. Cuando sea posible, también deben **visibilizar y denunciar las desigualdades de género en salud** que se hayan detectado, utilizando la investigación como herramienta de cambio, acción social y avance en la igualdad y equidad. En todo el proceso investigador se debe favorecer **la interdisciplinariedad y la cooperación** entre grupos de investigación, así como establecer, en la medida de lo posible, procedimientos de intercambio con las mujeres y hombres participantes en el estudio que promuevan su **empoderamiento**. En Andalucía disponemos de herramientas para incorporar el enfoque de género en los procesos de investigación en salud (García-Calvente et al., 2010), cuyo uso debería ser promovido entre los agentes del conocimiento en salud. La incorporación del enfoque de género en los proyectos de investigación debería ser tenida en cuenta como un criterio de la buena calidad de la investigación en salud, poniendo en funcionamiento los mecanismos necesarios para su valoración en la financiación pública de proyectos.

8. Es necesario integrar el enfoque de la **interseccionalidad en el análisis basado en género**. Cuando hablamos de mujeres o de hombres, sin especificar otras categorías de heterogeneidad entre las mujeres y entre los hombres, nos estamos refiriendo a aquellos aspectos comunes a cada sexo que la sociedad les atribuye por el hecho de ser mujeres o de ser hombres. No obstante, hay que tener en cuenta que las mujeres no son un grupo homogéneo, como tampoco lo es el de los hombres, sino que contienen en su seno una gran variabilidad y heterogeneidad. Se trata de diferencias fundamentales en la realidad de las mujeres y de los hombres, como pueden ser la edad, la clase social, la discapacidad, las orientaciones sexuales, la etnia, el medio rural o urbano en que se vive, la convivencia en pareja o la tenencia o no de descendencia. Igualmente, es necesario incorporar los determinantes de género en los análisis de la situación de salud, como son la división sexual del trabajo, la asunción de roles de género diferenciados y los desequilibrios de poder en el acceso y control sobre los recursos. El no reconocimiento de un enfoque integrado de género, que tenga en cuenta todas las desigualdades que interactúan con las de género, puede agravar las desigualdades en salud, al actuar simultáneamente.
9. Un claro ejemplo de la anterior recomendación lo encontramos en la **escasa inclusión del enfoque interseccional que permiten los sistemas de información en salud**. Si resulta difícil encontrar fuentes de datos secundarias que ofrezcan desagregación por sexo, es aún más inusual hallar la información relativa a otros ejes de desigualdad que interactúan con el género. Es fundamental que todos los **datos que contienen las fuentes de salud estén desagregados por sexo**. Esta es una condición necesaria para la introducción de la perspectiva de género, aunque no suficiente. Además, estas fuentes deben ofrecer un nivel mínimo de **desagregación también en relación con otras variables** que resultan fundamentales en el análisis de la perspectiva de género, como la edad, variables sociodemográficas y socioeconómicas. Adicionalmente, se debería contar con otras categorías de análisis capaces de dar cuenta de los determinantes de género relacionados con la salud.

8.2. RECOMENDACIONES DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

1. La **posición socioeconómica y el nivel educativo** son determinantes con una fuerte correlación con los estados de salud. A medida que empeoran estas condiciones, sumado a las estructuras de poder y la falta de oportunidades, los indicadores de salud de la población empeoran,

sufriendo las mujeres la mayor vulnerabilidad de pobreza y exclusión social. Hay que tener en cuenta estos factores, que además interactúan con otros, como los [procesos migratorios](#).

2. Para atender adecuadamente las necesidades derivadas del [envejecimiento poblacional](#), se debe abordar la madurez como una etapa importante del ciclo vital, sin caer en estereotipos de género apoyados en la división sexual del trabajo. Habrá que incluir los procesos sociales, funcionales y vivenciales que acompañan a la vejez, tanto de las mujeres como de los hombres, en intersección con el concepto de salud-enfermedad como proceso biopsicosocial y también con el eje del enfoque de género, para informar en su conjunto sobre el estado y las necesidades de salud de ambos sexos en esta importante etapa del ciclo vital. Se debe prestar atención a las [mujeres mayores viviendo solas](#). Es un colectivo muy vulnerable, que no para de aumentar.
3. Es muy importante y necesario [abordar los temas relacionados con la diversidad de orientaciones sexuales y de identidades y expresiones de género de manera interseccional](#). Existen suficientes evidencias de los efectos y consecuencias de la discriminación múltiple o interseccional cuando la discriminación por orientación sexual se entrecruza con otros ejes como el género, la raza, la discapacidad, la condición migratoria o la edad, entre otros. No obstante, para la elaboración de este informe, ha resultado un obstáculo insalvable la ausencia de datos y fuentes de información que permitan incluir este eje de desigualdad en los análisis realizados. Es por ello que no se aportan datos sobre el [colectivo LGTBI](#) en los apartados de resultados de este documento. Sirva esta ausencia para poner de manifiesto la prioridad de evidenciar la situación y las necesidades específicas de este colectivo en el proceso de salud-enfermedad-atención, una dimensión tan transversal como ausente en los sistemas de información de nuestro contexto. Así mismo, se debe evidenciar la [inapropiada heteronormatividad](#) que presentan los datos disponibles relativos a la salud sexual en Andalucía, y la necesidad de trabajar para revertir este sesgo.
4. Las [mujeres con discapacidad](#) son otro de los colectivos que sufren múltiples discriminaciones que interactúan con el género. Por ejemplo, ven multiplicadas las barreras que se encuentran para su pleno derecho a una salud sexual satisfactoria, tal y como ocurre con otras dimensiones de la vida en esta población. Se dan barreras de comunicación y de concienciación, imperando los prejuicios, los miedos y la perpetuación de la dominación masculina. Prevalece el concepto de personas asexuadas y predominan las conductas sexuales de la evitación. El personal sanitario necesita más formación sobre las necesidades y realidades de las personas con discapacidad, con protocolos específicos para evitar las actitudes y situaciones de discriminación.
5. Cuando hablamos de hábitat y de los condicionantes del lugar de residencia, merece especial atención el [ámbito rural](#). Se hace necesario [abordar tanto la condición](#), es decir, el conjunto de circunstancias materiales de hombres y mujeres que configuran sus modos de vida, y que están relacionadas con la satisfacción de sus necesidades básicas, [como la posición](#), es decir, la capacidad de mujeres y hombres para influir y participar en las decisiones sociales o políticas, que se refleja en las relaciones de poder y de control tanto a nivel local como familiar. Para mejorar la posición de las mujeres en el ámbito rural, es indispensable trabajar su empoderamiento y la superación de los roles y estereotipos de género tradicionales. Las mujeres encuentran en el entorno rural unos mandatos de género más marcados que los que encuentran las de los entornos urbanos, lo que frecuentemente las impide realizar una toma de decisiones libre en aspectos como asumir o no la responsabilidad en los cuidados de las

personas dependientes de su entorno, o sobre cómo afrontar estos cuidados. Se debe tener en cuenta que esto repercute de manera negativa sobre su salud y su calidad de vida, genera para ellas mayores costes de oportunidad en el mercado laboral e impide avanzar hacia la corresponsabilidad.

6. A la hora de diseñar **actuaciones dirigidas a las personas cuidadoras**, se deben tener en cuenta las siguientes cuestiones: ¿Cómo se entiende a la persona cuidadora? ¿Qué lugar ocupa el bienestar de las personas que cuidan? ¿Qué tipo de intervenciones se están generando y cuáles son sus objetivos? Se deben introducir actuaciones que no consideren a las personas cuidadoras como un recurso meramente instrumental de los servicios formales para atender las necesidades de las personas dependientes. Las personas cuidadoras necesitan recibir más actuaciones dirigidas a su propia salud, y más apoyos que vayan en la línea de un reparto más equitativo del cuidado. Además de medidas prácticas dirigidas a solventar las necesidades de las personas dependientes a corto plazo, se necesitan, sobre todo, más medidas transformadoras y actuaciones con objetivos estratégicos que incidan en la necesidad de corresponsabilizar el cuidado entre todos los agentes, entre mujeres y hombres y entre familia y estado.
7. Se necesitan más medidas que permitan un avance real y efectivo en la **conciliación de la vida profesional y la personal y familiar**. Hay algunas medidas que podrían facilitar esto son, por ejemplo, una flexibilización del horario laboral, permisos por maternidad y paternidad adecuados y que estos no supongan una traba en la carrera profesional o científica, desarrollo de planes para reincorporar a las personas que hayan interrumpido temporalmente su carrera profesional o científica, y medidas concretas para abolir las desventajas y costes que puede suponer la maternidad para la promoción de la carrera profesional o investigadora de las mujeres.
8. Se debe tener en cuenta que la **adopción de hábitos de vida diferentes por mujeres y hombres está claramente influenciada por normas y roles de género socialmente establecidos**, dando lugar a desigualdades en salud. El consumo de tabaco y de otras drogas ha sido ampliamente relacionado con los estilos de vida de los varones. Sin embargo, tal y como muestran los resultados, hace algunas décadas que la exposición y vulnerabilidad de hombres y mujeres a este tipo de comportamientos ha cambiado sustancialmente. Por ejemplo, cada vez son más las mujeres que fuman y lo hacen a edades más tempranas, mientras que los hombres van descendiendo en este consumo. Ello debe ser tenido en cuenta para corregir desigualdades en la salud de mujeres y hombres y para adaptar las necesidades de atención tanto en la promoción de la salud como en la prevención de la enfermedad.
9. Se deben **promocionar hábitos saludables en la población desde la infancia** para gozar de una buena salud en todas las etapas del ciclo vital, así como para prevenir problemas de salud estrechamente vinculados a los hábitos de vida, como son la obesidad, enfermedades cardiovasculares o el cáncer. Para ello, es necesario detectar y tener en cuenta los diferentes patrones y conductas que existen entre los niños y las niñas en hábitos como la actividad física, la alimentación o el sueño.

8.3. RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS DEL BLOQUE DE ESTADO DE SALUD

1. En línea con las recomendaciones generales sobre el análisis de género de la salud, se debería **promover la inclusión de la perspectiva de género** (enfoque integrado de género o *mainstreaming* de género) **en el análisis epidemiológico** de la situación de salud de la población, medida necesaria para el diseño de intervenciones de para mejorar la equidad de género en la salud.
2. Es necesario **profundizar en el análisis de género de la mortalidad y sus causas** en Andalucía. La ventaja de la mortalidad para las mujeres no debe ocultar la persistencia de desigualdades en salud en este indicador. La brecha de género en mortalidad está estrechándose a costa de la mayor reducción de la mortalidad en varones. Este hecho podría indicar que las actuaciones de salud pública se están enfocando en mayor medida hacia las principales causas de mortalidad en los hombres, invisibilizando las causas que se cobran más muertes en mujeres y sus determinantes. Sería necesario **abordar de manera específica y diferenciada las causas de mayor mortalidad en las mujeres**, analizando las razones del menor descenso de las tasas de mortalidad en ellas.
3. Así mismo, es importante **abordar los determinantes de género que están a la base de la mayor mortalidad prematura de los hombres**. Las actuaciones de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad deberían diseñarse teniendo en cuenta las normas, estereotipos y roles de género que corresponden a formas de masculinidades que ponen en riesgo la salud de los jóvenes y de los hombres. Igualmente, desde un modelo de activos en salud, deberían promocionarse aquellos factores que resultan un activo para la salud de las mujeres (por ejemplo, el autocuidado o el uso de medidas de prevención), y que también pueden beneficiar a la salud de los hombres.
4. Las **estrategias y planes de salud cuyo objeto son las patologías que causan mayores tasas de mortalidad** en la población, deberían **tener en cuenta la perspectiva de género**, como forma de mejorar la efectividad de las intervenciones. Como se ha visto en este informe, el abordaje de las enfermedades cardiovasculares, ictus, tumores, trastornos mentales y del comportamiento, y enfermedades musculoesqueléticas, entre otras, requiere de manera imprescindible tener en cuenta los determinantes de género que perjudican la salud de las mujeres y los hombres de manera desigual.
5. Es necesario **abordar los determinantes de la peor salud de las mujeres, incluyendo los factores de exposición y vulnerabilidad diferencial que tienen que ver con el género** (como son las desigualdades estructurales y los roles relacionados con los cuidados), desde una **perspectiva del curso de la vida**. Tanto la salud percibida como la CVRS muestran importantes brechas de género que van aumentando con la edad. Hay que incidir en estos determinantes desde edades tempranas de la vida (especialmente en la adolescencia), en las que se muestran ya brechas de género en salud desfavorables a las chicas. Las **mujeres mayores son un grupo de especial vulnerabilidad**, ya que presentan una mayor carga de enfermedad y discapacidad, acompañada de mala percepción de salud y peor calidad de vida, debido al cúmulo de factores de desigualdad y discriminación de género que perjudican su salud a lo largo de sus vidas. Igualmente, en ellas se reúnen un entramado de ejes de desigualdad, atravesados por el género, de educación, acceso a la riqueza y recursos materiales, soledad, dedicación a los cuidados a lo largo de sus vidas, discapacidad y otros.
6. Las **estrategias de salud dirigidas a actuar sobre el dolor requieren un abordaje desde la perspectiva de género**. Como se ha evidenciado en este informe, las mujeres sufren más dolor, más limitaciones por el dolor, consumen más medicamentos para el dolor, y son peor

diagnosticadas ante un cuadro doloroso. Además, en determinadas circunstancias, el dolor puede ser una manifestación de las desigualdades de género acumuladas, como son la responsabilidad de los cuidados o las situaciones de violencia de género. Los factores de riesgo relacionados con el trabajo reproductivo (doméstico y de cuidados) que realizan las mujeres y con las condiciones de mayor desigualdad en las que ellas viven, deben ser tenidos en cuenta.

