

# DESIGUALDADES EN LA SALUD EN ANDALUCÍA

## INEQUIDADES EN LA CAPACIDAD DE ESTAR VIVO/A Y DE VIVIR UNA VIDA SALUDABLE

D<sup>a</sup> María del Mar García Calvente<sup>1</sup>. Escuela Andaluza de Salud Pública, Junta de Andalucía

(con la colaboración de D. Mauricio Matus<sup>2</sup> Universidad Pablo de Olavide).

---

### CONCLUSIONES.

En términos generales, y a partir del análisis realizado, podemos concluir que en Andalucía se evidencian desigualdades en prácticamente todos los indicadores de salud examinados y en función de diversos ejes que interactúan entre sí:

- Territorio: Andalucía respecto a España y otras comunidades autónomas.
- Edad: Las personas mayores respecto a las más jóvenes.
- Género: Las mujeres respecto a los hombres.
- Educación: Las de menor nivel educativo respecto a las que tienen un nivel de estudios más alto.

Por la disponibilidad de datos y la necesaria brevedad de este informe, no se ha podido profundizar con detalle en otros posibles ejes de desigualdad como el lugar de residencia –rural, urbano, barrios-, clase social o ingresos, etnia o país de origen, diversidad funcional o de orientación sexual e identidades de género.

### **EVITAR LA MORTALIDAD PREMATURA POR ENFERMEDAD, NEGLIGENCIA, ACCIDENTE O SUICIDIO.**

En las últimas décadas ha aumentado significativamente la esperanza de vida al nacimiento (EVN) en hombres y en mujeres, mientras que la brecha de género en esperanza de vida al nacer y a los 65 años ha disminuido en los años más recientes. Según los últimos datos disponibles, en España la EVN es de 80,39 años para los hombres y de 85,74 años para las mujeres.

Los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) indican que en Andalucía se produjeron un total de 69.895 defunciones en el año 2016, de las cuales 33.803 (48,4%) fueron mujeres y 36.092 (51,6%) de hombres. Las diferencias en las tasas de mortalidad también se reflejan en la esperanza de vida. La esperanza de vida al nacer es mayor en mujeres (84,6 años en 2016) que en hombres (79,2 años en 2016). Este fenómeno, similar a los países del entorno, ha sido denominado la “ventaja de la mortalidad” para

---

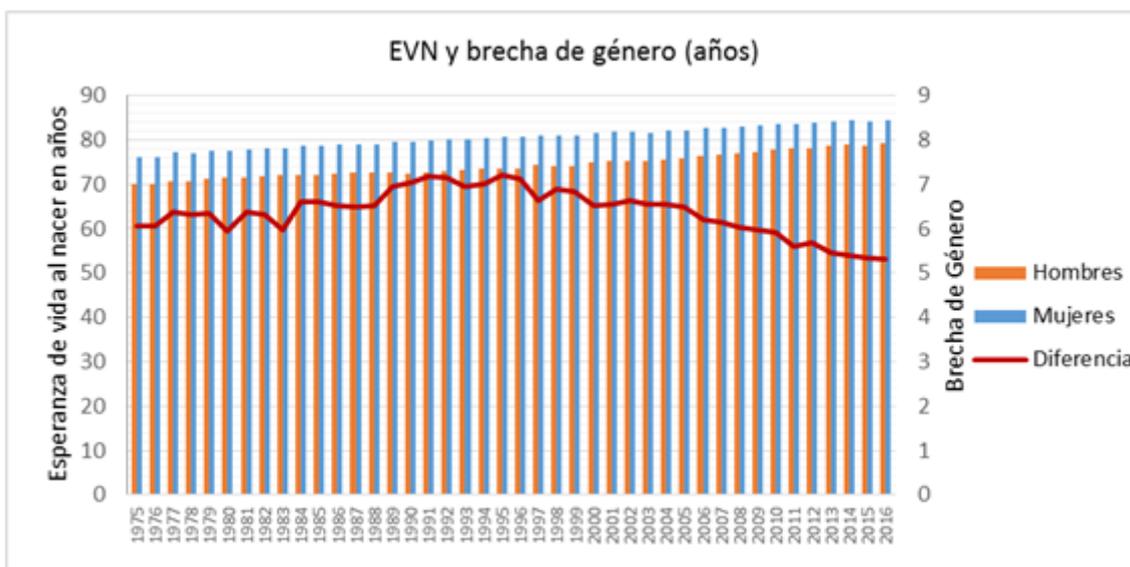
<sup>1</sup>Especialista en Salud Pública, Doctora en Medicina, Profesora de la Escuela Andaluza de Salud Pública, Junta de Andalucía.

<sup>2</sup>Especialista en desigualdades en el ámbito de vida y salud, Profesor del Departamento de Economía, Métodos Cuantitativos e Historia Económica de la Universidad Pablo de Olavide.

las mujeres, que ha ido reduciéndose durante los últimos años, y esta reducción se debe a la disminución más acusada de la mortalidad en hombres.

Tal y como se puede ver en el siguiente gráfico, la brecha de género en EVN ha ido estrechándose durante la última década, de forma que en 2006 las mujeres andaluzas vivían 6,2 años más que los hombres, y en 2016 viven 5,4 años más (García-Calvente et al., 2018).

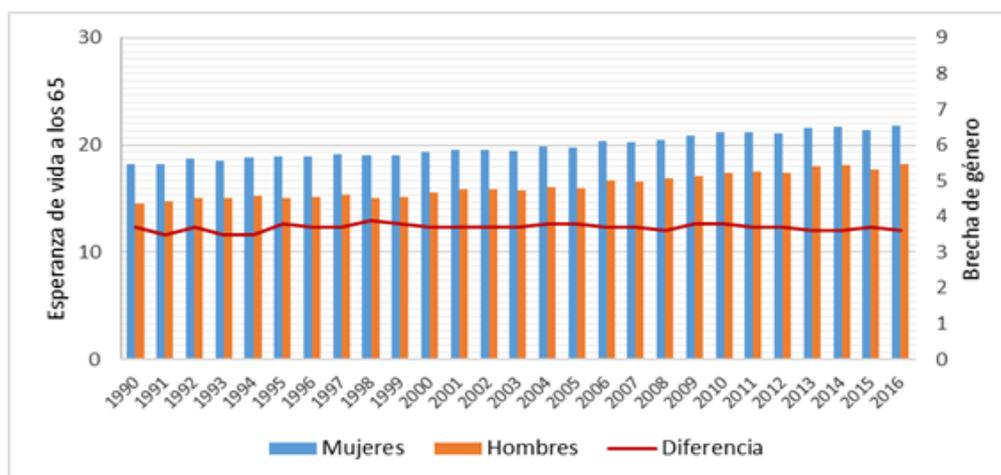
Figura 1. Evolución de la EVN por sexo y de la brecha de género, en años. Andalucía 1975-2016.



Fuente: Informe de Salud y Género en Andalucía 2018.

La diferencia entre mujeres y hombres es menor para la esperanza de vida a los 65 años (EV65), que en Andalucía era en 2016 de 18,2 años para los hombres y de 21,8 años para las 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.

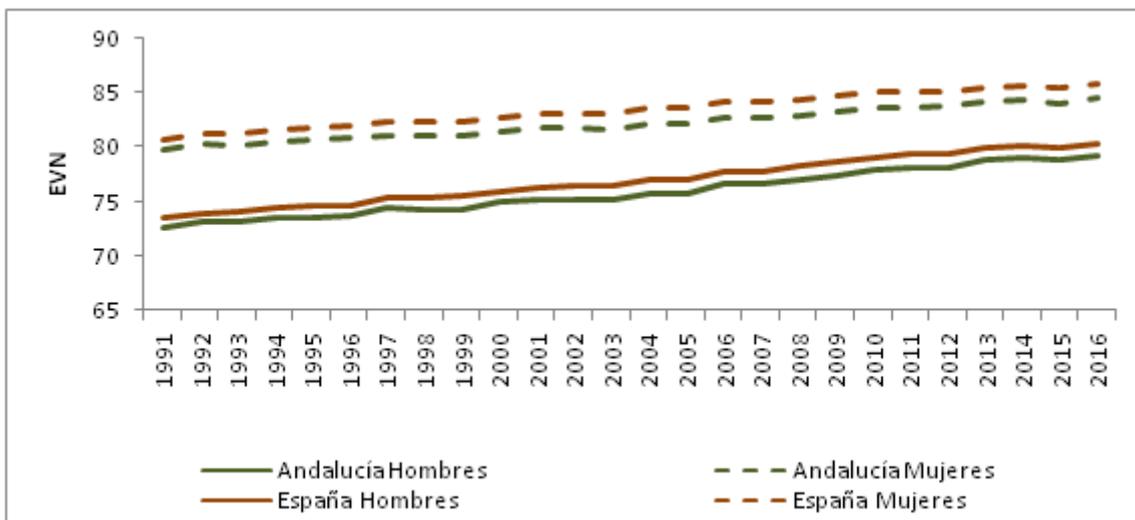
Figura 2. Evolución de la Esperanza de vida a los 65 años según sexo, y brecha de género. Andalucía 1990-2016.



Fuente: Informe de Salud y Género en Andalucía 2018.

En relación con España, la EVN en Andalucía es menor que en el conjunto del estado, y esta diferencia se mantiene tanto para hombres como para mujeres. En 2016, la población española tenía 1,25 años más de esperanza de vida al nacer que la de Andalucía.

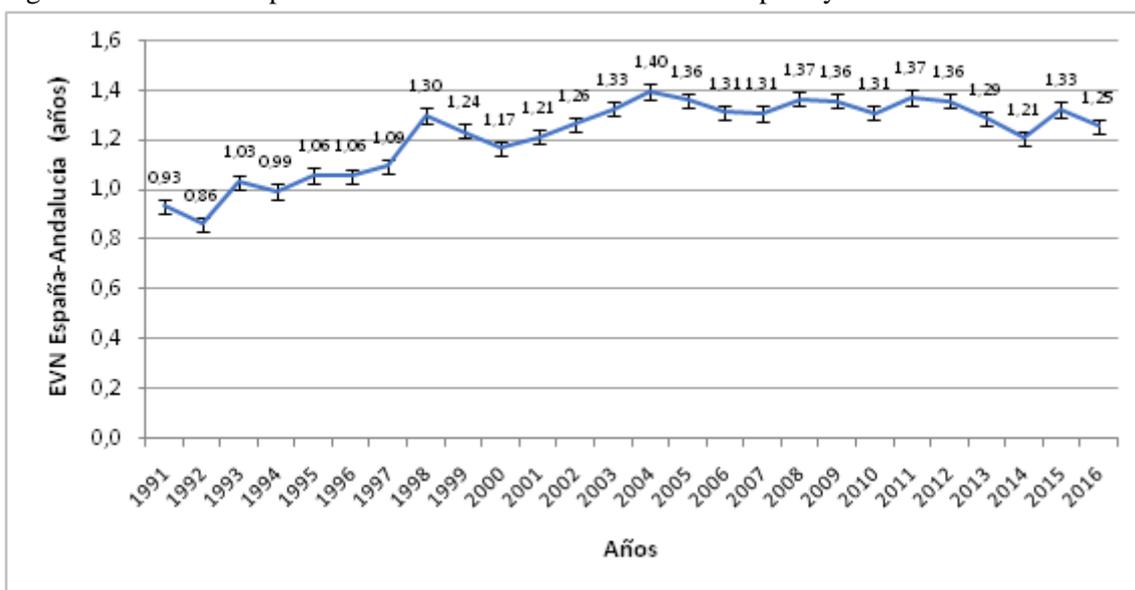
Figura 3. Esperanza de vida al nacer (EVN) de mujeres y hombres, en años. Andalucía y España 1991-2016.



Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto Nacional de Estadística.

Como se puede observar en la siguiente figura, la brecha en EVN entre España y Andalucía fue en aumento durante los años 1990-2004 para estabilizarse posteriormente, y experimentar una ligera reducción a partir del año 2012. Habrá que esperar para saber si esta tendencia a la disminución de la brecha, que podríamos asumir como un indicador de la reducción de las desigualdades en esperanza de vida entre Andalucía y España, se mantiene en los próximos años.

Figura 4. Brecha en esperanza de vida al nacer en años entre España y Andalucía. Periodo 1991-2016.



Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto Nacional de Estadística.

Si comparamos por Comunidades Autónomas, la EVN en Andalucía es una de las más bajas de España, y ocupa el 17º puesto, solo por delante de Ceuta y Melilla. La diferencia entre Andalucía y la comunidad con mayor esperanza de vida (Madrid) se sitúa actualmente en 2,7 años de promedio (INE, 2017).

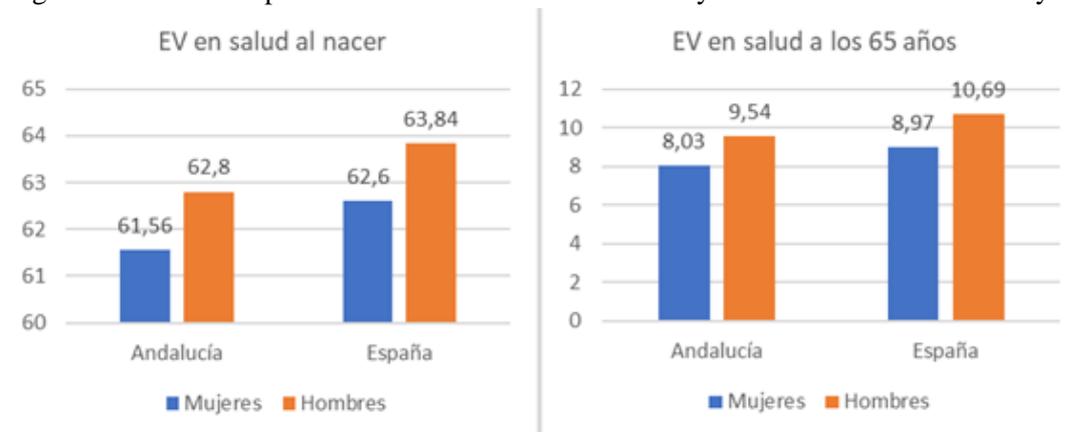
Figura 5. Esperanza de vida al nacer por comunidades autónomas en años, ambos sexos. España 2017.



Fuente: INE. Indicadores de mortalidad. Resultados por comunidades autónomas.

A pesar de que las mujeres tienen mayor esperanza de vida, ellas viven muchos de estos años adicionales con peor salud. Este fenómeno, llamado la “paradoja de la mortalidad”, se evidencia en que la brecha de género en EVN desaparece o incluso llega a invertirse cuando se trata de EV en buena salud. Tal y como se ve en los gráficos, en Andalucía las mujeres tienen 1,24 años menos de vida saludable al nacer que los hombres, igual a la brecha de género en España. El signo negativo persiste en este indicador a los 65 años, aunque la magnitud de la brecha es menor. La esperanza de vida en buena salud es inferior en Andalucía que en España. Las mujeres andaluzas viven 1 año menos en buena salud que el conjunto de las españolas al nacer, y la diferencia es similar (algo mayor) para los hombres. Estas diferencias se mantienen a los 65 años.

Figura 6. Años de esperanza de vida saludable al nacer y a los 65 años. Andalucía y España 2016.



