



Universidad de Valladolid

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES, JURÍDICAS Y DE LA
COMUNICACIÓN

Grado en Relaciones Laborales y Recursos Humanos

TRABAJO DE FIN DE GRADO

DESIGUALDADES DE GÉNERO EN SALUD

Presentado por Álvaro Martínez Ruiz

Tutorizado por Patricia Gómez Costilla

Segovia, julio de 2021

RESUMEN

El presente trabajo tiene como finalidad conocer si existen o no desigualdades de género en salud en la población española, además de comprobar si dichas desigualdades se encuentran reflejadas en grupos segmentados por edades y por Comunidades Autónomas. Para su desarrollo se ha llevado a cabo una selección de los datos de varios indicadores de salud extraídos de la Encuesta Nacional de Salud Española del año 2017. Una vez conocidos esos datos he analizado dichos indicadores mediante diversos gráficos, conceptos y teorías de varios autores para explicar así las desigualdades existentes entre hombres y mujeres pertenecientes al ámbito de la salud. Tras haber realizado el análisis de los gráficos se puede comprobar que sí existen desigualdades de género en salud y que son las mujeres las que sufren estas desigualdades, además, estas desigualdades también existen por segmentos de edad y por Comunidades Autónomas.

ABSTRACT

The purpose of this work is to find out if there are gender inequalities in health among the Spanish population. Furthermore, it aims to check whether inequalities are reflected in age groups and Autonomous Communities. For its preparation, health indicators have been extracted from the 2017 Spanish National Health Survey. Once the data are known, they have been analyzed using graphs, concepts and theories to explain the existing inequalities between men and women. After analyzing the graphs, it can be affirmed that there are gender inequalities in the field of health. Women are the ones who suffer these inequalities. Inequalities are also observed by age range and Autonomous Community.

PALABRAS CLAVE

Salud, género, edad, CCAA, desigualdades, Encuesta Nacional de Salud Española 2017.

KEYWORDS

Health, gender, age, CCAA, inequalities, Spanish National Health Survey 2017.

ÍNDICE

RESUMEN	2
PALABRAS CLAVE	2
INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN DEL TEMA	6

CAPÍTULO 1 ESTADO DE LA CUESTIÓN

1.1. Concepto de salud	10
1.1.1. Determinantes de la salud.....	10
1.1.2. Indicadores de salud de la población.....	11
1.2. Sistema Sanitario Español	12
1.3. Desigualdades de género en salud	14
1.3.1. ¿Qué es el género?.....	14
1.3.2. Desigualdades de género.....	14
1.3.3. Desigualdades de género en salud.....	15

CAPÍTULO 2 INVESTIGACIÓN

2.1. Metodología	18
2.1.1. Encuesta Nacional de Salud del año 2017.....	18
2.1.2. Indicadores elegidos y su motivación.....	18
2.2. Resultados	19

CAPÍTULO 3 CONCLUSIONES

3.1. Conclusiones	34
--------------------------------	----

.....

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	35
---	----

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 2.2.1: Salud percibida entre hombres y mujeres.....	19
Gráfico 2.2.2: Personas que han acudido al médico en las últimas 4 semanas por un diagnóstico o revisión de una enfermedad o problema de salud.....	20
Gráfico 2.2.3: Personas que han acudido al médico en las últimas 4 semanas por el programa de atención al niño sano.....	20
Gráfico 2.2.4: Personas que han acudido al médico en las últimas 4 semanas por consultas administrativas.....	21
Gráfico 2.2.5: Personas que han acudido a la consulta con el médico hace menos de cuatro semanas.....	22
Gráfico 2.2.6: Personas que hace más de un año han acudido a la última consulta con el médico.....	22
Gráfico 2.2.7: Personas que han utilizado el servicio de urgencias.....	23
Gráfico 2.2.8: Personas que han sido hospitalizadas en los últimos 12 meses.....	24
Gráfico 2.2.9: Personas que han acudido a la consulta con el especialista hace menos de cuatro semanas.....	24
Gráfico 2.2.10: Personas que hace más de un año han acudido a la última consulta con el especialista.....	25
Gráfico 2.2.11: Personas que han recibido la vacuna antigripal en la última campaña de vacunación.....	25
Gráfico 2.2.12: Personas de cada CCAA que han acudido al médico en las últimas 4 semanas por un diagnóstico o revisión de una enfermedad o problema de salud.....	26
Gráfico 2.2.13: Personas de cada CCAA que han acudido al médico en las últimas 4 semanas por el programa de atención al niño sano.....	27
Gráfico 2.2.14: Personas de cada CCAA que han acudido al médico en las últimas 4 semanas por consultas administrativas.....	27
Gráfico 2.2.15: Personas de cada CCAA que han acudido a la consulta con el médico hace menos de cuatro semanas.....	28
Gráfico 2.2.16: Personas de cada CCAA que hace más de un año han acudido a la última consulta con el médico.....	28
Gráfico 2.2.17: Personas de cada CCAA que han utilizado el servicio de urgencias.....	29
Gráfico 2.2.18: Personas de cada CCAA que han sido hospitalizadas en los últimos 12 meses.....	29
Gráfico 2.2.19: Personas de cada CCAA que han acudido a la consulta con el especialista hace menos de cuatro semanas.....	30

Gráfico 2.2.20: Personas de cada CCAA que hace más de un año han acudido a la última consulta con el especialista.....	30
Gráfico 2.2.21: Personas de cada CCAA que han recibido la vacuna antigripal en la última campaña de vacunación.....	31

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN DEL TEMA.

La RAE define el concepto de salud como “el estado en el que ser orgánico ejerce normalmente sus funciones” y también como “conjunto de las condiciones físicas que se encuentra un organismo en un momento determinado”(RAE, 2020a), pero cuando hablamos de este término hacemos referencia a un concepto que ha ido evolucionando a lo largo de la historia, por lo que se puede decir que dicho concepto es dinámico y cambiante, que su definición va a depender del momento de la historia en el que nos encontremos, por lo que en definitiva no hay un concepto de salud universal. Se puede decir que la salud no es idéntica para todos los seres humanos, sino que esta depende de las características biológicas de cada uno, además de las características sociales, económicas, culturales y de las políticas de donde se viva.

Podemos encontrarnos con muchos tipos de desigualdades, pero en las desigualdades que me voy a centrar son en las desigualdades de género y en concreto en el ámbito de la salud. Las desigualdades de género son un fenómeno social que supone la aparición de una inequidad en salud entre personas a consecuencia de su género, normalmente son las mujeres las que suelen recibir dicha discriminación. ¿A que nos referimos con desigualdades de género en salud? ¿Se podría decir que en la salud hay estereotipos?

El género y el sexo son dos términos diferentes pese a que existe una gran confusión entre ambos. En primero lugar cuando hablamos de género nos referimos a una construcción social que se basa en las ideas culturales, y en las actitudes y las relaciones que pueden tener los hombres y las mujeres. No es un término que sea igual en todas las sociedades, dado que de una sociedad a otra este término puede cambiar por una cuestión de cultura, o por las diferentes maneras en las que cada hombre y mujer perciben este término. Por otro lado, cuando nos referimos al sexo, nos referimos a las diferencias físicas, anatómicas, biológicas que hay entre hombres y mujeres, se puede decir que este es un término más universal. Las diferencias entre el género y el sexo determinan diferencias en la salud, la vulnerabilidad, los distintos problemas de salud y la frecuencia de estos, la accesibilidad a los servicios sanitarios...

La presente investigación constituye un estudio de las desigualdades de género en salud, donde para dicho estudio se han utilizado una serie de indicadores de salud con el objetivo principal de saber si existen o no desigualdades de género en salud.

Además, una vez estudiadas estas desigualdades veré si también hay desigualdades de género en salud entre los diferentes grupos de edad y las diferentes CCAA de España.

La elección del tema ha sido porque es un tema en el que nunca me había parado a pensar si podían existir desigualdades de género o no, por lo que me decanté por este tema por la curiosidad y dudas que me ocasiona estudiar dichas desigualdades. Además, con este tema me gustaría que la gente pudiera conocer al igual que yo dichas desigualdades y poder poner una solución para que éstas no vayan a más y poder evitar desigualdades de cualquier tipo.

Para estudiar las desigualdades de género en salud que hay en la sociedad española he utilizado los datos recogidos en la Encuesta Nacional de Salud Española de 2017 (ENSE2017), incidiendo en el acceso a los servicios sanitarios, además de ver también las desigualdades de género por grupos de edad y por CCAA. Entre los diferentes apartados del presente documento nos encontramos, en primer lugar, con el capítulo uno donde se habla sobre el estado de la cuestión, dentro de este capítulo he desarrollado un apartado donde se habla del concepto de salud, dentro de este he hablado de manera detallada sobre los determinantes sociales de la salud y sobre los indicadores de salud de la población; en el segundo apartado de este primer capítulo he desarrollado como está formado y de que se compone el sistema sanitario español, y en el último apartado del capítulo uno, he hablado de las desigualdades de género en salud, donde he desarrollado de manera más detallada el concepto de género, las propias desigualdades de género y por último me he centrado en las desigualdades de género en salud.

A continuación, se encuentra el capítulo dos en el que el primer apartado trata sobre la metodología empleada a lo largo de la investigación, dentro de este apartado en primer lugar he hablado sobre la ENSE2017, y en segundo lugar sobre la selección de los seis indicadores de salud para estudiar las desigualdades de género en salud. En el segundo apartado del capítulo dos he hablado de los resultados obtenidos tras haber realizado los gráficos pertinentes.

Por último, se encuentra el capítulo tres donde se hacen las pertinentes conclusiones una vez analizados los resultados.

CAPÍTULO 1
ESTADO DE LA CUESTIÓN

1.1 Concepto de salud.

La Organización Mundial de la Salud (a partir de ahora OMS), define salud como “el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, por lo que contempla el estado saludable de las personas desde un punto de vista de la calidad de vida y no únicamente de la manifestación de síntomas o del padecimiento de enfermedades (OMS, 1946).

El concepto de salud es un concepto histórico, dinámico y cambiante ya que depende de varios factores como puede ser la época en la que nos encontremos, la cultura que tenga cada persona y las diversas condiciones de vida que tenga la población. En definitiva, no hay un concepto de salud universal dado que hay tres características que hacen que sea difícil la realización de una única definición (Gavidia, V y Talavera, M, 2012): La primera de las características es que el concepto de salud puede ser usado en diferentes contextos como puede ser en el entorno médico-asistencial, en el contexto de los pacientes, en el contexto sociológico, en el entorno económico y político, y, por último, en el ámbito filosófico y antropológico. La segunda de las peculiaridades es que se parte de presupuestos básicos distintos, es decir, que dependiendo del punto de partida la salud puede verse como un estado objetivo que se puede descubrir y definir universalmente independientemente de los juicios de valor, o como una construcción histórica y cultural que se elabora y define de acuerdo con los valores culturales y las normas sociales vigentes en el momento. Por último, la tercera característica son los distintos ideales en los que puede ser usada la salud, donde se trata de especificar los aspectos deseables que deben ser incluidos en el concepto, generándose cuatro tipos de concepciones: las que se limitan a lo estrictamente corporal, las que incluyen los factores psíquicos, las que incluyen aspectos sociales y, por último, las ideales y utópicas que están influidas por las distintas ideas sobre la felicidad y la calidad integral de la vida.

La salud abarca aspectos subjetivos, como puede ser el bienestar físico, mental y social, aspectos objetivos, como puede ser la capacidad de funcionamiento, y aspectos sociales como puede ser la adaptación y trabajo sociablemente productivo.

Hay diferentes tipos de salud que son los siguientes (Cepei, 2021):

-Física: Con este tipo de salud se hace referencia al buen funcionamiento de los órganos y sistemas de nuestro cuerpo. Se puede decir que la salud física es la condición en la que se encuentra nuestro cuerpo, si el cuerpo tiene un buen funcionamiento se puede decir que hay una buena salud, por el contrario, la salud sería peor.

-Mental: Este tipo de salud se refiere al bienestar emocional, psicológico y social. Este tipo tiene que ver con la forma en la que las personas nos sentimos y actuamos. Además, dentro de este se incluyen la prevención de trastornos mentales y sus pertinentes tratamientos en caso de padecer cualquier tipo de trastorno mental.

-Social: Este tipo se refiere a la capacidad que tenemos de adaptación y autogestión ante los diversos cambios en el entorno, además de la capacidad que tenemos para desarrollar relaciones con otras personas.

