

GUÍA DE ESTADÍSTICAS DE SALUD CON ENFOQUE DE GÉNERO: ANÁLISIS DE INTERNET Y RECOMENDACIONES

María Teresa Ruiz Cantero
Natalia Papí Gálvez

Universidad de Alicante

ACRÓNIMOS

AEAT: Agencia Estatal de Administración Tributaria.

AECI: Agencia española de cooperación internacional

BOE: Boletín oficial del estado

BSRI: Bem Sex Role Inventory

CC.AA : Comunidades Autónomas

CEU: Centro de estudios universitarios

CIDDM: Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías

CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades

CIRES: Centro de Investigaciones sobre la Realidad Social

CIS: Centro de investigaciones sociológicas

CMBD: Conjunto mínimo básico de datos

CNO-94: Clasificación Nacional de Ocupación de 1994

CSIC: Consejo Superior de Investigaciones Científicas

EDO: Enfermedades de declaración obligatoria

EET: Encuesta del empleo del tiempo

ENS: Encuesta nacional de salud

EPA: Encuesta de población activa

EUROSTAT: Oficina estadística de las Comunidades Europeas

ex-RFA: Ex republica federal Alemana p123

ex-URSS: Ex Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas

GDR's: Grupos relacionados de diagnósticos

INC: Instituto nacional de consumo

INE: Instituto Nacional de Estadística

INEM: Instituto nacional de empleo

INGESA: Instituto nacional de gestión sanitaria

IOP: Instituto de opinión pública

ISBN: Estándar internacional de la numeración de libros

ISCIII: Instituto de Salud Carlos III

ISFAS: Instituto Social de las Fuerzas Armadas

IUDC: Instituto universitario de desarrollo y cooperación

IVE: Interrupción voluntaria del embarazo

MSC: Ministerio de Sanidad y Consumo

MTAS: Ministerio de trabajo y asuntos sociales

MUFACE: Mutua de Funcionarios Civiles del Estado
MUGEJU: Mutualidad General Judicial
OIE: Oficina Internacional de Epizootias
OMS: Organización mundial de la salud
OMS: Organización mundial de la salud
ONGD: Organizaciones no gubernamentales para el desarrollo
ONU: Organización de Naciones Unidas
OPS: Organización Panamericana de la Salud
PEN: Plan de estadística nacional
PNUD: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PYME: Pequeñas y medianas empresas
SIDA: Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
SNS: Sistema nacional de salud
SPT: Salud para Todos
TIC: Tecnologías de información y comunicación
UCM: Universidad complutense de Madrid
UE: Unión Europea
UNESCO: Organización de las naciones unidas para la educación, la ciencia y la cultura
UNIFEM: Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer
VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana
WHO: Organización mundial de la salud

ÍNDICE DE CUADROS

CUADRO 1: Definición de las posiciones epistemológicas	11
CUADRO 2: Operaciones estadísticas relacionadas con salud según el plan nacional de estadística 2005	37
CUADRO 3: Otras estadísticas a destacar no incluidas en el plan nacional	43
CUADRO 4: Estadísticas y productos relevantes en el portal del ministerio de sanidad y consumo	45
CUADRO 5: Estadísticas de “salud” en Inebase	47
CUADRO 6: Información para el análisis en los cuestionarios	85
CUADRO 7: Capacidad para identificar las desigualdades de mujeres y hombres en roles reproductivos y productivos de la ENS	92
CUADRO 8: Capacidad de la ENS para detectar cómo las desigualdades de género influyen en la salud	97
CUADRO 9: Capacidad para identificar las desigualdades de mujeres y hombres en roles reproductivos y productivos de la EPA	107
CUADRO 10: Capacidad para detectar cómo estas desigualdades influyen en la salud de la EPA	110
CUADRO 11: Capacidad para identificar las desigualdades de mujeres y hombres en roles reproductivos y productivos de la EET	117
CUADRO 12: Capacidad para detectar cómo estas desigualdades influyen en la salud de la EET	121
CUADRO 13: Ejemplos de preguntas de los barómetros	125

ÍNDICE DE ESQUEMAS

ESQUEMA 1: Relaciones de género	7
ESQUEMA 2: Orígenes y desarrollo de la perspectiva de género	15
ESQUEMA 3: Estadísticas de salud con enfoque de género	23
ESQUEMA 4: Enfoque de género en el esquema explicativo de los problemas de salud, sus determinantes y consecuencias	52

GUÍA DE ESTADÍSTICAS DE SALUD CON ENFOQUE DE GÉNERO:
ANÁLISIS DE INTERNET Y RECOMENDACIONES

Coedición

Queda prohibida toda la reproducción de la obra o
por partes de la misma por cualquier medio sin permiso previo

ISBN:

Depósito legal:

Edita:

Diseño de la cubierta:

Impreso en España, Alicante, 2007

CONTENIDOS

PRESENTACIÓN	1
CAPÍTULO 1. Género y Salud, conceptos y vínculos	5
1.1. GÉNERO	5
1.1.1. <i>El concepto de género y el sistema sexo-género</i>	5
1.1.2. <i>El enfoque de género</i>	8
1.1.3. <i>Limitaciones y fortalezas del uso del género</i>	13
1.2. LA SALUD PÚBLICA	16
1.2.1. <i>Definición de salud (pública)</i>	16
1.2.2. <i>Salud, mujer y género</i>	17
CAPÍTULO 2. El género y las estadísticas e indicadores de salud	21
2.1. LAS ESTADÍSTICAS, LOS INDICADORES Y SU UTILIDAD	21
2.1.1. <i>Introducción</i>	21
2.1.2. <i>Definiciones</i>	22
2.1.3. <i>Indicadores de salud con enfoque de género</i>	24
2.1.4. <i>Factores relevantes para proporcionar enfoque de género</i>	27
2.2. ESTADÍSTICAS DE SALUD Y DE GÉNERO	30
2.2.1. <i>Introducción</i>	30
2.2.2. <i>Estadísticas del plan nacional</i>	33
2.2.3. <i>Estadísticas del Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC), y datos alojados en el portal del Instituto Nacional de Estadística (INE)</i>	36
CAPÍTULO 3. Las causas y consecuencias de los problemas de salud: Una propuesta para la indagación	49
3.1. DIFERENCIAS Y DESIGUALDADES EN SALUD ENTRE MUJERES Y HOMBRES.....	49
3.2. DETERMINANTES DE GÉNERO EN LAS DESIGUALDADES EN SALUD	53
3.2.1. <i>Cambios en el trabajo y el empleo</i>	55
3.2.2. <i>Cambios en la educación</i>	62
3.2.3. <i>Cambios en la familia y el hogar</i>	63
3.2.4. <i>Los efectos conjuntos: la investigación en salud del trabajo pagado y doméstico</i>	65
3.2.5. <i>Sesgo de género en la atención sanitaria</i>	69
3.3. HIPÓTESIS DE TRABAJO PARA ESTUDIOS SOBRE GÉNERO Y SALUD ..	70
3.4. BALANCE: LIMITACIONES Y OPORTUNIDADES DEL ANÁLISIS DE GÉNERO EN SALUD	72

CAPÍTULO 4. La comunicación a través de Internet como herramienta de investigación y estrategia política.....	75
4.1. INTRODUCCIÓN: EL PROYECTO POLÍTICO	75
4.2. TIPO Y MODELOS DE COMUNICACIÓN	78
4.2.1. <i>Características de la comunicación en Internet</i>	78
4.2.2. <i>La comunicación pública a través de Internet</i>	80
4.3. LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LAS ESTADÍSTICAS.....	81
CAPÍTULO 5. Disponibilidad y vacíos de información sobre salud desde la perspectiva del género: Análisis	83
5.1. ENCUESTAS Y MEDICIÓN.....	83
5.2. EL INE Y EL CIS (publicación y difusión de los resultados)	86
5.3. LA ENCUESTA NACIONAL DE SALUD.....	89
5.3.1. <i>Ficha técnica y diseño de la encuesta (edición del 2003)</i>	89
5.3.2. <i>El cuestionario</i>	91
5.4. EL BARÓMETRO SANITARIO	98
5.4.1. <i>Ficha técnica y diseño de la encuesta</i>	100
5.4.2. <i>El cuestionario</i>	101
5.5. LA ENCUESTA DE POBLACIÓN ACTIVA.....	103
5.5.1. <i>Ficha técnica y diseño de la encuesta</i>	103
5.5.2. <i>El cuestionario</i>	105
5.6. LA ENCUESTA DEL EMPLEO DEL TIEMPO	111
5.6.1. <i>Ficha técnica y diseño de la encuesta</i>	111
5.6.2. <i>El cuestionario</i>	114
5.7. LOS BARÓMETROS DEL CIS	123
5.7.1. <i>Ficha técnica y diseño de la encuesta</i>	123
5.7.2. <i>El cuestionario</i>	124
CAPÍTULO 6. Conclusiones y Recomendaciones.....	129
6.1. CONCLUSIONES	129
6.2. RECOMENDACIONES.....	132
GLOSARIO	135
REFERENCIAS	139

PRESENTACIÓN

Las enfermedades comunes a ambos sexos, el VIH/SIDA, la violencia, el trabajo, la anticoncepción y planificación familiar, el acceso a los recursos, las mujeres como trabajadoras de salud, la reforma del sector salud y la imagen corporal son los temas sobre los que se está trabajando con la intención de plantear la igualdad de género en salud.

La igualdad entre hombres y mujeres se ha convertido en el punto central de las inquietudes nacionales e internacionales, y a medida que se consideran y se ponen en práctica programas y políticas orientadas a aumentar esta igualdad aumenta la necesidad de contar con información, al menos, desglosada por sexo. En todos los países donde la igualdad de ambos sexos es una meta nacional, las estadísticas exhaustivas, confiables y actualizadas sobre la situación de la mujer y del hombre pueden servir para desacreditar los estereotipos y orientar la política nacional hacia la igualdad social, cultural y económica. La tarea de vigilar que haya igualdad para las personas exige cierta cantidad de datos estadísticos de buena calidad, pues si no se dispone de datos, ningún argumento, por convincente que sea, puede influir en la opinión de los encargados de las opiniones y reorientar el rumbo de la planificación.

La plataforma para la Acción de la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing 1995) dedica un objetivo estratégico H.3 a plantear la necesidad de preparar y difundir datos e información destinados a la planificación y la evaluación desglosados por sexo. Recomienda *“Recoger, compilar y analizar, y presentar periódicamente datos desglosados por edad, sexo, indicadores*

socioeconómicos y otros pertinentes, incluido el número de familiares a cargo, para utilizarlos en la planificación y aplicación de políticas y programas” (par. 206b); y “Promover el desarrollo ulterior de métodos estadísticos para mejorar los datos relacionados con la mujer en el desarrollo económico, social, de salud, cultural y político” (par. 208b).

También el informe del período extraordinario de sesiones de la Asamblea General titulado “La mujer en el año 2000: Igualdad de género, desarrollo y paz para el siglo XXI” (Nueva York, 2000) destaca que en relación con las políticas públicas se hace necesario *“Fortalecer el sistema de recolección y procesamiento de datos estadísticos desagregados por sexo y adoptar indicadores de género que contribuyan al diagnóstico de la situación de las mujeres y a la implementación de políticas públicas”.*

En este sentido es preciso contar también con un sistema de indicadores de género que permita hacer el seguimiento de los cambios en el estado de salud de las mujeres en relación con la de los hombres, para ser utilizados en la planificación y aplicación de las políticas y programas. Esta es una meta desde comienzos de los 90, en que los gobiernos tomaron conciencia de la importancia de llevar a cabo análisis con enfoque de género para el desarrollo de políticas y legislación futuras. De hecho, la Asamblea Mundial de la Salud hace una década instó a sus Estados Miembros para que establecieran sistemas de información adecuados sobre los determinantes de la salud y la situación de salud de las mujeres y la evolución de indicadores de salud desagregados por sexo.

Los indicadores, como instrumentos que son para medir cambios sociales, están sujetos a fuerzas políticas. Es importante reconocer antes de utilizarlos, que todos tienen su propia historia política y su intención. Un ejemplo es el uso de indicadores económicos, como los relacionados con el empleo, utilizados hasta hace poco tiempo excluyendo en el análisis el trabajo de las mujeres. La razón que cuenta con mayor acuerdo es que la omisión es consecuencia del hecho de que la mayoría de los censos y los estudios a gran escala, han estado organizados sin tener en cuenta el enfoque de género. Esto es

importante pues ciertos tipos de indicadores, particularmente los llamados cuantitativos, se legitiman por ser considerados “objetivos” cuando de hecho cuentan con la “subjetividad” propia de quienes toman las decisiones sobre las políticas y plantean que es prioritario conocer a través de las estadísticas.

El desarrollo de indicadores con sensibilidad de género no es un fin en sí mismo si no una herramienta política para ser usada en el cambio del estatus quo. Y son dos las principales respuestas para tal fin. La primera tiene el objetivo de promover la recolección de datos desagregados por sexo, para que sean usados posteriormente en la defensa de cambios políticos. La segunda respuesta parte del acuerdo sobre la insuficiencia de indicadores que capten las experiencias de las mujeres, por ejemplo en áreas tales como el empoderamiento y la participación. En consecuencia, con el fin de que quienes desarrollen las políticas tomen en consideración estas experiencias es necesario construir indicadores centrados en la recolección de información sobre las mismas. Además, se debe destacar que existen, al menos, dos tipos de análisis: aquel que compara mujeres con hombres y aquel que compara mujeres con mujeres. El primero es fundamental para detectar las diferencias y consecuencias del género en sociedades patriarcales y androcéntricas. El segundo añade otras consideraciones que fueron denunciadas a partir de la década de los 80, fundamentalmente de la mano de feminismos que nacen de las voces de los grupos minoritarios. La consecuencia de sus observaciones es la inclusión de otros criterios de estratificación en el análisis del género que ha influido en la construcción de la teoría feminista contemporánea. Al menos dos de estos criterios deben ser incluidos en todo análisis: el grupo étnico y la clase social. Además, desde un enfoque de desarrollo social, estas consideraciones proporcionan la “diversidad” como categoría transversal a tener en cuenta en el estudio de las desigualdades sociales. Igualmente, mejoran los postulados de los primeros feminismos al denunciar el exceso de generalización de sus proposiciones y, así, consiguen una investigación más cautelosa que piense en mujeres (en plural) y desestime a “la mujer” (en singular) como categoría representante de todo el grupo.

Se ha visto necesario y oportuno iniciar procesos de fortalecimiento de las capacidades en los países para la institucionalización del mejoramiento en la producción, análisis, disseminación y utilización de la información de género. En este sentido existen publicaciones fuera de España que sirven de apoyo técnico para desarrollar indicadores con sensibilidad de género. Bajo los enfoques planteados en el párrafo anterior, esta guía pretende aportar claves y ejemplos para la incorporación de la perspectiva de género en la identificación y el análisis de las fuentes de información, estadísticas e indicadores de salud y de sus determinantes; así como de desigualdades en salud; sobre la base de que incorporar el enfoque de género significa tener en cuenta que el “género” abarca hipótesis, interpretaciones y conocimientos relativos al conjunto de fenómenos históricos construidos en torno al sexo, además de ser una categoría de análisis.

CAPÍTULO 1.

Género y Salud, conceptos y vínculos

1.1. GÉNERO

1.1.1. El concepto de género y el sistema sexo-género

El género es la construcción social de las diferencias basadas en el sexo. Atiende a las funciones, comportamientos y atributos que las sociedades consideran apropiadas para hombres y mujeres. La Unión Europea lo define como un:

“Concepto que hace referencia a las diferencias sociales (por oposición a las biológicas) entre hombres y mujeres que han sido aprendidas, cambian con el tiempo y presentan grandes variaciones tanto entre diversas culturas como dentro de una misma cultura” (Comisión Europea, 1998).

El género es la construcción social basada en el sexo y responde a las características atribuidas a las mujeres y hombres, a las relaciones que se establecen entre ellos y al sistema social que las comprende.

Al quedar definido el género en comparación con el sexo es un concepto relacional. A grandes rasgos, se suele distinguir entre el género masculino y el femenino. El primero se vincula al hombre y el segundo a la mujer. El género así entendido pertenece al plano de los estereotipos sociales; consecuentemente, lo masculino y lo femenino son dos construcciones sociales. Por otra parte, se trata de un término que alude a una realidad cambiante tanto a través del tiempo como en el espacio.

En el plano de los modelos sociales, existe un masculino dominante definido por cada sociedad. Este masculino describe las capacidades que se les

supone a los hombres, que normalmente son las más reconocidas y valoradas. Pero además, en las sociedades patriarcales; es decir, organizadas en torno al hombre, lo femenino se define como aquello que no es masculino.

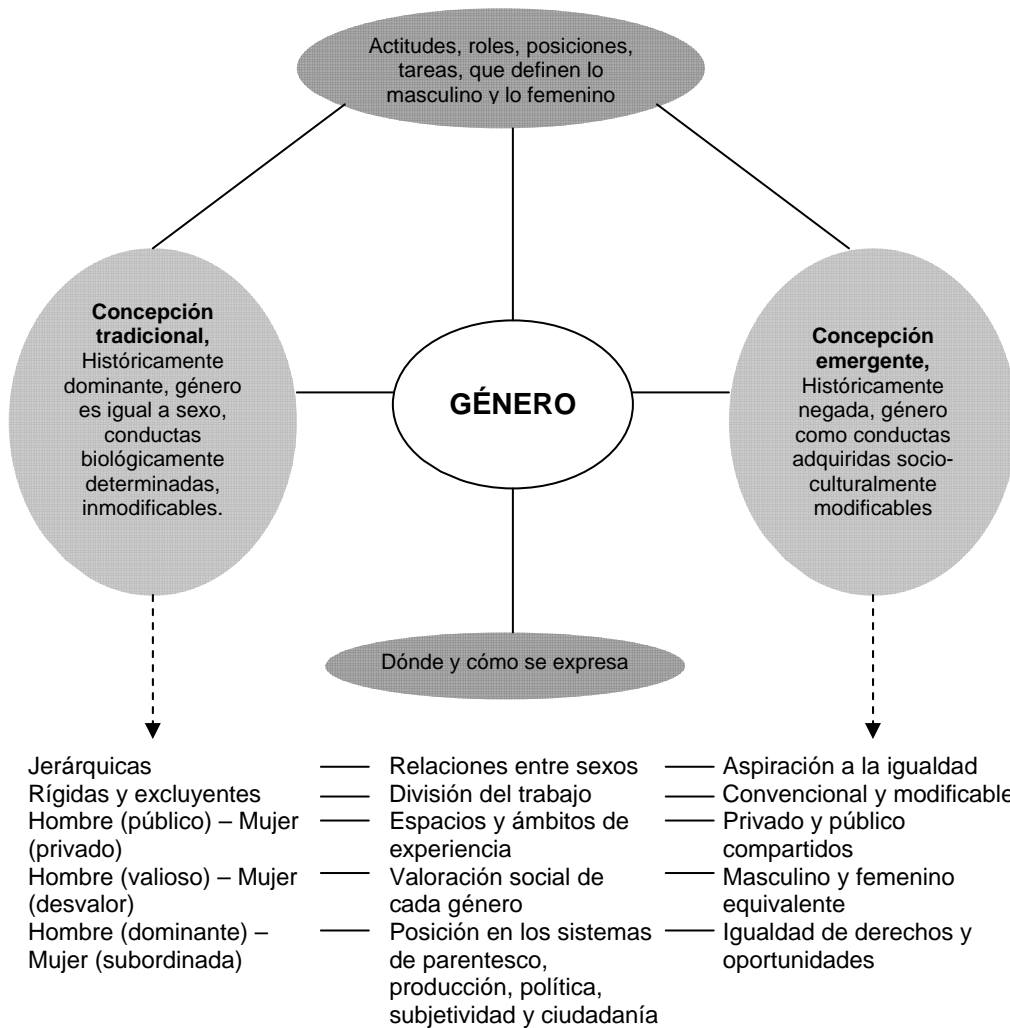
De acuerdo con Mathieu (2002), el género como constructo social se refleja en dos escenarios: 1.- la división sexual del trabajo y de los medios de producción y, 2.- la organización social del trabajo de procreación, “en el que las capacidades productivas de las mujeres se transforman y, con suma frecuencia, se exacerban por medio de diversas intervenciones sociales” (2002: 237). La autora subraya que los demás aspectos del género (imagen, comportamiento, actitudes, desigualdad de acceso...) son consecuencias de esta diferenciación social de base.