7. Desde los servicios de salud debe atenderse a la morbilidad diferencial por razones de género. Dado que el perfil de morbilidad es diferente en mujeres y en hombres, los servicios de salud deberían tener en cuenta estas diferencias para atender adecuadamente las necesidades en salud de ambos sexos. Atención especial deberían tener aquellas patologías o dolencias especialmente invisibilizadas por ser consideradas “propias de mujeres”, y tratadas por tanto como “normales” o menos importantes. Por ejemplo, cuadros de fatiga crónica, fibromialgia, anemias, déficits crónicos de minerales o vitaminas, endometriosis y otras. Igualmente, atender a estas dolencias “propias de mujeres” cuando son los hombres los que presentan los síntomas, y viceversa, evitando la producción de sesgos de género en el esfuerzo diagnóstico y terapéutico.
8. Los servicios de salud deberían atender adecuadamente al “malestar de las mujeres”, frecuentemente invisibilizado y minusvalorado por las y los profesionales sanitarios. Este malestar es responsable de la peor salud mental de las mujeres, y se corresponde con una mayor prevalencia de depresión y ansiedad en ellas. Las respuestas del sistema sanitario a estos malestares suelen estar excesivamente medicalizadas, y a menudo no tienen en cuenta los determinantes psicosociales de género que están a la base de estas situaciones. El abordaje de la salud mental desde la perspectiva de género es especialmente necesario, y se debe incidir aún más en la investigación, la formación de profesionales y el abordaje de la salud mental teniendo en cuenta el género desde un enfoque integrado.
9. El importante problema de salud pública que constituyen el sobrepeso y la obesidad debe abordarse teniendo en cuenta las diferencias entre mujeres y hombres en la frecuencia del problema, en los estilos de vida que los determinan, en las conductas frente a la situación y en las consecuencias que el exceso de peso tiene para la calidad de vida de unas y otros. Especial importancia merece la atención a la construcción de la autoestima y la consideración de la imagen corporal de unas y otros, y los factores de presión social que inciden en estas diferencias, condicionados por las normas y estereotipos de género sobre el cuerpo de las mujeres imperantes en nuestras sociedades. Las intervenciones de promoción de salud y de prevención frente a la obesidad no pueden radicar en estas normas y estereotipos de género, que conducen a las mujeres a asumir conductas de reducción de peso perjudiciales para su salud. Además de constituir un riesgo para trastornos alimentarios, más frecuentes en mujeres jóvenes.
10. Las desigualdades de género que están presentes en la dependencia y la discapacidad deben ser atendidas. Como ha quedado patente en este informe, la discapacidad y sus cuidados entrañan numerosas desigualdades de género, y es responsabilidad de los servicios públicos desarrollar acciones para reducirlas en pro de la equidad. Ya se ha comentado que, en no pocas ocasiones, las intervenciones desde salud en atención a la dependencia pueden ahondar las desigualdades de género ya existentes (por ejemplo, utilizando a las cuidadoras informales como un recurso del sistema), y este aspecto debería ser considerado en los planes de atención a personas con discapacidad o dependencia, así como a las personas cuidadoras.

La reducción de las desigualdades de género en los cuidados es un eje fundamental de cualquier estrategia para mejorar la equidad de género en salud. Hay que señalar la falta de información actualizada sobre la situación de las personas con discapacidad y dependencia en Andalucía. Dado que la última encuesta poblacional data del 2008 y que en esta última década se han desarrollado políticas públicas relevantes en este tema (incluida la ley de dependencia), sería necesario disponer de datos actualizados para diseñar estrategias de intervención adecuadas.

11. La **información existente sobre la salud afectivo-sexual es muy escasa**, y cuando existe se refiere principalmente a los aspectos más biológicos de la sexualidad y de la reproducción. Esta falta de información está incidiendo en una atención sesgada en torno a determinadas conductas o diversidad de expresiones, como por ejemplo, la medicalización y patologización de ciertas situaciones que podrían ser solo variaciones de los patrones tradicionales de sexualidad. Es necesario desarrollar más estudios sobre los aspectos afectivo-sexuales, aspectos fundamentales de la salud de las personas. Por ejemplo, sería interesante desarrollar una encuesta propia en Andalucía sobre salud sexual, basada en estudios cualitativos previos, que permita conocer los aspectos relacionados con la salud afectivo-sexual de la población andaluza.
12. De los datos emergen distintos factores de gran relevancia que deben ser tenidos en cuenta para **prevenir embarazos no deseados**. En primer lugar, el inicio más temprano de las relaciones sexuales debe acompañarse de una adecuada información y educación sexual desde la infancia, que incluya la mirada de género y que tenga en cuenta la diversidad de orientaciones e identidades sexuales. La educación sexual debe estar exenta de prejuicios y estereotipos sexistas. Por otro lado, hay que trabajar para mitigar las dificultades y barreras para el acceso a los métodos anticonceptivos más seguros y eficaces, así como a los servicios sanitarios. Otra de las grandes limitaciones que hay que trabajar para prevenir embarazos no deseados es la ausencia de corresponsabilidad entre mujeres y hombres en la prevención, así como la erradicación de mitos y falsas creencias sobre los métodos anticonceptivos.
13. Es necesario trabajar en la **prevención del VIH y otras ITS**, especialmente en determinados subgrupos con mayor vulnerabilidad, como son los hombres que tienen sexo con hombres y los adolescentes y jóvenes. Es muy importante reducir el retraso diagnóstico y conseguir un mayor diagnóstico precoz en el VIH y en todas las ITS en general, utilizando las pruebas de diagnóstico rápido de que se dispone tanto en el ámbito sanitario como comunitario. También es necesario mejorar la atención sanitaria y el tratamiento antirretroviral, en cuanto a su accesibilidad y calidad de la atención. Para ello, es importante la progresiva implicación de Atención Primaria, en estrecha colaboración con la Atención Especializada.
14. Las cifras de llamadas y denuncias por violencia de género en Andalucía han aumentado en los últimos años, y se han reducido las muertes por este motivo. Es muy importante continuar contemplando la **violencia de género** como un grave problema de salud pública, por su magnitud y por sus repercusiones sobre la salud física, mental y social de las mujeres. Frecuentemente, los sistemas sanitarios, y especialmente la atención primaria de salud, es el primer punto de contacto con las mujeres que se encuentran en situación de maltrato, con sus hijas e hijos, y a veces también con el maltratador, cuando acude por motivos de salud propia. Es fundamental continuar implicando en Andalucía a profesionales y a toda la ciudadanía, estableciendo un firme compromiso del sector sanitario en la prevención y abordaje de la violencia de género.

8.4. RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS DEL BLOQUE DE ATENCIÓN SANITARIA

1. Los programas de promoción de salud pueden amortiguar desigualdades de género en salud, a través de una educación igualitaria que permita que chicos y chicas adquieran hábitos de vida que no restrinjan sus oportunidades en salud. La escuela es uno de los espacios más importantes, junto al espacio familiar, donde realizar una adecuada socialización de género. Resulta relevante, por tanto, **examinar si los contenidos de los programas de Promoción de salud** en el ámbito educativo **tienen en cuenta las normas de género** que pueden influir diferencialmente sobre las conductas de salud de chicos y chicas, para poder modular éstas e instaurar equitativamente hábitos saludables. También, en los Programas de Promoción de Salud en los Lugares de Trabajo es importante incorporar contenidos específicos acerca de cómo el género afecta diferencialmente a las condiciones, entornos, y riesgos físicos y psicosociales a los que se tienen que enfrentar hombres y mujeres en el ámbito laboral. Los contenidos o mensajes de promoción de salud a difundir, deben evitar la reproducción de estereotipos de género que perpetúen desigualdades en salud, por ejemplo, deben evitar la reducción de las mujeres a determinados roles de cuidadoras, descuidando otras facetas de su vida. Además, **la evaluación de los programas de promoción de salud en cualquier ámbito, debe incorporar la valoración de su utilidad para lograr la equidad de género en salud**. Es fundamental analizar en qué medida están influyendo en la instauración de hábitos saludables equitativos en chicos y chicas. Y en el ámbito laboral, indagar si los programas están ayudando a revertir estilos de vida que, de acuerdo a normas sociales de género, perjudican la salud de hombres y mujeres.
2. Conociendo que, por razón de género, los comportamientos de salud de los hombres son menos favorables a la prevención que los de las mujeres, parece necesario **desarrollar estrategias específicas con los hombres** que les permitan reducir factores de riesgo desencadenantes de problemas de salud (consumo de alcohol, accidentes de tráfico, etc.), y que también les faciliten el acercamiento a los servicios sanitarios para evaluar síntomas de riesgo para su salud. Es importante **reforzar la difusión a los hombres de pruebas y medidas preventivas disponibles en los servicios sanitarios**, y de forma específica en relación con la vigilancia del cáncer de próstata.
3. La variabilidad en el acceso a recursos sanitarios que requieren derivación profesional, entre otras razones, puede estar mediada por estereotipos de género que llevan a desvalorizar, ignorar o restar credibilidad a las quejas de las mujeres, y a estigmatizarlas como emocionalmente débiles. Resulta necesario **investigar en mayor profundidad los sesgos de género en la atención**, a través de datos desagregados por sexo y otros factores sociales. Sería necesario valorar en qué medida las pruebas diagnósticas y quirúrgicas, y las hospitalizaciones, están siendo desigualmente asignadas en tiempo y forma a mujeres y hombres de diferente perfil social, para así conocer si el género en interacción con otros ejes de desigualdad, generan formas de discriminación diferentes en diferentes grupos de población, sobre las que poder actuar específicamente.
4. Resulta relevante **realizar formación y sensibilización profesional sobre la necesidad de vigilar el tipo de procesamiento de las demandas de atención**, sobre todo de las mujeres, por síntomas inespecíficos y dolor en atención primaria, que conlleva con frecuencia una alta medicalización de sus malestares. Ya que muchos de los síntomas que presentan las mujeres en consulta pueden resultar inespecíficos o quedan sin diagnóstico médico, y conociendo que

la interpretación de los síntomas, el diagnóstico y las pautas de tratamiento están mediatizadas no sólo por el marco de trabajo profesional, sino también por estereotipos de género, es importante concienciar sobre la importancia de [evitar la medicalización](#) como respuesta única a la paciente, y potenciar otras estrategias. Por ejemplo, [potenciar estrategias de comunicación profesional-paciente](#) que permita a las mujeres reconocer su experiencia diaria y la interacción del género y su salud como explicaciones significativas para ellas, así como [brindar la posibilidad de contactar con grupos de apoyo de mujeres](#) como recurso de gestión de malestares diversos que pueden tener un origen común de índole psicosocial. También sería recomendable sensibilizar sobre la importancia de explorar cada caso en profundidad, y [valorar la conveniencia de realizar derivaciones a servicios de diagnóstico y atención especializada](#).