-Ambiental: Este tipo de salud se refiere a los factores físicos, químicos y biológicos externos a nosotros. Dentro de este tipo podemos encontrarnos con los diversos factores ambientales que pueden incidir en la salud de las personas.

1.1.1. Determinantes de la salud.

Los determinantes de la salud son el conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de la salud de una determinada persona con conjunto de población (Villar Aguirre, M., 2011).

ESTADO DE LA CUESTIÓN

Estos determinantes como citó Palomino Moral, Grande Gascón, y Linares Abad (2014) se pueden clasificar como: determinantes de la organización general de un país, determinantes demográficos, determinantes biológicos, determinantes medio ambientales, determinantes educativos y determinantes sociales, que son en los que nos vamos a centrar.

La OMS define los determinantes sociales como “las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana” (OMS, 2009).

Cuando se explican estos determinantes surgen modelos, entre otros, el modelo de Solar e Irwin y el modelo Socioeconómico de salud de Dahlgren y Whitehead. Estos modelos se presentaron para la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, que se creó para ayudar a los países mundiales a tratar los factores sociales que conducen a llevar una mala salud. Esta destacó que los determinantes sociales son las causas más destacadas de la mala salud y desigualdades en los países (OMS, 2009).

- Modelo Solar e Irwin (Palomino Moral, A., Grande Gascón, M. y Linares Abad, M., 2014): Este modelo estructura los factores que intervienen en las desigualdades en tres elementos, el primero de ellos es el contexto socioeconómico y político, donde se encuentran la estructura social, la distribución de poder y los recursos. El segundo elemento es la estructura social donde se encuentran las diferentes desigualdades que determinan las escalas de poder en la sociedad. Por último, el tercer elemento son los determinantes intermedios, que es la estructura social que determina las desigualdades en los recursos materiales que influyen en recursos psicosociales y conducta, y que están muy relacionados con consecuencias en salud.

Este modelo va desde los niveles llamados proximales, que son aquellos que tienen asociados variables de nivel individual donde se incluyen algunos factores biológicos como puede ser el sexo, la genética, etc. Hasta los niveles llamados distales que fortalecen la estratificación social y definen la posición socio-económica de las personas, es decir, estos elementos afectan a la salud desde la estructura socioeconómica (Barboza-Solís, C., Sáenz-Bonilla, J.P., Fantin, R., Gómez-Duarte, I. y Rojas-Araya, K., 2019)

- Modelo Dahlgren y Whitehead (Caballero González, E., Moreno Gelis, M., Sosa Cruz, M y Columbie Pérez, L., 2012): En este modelo se explican cómo las desigualdades sociales en salud son la consecuencia de las interacciones entre los diversos niveles de las condiciones causales. Según estos, los individuos tenemos diversos factores de riesgo como pueden ser la edad, el sexo y la genética que influyen en el potencial de la salud final. Para explicar esto Dahlgren y Whitehead lo hacen mediante diferentes niveles, que se representan por diversas capas: en la primera capa están los individuos, en la segunda capa se encuentran los estilos de vida que pueden llevar los individuos, por encima de esta capa se encuentran las influencias sociales y los servicios de salud, un nivel más arriba encontramos las condiciones de vida y de trabajo de los individuos, y por último en la capa más alejada se encuentran las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales.

1.1.2. Indicadores de salud de la población.

Los indicadores de salud son una idea de la vigilancia de la salud que determina una medida de la salud o de un elemento que tiene que ver con la salud. Generalmente estos indicadores representan medidas que acogen información importante sobre diversos atributos y magnitudes del estado de salud y que si se observan en grupo tratan de reflejar la situación sanitaria de una población (Organización panamericana de la Salud, 2001).

Dentro de los indicadores de salud podemos hacer una diferenciación entre diferentes tipos de indicadores, el primero de ellos es la esperanza de vida, dentro de esta se pueden hacer dos distinciones, años saludables y esperanza de vida en buena salud. El segundo de los tipos es la mortalidad, donde se puede encontrar la mortalidad en general, la mortalidad por enfermedades

CAPÍTULO 1

no transmisibles, la mortalidad por causas externas, la mortalidad por enfermedades transmisibles, la mortalidad por causas relacionadas con el tabaco y el alcohol y la mortalidad por causas relacionadas con la calidad del sistema sanitario. El tercer tipo es la morbilidad, donde encontramos los ingresos y las altas hospitalarias por grandes grupos diagnósticos, las enfermedades de declaración obligatoria, la incidencia de cáncer, las víctimas de accidentes de tráfico y las víctimas de accidentes de trabajo. El cuarto tipo son las limitaciones de actividades de salud y la salud subjetiva, donde podemos encontrar la incapacidad, la limitación de la actividad y la percepción subjetiva de la salud. El quinto tipo son la salud materno infantil, donde podemos encontrar la mortalidad infantil, el nacimiento según la edad de la madre, el nacimiento según el peso del recién nacido y la lactancia materna. El sexto tipo son los hábitos y el estilo de vida relacionados con la salud, donde encontramos el consumo de tabaco, el consumo de alcohol, el consumo de otras drogas, la inactividad física en tiempo libre, la obesidad y el consumo insuficiente de frutas y verduras. El séptimo, es la salud percibida, que se trata de la evaluación que los individuos realizan de su estado de salud, y dependiendo de como lo evalúen la esperanza de vida será mayor o menor. Y el octavo entre otros, es la asistencia a los servicios sanitarios, donde se encuentran la frecuencia con la se accede al médico y al especialista, las hospitalizaciones y la asistencia a los servicios de urgencias (Ministerio de Sanidad, 2020).

Los indicadores de salud idóneos deben tener cierta calidad que viene dada por las siguientes características (Organización panamericana de la Salud, 2001):

- **La validez**, esta consiste en que el indicador o los indicadores midan lo que tienen que medir.
- **La confiabilidad**, esta consiste en que si la medición de indicador se repitiera en condiciones generales reproduciría los mismos resultados.
- **La sensibilidad**, consiste en que pueda medir los cambios de fenómenos que se quiere medir.
- **La relevancia**, esta consiste en que el indicador sea capaz de dar soluciones a los asuntos más importantes de las políticas de salud.
- **El costo-efectividad**, esta consiste en que los resultados obtenidos justifiquen la inversión en tiempo y otros recursos.

1.2. Sistema Sanitario Español.

El Sistema Nacional Sanitario (a partir de ahora SNS) Español, está fundamentado en la Constitución Española (a partir de ahora CE) de 1978, además de en la Ley General de Sanidad, de 25 de octubre de 1986.

El Ministerio de Sanidad y Consumo “es el órgano encargado de la propuesta y ejecución de la política de Gobierno en materia de salud, de planificación y asistencia sanitaria, así como el ejercicio de las competencias de la Administración General del Estado para asegurar a los ciudadanos el derecho a la protección de la Salud” (Ministerio de Sanidad, 2020a)

El Instituto Nacional de Salud (a partir de ahora INS) se fundó en el año 1986, y este es el que asume que se le garantice el acceso a la Sanidad a cualquier persona. Hoy en día, el INS se encarga de gestionar el SNS, que está basado en los principios de universalidad y libre acceso, y está financiado en su mayor parte por impuestos. (Lora Martín, A, 2020)

Con anterioridad a que cada Comunidad Autónoma (a partir de ahora CCAA) tuviera su propio sistema sanitario, es decir tuvieran un modelo descentralizado en relación con el modelo político constitucional y entendiendo que en cada ámbito concreto es posible atender con mayor adecuación y rentabilidad social las necesidades de la población, existía el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) que era el que ejercía las funciones pertinentes a la administración y coordinación del sistema de salud de las CCAA, que fue creado en 1978 y duró hasta el año 2002. Esta descentralización llevó a que los servicios de salud permitieran mejorar la atención a la

ESTADO DE LA CUESTIÓN

población de cada territorio y manejar de mejor manera los recursos (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006).

La distribución de competencias sanitarias entre el estado y las CCAA vienen determinadas por el bloque de constitucionalidad que está conformado por la CE y los Estatutos de Autonomía.

Por un lado, el Estado tiene competencias exclusivas sobre sanidad exterior, sobre la coordinación general de la sanidad, sobre la legislación de productos farmacéuticos, sobre el régimen económico de la Seguridad Social, además de competencias en la solidaridad intercomunitaria y la alta inspección, que es la capacidad que tiene el Gobierno para revisar la normativa estatal en las CCAA y así poder subsanar deficiencias. Por otro lado, las competencias de las CCAA son todas aquellas de las que no se encarga el Estado, como pueden ser dictar normas de desarrollo complementarias de las leyes básicas del Estado, además de las competencias de ejecución, gestión y administración.

Por lo tanto en la actualidad la sanidad de cada CCAA es la siguiente: el Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA), el Servicio Cántabro de Salud (SCS), el Servicio Gallego de Salud (SERGAS), Osakidetza – Servicio Vasco de Salud, Sanidad Castilla y León (SACYL), el Servicio Andaluz de Salud (SAS), el Servicio Madrileño de Salud, el Servicio Canario de Salud, el Instituto Catalán de Salud (ICS), el Servicio Valenciano de Salud (SERVASA), el Servicio Balear de Salud (SERBASA), el Servicio de Salud de Castilla la Mancha (Sescam), el Sistema Sanitario Público Extremeño (SSEP), el Servicio Navarro de Salud – Osasunbidea, el Servicio Aragonés de Salud (SALUD), Servicio Rioja Salud y el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria gestiona la sanidad de Ceuta y Melilla.

El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS), está destinado a la coordinación principalmente para garantizar la igualdad de prestaciones sanitarias para todos los ciudadanos de las diferentes CCAA. Está constituido por la Presidencia del Consejo, que le corresponde al Ministro de Sanidad y Consumo, por la Vicepresidencia, que la desempeña uno de los Consejeros de Sanidad de las CCAA. También asisten a las sesiones de pleno (con voz, pero sin voto), el Subsecretario de Sanidad y Consumo y el director general de Cohesión del Sistema Nacional de Salud y Alta Inspección (Ministerio de Sanidad, 2020b).

El CISNS desarrolla las funciones que vienen determinadas en la Ley de Cohesión y Calidad, donde se establece que este consejo concederá y debatirá las recomendaciones en relación con las funciones esenciales a la configuración del SNS, y de asesorar, planificar y evaluar la coordinación de dicho Sistema.

El SNS se organiza principalmente en dos niveles asistenciales:

- **Atención primaria:** esta se incorporó al SNS en los años 80 y fue un punto de inflexión que impulsó a la mejora de la calidad de los servicios. La implantación de esta atención ha llevado a un aumento importante del nivel de satisfacción y confianza del paciente en los sanitarios.
La atención primaria es el nivel básico e inicial de atención. En este nivel se lleva a cabo una globalidad y una continuidad de la atención del paciente a lo largo de toda su vida. En esta atención se encuentran diversas actividades como, la prevención de enfermedades, la promoción de la salud, la educación sanitaria... Esta asistencia se realiza o bien bajo demanda o de manera programada.
- **Atención especializada:** con esta atención lo que se pretende es garantizar la continuidad de los cuidados del paciente cuando se han agotado las posibilidades en la atención primaria y hasta que el paciente pueda reincorporarse a la atención primaria.
Comprende las actividades asistenciales, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación y cuidados, además de la promoción de la salud, educación sanitaria y prevención de la enfermedad, también garantiza la continuidad de la atención integral al paciente. Esta atención se presta dependiendo de las características de cada paciente y de su proceso.

1.3. Desigualdades de género en salud.

1.3.1. ¿Qué es el género?

La RAE define el concepto de género como “el conjunto de seres que tienen uno o varios caracteres comunes”, también como “clase o tipo al que pertenecen personas o cosas” y también como “grupo al que pertenecen los seres humanos de cada sexo, entendido este desde un punto de vista sociocultural en lugar de exclusivamente biológico” (RAE, 2020b).

Según la OMS el género se refiere a roles, características y oportunidades socialmente definidos adecuados para hombres, mujeres, niños, niñas y personas con identidad no binarias. El género también es un producto de las relaciones entre las personas y puede reflejar la distribución de poder entre éstas. Este concepto cambiará con el tiempo y dependiendo del lugar. Cuando los individuos o grupos no cumplen con las normas, roles, responsabilidades o relaciones interpersonales de género, a menudo sufren estigma, exclusión social y discriminación, todo lo cual puede tener un impacto negativo en la salud. El género interactúa con el sexo, pero es un concepto distinto (OMS, 2018a).