Fuente: Elaboración propia. Datos del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Indicadores clave. Sistema Nacional de Salud 2016

Este mismo fenómeno ocurre cuando tenemos en cuenta la discapacidad. Mientras que en Andalucía las mujeres tienen una EVN que supera en 5 años a la de los varones, sólo vivirán 1,3 años más de vida sin

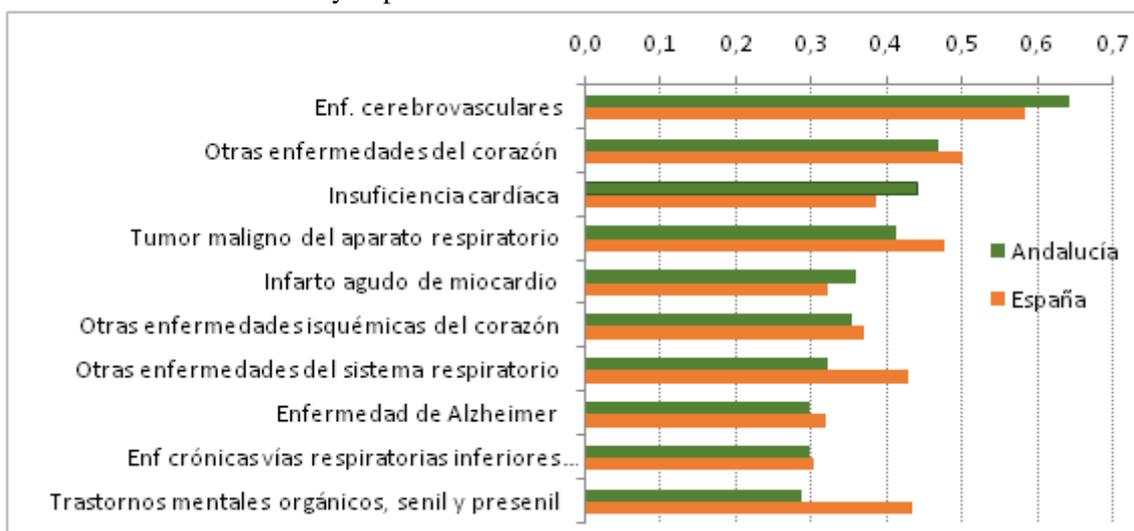
discapacidad. Cuando hablamos de EV65, la brecha de género llega a invertirse para la esperanza de vida sin discapacidad, de modo que los hombres vivirán 0,34 años más que las mujeres sin discapacidad (García-Calvente, 2018).

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

Ya hemos comentado que existen diferencias en las tasas de mortalidad por todas las causas entre Andalucía y España. Es importante también analizar las tasas específicas según las causas de muerte para detectar si existen desigualdades en la mortalidad prematura por determinados motivos.

En la figura 7 se puede apreciar que existen diferencias en las diez principales causas de muerte entre Andalucía y el conjunto del país. Las enfermedades cardíacas son las principales causas de muerte para ambos territorios, aunque las tasas de mortalidad en Andalucía superan a las de España en enfermedades cerebrovasculares, insuficiencia cardíaca e infarto agudo de miocardio. Sin embargo, las tasas son menores en el caso de tumor maligno del aparato respiratorio (que incluye cáncer de pulmón) y otras enfermedades respiratorias, así como en mortalidad por trastornos mentales orgánicos.

Figura 7. Tasas de mortalidad específica para las diez principales causas de muerte en Andalucía, por 1000 habitantes. Andalucía y España 2016.



Fuente: Elaboración propia. Datos del INE. Defunciones según causa de muerte 2016. Resultados por comunidades y ciudades autónomas

En relación a la mortalidad por enfermedades transmisibles, las tasas de mortalidad para el total de transmisibles son iguales para Andalucía y España. Como se ve en la tabla adjunta, este hecho se reproduce para las tres principales causas de muerte por transmisibles, que son la septicemia (ligeramente superior en Andalucía), las enfermedades infecciosas intestinales y la hepatitis vírica. La mortalidad por SIDA es igual para los dos territorios, y la de tuberculosis es ligeramente superior para España.

Figura 8. Tasas de mortalidad específica (por 1000 habitantes) para las principales enfermedades transmisibles. Andalucía y España 2016.

TASAS MORTALIDAD POR CADA MIL HABITANTES						
ENFERMEDADES INFECCIOSAS	España			Andalucía		
	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Total enfermedades transmisibles	0,15	0,15	0,16	0,15	0,15	0,15
Total para las tres principales causas	0,12	0,11	0,13	0,12	0,12	0,13
Septicemia	0,08	0,07	0,09	0,09	0,08	0,10
Enfermedades infecciosas intestinales	0,02	0,01	0,03	0,02	0,01	0,02
Hepatitis vírica	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,01
SIDA	0,01	0,02	0,00	0,01	0,02	0,00
Tuberculosis y sus efectos tardíos	0,01	0,01	0,00	0,00	0,01	0,00

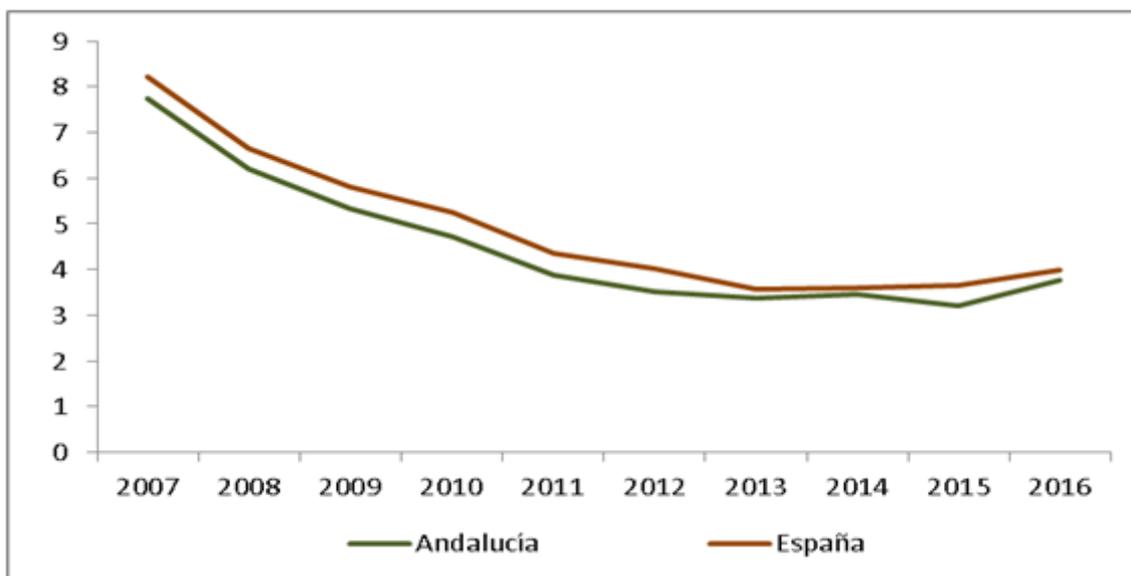
Fuente: INE. Defunciones según causa de muerte 2016. Resultados por comunidades y ciudades autónomas

Si analizamos las diferencias por sexo, en Andalucía la tasa bruta de mortalidad por enfermedades infecciosas es mayor para los hombres (17,84/1000 hab.) que para las mujeres (16,70/1000 hab.) (Consejería de Salud, 2015). Esta brecha de género en mortalidad se observa también cuando se analiza la mortalidad para el total de las causas, como ya se ha comentado anteriormente.

Una de las causas más importantes de muerte prematura y evitable en nuestro contexto son los accidentes, y concretamente los accidentes de tráfico. Según los datos de la Dirección General de Tráfico, en el año 2016 murieron 303 personas en Andalucía y 1810 en España por esta causa.

En los últimos diez años (2007-2016) se han reducido un 53% el número de muertes por accidentes de tráfico en España, igual porcentaje de reducción que en Andalucía. Como se puede observar en la figura adjunta, las tasas de mortalidad por accidentes de tráfico han seguido una tendencia descendente similar en Andalucía y en España, manteniéndose las tasas de Andalucía ligeramente por debajo de las nacionales. Durante los últimos años (2013-2016) se evidencia un estancamiento en la disminución de las tasas de muerte por esta causa, de manera paralela en Andalucía y en España.

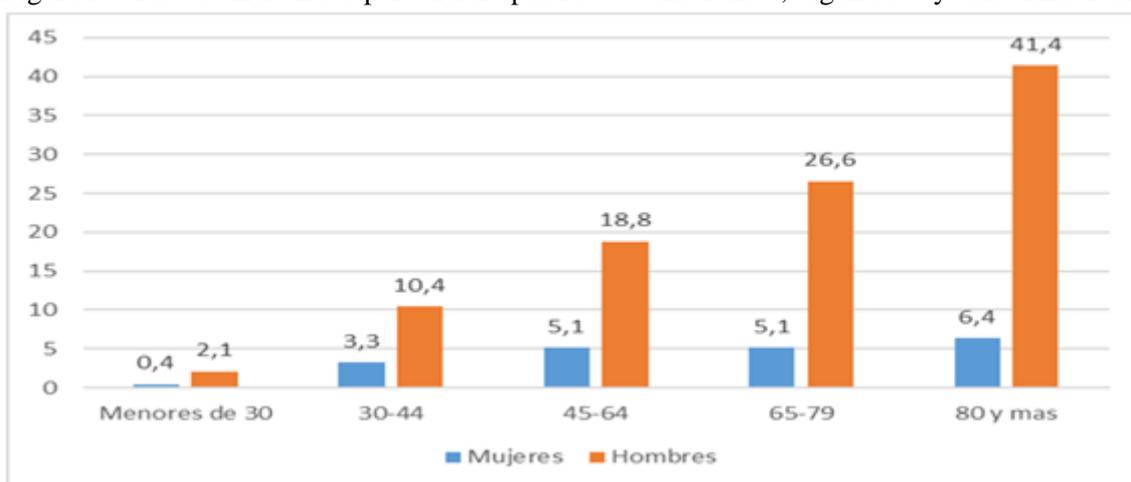
Figura 9. Tasas de mortalidad por accidentes de tráfico, por cada 100.000 habitantes. España y Andalucía 2007-2016.



Fuente: Dirección General de Tráfico 2016.

Durante el año 2016, murieron por suicidio 528 hombres y 140 mujeres en Andalucía. La tasa estandarizada por suicidio en hombres se sitúa en 10,94 por cada 100.000 habitantes, mientras que la tasa de mortalidad por esta causa en mujeres es mucho menor, cifrándose en 3,06 por 100.000 habitantes. Esta es una de las causas de mortalidad evitable en la que se encuentran importantes diferencias entre hombres y mujeres, de modo que las tasas en hombres cuadruplican a las de las mujeres por este motivo. Además del sexo-género, la edad es otro eje de desigualdad en la mortalidad por esta causa. 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.

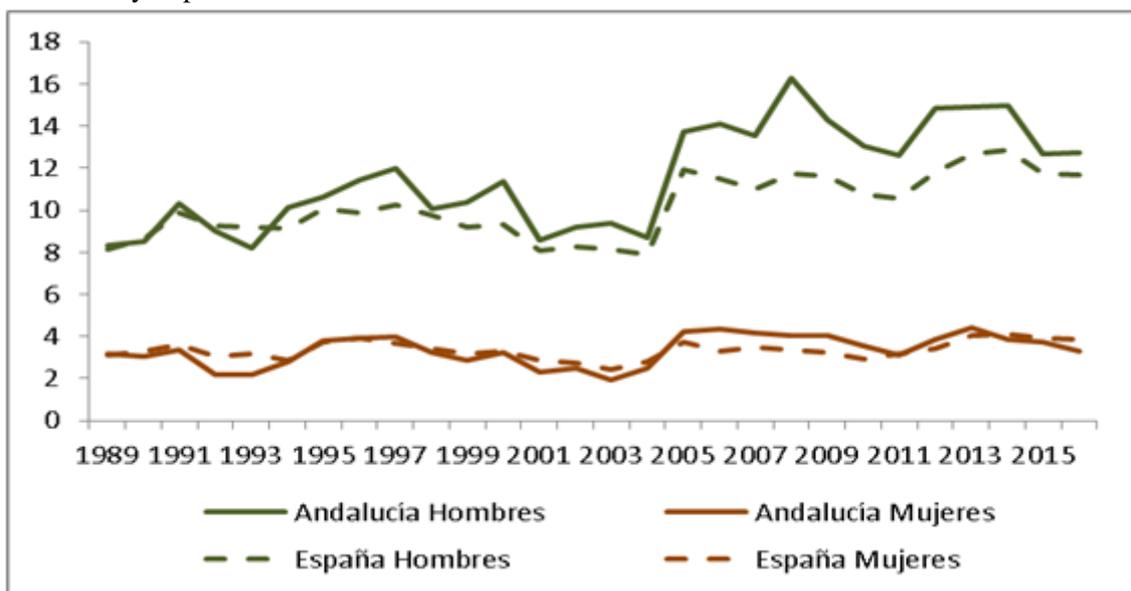
Figura 10. Tasa de mortalidad por suicidio por 100.000 habitantes, según edad y sexo. Andalucía 2016.



Fuente: Elaboración propia. Datos de INE. Defunciones por causa de muerte. Cifras de población 2016.

Si analizamos la evolución de las tasas de suicidio en Andalucía y España, vemos que en ambas las tasas aumentaron a partir de 2004, con un mayor aumento en Andalucía, especialmente entre los años 2005-2014, y sobre todo a expensas del crecimiento de los suicidios en hombres.

Figura 11. Tasas de suicidio en Andalucía y España por cada 100 mil habitantes, según sexo. Andalucía y España 1989-2016.



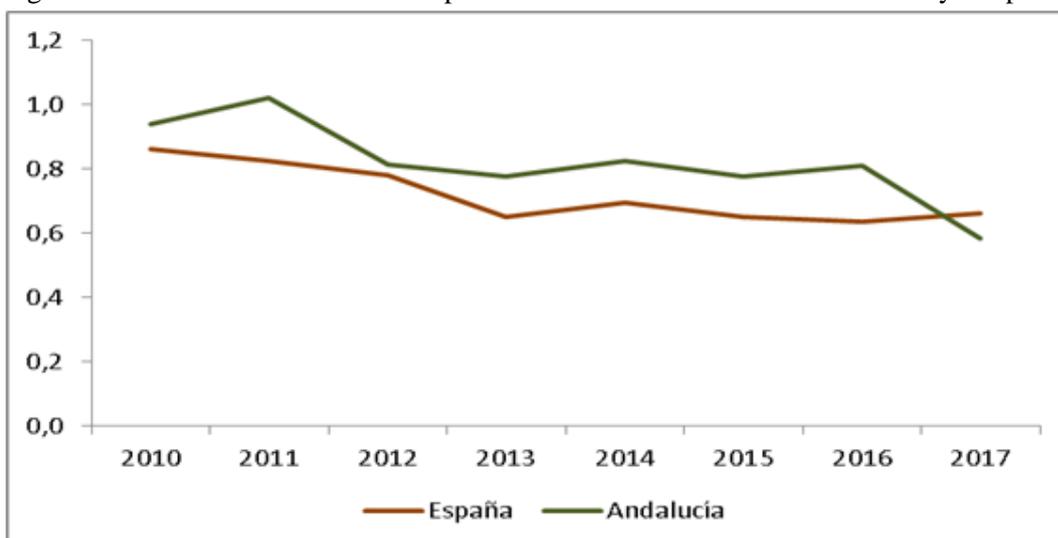
Fuente: Elaboración propia. Datos del Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía (IECA)

Algunos estudios en distintos países (OMS, 2004) 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.

### ESTAR PROTEGIDO/A DE SER ASESINADO/A.

Las tasas de homicidios han ido disminuyendo en España en los últimos años desde 0,86/100000 habitantes en 2010 hasta 0,66/100000 en 2017. Esta reducción ha sido más marcada en Andalucía, que partió de 0,94/100000 en 2010 y en 2017 se sitúa en 0,58/100000 habitantes

Figura 12. Tasa de homicidios por cada mil habitantes. Andalucía y España 2010-2017.