5. La medicalización de las mujeres resulta especialmente injustificada en procesos naturales de las mujeres relacionados con la salud reproductiva. Resulta imprescindible potenciar estrategias de sensibilización profesional sobre la necesidad de [desmedicalizar la menopausia](#), y, [reducir el excesivo intervencionismo del proceso de atención al embarazo, parto y postparto](#), asumiendo los derechos de autonomía y de información a las mujeres, así como entendiendo sus necesidades y demandas variadas de atención, las cuales, incluyen, y van más allá, de la necesidad de preservar la salud de la futura hija o hijo.
6. Con objeto de amortiguar los costes en salud que suponen algunas intervenciones y procedimientos contraceptivos en las mujeres, resulta necesario [reforzar la corresponsabilidad de género en materia de planificación familiar](#). En este sentido, puede ser de utilidad la implementación de la coeducación en materia de salud afectivo-sexual y reproductiva, dentro de los programas educativos.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abásolo, I., Negrín, M.A., Pinilla, J. (2014). Equity in specialist waiting times by socio-economic groups: evidence from Spain. *Eur J Health Econ*, 15, 323–334.
- Abasolo, O. (2010). El debate feminista en torno al concepto de cuidados: Diálogo Mari Luz Esteban e Isabel Otxoa. *CIP-Ecosocial – Boletín ECOS nº 10*, enero-marzo 2010.
- Abellán, A., Ayala, A., Pérez, J. (2018). Los nuevos cuidadores. Observatorio Social La Caixa, Mayo 2018. Disponible en: <https://observatoriosociallacaixa.org/-/los-nuevos-cuidadores>
- Aguado, M. J., Márquez, S., Buzón, M. L. (2006). Diferencias entre mujeres y varones en el acceso a procedimientos cardiovasculares intervencionistas en los hospitales públicos de Andalucía. *Revista Española de Cardiología*, 59, 785-793.
- Alonso, J. (2015). Versión española del Cuestionario de Salud SF-12. Disponible en: http://www.ser.es/wp-content/uploads/2015/03/SF12_CUESTIONARIO.pdf
- Alpass, F., Pond, R., Stephens, C., Stevenson, B., Keeling, S., Towers, A. (2013). The Influence of Ethnicity and Gender on Caregiver Health in Older New Zealanders. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. Doi: 10.1093/geronb/gbt060.
- Amo-Alonso, M. (2008). Guía para facilitar la incorporación de la perspectiva de género en los planes integrales de salud. Sevilla: Consejería de Salud.
- Ancochea, J., Miravittles, M., García-Río, F. et al. (2013). Infradiagnóstico de la EPCO en mujeres: cuantificación del problema, determinantes y propuestas de acción. *Arch Bronconeumol*, 49, 223-229.
- Aparicio, F., Arenas, B., Mira, J.M., Páez, J., Furones, A. (2017). Mujeres conductoras en España. Implicación en accidentes de tráfico y comparación con los conductores varones. Estudio INSIA. Cátedra Universidad-Empresa Eduardo Barreiros “Automóvil y movilidad sostenible”. Disponible en: <http://revista.dgt.es/images/DOC.-MUJERES-VERSION-FAI-REV4.pdf>
- Arrizabalaga, P.; Valls-Llobet, C. (2005). Mujeres médicas: de la incorporación a la discriminación. *Med Clin (Barc)*, 125 (3), 103-107.
- Artazcoz, L., Borrell, C., Benach, J. (2001). Gender inequalities in health among workers: the relation with family demands. *J Epidemiol Community Health* 55, 639-647.
- Artazcoz, L., Cirera, E., Borrell, C., Coll, M., Rohlf, I., Villalbí, J.R. (1999). Doble jornada y diferencias de género en la salud mental de la población trabajadora. *Gaceta Sanitaria*, 13 Supl C1: 9092-Vol. 13.
- Artazcoz, L., Escribà-Agüir, V., Cortès, I. (2004). Género, trabajos y salud en España. *Gaceta Sanitaria*, 18, 24-35.
- Artazcoz, L., Moya, C., Vanaclocha, H., Pont, P. (2004). La salud de las personas adultas. *Gaceta Sanitaria*, 18 (Supl. 1), 56-68.
- Balbo, L. (1978). La doble presencial. *Inchiesta*, 32.
- Bambra, C., Pope, D., Swami, V. et al. (2009). Gender, health inequalities and welfare state regimens: a cross-national study of 13 European countries. *J Epidemiol Community Health*, 63(1):38-44
- Banco Mundial. Lange, G. L., Wodon, Q., Carey, K. (Ed.) (2018). *The Changing Wealth of Nations 2018: Building a Sustainable Future*. Washington, DC: World Bank.
- Banco Mundial (1993). *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993. Invertir en salud*. Washington: Oxford University Press.
- Bas-Sarmiento, P., Fernández-Gutiérrez, M., Albar-Marín, M.J., García-Ramírez, M. (2015). Percepción y experiencias en el acceso y el uso de los servicios sanitarios en población inmigrante. *Gaceta Sanitaria*, 29 (4), 244-51

- Benach, J., Julià, M., Tarafa, G., Mird, J., Molinero, E., Vives, A. (2015). La precariedad laboral medida de forma multidimensional: distribución social y asociación con la salud en Cataluña. *Gaceta Sanitaria*, 29(5), 375–378.
- Benería, L. (2011). Crisis de los cuidados. Migración internacional y Políticas públicas. En C. Carrasco, C. Borderías y T. Torns (Eds.) *El trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas* (pp. 359-389). Madrid: La Catarata.
- Bertrand, R.M., Saczynski, J.S., Mezzacappa, C., et al. (2012). Caregiving and Cognitive Function in Older Women: Evidence for the Healthy Caregiver Hypothesis. *J Aging Health*, 24(1), 48–66.
- Blázquez-Rodríguez, M.I. (2009). Ideologías y prácticas de género en la atención sanitaria del embarazo, parto y puerperio: el caso del Área 12 de la Comunidad de Madrid. *Universitat Rovira i Virgili*. <http://hdl.handle.net/10803/8429>
- Briones, E., Goicolea, I., Öhman, A., Vives-Cases, C. (2014). Las pacientes problemáticas: discursos profesionales sobre las personas afectadas de fibromialgia en España. *Gaceta Sanitaria*, 28(Especial Congreso), 192.
- Bonal, X., Essombra, M.A., Ferrer, F. (2004). Política educativa i igualtat d'oportunitats. Prioritats i propostes. Barcelona: Ed. Mediterrània, Fundació Jaume Bofill.
- Bonino, L. (2002). Masculinidad, salud y sistema sanitario. En: Seminario sobre mainstreaming de género en las políticas de salud en Europa. Instituto de la Mujer-España/OMS.
- Borrell, C., Artazcoz, L. (2008). Las desigualdades de género en salud: retos para el futuro. *Revista Española de Salud Pública*, 82, 245-249.
- Botella, B., Crespo, J., Rivas, A., Cerrillo, I., Olea-Serrano, M.F., Olea, N. (2004). Exposure of women to organochlorine pesticides in southern Spain. *Environ Res*, 96, 34–40.
- Braveman, P. (2006). Health Disparities and Health Equity: Concepts and Measurement. *Annual Reviews of Public Health*, 27, 167-194.
- Burín, M., Velázquez, S. (1990). *El malestar de las mujeres: la tranquilidad recetada*; Buenos Aires: Paidós Ibérica.
- Campos-Serna, J., Ronda-Pérez, E., Artazcoz, L., Moen, B., García-Benavides, F. (2013). Gender inequalities in occupational health related to the unequal distribution of working and employment conditions: a systematic review. *Int J Equity Health*, 12, 57.
- Cano, T., Parada, F. (2013). Los cuidados en conflicto: De la Ley de dependencia a las estrategias familiares de cuidados. XI Congreso Español de Sociología. Crisis y Cambio: Propuestas desde la Sociología. Federación Española de Sociología. 10-12 julio 2013, Madrid.
- Cao, Y., Willett, W., Rimm, E., Stampfer, M., Giovannucci, E. (2015). Light to moderate intake of alcohol, drinking patterns, and risk of cancer: results from two prospective US cohort studies. *British Medical Journal*, 351:h4238. Doi:10.1136/bmj.h4
- Carrasquer, P. (2013). El redescubrimiento del trabajo de cuidados: algunas reflexiones desde la sociología. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 31(1), 91-113.
- Carrasquer, P. (2009). *La doble presencia. El trabajo y el empleo femenino en las sociedades contemporáneas*. Tesis Doctoral. Universidad Autónoma de Barcelona.
- Castellsague, X., Bosch, F. X., Muñoz, N. (2002). Environmental co-factors in HPV carcinogenesis. *Virus Res*, 89, 191-199.
- Colen, S. (1986). *With Respect and Feelings: Voices of West Indian Child Care Workers in New York City*. All American Women: Lines That Divide, Ties That Bind, 46–70.
- Colombo, F., Llena-Nozal, A., Mercier, J., Tjadenset, F. (2011). *Help Wanted?: Providing and Paying for Long-Term Care 2011*. Paris: OECD Publishing.
- Comas, D. (2014). La crisis de los cuidados: ¿La “otra” crisis? *Agenda pública*, eldiario.es. 9 de abril de 2014.
- Conde, F., Gabriel, C. (2006). Las concepciones de salud de las mujeres. Informe 2000. Documentos Técnicos de Salud Pública; 89. Madrid: Instituto de Salud Pública.
- Connell, R.W. (2009). *Gender: In world perspective*. Cambridge: Polity.

- Consejería de Economía, Innovación, Ciencia y Empleo, Junta de Andalucía (2013). Índice de Desigualdad de Género en Andalucía, Serie 2005-2012. Sevilla: Dirección General de Fondos Europeos.
- Consejería de Hacienda y Administración Pública, Junta de Andalucía (2017). Informe de evaluación de impacto de género del Presupuesto de la Comunidad Autónoma de Andalucía para 2018. Sevilla.
- Consejería de Igualdad y Políticas Sociales, Junta de Andalucía (2016). La población andaluza ante las drogas y adicciones XIII, 2015. Sevilla: Consejería de Igualdad y Políticas Sociales.
- Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales (2013). IV Plan Andaluz de Salud. Sevilla.
- Consejería de Justicia e Interior, Junta de Andalucía (2018). Informe de Magnitudes en materia de Violencia de Género en Andalucía, 9 de mayo de 2018. Sevilla: Dirección General de Violencia de Género.
- Consejería de Salud, Junta de Andalucía. Servicio de Vigilancia y Salud Laboral. Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica. Secretaría General de Salud Pública y Consumo (2018). Vigilancia del cáncer en Andalucía. Incidencia, mortalidad y tendencias temporales. Borrador, enero 2018.
- Consejería de Salud, Junta de Andalucía (2016a). Estrategia de Cuidados de Andalucía. Nuevos retos en el cuidado de la ciudadanía. Sevilla.
- Consejería de Salud, Junta de Andalucía (2016b). Plan Integral de Diabetes en Andalucía. Actualización 2016. Junta de Andalucía, Consejería de Salud. Disponible en <http://juntadeandalucia.es/organismos/salud/areas/planificacion/plan-integral/paginas/pidma.html>
- Consejería de Salud, Junta de Andalucía (2011). Plan Andaluz de Atención al Ictus 2011-2014. Junta de Andalucía, Consejería de Salud. Disponible en <http://juntadeandalucia.es/organismos/salud/areas/planificacion/plan-integral/paginas/plan-ictus.html>
- Consejería de Salud, Junta de Andalucía (2007). Plan Integral de Atención a la Accidentabilidad 2007-2012. Sevilla: Consejería de Salud. Servicio de Promoción de la Salud y Planes Integrales.
- Consejería de Salud, Junta de Andalucía (2005). Plan Integral de Atención a las Cardiopatías de Andalucía 2005-2009. Sevilla: Consejería de Salud. Disponible en http://juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af0653474b10_Plan_Cardiopatias.pdf
- Courtenay, W. H. (2003). Key determinants of the health and the well-being of men and boys. *International Journal of Men's Health*, 2(1), 1-30.
- Courtenay, W. H. (2000). Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Social Science & Medicine*, 50(10), 1385-1401.
- Cremers, H. P., Hein de Vries, L. M., Oenema, A. (2015). A longitudinal study on determinants of the intention to start smoking among Non-smoking boys and girls of high and low socioeconomic status. *BMC Public Health*, 15, 648.
- Dahlin, J., Härkönen, J. (2013) Cross-national differences in the gender gap in subjective health in europe: does country-level gender equality matter? *Soc Sci Med*, 98:24-8
- Danielson, M., Lindberg, G. (2001). Differences between men's and women's health: The old and the new gender paradox. En Östun, P., Danielson, M., Diderichsen, F., Harenstem, A., Lindberg, G. (eds). *Gender inequalities in health: A Swedish perspective*. Boston:Harvar Center for Population and International Health.
- De Visser, R.O. (2009). I'm not a very manly man. Qualitative insights into young men's masculine subjectivity. *Men and Masculinities*, 11(3), 367-71.
- De Visser, R. O., McDonnell, E.J. (2012). "That's OK. He's a guy": a mixed-methods study of gender double-standards for alcohol use. *Psychology & Health*, 27, 618-639.
- De Visser, R., Smith, J. A. (2007). Alcohol consumption and masculine identity among young men. *Psychology and Health*, 22(5), 595-614.
- Del Rio, G. I., Campaigns, L. (2007). *Gender and environmental chemicals*. London: Women's Environmental Network.
- Del Río-Lozano, M. (2014). Desigualdades de género en el cuidado informal y su impacto en la salud. Tesis doctoral. Universidad de Granada.