Según la OMS el sexo es “las características biológicas que definen a los seres humanos como hombres y mujeres. Estos conjuntos de características biológicas tienden a diferenciar a los humanos como hombres o mujeres, pero no son mutuamente excluyentes, ya que hay individuos que poseen ambos.” (OMS, 2018b). En cuanto a las diferencias entre sexo y género. El primer término hace referencia a lo mencionado anteriormente por la OMS, y en cuanto al término género, este se refiere a las diferencias que existen socialmente por el hecho de ser hombre o mujer, como, por ejemplo, cuando vas a pedir una bebida en un bar hay bebidas que están asignadas a los hombres y otras bebidas a las mujeres (Artazcoz, L., 2004).

Tal y como indican Borrell y Artazcoz (2008), las diferencias que se presentan en el sexo y el género de las personas van a condicionar las diferencias en los distintos determinantes de la salud, la vulnerabilidad, la naturaleza, la frecuencia de los problemas de salud y el pronóstico de los problemas de salud entre hombres y mujeres.

1.3.2 Desigualdades de género.

Cuando hablamos de desigualdad nos referimos a algo diferente, algo distinto, pero cuando nos referimos a una desigualdad humana es cuando hay una falta de equilibrio entre dos o más personas.

Podemos encontrar diferentes tipos de desigualdades, como pueden ser, desigualdades sociales, económicas, educativas, legales y de género, que son en las que me voy a centrar.

Las desigualdades de género ocurren cuando una persona no tiene acceso a las mismas oportunidades que otra del sexo contrario. (Agencia de la ONU para los Refugiados, 2018)

Las desigualdades de género son un fenómeno social que vienen provocadas por una diferencia entre las personas por razón de su género, donde el género que más afectado se ve es el femenino. Estas desigualdades provocan que el género femenino sea considerado como un género inferior a diferencia del masculino.

Las causas de estas desigualdades son varias, en primer lugar, pueden ser debidas a la atribución de roles dado que desde que somos pequeños nos atribuyen roles para cada género como puede ser la manera de vestir, de hablar, la forma de comportarnos, etc.; en segundo lugar, por el sistema educativo que hay, ya que mantiene creencias sobre esos roles masculinos y femeninos; en tercer lugar, por los medios de comunicación donde dependiendo de la noticia y de la manera en la que se informa esa noticia apoya los diferentes roles de género, y por último se encuentran las desigualdades en el trabajo, donde es casi siempre el género femenino el encargado de realizar las funciones de menor esfuerzo físico, además de tener salarios más bajos y de la segregación

horizontal que ocurre cuando en un sector específico hay un género que predomina (en el sexo masculino la construcción o el transporte, y en el sexo femenino los cuidados sanitarios).

1.3.3. Desigualdades de género en la salud.

Dentro de las desigualdades de género, me voy a centrar en las desigualdades en salud que las han explicado tanto desde una perspectiva biológica o de sexo, como desde una perspectiva sociocultural o de género. Los problemas de salud no se distribuyen al azar, dado que están ligados a las condiciones sociales y económicas de cada grupo social.

Para el análisis de estas desigualdades he utilizado la medición de los indicadores de los servicios sanitarios, pero aparte de la que yo he elegido podemos encontrar más como pueden ser, las mediciones de los indicadores demográficos generales, de salud sexual y reproductiva, indicadores de mortalidad, educación e indicadores de pobreza, hogar y familia. (García Clavente, M., Del Río Lozano, M., Marcos Marcos, J., 2015).

La diferencia en el estado de salud entre ambos sexos (masculino y femenino) está ligada por una parte a los factores biológicos que incluyen características reproductivas. Las diferencias genéticas, hormonales y metabólicas desempeñan una gran función en los patrones patológicos según el sexo, pero las diferencias biológicas tan solo son una pequeña parte de los factores que influyen en las diferencias en salud entre ambos sexos. Desde hace unos años en España se han ido estudiando estas desigualdades, y destacan diversas iniciativas como pueden ser las del Grupo de Género y Salud Pública en el seno de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS), o, también la Red Temática de Investigación de Salud y Género (RISG), en ambas se estudian las desigualdades de género en salud en la agenda de salud pública (Artazcoz, L., 2004).

Cuando se habla de diferencias en la asistencia sanitaria que se le ofrece tanto a mujeres como a hombres, se demuestra que, junto a las diferencias biofisiológicas, está la presencia de estereotipos de género (son el conjunto de ideas estereotipadas que se utilizan para dar una explicación al comportamiento tanto de los hombres como de las mujeres), que hacen que se utilice de manera desigual los servicios sanitarios habiendo desigualdad entre ambos sexos. Por otro lado, cuando se habla de desigualdad de género en salud se refiere a las distintas oportunidades y recursos relacionado con la salud que tienen las personas en función de su sexo. (Sanchez Recio, R., Alonso Perez, J., Gasch Gallén, A. y Aguilar Palacio, I., 2021).

Las mujeres a diferencia de los hombres están acostumbradas a hablar de sus problemas de salud y de sus dolencias en mayor medida que los hombres, dado que estas suelen tener círculos de amistades grandes donde comentan su estado de salud y sus enfermedades, mientras que los hombres tienen círculos de amistades más pequeños y suelen ser por interés común por lo que no suelen hablar de sus problemas de salud o dolencias dado que podrían perder su “masculinidad”.

Por otro lado, las mujeres se preocupan más por su salud es porque pasan por experiencias biológicas como la menstruación, el nacimiento y la menopausia, por lo que esto les hace ser más conscientes de si en algún momento tienen un dolor y tuvieran que acudir al médico por ello. A diferencia de los hombres que tienen la tendencia de dejar pasar los dolores o minimizarlos y a la larga esos dolores se convierten en enfermedades más graves de lo que era en un principio (Academia Nacional de Medicina de México, 2014).

Los sesgos de género en medicina se pueden definir como una inclinación sesgada hacia una persona o colectivo basada en su género. Dentro de la medicina podemos encontrarnos con tres maneras diferentes por la cuales se manifiestan dichos sesgos: la primera de ellas es cuando se da por supuesto que los problemas y riesgos tanto para hombres como para mujeres son iguales cuando no lo son. La segunda manera es que existen diferencias biológicas y psicológicas entre ambos géneros. Y la tercera parte de la suposición de que los problemas únicamente son provocados por la discriminación social y cultural, excluyendo toda interferencia basada en diferencias biológicas (Valls-Llobet, C., 2001).

CAPÍTULO 1

Podemos encontrar dos modelos explicativos de las desigualdades de género en salud: el primero de ellos es el modelo biogénético, que está relacionado con el enfoque biomédico de la medicina occidental, este modelo apoya que las diferencias biológicas que hay entre ambos sexos son genéticas, hormonales y fisiológicas, estos son factores que marcarían una diferencia de enfermar clara entre hombres y mujeres. En segundo lugar, está el modelo sociocultural, que defiende que las diferencias de género están relacionadas con las condiciones de vidas, los roles reproductivos y otros factores sociales, que implican riesgos para la salud de los hombres y las mujeres (Daponte Codina, A., Bolívar Muñoz, J. y Del Mar García Calvente, M., 2008)

CAPÍTULO 2
INVESTIGACIÓN

2.1. Metodología.

Para la presente investigación lo que he hecho ha sido coger la Encuesta Nacional de Salud del año 2017, después, he realizado una selección de los datos de seis indicadores de salud que aparecen en esta encuesta y que me podían ayudar a llegar a cumplir el objetivo del trabajo (salud percibida, tiempo transcurrido desde la última consulta médica, tiempo transcurrido desde la última consulta con el especialista, utilización del servicio de urgencias en los últimos 12 meses, motivo de la última consulta médica y vacunación antigripal en la última campaña). Y por último, he seleccionado las variables que quiero estudiar (género, edad y CCAA) y he ido elaborando los gráficos a partir de los resultados de la encuesta para luego hacer su posterior comentario y poder ver si se cumple o no con el objetivo fijado.

2.1.1. Encuesta Nacional de Salud del año 2017.

Todos los gráficos que aparecen a lo largo de este trabajo son de elaboración propia a partir de los datos que el Instituto Nacional de Estadística ha recogido en la ENSA2017, que constituye la fuente principal de información sobre la salud percibida por la población residente en España. El objetivo principal de esta encuesta es establecer información sobre el estado de salud de las personas, el grado de utilización de los servicios sanitarios y los aspectos sociales y económicos que pueden determinar la salud de estos.

Para la realización de esta encuesta se dirigieron a la población que viven en viviendas familiares y los datos fueron recogidos entre octubre de 2016 y octubre de 2017. En cada hogar se recoge información general sobre las personas que viven en él, que van desde los 15 años y si corresponde de entre 0 y 14 años en adelante. Todas las personas a las que se le realizó esta encuesta se seleccionaron de manera aleatoria. Se recogieron en la encuesta un total de 23.860 hogares, de los cuales se obtiene una muestra de 23.089 personas adultas y 6.106 menores de 15 años.

Las variables de esta encuesta se han segmentado por sexo, edad, nivel educativo, clase social, CCAA... A la hora de realizar los gráficos me he centrado en la variable género, edad y CCAA, dado que el principal objetivo de este trabajo es estudiar las desigualdades de género en la salud.

2.1.2. Indicadores elegidos y su motivación.

Como he mencionado anteriormente he hecho una selección de seis indicadores de salud, pero en primer lugar he realizado un gráfico para ver la salud percibida entre los hombres y las mujeres para así ver cuál de los dos géneros tiene una mejor y una peor salud.

El primer indicador es la salud percibida que se define como la evaluación que los individuos realizan de su estado de salud. Dentro de este indicador se encuentran las variables referentes al estado de salud de muy bueno, bueno, regular, malo y muy malo.

El segundo indicador es el motivo de la última consulta médica, he escogido este indicador porque a través de este puedo conocer mejor el estado de salud de la población española y a raíz de este ver que grupos de los que me he centrado están más afectados. Las variables que se estudian en este indicador son: diagnóstico o revisión de una enfermedad o problema de salud, el programa de atención al niño sano que consiste en una serie de visitas periódicas a los servicios pediátricos, que se realizan entre los 0 y los 14 años. El objetivo de estas consultas es promover hábitos saludables, prevenir la aparición de enfermedades infecciosas mediante la vacunación y así poder detectar posibles anomalías y riesgos que puedan afectar a la salud de los niños, y las consultas administrativas que incluyen las gestiones burocráticas como pueden ser la expedición de recetas, los partes de incapacidad temporal, las altas y las bajas, los certificados de largo tratamiento entre otras.

INVESTIGACIÓN

El tercer y cuarto indicador son, el tiempo transcurrido desde la última consulta médica y el tiempo transcurrido desde la última consulta con especialista, estos dos indicadores los he elegido para saber con cuanta frecuencia acude la población a las consultas y así poder ver si van más los hombres que las mujeres, que grupos de edad acuden más y en que CCAA hay mayor asistencia. Las variables que se mide en ambos gráficos son: las personas que hace menos de cuatro semanas han acudido y las personas que hace más de un año han acudido a estas consultas.

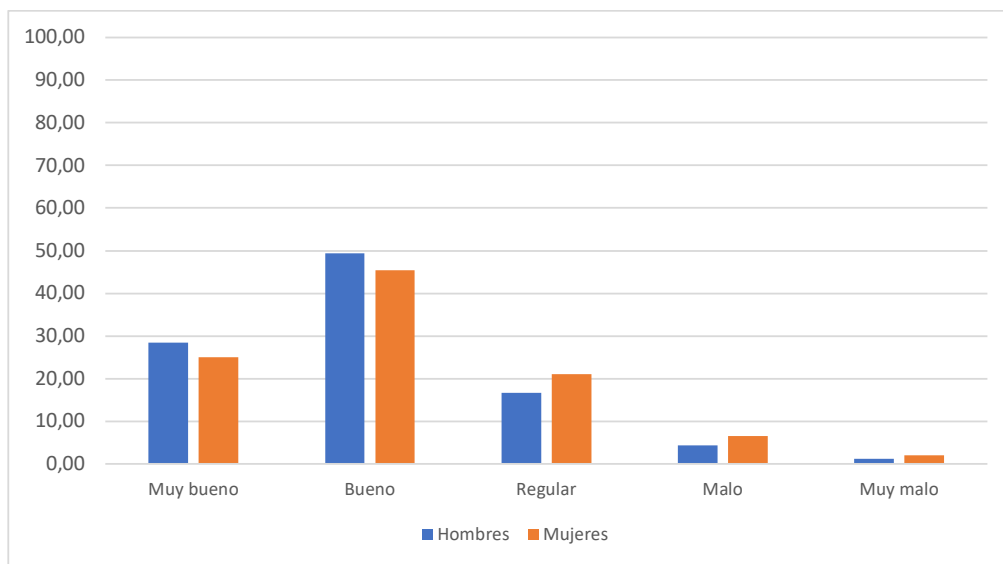
El quinto y sexto indicador son la utilización del servicio de urgencias en los últimos 12 meses y la hospitalización en los últimos 12 meses, estos indicadores los he elegido para poder ver la utilización de estos servicios por parte de la población y así ver que género necesita utilizar con más frecuencia estos servicios a que grupo de edad pertenece y en que CCAA se encuentra.