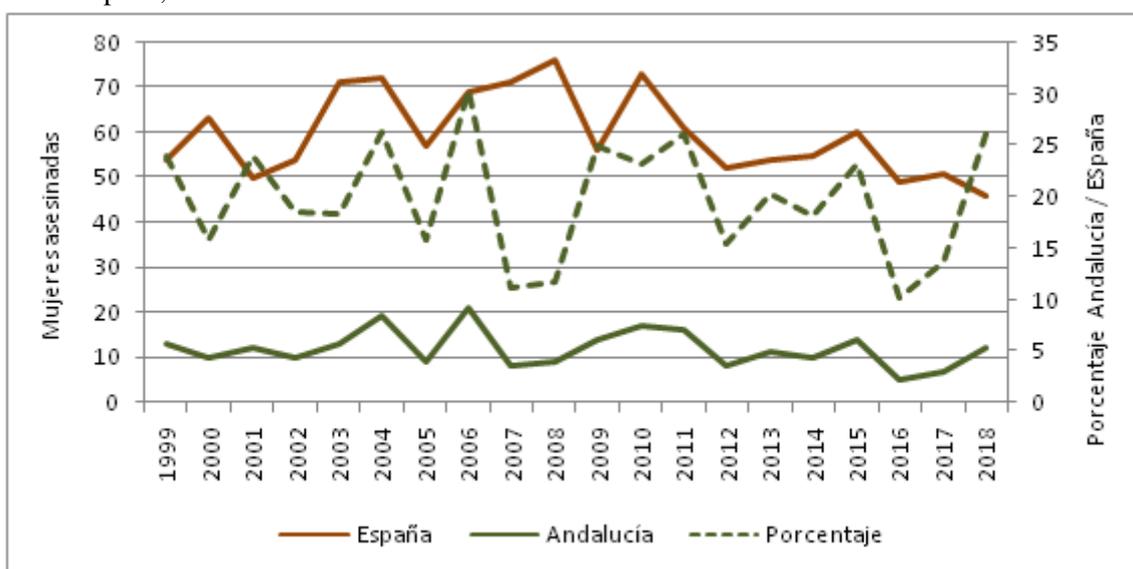
Fuente: Elaboración propia. Datos del Portal estadístico de criminalidad. Ministerio del Interior.

Respecto a las tasas de criminalidad, durante el mismo periodo 2010-2017, las cifras fueron menores en Andalucía (39,79 por 100000 habitantes en 2017) que en España (43,96 por 100000 habitantes).

La violencia de género es uno de los exponentes más claros de la desigualdad entre hombres y mujeres. Constituye la punta del iceberg de las profundas desigualdades de género estructurales que existen aún en nuestras sociedades y que sitúan a las mujeres en posiciones de discriminación y de subordinación respecto a los hombres en los diferentes ámbitos sociales.

En 2017, siete mujeres fueron asesinadas en Andalucía por esta causa, el 16,7% del total de España. Esta cifra se elevó a 12 en 2018, cifra que supone el 26,1% del total de los asesinatos por violencia de género en nuestro país. 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.

Figura 13. Mujeres asesinadas por violencia de género. Números absolutos y porcentaje de Andalucía sobre España, 1999-2018.



Fuente: Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. Ministerio de Presidencia, Relaciones con las Cortes e Igualdad

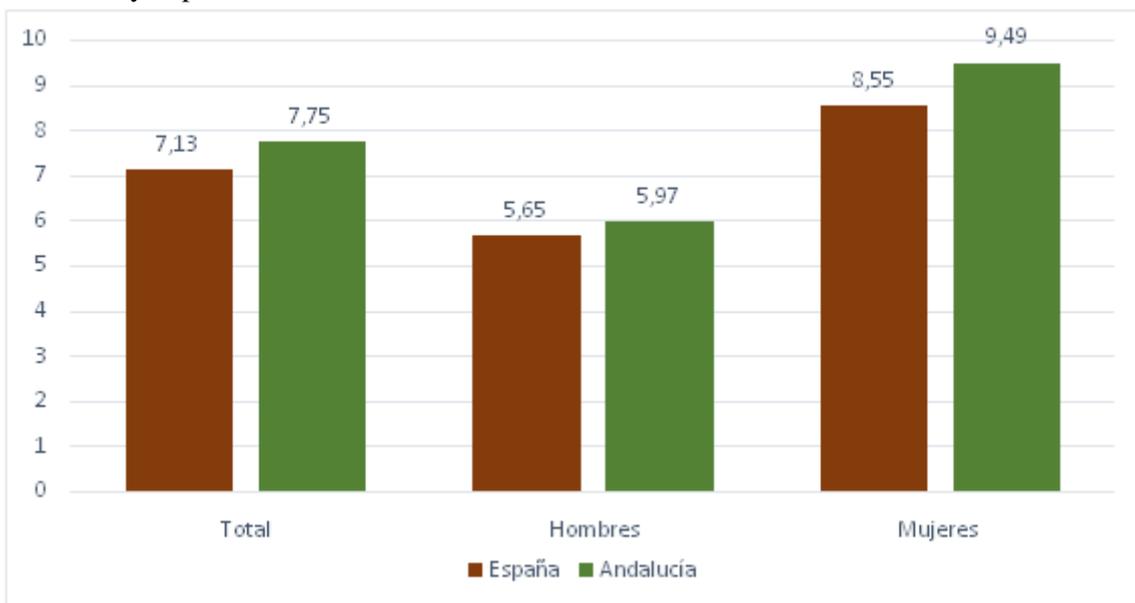
Las cifras de llamadas y denuncias por violencia de género en Andalucía han aumentado en los últimos años, y se han reducido las muertes por este motivo. Es muy importante continuar contemplando la violencia de género además de como la punta del iceberg del machismo, como un grave problema de salud pública, 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 (García-Calvente, 2018).

### **ALCANZAR EL MAYOR NIVEL POSIBLE DE SALUD FÍSICA.**

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. 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.

La proporción de población adulta que valora su salud como mala o muy mala es ligeramente superior en Andalucía (7,75%) que en España (7,13%), si atendemos a los datos de la última Encuesta Nacional de Salud (2017). La brecha de género es evidente, con una peor valoración de su salud por parte de las mujeres. Y la diferencia en salud percibida en Andalucía respecto a España es mayor entre las mujeres que entre los hombres: hay un 0,94% más de mujeres que perciben mala salud en Andalucía que en España, mientras que esto ocurre solo en un 0,32% de los hombres.

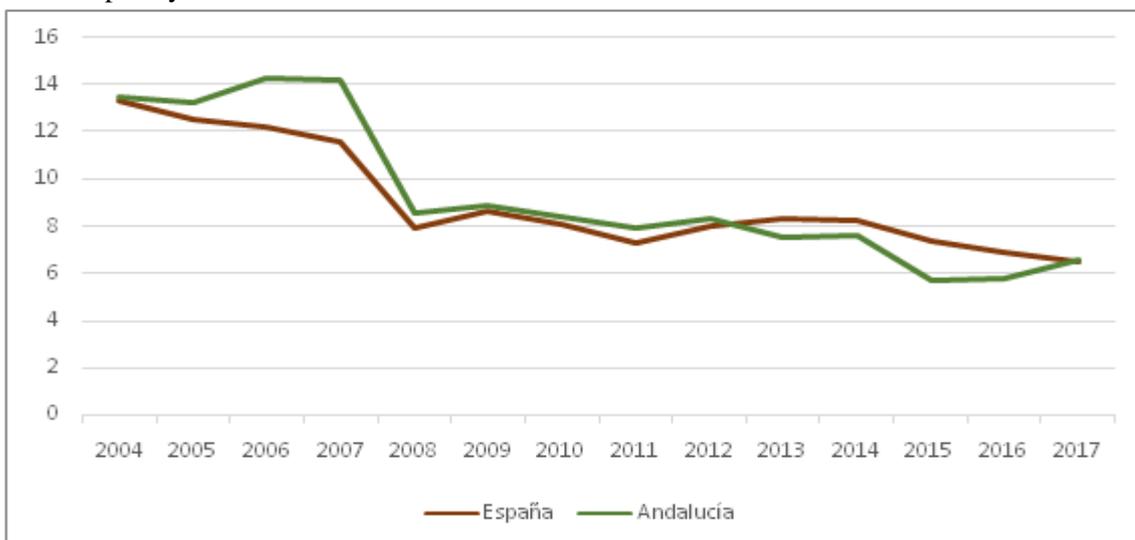
Figura 14. Porcentaje de personas que valoran su estado de salud como malo o muy malo, según sexo. Andalucía y España 2017.



Fuente: Elaboración propia. Datos del Ministerio de Sanidad y INE, Encuesta Nacional de Salud 2017

La percepción de mala salud entre la población adulta ha ido disminuyendo durante los últimos años, con un descenso muy acusado entre 2004 y 2008 y una cierta estabilización desde 2008 a 2015, año en el que Andalucía se sitúa claramente mejor que España en este indicador. Sin embargo, los últimos datos disponibles indican un aumento de población con mala salud percibida en Andalucía en 2017.

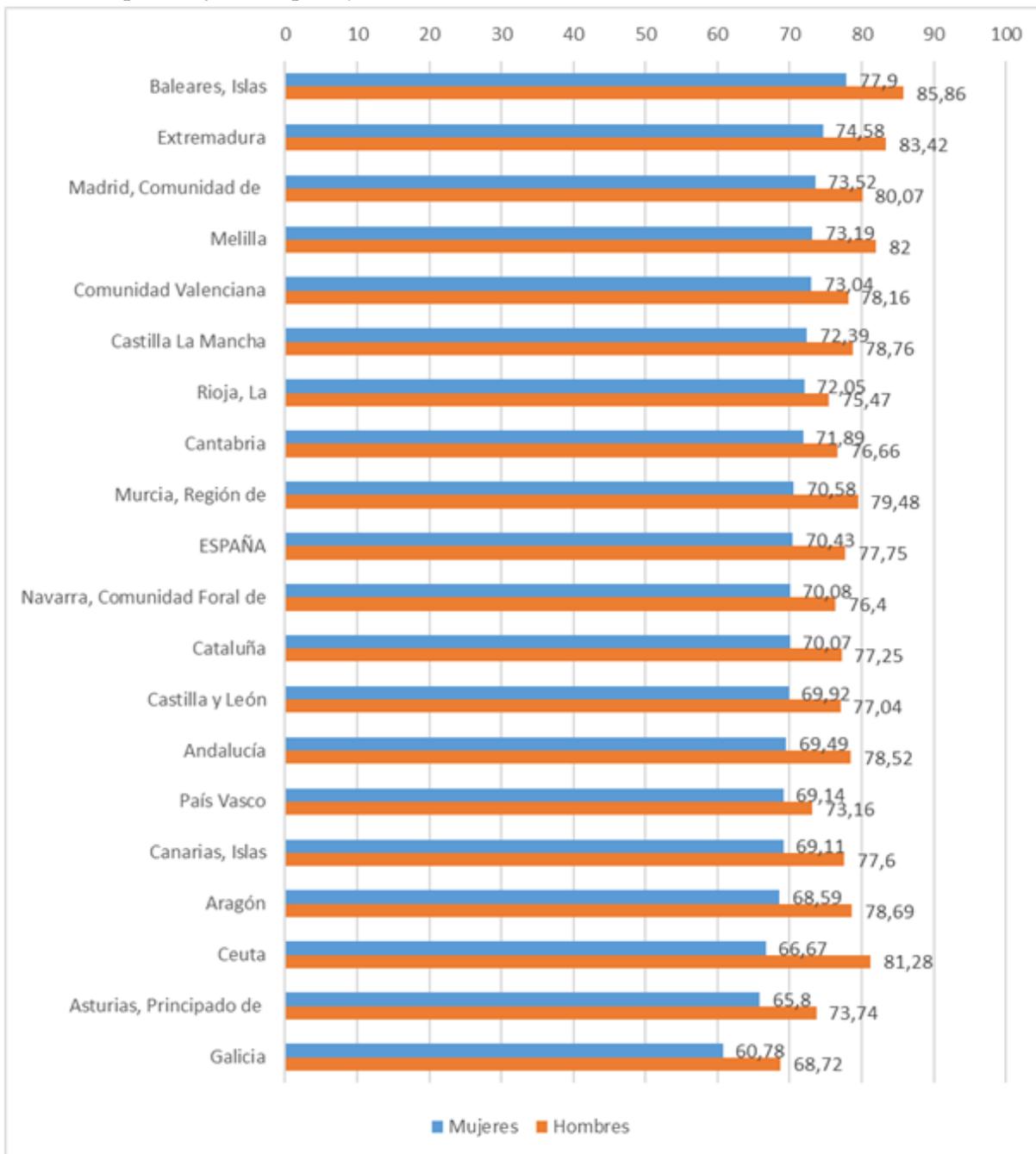
Figura 15. Porcentaje de personas de 16 y más años que valoran su estado de salud como malo o muy malo. España y Andalucía 2004-2017.



Fuente: Elaboración propia. Datos de la Encuesta de Condiciones de Vida, INE

Si comparamos las diferentes Comunidades Autónomas, Andalucía ocupa el lugar 14º en buena salud percibida, ordenándose de mayor a menor porcentaje de mujeres que perciben su salud como buena o muy buena.

Figura 16. Porcentaje de personas que valora su salud como buena/muy buena por sexo. En orden decreciente para mujeres. España y Comunidades Autónomas 2017.

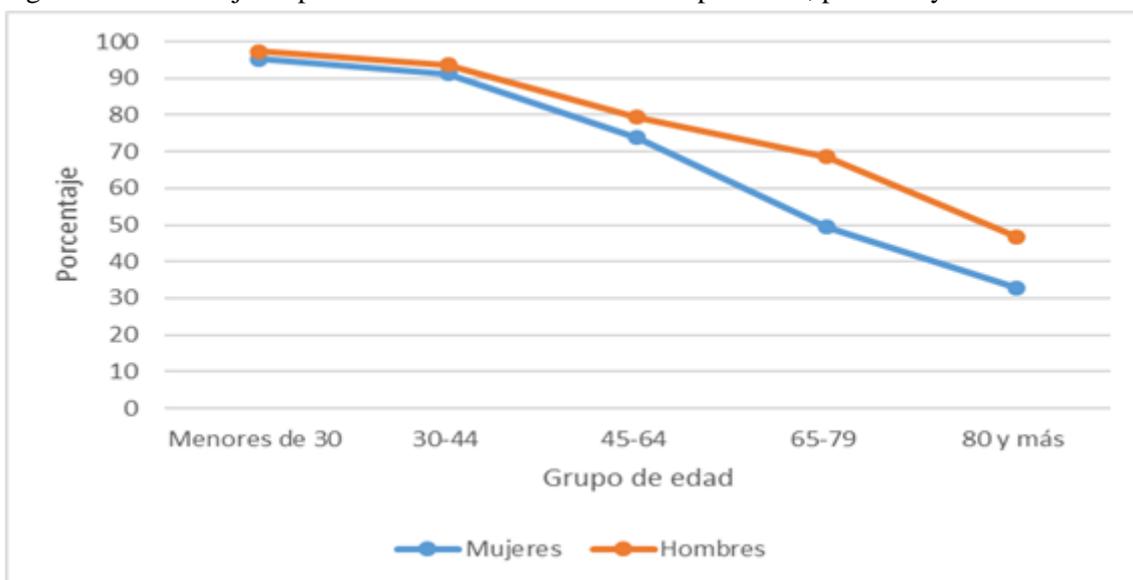


Fuente: Informe de Salud y Género en Andalucía 2018. Datos de la Encuesta Nacional de Salud 2017

Es un hecho conocido que “los hombres mueren de sus enfermedades y las mujeres tienen que convivir con ellas” (Thorslund et al., 1993). Aunque las mujeres viven más años que los hombres, su percepción subjetiva de la salud es peor que la de ellos. 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, lo cual sitúa la brecha de género de buena salud percibida en -7 puntos porcentuales (desfavorable para las mujeres). Esta brecha de género va

aumentando con la edad, con una diferencia máxima de 19 puntos porcentuales entre los 65 y 79 años. Llama la atención que la brecha de género en este indicador 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 el rango de edad de 11 a 18 años.