El género responde a los siguientes tres aspectos:

1. Las características histórica y culturalmente atribuidas a las mujeres y los hombres, también conocidas como lo femenino y lo masculino. En las sociedades androcéntricas (ver glosario) se reconoce lo masculino y se comprende lo femenino como aquello que no es masculino. En este sentido, son definidos sólo dos componentes del género al quedar vinculado a los dos sexos reconocidos. Además, lo masculino y lo femenino se comprenden opuestos y complementarios. Esta construcción social puede variar con el tiempo y con el tipo de sociedad, y repercute en los roles adscritos y en las relaciones de género.
2. Las relaciones que se establecen entre las mujeres y los hombres en las sociedades (ver esquema 1). Las anteriores categorías diferenciadas y definidas como binomios opuestos se traducen en posiciones sociales diferentes y desiguales entre mujeres y hombres. Así, las relaciones de género son relaciones de desigualdad. Se atribuyen tareas (roles sociales) a las mujeres y hombres con desigual

reconocimiento y valor social. De hecho, el género es por sí mismo relacional en el momento que se define lo femenino en relación con lo masculino y no como un escenario de igual valor.

ESQUEMA 1: RELACIONES DE GÉNERO



Fuente: López, I. y Sierra, B. (2001)

3. El sistema que mantiene, reproduce y cambia las características y las relaciones anteriores. Se trata del conjunto de normas, valores, representaciones e instituciones y actores sociales que interactúan entre sí. El sistema de género convive y se entrelaza con otros sistemas tales como el económico, político o religioso.

1.1.2. El enfoque de género

Igualmente, el género suele ser utilizado como categoría de análisis y como perspectiva. La categoría de análisis alude justamente al nacimiento de un concepto que permite profundizar en el conocimiento de la realidad sexuada. En este sentido, la primera persona en utilizar la diferenciación entre el género y el sexo fue Robert Stoller (1968) aunque se suele atribuir a Simone de Beauvoir (1949) la definición del mismo y a Ann Oakley (1972) el término. La UE considera que este concepto responde a la necesidad de disponer de un instrumento analítico y conceptual en la investigación de las relaciones entre los sexos.

La perspectiva tiene un significado más amplio. Se trata de “tomar en consideración y prestar atención a las diferencias entre mujeres y hombres en cualquier actividad o ámbito dados de una política” (Comisión Europea, 1998). No obstante, existen definiciones más exhaustivas que recogen el origen de este enfoque. Se destaca la siguiente:

“(...) se conoce como perspectiva de género a esta visión científica, analítica y política creada desde el feminismo. Ya es aceptado que cuando se usa el concepto *perspectiva de género* se hace referencia a la concepción académica, ilustrada y científica, que sintetiza la teoría y la filosofía liberadora” (Lagarde, 1996:15)

En consecuencia, el enfoque de género es una posición ideológica que propone, analiza e interpreta desde los marcos teóricos feministas. Pretende comprender los procesos sociales y proporcionar medidas que contribuyan a superar las desventajas entre mujeres y hombres.

Aplicar el enfoque de género implica observar el género en todas sus formas. Es decir, las que toma por cada uno de los siguientes **niveles de observación** (Braidotti, 2002):

El género como:

- 1º. Parte de la identidad del individuo,
- 2º. Principio organizador de la estructura social, y
- 3º. Base de los valores normativos de la sociedad.

Los tres niveles de observación del género deben estar igualmente presentes en el estudio de los agentes sociales que participan y/o determinan el estado de salud de la población.

El primer nivel de observación concierne al estudio de la subjetividad e identidad de género. Un ejemplo de indicador que encajaría en este primer nivel, son las escalas que tratan de detectar la percepción del propio género. Una de las más consideradas es la Bem Sex Role Inventory (BSRI) utilizada para medir la feminidad y masculinidad en numerosos estudios.

El segundo nivel trata de averiguar cómo se distribuyen los recursos y el poder. Existe una gran cantidad de indicadores y estadísticas que permiten conocer la estructura social. Algunos ejemplos son: el tipo de actividad remunerada de la población, normalmente medida con la Clasificación Nacional de Ocupación de 1994 (CNO-94); el nivel de estudios alcanzado; el tiempo empleado en el trabajo doméstico; el número de nacimientos al año o el consumo de tabaco de la población. Son indicadores y estadísticas que describen la sociedad desde sus múltiples enfoques, y se suelen agrupar en temas. Así, los anteriores ejemplos conciernen respectivamente al “Mercado laboral”, “Educación”, “Nivel, condiciones y calidad de vida”, “Demografía” y “Salud”, según la clasificación

que hace el Instituto Nacional de Estadística. Con estos ejemplos no se agotan los temas en los que se clasifican los diferentes indicadores y estadísticas.

Finalmente, el tercer nivel de observación responde a los modelos, costumbres y aspectos simbólicos de una sociedad. Un ejemplo de medidor que concierne a este nivel de observación son las escalas de actitudes ante un fenómeno social, frecuentemente utilizadas en Psicología Social. Otros indicadores son las preguntas de opinión sobre costumbres y normas sociales, que son comúnmente utilizadas por el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS). Igualmente, la antropología se ha acercado mediante el método etnográfico a este nivel de observación. Este método se utiliza para estudiar la conducta tanto grupal como individual de una localidad en particular. Se basa en la observación y proporciona información abierta, no estructurada, que puede servir para descubrir indicadores y generar estadísticas.

Estos niveles de observación son comunes a todos los campos de investigación cuyo estudio se base en el ser humano comprendido como ser social. En consecuencia, para que sean específicamente “de género”, se deben centrar en aquellos procesos sociales que describen y explican las diferencias y desigualdades entre las mujeres y los hombres. La aplicación de este enfoque, que precisa considerar los tres niveles, es conocido como “análisis de género”. En definitiva, los niveles de observación facilitan la comprensión de los vínculos entre el género y la sociedad.

También, se trata de una forma diferente de abordar el conocimiento y la ciencia. De hecho, se suelen distinguir tres corrientes epistemológicas que persiguen mostrar los lazos entre el feminismo y la ciencia. Estas aproximaciones epistemológicas son: el empirismo feminista, la epistemología del *standpoint* y la posmodernista (Harding, 1996). Las principales características de cada corriente se ordenan según conciernan a quién investiga, al objeto o fenómeno de estudio, a la población o muestra y a la forma de resolver los sesgos sexistas y androcéntricos (Ver cuadro 1).

CUADRO 1: DEFINICIÓN DE LAS POSICIONES EPISTEMOLÓGICAS

	EMPIRISMO FEMINISTA	EPISTEMOLOGÍA STANDPOINT	POSTMODERNISMO FEMINISTA
QUIEN INVESTIGA	Puede poseer o no conciencia sexual pero para detectar y corregir los sesgos es mejor que tenga conciencia sexual (ella o él).	Igual que en empirismo feminista	En estrecha relación con el objeto de estudio
OBJETO DE ESTUDIO	La aplicación del enfoque de género se detecta en la generación de hipótesis, resultados y discusión, no tanto en el planteamiento.	Aplicación del enfoque desde el planteamiento (desde el contexto de descubrimiento) El objeto se elige para emerger y corregir el sesgo.	No hay. El objeto se transforma en sujeto (condicionado a la posición de quien investiga)
POBLACIÓN O MUESTRA	No definido pero preferiblemente mujeres	Seleccionada para detectar la experiencia de las mujeres	La definición de la muestra debe ser crítica con la propia posición de quien investiga y con la del sujeto investigado. Debe tener en cuenta criterios de estratificación y no incluir proposiciones universalistas (por ejemplo, en las conclusiones).
SESGOS	Corregibles aplicando el método científico (más enfoque positivista o basado en una aproximación cuantitativa)	Corregibles aplicando el método científico (tanto con una aproximación cuantitativa como cualitativa)	No aplicable. Detectar los sesgos implica asumir las premisas de objetividad

Fuente: Elaboración propia a partir del texto de Sandra Harding (1993)

El **empirismo feminista** plantea que el sexismo y el androcentrismo constituyen sesgos sociales controlables mediante el cumplimiento de las normas metodológicas propias de la investigación científica. A través de este posicionamiento es más fácil conseguir la aceptación de las reivindicaciones feministas por acotar el problema a la mala ciencia.

El empirismo feminista no es capaz de controlar la principal procedencia del sesgo androcéntrico, que es la que parte de la selección de los problemas a investigar, y la definición de lo que es problema. Esto es debido a que desde el empirismo se afirma que sus normas metodológicas solo se aplican para la comprobación de hipótesis e interpretación de datos (contexto de la justificación), y no se aplican en la identificación y definición de los problemas (contexto del descubrimiento).

Sin embargo, el feminismo pretende reformar lo que se percibe como mala ciencia. Más concretamente, las relacionadas con las incoherencias lógicas y las imprecisiones empíricas de las epistemologías empiristas.

El **punto de partida feminista “standpoint feminism”** plantea que la posición dominante de los hombres en la vida social se traduce en un conocimiento parcial y perverso, mientras que la posición subyugada de las mujeres y sus experiencias abren la posibilidad de un conocimiento más completo y justo.

Aunque desde este posicionamiento se evitan los problemas que se plantean desde el empirismo feminista, genera rechazo en quienes están apegados al empirismo pues cuesta comprender y aceptar que la identidad social de quien observa puede ser un factor importante respecto a la objetividad potencial de los resultados de una investigación.

El **postmodernismo feminista** niega los posicionamientos en los que se basan el empirismo feminista y el punto de vista feminista. Básicamente se posiciona escépticamente respecto a los enunciados que generalizan, y plantea la necesidad de fundamentos adecuados para investigar las realidades fragmentadas: socialista-feminista, feminista con discapacidad, ...

No obstante, ante las fuertes alianzas entre las ciencias y los proyectos sociales sexistas y clasistas este posicionamiento se debilita al renunciar al intento de elaboración de una única descripción feminista de la realidad.

1.1.3. Limitaciones y fortalezas del uso del género

El uso del género como perspectiva no está exento de críticas pues hablar de “género” atiende a una sola tradición del pensamiento feminista. De hecho, género nace de la mano de la tradición norteamericana en la década de los 70 para subrayar la importancia del contexto cultural en las posiciones sociales de los hombres y las mujeres. Ciertamente, pronto pasó a formar parte de la literatura europea pero la utilización de “género” como apellido de todo lo que tiene que ver con el **desarrollo teórico de la perspectiva feminista**, ha provocado muchos desencuentros en las corrientes teóricas europeas. Algunos grupos abogan por mantener el término mujer (Women’s Studies) o nombrarlos por “estudios feministas” o de “roles sexuales”.

Sin embargo, esta propuesta puede fortalecer la segunda limitación, y es utilizar “género” como **sinónimo de mujer** y de estudios de mujeres y hombres. Se debe comprender que el concepto alude tanto a mujeres como a hombres, sin perjuicio en poder observar (incluso de forma prioritaria) a las mujeres en tanto minoría social. Igualmente, un estudio de género es un estudio de mujeres y hombres pero no todos los estudios de mujeres y hombres son de género. En este sentido, ser de género implica responder a la cultura feminista (ver esquema 2).

La mera adaptación de *gender* por *género* en español también suscita graves problemas de significado. De hecho, la ambigüedad que contiene el término para la mayoría de la sociedad relega a los expertos y expertas su verdadera comprensión. Estos **problemas de significado** hacen un flaco favor a la perspectiva feminista, incluso para la correcta utilización del “género”, pues

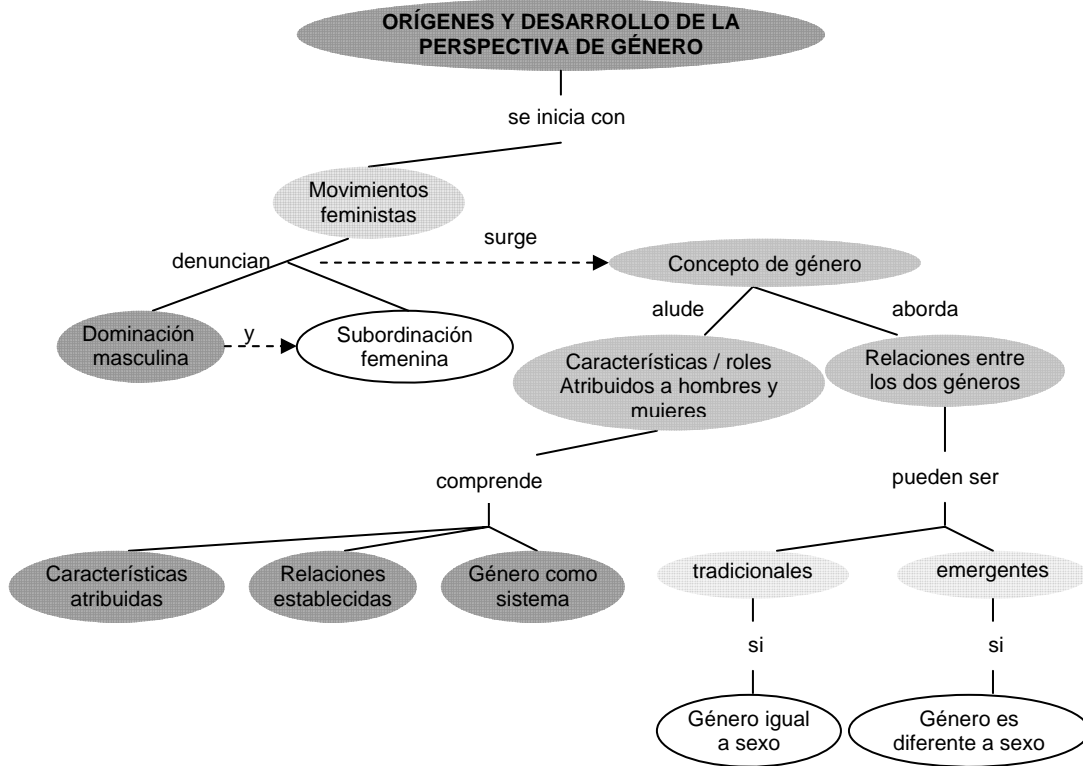
tanto perspectiva como concepto son susceptibles de perder su capacidad explicativa en el momento que queden asociadas a una simple variable, el sexo.

En este punto surge la tercera limitación del concepto género, y es **confundirlo con el sexo**. Género se define como la construcción social del sexo, por lo que no es sinónimo de sexo y tampoco puede ser una variable. El sexo suele ser utilizado para visualizar la realidad de las mujeres y los hombres en las sociedades patriarcales. En estos casos, debe entenderse que el sexo se considera una buena aproximación para conocer el género (más cuando se trata de sociedades androcéntricas). Sin embargo, el género necesita más información para explicar las diferencias estadísticas encontradas por sexo y poder interpretar estas diferencias desde cualquier marco teórico que compone la perspectiva.

Con todo, género aparece como una nueva categoría de análisis originada dentro del entorno académico y aparentemente alejada del activismo feminista, que contribuye también a algunas fortalezas, como es la **creciente expansión** de su utilización y su gran **aceptación**. De hecho, este concepto no está contaminado por los significados peyorativos que le fueron atribuidos al “feminismo”. Además, como término neutro, consigue desvincularse de todo lo referente a un solo sexo, sea hombre o mujer, y se presenta como una **perspectiva integradora** (mujer y hombre). En consecuencia, favorece la aprehensión y expansión del discurso feminista hacia sectores de la sociedad con prejuicios hacia el feminismo.

La categoría consigue **derrumbar los argumentos biológicos** en los que se basaba el mantenimiento de las desigualdades sociales. El determinismo biológico consideraba “naturales” las posiciones subordinadas de las mujeres en la esfera pública, al carecer de ciertas capacidades que se suponían fundamentales para desempeñar ciertos roles. El género es la categoría de análisis que consigue delatar la falta de sustrato de tales agravios y, por tanto, cuestionar la propia ciencia.

ESQUEMA 2: ORÍGENES Y DESARROLLO DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO



Fuente: Larco, G. y Benites, H. (2004)

1.2. LA SALUD PÚBLICA

1.2.1. Definición de salud (pública)

Hace tiempo se viene distinguiendo dos modelos que responden a qué se entiende por salud: el modelo biomédico y el modelo de Salud Pública. El primero comprende que una persona está sana cuando carece de toda enfermedad. Desde aquí, salud se asocia a enfermedad y la medicina se centra en los agentes biológicos que la causan. Es el modelo predominante del sistema sanitario español actual y también lo fue de la investigación médica durante el siglo XIX y primera mitad del XX. El segundo amplía el concepto e incluye el carácter social del ser humano como ámbito de estudio central para la salud.

Esta segunda acepción de la salud responde al “estado completo de bienestar físico, psicológico, social y espiritual, y no meramente como la ausencia de enfermedad o malestar” (OMS, 1984). Esta definición permite profundizar en la comprensión de los factores que pueden estar influyendo en el estado de la salud de las personas. Responde a un escenario diverso, complejo e interrelacionado y acepta los vínculos entre lo orgánico y lo social.

En definitiva, se trata de la comprensión de **la salud como fenómeno social y como el resultado de una compleja mezcla de factores** (económicos, políticos, ambientales). En esta compleja mezcla no sólo participan los factores estructurales y objetivos sino también aquellos que conciernen a la subjetividad individual y grupal. Así, es fundamental tener suficientes ingresos para poder adquirir alimentos (factor estructural), pero poseer un determinado nivel de renta tampoco garantiza prácticas saludables. De hecho, los trastornos alimenticios pueden ser originados por problemas individuales de orden psicológico (por ejemplo, baja autoestima) que responden a modelos sociales (por ejemplo, el ideal de belleza). Igualmente, se ha constatado que la percepción del estado de salud explica mejor que el estado real algunos factores estructurales.

Se aprecia cómo los tres niveles de observación antes explicados deben estar igualmente presentes en el estudio de los agentes sociales que participan y/o determinan el estado de salud de la población. En consecuencia, desde el modelo social de salud (Salud Pública), el sistema sexo-género se presentará como el marco oportuno para comprender las desigualdades en salud entre mujeres y hombres.

1.2.2. Salud, mujer y género

El modelo biomédico se enfrenta a las diferencias entre mujeres y hombres en salud en tanto que son organismos sexualmente distintos. Por este motivo, al hablar de “la salud de las mujeres” puede entenderse una línea de investigación centrada en los problemas específicos de la mujer por su diferencia biológica. En consecuencia, desde este enfoque, no es extraño descubrir que los temas estrella sean la reproducción, la maternidad y los problemas de salud relacionado con el cuidado de los hijos. Desde esta perspectiva, la “salud de la mujer” se ha referido históricamente a la salud materna (infantil).

Las diferencias en salud que son evitables son las desigualdades en salud

Sin embargo, al aceptar el modelo social (y por tanto el contexto social como marco relevante de observación para el estado de salud de la población) se comprende que los grupos con diferentes situaciones sociales tendrán respuestas distintas ante la salud. En consecuencia, los anteriores temas no sólo son estudiados porque existan agentes biológicos que justifiquen la diferencia, sino también porque la función biológica de la reproducción se traduce en tareas específicas ante el cuidado de los hijos, tareas que son desarrolladas en sociedad.

Así, y en virtud de la división sexual del trabajo, estas tareas específicas terminan situando a mujeres y hombres en posiciones sociales desiguales. Para comprender esta afirmación se debe recordar que la definición de la división sexual del trabajo se compone de dos elementos:

1. un reparto de las tareas y funciones sociales en razón del sexo, de tal forma que las mujeres deben desempeñar un conjunto de actividades y roles diferente al que debe realizar el hombre y
2. una valoración distinta y jerarquizada de esas tareas, de tal forma que las destinadas a las mujeres se valora socialmente menos que las realizadas por los hombres.