Por último, el séptimo indicador es la vacunación antigripal en la última campaña, este indicador lo he utilizado para ver si hay una relación entre las diferencias de género en la vacunación y el estado de salud de hombres y mujeres. Además, se analizará también en que CCAA hay mayor incidencia de la vacunación antigripal, así como que grupo o grupos de edad reciben más vacunas.

2.2. Resultados.

En primer lugar, voy a analizar la salud percibida entre los hombres y las mujeres para poder ver que género tiene una mejor y una peor salud, esto aparece recogido en el gráfico 2.2.1.

Gráfico 2.2.1: Salud percibida entre hombres y mujeres.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos recogidos en el INE.

En el gráfico 2.2.1 se puede observar claramente que la salud de los hombres es mejor que la de las mujeres, por lo que las mujeres necesitarán más asistencia médica y tendrán que acudir con mayor frecuencia al médico para revisiones de salud.

Se ve claramente que en los valores muy bueno y bueno son más los hombres que dicen tener mejor la salud, por el contrario, en los valores regular, malo y muy malo, son más las mujeres las que dicen tener una peor salud.

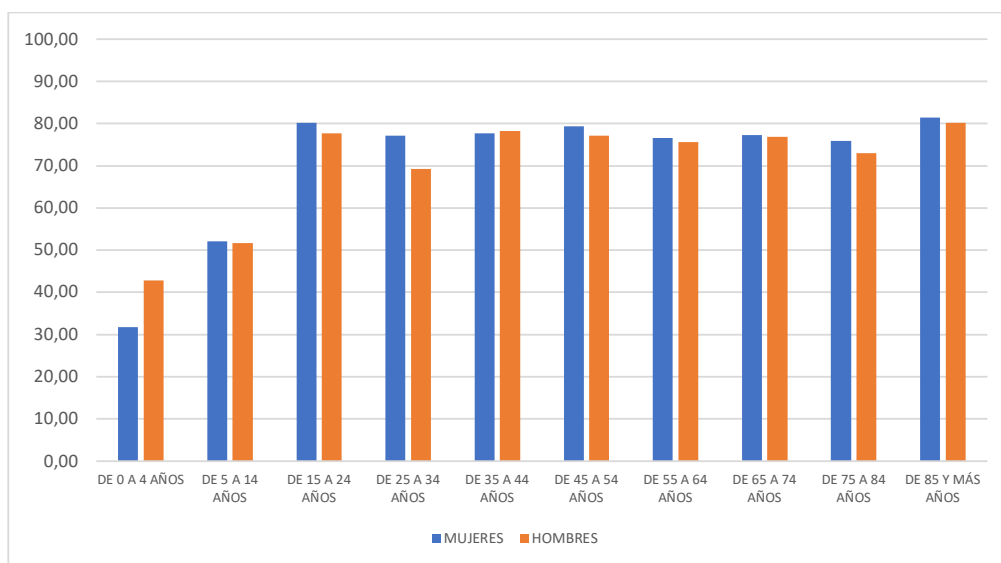
En segundo lugar, voy a analizar el indicador motivo de la consulta médica en las últimas 4 semanas, este indicador comprende los gráficos 2.2.2, 2.2.3 y 2.2.4.

CAPÍTULO 2

En el gráfico 2.2.2 se puede observar, que en casi todos los grupos de edad son más mujeres que hombres los que acuden al médico por el motivo de diagnóstico o revisión de una enfermedad o problema de salud, lo cual es bastante lógico si tenemos en cuenta el gráfico 2.2.1 donde se observa que las mujeres tienen una peor salud.

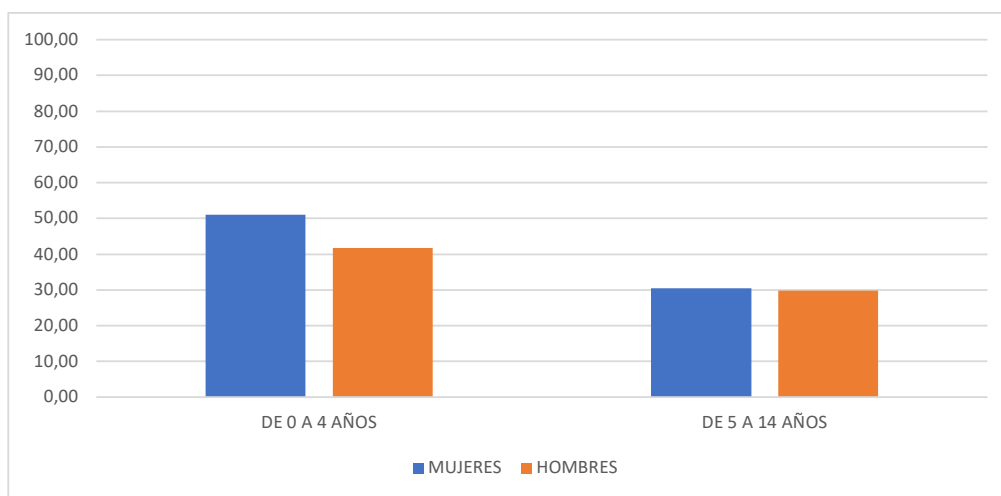
En cuanto a la variable edad, se puede observar que entre los rangos de edad que van desde los 35 años hasta 74 hay una evolución lineal en cuanto a los hombres se refiere siendo estos los que menos acuden al médico por este motivo. Por otro lado, a partir de los 45 hasta los 75 años son menos los hombres que acuden al médico debido a la peor salud que tienen. En último lugar, se puede ver que de 0 a 4 años son más los hombres los que tiene que acudir al médico por problemas de salud.

Gráfico 2.2.2: Personas que han acudido al médico en las últimas 4 semanas por un diagnóstico o revisión de una enfermedad o problema de salud.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la ENSE (2017).

Gráfico 2.2.3: Personas que han acudido al médico en las últimas 4 semanas por el programa de atención al niño sano.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la ENSE (2017).

INVESTIGACIÓN

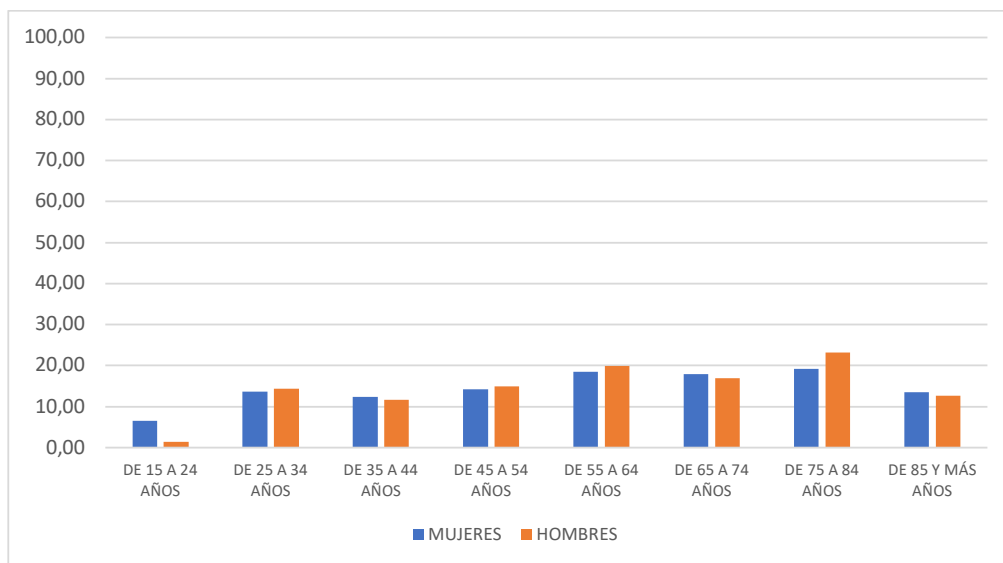
En el gráfico 2.2.3 se puede observar que vuelve a ser el sexo femenino las que acuden con más frecuencia al médico por el motivo de atención al niño sano a diferencia del sexo masculino, esto puede deberse a que hay más niñas que niños.

En cuanto al análisis por edad se puede observar que de 0 a 4 años son más las mujeres las acuden al médico por el motivo de atención al niño sano, y que de 5 a 14 es casi inapreciable la diferencia, pero en términos agregados son más mujeres que hombres las que acuden por dicho motivo.

En el gráfico 2.2.4, se observa que esta vez son los hombres a diferencia de las mujeres los que acuden con más frecuencia al médico por consultas administrativas, dado que en su mayoría son los hombres los que suelen recibir más bajas por problemas de salud derivados bien su trabajo dado que suelen trabajar en puesto de trabajo donde es más necesaria la fuerza, o bien de su vida cotidiana como podría ser por enfermedad común.

En cuanto al análisis por edades se puede observar que de 15 a 24, de 35 a 44 y de 65 a 74 son más las mujeres que acuden al médico por el motivo de consultas administrativas. Para el resto de las edades son más los hombres los que acuden por dicho motivo, haciendo hincapié en el rango de edad de 75 a 84 donde hay una clara diferencia entre ambos géneros y son los hombres los que más acuden, esto puede deberse a que acuden a recoger recetas de medicamentos entre otras cosas, dado que altas y bajas no pueden recoger porque en esa edad ya están recibiendo la jubilación.

Gráfico 2.2.4: Personas que han acudido al médico en las últimas 4 semanas por consultas administrativas.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la ENSE (2017).

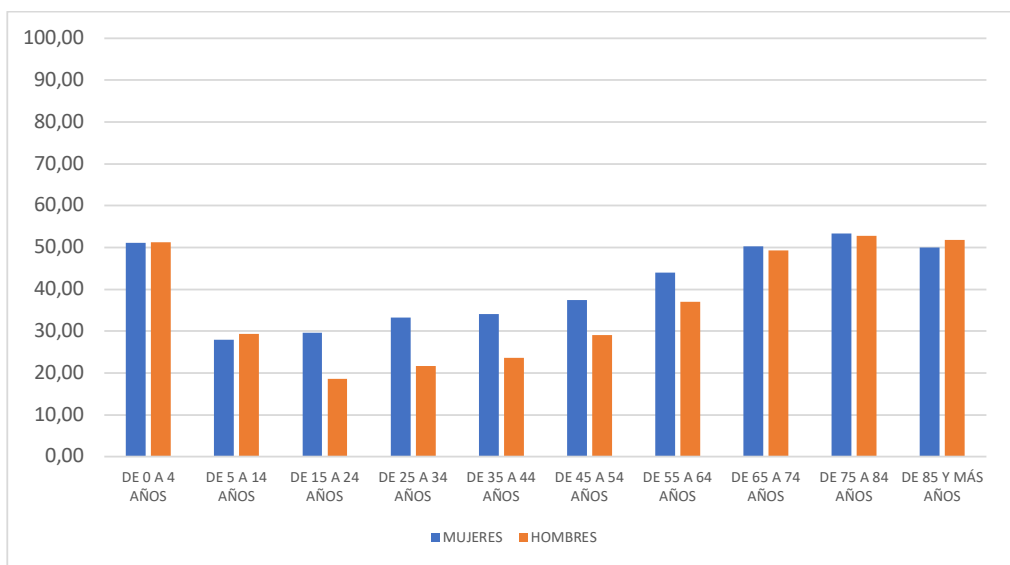
El segundo indicador es el de tiempo transcurrido desde la última consulta con el médico, este indicador comprende los gráficos 2.2.6 y 2.2.7.