- Del Río-Lozano, M., García-Calvente, M. M., Calle-Romero, J., Machón-Sobrado, M., Larrañaga-Padilla, I. (2017) Health-related quality of life in Spanish informal caregivers: gender differences and support received. *Qual Life Res*, 26 (12), 3227-3238.
- Del Río-Lozano, M., García-Calvente, M. M., Marcos-Marcos, J., Entrena-Durán, F., Maroto-Navarro, G. (2013). Gender identity in informal care: Impact on health in Spanish Caregivers. *Qualitative Health Research*, 23 (11), 1506-1520.
- Denton, M., Prus, S., Walters, V. (2004). Gender differences in health: A Canadian study of the psychosocial, structural and behavioral determinants of health. *Social Science and Medicine*, 58, 2585-2600.
- De Visser, R. O., McDonnell, E. J. (2012). "That's OK. He's a guy": a mixed-methods study of gender double-standards for alcohol use. *Psychology & Health*, 27, 618-639.
- De Visser, R. O. (2009). I'm not a very manly man. Qualitative insights into young men's masculine subjectivity. *Men and Masculinities*, 11(3), 367-71.
- Di Cesare, M., Khang, Y.H., Asaria, P., Blakely, T., Cowan, M.J., Farzadfar, T., et al. (2013). Inequalities in non-communicable diseases and effective responses. *Lancet* 381 (9866), 585-597.
- Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2012). Estrategia de Salud y Género. Sistema Nacional de Salud. Documento no publicado.
- Durán, M.A. (2012). El trabajo no remunerado en la economía global. Bilbao: Fundación BBVA.
- EIGE (2012). Review of the implementation in the EU of area K of the Beijing Platform for Action: women and the environment. Gender equality and climate change. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- EIGE (2015). Índice de Igualdad de Género España. Disponible en: <http://eige.europa.eu/gender-equality-index/2015/ES>
- Emslie, C., Hunt, K. (2008). The weaker sex? Exploring lay understandings of gender differences in life expectancy: A qualitative study. *Social Science & Medicine*, 67(5), 808-816.
- Encuesta Nacional de Salud Sexual. Observatorio de Salud de las Mujeres y Centro de Investigaciones Sociológicas. (2009). Presentación de resultados. Disponible en: http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/v5_presentacion_ResultadosENSS_16dic09.pdf
- Escolar, A. (Ed.) (2008). Primer informe de desigualdades y salud en Andalucía (INDESAN). Puerto Real: Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública.
- Esteban, M. L. (1994/96). Relaciones entre feminismo y sistema médico-científico. *Antropología cultural*, 7, 17-40
- Estevan, L., Rodríguez-Sánchez, R. M., Romero, B., Rodríguez-López, A., Romo, M., (2014). Doble presencia: un riesgo psicosocial que evidencia la desigualdad entre hombres y mujeres en la conciliación de la vida familiar y laboral. *Reidocrea*, 3, 22, 172-179.
- Estrategia de Atención al Parto Normal (2007). Madrid: Ministerio de Sanidad y consumo.
- Ezquerro, S. (2011). Crisis de los cuidados y crisis sistémica: la reproducción como pilar de la economía llamada real. *Investigaciones Feministas*, 2, 175-194.
- Fernández-Sáez, J., Ruiz-Catero, M. T., Guijarro, M., Rodenas, C., Martí, M., Jiménez-Alegre, M. D. (2016). Tiempos de equidad de género: descripción de las desigualdades entre comunidades autónomas, España 2006-2014. *Gaceta Sanitaria*, 30(4), 250-257.
- Filleul, L., Baldi, I., Dartigues, J.F., Tessier, J.F. (2003). Risk factors among elderly for short term deaths related to high levels of air pollution. *Occup Environ Med*, 60, 684-688.
- Fredman, L., Lyons, J.G., Cauley, J.A., Hochberg, M., Applebaum, K.M. (2015). The Relationship Between Caregiving and Mortality After Accounting for Time-Varying Caregiver Status and Addressing the Healthy Caregiver Hypothesis. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 70 (9), 1163-1168
- Freixas, A. (2007). Nuestra menopausia. Una versión no oficial. Barcelona: Paidós.
- Frías, G. A., Fernández-Alonso, M. T. (2017). Infección por VIH/sida y otras ITS en Andalucía, 2016. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía. Vol. 22, nº 48 ANEXO BES 4817, viernes, 1 de diciembre 2017. Consejería de Salud, Junta de Andalucía.

- Fuglenes, D., Oian, P., Kristiansen, I.S. (2009). Obstetrician's choice of cesarean delivery in ambiguous cases: it is influenced by risk attitude or fear of complaints and litigation? *Am J Obstet Gynecol*; 200, 48.
- Garcés, J., Carretero, S., Ródenas, F., Sanjosé, V. (2009). Variables related to the informal caregivers' burden of dependent senior citizens in Spain. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 48: 372-379.
- García-Calvente, M. M. (2004). Género y salud: un marco de análisis e interpretación. *Diálogo Filosófico*, 59, 212-228.
- García-Calvente, M. M., del Río-Lozano (Ed.) (2015). *Atlas de las desigualdades de género en salud en Andalucía*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública. ISBN: 978-84-606-6835-0. Disponible en www.desigualdadesdegeneroensalud.org
- García-Calvente, M. M., del Río-Lozano, M. (2012). El papel del cuidado informal en la atención a la dependencia: ¿Cuidamos a quienes cuidan? *Actas de la Dependencia*, 6, 99-117. Disponible en: http://www.fundacioncaser.es/documentos/20121101_003
- García-Calvente, M. M., del Río-Lozano, M., Eguiguren, A. P. (2007). Desigualdades de género en el cuidado informal a la salud. *Inguruak*, 44: 291-308.
- García-Calvente, M. M., del Río-Lozano, M. y Marcos-Marcos, J. (2015). Guía de indicadores de género para medir las desigualdades de género en salud y sus determinantes. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública. ISBN: 978-84-695-7988-6
- García-Calvente, M. M., del Río-Lozano, M., Marcos-Marcos, J. (2011). Desigualdades de género en el deterioro de la salud como resultado del cuidado informal en España. *Gaceta Sanitaria*, 25 (2), 100-107.
- García-Calvente, M. M., Hidalgo-Ruzzante, N., del Río-Lozano, M., Marcos-Marcos, J., Martínez-Morante, E., Maroto-Navarro, G., Mateo-Rodríguez, I., Gil-García, E. (2012). Exhausted women, tough men: a qualitative study on gender differences in health, vulnerability and coping with illness in Spain. *Sociology of Health & Illness* 2012 ISSN 0141-9889, pp. 1-16 doi: 10.1111/j.1467-9566.2011.01440.x
- García-Calvente, M. M. (coord.), Jiménez-Rodrigo, M. L., Martínez-Morante, E., Del Río-Lozano, M. (2010). Guía para incorporar la perspectiva de género a la investigación en salud. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- García-Calvente, M. M., Marcos-Marcos, J. y del Río-Lozano, M. (2012). Embedded gender and social changes underpinning inequalities in health: an ethnographic insight into a local Spanish context. *Social Science and Medicine*, 75, 2225-2232.
- García-Calvente, M. M., Mateo, I., Gutiérrez, P. (1999). *Cuidados y cuidadores en el sistema informal de salud*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública-Instituto Andaluz de la Mujer.
- Gibbs, A., Sikweyiya, Y., Jewkes, R. (2014). 'Men value their dignity': securing respect and identity construction in urban informal settlements in South Africa. *Global Health Action*, 7. doi: <http://dx.doi.org/10.3402/gha.v7.23676>.
- Girón, P. (2012). Determinants of self-rated health in Spain: differences by age groups for adults. *Eur J Public Health*, 22, 36-40.
- Gispert, R., Gervas, J., Librero, J., Bares, M. (2007). Criteria to define the list of causes of avoidable mortality: an unavoidable discussion. *Gaceta Sanitaria*, 21, 177-178.
- Golden, J., Conroy, R. M., Bruce, I., Denihan, A., Greene, E., Kirby, M., Lawlor, B. A. (2009). Loneliness, social support networks, mood and wellbeing in community dwelling elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(7).
- Gómez-Bueno, C. (2011). Anticoncepción en Andalucía 2. Representaciones, discursos y prácticas de adolescentes y adultas, con y sin discapacidad. Consejería de Salud, Servicio de Promoción de la Salud y planes Integrales.
- Gómez-Gómez, E. (2002). Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*, 11(5/6), 327-34.
- Govender, K., Penn-Kekana, L. (2008). Gender biases and discrimination: a review of health care interpersonal interactions. *Glob Public Health*, 3(S1), 90-103.

- Gregoraci, G., van Lenthe, F. J., Artnik, B., Bopp, M., Deboosere, P., Kovács, K. et al. (2016). Contribution of smoking to socioeconomic inequalities in mortality: a study of 14 European countries, 1990–2004. *Tob Control*, doi:10.1136/tobaccocontrol-2015-052766.
- Grimshaw D, Rubery J. (2015). The motherhood pay gap: a review of the issues, theory and international evidence. Geneva: International Labour Office. Conditions of Work and Employment series No. 57. Disponible en: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@dcomm/@publ/documents/publication/wcms_348041.pdf.
- Ham, Ch., Dixon, A., Brooke, B. (2012). Transforming the delivery of health and social care. The case of fundamental change. London: The Kings Fund.
- Hammarström, A., Härenstam, A., Östlin, P. (2000). Gender and health: Concepts and explanatory models. En P. Östlin, M. Danielson, F. Diderichsen, A. Härenstam y G. Lindberg (Eds.). *Gender inequalities in health. A Swedish perspective*. Boston: Harvard Center for Population and International Health.
- Han, MK., Postma, D., Mannino, DM., et al. (2007). Gender and chronic obstructive pulmonary disease. Why it matters? *Am J Respir Crit Care Med*, 176, 1179–1184.
- Hankivsky, O. (2014). Intersectionality 101. Vancouver: Institute for Intersectionality Research & Policy, Simon Fraser University.
- Hankivsky, O., Doyal, L., Einstein, G., Kelly, U., Shim, J., Weber, L., Repta, R. (2017). The odd couple: using biomedical and intersectional approaches to address health inequities. *Global Health Action*, 10(sup2): 1326686. doi: 10.1080/16549716.2017.1326686
- Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). Disponible en: <https://www.hbsc.es/>
- Healy, B. (1991). The Yentl Syndrome. *N. Engl. J. Med.* 325, 274–276.
- Hiscock, R., Bauld, L., Amos, A., Fidler, J. A., Munafo, M. (2012). Socioeconomic status and smoking: a review. *Ann NY Acad Sci*, 1248, 107–123.
- Hubbard, R., Rockwood, K. (2011). Frailty in older women. *Maturitas*, 69, 203–207.
- IMSESO (2011). Libro blanco del envejecimiento activo. Noviembre de 2011. Disponible en: http://www.imsero.es/imsero_01/envejecimiento_activo/libro_blanco/index.htm
- Inchley, J., Currie, D., Young, T., Samdal, O., Torsheim, T., Augustson, L. et al. (editors) (2016). Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2013/2014 survey. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Disponible en: <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/growing-up-unequal-gender-and-socioeconomic-differences-in-young-peoples-health-and-well-being.-health-behaviour-in-school-aged-children-hbsc-study-international-report-from-the-20132014-survey>.
- Instituto Andaluz de la Mujer (2014). Aproximación a la realidad de mujeres y hombres en Andalucía, 2013. Sevilla: Consejería para la Igualdad y Bienestar Social.
- Instituto Andaluz de la Mujer (2008). Género y Salud. Unidad de Igualdad y Género. Sevilla.
- Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía (IECA) (2016). Proyección de la Población de Andalucía y Provincias. Sevilla.
- Instituto de Salud Carlos III (2017). Vigilancia Epidemiológica del VIH y Sida en España 2016. Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida. Plan Nacional sobre el Sida - S.G. de Promoción de la Salud y Epidemiología / Centro Nacional de Epidemiología – ISCIII, Madrid.
- Jaime, A. M., Echevarren, J. M. (2011). Informe Social de la Juventud en Andalucía. Centro de Estudios Andaluces. Área de Sociología. Instituto Andaluz de la Juventud.
- Jakab, Z., Marmot, M. (2012). Social determinants of health in Europe. *Lancet*, 379(9811), 103–105.
- Johansson, E. E., Alex, L., Christianson, M. (2014). Gendered discourses of youth sexualities. An exploration of PubMed articles on prevention of sexually transmissible infections. *Sex Reprod Healthc*, 5(3), 81–89.
- Kaschowitz, J., Brandt, M. (2017). Health effects of informal caregiving across Europe: A longitudinal approach. *Social Science & Medicine*, 173, 72–80.

- Krieger, N. (2001). A Glossary for Social Epidemiology. *Journal Epidemiology and Community Health*, 55, 693-700.
- Lagarde, M. (2001). Claves feministas para la autoestima de las mujeres. Madrid: Ed. Horas y Horas.
- Lasheras, L., Aznar, S., Merino, B., Gil, E. (2001). Factors associated with physical Activity among Spanish youth through the National Health Survey. *Prev Med*, 32, 455-464.
- Lasheras-Lozano, M.L., Pires-Alcaide, M., Rodríguez-Gimena, M.M. (2004). Género y Salud. Instituto Andaluz de la Mujer. Junta de Andalucía.
- Lleó, R., Santillan, C., López-Gil, S., Pérez-Orozco, A. (2012). Cuadernos de debate feminista: II. Cuidados. Diputación Foral de Gipuzkoa. ISBN: 978-84-7907-732-7.
- Loring, B., Robertson, A. (2014). Obesity and inequities. Guidance for addressing inequities in overweight and obesity. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Disponible en: <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/obesity-and-inequities-guidance-for-addressing-inequities-in-overweight-and-obesity-2014>.
- Malmusi, D., Artazcoz, L., Benach, J., Borrell, C. (2012). Perception or real illness? How chronic conditions contribute to gender inequalities in self-rated health. *European Journal of Public Health*, 22 (6), 781-786.
- Mansson, E. (2014). Drinking as a Feminine Practice: Post-Feminist images of women's drinking in Swedish women's magazines. *Feminist Media Studies*, 14(1), 56-72.
- Marcos-Marcos, J. (2015). Masculinidades y salud pública: perspectivas cualitativas desde un enfoque sensible al género. Universidad de Granada. Tesis Doctorales. ISBN: 978-81-9125-117-0.
- Marcos-Marcos, J., García-Calvente, M. M., del Río-Lozano, M. y Romo, N. (2013). Performing masculinity, influencing health: a qualitative mixed-methods study of young Spanish men. *Global Health Action*, 6: 21134. doi:10.3402/gha.v6i0.21134
- Marmot, M., Allen, J., Bell, R. et al. (2012). WHO European review of social determinants of health and the health divide. *Lancet*; 380 (9846), 1011-1029.
- Martínez-Rodríguez, M. T. (2009). La intervención psicosocial en contextos rurales con familias de personas mayores en situación de dependencia. Madrid: En clave rural.
- Maroto-Navarro, G., Castaño-López, E., García-Calvente, M. (2007). Indifference, Demandingness and Resignation Regarding Support for Childrearing: A Qualitative Study with Mothers from Granada, Spain. *European Journal of Women's Studies*; 14 (1), 51-67.
- Maroto-Navarro, G., García-Calvente, M.M., Mateo-Rodríguez, I. (2004). El reto de la maternidad en España: dificultades sociales y sanitarias. *Gaceta Sanitaria*, 18 (Supl 2), 13-23.
- Masanet, E., La Parra, D. (2011). Relación entre el número de horas de cuidado informal y el estado de salud mental de las personas cuidadoras. *Revista Española de Salud Pública*, 85, 257-266.
- McCall, L. (2005). The Complexity of Intersectionality. *Signs*, 30 (3), 1771-1800.
- Meil, G., Rogero-García, J. (2014). Abuelas, abuelos y padres varones en el cuidado de la infancia. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 32 (1), 49-67
- Mingote, C., López-Dóriga, B. (2000). Salud mental y género: aspectos psicosociales diferenciales en la salud de las mujeres. Madrid: Instituto de la Mujer (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales).
- Ministerio de Medio Ambiente, Medio Rural y Marino (2011). Diagnóstico de la igualdad de género en el medio rural.
- Ministerio de Medio Ambiente, Medio Rural y Marino (2009). Condiciones de Vida y Posición Social de las Mujeres en el Medio Rural. Disponible en: http://www.mapama.gob.es/es/desarrollo-rural/temas/igualdad_genero_y_des_sostenible/condiciones_vida_tcm30-151056.pdf
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2018). Encuesta Nacional de Salud de España 2017. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2017.htm>
- Ministerio de Sanidad y Política Social (2009a). Estrategia en Cardiopatía Isquémica del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social. Disponible en:

http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/ESTRATEGIA_CARDIOPATIA_ISQUEMICA_ACTUALIZACION_22octubre.pdf