Este segundo elemento de la división sexual del trabajo es el que origina la desigualdad social entre mujeres y hombres, pues la infravaloración se traduce en falta de reconocimiento, desprecio, barreras en la obtención de recursos sociales (educativos, económicos, sanitarios) y dominación. En resumen, la infravaloración es un componente que excluye, margina y subordina al grupo que la sufre. Se trata de un elemento que corresponde al tercer nivel de observación (al de las normas, costumbres, estereotipos y valores sociales) que afectará, con total seguridad, a la percepción individual.

Si se parte de un contexto de desigualdades sociales, emergen aquellas diferencias en salud que son evitables o, dicho de otro modo, emergen las desigualdades en salud. A grandes rasgos, estas desigualdades en salud se pueden generar de tres formas distintas (Whitehead, 1991):

1. La teoría basada en la selección natural o social, considera que los individuos que tienen y nacen con mejor salud ocuparán lugares más privilegiados en la sociedad. De esta forma la salud sería uno de los factores explicativos de las desigualdades sociales.
2. La teoría basada en la cultura o conducta, considera que el contexto cultural y normativo de las clases menos privilegiadas es en sí mismo menos saludable, lo que produce desigualdades en salud por grupos sociales.

3. La teoría materialista o estructural, considera que las desigualdades en la estructura (ingresos, educación, vivienda, condiciones de vida y de trabajo) explicarían las desigualdades entre grupos sociales. Se puede apreciar que una de las principales diferencias con la otra teoría es que no incluye el contexto o marco cultural como factor determinante sino la dimensión material.

Aún habría una cuarta teoría (teoría del “efecto artefacto”) que apunta a que las desigualdades entre diferentes grupos sociales (también aplicado a las mujeres y hombres) se deben a defectos de las mediciones. Esta teoría se podría aplicar a la inversa para el propósito que aquí ocupa. Es decir, las mediciones no son perfectas y, no en pocas ocasiones, pueden estar ocultando desigualdades de género.

En concreto, para el tema que aquí ocupa, el análisis de género trata de averiguar cómo el sistema sexo-género impacta en la salud de las mujeres y de los hombres generando, así, desigualdades en salud. En esta línea, se aprecia cómo el análisis de género estudia también “la salud de las mujeres” pero desde un enfoque distinto al propuesto por el modelo biomédico. Además, es una postura integradora desde la que se indaga cómo las diferentes funciones sociales y estilos de vida repercuten en “la salud de los hombres” produciendo desigualdades en salud (por ejemplo, con el consumo de contaminantes tales como el tabaco que fueron asociados con la virilidad durante los tres primeros tercios del siglo XX). Las siguientes situaciones son ejemplos que ilustran cómo las diferencias y desigualdades de género pueden producir desigualdades en salud:

- Una mujer no puede recibir asistencia porque la prioridad es atender a los familiares.
- Un adolescente muere por una sobredosis de drogas porque pretendía cumplir con las expectativas del grupo de iguales.

- Una mujer casada contrae el SIDA porque los modelos sociales animan al marido a ser promiscuo.
- Los hombres tienen un mayor ratio de mortalidad por cáncer en el pulmón porque fumar se considera un marcador del atractivo para la masculinidad.

Si se vuelve al marco social de las desigualdades, no se debe olvidar que el grupo que cumple con la definición social de minoría son las mujeres. En este sentido, si bien es cierto que, en ciertos casos, el sistema sexo-género afecta al estado de la salud de los hombres (accidentes laborales y de tráfico, cáncer de pulmón, alcoholismo), también es cierto que aún por otras determinantes, **la salud de las mujeres se encuentra sistemáticamente perjudicada.**

En consecuencia, profundizar en los factores que intervienen en las desigualdades sociales entre mujeres y hombres puede dar respuestas sobre las causas de las desigualdades en salud y, por tanto, las claves para la intervención social que favorezca su desaparición.

CAPÍTULO 2.

El género y las estadísticas e indicadores de salud

2.1. LAS ESTADÍSTICAS, LOS INDICADORES Y SU UTILIDAD

2.1.1. Introducción

La necesidad de contar con indicadores de calidad sobre desigualdades en salud entre mujeres y hombres en las diferentes etapas del ciclo vital implica el desarrollo del sistema estadístico nacional, haciendo especial énfasis en que el enfoque de género cruce las estadísticas tradicionales. Que se contemple el enfoque de género en las estadísticas de salud implica, producir y difundir estadísticas que reflejen las realidades de las mujeres y los hombres (ver esquema 3). Para ello, se precisa que los(las) usuarios(as) y los(las) productores(as) trabajen juntos con el fin de considerar qué productos estadísticos se necesitan. También, es necesario mejorar la presentación y difusión de las estadísticas de salud existentes que contemplen algún aspecto de género. Además, hay que ampliar los programas de recolección de datos para generar las estadísticas de salud necesarias para cubrir los vacíos de información desde la perspectiva de género. Y por último, mejorar las mediciones, conceptos, definiciones y clasificaciones.

2.1.2. **Definiciones**

Es conveniente distinguir qué se entiende por estadísticas y diferenciarlas de los indicadores. Las **estadísticas** son la cuantificación y el ordenamiento de los datos que intentan explicar los fenómenos observados, y los **datos** son valores cualitativos o cuantitativos mediante los cuales se miden características de los objetos, sucesos o fenómenos a estudiar.

Los **indicadores** son herramientas que muestran el estado de algún aspecto de la realidad social o del objeto de estudio. Se tratan de señales que permiten conocer el estado del objeto y si el objetivo o resultado se ha alcanzado. Se pueden encontrar indicadores de varios tipos (directos, indirectos, dinámicos...) que suelen emplearse desde la fase de identificación de los problemas a la fase de evaluación de los objetivos.

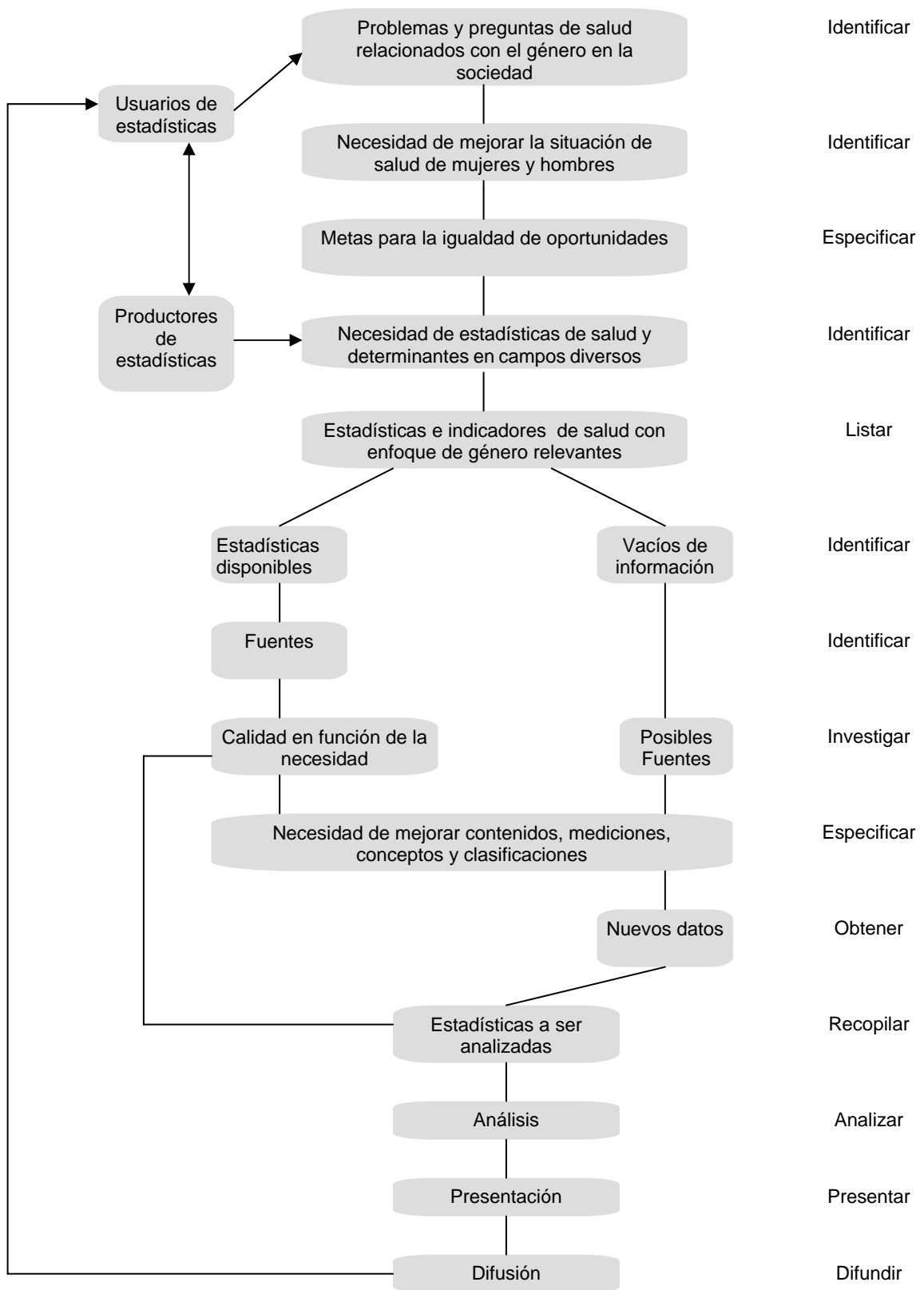
En los modelos clásicos de evaluación se emplean durante la *formulación del problema objeto de estudio*, los indicadores se emplean para tres cuestiones: Determinar la manera de apreciar el cumplimiento de los objetivos para determinados grupos o comunidades receptoras (como, dónde y para quién); Cuantificar el umbral o punto crítico que permite afirmar que se han alcanzado esos objetivos (cuánto) y, Determinar el momento en que se espera alcanzarlo (cuándo).

2. Los indicadores pueden ser aplicados también en la fase de *formulación de objetivos de la investigación*. En el caso de objetivos indefinidos, los indicadores permiten conocer con mayor precisión que se pretende lograr. Si los objetivos son precisos, entonces los indicadores a utilizar pueden ser más sencillos y manejables.

3. Finalmente, en la *evaluación*, los indicadores se transforman en las señales que permiten hacer operativos los criterios. Es decir, que indican dónde buscar las respuestas a las preguntas planteadas.

ESQUEMA 3: ESTADÍSTICAS DE SALUD CON ENFOQUE DE GÉNERO

El Proceso de Producción



Fuente: Modificada de Hedman, B, Perucci, F.y Sundström, P (1996)

Para trabajar con indicadores hay que tener presente, al menos, que estos establezcan claramente la relación con el criterio a medir o verificar; en especial en el caso en que se utilicen indicadores indirectos (o proxys) que tratan de medir un concepto a través de otro (por ejemplo, medir el género a través del sexo). En este sentido, los indicadores deben basarse en definiciones sobre las que hay consenso y son aceptadas por las instituciones oficiales internacionales, nacionales y/o regionales.

Desde la perspectiva de género y de su aplicación a la política nacional, interesan especialmente aquellos indicadores centrados en producir información sobre desigualdades.

Hay que tener presente también, que se contemple desde el principio la fuente de información utilizada; así como, que los datos tengan un cierto seguimiento temporal y espacial.

Los sistemas de indicadores parten de investigaciones nacionales, en particular de aquellas que proponen medir progresos en la consecución de los objetivos establecidos por las instituciones oficiales. Facilitan la identificación del progreso y de las dificultades, así como de las disparidades en el alcance del desarrollo de los objetivos entre diferentes grupos de población. Los indicadores suelen ser desagregados por edad, sexo, área/hábitat de residencia (urbano vs. rural, regiones, CC.AA).

Los sistemas de indicadores parten de investigaciones nacionales, en particular de aquellas que proponen medir progresos en la consecución de los objetivos establecidos por las instituciones oficiales.

2.1.3. Indicadores de salud con enfoque de género

Desde la perspectiva de género y de su aplicación a la política nacional, interesan especialmente aquellos indicadores centrados en producir información sobre desigualdades. Estos indicadores responden a cuestiones tales como, si:

- Hay equidad entre diferentes grupos de población respecto a la media nacional.
- El progreso o retroceso afecta por igual o beneficia a los grupos menos favorecidos o a los más ricos, o a los que viven en zonas urbanas o rurales.

- Se progresa al mismo ritmo.

Además, un **indicador de salud** es aquel que trata de una característica de un individuo, población o entorno susceptible de medición (directa o indirectamente), y que puede utilizarse para **describir uno o más aspectos de la salud de un individuo o población** (calidad, cantidad y tiempo).

En este sentido, se producen **sesgos de género en los indicadores de salud**, siempre y cuando uno de los dos sexos reciba un tratamiento perjudicial en la información que se genera en los indicadores, en especial, cuando se compara con el que recibe el otro sexo.

Los datos recogidos por las estadísticas pueden contener sesgos al depender en buena medida de la construcción de sus indicadores. Así que con el fin de ayudar a comprender la aplicación del enfoque de género en las estadísticas nacionales es útil comenzar identificando los sesgos de género existentes.

A la hora de seleccionar la información necesaria para producir conocimiento sobre salud y género, se debe tener en cuenta los siguientes criterios que ayudan a visualizar el sesgo de género en los indicadores de salud:

- Los indicadores desagregados por sexo no siempre son iguales a indicadores con sensibilidad de género (en ocasiones los dos se utilizan de forma indistinta pero no son lo mismo). Así, la información desagregada por sexo dice si existen diferencias por sexo en una dimensión específica de la salud; mientras que los indicadores con sensibilidad de género son elaborados para observar las consecuencias en la salud del género como construcción social y, así, ayudar a comprender si la diferencia observada entre sexos en el estado de salud es el resultado de desigualdades o inequidades por género.
- La información desagregada por sexo puede no siempre capturar las diferencias y desigualdades. Este punto es una implicación del anterior.
- El uso de un solo indicador puede enmascarar las diferencias y desigualdades.
- Por ello, se necesitan examinarse múltiples indicadores.

- Es necesario examinar varias dimensiones de la salud. Además de la morbilidad y mortalidad, hay que examinar componentes tales como: vulnerabilidad, percepciones de salud, conductas ante problemas de salud: preventiva, curativa, promotora, respuesta del sector salud: disponibilidad de servicios de salud para un problema específico, distancia al servicio sanitario mas cercano, accesibilidad, calidad asistencial, resultados en salud y consecuencias inmediatas: mortalidad, recuperación y de largo plazo: discapacidad, consecuencias sociales y económicas: estigma, pérdida de empleo.
- Los niveles de desagregación (puntos de corte) hacen las diferencias.
- Las variables elegidas para la desagregación también influyen. Por ejemplo, cuando se examina la atención sanitaria según sexo pueden no existir diferencias por sexo. Sin embargo, puede haber diferencias por sexo en el tiempo de espera ante una demanda de atención médica.
- El desarrollo y uso de indicadores apropiados es una medida y no un fin.
- La elección de indicadores no es neutral. En toda elección existe implícito, aunque sea en una parte mínima, el criterio y la perspectiva de quien investiga.

A la luz de estos criterios, se comprende que los indicadores de salud con sensibilidad de género deben ser representativos de las principales dimensiones de la salud y de sus determinantes, en los que se expresan las desigualdades de género identificadas por los acuerdos nacionales e internacionales. Igualmente, deben reflejar la situación actual, con la información y estadísticas más recientes.

Todo ello implica considerar si las diferencias, pero sobre todo las desigualdades por sexo en los indicadores de salud y sus determinantes, se deben o no a diferencias de género relacionadas con:

- La división sexual del trabajo y actividades, y de los espacios físicos ocupados.

- Normas y valores sobre las conductas de hombres y mujeres; códigos de conducta sexual y reproductiva, entre otros.
- Acceso y control de los recursos (institucionales, materiales, dinero, tiempo, información, prestigio, redes sociales, autoestima).
- Poder para la toma de decisiones y control sobre su propio cuerpo y vida.

Los indicadores de salud con sensibilidad de género deben ser representativos de las principales dimensiones de la salud y de sus determinantes, en los que se expresan las desigualdades de género identificadas por los acuerdos nacionales e internacionales.

2.1.4. Factores relevantes para proporcionar enfoque de género

Existe una doble estrategia para construir los indicadores con enfoque de género que se necesitan. Por un lado, la aproximación “de arriba-abajo”, que promueva tanto como sea posible, la perspectiva de género en las colecciones estadísticas en el ámbito nacional e internacional (UE), para tener datos normalizados y comparables. Esto se puede llevar a cabo aportando la perspectiva de género a los procesos ya existentes de recolección de datos estadístico. Y por otro lado, la aproximación “de abajo-arriba”, explotando datos existentes en el ámbito nacional para desarrollar los indicadores con perspectiva de género que se necesitan.

Las estadísticas son herramientas “de rastreo” de la realidad social, por lo que se deben usar mediciones directas o indirectas de aspectos diversos de la misma tanto de los hombres como de las mujeres. Además, deben proporcionar información valiosa para evaluar las medidas políticas o detectar problemas sociales que precisan intervención de esta misma índole.

Quizás lo más relevante para dar el enfoque de género a los indicadores y las estadísticas de salud sea la generación para su uso de nuevos indicadores y estadísticas en aquellas dimensiones de la salud en donde suceden las diferencias entre ambos sexos (o existe mayor probabilidad de que sucedan). Por ejemplo, las estadísticas y los indicadores de consecuencias sociales y

económicas de los problemas de salud, o las estadísticas y los indicadores de acceso a diagnósticos y tratamientos apropiados.

En las estadísticas deben ser incluidas variables adicionales mediante las cuales generar los datos del indicador. En este sentido, y en primer lugar, la elección de la variable debe basarse en el análisis de los factores de género que con probabilidad pueden repercutir en la dimensión de salud. Por ejemplo, la tasa de mortalidad por sexo por causa de muerte (¿fue una causa prevenible?). En segundo lugar, se debe preguntar a los dos sexos su opinión sobre todas las cuestiones. Por ejemplo, la Tasa de anticonceptivos en hombres y mujeres. En tercer lugar, también se debería desarrollar nuevos indicadores para ser utilizados con otros ya existentes, basados en la misma fuente de información. Por ejemplo, un indicador es la Proporción de mujeres embarazadas sero+ para sífilis, y un indicador modificado sería la Proporción de mujeres embarazadas sero+ a sífilis que informan que sus parejas tienen síntomas.

Además, existen una serie de criterios de trabajo generales que responden a la selección, construcción, identificación y presentación de indicadores con enfoque de género:

1. El uso de indicadores con sensibilidad de género debe considerar **la comparación con una norma**. Por ejemplo: la situación de los hombres en el mismo país o de las mujeres en otros países. De esta forma el indicador puede enfocarse a cuestiones de igualdad de género y equidad más que solo en el estatus de las mujeres.
2. Los datos deberían estar **desagregados** por sexo. Cuanto sea posible, los indicadores de ámbito nacional deberían también estar desagregados por edad, nivel socioeconómico, origen nacional y/o regional, período de tiempo y cobertura geográfica. Además se debe conocer la fuente de datos.
3. Los datos deberían ser de **fácil uso y comprensión**. Los indicadores deberían ser redactados en un lenguaje de fácil comprensión, y deberían estar desarrollados para facilitar la toma de decisiones institucional.

4. Los indicadores deberían estar disponibles para todo el país, su **rango de disponibilidad** debe ser nacional.
5. Los datos deberían ser relativamente **consistentes**. Y dado que ningún dato es absolutamente consistente se debe chequear su consistencia. Por ejemplo, se debería comprobar la validez de los hallazgos del censo comparándolos con los hallazgos de estudios a nivel micro.
6. Los indicadores deberían ser sobre algo que se pueda medir. Conceptos tales como empoderamiento de las mujeres o equidad de género pueden ser difíciles de definir y medir. En estos casos pueden ser usados indicadores “proxy” aunque sea de conceptos menos específicos. Por ejemplo, utilizando la capacidad de libre elección de las mujeres al acceso a los servicios sanitarios o a la educación. Esta propiedad se conoce como **capacidad de medición**.
7. Los indicadores con sensibilidad de género deben ser suficientemente consistentes para ser utilizados en series temporales. Su **marco temporal** debería ser amplio.
8. Los indicadores con sensibilidad de género deberían ser comunes a otros países, por lo que deben ser recogidos utilizando definiciones aceptadas internacionalmente. Mientras que las definiciones son en ocasiones imprecisas, son el mejor término disponible y permite las **comparaciones internacionales**.
9. Los indicadores deberían ser, siempre que sea posible, **medidas de resultados o impacto** de una situación más que de un “input”. Por ejemplo: las tasas de mortalidad de las mujeres son mejor medida de acceso a los servicios sanitarios que el estado de salud de las mujeres.
10. Conviene usar y desarrollar indicadores de la manera **más participativa posible**. Esto supone desarrollar comités gubernamentales entre ministerios pero también mantener reuniones con grupos focales, con el público y permitiendo la aparición de la opinión de hombres y mujeres siempre que sea posible.