En el gráfico 2.2.5, se puede observar que son más la proporción de mujeres las que han acudido hace menos de cuatro semanas a la consulta con el médico a diferencia de los hombres, esto es debido a la peor salud que tienen estas.

En cuanto al análisis del gráfico por edades se puede observar que son más las mujeres desde los 15 años hasta los 84 las que acuden con mucha mayor frecuencia a la consulta con el médico dado que tienen más problemas de salud. A diferencia de los hombres, que solo destacan en dos rangos de edad, desde los 5 a 14 años y desde los 85 años en adelante, esto se debe a que tiene que acudir con menor frecuencia por su mejor estado de salud.

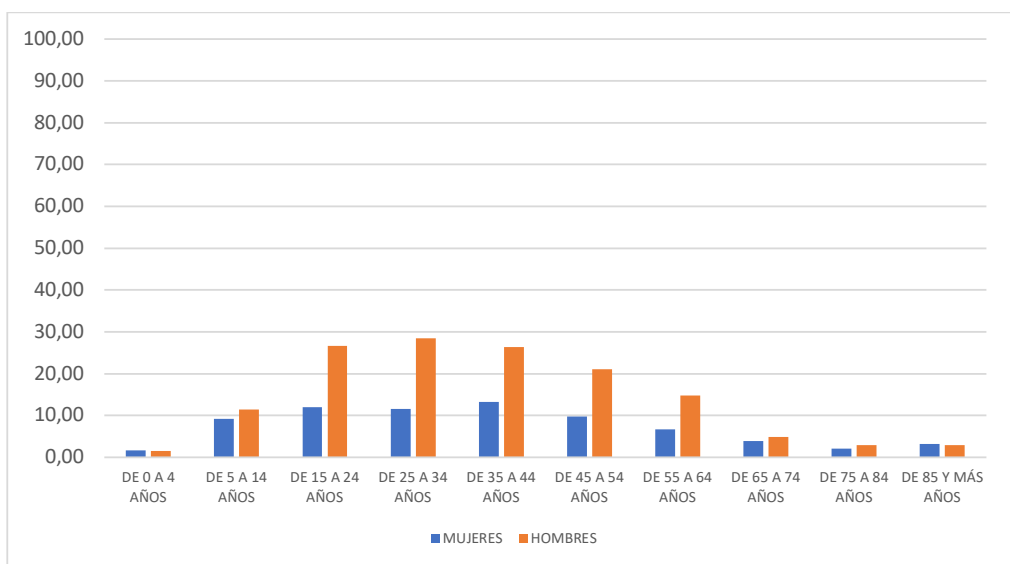
CAPÍTULO 2

Gráfico 2.2.5: Personas que han acudido a la consulta con el médico hace menos de cuatro semanas.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la ENSE (2017).

Gráfico 2.2.6: Personas que hace más de un año han acudido a la última consulta con el médico.



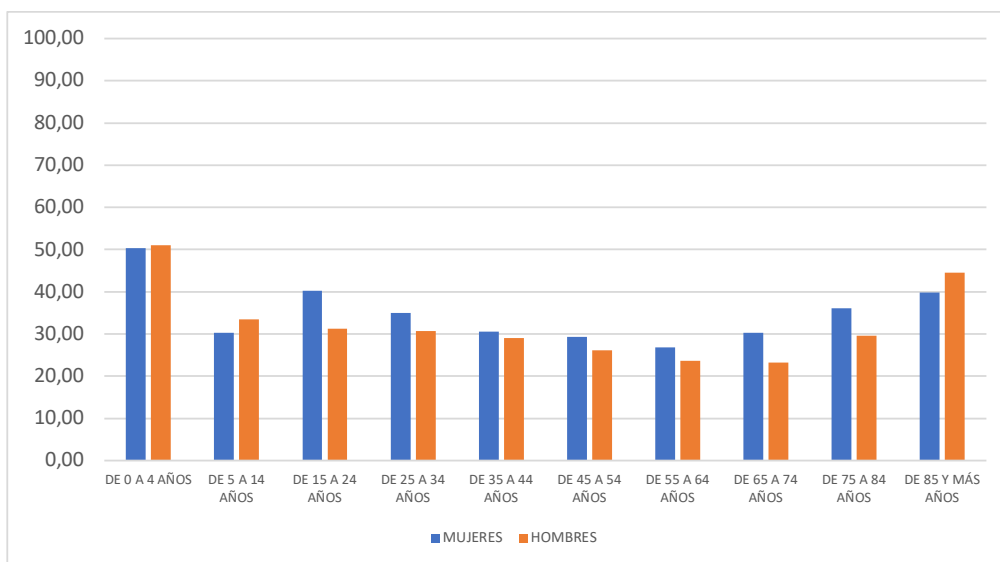
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la ENSE (2017).

En el gráfico 2.2.6 se observa que hay una clara diferencia entre los hombres y las mujeres que hace un año o más no acuden a la consulta con el médico, siendo la proporción de los hombres mayor que la de las mujeres, dado que los hombres acuden con menor frecuencia por la mejor salud que poseen, y son las mujeres como se puede observar en el gráfico las que acuden con mayor frecuencia.

En cuanto al análisis del gráfico por edades se puede observar que desde los 5 hasta los 84 años son más los hombres los que acuden con menor frecuencia a diferencia de las mujeres, esto como he dicho en el gráfico 2.2.5 se debe a la mejor salud que estos poseen.

En tercer lugar, voy a analizar el indicador de utilización del servicio de urgencias en los últimos 12 meses, este indicador comprende el gráfico 2.2.7.

Gráfico 2.2.7: Personas que han utilizado el servicio de urgencias.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la ENSE (2017).

En el gráfico 2.2.7 se puede observar que vuelven a ser las mujeres a diferencia de los hombres las que han utilizado con más frecuencia el servicio de urgencias en los últimos doce meses, por el mismo motivo que anteriormente, por la peor salud, a diferencia de los hombres que han sido los que menos han necesitado de la utilización de este servicio.

En cuanto al análisis de este gráfico por edades se puede observar que desde los 15 años hasta los 84 son más las mujeres que necesitan asistencia de urgencia frente a los hombres que de 0 a 4 y de 85 años en adelante que son los únicos rangos de edad donde destacan frente a las mujeres. Una vez más se puede observar el frágil estado de salud de las mujeres.

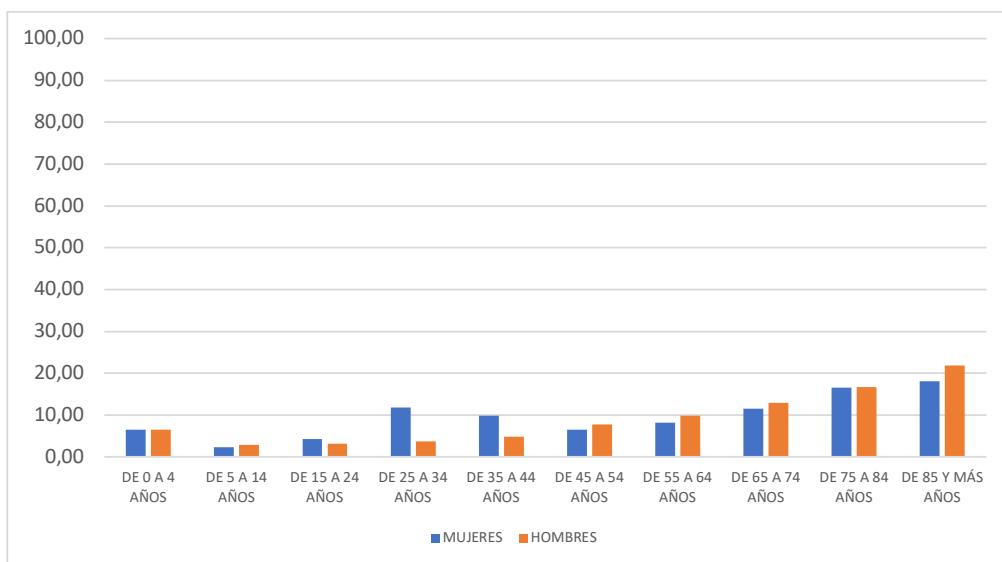
En cuarto lugar, voy a analizar el indicador de hospitalización en los últimos 12 meses, este indicador comprende el gráfico 2.2.8.

En el gráfico 2.2.8 se puede observar que en los grupos de edad de entre 25 y 44 años predominan las mujeres en la necesidad de una hospitalización en los últimos doce meses a diferencia de los hombres, dado que están necesitan más asistencia hospitalaria porque su salud es peor que la de los hombres.

En cuanto al análisis de este gráfico por edades se puede ver que desde los 15 hasta los 35 años predominan las hospitalizaciones de las mujeres, a partir de los 45 hasta los 85 años y más son más los hombres que las mujeres los que necesitan hospitalización, esto se debe a que las mujeres acuden más al servicio de urgencias como se puede ver en el gráfico anterior dado que son personas que están más preocupadas por su salud y acuden a nada que tengan algún dolor, a diferencia de los hombres que cuando acuden al servicio de urgencias necesitan una hospitalización inmediata porque su salud está más deteriorada dado que han ido dejando los problemas de salud a un lado y se han ido agravando.

CAPÍTULO 2

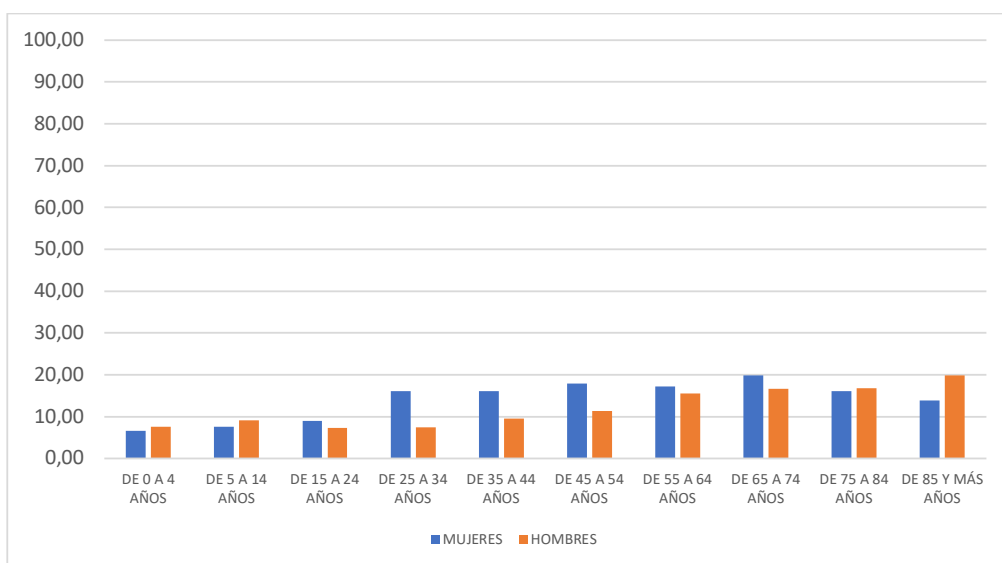
Gráfico 2.2.8: Personas que han sido hospitalizadas en los últimos 12 meses.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la ENSE (2017).

En quinto lugar, voy a analizar el indicador de tiempo transcurrido desde la última consulta con el especialista, este indicador comprende los gráficos 2.2.9 y 2.2.10.

Gráfico 2.2.9: Personas que hace menos de cuatro semanas han acudido a la consulta con el especialista.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la ENSE (2017).