Ministerio de Sanidad y Política Social (2009b). Estrategia en Ictus del Sistema Nacional de Salud. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EstrategiaIctusSNS.pdf>

Miravittles, M., et al; Grupo de Trabajo de GesEPOC (2017). Guía de Práctica clínica para el diagnóstico de pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)-Guía Española de la EPOC (GesEPOC). Versión 2017. Arch Bronconeumol, 53(Supl 1), 2-64.

Montero, I., Aparicio, D., Gómez-Beneyto, M., Moreno-Küstner, B., Reneses, B. (2004). Género y salud mental en un mundo cambiante. Gaceta Sanitaria, 18 (1), 175-81.

Mora, E., Pujal, E., Albertín, P. (2017). Los contextos de vulnerabilidad de género del dolor crónico. Revista Internacional de Sociología, 75(2): e058. doi: <http://dx.doi.org/10.3989/ris.2017.75.2.15.60>.

Moreno, C., Ramos, P., Rivera, F., Jiménez-Iglesias, A., García-Moya, I. Sánchez-Queija, I., Moreno-Maldonado, C., Paniagua, C., Villafuerte, A., Morgan, A. (2016). Informe técnico de los resultados obtenidos por el Estudio Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) 2014 en Andalucía. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Moreno, V., Bosch, F. X., Muñoz, N., Meijer, C. J., Shah, K. V., Walboomers, J. M., Herrero, R., Franceschi, S. (2002) Effect of oral contraceptives on risk of cervical cancer in women with human papillomavirus infection: the IARC multicentric case-control study. Lancet, 359, 1085-1092.

Mosquera, C. (2002). La medicalización de la salud reproductiva de las mujeres: ¿suficientemente contrastados los beneficios y los riesgos? Gaceta Sanitaria, 16 (Supl 1), 66.

Moss, N. E. (2002). Gender equity and socioeconomic inequality: a framework for the patterning of women's health. Social Science and Medicine, 54, 649-661.

Noone, J. H., Stepherns, C. (2008). Men, masculine identities and health care utilisation. Sociology of Health & Illness, 30(5), 711-25.

Observatorio Argos (2017). La mujer en el mercado de trabajo andaluz 2016. Sevilla: Sistema de Prospección Permanente del Mercado de Trabajo de Andalucía. Servicio Andaluz de Empleo. Consejería de Empleo, Empresa y Comercio. Junta de Andalucía.

Observatorio Estatal de la Discapacidad (2010). Las personas con discapacidad en España. Informe Olivenza 2010. Badajoz: Observatorio Estatal de la Discapacidad.

OECD (2006). Young Drivers: The Road to Safety. Disponible en: <http://www.internationaltransportforum.org/jtrc/safety/YDpolicyBrief.pdf>

OMS (2018). Informe de la Iniciativa Europea de Vigilancia de la Obesidad Infantil de la Organización Mundial de la Salud. Avance de datos en prensa.

OMS (2016a). La salud y el bienestar de las mujeres en Europa: más allá de la ventaja de la mortalidad. Copenhagen: World Health Organisation. Regional Office for Europe.

OMS (2016b). Strategy on women's health and well-being in the WHO European Region. Copenhagen: World Health Organisation. Regional Office for Europe.

OMS (2016c). Draft strategy on the health and well-being of men in the WHO European Region. Copenhagen: World Health Organisation. Regional Office for Europe.

OMS (2016d). Defining sexual health. Sexual and reproductive health. Geneva: World Health Organisation; 2016 (http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/).

OMS (2015). Beyond the mortality advantage: investigating women's health in Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/gender/publications/2015/beyond-the-mortality-advantage.-investigating-womens-health-in-europe>).

OMS (2014). Gender, climate change and health. Geneva: World Health Organization.

OMS (2010). Environment and health risks: a review of the influence and effects of social inequalities. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

- OMS (2004a). Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas. Ginebra: Serie de Informes Técnicos 916.
- OMS (2004b). Gender in Mental Health Research. Department of Gender, Women and Health Family and Community Health World Health Organization.
- OMS (2003). Gender and HIV/ AIDS. Ginebra: World Health Organization.
- OMS (1998). Gender and health: technical paper. Geneva: World Health Organization.
- OPS (2009). Política de Igualdad de Género. Washington D.C: Organización Panamericana de la Salud.
- Orueta, R., Santos, C., González, E., Fagundo, E., Alejandre, G., Carmona, J., Rodríguez, J., del Campo, J.M., Díez, M.L., Vallés, N., Butrón, T. (2011). Medicalización de la vida. *Rev Clin Med Fam*, 4 (2), 150-161.
- Östlin, P. (2001). Desigualdades por razón de género en la salud ocupacional. Serie género, equidad, salud. Publicación ocasional nº 9. OPS/OMS. Washington.
- PASIDA (Plan Andaluz frente al VIH/sida y otras ITS) (2017). Informe del Plan Andaluz frente al VIH/sida y otras ITS. Noviembre 2017.
- Peerson, A., Saunders, M. (2011). Men's health literacy in Australia: In search of a gender lens. *International Journal of Men's Health*, 10(2), 111-135.
- Pérez-Orozco, A. (2006). Amenaza tormenta: la crisis de los cuidados y la reorganización del sistema económico. *Economía Feminista*, 5, 7-37.
- Pérez-Venegas, J. J., et al. (2018). Plan Andaluz de Enfermedades Reumáticas y Musculoesqueléticas. Sevilla: Consejería de Salud.
- Phillips, S. P. (2008). Measuring the health effects of gender. *Journal Epidemiology and Community Health*, 62, 368-371.
- Pinquart, M., Sorensen, S. (2006). Gender differences in caregiver stressors, social resources, and health: an updated meta-analysis. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 61(1), 33-45.
- Pinquart, M., Sorensen, S. (2007). Correlates of physical health of informal caregivers: A meta-analysis. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 62(2), 126-137.
- Plummer, M., Herrero, R., Franceschi, S., Meijer, C. J., Snijders, P., Bosch, F. X., de Sanjosé, S., Muñoz, N. (2003). Smoking and cervical cancer: pooled analysis of the IARC multi-centric case-control study. *Cancer Causes Control*, 14, 805-814.
- Potter, B. K., Pederson, L. L., Chan, S. S., Aubut, J. A., Koval, J. J. (2004). Does a relationship exist between body weight, concerns about weight, and smoking among adolescents? An integration of the literature with an emphasis on gender. *Nicotine Tob Res*, 6(3), 397-425.
- Ramos, E. (2008). Doble Presencia: Salud y Prevención. *En Clave Sindical*, 5, 16-18.
- Ramos-Lira, L. (2014). ¿Por qué hablar de género y salud mental? *Salud Mental*, 37 (4), 275-281.
- Reher, D., Requena, M. (2017). Elderly women living alone in Spain: the importance of having children. *European Journal of Ageing*, 14(3).
- Reher, D., Requena, M. (2017). Mujeres mayores viviendo solas: los retos para la sociedad. Observatorio Social de La Caixa. Mayo 2018. Disponible en: <https://observatoriosociallacaixa.org/-/mujeres-mayores-viviendo-solas>
- Robertson, L. M., Douglas, F., Ludbrook, A., Reid, G., van Teijlingen, E. (2008). What works with men? A systematic review of health promoting interventions targeting men. *BMC Health Services Research*, 8. doi: 10.1186/1472-6963-8-141.
- Robertson, S. (2007). Understanding men and health: Masculinities, identity and well-being. London: Open University Press.
- Rodrigues, R., Huber, M., Lamura, G. (2012). Facts and figures on healthy ageing and long-term care. Vienna: European Centre for Social Welfare and Research. Disponible en: http://www.euro.centre.org/detail.php?xml_id=2079.

- Rodríguez-Enríquez, C. (2015). Economía feminista y economía del cuidado. Aportes conceptuales para el estudio de la desigualdad. *Nueva Sociedad*, 256, marzo-abril de 2015, ISSN: 0251-3552.
- Rohlf, I. (1998). *Diferencias y Desigualdades. La salud de los hombres y las mujeres en la ciudad de Barcelona*. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona, 1998.
- Rohlf, I., Borrell, C., Fonseca, M. C. (2000). Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos. *Gaceta Sanitaria*, 14 (supl 3), 60-71.
- Rolfe, A., Dalton, S., Krishnan, M., Orford, J., Mehdikhani, M., Cawley, J., Ferrins-Brown, M. (2006). Alcohol, gender, aggression and violence: findings from the Birmingham Untreated Heavy Drinkers Project. *Journal of Substance Use*, 11(5), 343-358.
- Romo-Avilés, N. (2004). *Género y uso de droga: la invisibilidad de las mujeres*. Barcelona: Fundación medicina y humanidades médicas.
- Romo, N., Vega, A., Meneses, C., Gil, E., Markez, I., Poo, M. (2003). Sobre el malestar y la prescripción: un estudio sobre los usos de psicofármacos por las mujeres. *Revista Española de Drogodependencias*, 28 (4), 372-9.
- Ruiz-Cantero, T. (2001). Igualdad de oportunidades en los servicios sanitarios: sesgo de género como determinante de la estructura de salud de la comunidad. En: C. Miqueo, C. Tomás, C. Tejero, MJ. Barral, T. Fernández, T. Yago. *Perspectivas de género y salud. Fundamentos científicos y socioprofesionales de diferencias sexuales no previstas*. Madrid: Ed. Minerva.
- Ruiz-Cantero, T. (2009). *Sesgos de género en la atención sanitaria*. Granada: Ed. Nueva Salud Pública. Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Ruiz-Catero, T., Verbrugge, L. M. (1997). A two way view of gender bias in medicine. *J Epidem Commun Health*, 51, 106-109.
- Ruiz-Cantero, T., Verdú-Delgado, M. (2004). Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico. La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. Informe de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria. *Gaceta Sanitaria*, 18, 118-25.
- Ruiz-Cantero, T., Vives-Cases, C., Artazcoz, L. (2007). A framework to analyse Gender bias in epidemiological research. *J Epidemiol Community Health*; 61 (suppl), 46-53.
- Saarento, O., Räsänen, S., Nieminen, P., Hakko, H., Isohanni, M. (2000). Sex differences in the contact rates and utilization of psychiatric services. A three-year follow-up study in Northern Finland. *Eur Psychiatry*;15, 205-12.
- Sabo, D. (2005). The study of masculinities and men's health: An overview. En M. Kimmel, J. Hearn, & R.W. Connell (Eds.), *Handbook of studies on men and masculinities* (pp. 326-353). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Saletti-Cuesta, L. (2009). Propuestas teóricas feministas en relación al concepto de maternidad. *Clepsydra*; 7, 169-183.
- Sánchez-Cruz, J. J., Mayoral, J. M., García, L. (2018). V Encuesta Andaluza de Salud 2015/16. Consejería de Salud, Junta de Andalucía.
- Schulz, A.J., Mullings, L. (2006). *Gender, race, class, and health: intersectional approaches*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Schulz, R., Sherwood, P. R. (2008) *Physical and Mental Health Effects of Family Caregiving*. *American Journal of Nursing*, 108(9), 23-27.
- Schutte, S., Chastang, J. F., Parent-Thirion, A. et al. (2013). Association between sociodemographic, psychosocial, material and occupational factors and self-reported health among workers in Europe. *J Public Health (Oxf.)*. Doi:10.1093/pubmed/ftd050.
- Sen, G., Iyer, A., Mukherjee, C. (2009). A methodology to analyse the intersections of social inequalities in health. *J Hum Dev Capabilities*, 10, 397-415.
- Sen, G., Östlin, P. (2007). *Final Report to the WHO Commission on Social Determinant of Health. Unequal, unfair, ineffective and inefficient Gender Inequality in Health: Why it exist and how we can change it*. Disponible en: http://www.eurohealth.ie/pdf/WGEKN_FINAL_REPORT.pdf