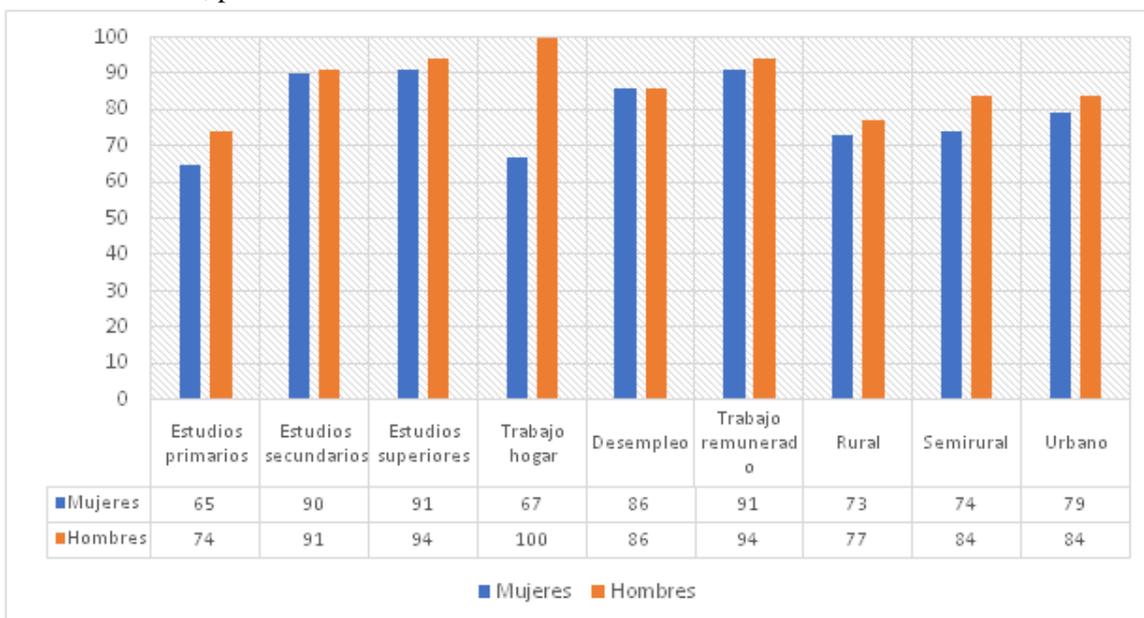
Figura 17. Porcentaje de personas adultas con buena salud percibida, por sexo y edad. Andalucía 2015.



Fuente: Informe Salud y Género en Andalucía 2018

Además de la edad, otras características sociales marcan desigualdades en la salud percibida. Son las mujeres con estudios primarios y que viven en entornos rurales las que presentan peores niveles de salud percibida. Las mujeres con estudios superiores declaran buena salud con menor frecuencia que los hombres del nivel inferior de estudios (estudios secundarios). Igualmente, la dedicación en exclusiva al trabajo no remunerado (doméstico y de cuidados), supone un mayor riesgo de mala salud percibida que estar en paro (García-Calvente, 2018).

Figura 18. Porcentaje de personas adultas con buena salud percibida según distintas características socioeconómicas, por sexo. Andalucía 2015.



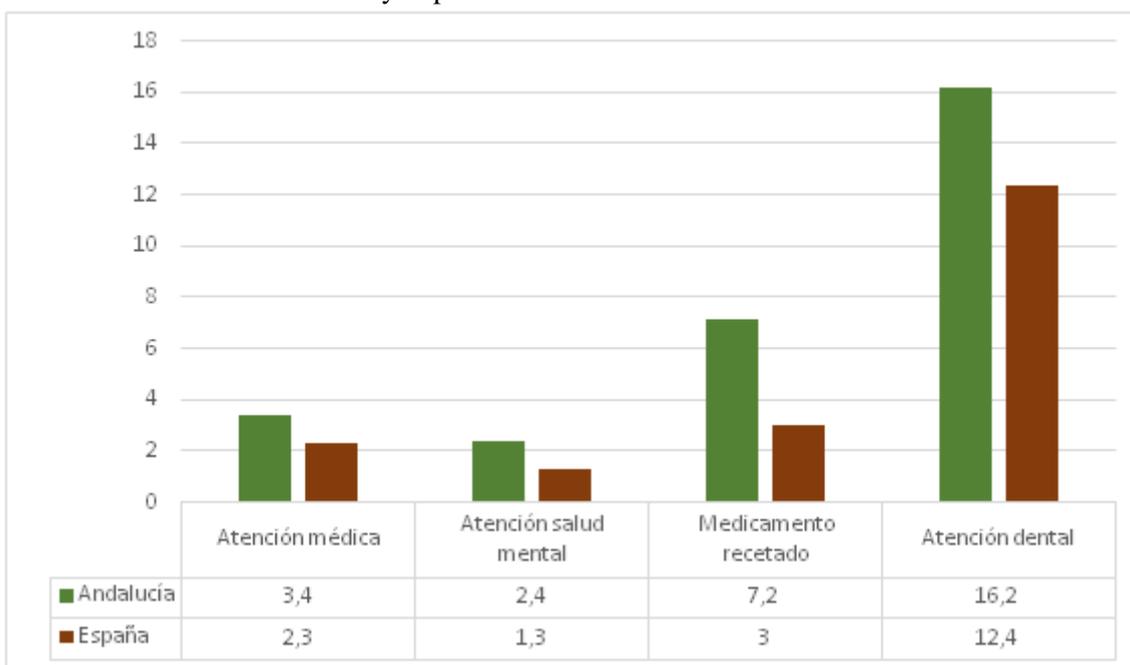
Fuente: Elaboración propia, datos procedentes del Informe Salud y Género en Andalucía 2018.

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.

Con objeto de analizar el trato digno en relación a la salud se han analizado las dificultades de acceso de diferentes servicios sanitarios por motivos económicos, la satisfacción con el funcionamiento de los servicios públicos de salud y la discriminación percibida por la población frente a la sanidad pública según diferentes circunstancias

Según los datos más recientes de la Encuesta Nacional de Salud (2017), 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, y estas desigualdades son más acusadas en relación al acceso a medicamentos recetados y a servicios de atención dental.

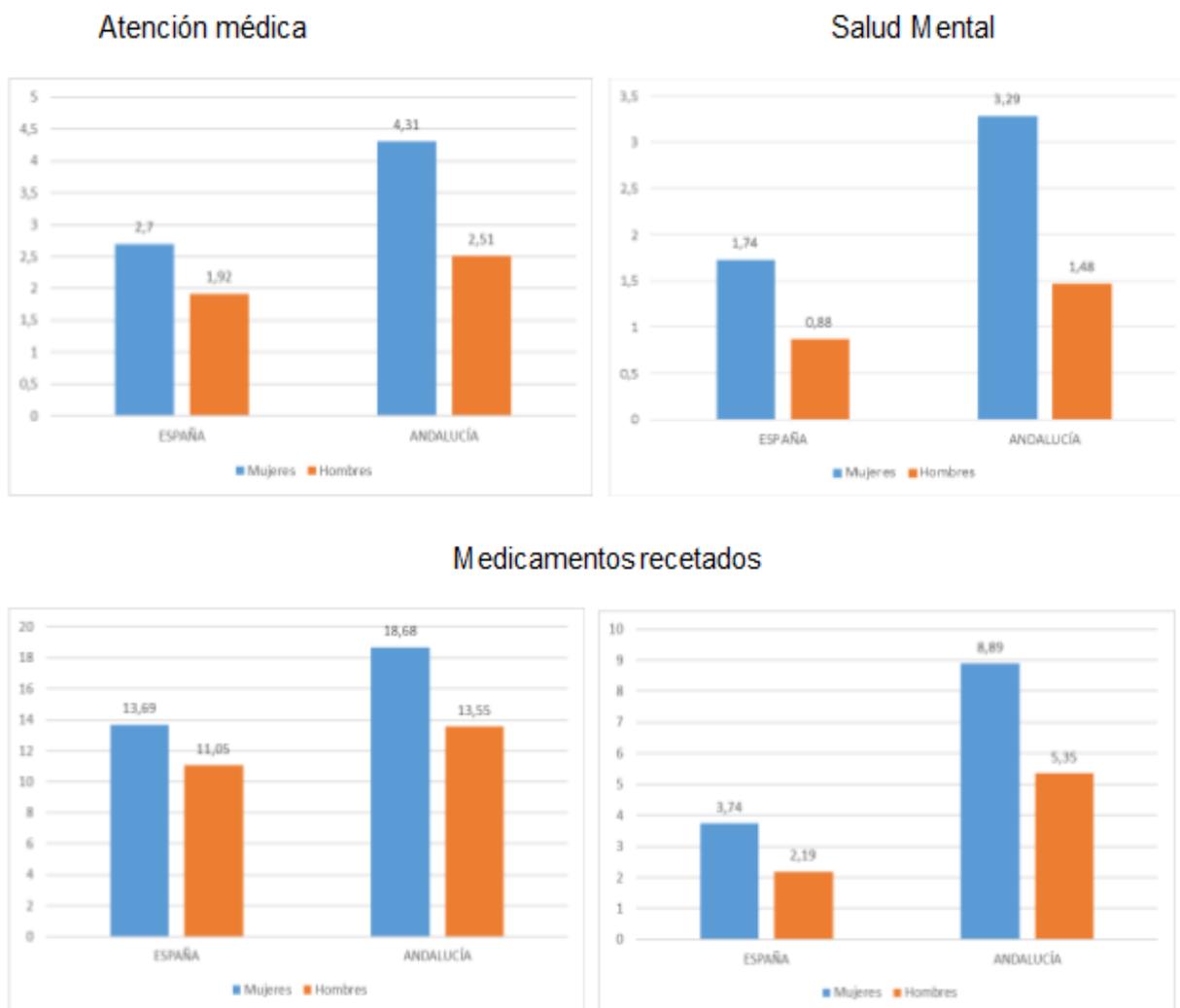
Figura 19. Porcentaje de personas adultas que no pudieron acceder a diferentes servicios sanitarios por razones económicas. Andalucía y España 2017.



Fuente: Elaboración propia con datos de la Encuesta Nacional de Salud

El género es también un eje de desigualdad en cuanto al acceso a los servicios sanitarios. Se puede observar 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. Este hecho 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. Teniendo en cuenta que las necesidades de salud de las mujeres se ven incrementadas por su mayor longevidad, su peor salud y sus necesidades reproductivas, 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 (García-Calvente, 2018).

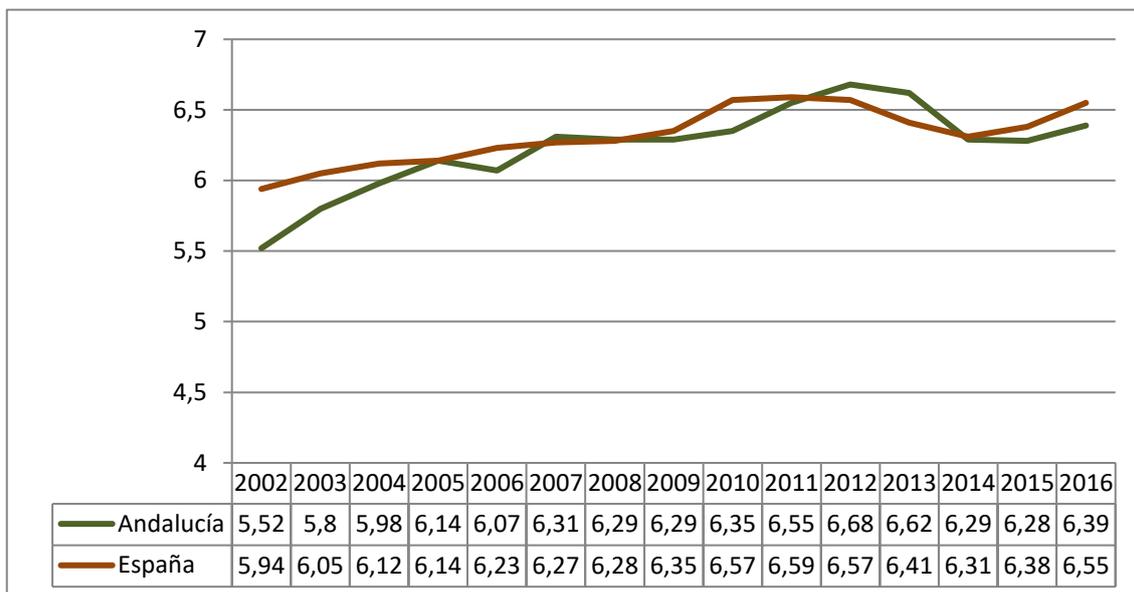
Figura 20. Porcentaje de mujeres y hombres que no pudieron acceder a atención médica, a salud mental, a atención dental y a medicamentos recetados, por motivos económicos. Andalucía y España 2017.



Fuente: Informe Salud y Género en Andalucía 2018

El grado de satisfacción que muestra la población con el sistema sanitario puede ser un indicador de la manera en la que las personas se sienten atendidas y tratadas. Aunque la satisfacción ha ido creciendo en los últimos 15 años, actualmente, en una escala de 0 a 10, la puntuación media asignada no supera el 7, y sitúa a Andalucía ligeramente por debajo a la media nacional.

Figura 21. Evolución del grado de satisfacción de la ciudadanía con el funcionamiento del sistema sanitario público, puntuación media. Andalucía y España 2002-2016.



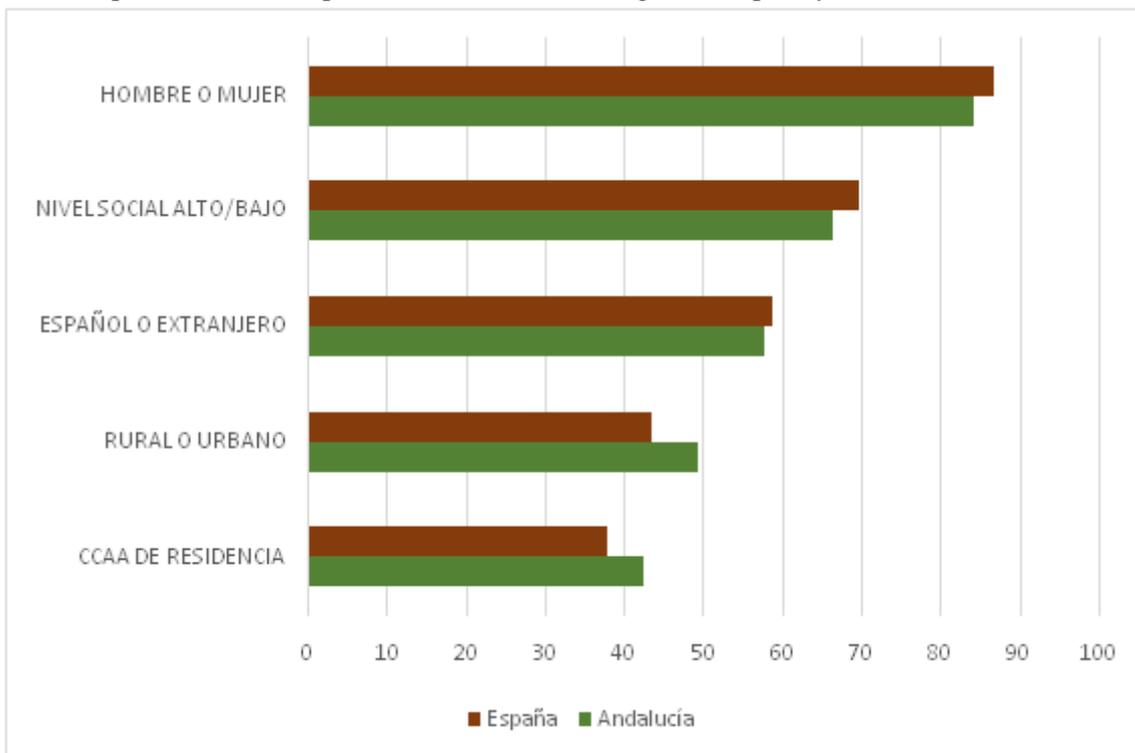
Nota: Calificación en una escala de 1 a 10, en la que 1 significa que se valora como 'muy insatisfecho' y 10 que se valora como 'muy satisfecho'.

Fuente: Elaboración propia. Datos del Barómetro Sanitario, Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

La proporción de personas que consideran que la sanidad pública presta los mismos servicios independientemente de determinadas características sociales y económicas, puede ser un indicador de la percepción de desigualdad o de discriminación de la población en cuanto a la atención sanitaria.