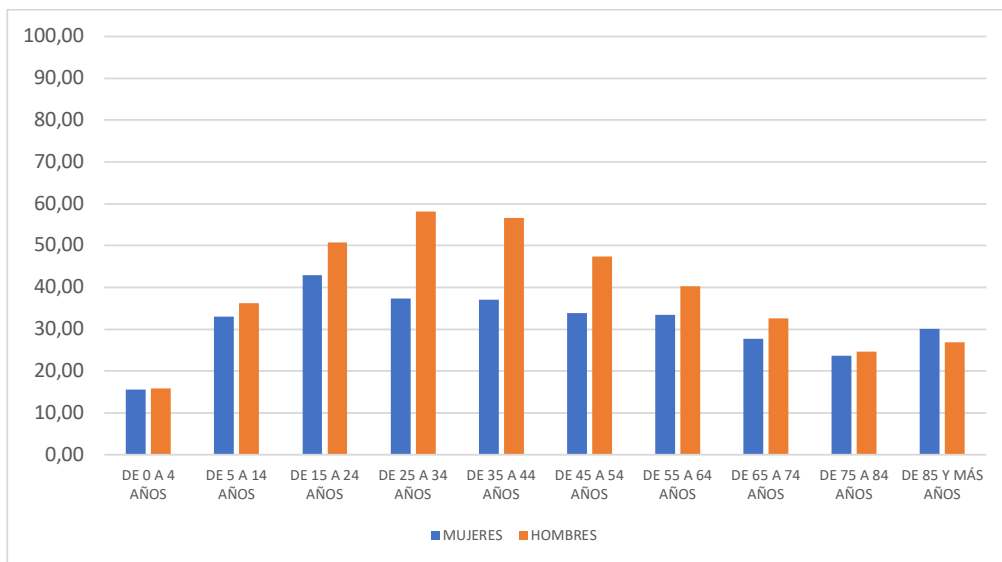
En el gráfico 2.2.9 se puede observar que es mayor la proporción de mujeres que la de hombres las que acuden con más frecuencia a la consulta con el especialista, esto pasa porque las mujeres son más reflexivas y conscientes de su estado de salud, acudiendo al médico cuando lo consideran necesario.

En cuanto al análisis de este gráfico por edades se puede observar que hay una clara diferencia entre los hombres y las mujeres desde los 25 hasta los 74 años acudiendo estas con mayor frecuencia a la consulta con el especialista por su peor estado de salud y su mayor preocupación

INVESTIGACIÓN

por su estado de salud. También se puede observar que en rango de edad de 85 años y más son más hombres los que acuden a la consulta con el especialista.

Gráfico 2.2.10: Personas que hace más de un año han acudido a la última consulta con el especialista.



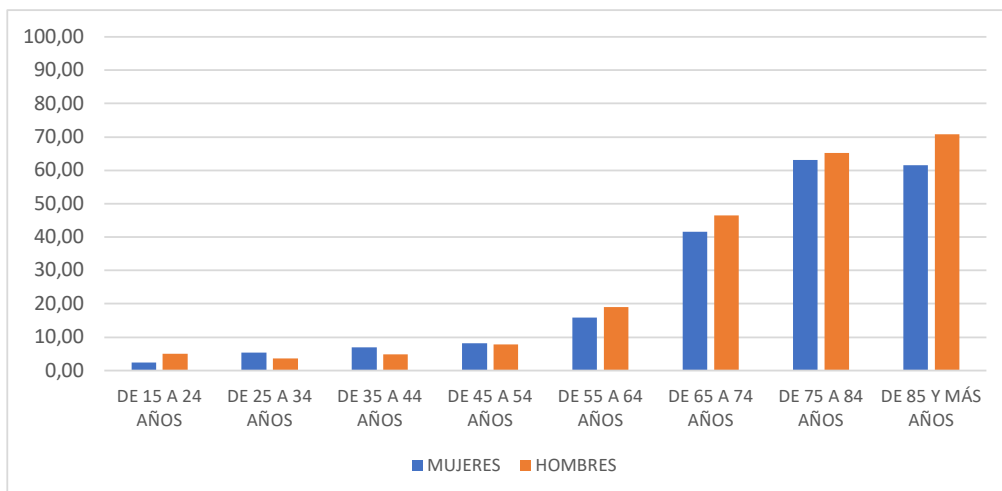
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la ENSE (2017).

En el gráfico 2.2.10 se puede observar la misma tendencia de los datos que en el gráfico 2.2.7 donde son más hombres a diferencia de las mujeres los que acuden con menor frecuencia a la consulta con el especialista.

En cuanto al análisis de este gráfico por rangos de edad se puede observar que desde los 5 años hasta los 84 son más los hombres los que acuden con menor frecuencia a la consulta con el especialista esto se debe a su mejor estado de salud y menor preocupación por el.

En sexto lugar, voy a analizar el indicador de vacunación antigripal en la última campaña, este indicador comprende el gráfico 2.2.11

Gráfico 2.2.11: Personas que han recibido la vacuna antigripal en la última campaña de vacunación.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la ENSE (2017).

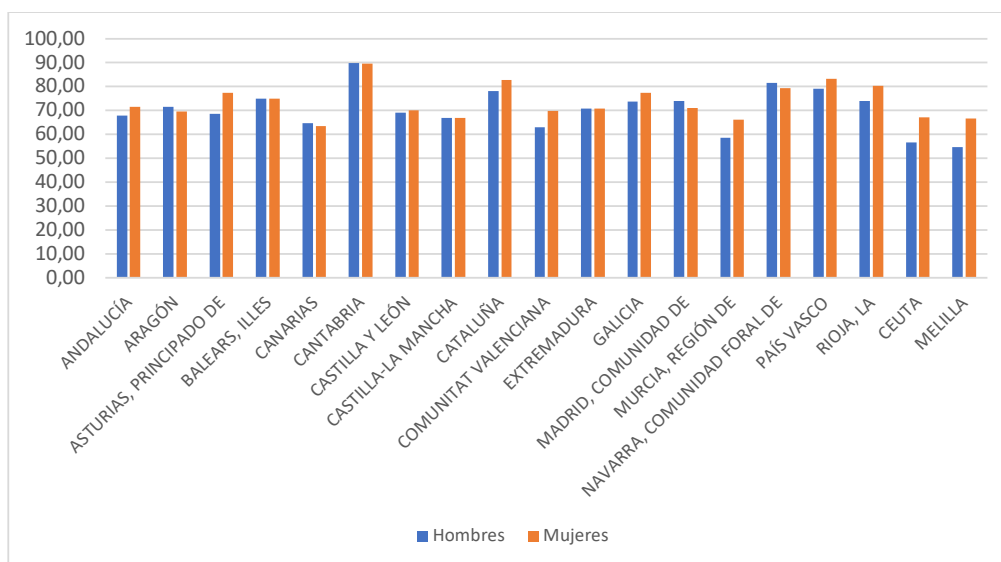
CAPÍTULO 2

En el gráfico 2.2.11 se puede observar que son más mujeres que hombres las que han recibido la vacuna antigripal en la campaña de vacunación del año 2017 esto puede ser porque son personas más responsables y siguen los consejos de su médico.

En cuanto al análisis del gráfico por rangos de edad se puede observar que desde los 25 hasta los 45 años son más las mujeres que han recibido la vacuna antigripal, pero que desde los 55 hasta los 85 años y más son más los hombres los que la han recibido. Como se observa en el gráfico la campaña de vacunación se concentra en personas de avanzada edad, dado que se les considera personas de riesgo y son más vulnerables. Esto puede deberse a que en ciertas épocas y dependiendo de la CCAA esta vacuna solo está disponible para personas de edades más avanzadas.

En último lugar, hare un análisis de las desigualdades de género en salud en las diferentes CCAA españolas, para así ver en que Comunidades se producen más desigualdades dependiendo de los indicadores analizados, este análisis comprende los gráficos desde el 2.2.12 hasta el gráfico 2.2.22.

Gráfico 2.2.12: Personas de cada CCAA que han acudido al médico en las últimas 4 semanas por un diagnóstico o revisión de una enfermedad o problema de salud.



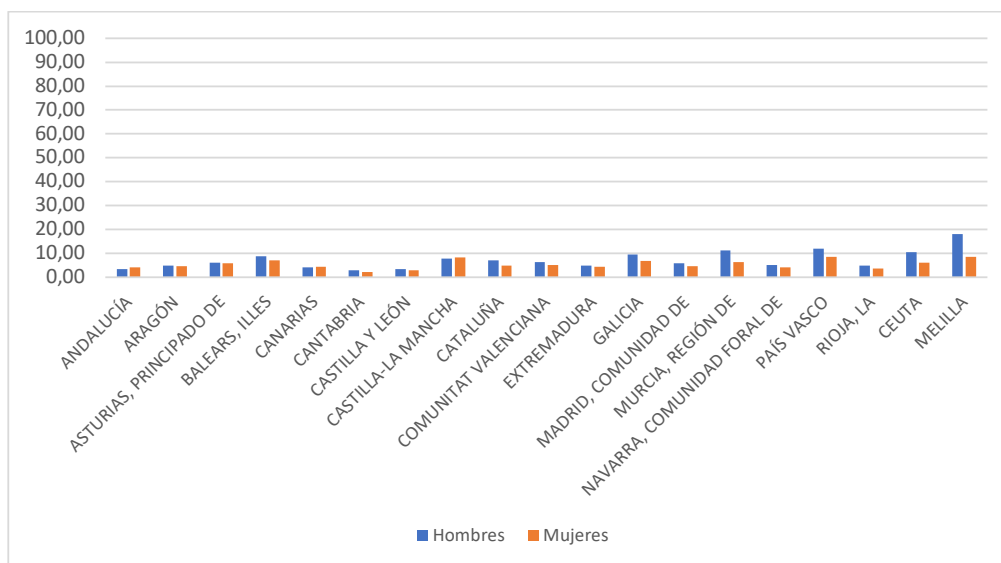
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la ENSE (2017).

En gráfico 2.2.12, se observa que tanto los hombres como las mujeres de la Comunidad de Cantabria son los que acuden más al médico por diagnóstico o revisión de una enfermedad o problema de salud, no siendo esta Comunidad de las más pobladas. Por otro lado, son los hombres de Melilla los que acuden de manera más irregular por este motivo al médico, y son las mujeres de la Comunidad de Murcia las que acuden con menor frecuencia por este motivo.

En el gráfico 2.2.13, se puede observar que son los hombres de la Ciudad Autónoma de Melilla con gran diferencia al resto de Comunidades los que acuden con mayor frecuencia por el motivo de atención al niño sano. Por otro lado, las mujeres del País Vasco son las que acuden con mayor frecuencia por este motivo. Por último, son los hombres de Andalucía y las mujeres de Cantabria los que acuden con menor frecuencia al médico por este motivo.

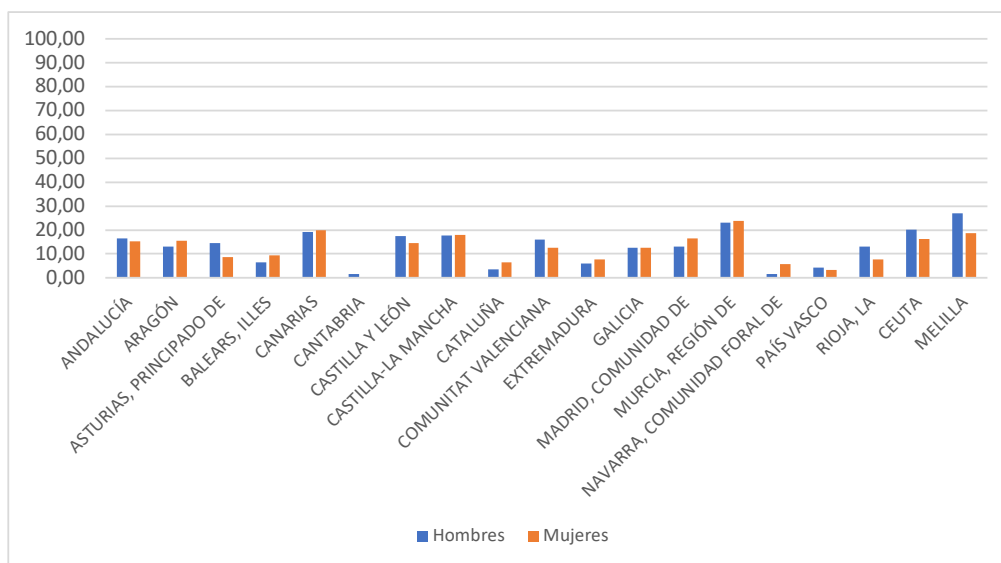
INVESTIGACIÓN

Gráfico 2.2.13: Personas de cada CCAA que han acudido al médico en las últimas 4 semanas por el programa de atención al niño sano.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la ENSE (2017).

Gráfico 2.2.14: Personas de cada CCAA que han acudido al médico en las últimas 4 semanas por consultas administrativas.