- Sen, G., Östlin, P. (2002). Engendering health equity: a review of research and policy. En G. Sen, G. Asha y P. Östlin (Eds.). Engendering international health – the challenge of equity. Cambridge: The MIT Press.
- Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía (2017). Servicio Andaluz de Salud. Información básica 2016. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud.
- Shaw, J. T., Purdie, D. M., Neil, H. A., Levy, J. C., Turner, R.C. (1999). The relative risks of hyperglycaemia, obesity and dyslipidaemia in the relative of patients with type 2 diabetes mellitus. *Diabetología*, 42, 24-27.
- Shutte, S., Chastang, J. F., Parent-Thirion, A., Vermeylen, G., Niedhammer, I. (2014). Social inequalities in psychological well-being: a European comparison. *Community Ment Health J*, 50(8), 987-990.
- Sociedad Andaluza de Contracepción (2014). Encuesta de Anticoncepción en España y datos de Andalucía. Informe de resultados. Disponible en: http://sac-contracepcion.es/descargas/OBS_Encuesta_Alanducia_2014.pdf
- Sociedad Española de Cardiología (sin fecha). Enfermedad cardiovascular en la mujer. Estudio de la situación en España. Informe realizado para el Observatorio de la Salud de la Mujer. Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/enfCardiovascMujerEspana.pdf>
- Sosa-Sánchez, I.A. (2013). Aproximaciones teóricas sobre el género, la reproducción y la sexualidad. *Iberofórum. Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana*; 15, 182-206.
- Sunyer, J., Schwartz, J., Tobías, A., Macfarlane, D., García, J., Antó, J. M. (2000). Patients with chronic obstructive pulmonary disease are at increased risk of death associated with urban particle air pollution: a case-crossover analysis. *Am J Epidemiol*, 151, 50-56.
- Thorslund, M., Lundberg, O., Parker, M. (1993). Class and morbidity among the oldest old. A study shows a general connection. *Journal of Swedish Medical Association*, 90(41), 3547-3553.
- Tobío, C. (2012). Cuidado e identidad de género: De las madres que trabajan a los hombres que cuidan. *Revista Internacional de Sociología (RIS)*, 70 (2), 399-422.
- Urbanos Garrido, R. (2016). La desigualdad en el acceso a las prestaciones sanitarias. Propuestas para lograr la equidad. *Gaceta Sanitaria*, 30 (Supl 1), 25-30.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2007). Informe Salud y Género 2006. Observatorio de Salud de la Mujer. Madrid: Disponible en: <http://www.msps.es/ciudadanos/proteccionSalud/mujeres/docs/informeSaludGenero2006.pdf>
- Valls-Llobet, C. (2008). Diagnóstico diferencial del dolor y de la fibromialgia. *Anuario de Psicología* 39(1), 87-92.
- Valls-Llobet, C., Ojuel-Solsona, J., López-Carrillo, M., Fuentes-Pujol, M. (2005). Manifestación y medicalización del malestar de las mujeres. En: Material de formación en Perspectiva de Género en Salud. Barcelona: Centre d'Anàlisi i Programes Sanitaris.
- Vázquez, S., Garrido, F. (2016). El enfoque de género en las necesidades de atención sociosanitaria. *Enferm Clin*, 26 (1), 76-80.
- Velasco, S. (2008). Recomendaciones para la práctica clínica con enfoque de género. Madrid: Observatorio de Salud de la Mujer, Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, Ministerio de Sanidad y Política Social, 55.
- Velasco, S. (2009). Sexos, Género y salud. Teoría y métodos para la práctica clínica y programas de salud. Madrid: Ediciones Minerva.
- Velasco, S., López-Dóriga, B., Tourné, M. et al (2007). Evaluación de una intervención biopsicosocial para el malestar de las mujeres en atención primaria. *Feminismo/s*, 10, 111-131.
- Verbakel, E., Tamlagsrønning, S., Winstone, L., Fjær, E. L., Eikemo, T. E. (2017). Informal care in Europe: findings from the European Social Survey (2014) special module on the social determinants of health. *European Journal of Public Health*, 27(1), 90-95.
- Verbrugge, L. M. (1989). The twain meet: empirical explanations of sex differences in health and mortality. *Journal of Health and Social Behavior*, 30(3), 282-304.

- Villar-Álvarez, F., Banegas-Banegas, J. R., Donado-Campos, J. M., Rodríguez-Artalejo, F. (2007). Las enfermedades cardiovasculares y sus factores de riesgo en España: hechos y cifras. INFORME SEA 2007. Madrid: Sociedad Española de Arteriosclerosis.
- Viner, R. M., Cole, T. J. (2005). Adult socioeconomic, educational, social, and psychological outcomes of childhood obesity: a national birth cohort study. *BMJ*, 330(7504): 1354.
- Vives, A., Vanroelen, C., Amable, M., et al. (2011). Employment precariousness in Spain: prevalence, social distribution, and population-attributable risk percent of poor mental health. *Int J Health Serv*, 41, 625–646.
- Weber, L., Parra-Medina, D. (2003). Intersectionality and women's health: charting a path to eliminating health disparities In: Demos V, Segal MT., editors. *Advances in gender research: gender perspectives on health and medicine*. Oxford: Elsevier Science, Ltd, 183–226.
- White, A., de Sousa, B., de Visser, R. O., Hogston, R., Madsen, S.A., Makara, P., Richardson, N., Zatonski, W. (2011). *The State of Men's Health in Europe*. Brussels: European Commission.
- World Economic Forum (2017). Global Gender Gap Index. Disponible en: http://www3.weforum.org/docs/WEF_GGGR_2017.pdf
- Yeh, S. C., Lo, S. K. (2004). Living alone, social support, and feeling lonely among the elderly. *Social Behavior and Personality*, 32(2).
- Zimmermann, M. (2010). La mujer en el mundo del trabajo desde la perspectiva de la VI Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo. En: Informe sobre el estado de la seguridad y salud laboral en España 2008. Madrid: Ministerio de Trabajo e Inmigración. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.



10. ANEXO FUENTES DE INFORMACIÓN CONSULTADAS

Anexo 1.

1. FUENTES DE INFORMACIÓN ESTATALES Y SUPRAESTATALES

1.1. Fuentes de datos de salud

- Estadística de Centros Sanitarios de Atención Especializada (MSSI)
- Encuesta de Morbilidad Hospitalaria (INE)
- Estadística de Defunciones según la Causa de Muerte (INE)
- Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (INE)
- Encuesta de Integración Social y Salud (INE)
- Estadística Estatal de Actividad de Centros y Servicios de Transfusión (MSSI)
- Encuesta Nacional de Salud (MSSI)
- Explotación Estadística del Conjunto Mínimo Básico de Datos (RAE-CMBD): Demanda Hospitalaria y Morbilidad Atendida (MSSI)
- Estadística de Interrupciones Voluntarias del Embarazo (MSSI)
- Estadística de Vacunaciones Sistemáticas (MSSI)
- Indicadores de Salud (MSSI)
- Registro de Centros de Extracción e Implante de Órganos (MSSI)
- Registro de Centros de Extracción, Procesamiento e Implante de Tejidos y Células (MSSI)
- Estadística de Actividad de Donación y Trasplante de Órganos (MSSI)
- Estadística de Actividad de Donación, Procesamiento y Trasplante de Tejidos y Células (MSSI)
- Estadística del Consumo Farmacéutico a través de Recetas Médicas del Sistema Nacional de Salud, Incluido el Mutualismo Administrativo (MSSI)
- Medicamentos Autorizados (MSSI)
- Estadística de Enfermedades de Declaración Obligatoria (MEIC)
- Sistema de Información de Atención Primaria del Sistema Nacional

de Salud (MSSI)

- Barómetro Sanitario (MSSI)
- Encuesta Europea de Salud (INE)
- Estadística de Consumo de Medicamentos en los Hospitales de la Red Pública del Sistema Nacional de Salud (MSSI)
- Estadística de Enfermedades Profesionales (MESS)
- Estadística de Patologías no Traumáticas (MESS)

1.2. Fuentes de datos no específicas de salud

- World Economic Forum
- Instituto Europeo de la Igualdad de Género (EIGE)
- Instituto Nacional de Estadística
 - Tablas de Mortalidad (INE)
 - MNP: Estadística de Defunciones (INE)
- Instituto de la Mujer
 - o Estadísticas de Salud. Mujeres en Cifras
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales
 - Sistema Estatal de Información de Servicios Sociales (SEISS)
 - Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD)
 - Pensiones no contributivas de jubilación e invalidez
 - Prestaciones Sociales y Económicas para personas con discapacidad
 - Las personas mayores en España. (2014)
- Otras fuentes
 - Explotación Estadística del Registro de Instalaciones Farmacéuticas (MSSI)
 - Estadística de Accidentes de Trabajo (MESS)
 - Estadística de Cuidado de Menores Afectados por Cáncer u Otra Enfermedad Grave (MESS)

1.3. Violencia de Género

- Portal Estadístico. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género (MSSSI)

2. FUENTES DE INFORMACIÓN AUTONÓMICAS

2.1. Fuentes de datos de salud

- Información y Estadísticas Sanitarias de Andalucía
 - Estadística de Centros Sanitarios de Atención Especializada en Andalucía
 - Estadística de Detección Precoz del Cáncer de Mama de Andalucía
 - Estadística de Enfermedades Transmisibles en Andalucía
 - Estadística de Interrupción Voluntaria del Embarazo en Andalucía
 - Estadística de Vacunaciones de Andalucía
 - Estadística del Conjunto Mínimo Básico Hospitalario (CMBD)
 - Conjunto Mínimo Básico de Datos Urgencias Hospitalarias
 - Base de Datos de Usuarios del Sistema Sanitario Público de Andalucía
 - Sistemas de Información de Atención Primaria (SIAP)
 - Encuesta Andaluza de Salud 1999-2015 (EAS)
 - La Salud Mental en Andalucía 2008-2013. Instituto Andaluz de Salud Mental
- Planes Integrales de Atención Sanitaria
 - Plan Integral de atención a la enfermedad crónica (2012-2016)
 - Plan Oncología (2007-2012)
 - Plan Integral de diabetes (actualización 2016)
 - Plan Integral de Salud Mental (2008-2012). PIISMA
 - Plan Andaluz de Cuidados Paliativos (200-2012)
 - Plan Integral de Atención a la Accidentabilidad (2007-2012)
 - Plan Integral de Atención a las Cardiopatías en Andalucía (2005-2009)
 - Plan Integral de Tabaquismo (2005-2010)
 - Plan Andaluz de Ictus (2011-2014)
 - Plan para la Promoción de la Actividad Física y la Alimentación Equilibrada (2004-2008) (PAFAE)
- Memorias de los organismos de salud
 - Memoria del Servicio Andaluz de Salud

- Memoria Estadística de la Consejería de Salud de Andalucía

2.2. Población

- Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía (IECA). Consejería de Economía y Conocimiento
 - Anuario Estadístico de Andalucía
 - Encuesta de Condiciones de Vida. Resultados para Andalucía
 - Encuesta de empleo del tiempo en Andalucía. 2009-2010
 - Encuesta de Población Activa
 - Encuesta de Presupuestos Familiares
 - Indicadores Sociales de Andalucía
 - Movimiento Natural de la Población
 - Sistema de Indicadores Europa 2020 para Andalucía
 - Sistema de Información Multiterritorial de Andalucía. SIMA
- Consejería de Igualdad y Políticas Sociales
 - Boletín Estadístico Andaluz de Prestaciones Económicas Periódicas. 2016
 - Estadísticas de Discapacidad. Centros de Valoración y Orientación de Andalucía
- Otras fuentes
 - La Pobreza en Mayúsculas: Estado de la Pobreza en Andalucía. 2017
 - Estadística sobre personas beneficiarias de pensiones de naturaleza no contributiva en Andalucía. 2016