Según datos del Barómetro Sanitario de 2016, las características que se consideran más discriminatorias son las del lugar donde se reside: menos del 50% de las personas consultadas consideran que los servicios sanitarios prestados son los mismos según Comunidad Autónoma o lugar de residencia, aunque este porcentaje es mayor en Andalucía que en España. La percepción de desigualdad por nacionalidad y nivel social es menor, y la más baja es la debida al sexo/género. En estas tres categorías, la población andaluza percibe mayor desigualdad que la española.

Figura 22. Porcentaje de personas que consideran que la sanidad pública presta los mismos servicios a todas las personas con independencia de diversas categorías. España y Andalucía 2016.

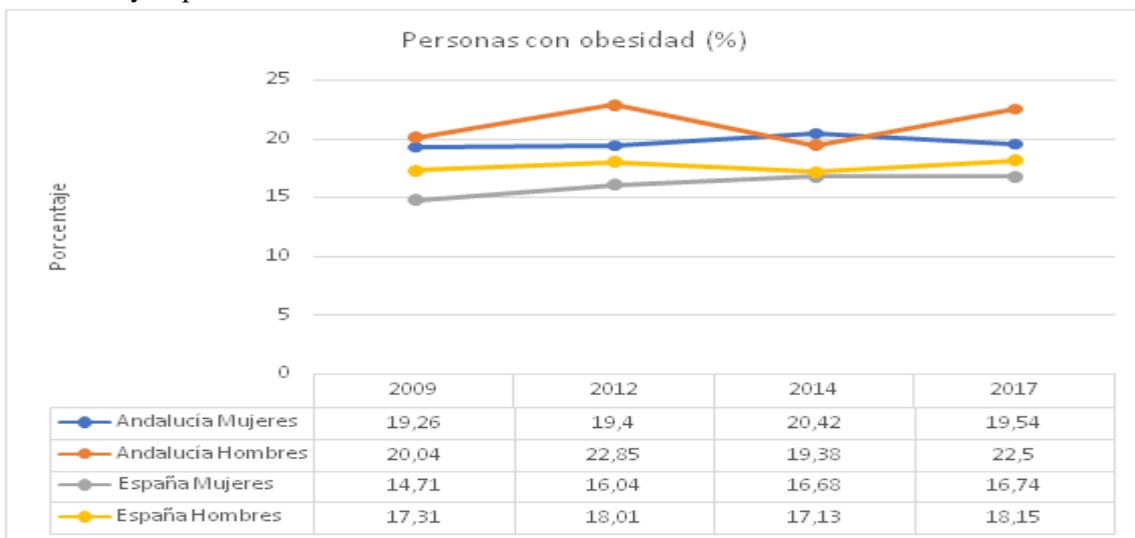


Fuente: Elaboración propia. Datos del Barómetro Sanitario, Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social

### VIDA SALUDABLE.

La obesidad es un problema de salud que va en aumento en nuestro contexto y afecta a una gran proporción de la población. La prevalencia de obesidad en Andalucía es superior a la media nacional, de hecho, se encuentra entre las más elevadas de todas las Comunidades Autónomas (Consejería de Salud, 2016).

Figura 23. Evolución del porcentaje de personas de 18 años o más con obesidad según IMC, por sexo. Andalucía y España 2009-2017.

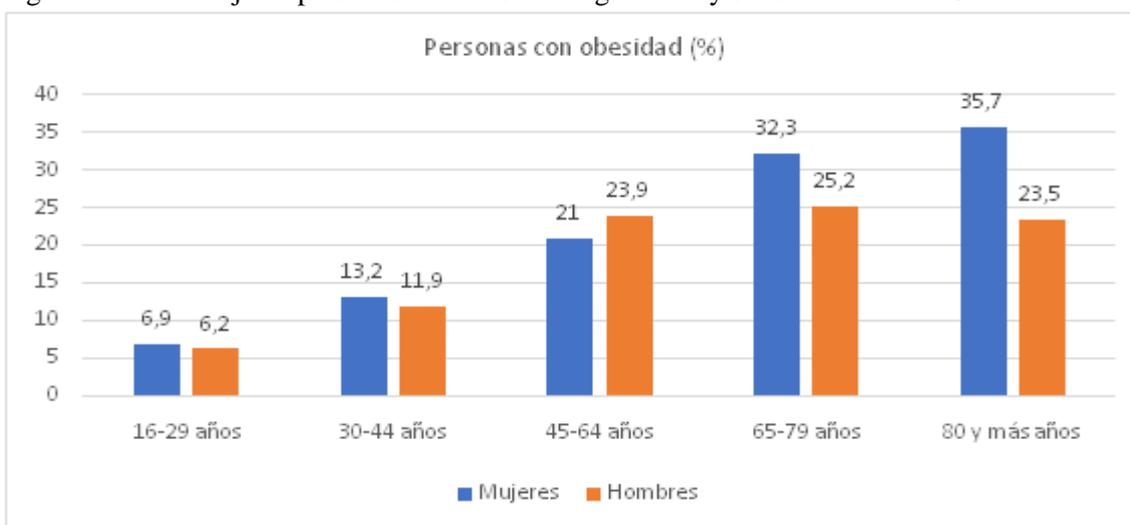


Fuente: Elaboración propia. Datos de INE y Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Encuesta Nacional de Salud 2012 y 2017, Encuesta Europea de Salud 2009 y 2014

Según datos de la última Encuesta Andaluza de Salud (2015), un 56% de las personas de 16 años o más en nuestra comunidad tienen un peso superior al normal: 38,7% padece sobrepeso y 17,4% obesidad. 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%) (García-Calvente, 2018).

El exceso de peso no afecta por igual a los diferentes grupos sociales. 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 Andalucía. Hay más mujeres que hombres obesos en todos los grupos de edad (excepto entre los 45 y 64 años), y la brecha de género se va ensanchando con la edad.

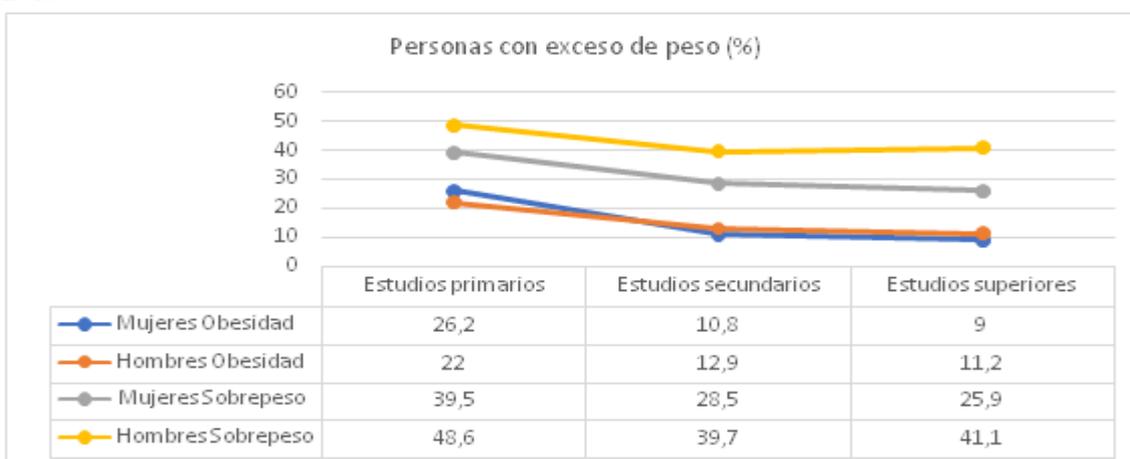
Figura 24. Porcentaje de personas con obesidad según edad y sexo. Andalucía. 2017.



Fuente: Elaboración propia, datos del Informe de Salud y Género en Andalucía 2018

También se observan diferencias según el nivel educativo. Son las mujeres con estudios primarios las que presentan mayor prevalencia de obesidad, mientras que los hombres de este nivel de estudios son los que tienen con mayor frecuencia sobrepeso. Tanto para la obesidad como para el sobrepeso se observa un gradiente según la educación, con prevalencias más altas en niveles de estudios más bajos. En cuanto a otros determinantes, las mayores prevalencias de obesidad y sobrepeso se dan en las mujeres que viven en entornos rurales (García-Calvente, 2018).

Figura 25. Porcentaje de personas con obesidad y sobrepeso, por nivel de estudios y sexo. Andalucía 2015.



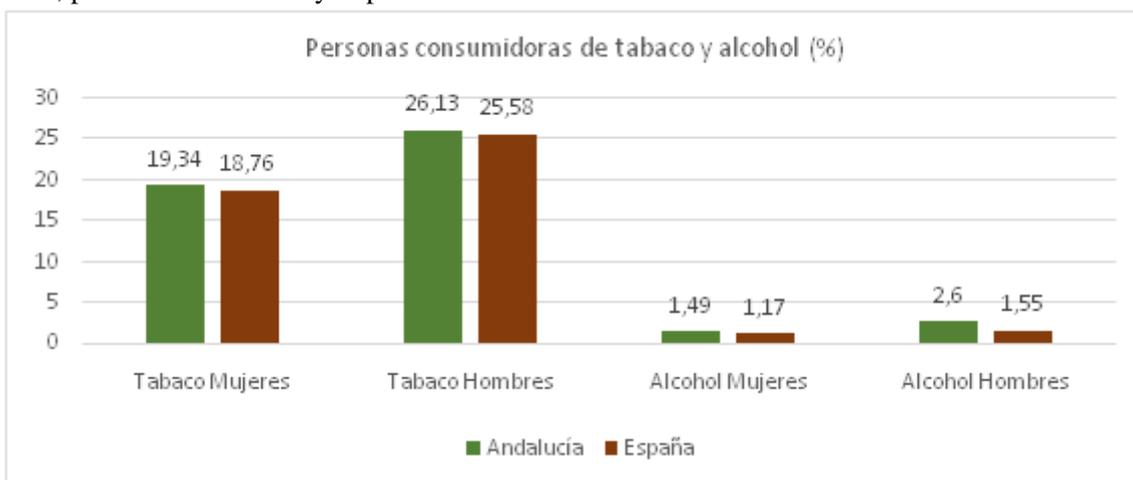
Fuente: Elaboración propia, datos del Informe de Salud y Género en Andalucía 2018

Se sabe que las desigualdades sociales en sobrepeso y obesidad son peores en mujeres, y que la tasa de obesidad disminuye conforme aumenta el nivel de ingresos. Además, las mujeres de los grupos socioeconómicos más bajos son más vulnerables para desarrollar obesidad que los hombres de un nivel social similar, y 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, 2016). Según el Plan Andaluz de Diabetes (Consejería de Salud, 2016), 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.

El **tabaquismo** es, según la OMS, uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial. No solo repercute en la carga de enfermedad, sino en la pérdida de años de vida, la mortalidad y el gasto sanitario. 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. Según datos del 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.

Comparado con España, la prevalencia de consumo de tabaco en Andalucía es ligeramente superior a la del conjunto del estado, siendo mayor en hombres que en mujeres. Sin embargo, 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: según datos de la Encuesta Andaluza de Salud, 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%, de modo que la brecha de género ha disminuido en 10 puntos porcentuales de 2007 a 2015 (García-Calvente, 2018).

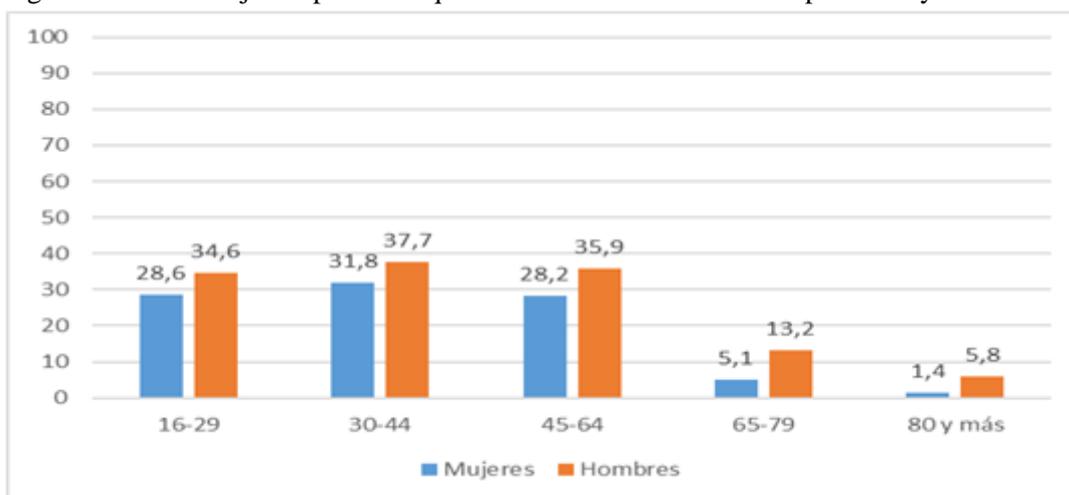
Figura 26. Prevalencia de consumo de tabaco y alcohol (bebedores de riesgo) en población de 15 a 64 años, por sexo. Andalucía y España.



Fuente: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud

La edad es también un importante eje de desigualdad: la mayor prevalencia de consumo diario en mujeres se da en el grupo de 30 a 44 años. En esta franja, y en la de jóvenes de 16 a 29 años, es donde las brechas de género son menores, y va aumentando en edades mayores.

Figura 27. Porcentaje de personas que fuman tabaco diariamente por sexo y edad. Andalucía 2015.



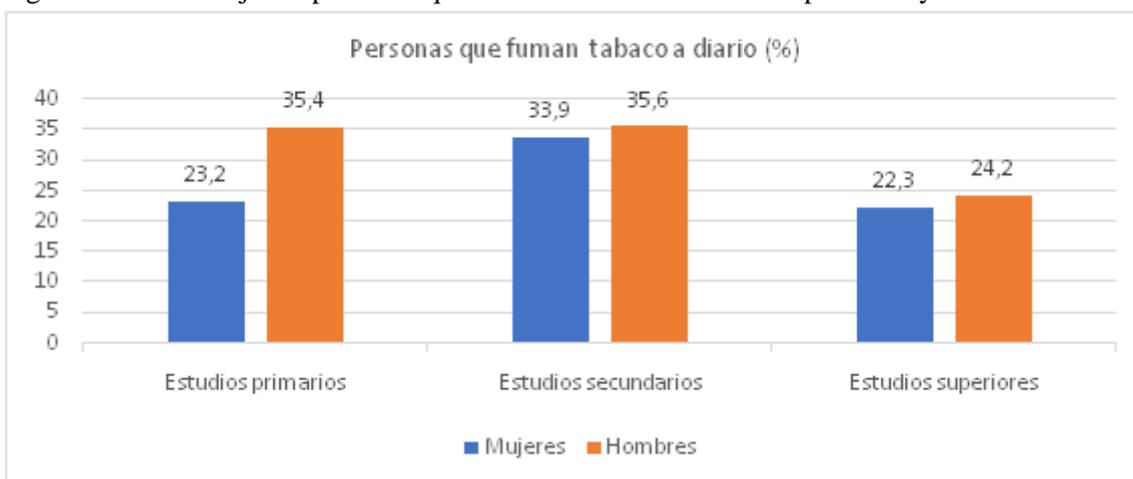
Fuente: Informe Salud y Género en Andalucía 2018.

El 37,5% de las mujeres y el 35,5% de los hombres que fuman han recibido consejo médico para dejar de fumar, diferencia que resulta muy baja comparada con la gran brecha que aún se registra en la tasa de abandono del hábito tabáquico: 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, donde el número de fumadoras es mayor, mientras que los hombres lo hacen en edades avanzadas, donde se concentraba la mayor prevalencia de fumadores (García-Calvente, 2018).

El consumo de tabaco es un excelente ejemplo de la 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. Este análisis nos permite 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.