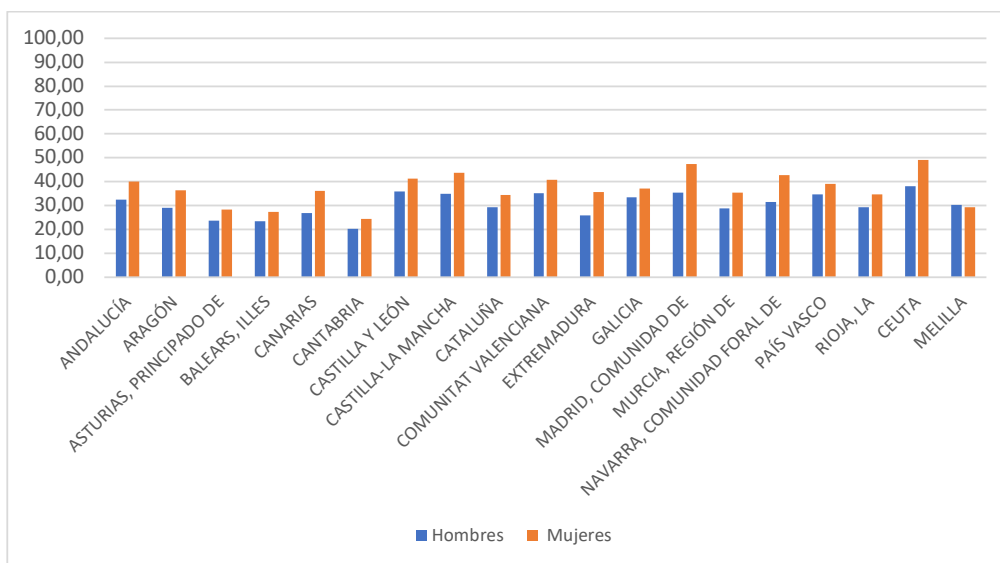
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la ENSE (2017).

En el gráfico 2.2.14, se puede ver que son los hombres de Melilla y las mujeres de Murcia los que más acuden al médico por el motivo de consultas administrativas. A diferencia de tanto los hombres como las mujeres de Cantabria los que menos acuden por este motivo.

En el gráfico 2.2.15, se puede ver que son los hombres de Madrid los que acuden con mayor frecuencia al médico, y son las mujeres de Ceuta las que más han acudido hace menos de cuatro semanas a la consulta con el médico, a diferencia de tanto los hombres como las mujeres de la Comunidad de Cantabria que son la proporción de personas que menos han acudido a la consulta con el médico hace menos de cuatro semanas.

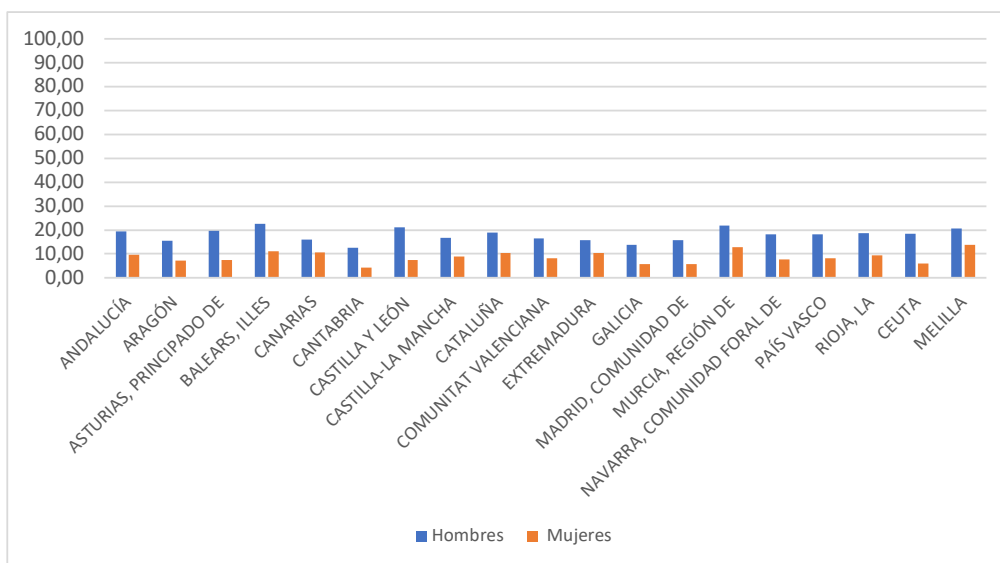
CAPÍTULO 2

Gráfico 2.2.15: Personas de cada CCAA que han acudido a la consulta con el médico hace menos de cuatro semanas.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la ENSE (2017).

Gráfico 2.2.16: Personas de cada CCAA que hace más de un año han acudido a la última consulta con el médico.

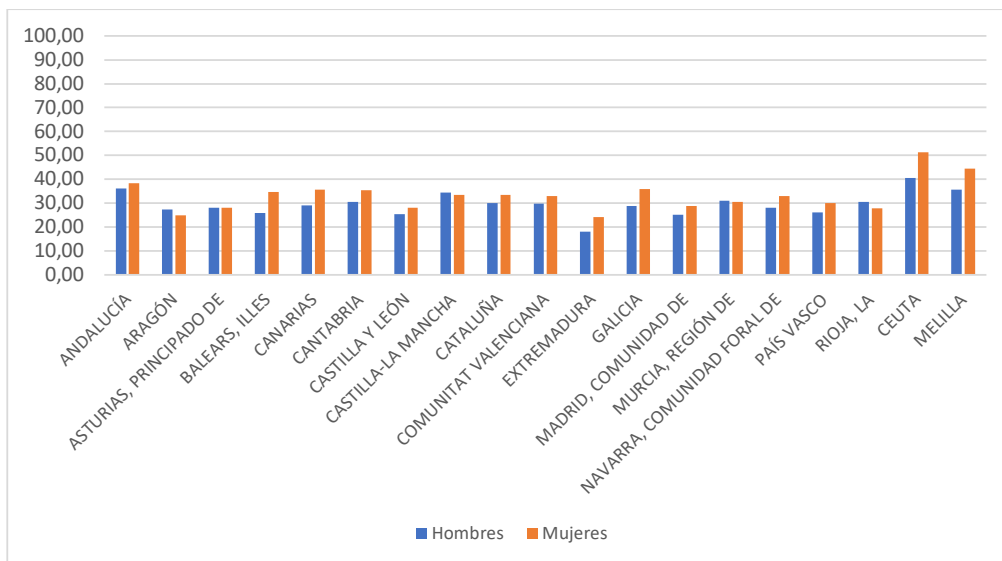


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la ENSE (2017).

En el gráfico 2.2.16 se puede ver que son los hombres de las Illes Balears los que más han acudido hace menos de un año y son las mujeres de Melilla las que también han acudido en mayor proporción hace menos de un año. Por otro lado, se puede observar al igual que en el gráfico 2.2.15 que son tanto los hombres como las mujeres de Cantabria los que han acudido en menor proporción hace menos de un año a la consulta con el médico.

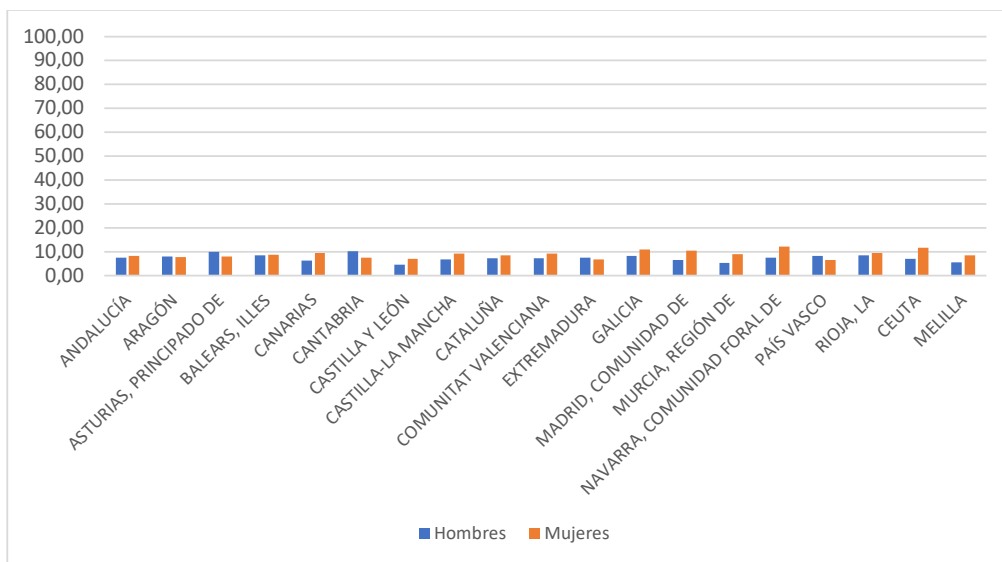
En el gráfico 2.2.17 se puede observar que son tanto los hombres como las mujeres de Ceuta son los que han necesitado en mayor proporción tener que asistir al servicio de urgencias, a diferencias de los hombres y las mujeres de la Comunidad de Extremadura que son los que en menor proporción han tenido que hacer uso de este servicio.

Gráfico 2.2.17: Personas de cada CCAA que han utilizado el servicio de urgencias



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la ENSE (2017).

Gráfico 2.2.18: Personas de cada CCAA que han sido hospitalizadas en los últimos 12 meses.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la ENSE (2017).

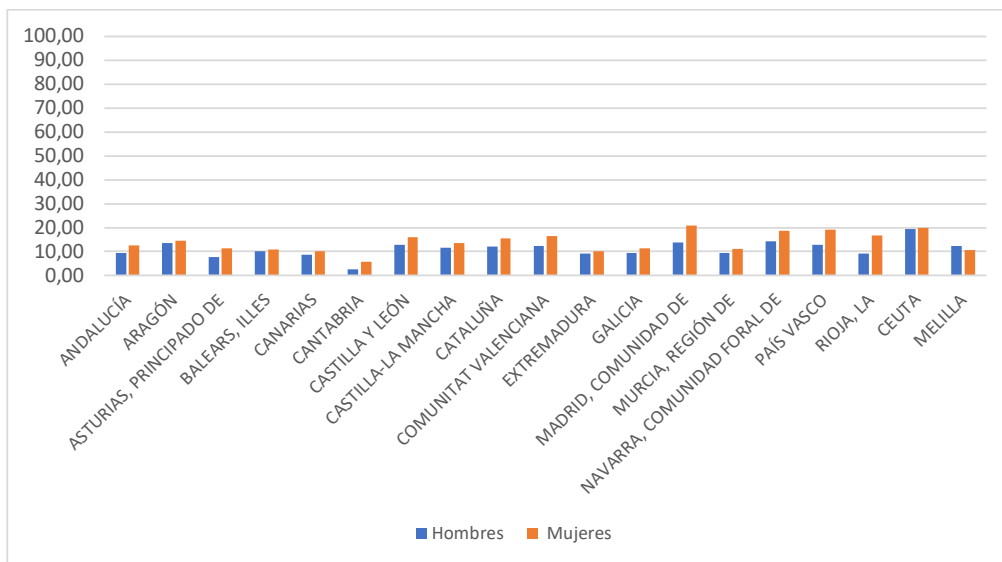
En el gráfico 2.2.18, se ve que los hombres que viven en la CCAA de Cantabria son los que han necesitado más hospitalizaciones, y las mujeres de la Comunidad de Navarra son las que más hospitalizaciones han necesitado. Por otro lado, se puede ver que los hombres que viven en Castilla y León y las mujeres que viven en Extremadura son los que menos ingresos hospitalarios han requerido, esto puede deberse al motivo que he comentado anteriormente de que las mujeres son personas que acuden al médico cuando les duele algo a diferencia que los hombres que dejan que pase el tiempo hasta que se convierte en algo más grave y necesitan hospitalización.