En definitiva, aunque centrarse en estadísticas (como es el caso de esta guía) no tiene el porqué responder al análisis de los indicadores desde el enfoque de género, hablar de indicadores con esta perspectiva tiene beneficios. Por

ejemplo, a modo de ejemplo, ilustra la aplicación de la perspectiva de género en las herramientas estadísticas, también ayuda a comprender los elementos que contienen las estadísticas y sus implicaciones en la medición de la realidad social e, igualmente, muestra algunos de los factores más importantes a tener en cuenta en los estudios de salud desde la perspectiva de género como es la división sexual del trabajo.

2.2. ESTADÍSTICAS DE SALUD Y DE GÉNERO

2.2.1. Introducción

La Plataforma de Acción de la CUARTA CONFERENCIA MUNDIAL DE LA MUJER, BEIJING, CHINA, 1995; plantea en su Objetivo estratégico H.3. **Generar y difundir datos desagregados por sexo e información ara la planificación y evaluación.** Entre las Acciones que deben ir dirigidas a los servicios estadísticos nacionales, regionales y agencias de la ONU, en cooperación con instituciones de investigación y documentación, en sus respectivas áreas, enumera:

1. Asegurar que las estadísticas relacionadas con los individuos se recolecten, se procesen, se analicen y se presenten desagregadas por sexo y edad a la vez que reflejen los problemas, asuntos y materias relacionadas con las mujeres y los hombres en la sociedad.
2. Recolectar, procesar, analizar y presentar periódicamente bases de datos desagregados por edad, sexo, nivel socioeconómico y otros indicadores relevantes, incluyendo número de dependientes, para su utilización en el diseño e implementación de políticas y programas.
3. Involucrar a los centros de estudios de la mujer y a las instituciones de investigación en el desarrollo y prueba de indicadores apropiados y metodologías de investigación para reforzar los análisis de género, así como

en el seguimiento de la implementación de las metas de la Plataforma de acción.

4. Destinar personal para reforzar los programas de estadísticas de género y asegurar su coordinación, monitoreo y cobertura en todos los campos del trabajo estadístico, y para preparar productos estadísticos que integren datos de las distintas áreas temáticas.

5. Mejorar la recolección de datos sobre la contribución plena de las mujeres y los hombres a la economía, incluyendo su participación en el sector informal.

El impulso tanto internacional como nacional de las estadísticas con enfoque de género se debe a la Conferencia de Beijing en 1995.

6. Desarrollar un conocimiento más comprehensivo de todas las formas de trabajo y empleo:

i) mejorando la recolección de datos sobre el trabajo no remunerado y otros tipos de actividades de producción cuyo destino no es el mercado; ii) Mejorando las formas de medición actuales que subestiman el desempleo y subempleo femeninos en el mercado laboral; y iii) reconociendo la contribución económica de las mujeres y haciendo visible la desigual distribución del trabajo remunerado y no remunerado entre mujeres y hombres mediante el desarrollo de métodos para calcular el valor del trabajo no remunerado.

7. Desarrollar una clasificación internacional de actividades para las estadísticas de uso del tiempo que considere las diferencias entre mujeres y hombres en el trabajo remunerado y recoger los respectivos datos, desagregados por sexo. A nivel nacional, dependiendo de las restricciones nacionales: i) realizar estudios periódicos de uso del tiempo para medir el trabajo no remunerado, registrando incluso las actividades que se llevan a cabo simultáneamente con otras, sean estas últimas remuneradas o no; ii) medir el trabajo no remunerado y mejorar los métodos para reflejar con precisión su valor.

8. Mejorar conceptos y métodos de recolección de datos para la medición de la pobreza entre mujeres y hombres, incluyendo su acceso a los recursos.

9. Reforzar los sistemas de estadísticas vitales e incorporar análisis de género en las publicaciones así como en la investigación; priorizar las diferencias de género tanto en los diseños de investigación como en la recolección de datos para mejorar las estadísticas de morbilidad; mejorar la recolección de datos sobre el acceso a los servicios de salud, incluyendo el acceso a atención de salud sobre sexualidad y reproducción, sobre el cuidado maternal y la planificación familiar, con prioridad especial en el caso de las madres adolescentes y el cuidado de los mayores.

10. Desarrollar mejor información desagregada por sexo y por edades, sobre las víctimas y agresores de todas las formas de violencia contra las mujeres, tales como violencia doméstica, acoso sexual, violación, incesto y abuso sexual, sobre el tráfico de mujeres y niñas y sobre la violencia ejercida por los agentes del Estado.

11. Mejorar los conceptos y métodos de recolección de datos sobre la participación de las mujeres y hombres con discapacidades, incluyendo su acceso a los recursos.

Respecto al ámbito institucional nacional, la Dirección General de Salud Pública publicó el 20 de febrero de 2004 un apartado de Género y Salud en el que se explicita dentro de la Declaración de Madrid unas recomendaciones sobre la recogida de Información e Investigación¹.

En concreto, se menciona que los países miembros y la OMS deben **revisar los sistemas de recogida de datos para que incluyan información desagregada por sexo** cuando esta no exista. La información desagregada por sexo sirve para identificar si existen diferencias por sexo en áreas específicas de la salud.

¹ http://www.msc.es/Diseno/proteccionSalud/proteccion_todos_ciudadanos.htm

También se menciona que la OMS debe desarrollar indicadores que sean sensibles al género que ayuden a comprender si las diferencias de salud entre las mujeres y los hombres se deben a diferencias o a la falta de equidad de género.

Además, se especifica que los Estados miembros, organismos intergubernamentales, y organizaciones no gubernamentales deberán utilizar el análisis de género para examinar las diferencias y disparidades en los roles que desempeñan las mujeres y los hombres, el desequilibrio de poder existente en sus relaciones, sus diferentes necesidades, las oportunidades y limitaciones a las que tienen que enfrentarse, y cómo éstas determinan diferencias en su exposición a factores de riesgo, en los síntomas, en la gravedad y frecuencia de las enfermedades, en las consecuencias sociales y culturales de la enfermedad y como se crean desigualdades en el acceso a las tecnologías, la información, los recursos y la atención sanitaria.

Por último, se apunta que los Estados miembros y la OMS deberán incluir la perspectiva de género como uno de los criterios para la financiación de cualquier investigación relevante. Esto conlleva establecer directrices y llevar a cabo programas de formación sobre género y salud dirigidos a las personas que investigan y a quienes evalúen las propuestas de investigación.

El marco oportuno para plantear los anteriores objetivos en España es el Plan Estadístico con periodicidad anual. El Plan Estadístico no garantiza la satisfacción de los anteriores objetivos pero sí la financiación de los estudios planteados en el mismo.

2.2.2. Estadísticas del plan nacional

El viernes 14 de enero de 2005, se publicó en el Boletín Oficial del Estado el Plan Estadístico Nacional 2005-2008. En este plan se incluyen todas las estadísticas y trabajos concretos de recogida de

información por temas y, por tanto, las previsiones necesarias para los Presupuestos Generales del Estado. Las estadísticas aprobadas y recogidas en el Plan son siempre de cumplimentación obligatoria para la población española. Concretamente, en enero fue publicado el programa anual para el 2005².

El Plan Nacional ordena las diferentes estadísticas en 25 grupos:

1. Agricultura, ganadería, servicultura, caza, pesca, piscicultura de agua dulce
2. Pesca marítima
3. Extracción de productos energéticos y energía general
4. Minería e industria, captación y distribución de agua, recuperación
5. Construcción y vivienda
6. Comercio interior y exterior, reparaciones
7. Transporte y actividades conexas, comunicaciones
8. Hostelería y turismo
9. Cultura, Deporte y Ocio
10. Educación
11. Investigación y desarrollo tecnológico
12. Salud
13. Protección social y servicios sociales
14. Seguridad
15. Justicia
16. Demografía y Población
17. Trabajo, Ingresos y costes salariales
18. Nivel, calidad y condiciones de vida
19. Medio ambiente
20. Financieras, monetarias y seguros
21. Administraciones públicas, actividad política y asociaciones
22. Cuentas económicas

(continúa)

²http://www.ine.es/prodyser/catalogo/resena_pen0508.htm;
<http://www.ine.es/normativa/leyes/legplan.htm>

- 23. Estadísticas de empresas y unidades de producción no referidas a sectores particulares
- 24. Estadísticas no desglosables por sector y tema
- 25. Normalización y metodología general

El grupo de salud incluye 19 operaciones estadísticas que dependen del Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC) y del instituto Nacional de Estadística (INE) (ver cuadro 4).

Si se hace balance del plan nacional se puede destacar dos cuestiones: Por un lado, de todos los temas del Plan Estadístico Nacional, y como es de esperar, no existe ninguno especializado en género, con la excepción de “Hombres y Mujeres en España” dentro del tema “Nivel, calidad y condiciones de vida”.

De hecho, este enfoque debe estar incluido en cada una de las estadísticas anteriores. Por ejemplo, los “Indicadores de Salud 21” del Programa regional europeo atienden a los objetivos de desigualdades en salud de la OMS. Esta institución pide que los mismos sean sensibles al género, bajo dos aproximaciones: 1. proporcionar datos desagregados por sexo y 2. Realizar un análisis de género en el Informe Europeo sobre la Salud³.

Otro ejemplo de intento del INE de incluir el género dentro de su campo de acción es el proyecto de publicación anual “Mujeres y Hombres en España” dentro del tema “Nivel, calidad y condiciones de vida”. Aunque a finales de 2005 aún no se ha publicado. Se trata de introducir la perspectiva de género en toda la información estadística que refleje adecuadamente la situación de mujeres y hombres en todas las áreas sociales y políticas. Se refiere, por tanto, a todos los aspectos de cómo se interrelacionan mujeres y hombres, sus diferencias en el acceso y uso de los recursos, sus

Las estadísticas deben recoger sistemáticamente información para los dos sexos, presentar esta información desagregada por sexo, contener temas relevantes desde la perspectiva de género y no incurrir en sesgos de género.

³ http://www.msc.es/Diseno/sns/sns_sistemas_informacion.htm

actividades y como reaccionan a cambios, intervenciones y políticas.

Un último aspecto relevante está relacionado con el hecho de que las estadísticas que se incluyen en el apartado de salud no recogen exhaustivamente todos aquellos determinantes sociales que influyen en las mismas. Esta observación también era de esperar pues por determinantes se pueden comprender cualquier tema de los que agrupan las estadísticas del Plan nacional. En este sentido, la Encuesta Nacional de Salud es una estadística de salud pero también puede ser considerada como tal la Encuesta de Población Activa, los Indicadores de Precios del Sector Comercio o la de los Indicadores de Desarrollo Sostenible, por poner algunos ejemplos. Por este motivo, esta guía no se centra exclusivamente en estadísticas clasificadas dentro de salud según el plan nacional.

2.2.3. Estadísticas del Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC), y datos alojados en el portal del Instituto Nacional de Estadística (INE)

Las anteriores estadísticas dependen de dos organismos: el Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC) y el Instituto Nacional de Estadística (INE). Si se accede al portal estos dos organismos se puede comprobar que hay más estudios alojados en ellos.

En relación con el MSC, el Sistema Nacional de Salud cuenta con el **Instituto de Información Sanitaria**⁴ el cual contiene estadísticas sanitarias, estadísticas del Ministerio de Sanidad y Consumo, y de las CC.AA. Informes y recopilaciones. La página web del MSC es una fuente esencial de estadísticas, informes y recursos para la investigación. En la misma se encuentran otras estadísticas y registros agrupados por temas tales como: medio ambiente, condiciones y calidad de vida, personal, recursos y actividad del sistema sanitario e información sobre los medicamentos.

⁴ http://www.msc.es/Diseno/sns/sns_sistemas_informacion.htm

CUADRO 2: OPERACIONES ESTADÍSTICAS RELACIONADAS CON SALUD SEGÚN EL PLAN NACIONAL DE ESTADÍSTICA 2005

Operaciones estadísticas	Organismo responsable	Descripción	Localización de la información	Sexo*
Sistema de información de Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud	Servicio responsable: Ministerio de Sanidad y Consumo - Secretaría General de Sanidad Unidad ejecutora: Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud - Instituto de Información Sanitaria Participación de otros organismos: CC. AA. (todas), Ingesa, MUFACE, MUGEJU, ISFAS	Información administrativa y de gestión del 2005 e información cuantitativa y oferta de servicios de 2004	Datos de los años 2004 y 2005 alojados en la página del MSC http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/siap.htm	NO
Encuesta de Morbilidad Hospitalaria	Servicio responsable: Instituto Nacional de Estadística Unidad ejecutora: D.G. de Productos Estadísticos - S.D.G. de Estadísticas y Análisis Sociales Participación de otros organismos: C. A. (Departamento de Salud de la Generalidad de Cataluña), MD	Datos de salud, sanitarios y socio-demográficos relevantes sobre las personas enfermas que han ingresado.	Datos desde 1994 y datos europeos desde 1992 alojados en la página del INEbase. http://www.ine.es/inebase/cgi/um?M=%2Ft15%2Fp414&O=inebase&N=&L= Página del MSC: http://cne.isciii.es/htdocs/mortal/mortal2001/entrada_emh2001.htm	SI
Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado	Servicio responsable: Ministerio de Sanidad y Consumo - Secretaría General de Sanidad Unidad ejecutora: Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud - Instituto de Información Sanitaria Participación de otros organismos: CC. AA. (todas), MD, INE	Información sobre la actividad asistencial, recursos humanos y régimen económico en los que son atendidos.	Datos de 1995 alojados en la página del INEbase (http://www.ine.es/inebase/cgi/um?M=%2Ft15%2Fp123&O=inebase&N=&L=) y a partir de 1996 alojados en la página del MSC. http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/estHospilInternado/inforAnual/anteriores.htm	NO

* ESTRATIFICA la información por SEXO en su presentación digital

Operaciones estadísticas	Organismo responsable	Descripción	Localización de la información	Sexo*
Explotación Estadística del Conjunto Mínimo Básico de Datos Hospitalarios	Servicio responsable: Ministerio de Sanidad y Consumo - Secretaría General de Sanidad Unidad ejecutora: Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud - Instituto de Información Sanitaria Participación de otros organismos: CC. AA. (todas), Ingesa	Registro de altas y estancias medias de los hospitales. Es uno de los diez recursos más solicitados al MSC.	Datos desde el año 2003 alojados en la página del MSC. http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/cmbd.htm	NO
Enfermedades de Declaración Obligatoria	Servicio responsable: Ministerio de Sanidad y Consumo - Instituto de Salud Carlos III Unidad ejecutora: Instituto de Salud Carlos III - Centro Nacional de Epidemiología Participación de otros organismos: Direcciones generales de Salud Pública de todas las CC. AA.	Datos sobre el número de casos de enfermedades transmisibles.	Datos desde 1986 y series europeas desde 1991 alojados en la página del INEbase. http://www.ine.es/inebase/cgi/um?M=%2Ft15%2Fp063&O=inebase&N=&L= Datos desde 1997 hasta 2005 alojados en la página del MSC/ISCI III http://www.isciii.es/jsps/centros/epidemiologia/seriesTemporalesAnuales.jsp	NO
Estadística estatal del SIDA	Servicio responsable: Ministerio de Sanidad y Consumo - Instituto de Salud Carlos III Unidad ejecutora: Instituto de Salud Carlos III - Centro Nacional de Epidemiología Participación de otros organismos: Direcciones generales de Salud Pública de todas las CC. AA.	Información sobre el número de casos y conductas de riesgo.	Datos del 2006 y desde 1992 en series europeas alojados en la página del INEbase http://www.ine.es/inebase/cgi/um?M=%2Ft15%2Fa043&O=inebase&N=&L= Datos desde 2005 alojados en la página del MSC http://www.isciii.es/htdocs/centros/epidemiologia/epi_sida.jsp	SI

* ESTRATIFICA la información por SEXO en su presentación digital

Operaciones estadísticas	Organismo responsable	Descripción	Localización de la información	Sexo*
Estadística Estatal de Encefalopatías Espongiformes Transmisibles Humanas	Servicio responsable: Ministerio de Sanidad y Consumo - Instituto de Salud Carlos III Unidad ejecutora: Instituto de Salud Carlos III - Centro Nacional de Epidemiología Participación de otros organismos: Direcciones generales de Salud Pública de todas las CC. AA.	Conocimiento del número de afectados por las distintas formas de esta enfermedad.	Datos desde el año 1993 alojados en la página del MSC, datos europeos desde el año 1987 (OIE, Oficina Internacional de Epizootias) alojados también en la página del MSC http://www.isciii.es/htdocs/centros/epidemiologia/epidemiologia_listado_ecj.jsp	NO
Defunciones según la Causa de Muerte	Servicio responsable: Instituto Nacional de Estadística Unidad ejecutora: D.G. de Productos Estadísticos - S.D.G. de Estadísticas y Análisis Sociales Participación de otros organismos: CC. AA. (todas), Registros Civiles (MJ)	Datos sociodemográficos y número de fallecimientos por motivo de la muerte recogido en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE).	Datos alojados desde 1980 en el INEbase. http://www.ine.es/inebase/cgi/um?M=%2Ft15%2Fp417&O=inebase&N=&L=0 Datos Europeos alojados en el INEbase desde el año 1994 http://www.ine.es/inebase/cgi/um?M=%2Ft15%2Fp417&O=inebase&N=&L=0 Datos alojados desde el año 1981 alojados en la página del MSC http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/mortalidad/seriesTablas.htm	SI
Observatorio Español sobre Drogas	Servicio responsable: Ministerio de Sanidad y Consumo - Secretaría General de Sanidad Unidad ejecutora: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas - Unidad de Sistemas de Información y Documentación Participación de otros organismos: Departamentos de drogas de todos los Gobiernos autonómicos	Datos sobre la evolución temporal del consumo de opiáceos y cocaína.	Datos alojados en la página MSC desde el año 1995 http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/estudios/home.htm Datos europeos desde el 1995 alojados en la página del MSC http://ar2005.emcdda.europa.eu/es/page088-es.html	NO

* ESTRATIFICA la información por SEXO en su presentación digital

Operaciones estadísticas	Organismo responsable	Descripción	Localización de la información	Sexo *
Encuesta Nacional de Salud	<p>Servicio responsable: Ministerio de Sanidad y Consumo - Secretaría General de Sanidad</p> <p>Unidad ejecutora: Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud - Instituto de Información Sanitaria</p> <p>Participación de otros organismos: INE</p>	<p>Información sobre el estado de salud percibido, hábitos de vida, accidentalidad y utilización de servicios sanitarios.</p>	<p>Las ediciones de los años 93, 95, 97 y 2001 encuentran en el MSC. http://www.msc.es/estadEstudios/estadistica/encuestaNacional/home.htm La edición del 2003 y series europeas desde 1996 están alojadas en el INE. http://www.ine.es/inebase/cgi/um?M=%2Ft15%2Fp419&O=inebase&N=&L=</p>	SI
Interrupciones Voluntarias del Embarazo	<p>Servicio responsable: Ministerio de Sanidad y Consumo - Secretaría General de Sanidad</p> <p>Unidad ejecutora: D.G. de Salud Pública - S.D.G. de Promoción de la Salud y Epidemiología</p> <p>Participación de otros organismos: CC. AA.</p>	<p>Características sociodemográficas y condiciones en las que se realizan tales interrupciones tanto de la población como de los centros.</p>	<p>Datos alojados en la página del INEbase bajo el título "otros aspectos relacionados con la salud" desde 1991. http://www.ine.es/inebase/cgi/um?M=%2Ft15%2Fa044%2Fa1998%2F&O=pcaxis&N=&L=0 También se encuentran alojados en la página del MSC http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/home.htm#datos</p>	No procede