Si tenemos en cuenta las desigualdades por nivel educativo, para los hombres es claramente mayor la prevalencia de tabaquismo en los grupos con estudios primarios y secundarios, mientras que en el caso de las mujeres son las que tienen estudios secundarios las que más fuman. Durante las últimas décadas se ha informado de una tendencia al aumento del tabaquismo en las mujeres de clase social privilegiada y principalmente en las edades centrales de la vida. Esto se puede tener su explicación 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 (García-Calvente, 2018).

Figura 28. Porcentaje de personas que fuman tabaco diariamente por sexo y edad. Andalucía 2015.

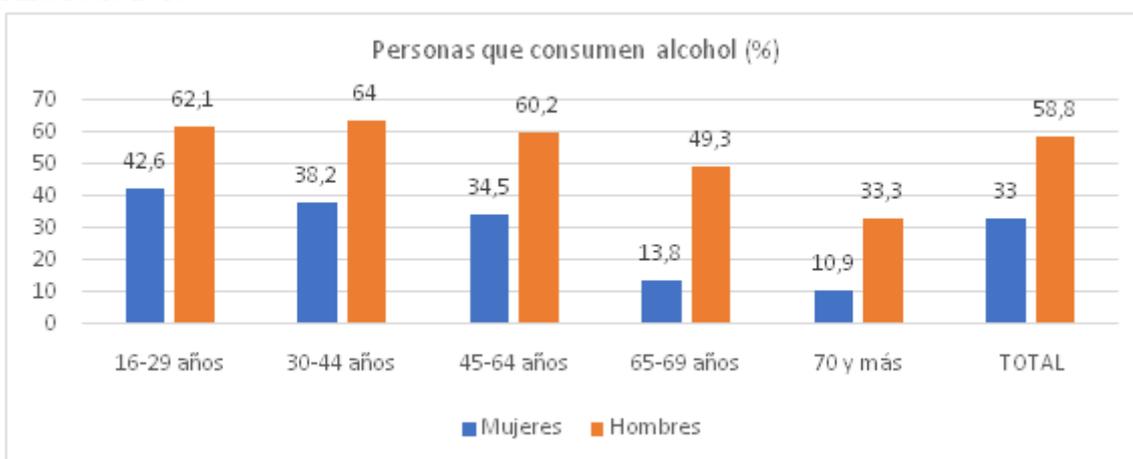


Fuente: Elaboración propia, datos de la Encuesta Andaluza de Salud

El **consumo de alcohol** ha aumentado en los últimos años, especialmente entre las personas jóvenes. Este consumo es mayor en Andalucía que en España, y 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 Encuesta Andaluza de Salud del 2015, el 58,8% de los hombres y 33,0% de las mujeres andaluzas consumen alcohol al menos una vez al mes. El mayor porcentaje en los hombres se da en la franja de 30 a 44 años y en las mujeres en la franja de 16 a 29 años. 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 da entre los jóvenes, y la mayor brecha en las personas de 65 y más años (García-Calvente, 2018).

Figura 29. Porcentaje de hombres y de mujeres que consumen alcohol al menos una vez al mes. Andalucía 2015.



Fuente: Elaboración propia, datos del Informe Salud y Género en Andalucía 2018

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.

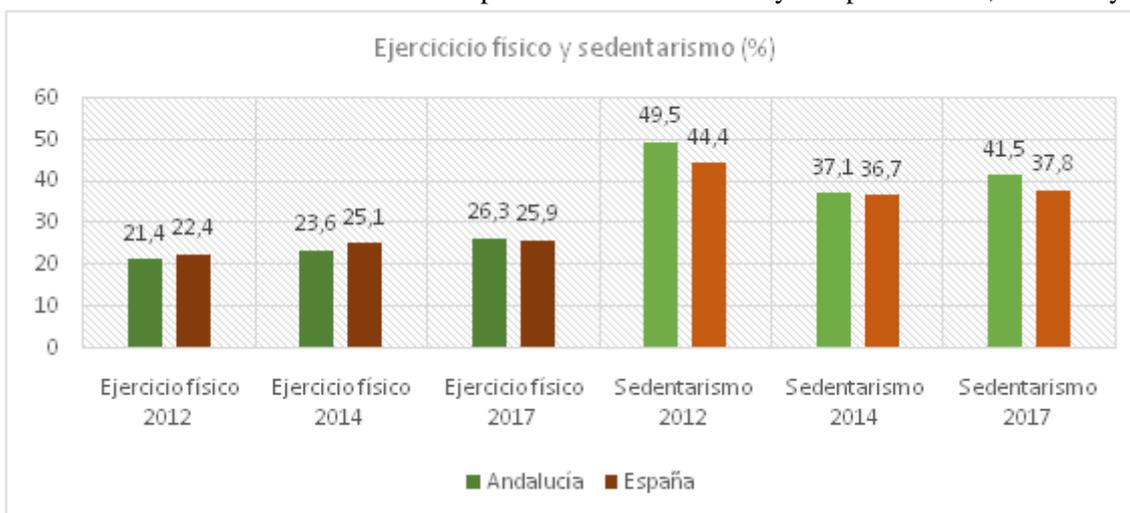
El Observatorio de la Infancia de Andalucía ofrece también datos recientes sobre el consumo de drogas entre la población adolescente. Según su Informe “El consumo de drogas entre la población adolescente”, la media de edad en el inicio del consumo de alcohol se sitúa en los 14 años en Andalucía y 13,8 en España. En Andalucía, ocho de cada diez jóvenes entre 14 y 18 años había consumido bebidas alcohólicas en los últimos doce meses, un porcentaje similar al que se registra en España. Alrededor de un 70% afirma haber consumido alcohol en los últimos 30 días.

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. 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 (García-Calvente, 2018).

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 (Marcos-Marcos et al, 2013).

Existen suficientes evidencias científicas para asegurar que la realización de algún tipo de actividad física constituye un importante factor promotor de la salud. Se asocia con una mejora de la calidad de vida y del bienestar físico y mental, y contribuye a prevenir patologías cardiovasculares, se asocia con una menor tendencia a la obesidad, al tabaquismo y al uso de servicios sanitarios. En Andalucía ha ido aumentando ligeramente la proporción de población adulta que realiza ejercicio físico de manera regular, aunque solo en 2017 se sitúa a nivel del conjunto del estado. El sedentarismo ha ido reduciéndose, pero permanece más elevado en Andalucía que en España.

Figura 30. Porcentaje de personas adultas que practican ejercicio físico de manera regular y que realizan actividades sedentarias en su tiempo libre. Andalucía y España 2012, 2014 y 2017.

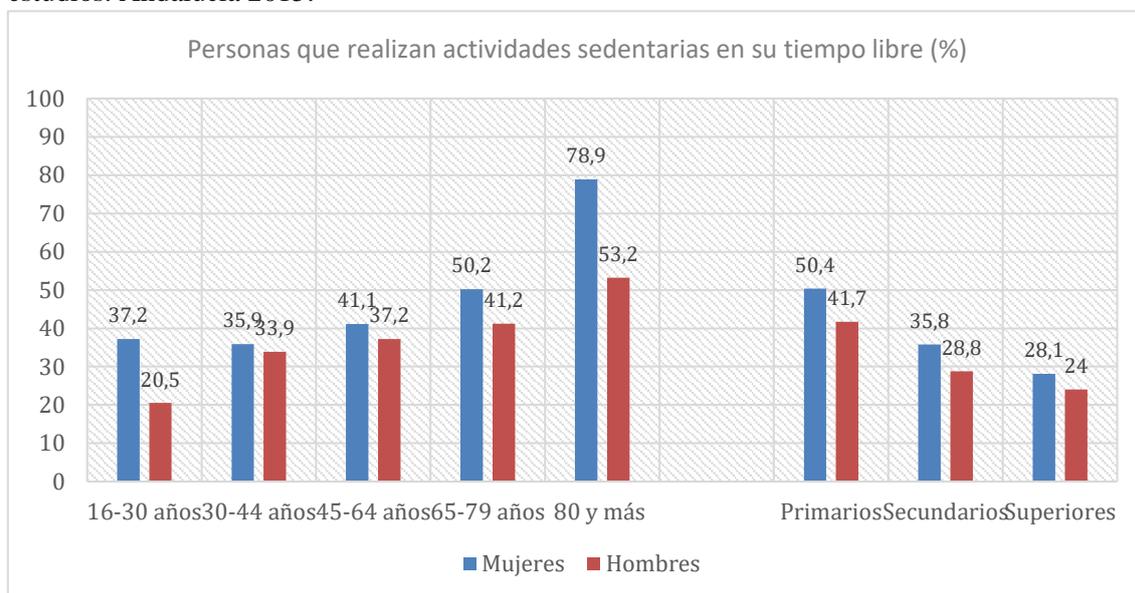


Fuente: Elaboración propia. Datos de Encuesta Nacional de Salud 2011-2012, Encuesta Europea de Salud 2014, Encuesta Nacional de Salud 2017. Ministerio de Sanidad e INE.

Existen importantes diferencias por sexo en la práctica de actividad física. Un 41,5% de población adulta andaluza practica actividades sedentarias en su tiempo libre (37,8% en España), con una brecha de género que es superior en Andalucía (+11,5%) que en el conjunto del estado (+8,4%). 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. A medida que aumenta el nivel de estudios, se reduce notablemente el porcentaje de personas con sedentarismo, en ambos sexos.

Figura 31. Porcentaje de personas con sedentarismo en el tiempo libre por sexo, según edad y nivel de estudios. Andalucía 2015.



Fuente:

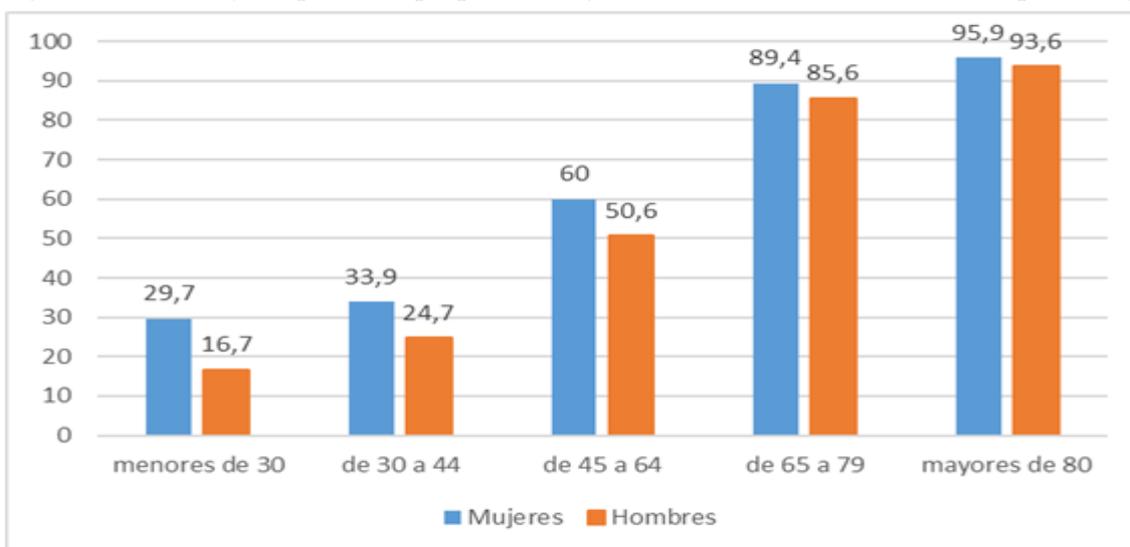
Elaboración propia, con datos del Informe de Salud y Género en Andalucía 2018

El tipo de ejercicio que se realiza en el tiempo libre también es diferente entre hombres y mujeres: las mujeres realizan con mayor frecuencia alguna actividad física o deportiva ocasional, mientras que la frecuencia de la actividad física regular o entrenamiento físico es más elevada entre los hombres (García-Calvente, 2018).

### ENFERMEDAD LIMITANTE Y DISCAPACIDAD.

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%). La brecha de género 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.

Figura 32. Porcentaje de personas que padecen alguna enfermedad o dolencia crónica por sexo y edad.

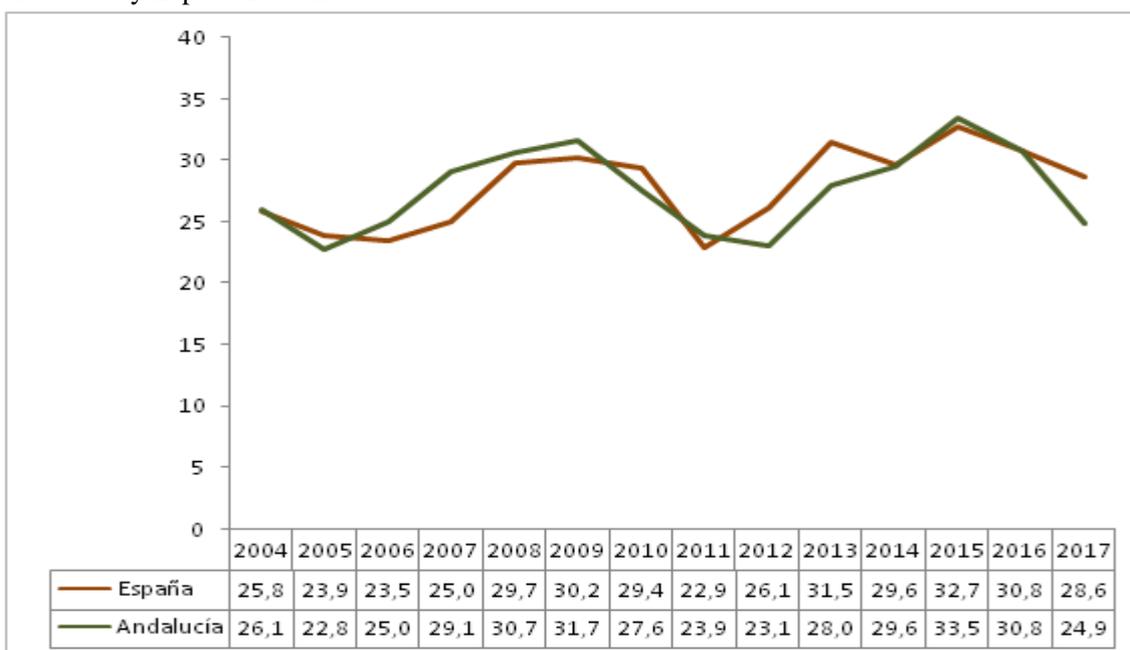


Fuente: Informe de Salud y Género Andalucía 2018.

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. Este hecho se constata también en relación con el 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 (García-Calvente, 2018).

El porcentaje de personas adultas con enfermedades o problemas de salud de larga duración se ha mantenido bastante estable durante los últimos años, con pocas diferencias entre Andalucía y España. En 2017 la cifra se situaba en 25% para Andalucía y 28% en España.

Figura 33. Porcentaje de personas que padecen alguna enfermedad o dolencia de larga duración. Andalucía y España 2004-2017.



Fuente: Elaboración propia. Datos de INE, Encuesta de Condiciones de Vida.

Las mujeres refieren en mayor porcentaje tener alguna limitación para realizar sus actividades diarias por algún problema de salud. La frecuencia 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.