En el gráfico 2.2.19 se ve que son los hombres de Ceuta son los que en mayor proporción han acudido más en las últimas 4 semanas, y son las mujeres de Madrid las que proporcionalmente han acudido más hace menos de cuatro semanas. Por otro lado, son tanto los hombres como las

CAPÍTULO 2

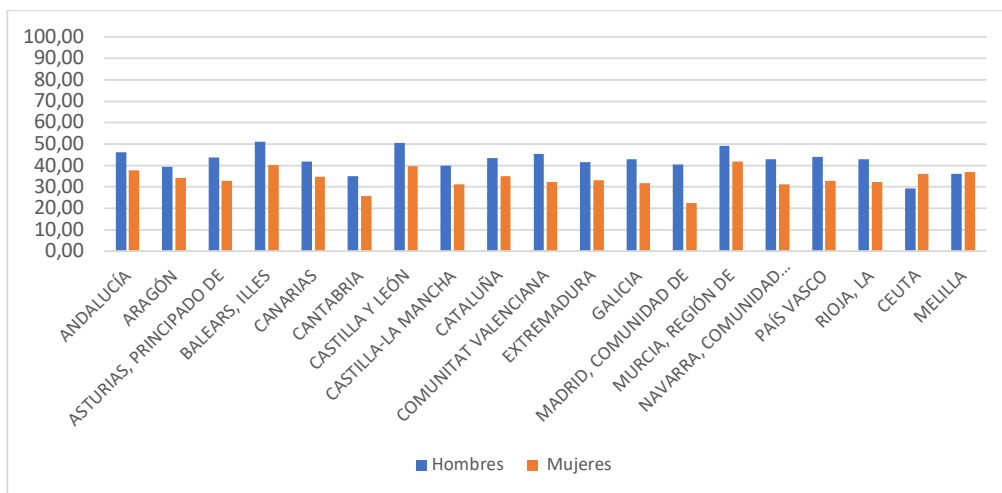
mujeres de Cantabria los que proporcionalmente han acudido menos en las últimas 4 semanas al igual que ocurre en los gráficos 2.2.15 y 2.2.16.

Gráfico 2.2.19: Personas de cada CCAA que han acudido a la consulta con el especialista hace menos de cuatro semanas.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la ENSE (2017).

Gráfico 2.2.20: Personas de cada CCAA que hace más de un año han acudido a la última consulta con el especialista.



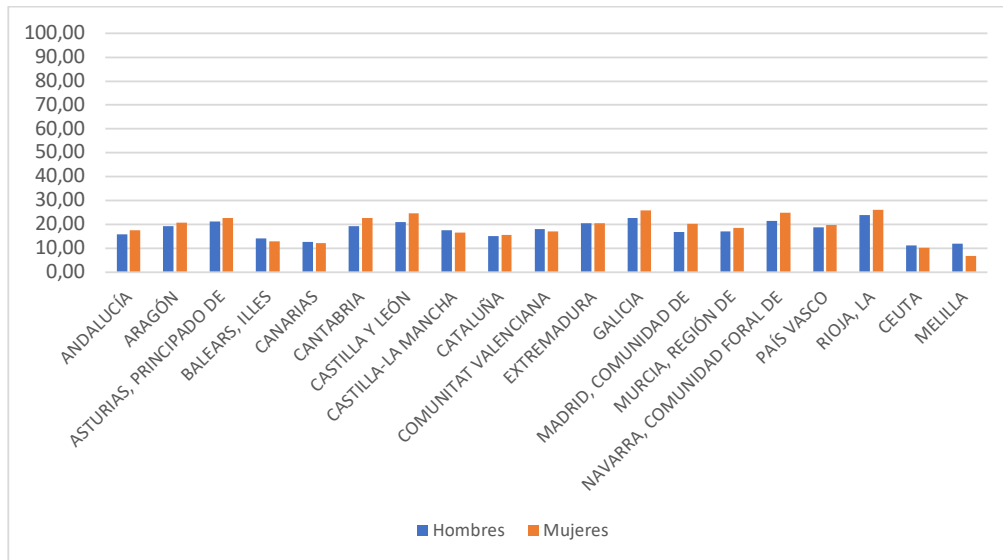
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la ENSE (2017).

En el gráfico 2.2.20 se puede ver que son los hombres de las Illes Balears y las mujeres de Murcia las más han acudido al médico en el último año a diferencia de los hombres de Ceuta y las mujeres de Madrid que son los que han acudido proporcionalmente en menor medida el último año.

En el gráfico 2.2.21 se puede ver que son los hombres y las mujeres de la Rioja los que más vacunas se han puesto en la última campaña a diferencia de los hombres de Ceuta y las mujeres de Melilla que son los que menos vacunas se han puesto, esto sucede porque en la Comunidad de la Rioja hay una población más envejecida a diferencia de las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla que la población es más joven.

INVESTIGACIÓN

Gráfico 2.2.21: Personas de cada CCAA que han recibido la vacuna antigripal en la última campaña de vacunación.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la ENSE (2017).

CAPÍTULO 3
CONCLUSIONES

3.1. Conclusiones.

Con esta investigación lo que he pretendido era conocer si existen o no desigualdades de género en salud, además, de en un segundo plano saber si esas desigualdades de género existen por rangos de edad y saber también si en las CCAA españolas hay desigualdades de género en salud o no.

Diversos estudios han realizado una evolución del concepto salud a lo largo de la historia, pasando por diversas concepciones del término hasta llegar a la concepción donde se afirma que la salud depende de varios factores como pueden ser el estilo de vida, la posición socioeconómica y, las prácticas preventivas, entre otras.

A partir de los resultados obtenidos, he podido comprobar que las desigualdades de género en salud existen, además de afirmar que estas desigualdades están por rangos de edad y por CCAA.

En primer lugar, con relación al género se puede afirmar que son las mujeres las que se ven más afectadas por las desigualdades de género dado que como hemos comprobado en el gráfico 2.2.1 se demuestra que son estas las que dicen tener una peor salud a diferencia de los hombres. Estas desigualdades también pueden venir causadas porque tienen una mayor preocupación por su salud a diferencia de los hombres que son personas más despreocupadas. Por otro lado, estas desigualdades también pueden venir causadas porque normalmente son las mujeres las que acompañan a sus hijos a las revisiones y consultas con el médico ya son las que se suelen dedicar más al hogar, en cambio son los hombres los que como normal general suelen trabajar fuera de casa.

En segundo lugar, en relación con las desigualdades por rangos de edad se puede observar que también existen desigualdades de género en salud y se puede ver que los grupos de edad comprendidos entre los 45 y los 85 años son los grupos de edad que tienen más problemas de salud y por lo tanto necesitan una mayor asistencia médica. Pero dentro de este rango de edad tan amplio, hay que destacar que son los hombres de entre 45 y 64 los que más problemas de salud tienen y por lo tanto necesitan mayor asistencia médica, y que son las mujeres de entre 65 y 84 las que más problemas de salud tiene y por lo tanto necesitan más asistencia médica.

Por último, en tercer lugar y en lo referente a las desigualdades de género en salud en las diferentes CCAA del territorio nacional, se puede afirmar que también existen estas desigualdades. Se puede ver que son los hombres de Ceuta y las mujeres de Melilla los que tienen más problemas de salud, no siendo estas las dos Ciudades Autónomas más pobladas del territorio nacional y, por ende, necesitan más asistencia médica, a diferencia de tanto los hombres como las mujeres de la Comunidad de Cantabria que son los que menos problemas de salud tiene y por consiguiente los que menos asistencia médica necesitan.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Academia Nacional de Medicina de México. (2014). El hombre y la mujer enferman en forma diferente. *Revista de la Facultad de Medicina*, 57(2), 53–56. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/facmed/v57n2/2448-4865-facmed-57-02-00053.pdf>
- Agencia de la ONU para los Refugiados. (2018). Desigualdad: ¿Qué es, qué tipos existen y qué consecuencias tiene? Recuperado de https://eacnur.org/blog/que-es-desigualdad-que-tipos-existen-y-que-consecuencias-tiene-tc_alt45664n_o_pstn_o_pst/
- Artazcoz, L. (2004). Las desigualdades de género en salud en la agenda de salud pública. *Gaceta Sanitaria*, 18(Supl.2), 1–2. <https://doi.org/10.1157/13061988>
- Barboza-Solís, C., Sáenz-Bonilla, J. P., Fantin, R., Gómez-Duarte, I., & Rojas-Araya, K. (2019). Theoretical implications for the analysis of social health inequalities: A discussion. *Odovtos - International Journal of Dental Sciences*, 22(1), 15–25. <https://doi.org/10.15517/ijds.2020.39097>
- Borrell, C., y Artazcoz, L. (2008). Las desigualdades de género en salud: retos para el futuro. *Revista Española de Salud Pública*, 82(3). <https://doi.org/10.1590/s1135-57272008000300001>
- Caballero González, E., Moreno Gelis, M., Sosa Cruz, M., Mitchell Figueroa, E., Vega Hernández, M., & Columbié Pérez, L. (2012). Los determinantes sociales de la salud y sus diferentes modelos explicativos. *Revista De Información Científica Para La Dirección En Salud. INFODIR*, 0(15). Recuperado de <http://www.revinfodir.sld.cu/index.php/infodir/article/view/344>
- Ceppei. (2021). Infografía sobre tipos de salud. Recuperado 8 de julio de 2021, de <https://cepei.org/documents/infografia-tipos-de-salud-y-ods/>
- Daponte Codina, A., Bolívar Muñoz, J., & del Mar García Calvente, M. (2008). Las desigualdades sociales en salud. *NEVASALUD PÚBLICA*. Published.
- Encuesta Nacional de Salud 2017. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.
- García Clavente, M., del Río Lozano, M., & Marcos Marcos, J. (2015). Guía de indicadores para medir las desigualdades de género en salud y sus determinantes. *Gaceta Sanitaria*, 29(6). Recuperado de <https://www.scielosp.org/pdf/ga/2015.v29n6/478-478/es>
- Gavidia Catalán, V., & Talavera, M. (2012). La construcción del concepto de salud. *Didáctica de las Ciencias Experimentales y Sociales*, 0(26). <https://doi.org/10.7203/dces.26.1935>
- Lora Martín, A. (2020). *Impacto de la pandemia por covid-19 en el Sistema Sanitario Español*. (TFG). Recuperado de <https://riunet.upv.es/bitstream/handle/10251/149262/Lora%20-%20IMPACTO%20DE%20LA%20PANDEMIA%20POR%20COVID-19%20EN%20EL%20SISTEMA%20SANITARIO%20ESPAÑOL.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

- Ministerio de Sanidad. (2020). Información y Estadísticas Sanitarias 2020. Indicadores de salud 2020: Evolución de los indicadores del estado de salud en España y su magnitud en el contexto de la Unión Europea. Recuperado de: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/docs/Indicadores_de_Salud_2020.pdf
- Ministerio de Sanidad. (2020a). Funciones Ministerio de Sanidad. Recuperado de: <https://www.mscbs.gob.es/organizacion/ministerio/organizacion/ministerioF.htm>
- Ministerio de Sanidad. (2020b). El Consejo Interterritorial. Recuperado de: <https://www.mscbs.gob.es/organizacion/consejoInterterri/home.htm>
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2006). Sistema de información de atención primaria. Recuperado de: <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/siap.htm>
- OMS. (1946). OMS, ¿Cómo define la OMS la salud? Recuperado de: <https://www.who.int/es/about/who-we-are/frequently-asked-questions>
- OMS (2008). Determinantes Sociales de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Recuperado de: https://www.who.int/social_determinants/thecommission/es/
- OMS. (2009). Determinantes Sociales de la Salud. Recuperado de: https://www.who.int/social_determinants/es/
- OMS. (2018a). Género y Salud. Recupero de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender>
- OMS. (2018b). La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo. Recuperado de: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884-spa.pdf>
- Organización panamericana de la salud. (2001). Boletín Epidemiológico. Indicadores de salud: Elementos Básicos para el Análisis de la Situación de Salud. Recuperado de: https://www.paho.org/spanish/sha/eb_v22n4.pdf
- Palomino Moral, P. A., Grande Gascón, M. L., & Linares Abad, M. (2014). La salud y sus determinantes sociales. Desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI. *Revista Internacional de Sociología*, 72(Extra_1), 45–70. <https://doi.org/10.3989/ris.2013.02.16>
- RAE. (2020a). Real Academia Española, Madrid, España. Recuperado de: <https://dle.rae.es/salud?m=form>
- RAE. (2020b). Real Academia Española, Madrid, España. Recuperado de: <https://dle.rae.es/género%20?m=form>
- Sánchez-Recio, R., Alonso Pérez De ÁGreda, J. P., Gasch-Gallén, N., & Aguilar Palacio, I. (2021). Desigualdades de género en la utilización de servicios sanitarios, España 2006–2017. *Salud Pública de México*, 63(2), 190–200. <https://doi.org/10.21149/11384>
- Villar Aguirre, M. (2011). La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. *Journal of Negative and No Positive Results*, 5(1), 81–90. <https://doi.org/10.19230/jonnpr.3215>

Valls-Llobet,C. (2001). Desigualdades de Género en Salud Pública. Barcelona.
Recuperado de: <https://www.caps.cat/images/stories/7valls.pdf>