2.3. Violencia de Género

- Informe de Magnitudes

Índice de Tablas

Tabla 1. Distribución de la población por sexo, tamaño del municipio y provincia. Andalucía 2016..	52
Tabla 2. Tasas específicas de fecundidad (Nacimientos por 1000 mujeres en edad fértil en cada intervalo de edad). Andalucía 2016.....	55
Tabla 3. Indicador coyuntural de fecundidad (número medio de hijos/as por mujer) y edad media a la maternidad. Andalucía 1975-2016.....	56
Tabla 4. Media anual de hogares (miles de hogares) según tamaño por sexo y edad de la persona de referencia. Andalucía 2017	60
Tabla 5. Porcentaje de personas con trabajo remunerado, por sexo, edad, nivel educativo y hábitat. Andalucía 2015.....	66
Tabla 6. Porcentaje de ingresos por sexo y diferencias de renta (euros anuales) según tipo de ingresos. Andalucía 2014.....	71
Tabla 7. Personas que realizan actividades relacionadas con el hogar (domésticas) y la familia en el transcurso del día y tiempo dedicado según día de la semana, por sexo. Andalucía 2009	73
Tabla 8. Quién se ocupa principalmente del trabajo doméstico. Andalucía 2015	75
Tabla 9. Porcentaje de personas que se ocupan del trabajo doméstico (solos/as o con ayuda), por sexo, edad, nivel educativo y hábitat. Andalucía 2015	76
Tabla 10. Porcentaje de personas que se ocupan de los cuidados por sexo. Andalucía 2015.....	77
Tabla 11. Porcentaje de personas por dedicación al cuidado de personas mayores o con dolencias crónicas, por sexo, edad y tiempo dedicado. Andalucía 2014.....	78
Tabla 12. Porcentaje de personas que se ocupan solas y con ayuda de los cuidados, entre quienes conviven con alguna persona que los requiere, por sexo, edad, nivel educativo y hábitat....	78
Tabla 13. Porcentaje de personas que sufren problemas ambientales del entorno en que reside por sexo. Andalucía 2015.....	84
Tabla 14. Porcentaje de personas que consumen algún tipo de bebida alcohólica con una frecuencia de al menos una vez al mes por sexo y edad. Andalucía 2015	94
Tabla 15. Porcentaje de personas según el tipo de ejercicio por sexo. Andalucía 2015.....	98
Tabla 16. Porcentaje de personas que hacen ejercicio físico en su tiempo libre por sexo.	99
Tabla 17. Porcentaje de personas con sedentarismo en el tiempo libre, por sexo, edad, nivel educativo y hábitat. Andalucía 2015.....	100
Tabla 18. Porcentaje de personas que consumen determinados tipos de alimentos a diario por sexo. Andalucía 2015.....	102
Tabla 19. Porcentaje de personas que toman determinados tipos de desayuno por sexo.	102
Tabla 20. Indicadores de Mortalidad según sexo y provincia. Andalucía 2015.....	106
Tabla 21. Tasas de Mortalidad (por 1000 hab) según sexo y brecha de género en cada grupo de edad. Andalucía 2016.....	107

Tabla 22. Tasas estandarizadas de mortalidad por causa de muerte (capítulos de la 10ª revisión de la CIE) según sexo (ordenadas de mayor a menor en mujeres). Andalucía 2016.....	112
Tabla 23. Años potenciales de vida perdidos según sexo y causa de muerte (capítulos de la 10ª revisión de la CIE). Andalucía 2016	115
Tabla 24. Tasa estandarizada y número medio de años potenciales de vida perdidos por sexo y causa de muerte (capítulos de la 10ª revisión de la CIE). Andalucía 2016	116
Tabla 25. Porcentaje de población según estado de salud percibido el último año. Andalucía 2015..	123
Tabla 26. Porcentaje de personas con buena salud percibida (excelente, muy buena y buena) por sexo, según diferentes variables socio-económicas. Andalucía 2015.....	124
Tabla 27. Modelo Multivariante de salud autopercebida donde se compara el riesgo de mala salud frente a buena salud. Andalucía 2015	126
Tabla 28. Modelo Multivariante de salud autopercebida del riesgo de mala salud frente a buena salud. Hombres. Andalucía 2015	127
Tabla 29. Modelo Multivariante de salud autopercebida del riesgo de mala salud frente a buena salud. Mujeres. Andalucía 2015.....	127
Tabla 30. Puntuación media de la escala SF-12 para el componente físico y el mental, por sexo y resto de variables. Andalucía 2015.....	130
Tabla 31. Resultados del Modelo Multivariante de SF12 componente física. Andalucía 2015	131
Tabla 32. Resultados del Modelo Multivariante de SF12 componente física. Mujeres. Andalucía 2015	131
Tabla 33. Resultados del Modelo Multivariante de SF12 componente física. Hombres. Andalucía 2015	132
Tabla 34. Porcentaje de personas por sexo que en las últimas 4 semanas tuvieron alguna limitación por un problema físico o emocional, por sexo, edad, nivel educativo y hábitat de residencia...	134
Tabla 35. Porcentaje de personas por sexo que en las últimas 4 semanas tuvieron alguna limitación por dolor, según sexo, edad, nivel educativo y hábitat. Andalucía 2015	135
Tabla 36. Las 10 enfermedades o padecimientos crónicos más frecuentes en mujeres y en hombres. Andalucía 2015.....	142
Tabla 37. Porcentaje de personas con enfermedades crónicas padecidas y diagnosticadas por algún/a profesional de la salud por sexo. Andalucía 2015	143
Tabla 38. Las 5 enfermedades o padecimientos crónicos más frecuentes en mujeres y en hombres, por grupos de edad. Andalucía 2015	144
Tabla 39. Indicadores de salud relacionados con Enfermedades Cardiovasculares, por sexo.	149
Tabla 40. Indicadores de salud relacionados con Diabetes, por sexo. Andalucía 2015-2016	156
Tabla 41. Porcentaje de personas en cada categoría del IMC por sexo y resto de variables. Andalucía 2015	159
Tabla 42. Indicadores de salud relacionados con Enfermedades Crónicas de Vías Respiratorias/EPOC	163

Tabla 43. Indicadores de salud relacionados con Enfermedades Reumáticas y Musculoesqueléticas	164
Tabla 44. Porcentaje de personas por sexo que padecen enfermedades crónicas reumáticas o musculoesqueléticas, se medican por ello y presenta una limitación en su actividad cotidiana. Andalucía 2015	166
Tabla 45. Indicadores de salud relacionados con Tumores, por sexo. Andalucía 2015-2016	168
Tabla 46. Indicadores de salud relacionados con los Trastornos mentales	173
Tabla 47. Resultados del Modelo Multivariante de SF12 componente mental.	174
Tabla 48. Porcentaje de personas por sexo que en las últimas 4 semanas tuvieron alguna limitación por problema emocional. Andalucía 2015.	176
Tabla 49. Factores de riesgo para padecer un trastorno mental. Estudio PISMA-ep.	177
Tabla 50. Porcentaje de personas con discapacidad (personas mayores de 6 años), según tipo de discapacidad por sexo y edad. Andalucía 2008	183
Tabla 51. Tasa de personas con discapacidad por mil, según edad y tipo de discapacidad. Andalucía 2008	184
Tabla 52. Porcentaje de población que realiza principalmente los cuidados, según sexo y edad. Andalucía 2008.	189
Tabla 53. Personas dependientes valoradas en los centros de valoración y orientación (con un grado de discapacidad igual o mayor al 33%). Andalucía y provincias a 31 de diciembre de 2017	189
Tabla 54. Porcentaje de personas que han sufrido algún accidente en los últimos 12 meses, número medio de accidentes sufridos, lugar y tipo de daño que produjo el último accidente, por sexo. Andalucía 2015.	192
Tabla 55. Porcentaje de accidentes de trabajo con baja en jornada, por sexo y edad. Andalucía 2015	193
Tabla 56. Porcentaje de escolares de 11 a 18 años ante distintas conductas sexuales por sexo y edad. Andalucía 2014.	196
Tabla 57. Distribución de la utilización de métodos anticonceptivos y tipo de método principal utilizado, por sexo. Andalucía 2015.	200
Tabla 58. Distribución de la utilización de métodos anticonceptivos y tipo de método principal utilizado, por nivel de estudios, edad y hábitat, en cada sexo. Andalucía 2015.	201
Tabla 59. Anticonceptivo que utilizan las mujeres de 15 a 49 años (%) como método principal. España y Andalucía 2014	202
Tabla 60. Incidencia de IVE en mujeres de 15 a 49 años (tasa de IVE por 1000 mujeres). Andalucía 2001-2016	204
Tabla 61. IVE por edad (números absolutos, índice de concentración por edad y tasa específica por edad). Andalucía 2016.	205
Tabla 62. Casos de sida por sexo y modo de transmisión. Andalucía y España. Datos acumulados desde 1981. Fecha de actualización: 30 de junio de 2017.	208
Tabla 63. Número de víctimas mortales según edad. Andalucía 2003-2017	210

Tabla 64. Número de Víctimas mortales por violencia de género y porcentaje del total de Andalucía. Andalucía y provincias 2003-2017.....	210
Tabla 65. Número de denuncias y porcentaje en Andalucía sobre el total de España (2007-2017)	211
Tabla 66. Porcentaje de personas con doble cobertura sanitaria (pública y privada), según edad, nivel educativo, tamaño poblacional de residencia y país de nacimiento, en cada sexo. Andalucía 2015	215
Tabla 67. Porcentaje de inaccesibilidad por razones económicas. Andalucía y España 2017	215
Tabla 68. Participación en los Programas de Promoción de Salud ofertados en el ámbito educativo, laboral y sanitario. Andalucía 2017/2018	219
Tabla 69. Porcentaje de personas a quienes se midió alguna vez la tensión arterial, el nivel de colesterol y glucosa, según edad, nivel educativo, tamaño poblacional de residencia, y país de nacimiento, en cada sexo. Andalucía 2015	221
Tabla 70. Porcentaje de personas vacunadas de gripe, según edad, nivel educativo, hábitat, y país de nacimiento, por sexo. Andalucía 2015	222
Tabla 71. Porcentaje de hombres y mujeres que consultan a algún servicio sanitario en las últimas dos semanas por un problema propio, según edad, nivel educativo, tamaño poblacional de residencia, y país de nacimiento, en cada sexo. Andalucía 2015	225
Tabla 72. Porcentaje de mujeres y hombres que realizan consultas médicas en los servicios de Atención Primaria en los últimos doce meses. Andalucía 2015	227
Tabla 73. Porcentaje de personas que acuden a un servicio de urgencias en los últimos 12 meses, según edad, nivel educativo, hábitat y país de nacimiento, por sexo. Andalucía 2015	229
Tabla 74. Porcentaje de personas que acuden a una consulta de urgencias por lugar de consulta y sexo. Andalucía 2015.....	230
Tabla 75. Porcentaje de población según tiempo transcurrido entre el inicio de la sintomatología y la petición de asistencia urgente. (Población que ha utilizado algún servicio de urgencias en los últimos 12 meses)	230
Tabla 76. Brechas de género en procedimientos de Cirugía Mayor Ambulatoria comunes a hombres y mujeres. Andalucía 2015.....	233
Tabla 77. Utilización de servicios de salud mental, por sexo. Andalucía 2016.....	236
Tabla 78. Procedimientos de Cirugía Mayor Ambulatoria relacionados con la salud reproductiva de hombres y mujeres. Andalucía 2015	238
Tabla 79. Partos según tipo. Andalucía y España 2010-2015.....	239
Tabla 80. Porcentaje de partos en el sistema de sanidad privado. Andalucía y España 2010-2015	240
Tabla 81. Porcentaje de mujeres y hombres que consumieron algún tipo de medicamento en las últimas dos semanas, según edad, nivel educativo, tamaño poblacional de residencia y país de origen. Andalucía 2015.....	242

Índice de Gráficos

Gráfico 1.	Pirámide de población. Andalucía 2016	53
Gráfico 2.	Tasa bruta de natalidad (nacimientos por 1.000 habitantes). Andalucía 1975-2016	54
Gráfico 3.	Ratio de masculinidad al nacimiento (porcentaje). Andalucía y España 2001-2016	54
Gráfico 4.	Tasa Global de Fecundidad (nacimientos por 1.000 mujeres en edad fértil). Andalucía 2001-2016	55
Gráfico 5.	Población extranjera por sexo y edad. Andalucía 2016	57
Gráfico 6.	Porcentaje de abandono escolar temprano por sexo. Andalucía 2005-2016	62
Gráfico 7.	Población de 16 a 64 años por sexo y relación con la actividad económica. Andalucía 2º trimestre 2017	64
Gráfico 8.	Evolución del paro registrado por sexo. Andalucía 2004-2016	65
Gráfico 9.	Distribución de la población inactiva por sexo y clase principal de inactividad (media anual). Andalucía 2016	65
Gráfico 10.	Población ocupada según sexo y jornada laboral. Andalucía 2016	67
Gráfico 11.	Porcentaje de temporalidad por sexo y edad. Andalucía 2016	68
Gráfico 12.	Renta media (miles de euros) por persona del hogar, por sexo y edad. Andalucía 2014	70
Gráfico 13.	Evolución del porcentaje de hogares con dificultades para llegar a fin de mes. Andalucía 2004- 2015	72
Gráfico 14.	Duración media de las actividades realizadas a lo largo de un día. Andalucía 2009	82
Gráfico 15.	Índice de Desigualdad de Género en Andalucía. 2005-2012	88
Gráfico 16.	Índice de Igualdad de Género en España. EIGE 2015	89
Gráfico 17.	Índice del Global Gender Gap (España). World Economic Forum 2017	90
Gráfico 18.	Porcentaje de personas que fuman tabaco diariamente por sexo y edad. Andalucía 2015	92
Gráfico 19.	Edad media (años) de inicio en el tabaco de quienes han fumado alguna vez. Andalucía 2015	92
Gráfico 20.	Porcentaje de personas que han dejado de fumar por sexo y edad. Andalucía 2015	93
Gráfico 21.	Edad media (años) del consumo de alcohol. Andalucía 2015	95
Gráfico 22.	Porcentaje de personas con actividad habitual o trabajo sedentario por sexo. Andalucía 1999- 2015	98
Gráfico 23.	Porcentaje de personas con sedentarismo en el tiempo libre por sexo. Andalucía 1999- 2015	100
Gráfico 24.	Número de defunciones por todas las causas por sexo y edad. Andalucía y España 2016	107
Gráfico 25.	Porcentaje de defunciones según sexo y edad. Andalucía 2016	108
Gráfico 26.	Evolución de la mortalidad general por 1000 habitantes. Andalucía 2005-2015	108
Gráfico 27.	Tasa de mortalidad general estandarizada por 1000 habitantes, por sexo y provincias. Andalucía 2015	109
Gráfico 28.	Evolución de la EVN por sexo y de la brecha de género. Andalucía 1975-2016	109