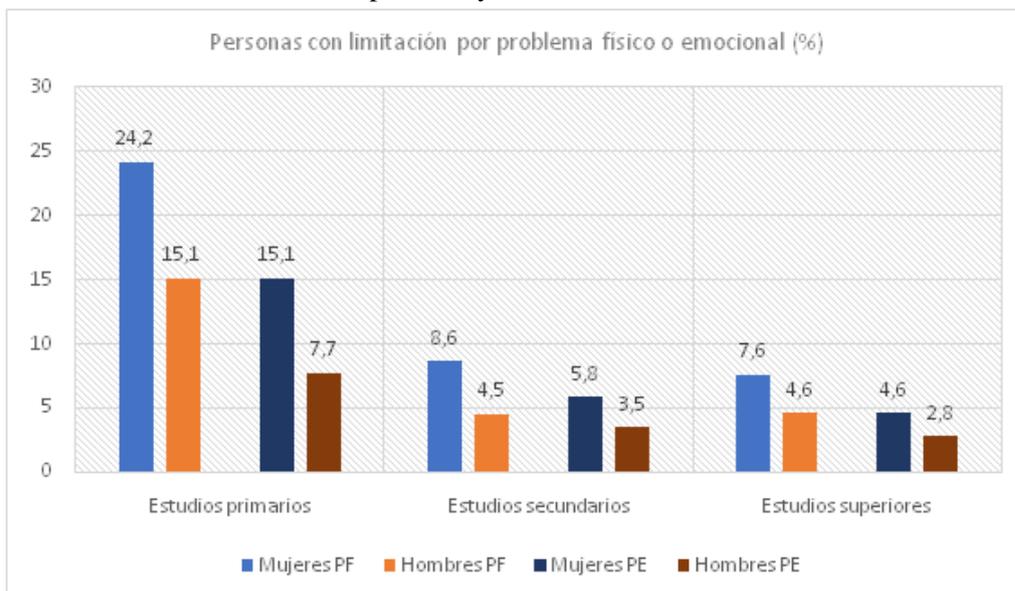
Figura 34. Porcentaje de personas con limitaciones por problemas físicos o emocionales durante las últimas 2 semanas, por sexo y edad. Andalucía 2015.



Fuente: Elaboración propia. Datos del Informe Salud y Género Andalucía 2018.

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. Se observa un gradiente inverso en relación al nivel de estudios: a menor nivel, mayor prevalencia de limitaciones, tanto por problema físico como emocional.

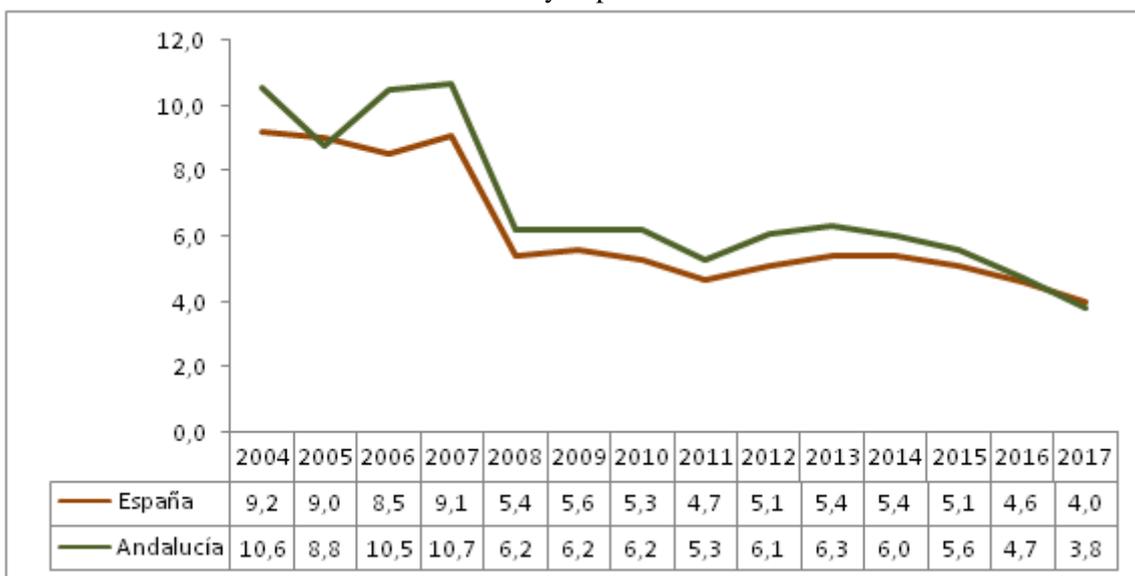
Figura 35. Porcentaje de personas con limitaciones por problemas físicos (PF) o emocionales (PE) durante las últimas 2 semanas, por sexo y nivel de estudios. Andalucía 2015.



Fuente: Elaboración propia. Datos del Informe Salud y Género Andalucía 2018.

La prevalencia de limitación grave para las actividades de la vida diaria ha ido en descenso, tanto para España como para Andalucía. La brecha que existía entre estos dos territorios, desfavorable para Andalucía, se ha ido reduciendo en los últimos años, de tal forma que en 2017 la frecuencia de limitación en Andalucía se ha situado por debajo de la del conjunto del estado.

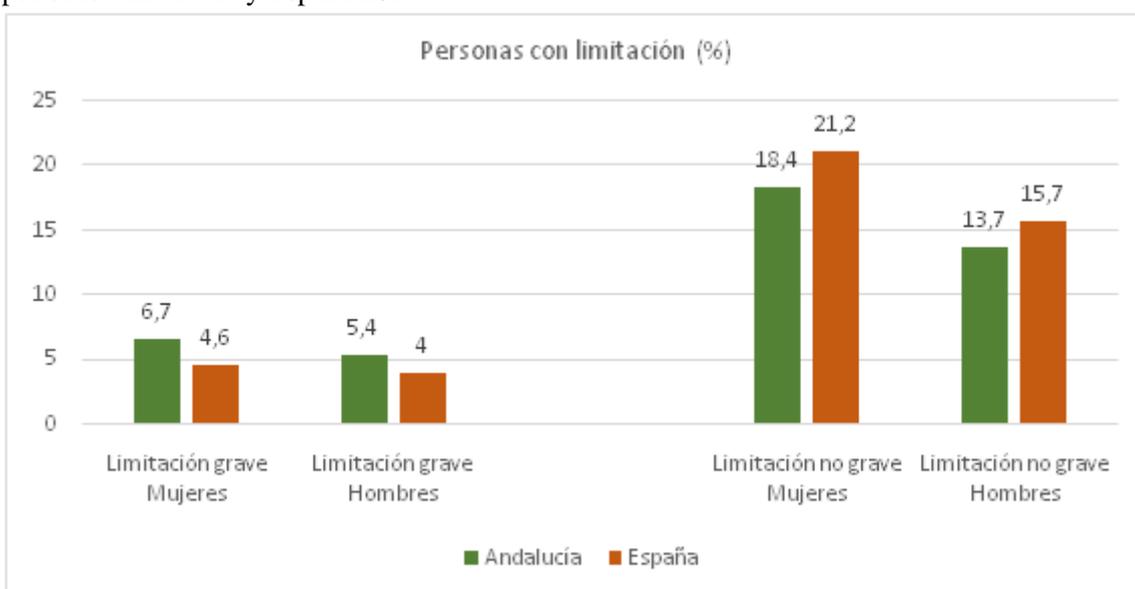
Figura 36. Porcentaje de personas de 16 y más años con limitación grave para las actividades de la vida diaria en los últimos 6 meses. Andalucía y España 2004-2017.



Fuente: Elaboración propia. Datos de INE, Encuesta de Condiciones de Vida.

Tanto la limitación grave como la no grave, afectan en mayor proporción a las mujeres que a los hombres y esta brecha de género se da en Andalucía como en España.

Figura 37. Porcentaje de personas de 0 y más años con limitación para las actividades de la vida diaria, por sexo. Andalucía y España 2017.

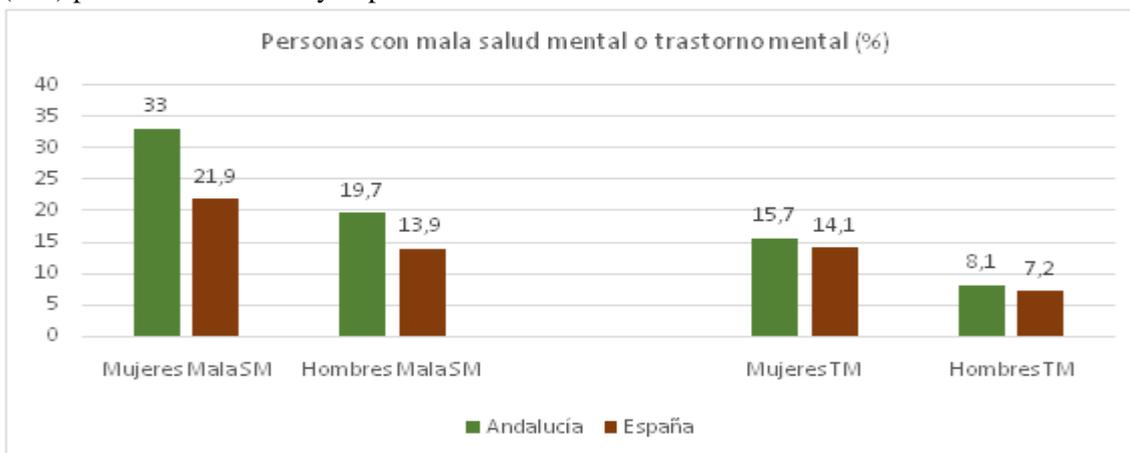


Fuente: Elaboración propia. Datos de INE, Encuesta Nacional de Salud 2017.

## DISFRUTAR DE BUENA SALUD MENTAL.

La prevalencia de mala salud mental es mayor en Andalucía que en el conjunto de España, al igual que ocurre con el padecimiento de algún trastorno mental. La brecha de género en estos indicadores es evidente, con una frecuencia más alta en mujeres que en hombres, más acusada en el caso de la mala salud mental que en la presencia de trastornos, y más alta en Andalucía (+13%) que en España (+8%).

Figura 38. Porcentaje de personas adultas que declaran mala salud mental (MSM) o trastorno mental (TM) por sexo. Andalucía y España 2017.

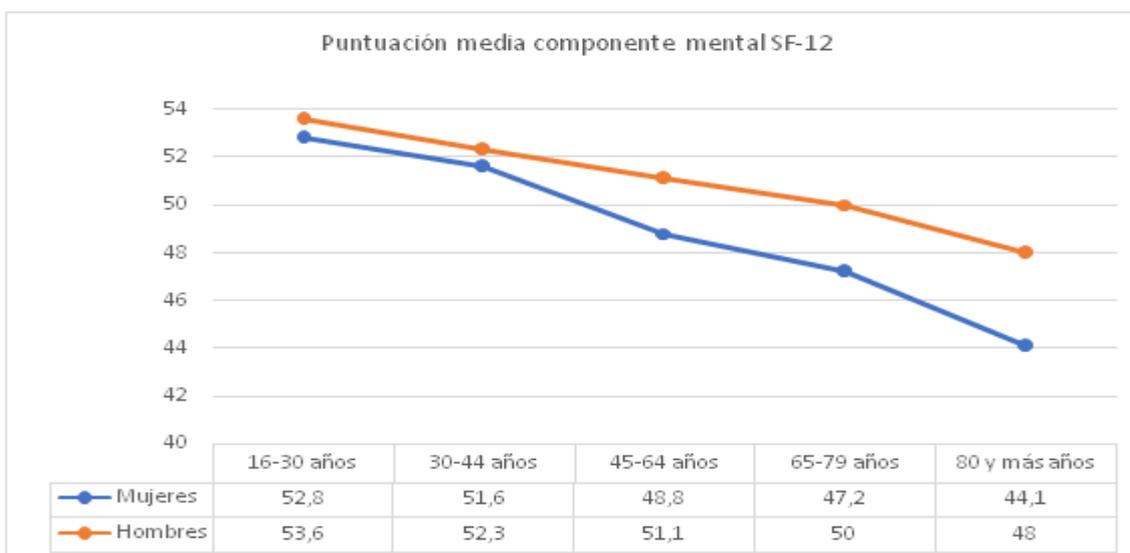


Fuente: Elaboración propia. Datos del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud.

Para informar de este indicador hemos utilizado la puntuación del componente mental de la escala SF-12, que se utiliza como medida de calidad de vida relacionada con la salud.

En las figuras siguientes se ponen de manifiesto varios ejes de desigualdad en salud mental. De una parte, existe una brecha de género que es desfavorable para las mujeres: ellas puntúan por debajo de ellos en todos los grupos de edad. Esta brecha de género va aumentando con la edad, siendo mayor en los grupos de más de 65 años.

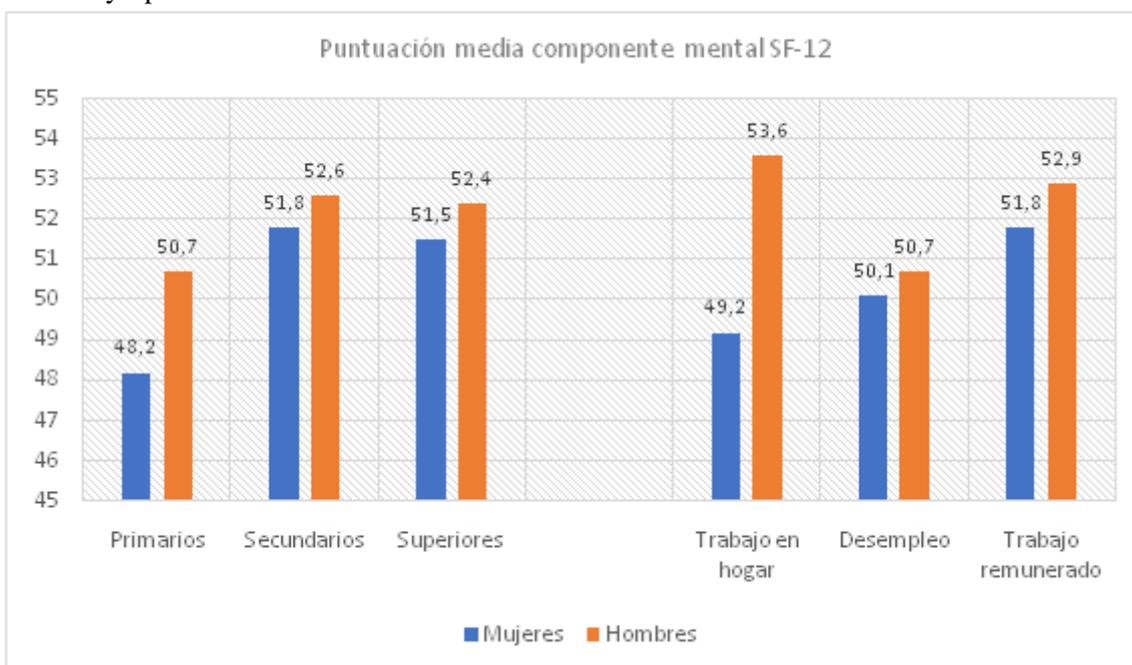
Figura 39. Puntuación media del componente mental de la escala SF-12 por sexo y edad. Andalucía 2015.



Fuente: Elaboración propia. Datos del Informe Salud y Género Andalucía 2018.

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, de manera similar a lo que ocurre en hombres. La brecha de género se reduce al aumentar el nivel de estudios. De la misma manera se puede identificar un gradiente según el tipo de ocupación, de manera que son las mujeres dedicadas en exclusiva al trabajo del hogar (trabajo no remunerado) las que tienen puntuaciones más bajas, seguidas de las que están en desempleo y las que tienen trabajo remunerado. Para los hombres, este gradiente existe entre los desempleados y los que tienen empleo, pero es inverso para los que hacen solo trabajo en el hogar<sup>3</sup>, que son los que puntúan más alto en la escala.

Figura 40. Puntuación media del componente mental de la escala SF-12 por sexo, según nivel de estudios y tipo de actividad. Andalucía 2015.



Fuente: Elaboración propia. Datos del Informe Salud y Género Andalucía 2018.

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”. Numerosos estudios indican que las mujeres manifiestan peor salud mental y mayor prevalencia de trastornos mentales comunes que los hombres.

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. Los riesgos de padecer mala salud mental y trastornos mentales comunes son siempre mayores en personas en condiciones socioeconómicas más desfavorecidas.

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 antidepressivos, tranquilizantes e hipnóticos, especialmente entre las mujeres. Los determinantes psicosociales de género tienen como consecuencia una mayor morbilidad en mujeres que en hombres

<sup>3</sup> Este efecto probablemente se deba al reducido tamaño muestral de este grupo de 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.