* ESTRATIFICA la información por SEXO en su presentación digital

Operaciones estadísticas	Organismo responsable	Descripción	Localización de la información	Sexo *
Programa de Lesiones: Red de Accidentes Domésticos y de Ocio	Servicio responsable: Ministerio de Sanidad y Consumo - Subsecretaría de Sanidad y Consumo Unidad ejecutora: D.G. de Consumo y Atención al Ciudadano - Instituto Nacional del Consumo Participación de otros organismos: No	Cuantificación e incidencia sociodemográfica de las lesiones, especialmente las provocadas por accidentes domésticos y de ocio según el MSC.	Información desde el año 2001 alojada en la página del MSC/INC (Instituto nacional de consumo) http://www.consumo-inc.es/informes/interior/estudios/frame/PDF/ Información sólo de 2004 alojada en la página del MSC. http://www.consumo-inc.es/informes/interior/estudios/frame/PDF/DADO_2004.pdf	SI
Consumo Farmacéutico en el Sistema Nacional de Salud	Servicio responsable: Ministerio de Sanidad y Consumo - Subsecretaría de Sanidad y Consumo Unidad ejecutora: D.G. de Farmacia y Productos Sanitarios - S.D.G. de Calidad de Medicamentos y Productos Sanitarios Participación de otros organismos: Servicios de salud de todas las CC. AA., Ingesa	Información sobre medicamentos prescritos y dispensados a través de receta oficial.	La información desde el año 2004 se encuentra alojada en la página del MSC http://www.msc.es/profesionales/farmacia/datos/home.htm	NO
Indicadores Hospitalarios	Servicio responsable: Instituto Nacional de Estadística Unidad ejecutora: D.G. de Productos Estadísticos - S.D.G. de Estadísticas y Análisis Sociales Participación de otros organismos: MSC	Información sobre la actividad asistencial, recursos humanos e infraestructuras hospitalarias. Pretende completar la información de la estadística "Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado".	Datos desde 1995 y series europeas desde 1993 alojados en el INEbase. http://www.ine.es/inebase/cgi/um?M=%2Ft15%2Fp415&O=inebase	NO

* ESTRATIFICA la información por SEXO en su presentación digital

Operaciones estadísticas	Organismo responsable	Descripción	Localización de la información	Sexo *
Indicadores de Salud	Servicio responsable: Ministerio de Sanidad y Consumo - Secretaría General de Sanidad Unidad ejecutora: Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud - Instituto de Información Sanitaria Participación de otros organismos: No	Evaluación del estado de salud de la nación y de la eliminación de formas de desigualdad en salud	Datos alojados en la página del MSC desde el año 1960 http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/indicadoresSalud.htm Es uno de los 10 productos más solicitados.	SI Pero los Indicadores de salud de las mujeres están centrados en salud sexual y reproductiva.
Barómetro Sanitario	Servicio responsable: Ministerio de Sanidad y Consumo - Secretaría General de Sanidad Unidad ejecutora: Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud - Instituto de Información Sanitaria Participación de otros organismos: Centro de Investigaciones Sociológicas (MP)	Percepción de los ciudadanos del funcionamiento del sistema sanitario.	Datos desde el año 2002 alojados en la página del MSC. http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/barometro/home.htm Datos desde 1995 alojados en la página del Centro Investigaciones Sociológicas. http://www.cis.es/cis/opencms/ES/1_encuestas/estudios/listaTematico.jsp?tema=112	NO

* ESTRATIFICA la información por SEXO en su presentación digital

CUADRO 3: OTRAS ESTADÍSTICAS A DESTACAR NO INCLUIDAS EN EL PLAN NACIONAL

Operaciones estadísticas	Organismo responsable	Descripción	Localización de la información	Sexo *
Esperanza de Vida Libre de Incapacidad	Ministerio de Sanidad y Consumo	Recoge datos de mortalidad procedentes de la tabla de vida y datos de prevalencia de algún tipo de medida relacionada con la salud.	Datos alojados en la página del MSC. (año 2000) http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/indicadoresSalud.htm	SI
			Comparación con Países de UE de 1995 a 2003. http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/informeEVLI.pdf	NO
Atlas de Sanidad Española	Contiene un repaso a los 25 años de Constitución y Salud con información gráfica en forma de mapas sobre la situación actual de la salud y los servicios sanitarios y unos breves comentarios a La ley de Cohesión y Calidad, primera gran ley sanitaria del siglo XXI. Su planificación y diseño ha sido coordinado por el Instituto de Información Sanitaria. Participan las comunidades autónomas.	Recopilación de los datos más relevantes para conocer el estado de salud de la población española. Incluye aspectos tales como estilos de vida, seguridad alimentaria, accidentes, situación de la salud, mortalidad, atención sanitaria, ...	Datos alojados en la página del MSC, contiene comparaciones con datos europeos. http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/atlas/atlasDatos.htm	SI, aunque no todas las variables.
Estadísticas sanitarias 1991-2000	Ministerio de Sanidad y Consumo	Recopilación de los datos sobre las estadísticas sanitarias entre los años 1991-2000	Datos alojados en la página del MSC. (desde el año 1991 hasta el 2001) http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/generales.htm	SI

* ESTRATIFICA la información por SEXO en su presentación digital

Operaciones estadísticas	Organismo responsable	Descripción	Localización de la información	Sexo *
Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Minusvalías	Servicio responsable: Instituto Nacional de Estadística	Permite, cuantificar e identificar los distintos tipos de discapacidades de la población española de acuerdo a la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM) de la OMS. Realizada en 1999.	Datos alojados en la página del MTAS (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales) http://www.seg-social.es/imsero/investigacion/i0_estec.html	SI
	Unidad ejecutora: D.G. de Productos Estadísticos - S.D.G. de Estadísticas y Análisis Sociales Participación de otros organismos: MTAS		Datos alojados en la página del INE. http://www.ine.es/prodyser/pubweb/disc_inf05/discapa_inf.htm	
Listas de espera quirúrgicas 2003-2004	Ministerio de Sanidad y Consumo	Datos sobre la situación de la lista de espera quirúrgica del 31 de diciembre de 2003	Datos alojados la página del MSC. http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Listas2.pdf	NO

* ESTRATIFICA la información por SEXO en su presentación digital

Además, recogen información sobre varios aspectos de interés tales como: el estado de salud y factores condiciones (ej. Atlas de la Sanidad en España - 1978-2003- Encuesta Mundial de Salud, Encuesta Nacional de Salud, Esperanza de vida libre de Incapacidad, Estadísticas Sanitarias España 1991-2000), actividad del Sistema Sanitario (Análisis y desarrollo de los GDR's en el SNS, Listas de espera en el SNS), Recursos económicos del Sistema Sanitario (Estadística del Gasto Sanitario Público 2002, Métodos para la evaluación económica de nuevas prestaciones, Recursos económicos del SNS), Medicamentos y otros productos sanitarios (Consumo farmacéutico por grupos terapéuticos, edad y sexo) y Expectativas y opinión mediante el Barómetro Sanitario (ver cuadro 4).

**CUADRO 4: ESTADÍSTICAS Y PRODUCTOS RELEVANTES EN EL PORTAL DEL
MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO**

1. El estado de salud y factores condicionantes:
 - ENS
 - Indicadores de Salud
 - IVE
 - Accidentes domésticos y de ocio
 - Vacunaciones
 - Drogas (procedentes del Observatorio Español)
2. Vigilancia epidemiológica
 - EDO
 - Encefalopatía espongiiforme transmisible humana
 - SIDA
 - Sistema de Información microbiológica
3. Medio ambiente
4. Condiciones y Calidad de Vida ligadas al consumo
5. Personal, recursos y actividad del sistema sanitario
 - Gasto sanitario público
 - Hospitales
 - Registros de altas hospitalarias del SNS
 - Trasplantes
 - Garantía de calidad del proceso de donación
 - Estadísticas estatales de Centros de Transfusión sanguínea
 - Entidades privadas de Aseguramiento sanitario
6. Medicamentos y otros productos sanitarios
 - Consumo farmacéutico en el SNS incluido sustancias estupefacientes y psicotrópicas (tráfico lícito)
7. Expectativas y opinión como el Barómetro sanitario.

INFORMES Y RECOPIACIONES

1. El estado de salud y factores condicionantes:
 - Atlas de la Sanidad en España (1978-2003)
 - Encuesta Mundial de Salud
 - ENS
 - Esperanza de vida libre de Incapacidad
 - Estadísticas Sanitarias España 1991-2000
 - Indicadores de Salud. Cuarta evaluación en España del Programa regional Europeo. SPT
 - Mortalidad por causa de muerte 1991-2002. España y CC.AA.
2. Actividad del Sistema Sanitario:
 - Análisis y desarrollo de los GDR's en el SNS
 - Listas de espera en el SNS
3. Recursos económicos del Sistema Sanitario
 - Estadística del Gasto Sanitario Público 2002
 - Métodos para la evaluación económica de nuevas prestaciones
 - Recursos económicos del SNS
4. Medicamentos y otros productos sanitarios
 - Consumo farmacéutico por grupos terapéuticos, edad y sexo
5. Expectativas y opinión mediante el Barómetro Sanitario.

Las principales **NOVEDADES** en este momento están relacionadas con información sobre:

1. Recursos económicos del SNS: Datos y cifras de 2005.
2. Lista de espera quirúrgica a 31/12/2004
3. CMBD. Registro de altas de los hospitales de agudos del SNS
4. Esperanza de vida libre de Incapacidad.
5. Barómetro sanitario 2004
6. ENS 2003

Siendo los **PRODUCTOS MÁS SOLICITADOS:**

CMBD. Registro de altas de los hospitales de agudos del SNS
ENS
Estadísticas de Hospitales
Centros de Salud
Estadística del Gasto Sanitario Público
Pesos de los GDR del SNS
Atlas de la Sanidad en España
Indicadores de Salud. IV evaluación en España del Programa regional Europeo SPT

En el Instituto Nacional de Estadística se dispone, además de las estadísticas listadas en el anterior epígrafe, de: los datos socio-demográficos de los profesionales sanitarios colegiados desde 1997, de la información proporcionada por la encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de

salud realizada en 1999 y, finalmente, la encuesta de salud y hábitos sexuales del 2003 (ver cuadro 5).

CUADRO 5: ESTADÍSTICAS DE “SALUD” EN INEBASE

SALUD	ÁMBITO	FUENTE	OBSERVACIONES*
Encuesta de morbilidad hospitalaria	N,C,P,UE	INE	
Estadística de indicadores hospitalarios	N,C,UE	INE	
Defunciones según la causa de muerte	N,C,P,UE	INE	
Profesionales sanitarios colegiados	N,C,P	INE	
Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud	N,C,P	INE	Año 1999
Encuesta nacional de salud	N,UE	INE/MSC	
Encuesta de salud y hábitos sexuales	N	INE/MSC	
Establecimientos sanitarios con régimen de internado	N	INE/MSC	INE hasta 1995 MSC desde 1996
Enfermedades de declaración obligatoria	N,C,P,UE	ISCIII	
SIDA	N,C,P,UE	ISCIII	
Otros aspectos relacionados con la salud	N,C,UE	MSC	

Fuente: www.ine.es *datos en INEbase

Códigos: N= Nacional, C= Comunidad Autónoma, P= Provincia, UE= Unión Europea, ISCIII= Instituto de Salud Carlos III

El **Plan de actuación del Instituto Nacional de Estadística** tiene como “objetivo informar a la sociedad sobre cuáles son y en qué consisten las estadísticas”⁵. Para el año 2005⁶ explicita que el impulso tanto internacional como nacional de las estadísticas con enfoque de género se debe a la Conferencia de Beijing en 1995. En los últimos años muchas organizaciones estadísticas nacionales han creado unidades especiales para desarrollar programas específicos encaminados a destacar temas de género en la producción general de datos estadísticos. En esta línea se enmarca el proyecto

⁵ http://www.ine.es/ine/planine/planine06_nov.pdf

⁶ <http://www.ine.es/normativa/leyes/legplan.htm>

de publicación anual *Mujeres y Hombres en España*, antes mencionado. Se trata de introducir la perspectiva de género en toda la información estadística. De esta forma, se puede visualizar las diferencias y desigualdades entre mujeres y hombres en los diferentes sectores sociales y políticos.

Uno de los principales planteamientos es que la producción y difusión de estadísticas de género atiende a datos oficiales recogidos para ambos sexos por separado. Por supuesto, también se precisa que los temas reflejen los factores definidos desde la institución del género que están afectando de forma relevante a la relación entre mujeres y hombres (por ejemplo, la violencia de género). Además, debe considerar las causas que puedan producir sesgos de género. Por último, como ya se advirtió, la producción de estadísticas de género debe cruzar de forma transversal todo el sistema estadístico y cubrir datos de diferentes fuentes y áreas estadísticas. Es el llamado *mainstreaming*.

En este sentido, al igual que existían ciertos criterios que debían cumplir los indicadores sociales, hay cuatro premisas básicas que deben cumplir las estadísticas de género:

1. Todas las estadísticas sobre individuos deben ser recogidas por sexo.
2. Todas las estadísticas sobre hogares deben ser recogidas atendiendo al sexo de la persona principal del hogar.
3. Todas las variables y características deben ser analizadas y presentadas con el sexo como clasificación principal y general.
4. Todas las estadísticas deben reflejar temas de género. Esta última premisa está ligada con la construcción y selección de los indicadores anteriormente mencionados.

Estos cuatro criterios o premisas guiarán el análisis de las estadísticas escogidas.

CAPÍTULO 3.

Las causas y consecuencias de los problemas de salud: Una propuesta para la indagación

3.1. DIFERENCIAS Y DESIGUALDADES EN SALUD ENTRE MUJERES Y HOMBRES

El enfoque social de la salud pública no implica la adopción de la perspectiva de género, al menos por ahora. Pero sin duda esta consideración social permite que el análisis de género pueda tener su lugar. Por otra parte, existe un gran salto cualitativo entre lo que tradicionalmente se entendía por “salud de la mujer” (centrado en salud sexual y materna) y los aspectos que necesitan respuestas desde la perspectiva de género aplicada en salud. Desde esta óptica, destacan una serie de ámbitos necesitados de investigación con enfoque de género (OPS, 2001).

En la columna de la derecha del esquema 4 se observan estos ámbitos necesitados de producción de conocimiento, o nuevos conocimientos específicos de la salud de las mujeres desde la perspectiva de género. En concreto, es preciso investigar sobre los procesos y las razones (cómo y porqué) por las que las mujeres son afectadas de manera distinta por diferentes tipos de **enfermedades**, para poder aplicar prevención, tratamiento y atención adecuados. Sobre las mujeres como grupo afectado por el **VIH/SIDA** en tanto que a sus parejas se les permite y valora diversos contactos sexuales, y de ellas se espera sometimiento y obediencia. Sobre las mujeres como víctimas de la **violencia** de género cuyos efectos son atribuidos a otra causa. Y sobre la capacidad de los profesionales de los servicios sanitarios

para manejar este tipo de problema. También sobre diferentes enfermedades y problemas de salud emergentes en mujeres y diferentes a los de los hombres, derivados de su incorporación al **trabajo** remunerado en ciertos sectores económicos y actividades; así como los problemas derivados de la doble y triple jornada. El ámbito de la **anticoncepción** y la planificación familiar o, dicho de otra forma, el acceso a los métodos anticonceptivos seguros y eficaces también es objeto de interés, al ser un factor de mejora de la calidad de vida de las mujeres, y no ser víctimas de su propia función reproductiva. Sobre la atención y complicaciones del **aborto**, fundamentalmente aquellos que se efectúan en la ilegalidad por ser causantes de mortalidad materna, y por estar expuestas a condiciones insalubres. En este tema destaca producir información sobre la calidad de la atención que reciben las mujeres en función de las actitudes y creencias de los profesionales sanitarios. El ámbito relacionado con el desigual **acceso a los recursos** sanitarios, pero también otros como los educativos y económicos, está necesitado de nuevos conocimientos, por ser la consecuencia más inmediata de la discriminación y exclusión de la mujer en las sociedades. Estas desigualdades pueden ser factores de riesgo para la salud. También, el relacionado con los roles históricamente adscritos a las mujeres, pues han desempeñado un rol de **agentes del cuidado** y de la salud no reconocido y escasamente estudiado. Estas funciones proporcionan salud a la persona cuidada y descarga a la sociedad de este tipo de tareas. Se debe insistir en la necesidad de medir los efectos en la salud de las mujeres y hombres que puede tener la privatización de la sanidad así como la reducción de servicios y de personal. En consecuencia, suele obviarse los efectos que las **reformas constantes en el sector sanitario** tienen sobre las mujeres, como la des-institucionalización de los cuidados a enfermos mentales. Por último, la **imagen corporal** es un ámbito de estudio en crecimiento a través del que se puede observar la construcción social de la feminidad, y aquello que se les exige a las mujeres en forma de “ideal de belleza” o “cuerpos ideales”. Estos modelos pueden inducir a hábitos no saludables y son el marco de algunas enfermedades a edades adolescentes.

Por lo tanto, las mujeres y los hombres son afectados por problemas relacionados con varias dimensiones de su salud, como la morbilidad, mortalidad, vulnerabilidad, y las percepciones acerca de la misma. También experimentan alteraciones de las conductas saludables como las preventivas y promotoras de la salud, y las curativas. Además, la respuesta del sector sanitario influye en la recuperación de la salud, tanto por su disponibilidad, como por la distancia a los mismos, su accesibilidad y calidad asistencial, por lo que es importante observar sus resultados en la salud de hombres y mujeres, sus consecuencias inmediatas (mortalidad, recuperación) y de largo plazo (discapacidad, sociales y económicas como el estigma y la pérdida de empleo).

Las diferencias y desigualdades en salud de las mujeres en comparación con los hombres o viceversa serán principalmente respecto a las anteriores dimensiones de la salud. Los determinantes de las mismas van más allá de las diferencias biológicas entre hombres y mujeres, estando relacionados con la identidad y los roles de género, los cuales a su vez están influidos por la ideología predominante en la sociedad (patriarcado y androcentrismo) y por la socialización de las normas y valores establecidos en dicha sociedad.

No está muy alejada esta perspectiva de la mantenida por el ámbito de la salud pública, el cual considera a la estructura económica, las instituciones políticas, la cultura e ideología, la ciencia y tecnología, y los medios de comunicación, como determinantes del nivel de bienestar de la sociedad, y desde los que se establecen las reglas y leyes de una comunidad, y las definiciones públicas institucionalizadas. También desde los que se estratifica a la sociedad en diferentes grupos sociales.

Las desigualdades de género relacionadas con la identidad y los roles socialmente asignados a hombres y mujeres generan desigualdades en salud entre ambos sexos.

La ideología de género históricamente ha:

+ Valorado poco o distorsionado la importancia de múltiples contribuciones de las mujeres a la producción social.