Gráfico 29.	Evolución de la Esperanza de vida a los 65 años y brecha de género según sexo. Andalucía 1990-2016	110
Gráfico 30.	Años de vida saludable al nacer y a los 65 años. Andalucía y España 2015	110
Gráfico 31.	Porcentaje de las 10 causas de muerte más frecuentes en mujeres y hombres sobre el total de defunciones. Andalucía 2016	112
Gráfico 32.	Tasa de Mortalidad de 1 a 14 años por 100.000, por causa y sexo. Andalucía 2014	113
Gráfico 33.	Tasa de Mortalidad de 15 a 64 años por 100.000, por causa y sexo. Andalucía 2014	113
Gráfico 34.	Tasa de Mortalidad de 65 y más años por 100.000, por causa y sexo. Andalucía 2014	114
Gráfico 35.	Tasa de años potenciales de vida perdidos (APVP) por 1.000 hab, según sexo. Andalucía 2006-2015	114
Gráfico 36.	Tasa de años potenciales de vida perdidos (APVP) por 1.000, por enfermedades circulatorias. Andalucía 2009-2014	116
Gráfico 37.	Tasa de años potenciales de vida perdidos (APVP) por 1.000, por tumores. Andalucía 2009-2014	117
Gráfico 38.	Tasa de años potenciales de vida perdidos (APVP) por 1.000, por causas externas. Andalucía 2009-2014	117
Gráfico 39.	Tasa de mortalidad evitable (MIPSE) de 5 a 64 años por 100.000. Andalucía 2006-2015	118
Gráfico 40.	Puntuación media del sentimiento de felicidad (0 completamente infeliz, 10 completamente feliz) por edad y sexo. Andalucía 2015	119
Gráfico 41.	Puntuación media del sentimiento de felicidad (0 completamente infeliz, 10 completamente feliz) por nivel de estudios y sexo. Andalucía 2015	119
Gráfico 42.	Puntuación media del sentimiento de felicidad (0 completamente infeliz, 10 completamente feliz) por trabajo y sexo. Andalucía 2015	120
Gráfico 43.	Porcentaje de chicas y chicos de 11 a 18 años según percepción de su salud, por sexo y edad. Andalucía 2014	120
Gráfico 44.	Porcentaje de personas que valora su salud como buena/muy buena por sexo. En orden decreciente para mujeres. Por CCAA 2017	122
Gráfico 45.	Porcentaje de población según percepción de su salud en general. Andalucía 2015	123
Gráfico 46.	Porcentaje de personas con buena salud autopercibida por sexo y edad. Andalucía 2015	123
Gráfico 47.	Porcentaje de personas con buena salud autopercibida, por sexo y nivel educativo. Andalucía 2015	125
Gráfico 48.	Distribución de SF12 por sexo y edad, componente física y mental. Andalucía 2015	129
Gráfico 49.	Evolución de la puntuación media de SF12 componente física y mental por sexo. Andalucía 2015	132
Gráfico 50.	Porcentaje de personas que dejaron de hacer algunas tareas en su trabajo o actividad cotidiana en las últimas 4 semanas, por sexo y edad. Andalucía 2015	133
Gráfico 51.	Porcentaje de personas que no hizo su trabajo o actividad cotidiana tan cuidadosamente como de costumbre por algún problema emocional por sexo y edad. Andalucía 2015	133

Gráfico 52.	Porcentaje de personas según la frecuencia con la que el dolor limitó su actividad habitual, por sexo. Andalucía 2015	134
Gráfico 53.	Porcentaje de personas con limitación por dolor con bastante o mucha frecuencia, por sexo y edad. Andalucía 2015	135
Gráfico 54.	Porcentaje de personas con limitación por dolor con bastante o mucha frecuencia por sexo y nivel educativo. Andalucía 2015	136
Gráfico 55.	Porcentaje de personas con limitación por dolor por sexo y hábitat. Andalucía 2015	136
Gráfico 56.	Porcentaje de personas que padecen alguna enfermedad o dolencia crónica por sexo y edad. Andalucía 2015.....	138
Gráfico 57.	Porcentaje de personas con enfermedades crónicas por sexo y edad, según el número de enfermedades padecidas. Andalucía 2015.....	138
Gráfico 58.	Porcentaje de personas con enfermedades crónicas por sexo y nivel educativo, según el número de enfermedades padecidas. Andalucía 2015	139
Gráfico 59.	Porcentaje de personas con enfermedades crónicas por sexo y hábitat, según el número de enfermedades padecidas. Andalucía 1999-2015	139
Gráfico 60.	Porcentaje de personas con enfermedades crónicas padecidas y diagnosticadas por algún/a profesional de la salud por sexo. Andalucía 2015	141
Gráfico 61.	Altas hospitalarias por Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD) en los hospitales del SSPA. Porcentaje de mujeres y hombres en cada GRD respecto al total de altas (GRD más frecuentes, de menor a mayor en mujeres). Andalucía 2016	147
Gráfico 62.	Urgencias hospitalarias por grupos clínicos en centros del SSPA. Porcentaje de mujeres y hombres en cada grupo clínico (de mayor a menor en mujeres). Andalucía 2016.....	148
Gráfico 63.	Tendencia de la mortalidad por cardiopatía isquémica en Andalucía y España. Tasas ajustadas por edad por 100.000 habitantes, 1990-2015	150
Gráfico 64.	Tasas estandarizadas de mortalidad por Enfermedades isquémicas del corazón por sexo y nivel de estudio. 30 y más años. España 2016	151
Gráfico 65.	Tasas estandarizadas de mortalidad por Enfermedades cerebrovasculares por sexo y nivel de estudio. 30 y más años. España 2016	152
Gráfico 66.	Tendencia de la mortalidad por enfermedad cerebrovascular en Andalucía y España. Tasas ajustadas por edad por 100.000 habitantes, 1990-2015	153
Gráfico 67.	Tasas estandarizadas de mortalidad por Insuficiencia cardiaca por sexo y nivel de estudio, 30 y más años. España 2016	153
Gráfico 68.	Tasas estandarizadas de mortalidad por diabetes, por sexo. Andalucía 1990-2013	156
Gráfico 69.	Tasas estandarizadas de mortalidad prematura por diabetes, por sexo. Andalucía 1990-2013	157
Gráfico 70.	Evolución de las tasas crudas de amputaciones mayores y menores por sexo. Andalucía 2016.....	157
Gráfico 71.	Tasas estandarizadas de mortalidad por Diabetes mellitus por sexo y nivel de estudio, 30 y más años. España 2016	158
Gráfico 72.	Porcentaje de personas por niveles del IMC por sexo. Andalucía 2015	159
Gráfico 74.	Porcentaje de personas por niveles del IMC por sexo y nivel educativo. Andalucía 2015	160

Gráfico 75.	Porcentaje de personas según la percepción de su peso en relación a su IMC, por sexo. Andalucía 2015.....	161
Gráfico 76.	Porcentaje de personas que perciben su peso, menor a lo normal, normal o por encima de lo normal, según su IMC, por sexo. Andalucía 2015	161
Gráfico 77.	Tendencia de la mortalidad por Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) en Andalucía y España. Tasas ajustadas por edad por 100.000 habitantes, 1990 - 2015	164
Gráfico 78.	Porcentaje de personas por sexo que padecen determinadas enfermedades reumáticas o musculoesqueléticas, por sexo y edad. Andalucía 2015.....	165
Gráfico 79.	Porcentaje de personas que padecen fibromialgia, por sexo y edad. Andalucía 2015.....	166
Gráfico 80.	Tendencia de la tasa ajustada de mortalidad por Cáncer de Pulmón, Andalucía 1999 – 2015	169
Gráfico 81.	Tendencia de las tasas ajustadas de mortalidad por cáncer de mama en mujeres, Andalucía 1999 -2015	170
Gráfico 82.	Poner título.....	171
Gráfico 83.	Puntuaciones medias en la escala SF-12 (salud mental), por sexo y edad. Andalucía 2015	173
Gráfico 84.	Porcentaje de personas con trastornos depresivos, de ansiedad y otros problemas mentales por sexo y edad. Andalucía 2015	175
Gráfico 85.	Porcentaje de personas que padecen alguna limitación por problemas de nervios, depresión o trastorno mental, por sexo y edad. Andalucía 2015	175
Gráfico 86.	Porcentaje de mujeres y hombres de distintos trastornos de las Unidades de Salud Mental Comunitaria.....	178
Gráfico 87.	Porcentaje de mujeres y hombres de distintas altas hospitalarias según GRD (mayores de 18 años)	179
Gráfico 88.	Porcentaje de las altas por trastorno mental según sexo. Andalucía 2008-2013	179
Gráfico 89.	Tasa de suicidios por 100000 habitantes por edad y sexo. Andalucía 2016	180
Gráfico 90.	Tasa de discapacidad por mil, según sexo y edad. Andalucía 2008	182
Gráfico 91.	Porcentaje de mujeres y hombres con discapacidad según tipo de discapacidad. Andalucía 2008.....	182
Gráfico 92.	Tasa de personas con discapacidad por mil, según tipo de discapacidad, por sexo. Andalucía 2004.....	184
Gráfico 93.	Esperanza de Vida Libre de Discapacidad al nacer. Varios indicadores. Andalucía 2008	185
Gráfico 94.	Esperanza de Vida y Esperanza de Vida Libre de Discapacidad a los 65 años. Varios indicadores. Andalucía 2008	185
Gráfico 95.	Personas con discapacidad que reciben cuidado intensivo, según edad. Andalucía 2008.....	186
Gráfico 96.	Porcentaje de personas con discapacidad de 6 a 64 años según tiempo de cuidados diarios recibidos. Andalucía y España 2008	187
Gráfico 97.	Porcentaje de personas con discapacidad de 65 a 79 años según tiempo de cuidados diarios recibidos. Andalucía y España 2008	187
Gráfico 98.	Porcentaje de personas con discapacidad de 80 años y más según tiempo de cuidados diarios recibidos. Andalucía y España 2008	188
Gráfico 99.	Personas con discapacidad según sexo y edad de la persona que realiza principalmente los cuidados. Andalucía y España 2008	188

Gráfico 100.	Porcentaje de personas con discapacidad que no recibe cuidados personales y sí los necesita, según edad y sexo. Andalucía y España 2008	190
Gráfico 101.	Incidencia de IVE en mujeres de 15 a 44 años (IVE por 1000 mujeres). Andalucía y España 2001-2016	205
Gráfico 102.	Porcentaje de mujeres y hombres con cobertura sanitaria pública, privada y mixta. Andalucía 2015.....	214
Gráfico 103.	Porcentaje de mujeres y hombres que no pudieron acceder a atención médica, a salud mental, a atención dental y a medicamentos recetados, por motivos económicos. Andalucía y España 2017	216
Gráfico 104.	Porcentaje de participación en Programas de Promoción de Salud del ámbito educativo y laboral, por sexo. Andalucía 2017/2018	219
Gráfico 105.	Porcentaje de mujeres y hombres a quienes se midió alguna vez la tensión arterial, el nivel de colesterol y glucosa, por sexo. Andalucía 2015.....	221
Gráfico 106.	Porcentaje de mujeres que utilizaron servicios preventivos específicos de salud reproductiva, por edad, nivel educativo, hábitat y país de nacimiento. Andalucía 2015	223
Gráfico 107.	Porcentaje de mujeres y hombres que utilizaron diferentes tipos de servicios sanitarios para consultar un problema propio en las últimas dos semanas. Andalucía 2015.	226
Gráfico 108.	Porcentaje de personas que en el último año consultan por problemas ajenos o propios y ajenos, por sexo y edad. Andalucía 2015	227
Gráfico 109.	Porcentaje de mujeres y hombres que utilizaron un servicio de urgencias en el último año por un problema propio, según lugar donde se prestó la atención sanitaria. Andalucía 2015.....	228
Gráfico 110.	Altas hospitalarias en hombres y mujeres. Andalucía 2016	232
Gráfico 111.	Evolución del número anual de donantes de órganos y tejidos. Andalucía 1993-2016	233
Gráfico 112.	Distribución por sexo de donantes de órganos. Andalucía 1993-2016	234
Gráfico 113.	Porcentaje de trasplantes por sexo. Andalucía 2016.....	234
Gráfico 114.	Porcentaje de procedimientos de Cirugía Mayor Ambulatoria realizados a mujeres y hombres. Andalucía 2015.....	237
Gráfico 115.	Porcentaje de cesáreas en las distintas provincias andaluzas. Andalucía 2016	239
Gráfico 116.	Porcentaje de cesáreas sobre el total de partos, según tipo de asistencia. Andalucía y España 2010-2015	240
Gráfico 117.	Porcentaje de medicamentos consumidos y recetados por sexo. Andalucía 2015	243
Gráfico 118.	Porcentaje de medicamentos recetados del total de consumidos. Andalucía 2015	243