## **DETERMINANTES DE LAS DESIGUALDADES EN EL ÁMBITO DE LA SALUD.**

El estado de salud de una población responde a un entramado complejo de determinantes (o “causas”), tanto biológicos- de los que no nos hemos ocupado en este informe- como sociales. Entre los determinantes sociales, que se entrecruzan entre sí, podemos encontrar los siguientes grupos.

### **Las desigualdades territoriales en salud obedecen a peores condiciones de vida y a problemas de equidad en la distribución de recursos:**

- ❖ Las desigualdades en salud en Andalucía respecto a España y a otras Comunidades Autónomas responden al modelo de los determinantes sociales de la salud, que indica que las peores condiciones de vida de una población, la sitúa en desventaja para desarrollar todo su potencial para alcanzar el máximo nivel de salud. Andalucía tiene peores indicadores socioeconómicos que el conjunto del estado, con mayor índice de desempleo y de pobreza, y las condiciones de vida se han agravado durante los años de crisis económica y de aplicación de recortes en servicios públicos, afectando de manera desigual a determinados grupos. Esta situación influye en las desigualdades territoriales en salud mostradas en este informe.
- ❖ Aunque no hemos podido analizar en profundidad la salud a nivel de áreas pequeñas, algunos indicadores nos muestran que existen desigualdades entre el ámbito rural y el urbano (y posiblemente entre provincias). La progresiva despoblación del mundo rural, con un mayor envejecimiento, y la acumulación de recursos en áreas urbanas, pueden estar a la base de estas desigualdades. Los datos del Barómetro Sanitario de 2016 nos indican que las características que se consideran más discriminatorias referidas a la sanidad pública son precisamente las del lugar donde se reside (comunidad autónoma y rural-urbano), en mayor porcentaje en población andaluza que en la española.

### **Determinantes estructurales, roles desiguales, normas discriminatorias y valores y estereotipos de género, están a la base de las desigualdades en salud entre mujeres y hombres:**

- ❖ Las mujeres sufren una situación de desventaja estructural, que las sitúa en posiciones sociales desfavorables respecto a los hombres. Adicionalmente, la división sexual del trabajo produce una distribución de roles que exponen a mujeres y a hombres a diferentes riesgos y vulnerabilidades para su salud y a diferentes oportunidades para optar por estilos de vida saludables. Especialmente relevante es la responsabilidad en el trabajo de cuidados que ejercen mayoritariamente las mujeres, en Andalucía en mayor proporción que en el conjunto del país, respondiendo a un modelo típicamente familista. La mayor implicación en los cuidados produce efectos negativos en la salud mediante mecanismos similares a una situación de estrés crónico, que se manifiesta, entre otros, en la peor salud mental de las mujeres y especialmente en las que se dedican en exclusiva al trabajo no remunerado. Esta situación se produce además en un contexto de servicios públicos de atención a las personas dependientes (menores, enfermos crónicos o con discapacidad) escasos e inflexibles. Estos determinantes condicionan el peor estado de salud de las mujeres que se pone de manifiesto en este informe.
- ❖ Los roles, las normas y los estereotipos de género determinan comportamientos y estilos de vida discriminatorios que influyen en la salud. Estos patrones de género estereotipados no solo condicionan la salud de las mujeres, sino también la de los hombres. Un claro ejemplo es la mayor tasa de mortalidad en ellos: los hombres mueren prematuramente por causas relacionadas con patrones de comportamiento que responden a la llamada masculinidad hegemónica. En general, los hombres presentan enfermedades más graves y fatales, mientras que las mujeres

acumulan problemas crónicos y más discapacidad a lo largo de su vida: “los hombres mueren de sus enfermedades y las mujeres tienen que convivir con ellas” (Thorslund, et al., 1993).

- ❖ Se están produciendo transformaciones de las normas de género que se relacionan con la salud, especialmente en las generaciones más jóvenes. Ejemplo de ello es el aumento de consumo de tabaco y alcohol por parte de chicas jóvenes, en un intento de ruptura con los patrones de comportamiento tradicionales asignados a las mujeres y un acercamiento a los patrones tradicionalmente masculinos. Este fenómeno se acompaña de una escasa respuesta por parte de los servicios de atención a la salud a las necesidades específicas de mujeres y de hombres, de tal manera que se ofrecen soluciones uniformes a problemas que responden a condicionantes diferentes.

#### **Existen desigualdades en el acceso a recursos materiales y simbólicos que promueven la salud:**

- ❖ Las desigualdades en salud también responden a las diferencias evitables e injustas en los recursos (materiales y simbólicos) que promueven la salud. Un ejemplo son los diferentes resultados en salud por nivel educativo que se muestran en este informe, que no solo indican desventajas en oportunidades laborales o de renta, sino también un acceso desigual a la información y alfabetización en salud.
- ❖ Igualmente existe un diferente acceso a otro tipo de recursos tan importantes como el uso del tiempo propio como consecuencia de la dedicación mayoritaria de las mujeres –y especialmente las de menores recursos materiales- al cuidado de los demás. Un ejemplo claro es el mayor porcentaje de sedentarismo en las mujeres, que obedece a una menor capacidad de decidir sobre el tiempo propio dedicado al autocuidado, así como a normas y estereotipos de género que marcan a las mujeres como pasivas en relación a la actividad física y el ejercicio del deporte.
- ❖ Los roles, normas y estereotipos de género interactúan claramente con otros determinantes cuando se trata de hábitos, comportamientos y estilos de vida relacionados con la salud. Un caso claro es el de la obesidad: las mujeres de menor nivel educativo, de mayor edad y las que viven en entornos rurales presentan los mayores niveles de obesidad. Este hecho responde a un menor acceso a recursos de promoción de la salud en estos grupos de mujeres, unido a los estereotipos de género que marcan la obesidad: aunque el exceso de peso es más frecuente en los hombres, las mujeres consideran con más frecuencia que están “más gordas de lo normal”. Esto puede derivar en un deterioro de la autoestima y en comportamientos alimentarios nocivos como la adopción de dietas y el consumo de productos poco saludables que ponen en riesgo la salud de las mujeres. Esto también puede vincularse con las desigualdades en los usos del tiempo ya que las mujeres tienen menos tiempo disponible al día y lo emplean en mejor medida en actividad física y deportiva, al desarrollar una sociabilidad también vinculada al cuidado y las relaciones sociales que tejen esas redes de cuidado.

#### **Existen obstáculos en el acceso a determinados servicios de salud y sesgos en la atención sanitaria prestada que afectan en mayor medida a grupos vulnerables:**

- ❖ Las dificultades de acceso y utilización de determinados servicios y prestaciones sanitarias por razones económicas están relacionadas con el gasto de bolsillo necesario para obtener servicios que están sometidos a copago (fármacos) o que no están incluidos en la cartera de servicios públicos (atención dental). Esta situación se ha visto agravada por la aplicación del RD 16/2012 que restringió la accesibilidad a los servicios sanitarios de determinados colectivos, como las personas migrantes no documentadas, y relegó a categoría de “beneficiarios” a las personas que no estaban aseguradas. Esta medida ha puesto en situación de mayor vulnerabilidad a las mujeres, que tienen menor acceso al empleo y a las pensiones y que tienen mayores necesidades sanitarias, ya que viven más años y sufren más enfermedades crónicas y discapacidad. Y

especialmente a aquellas que han dedicado la mayor parte de su vida al cuidado de otras personas, sin poder acceder a un empleo remunerado.

- ❖ Existen también sesgos de género en la atención sanitaria (y probablemente también por razón de edad o estrato social), que pueden estar condicionando la inadecuada atención a problemas de salud específicos o más prevalentes en uno u otro sexo (edad o grupo social). Un ejemplo es la salud mental. Si bien es cierto que las mujeres presentan peor percepción de salud mental, también es verdad que existe un sobrediagnóstico en patologías como la depresión y la ansiedad, que resulta en una medicalización de los malestares de las mujeres, malestares que responden más a situaciones de desigualdad de género que a una patología subyacente. Igualmente se atiende escasamente a problemas como el suicidio, mucho más frecuente en los hombres y su vinculación con los estereotipos de género de las pautas de la masculinidad hegemónica.
- ❖ Se produce un acceso desigual a recursos y oportunidades de promover la salud y de elegir opciones saludables. Las mujeres dedicadas al trabajo no remunerado (doméstico y de cuidados) y las denominadas “pobres de tiempo” dedican un tiempo excesivo al trabajo remunerado y no remunerado por falta de recursos para sustituirlo en el mercado, disfrutan de pocas oportunidades para dedicar el tiempo propio al autocuidado: alimentación sana, ejercicio físico, actividades deportivas y de ocio...En Andalucía se da, con mayor frecuencia que en otras regiones, una importante dedicación a los cuidados y una elevada feminización de este tipo de trabajos. Existe además una escasez de servicios de apoyo a nivel institucional y comunitario, y como se ha dicho, menor nivel de renta para externalizar ese trabajo en terceros/as como ocurre en otros territorios en mayor medida.

## RECOMENDACIONES.

- ❖ **Potenciar y desarrollar la Estrategia de Salud en Todas las Políticas.** Los determinantes sociales de las desigualdades en salud se sitúan en gran parte fuera del sistema sanitario, por lo tanto, es muy importante desarrollar políticas y estrategias en salud que aborden estos determinantes desde otros sectores: educación, empleo, igualdad, servicios sociales, vivienda, medioambiente, etc. La Estrategia de Salud en Todas las Políticas se ha mostrado efectiva para mejorar la salud de las poblaciones y para reducir las inequidades en salud. Todas las políticas deberían incluir una evaluación de impacto en salud (previa, durante y después de su aplicación) para maximizar los beneficios en salud y evitar las consecuencias indeseables en desigualdades en salud<sup>4</sup>.
- ❖ **Desarrollar y potenciar estrategias de promoción de la salud basada en activos.** Las desigualdades en las oportunidades de adoptar estilos de vida y hábitos saludables requieren un abordaje que potencie los llamados “activos en salud”. Estos son definidos como «cualquier factor (o recurso) que mejora la capacidad de las personas, grupos, comunidades, poblaciones, sistemas sociales e instituciones para mantener y sostener la salud y el bienestar, y que les ayuda a reducir las desigualdades en salud» (Cofiño et al., 2016). El enfoque de activos en salud promueve la salud comunitaria incorporando la perspectiva de la salud positiva y de creación de capacidades, con perspectiva de equidad. Implica tener en cuenta los determinantes sociales, y no solo los dependientes de los servicios sanitarios, asumiendo que las comunidades tienen capacidades y recursos propios para potenciar su nivel de salud. No obstante, hay que tener en cuenta que debido a las desigualdades de renta, educación, de edad, género o vinculadas con el hábitat, no todos los grupos sociales, ni todas las personas dentro de esos grupos, tienen las mismas capacidades o recursos.

---

<sup>4</sup> Un ejemplo de ello lo arrojan análisis como los recogidos por Stuckler y Basu (2013) en lo que ellos llaman la “body economy” o economía del cuerpo, donde demostraban en un análisis de las recesiones, batallas presupuestarias y la política de la vida y la muerte, que las políticas de austeridad matan o incitan a quitarse la vida.

- ❖ **Incorporar estrategias para la equidad de género en salud.** Para reducir las desigualdades de género en salud hay que actuar en todos los sectores, también en el sanitario. 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. Esta estrategia debe incorporar como elemento básico la formación de profesionales de la salud para que integren el enfoque de género en su práctica profesional. 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 e identificar y evitar los sesgos de género que se producen en la atención sanitaria.
- ❖ **Incrementar la financiación del sistema público de salud y mejorar la distribución equitativa entre las comunidades autónomas.** El sistema público de salud no será sostenible ni equitativo sin una suficiente financiación. Esta situación se ha visto agravada durante el periodo de crisis económica en el que se han aplicado medidas de recortes del gasto sanitario público que han afectado más a determinados servicios (atención primaria, salud pública) y a determinados grupos poblacionales (los más empobrecidos) que son los que tienen menos recursos para acudir a la atención sanitaria privada. Para ello, es necesario considerar una distribución más equitativa y coherente con la población de cada comunidad autónoma.
- ❖ **Corregir los desequilibrios en la distribución de recursos sanitarios y potenciar los servicios de atención primaria de salud y salud pública.** Asegurar la equidad en la distribución de recursos sanitarios entre las distintas provincias y entre los ámbitos rural y urbano. La potenciación de la atención primaria de salud y la adecuada distribución de sus recursos es una de las medidas más efectivas para asegurar un acceso equitativo a la atención en salud. Los servicios de salud pública, también insuficientemente financiados, son esenciales para promover y proteger la salud de la población en todos los territorios, y hay que potenciar su enfoque hacia la corrección de las desigualdades.
- ❖ **Restablecer la universalidad de la cobertura de la atención sanitaria y eliminar los obstáculos al sistema público de salud.** Una de las estrategias más importantes de la Organización Mundial de la Salud es la encaminada a asegurar la cobertura sanitaria universal. Su aplicación en nuestro contexto supone garantizar el derecho a la atención sanitaria para todas las personas, sea cual sea su tipo de aseguramiento, eliminando los copagos por determinados servicios y prestaciones, y asegurando una cartera de servicios suficientes y accesibles a toda la población. Esto supondría, entre otras medidas, incorporar a la cartera pública servicios que ahora están excluidos, como la atención buco-dental, y ampliar otros como la cobertura de determinados servicios de salud mental y de salud sexual y reproductiva.
- ❖ **Desarrollar de manera adecuada la atención a las personas dependientes y a las personas cuidadoras.** La reducción de las desigualdades de género y de clase en los cuidados es un eje fundamental de cualquier estrategia para mejorar la equidad en salud. Ello requiere un desarrollo suficiente y equitativo de las medidas contempladas en la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Se deben introducir medidas 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 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, comunidades y Estado.

## REFERENCIAS.

Cofiño, R.; Aviñó, D.; Benedé, C. et al. (2016), “Promoción de la salud basada en activos: ¿cómo trabajar con esta perspectiva en intervenciones locales? Informe SESPAS 2016”, *Gaceta Sanitaria* 2016; 30 (S1): 93-98.

Consejería de Salud, Junta de Andalucía. *Memoria 2015*. Disponible en <http://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadisticaycartografia/iea/resultadosConsulta.jsp?CodOper=1438&codCon>

Consejería de Salud, Junta de Andalucía. *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>.

García-Calvente, MM.; del Río Lozano, M.; Maroto Navarro, G. et al. (2018), *Informe Salud y Género en Andalucía 2018*. Sevilla: Consejería de Salud, 2018, 288p. Disponible en [https://www.easp.es/wp-content/uploads/publicaciones/EASP\\_Informe\\_Salud\\_y\\_Genero\\_Alanducia\\_2018.pdf](https://www.easp.es/wp-content/uploads/publicaciones/EASP_Informe_Salud_y_Genero_Alanducia_2018.pdf)

Instituto Nacional de Estadística (INE) (2018), Esperanza de vida, en Mujeres y Hombres en España/Salud (actualizado a 14 de septiembre de 2018). Disponible en [http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es\\_ES&c=INESeccion\\_C&cid=1259926380048&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios/PYSLayout](http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926380048&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios/PYSLayout)

Instituto Nacional de Estadística (INE) (2017), Indicadores de mortalidad. Resultados por comunidades autónomas. Disponible en <http://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?padre=1153&capsel=2055>

Marcos-Marcos, J., García-Calvente, M. M., del Río-Lozano, M. y Romo, N. Performing masculinity, influencing health (2013), ”A qualitative mixed-methods study of young Spanish men”, *Global Health Action*, 6: 21134.

Moreno, C., Ramos, P., Rivera, F., et al. (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, 2016.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2004), *Gender in Mental Health Research*. Department of Gender, Women and Health Family and Community Health World Health Organization, 2004.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2016), *La salud y el bienestar de las mujeres en Europa: más allá de la ventaja de la mortalidad*. 2016. Copenhagen: World Health Organisation. Regional Office for Europe.

Stuckler, D. & Basu, S. (2013), *The body economic. Why austerity kills. Regressions, budget battles, and the politics of life and death*. Basic Books. New York.

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.