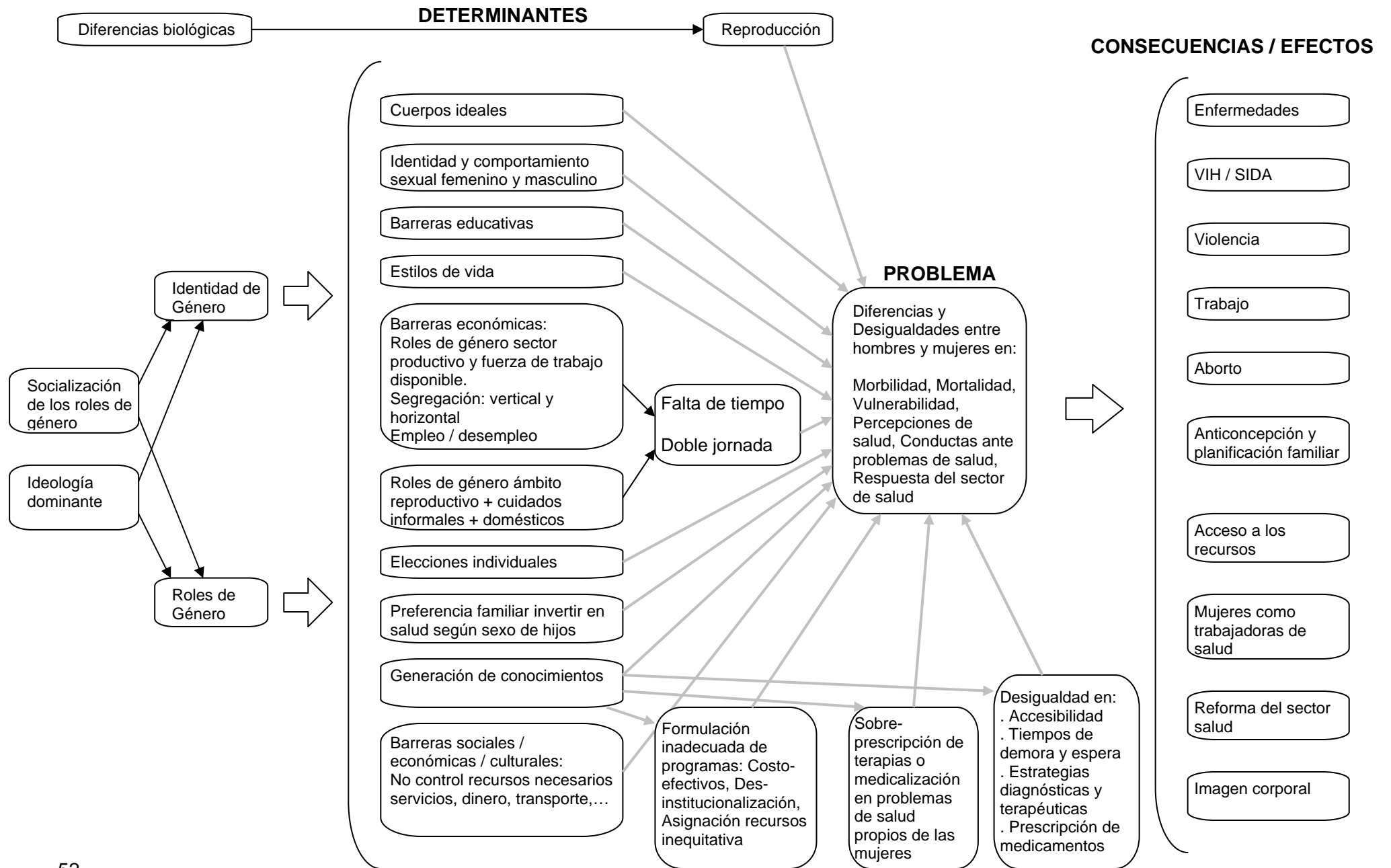
+ Trivializado la organización del trabajo doméstico.

+ Idealizado otras características como la maternidad.

+ Velado la organización social de la sexualidad y las relaciones humanas

+ Dispuesto a las mujeres como objeto de deseo masculino cuyo valor social ha venido siendo determinado por un cuerpo apropiadamente moldeado y fértil.

ESQUEMA 4: ENFOQUE DE GÉNERO EN EL ESQUEMA EXPLICATIVO DE LOS PROBLEMAS DE SALUD, SUS DETERMINANTES Y CONSECUENCIAS



3.2. DETERMINANTES DE GÉNERO EN LAS DESIGUALDADES EN SALUD

La ideología predominante –la patriarcal y androcéntrica– históricamente ha valorado poco o distorsionado la importancia de múltiples contribuciones de las mujeres a la producción social, que van más allá de la producción económica, y que son importantes factores determinantes de la salud y el bienestar social, pero también de las desigualdades de género respecto a la salud. Principalmente, se ha trivializado la organización del trabajo doméstico, el cual es productor de las mercancías y servicios fuera del mercado o de la economía monetaria. Y se han idealizado otras características como la maternidad. Además, desde la ideología de género se ha velado la organización social de la sexualidad y las relaciones humanas, que moldea y satisface el deseo y las necesidades afectivas de aceptación, aprobación, amor y autoestima. Y se ha dispuesto a las mujeres como objeto de deseo masculino cuyo valor social ha venido siendo determinado por un cuerpo apropiadamente moldeado y fértil.

Las desigualdades de poder entre hombres y mujeres producen desigualdades en salud.

Cuando las políticas no son diseñadas adecuadamente en función de las diferencias de género, tienden a perpetuar y aumentar las desigualdades históricas.

En síntesis, en las desigualdades en salud entre ambos sexos influye el que las mujeres tengan menos poder que los hombres en la mayoría de las esferas de toma de decisiones de la sociedad. Este hecho va a tener como consecuencia la desigualdad en el acceso a los recursos y a su control (institucional, material, dinero, tiempo, información, prestigio, redes sociales, autoestima). También, que las mujeres tengan menos control sobre su propio cuerpo y vida. Y además, que sean afectadas de modo distinto por las políticas y medidas legislativas, de tal forma que cuando no son diseñadas adecuadamente, en función de las diferencias de género existentes, tienden a perpetuar y aumentar las desigualdades históricas. A lo que se tiene que unir lo comentado en los anteriores párrafos. Es decir, que la construcción que la sociedad tiene hecha de las identidades (normas y valores) masculinas y femeninas influirá en las desigualdades en salud. Así

La información disponible procedente de estadísticas muestra escasamente lo que ocurre respecto a la salud en determinadas etapas vitales, y cuando se muestra tiende a: + estar restringida a ciertos grupos etáreos y geográficos, y + se limita a estudios puntuales sin perspectiva longitudinal.

como, los diferentes (y desiguales) roles y contribuciones a la sociedad de las mujeres y los hombres, y el modo de interrelación de ambos para compartir responsabilidades en la vida social y familiar.

La reducción de la visibilidad de los factores anteriores favorece las desigualdades de género en salud, por lo que es conveniente preguntarse por la existencia de fuentes de información que permitan hacer visible:

1. La realidad distinta en que se desenvuelven las vidas de hombres y mujeres.
2. La relación entre ambos.
3. Las nuevas situaciones en que se producen desigualdades en salud como consecuencia del cambio y el progreso producido en las vidas de las mujeres.

La disponibilidad de información para la toma de decisiones que influyan en la salud se encuentra en desventaja en comparación con otros sectores como el de la educación y el empleo, pues sobre la situación y tendencias en estos sectores se produce información rutinaria recabada en censos y encuestas periódicas realizadas por el Instituto Nacional de Estadística. El análisis de la salud muestra escasamente lo que ocurre en determinadas etapas vitales, y cuando se muestra tiende a restringirse a ciertos grupos de edad y geográficos, y se limita a estudios puntuales que no dan lugar a la identificación a lo largo del tiempo.

Ante este marco, se trata de ordenar tanto las diferencias entre mujeres y hombres que generan diferencias en salud como las desigualdades sociales que generan desigualdades en salud. De esta forma, se obtiene un mapa sencillo y completo del tipo de información precisa para comprender la posición de las mujeres y hombres en términos de salud. Este mapa es útil para ordenar los factores que intervienen en un análisis desde la perspectiva de género, lo que permitirá comprender mejor (así como ilustrar) qué es el enfoque de género. Con tal fin, se comienza con la exposición de las principales

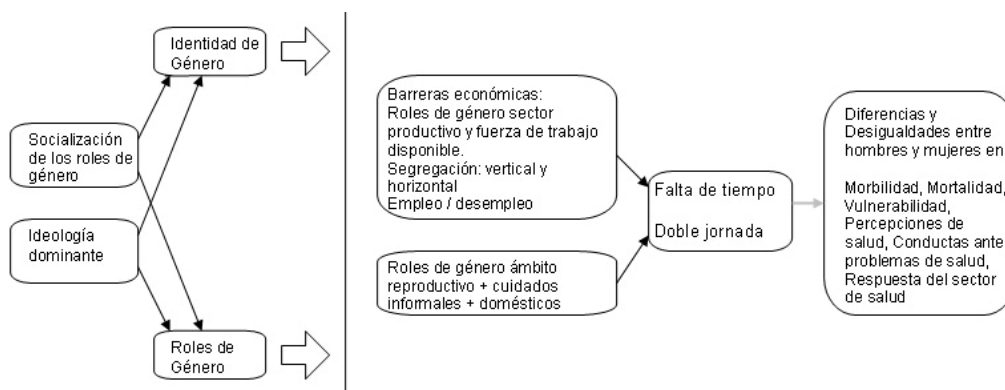
desigualdades en salud entre hombres y mujeres. Tales desigualdades son la clave para, junto con el marco que proporciona la teoría del género y los diversos feminismos, identificar los determinantes sociales de los problemas de salud desde el enfoque de género.

Los cambios sociales de género que se han producido desde la década de los 70, tanto en relación a los patrones de empleo, a la educación, a la familia, y estructura del hogar, al consumo y ocio social e individual de hombres y mujeres, han impactado en la agenda política y han sido objeto de interés académico desde mitad de los 80. Muchos de estos cambios han sido masivos y complejos, y son objeto de diversas explicaciones.

A continuación se muestran los determinantes y efectos de los problemas de salud analizados desde un enfoque de género. Del mismo se explicarán algunos de estos determinantes, en concreto, aquellos relacionados con el trabajo y el empleo, los relacionados con la educación y los relacionados con la familia, a modo de tres relevantes dimensiones para comprender las desigualdades de género.

3.2.1. Cambios en el trabajo y el empleo

La conceptualización de las mujeres en el ámbito laboral es importante en la investigación sobre estado de salud y género, la cual ha sido el nexo de unión entre empleo y salud. Históricamente se entendía que los trabajadores eran hombres. También, se asumía que el trabajo se relacionaba con la identidad masculina y femenina, en la medida que se asignaba y aceptaba que el trabajo de fuerza era propio de los hombres mientras que el de las mujeres se relacionaba más con tareas de apoyo social. Paralelamente, había la propensión a ver a las mujeres en **roles domésticos** y a interpretar su posición en el mercado de trabajo como secundaria a la doméstica. El concepto trabajo por lo tanto está íntimamente ligado al de género desde el momento que se asume una organización particular de la vida doméstica y de la producción social. Esta organización particular atiende a lo que con anterioridad se ha nombrado como división sexual del trabajo.



Así el esquema adjunto trata de ilustrar esta división sexual del trabajo a través de los roles sociales de género. En concreto, quedarían representados en dos cuadros: barreras económicas y roles de género de ámbito reproductivo. Las barreras económicas, a su vez, representan la parte productiva del trabajo.

Con estas dos esferas (la productiva y la reproductiva) emergen tres tipos de situaciones: las desigualdades detectadas dentro del ámbito productivo que pueden afectar a las desigualdades en salud; las detectadas dentro de lo doméstico, como consecuencia de los roles diferenciados en el hogar; y las detectadas como fruto de la interacción de ambos escenarios (ejemplo: situaciones de doble jornada) que sobrecarga a las mujeres en su vida cotidiana.

En todo este proceso se debe entender que los roles sexuales son aprehendidos por las personas a través de dos procedimientos: por un lado, se tratan de roles adscritos, es decir, las tareas sociales ya están definidas con anterioridad al nacimiento de cada persona. En razón del sexo del bebé la sociedad esperará de él o de ella ciertas conductas. Así, las tareas adscritas se definen de acuerdo con la ideología dominante que, en las sociedades patriarcales es androcéntrica. Sin embargo, estos roles que ciertamente vienen impuestos por la norma social serán asimilados junto con otras

Los roles sexuales son aprehendidos por las personas a través de dos procedimientos:
+ roles adscritos socialmente con anterioridad al nacimiento en razón del sexo.
+ Asimilación durante el proceso de socialización.

Los principales entornos generadores de desigualdades en salud de los que se debería conseguir información son:
+ El productivo remunerado.
+ El doméstico, como consecuencia de los roles diferenciados en el hogar; y
+ Fruto de la interacción de ambos escenarios.

normas sociales en el proceso de socialización. Este proceso es fundamental para que todos/as conozcamos las “reglas del juego”.

De hecho, en la propuesta de indagación ilustrada en el esquema 4 se destacan estos dos componentes (ideología dominante y socialización) como dimensiones que actúan entre bastidores moviendo los hilos de aquello que sí es susceptible de ser medido, es decir, en el caso que aquí ocupa: las barreras sociales y los roles dentro del hogar. En consecuencia, y a continuación, se explicará con mayor detalle el escenario del empleo y los conceptos que éste incluye (ejemplo: segregación vertical y horizontal) prestando especial atención a los cambios en la investigación producidos desde la década de los 70.

Existe un **desfase temporal** entre los cambios en los patrones de género y el cambio de paradigma de producción de conocimiento.

Así, inicialmente solo se utilizaban muestras de hombres para la producción de información y conocimiento en el ámbito laboral, o bien, se extrapolaban y generalizaban los datos de los hombres a las mujeres. Incluso después del incremento significativo de mujeres trabajadoras durante la segunda guerra mundial. En los 70 comienza a producirse información referente a mujeres trabajadoras, y hacia la mitad de los 80 el péndulo cambia (al menos en países anglosajones) centrándose la producción de conocimiento solo en la salud de las mujeres y en la comparación entre ellas. No obstante, siguen seleccionándose muestras solo de hombres o solo de mujeres para producir información de cómo el trabajo afecta a unos y otras, por lo que hay poca investigación comparativa. De nuevo, esto es un reflejo de las asunciones de género que han recalado en la investigación de desigualdades en salud procedente de la ideología dominante a lo largo del tiempo y la diferenciación de género en el mercado de trabajo.

La ideología dominante, que en sociedades patriarcales es androcéntrica y la socialización, son dimensiones que actúan entre bastidores moviendo los hilos de las normas sociales y los roles dentro del hogar.

Por lo tanto, el primer problema es que aunque cambien los patrones de género pasa un tiempo hasta que se refleja en el cambio de paradigma de investigación. Así, mujeres y trabajo necesitan ser ubicados en el contexto del

incremento de la polarización económica (empleo a tiempo completo y autoempleo seguro: autoempleo inseguro, trabajo parcial involuntario y trabajo casual: trabajo marginal y desempleo), y desigualdad material que acompaña a una sociedad de mercado. En consecuencia, el primer problema surge por la existencia de un desfase temporal entre la realidad y las prioridades investigadoras.

La distribución laboral por sexo en muchos países desarrollados se caracteriza por un porcentaje mayor de empleo parcial en las mujeres que en los hombres. Además, los patrones laborales se ven afectados por el estado civil, en especial cuando se tienen hijos pequeños. Y también, que son las mujeres quienes desproporcionadamente se ven más afectadas por la flexibilización del mercado de trabajo.

No obstante, un segundo problema se relaciona con las definiciones de trabajo y empleo utilizadas, pues según cual sea variará la cifra de incremento laboral femenino. Las estadísticas que utilizan definiciones más inclusivas tienden a mostrar cifras de mujeres trabajadoras más cerca del número de hombres trabajadores.

Las estadísticas que utilizan definiciones más inclusivas tienden a mostrar cifras de mujeres trabajadoras más cerca del número de hombres trabajadores.

La tendencia hacia la igualdad en el número de trabajadores hombres y mujeres es real, en especial en determinadas áreas ocupacionales disminuyendo de esta forma la llamada **segregación horizontal**; aunque solo hay indicadores de amplios cambios en las experiencias del mercado de trabajo. Y existe escasa información sobre las nuevas formas de trabajo que se están creando, como el trabajo pagado dentro del hogar (también llamado tele-trabajo), el cual se caracteriza por la dispersión en la fuerza del trabajo en el espacio y el tiempo. Este caso (**doble carga dentro del hogar**) es un buen ejemplo de la necesidad de clarificar las consecuencias para la salud de las complejas interacciones entre género y **status** socioeconómico.

La **segregación vertical** sigue existiendo. Incluso, aunque las mujeres estén consiguiendo puestos de trabajo históricamente de hombres, lo hacen en las ocupaciones de menor categoría laboral. Mientras que cuando los hombres ocupan puestos clásicos de mujeres, son sobre-representados en los niveles de más responsabilidad.

Si se pretende examinar el balance de género en los empleos tanto los tradicionales como los nuevos es crucial observar las similitudes y diferencias por sexo en las ocupaciones, las condiciones y experiencias de trabajo. Hay que prestar especial atención a las formas por las que las diferentes identidades de género son activamente construidas en el lugar de trabajo - construcción de género por códigos de género (ropa de trabajo, acoso sexual, cultura sexual masculina) y restricciones de conocimiento y oportunidades por la exclusión de uno de los dos sexos lo que indica que las relaciones de género se construyen y están sujetas a negociaciones en el trabajo. En este sentido, el tercer problema es que se ha tendido a generar información y conocimiento sobre roles de género y experiencias en relación con trabajo y salud, pero falta información específica sobre los procesos generadores de desigualdad en el empleo y su impacto en desigualdades en salud.

Falta información de los procesos generadores de desigualdades en el empleo y su impacto en desigualdades en salud.

Persiste la controversia en la medición del estado socioeconómico de las mujeres.

Los actuales rápidos y complejos cambios sociales en las vidas de hombres y mujeres, los cuales están creando nuevas líneas de desigualdad económica, justifican la importancia de captar las desigualdades de género en el **status** socioeconómico en la línea de poder hacer comparaciones válidas entre sexos. En este sentido, el cuarto problema se deriva de la utilización de la ocupación y educación como indicadores del estado socioeconómico, pues es demasiado general. De hecho, no hay un paralelismo entre la ocupación de las mujeres y la educación, y además, el tipo de ocupación de las mujeres tiende a concentrarlas

Las estadísticas a menudo contienen medidas crudas o limitadas de trabajo pagado y no incluyen el trabajo doméstico.

El escaso número de hombres y mujeres en el mismo trabajo dificulta la estratificación de la información.

en la clase social III (clase media) de una escala entre I y V, siendo I las clases sociales mas privilegiadas y V las mas desfavorecidas.

En este sentido, uno de los principales problemas metodológicos (5º problema) sobre los que se viene discutiendo sin acuerdo es la forma de medir la clase social, si a través de la propia ocupación de la mujer con independencia de su estado civil, llamada “la aproximación individualista” o mediante la ocupación de su marido si está casada o la suya propia si vive sola, también llamada “aproximación convencional”. Es importante reflexionar acerca de la aproximación desde la que se quiere partir, pues mujeres y hombres tienen diferente relación con el mercado de trabajo por lo que es posible que la clase ocupacional sea la mejor medida de desigualdad en salud entre hombres y mujeres, pero no la mejor medida para discriminar sobre la salud de las mujeres, para la que el nivel educativo quizás sea mejor indicador.

La anterior invitación a la reflexión metodológica sobre la clase social contiene una implicación de gran interés para una guía sobre perspectiva de género. Así, se debe destacar que existen, al menos, dos tipos de análisis: aquel que compara mujeres con hombres y aquel que compara mujeres con mujeres. El primero es fundamental para detectar las diferencias y consecuencias del género en sociedades patriarcales y androcéntricas. El segundo añade otras consideraciones que fueron denunciadas a partir de la década de los 80, fundamentalmente de la mano de los “otros” feminismos, es decir, aquellos que nacen de las voces de los grupos minoritarios dentro y fuera del mundo occidental. En consecuencia, las observaciones incluidas por el *Black Feminism* y por las feministas procedentes del mundo “menos desarrollado” incluyen otros criterios de estratificación en el análisis del género, que influyen en la construcción de la teoría feminista contemporánea. Al menos dos de estos criterios deben ser incluidos en todo análisis: el grupo étnico y la clase social.

Los análisis que comparan mujeres con hombres detectan diferencias y consecuencias de género en sociedades patriarcales y androcéntricas.

Existen incongruencias entre los logros potenciales y los actuales, en especial en las mujeres, por la existencia de prácticas de exclusión directa o indirecta.

Los análisis que comparan mujeres con mujeres:
+ Hacen énfasis en la inclusión de la diversidad como categoría transversal a tener en cuenta.
+ Denuncian el exceso de generalización.
+ Proponen pensar en mujeres (plural) y no en la mujer (en singular) como categoría representante de todo el grupo.

Además, desde un enfoque de desarrollo social, estas consideraciones proporcionan la “diversidad” como categoría transversal a tener en cuenta en el estudio de las desigualdades sociales. Igualmente, mejoran los postulados de los primeros feminismos al denunciar el exceso de generalización de sus proposiciones y, así, consiguen una investigación más cautelosa que piense en mujeres (en plural) y desestime a “la mujer” (en singular) como categoría representante de todo el grupo.

La producción de nuevo conocimiento sobre trabajo, salud y género se ve afectado por un sexto problema. En concreto, el que es generado por estadísticas que a menudo contienen **medidas crudas o limitadas de trabajo pagado** (sin incluir el trabajo doméstico) y la influencia en el estado de salud del empleo o trabajo remunerado pero no otro tipo de tareas que suelen ser efectuadas por mujeres (esto sucede por ejemplo en la Encuesta Nacional de Salud). También, existen problemas con la calidad de las escalas de medición de las estadísticas. A lo que hay que sumar el séptimo problema, que se produce al pretender estratificar la información, por el escaso número de hombres y mujeres en el mismo trabajo. Es decir, para observar cómo influyen las diferentes formas que puede adoptar el género (estereotipos, relaciones sociales- roles, diferencias, desigualdades- juicios...) se precisa tener suficiente muestra estadística para que las observaciones de datos desagregados sean concluyentes. Su consecuencia es la dificultad de analizar de forma sofisticada las influencias en las vidas de los hombres y mujeres.

Los anteriores siete problemas mencionados evidencian la necesidad de insistir en la producción de estadísticas con enfoque de género conforme lo acordado en la Conferencia de Beijing de 1995. Con todo, existen estudios que muestran las influencias de la situación laboral y de doble jornada en la salud de las mujeres y hombres. Así, es preciso seguir produciendo información desde este ángulo para un mejor y mayor conocimiento de los procesos que intervienen en las desigualdades en salud desde una perspectiva de género.

3.2.2. Cambios en la educación

La educación ha estado en la base del cambio que se ha producido en la trayectoria de las mujeres, permitiéndoles pasar desde al ámbito doméstico al sector público. La inserción de la mujer en la escuela y en las universidades ha sido una reivindicación (junto con la del mercado laboral) clásica del movimiento feminista mundial. Durante la segunda mitad del siglo XX la tendencia ha sido favorable. Aunque el incremento en los niveles de educación se ha producido tanto en hombres como en mujeres; es en éstas en las que en la década de los 90 el incremento ha sido mayor. Pese a ello, hay que tener en cuenta la incongruencia entre los logros potenciales y los reales, en especial en las mujeres, por la existencia de prácticas de exclusión directa o indirecta, como la discriminación en la contratación y promoción, y el acoso en el lugar de trabajo.

La educación entendida como sistema educativo y como proceso de socialización de roles de género se cruzan.

El nivel de educación puede ser el factor potencial de mayor discriminación entre hombres y mujeres. Y es un indicador de nuevos patrones de desigualdades entre las propias mujeres. Por supuesto, las barreras educativas fueron evidentes hasta la segunda mitad del siglo XX en las sociedades occidentales. Aun hoy existe una segregación clara entre mujeres y hombres por carreras de ciencias sociales, naturales y humanidades (en las que suelen predominar las mujeres) y técnicas (con predominio de hombres). En este punto se observa cómo la educación entendida como sistema educativo y la educación entendida como proceso de socialización de roles de género se cruzan.

El nivel de educación puede ser el factor potencial de mayor discriminación entre hombres y mujeres.

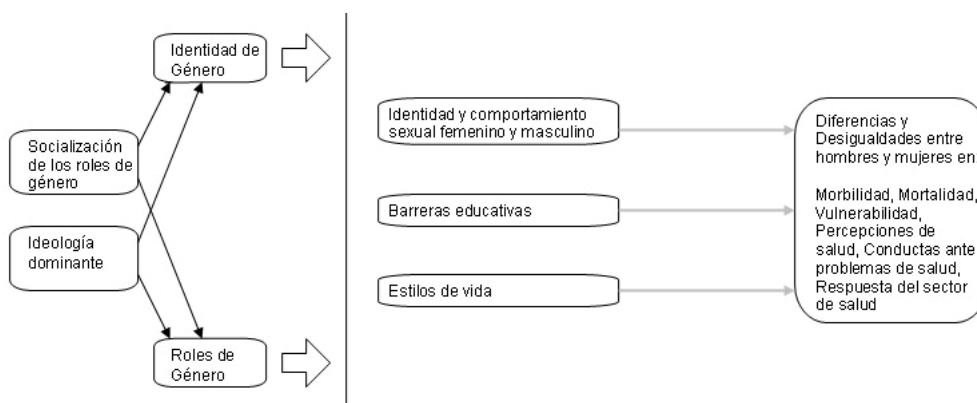
El nivel de educación es un indicador de nuevos patrones de desigualdades entre las propias mujeres.

A nivel internacional las barreras son aun más obvias. Las tasas de analfabetismo de las mujeres se reduce en los países con un índice de desarrollo humano bajo, hasta el punto de existir países que no llegan al 10% de alfabetización femenina (PNUD, 2005) y en otros cuyas mujeres alfabetizadas llegan a representar tan sólo

el 30% de los hombres alfabetizados. Por supuesto, ante la universidad, estos porcentajes son aun más bajos.

Probablemente, el nivel de educación es una medida más robusta del estado socioeconómico que de la clase social ocupacional. También, es una medida estable de perder o mantener el puesto de trabajo por enfermedad o por maternidad. Pero, además, de estas indudables relaciones con el mercado laboral, *grosso modo*, el nivel educativo es un indicador de ciertos hábitos que definen algunos estilos de vida más o menos saludables, así como de conductas preventivas contra problemas de salud.

No es una coincidencia la introducción en el mercado de trabajo de las mujeres y el cambio en los patrones de casamiento, paternidad y fertilidad.



3.2.3. Cambios en la familia y el hogar

La igualdad de oportunidades en el empleo y el control de la fertilidad mediante el uso de anticonceptivos han sido dos factores clave del feminismo de la segunda ola. Hay evidencia de la asociación entre los cambios en el empleo y otros aspectos de la vida de las personas. En este sentido, se ha evidenciado que el incremento en las cifras de empleo de las mujeres se ha acompañado de un descenso en la tasa de natalidad, y un incremento en las familias monoparentales y en la tasa de divorcios. Mientras tanto, las mujeres continúan siendo las que más responsabilidades reproductivas tienen, probablemente debido a que su expansión al mercado laboral se ha producido en trabajos no estándar. Por tanto, no es una coincidencia la introducción en el

mercado de trabajo de las mujeres y el cambio en los patrones de casamiento, paternidad y fertilidad.

Estas tendencias han ampliado el rango de interés de los estudios de salud y género; el cual requiere repensar el marco conceptual y las metodologías de la agenda de investigación. Este es el caso de la relación entre el estado civil y la salud. Si bien se ha demostrado mejor salud entre quienes están casados que entre quienes vivían solos, el creciente aumento del número de divorcios cuestiona el uso de categorías de clasificación estables para reflejar el estado civil de las personas, las cuales a lo largo de su vida van a vivir situaciones cambiantes que influirán en su salud. Esto mismo sucede si se define la cohabitación en términos heterosexuales, pues ubicará a las personas homosexuales fuera del estado civil casado/a o viviendo en pareja. Por otra parte, se ha evidenciado una interacción entre salud y estado civil y parental, siendo las madres solteras las que sufren peor salud.

La división sexual del trabajo doméstico es un concepto central desde la perspectiva de género, del que se debe producir más información; así como de su influencia en la salud.

Un concepto central del que se debe producir más información desde la perspectiva de género en la relación entre salud y trabajo doméstico es la **división sexual del trabajo doméstico**. Así como sobre la relación entre la clase social y el género. Desde los años 70 hay interés por comparar la salud de las amas de casa con la de las mujeres que realizan trabajos remunerados. Los primeros conocimientos producidos se centraron en las ocupaciones, con escaso interés en la naturaleza y la calidad de cada rol. Es a partir de finales de los 80 que se comienza a producir nuevos conocimientos fruto de metodologías más sofisticadas que recogen la complejidad del trabajo doméstico y el pagado, y comparan lo que sucede en hombres y mujeres. Esto es importante, pues permite identificar si lo que está cambiando a lo largo del tiempo es la división del trabajo doméstico por sexo, o quizás es el resultado de un cambio en los patrones de trabajo remunerado de mujeres y hombres, como parece haber sucedido.

El cambio en las tendencias de casamiento, paternidad y fertilidad requiere repensar el marco conceptual y las metodologías de la agenda de investigación

El **trabajo informal de cuidados** también ha sido típicamente percibido como propio de las mujeres, por lo que es imprescindible aplicar la perspectiva de género a la producción de conocimiento sobre este tipo de trabajo, como plantean la OMS/OPS. Según los últimos datos del panel de hogares de la UE (2001), el 9,3 % de hombres dedicaron al menos una hora al cuidado de los niños frente al 25% de mujeres. Además, las mujeres dedican más horas que los hombres a esta tarea de cuidado. En relación con el cuidado de adultos ocurre algo parecido. En estos casos, se aprecia cómo los porcentajes se reducen considerablemente (2,3% de hombres, 8,4 % de mujeres) pero siguen siendo las mujeres las que asumen este trabajo.

Estar casado(a), cohabitando o en cualquier otra forma de relación íntima expone a las personas a circunstancias promotoras o de riesgo para la salud, de forma similar a lo que sucede con el trabajo remunerado. Por ejemplo, en estos últimos tiempos, es cada vez más prioritario producir información sobre el efecto en la salud de la pérdida del rol de proveedor de los hombres, debido a los cambios en el empleo, en la medida que se ha producido un incremento del número de desempleados a una edad madura, sobre todo en las clases sociales más desfavorecidas.

Por que el trabajo informal de cuidados ha sido típicamente percibido como propio de las mujeres, es imprescindible aplicar la perspectiva de género a la producción de conocimiento sobre este tipo de trabajo.

3.2.4. Los efectos conjuntos: la investigación en salud del trabajo pagado y doméstico

La comprensión de la relación entre trabajo pagado, doméstico y estado de salud se caracteriza por una serie de pasos conceptuales dados a lo largo del tiempo, pues inicialmente, se produjo información procedente de largas escalas de comparación entre las mujeres trabajadoras y las amas de casa a tiempo completo. Se concluyó que las que trabajaban de forma remunerada tenían mejor salud que aquellas que no lo hacían.

Posteriormente se produjo información sobre un posible sesgo de selección del trabajador o trabajadora sano(a), coincidente con la teoría basada en la selección natural o social, al considerar que las personas con poca salud son excluidas de la fuerza del trabajo. Aunque análisis posteriores han confirmado que la buena salud de las mujeres empleadas no refleja simplemente el efecto propio del trabajador sano.

Un tercer paso en la producción de conocimiento es el relacionado con que realmente son las mujeres que trabajan a tiempo parcial las que tienen mejor salud. Y también, sobre la relación entre la salud y el estado civil, la presencia de hijos en casa de varias edades y el estado socio-económico. Se investigó bajo la hipótesis de que la ocupación de múltiples roles tiene efecto en la salud de las mujeres, se llegó a la conclusión de que los múltiples roles influyen positivamente en la salud, o al menos no se ha evidenciado el efecto negativo en la salud de mujeres y hombres. Este marco explicativo de los múltiples roles sigue vigente en la actualidad.

Este marco de los múltiples roles debe ser interpretado con sumo cuidado. El camino más corto para explicar estas evidencias sería considerar que las mujeres tienen mejor estado de salud cuando están en una situación de doble e incluso triple jornada ya que, tales situaciones, implican múltiples roles. Esta relación es errónea, pues estudios recientes han demostrado que la doble jornada es un riesgo para la salud. En consecuencia, y a grandes rasgos, hay dos tipos de interpretaciones posibles, que no son contradictorias aunque se puedan apoyar en corrientes feministas distintas. Así, se proponen dos interpretaciones a este efecto positivo de los múltiples roles y, además, se asocian con el conocido feminismo de la igualdad y de la diferencia:

- La primera interpretación es comprender que el sistema patriarcal no castiga (en términos de salud) a las mujeres que trabajan a tiempo parcial pues, en realidad, siguen desempeñando de forma prioritaria los roles que le han sido adscritos y, además, esta situación no pone en excesivo riesgo el estatus quo de los hombres.

Desde aquí se podría justificar, incluso, que el efecto en la salud del desempeño de ambas ocupaciones fuera positivo, pues el reconocimiento social se consigue a través de las tareas destinadas a los hombres y no a las mujeres. Así, una mujer puede sentirse útil y reconocida desempeñando una ocupación remunerada sin que la misma sobrecargue su capacidad de desempeñar el rol que le es adscrito (el del cuidado y ama de casa).

Desde el enfoque del feminismo de la igualdad, los roles adscritos en las situaciones de tiempo parcial no actúan en realidad como una carga (se parte de este rol de cuidadora y se adscribe al segundo voluntariamente) pero sí siguen siendo un obstáculo para alcanzar a la igualdad, ya que las mujeres no se están integrando en el mercado laboral en las mismas condiciones y tampoco con las mismas oportunidades. De hecho, cuando las mujeres participan a tiempo completo en el mercado de trabajo sí repercute negativamente en su estado de salud (quizás a modo de castigo por desviarse de la norma establecida).

Desde el feminismo de la igualdad, los roles adscritos en las situaciones de tiempo parcial no actúan como una carga, pero sí siguen siendo un obstáculo para alcanzar a la igualdad, ya que las mujeres no se están integrando en el mercado laboral en las mismas condiciones y tampoco con las mismas oportunidades.

- La segunda interpretación es resaltar el valor de las tareas del cuidado incluso para el estado de salud. Es decir, cuidar a niños proporciona otro tipo de beneficios no económicos que puede repercutir en una mejor salud. Este efecto puede anular el negativo de estar, en cierta medida, en una situación de doble jornada. Esta interpretación podría ser apoyada por la llamada ética del cuidado desarrollada dentro del conocido feminismo cultural que introduce la “diferencia” como un valor a destacar. Se debe advertir, que el feminismo radical también se ha asociado al feminismo de la diferencia, sobre todo desde una aproximación política, pero los postulados teóricos son absolutamente distintos del feminismo cultural (Madoo y Niebrugge-Brantley, 2002).

En relación con los roles sociales desempeñados, y ya no desde una perspectiva de múltiples roles, se ha concluido que la sustitución de roles es la más útil de una serie de hipótesis para explicar el estado de salud física de las mujeres. Lo que significa que cuando dos roles tienen el mismo fin, pueden sustituirse. Por ejemplo, el casamiento y el trabajo remunerado pueden ser fuentes de ingreso, por lo que pueden sustituirse uno por otro.

La calidad de cada trabajo y la de la combinación de trabajos parece mejor predictor de la salud que solo la ocupación.

Con todo, la investigación sobre el efecto en salud de los roles desempeñados parte, como premisa, de que si las mujeres ocuparan las mismas posiciones que los hombres habría escasa diferencia o ninguna en el estado de salud de ambos. No obstante, hasta finales de los 80 no ha habido demasiada producción de conocimiento que parta de una comparación con perspectiva de género, parcialmente debido a que tradicionalmente la aproximación teórica de perspectiva de género ha sido vista como algo relacionado sólo con las mujeres. Pero también a falta de escalas de medición que contenga cuestiones sobre trabajo y salud de hombres y mujeres.

Esta falta de información ejemplifica uno de los sesgos posibles en la producción de conocimiento, que se ha querido reflejar en el esquema propuesto (ver esquema XXX). En este caso, no se estudia los efectos diferenciados entre mujeres y hombres. Por tanto, se puede estar partiendo de generalizaciones sin que exista una investigación que avale las diferencias o semejanzas en los problemas de salud entre mujeres y hombres. En otros casos, los sesgos se producen sencillamente por una desigualdad en el trato cuando son estudiados los problemas de salud.

En los 90, y como efecto de la aplicación de la perspectiva de género en los estudio de salud, la producción de conocimiento que parte de análisis comparativo de género con énfasis en el desarrollo de medidas sobre las experiencias laborales captura la complejidad del lugar de trabajo y de la vida laboral, especialmente en la calidad y el significado de las experiencias de los hombres y las mujeres. Por ejemplo: la calidad de cada trabajo y la de la combinación de trabajos parece mejor predictor de la salud que solo la

ocupación. También ha sido planteado como importante para captar los cambios sociales de género, explorar cada faceta del entorno relacionado del trabajo pagado y del doméstico tanto en el caso de los hombres como de las mujeres.

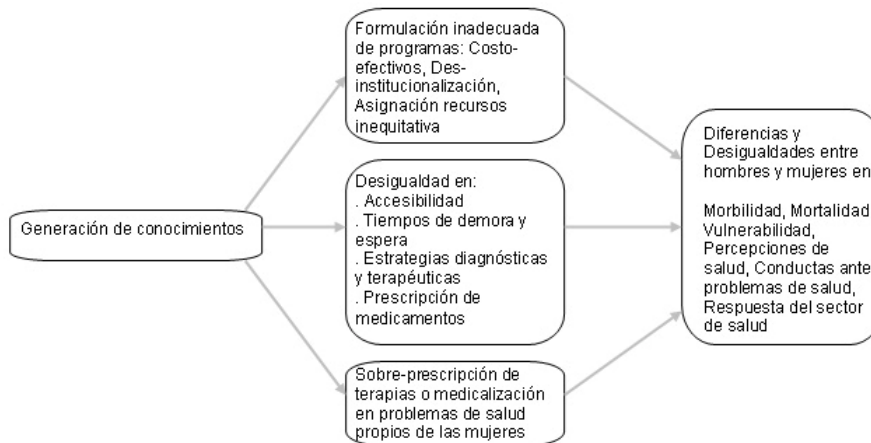
3.2.5. Sesgo de género en la atención sanitaria

La generación de conocimientos sesgada desde la perspectiva de género y su posterior aplicación, tanto en la práctica sanitaria como en las políticas de salud, pueden seguir perpetuando las desigualdades en la salud de mujeres y hombres.

Así, el acceso, uso y calidad de los servicios de salud pueden verse afectados por la aplicación o no de la perspectiva de género. En concreto, hay suficientes evidencias de desigualdad en la accesibilidad a los centros sanitarios para igual necesidad, siendo las mujeres las que tienen mayor problema de acceso. También, los tiempos de demora y de espera desde los primeros síntomas hasta la atención sanitaria son mayores en las mujeres. Además, existen datos procedentes de estudios primarios que muestran que los tipos de estrategias terapéuticas son de mayor calidad para los hombres. Por otra parte, se ha descrito una mayor prescripción, y por lo tanto, consumo y gasto de medicamentos en mujeres, en especial para los etiquetados como problemas de salud mental. La sobre-prescripción de terapias o medicalización en problemas de salud de mayor prevalencia o exclusivos de mujeres o de la propia salud está viniendo a ser un problema relevante a tener en cuenta desde la perspectiva de género. Tales son casos como la realización sistemática de la ecografía prenatal, ciertas estrategias ante la amenaza de aborto, la detección de diabetes gestacional, la anestesia epidural, las cesáreas, la episiotomía sistemática, las mastectomía, histerectomía y ooforectomía, la detección precoz sistemática de cáncer de útero y de mama, y la terapia hormonal. Y

Los sesgos de género de los servicios de salud se evidencian en el desigual acceso y uso y calidad de los mismos en hombres y mujeres a igual necesidad.

por el lado contrario, las desigualdades de carácter regional en la atención a la interrupción voluntaria del embarazo en los tres supuestos legalizados (Ruiz MT y Verbbuge ML, 1997. Ruiz MT y Verdú M, 2004).



3.3. HIPÓTESIS DE TRABAJO PARA ESTUDIOS SOBRE GÉNERO Y SALUD

La evolución de la generación de conocimiento en género y salud, en España, lleva a plantear algunos supuestos a tener en cuenta en investigaciones futuras (Annandale E y Hunt K, 2001). En concreto, que muchos de los factores que influyen en la salud tienen **efectos similares en hombres y en mujeres**. Consecuentemente, las tendencias en la salud de hombres y mujeres son parecidas y las ratios por sexo tienden a ser estables. Este supuesto es una hipótesis confirmada a lo largo de la historia para algunos problemas de salud pero no para otros, como la relación entre tabaco y cáncer de pulmón. Por otra parte, el descenso en las diferencias entre mujeres y hombres en lo que concierne a la participación de la fuerza de trabajo influye en el descenso de las diferencias en las conductas relacionadas con la salud, y en la salud según el sexo. Por ejemplo: las mujeres que trabajan tienden a estar sometidas a mayores riesgos para la salud. Este supuesto se relaciona con la hipótesis de **emancipación de las mujeres**, la cual propone que los roles cambiantes de las mujeres y una liberalización generalizada de las

normas relacionadas con las conductas de las mismas concluye en un descenso de las diferencias de género en la salud. Por último, la hipótesis de la **modernización de los roles de género**, propone qué aspectos fundamentales de los roles tradicionales de género están interactuando con los cambios recientes en las condiciones socio-económico y culturales, lo que influye en las tendencias en salud, por ejemplo, el hábito alcohólico es menor en las mujeres porque interactúa con las responsabilidades domésticas, pero sobre todo de cuidados. También, se debe tener en cuenta que si bien los aspectos tradicionales de los roles de género continúan influyendo en las actividades de los hombres y mujeres, los cambios en el contexto económico y las actitudes pueden concluir en reducciones substanciales de las diferencias de género en algunas actividades, por ejemplo, en el incremento de responsabilidades en el trabajo doméstico y de cuidados.

En consecuencia, por un lado, se debe aceptar que la reducción de las diferencias y (también) de las desigualdades sociales concluye en estados de salud entre mujeres y hombres más parecidos. No obstante, se necesita más conocimiento desde una perspectiva de género que profundice en los procesos sociales y problemas de salud para conocer cómo actúan tales desigualdades y cómo afectan los cambios sociales en la salud. Y por otro lado, también se debe indagar en la función tanto protectora como procuradora de problemas de salud de los roles tradicionales entre mujeres y hombres. De hecho, los estudios preocupados por los efectos del género en la salud (el género comprendido como organizador de la estructura social, segundo nivel de Braidotti) reconocen ambas funciones. Estas funciones parecen depender del objeto de estudio y, por tanto, de las implicaciones de los roles tradicionales en relación con ciertos hábitos y oportunidades.

Los aspectos fundamentales de los roles tradicionales de género están interactuando con los cambios recientes en las condiciones socio-económico y culturales, lo que influye en las tendencias en salud.

En definitiva, para conocer todas estas cuestiones se precisan herramientas de observación de la realidad social. Por supuesto, quien investiga puede preparar una herramienta de recogida de observación *ad hoc* para su estudio, siempre que disponga de recursos económicos y temporales suficientes. Sin

embargo, en las estadísticas oficiales se puede encontrar importantes fuentes de información, útiles para los grupos políticos y de investigación.

3.4 BALANCE: LIMITACIONES Y OPORTUNIDADES DEL ANÁLISIS DE GÉNERO EN SALUD

Conviene recordar que el análisis de género toma en consideración, que mujeres y hombres desempeñan diferentes roles en la sociedad, y que las interrelaciones entre ellos afectan las políticas sociales. También que mujeres y hombres experimentan diferentes necesidades respecto a la salud y, por sus distintos roles, se exponen a diferentes riesgos, y grados de acceso y control sobre los recursos para proteger la salud. Y que mujeres y hombres tienen oportunidades y restricciones en los procesos de cambio económico y reformas del sector sanitario, y son afectados(as) de forma diferente por las políticas. En este sentido, el análisis de género en salud tropieza con las limitaciones generales que aquejan el área de la salud, pero también con otras adicionales por razones del tipo de desglose que requiere la información.

Como ya se dijo en el anterior capítulo, la desagregación por sexo de la información es el requisito básico para el análisis, pero, no es suficiente. Más allá de la descripción de diferencias estadísticas en salud, el análisis de género vincula estas diferencias con determinantes y consecuencias sociales ligadas a los roles, contribuciones y necesidades particulares de cada sexo. Así como, a la distribución de las oportunidades y el poder entre las mujeres y los hombres en cada grupo social.

Así, las dificultades y limitaciones específicas detectadas para la realización del análisis de género en salud, se reconvierten en las siguientes propuestas:

1. Incrementar la frecuencia y velocidad en recopilar, procesar y publicar los datos desglosados por sexo.
2. Incrementar la calidad de la información referida a condiciones que afectan exclusivamente a las mujeres (mortalidad materna, violencia de género).
3. Facilitar la disposición de conjuntos integrados de información, que permitan interrelacionar los indicadores de salud diferenciados por sexo con indicadores de determinantes sociales que expresen perfiles diferenciados de riesgos y oportunidades para la salud de mujeres y hombres.
4. Facilitar la realización de análisis de género en situaciones “estadísticamente emergentes”. Por ejemplo, Como se afecta la salud de la persona, su familia y colectividad debido a la distribución desigual del poder entre mujeres y hombres, que contribuye a importantes diferencias en el acceso y control de recursos para la salud y en la participación en las decisiones.
5. Contribuir al incremento de conocimiento para su eliminación de los sesgos de género en información estadística clave. Por ejemplo, en las definiciones y mediciones de la contribución económica de las mujeres a la producción de la salud.

Este tema es particularmente relevante en el área de la planificación de la salud, pues el trabajo no remunerado de las mujeres constituye el soporte principal del sistema de atención. Pese a lo cual, continua sin reconocerse y sin contabilizarse en las cuentas nacionales. Este sesgo es objeto de reiterada crítica por parte de organismos internacionales tales como PNUD y UNIFEM. En concreto, se ha evidenciado **sesgos de género en las actividades de terreno y de procesamiento de la información estadística** que se manifiesta en el lenguaje y en las variables estudiadas y no estudiadas que derivan de los valores culturales prevalentes. Por ejemplo, en la definición de “cabeza de familia” la cual, tanto en el lenguaje mismo como en los valores culturales, tiende a adscribirse al sexo masculino. Y también, se ha denunciado la frecuente **ceguera institucional** frente a las diferencias por sexo o a la

importancia de documentarlas, obstaculiza la tabulación y publicación de estadísticas desagregadas por sexo y, por ende, la detección de desigualdades injustas, innecesarias y evitables entre mujeres y hombres en el ámbito de la salud y sus determinantes.

En general, en la mayoría de los países, **el proceso de construcción de estadísticas de género es incipiente y no ha sido asumido por los servicios nacionales de producción estadística**. Pese a los avances ocurridos en los últimos 25 años, el enfoque de género continúa encontrando fuertes resistencias a ser considerada como relevante, y el área de la salud no es excepción.

Los canales de comunicación recíproca entre los círculos de especialistas en género, académicos y activistas, y los círculos especializados en estadísticas, necesitan ser ampliados. Las recomendaciones y los acuerdos sobre desagregación por sexo en la recolección, procesamiento, y publicación de la información, o no son prioritarios o no existen, y aún si existieran no serían suficientes por sí solos para estimular la introducción de la perspectiva de género en el trabajo estadístico. Son necesarias propuestas concretas sobre lo que podría y debería hacerse, y recursos técnicos y financieros para iniciar un trabajo de estadísticas de género.

No obstante, se detectan también **oportunidades** de trabajo en salud y género en materia de fuentes de información y estadísticas. De hecho, hay una **creciente demanda de información** de género desde los movimientos de mujeres, las conferencias y foros internacionales, los programas de estudios universitarios en el área de género y las exigencias de las agencias internacionales patrocinadoras de proyectos. Esta demanda ha servido para comenzar a abrir mentes en los medios oficiales respecto al potencial de utilización de tal tipo de información.

Dicha demanda surge al margen de los sistemas oficiales de estadística y tiene que suplir con producciones propias los vacíos de tales sistemas. En la actualidad, sin embargo, hay conciencia de que **existe un importante caudal**

de información obtenida por los medios oficiales y las agencias internacionales que podría ser mejor aprovechada para el análisis de género en salud. Un ejemplo claro en este sentido sería el análisis de la mortalidad evitable, ya que en todos los países existe, con diferentes grados de confiabilidad, información sobre mortalidad desagregada por sexo.

Existe también una **mayor conciencia** del derecho a contar con la cooperación de los sistemas oficiales, al menos en cuanto a las recomendaciones derivadas de los compromisos que los gobiernos han acordado en los foros internacionales.

Es importante señalar la aparición de **demandas oficiales de estadísticas de género** provenientes de los institutos de la mujer, entidades que han ejercido grados variables de influencia en el mejoramiento estadístico y en la adopción de programas y planes de igualdad para la mujer.

En este contexto, también hay que señalar al papel que han venido desempeñando las agencias internacionales en cumplimiento de los acuerdos internacionales mencionados, mediante su **apoyo a iniciativas de análisis nacional y regional**, del **desarrollo de metodologías de medición**, y de la **capacitación a actores claves** en la producción de estadísticas.

Pese a la persistencia de barreras, existen oportunidades para el desarrollo de sistemas de vigilancia de género en salud:

1. Los compromisos en materia de equidad de género e información adquiridos por los gobiernos en los foros internacionales.
2. La mayor apertura de los sectores oficiales a la producción de estadísticas de género.
3. La influencia del movimiento de mujeres que demanda este tipo información.

4. La presencia de oficinas e institutos de la mujer y de planes de igualdad de género en los países.

5. La producción de datos, estadísticas e indicadores fuera del sector salud, aún infrautilizadas, como las producidas por el Centro de Investigaciones Sociológicas, o el Instituto Nacional de Estadística en las secciones no solo centradas en salud.

CAPÍTULO 4.

La comunicación a través de Internet como herramienta de investigación y estrategia política

4.1. INTRODUCCIÓN: EL PROYECTO POLÍTICO

La Unión Europea apuesta por el impulso de las nuevas tecnologías de la información con el propósito de aprovechar las oportunidades que éstas ofrecen en la construcción de la llamada sociedad de la información. Estas oportunidades se traducen en una mayor productividad y competitividad de Europa en el contexto internacional⁷.

Con respecto al caso concreto de Internet, la Unión Europea tiene una posición definida. Existe acuerdo sobre la necesidad de su impulso y desarrollo de sus potencialidades y beneficios para la sociedad, pero también sobre el establecimiento de unos mínimos que garanticen la seguridad de la red y la intervención de los Estados para prevenir los delitos informáticos. Esta consideración es recogida en los aspectos que constituyen retos para la política internacional y nacional en materia de nuevas tecnologías a partir del 2005. En concreto, la Unión Europea identifica ocho campos de acción:

- **Contenidos y servicios.** Se trata de promover la innovación a través de la eliminación de los obstáculos existentes, para que nuevos contenidos y servicios puedan ser desarrollados por las empresas y aprovechados por los ciudadanos.

⁷ <http://europa.eu/scadplus/leg/es/lvb/l24262.htm>

- **Integración en la sociedad de la información y ejercicio de la ciudadanía.** Este reto atiende al logro de asegurar el acceso a las TIC y la disponibilidad de todos los grupos sociales.
- **Servicios públicos.** Se debe realizar un esfuerzo por la utilización o empleo de las TIC en el sector público en aras de la eficacia, de la calidad de los servicios y de la transparencia informativa.
- **Competencias y actividad profesional.** Se trata de garantizar la capacitación de los ciudadanos en materia de nuevas tecnologías de la información y de la comunicación.
- **Las TIC como sector de actividad esencial.** Este espacio destaca la necesidad de dinamizar y apoyar el mercado relacionado con las Tecnologías de Información y Comunicación, al constituirse como una actividad económica de primer orden.
- **Interoperabilidad.** De acuerdo con el texto de la Unión Europea es fundamental garantizar la interrelación a todos los niveles (operadores, proveedores de contenidos o servicios y consumidores) y entre servicios, legislaciones y prácticas administrativas que difieren de un país al otro.
- **Confianza y fiabilidad.** Esta característica es aplicada fundamentalmente en el caso de las redes. Destaca la seguridad y la fiabilidad de las mismas en aras de la protección de la vida privada, de las prácticas comerciales ilegales y contra todo contenido ilícito.
- **Explotación de las TIC por las empresas.** Finalmente, las empresas, y en particular las PYME constituyen un objetivo prioritario para la intervención pública dado que el empleo de las TIC por las empresas sigue siendo un factor determinante de la competitividad europea.

En el ámbito nacional, Internet se considera un servicio de telecomunicaciones de Interés General según la Ley 11/1998 de 24 de abril, General de Telecomunicaciones. Su definición se concretará en la Ley de servicios de la sociedad de la Información y del comercio electrónico aprobada el 3 de julio de 2002. En consonancia con Europa, Internet se comprende como un medio de comunicación que hace posible el ejercicio efectivo de los derechos a la libertad de expresión e información (González, 2004). Igualmente, es definido como un servicio universal por el que el Estado debe velar para garantizar el

acceso con una cierta calidad en el servicio (también considerada en la legislación y normativa).

Este impulso y compromiso adquirido se refleja en el actual Plan para el desarrollo de la Sociedad de la Información y de Convergencia con Europa y entre Comunidades Autónomas y Ciudades Autónomas. El conocido como Plan Avanza 2006-2010 fue aprobado en noviembre del 2005 para dar respuesta a las estrategias de Lisboa acordadas en Europa. Entre los objetivos del plan avanza se destacan los más significativos para esta guía: la igualdad social y la accesibilidad universal.

Al igual como en el enfoque de Europa, en el ámbito nacional se incluye la contribución de las TIC para mejorar la calidad de vida de los ciudadanos así como la integración de todos los grupos sociales. Este planteamiento y la apuesta por el impulso de la red en el sector público convergen en la orden PRE/525/2005, de 7 de marzo, por la que se da publicidad al Acuerdo de Consejo de Ministros por el que se adoptan medidas para favorecer la igualdad entre mujeres y hombres. Esta orden recoge el Informe de implementación de las 54 medidas para favorecer la igualdad entre mujeres y hombres aprobadas por Consejo de Ministros el 4 de marzo de 2005.

Como medida específica, en el Informe de implementación se recoge la necesidad de implantar en las webs de todos los ministerios y organismos públicos secciones específicamente destinadas a facilitar la información orientada a la promoción de la igualdad. Este documento es el hermano menor del proyecto de Ley Orgánica para la Igualdad efectiva de Mujeres y Hombres aprobado por el Congreso de los Diputados el pasado 2 de Enero de 2007. No obstante, en este último no aparecen acciones tan explícitas.

Finalmente, el empleo de las Tecnologías de Información y Comunicación por parte de todos los grupos sociales se vincula a la participación de los ciudadanos. Esta participación es clave en el objetivo de “representación” establecido para el año de la igualdad de oportunidades. Además, la implicación del sector público, en esta ocasión, se refleja mediante la propia

puesta en práctica. El Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales informa y motiva a los ciudadanos a través de su web a hacer propuestas para conseguir los objetivos del año 2007.

4.2. TIPO Y MODELOS DE COMUNICACIÓN

4.2.1. Características de la comunicación en Internet

Desde la universalización de Internet en la década de los 90, la popularización de este medio de comunicación ha ido en aumento. El contexto social que acuna este gran salto cualitativo y cuantitativo en los medios de comunicación se conoce como la sociedad de la información. Esta sociedad representa el paso del sistema social industrial a otro que integra las oportunidades que ofrecen las nuevas tecnologías de comunicación tanto en los procesos de producción como en los hábitos cotidianos. En la sociedad postindustrial, la información toma un singular protagonismo.

La revolución, en concreto, de Internet atiende a su facultad de alterar la capacidad de información (el espacio) y la periodicidad en la disponibilidad y actualización de esta información (el tiempo) que existían antes de su aplicación. La comunicación a través de Internet proporciona disponibilidad de los datos en cualquier lugar y a cualquier hora sin precisar desplazamientos; inmediatez en la actualización, adquisición o solicitud de esos datos; posibilidad de reclamación inmediata o interactividad, en el que el consumidor de Internet puede convertirse en productor de su información.

En este sentido, se pueden destacar las siguientes características de la comunicación por Internet (De Salas, 2002; López, 2005):

- **Cambios en el tiempo y en el espacio** ante los modelos tradicionales de comunicación. De acuerdo con Guillermo López (2005) esta ruptura se debe a que la comunicación por Internet es instantánea, no periódica (o,

al menos, rompe con la periodicidad), contiene universalidad (en términos de distancias físicas) y tiene una gran capacidad de almacenamiento.

- Tiene carácter **multimedia**, es decir, no se caracteriza por la preponderancia de una forma de expresión. Los medios tradicionales están sujetos a unas características técnicas. Internet puede transmitir la información en forma de texto, sonido, imágenes, bases de datos, programas...
- La **hipertextualidad** es uno de sus mayores atributos. Desemboca a una estructura flexible en la que la fuente de la información puede quedar enlazada y permite (y precisa) la participación del consumidor del medio. Se trata de una escritura no secuencial, en la que se rompe la linealidad y la jerarquía para dar paso a los nodos y la red.
- La hipertextualidad facilita la **interactividad** que es definida por el Guillermo López (2005) como la capacidad del receptor para tomar decisiones y regular el flujo de la información. Isabel de Salas (2002) destaca esta característica como el “valor diferencial” de Internet frente a los otros medios. En este sentido, se pueden diferenciar tres tipos de interactividad posibles: con el emisor, con la información y con otros usuarios. Para el caso que aquí ocupa interesa especialmente la interactividad con la información.
- Además, contiene **usabilidad**, es decir, es de fácil manejo. Esto, a su vez, potencia la utilización del medio por los diferentes grupos poblacionales.

El hipertexto y la interactividad son las dos características a destacar de la comunicación a través de Internet al hacer de este medio una potente herramienta para la investigación.

Las posibilidades comunicativas de Internet son muchas y todas en beneficio del consumidor y del investigador. En especial, la interacción posibilitada por la estructura flexible del medio tiene una gran importancia para la investigación. Sin embargo, de acuerdo con los autores, estas posibilidades están infrautilizadas, en concreto, en la elaboración de páginas que permitan una mayor interacción del consumidor de este medio.

4.2.2. La comunicación pública a través de Internet

Se suele entender por comunicación pública aquella transmitida por las instituciones gubernamentales. Cuando esta comunicación se hace a través de Internet también atiende a la adaptación de los procesos de trabajo de la administración. De hecho, éste sería el rumbo que está tomando el discurso en los últimos años conocido como la e-Administración.

La Administración pública es uno de los tres ejes en torno a los que giran las actuaciones de impulso para la sociedad de la información. Los otros dos son la sociedad y las empresas. Con respecto a este primer eje, se establece necesaria la adopción de nuevos instrumentos de comunicación en el ámbito público con la finalidad de mejorar los servicios que ofrece la Administración a los ciudadanos y en la adaptación de la TIC como respuesta a la necesaria modernización de la propia Administración. Todo ello constituye la Administración electrónica o e-Administración.

Con relación a los servicios, algunos ejemplos son los trámites e información de la seguridad social facilitados a través de la web, la declaración y el pago de impuestos en la Red o la posibilidad de efectuar trámites relacionados con el registro civil. El segundo aspecto, por ejemplo, promueve acciones que vinculan las diferentes administraciones a través de las tecnologías de la comunicación para compartir información y coordinar actuaciones con otras administraciones locales o regionales.

Las anteriores consideraciones conducen a los objetivos estratégicos de la iniciativa que se recogieron en el Plan de actuación Info XXI (2000-2003), en concreto en la *Información pública fácilmente accesible y trámites administrativos más cómodos* y en la *Participación ciudadana en las decisiones acerca de asuntos públicos que les afectan*. El Plan actual (2006-2010) incluye los servicios públicos digitales como un área de actuación. En esta área establece medidas concretas dirigidas hacia el sistema educativo, el sistema sanitario, justicia o empleo, entre otros.

En definitiva, ante todas estas propuestas se encuentra la necesidad de ofrecer un servicio de calidad al ciudadano en todas las funciones y gestiones posibles vinculadas a una institución pública. En este sentido, y para el caso que aquí ocupa, es especialmente significativa la facilidad de la información que puede ser utilizada para la investigación social, en concreto, la relacionada con el género y la salud.

4.3. LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LAS ESTADÍSTICAS

La presentación de la información estadística por Internet también debe responder a la perspectiva de género. Según el esquema de producción de estadísticas de Hedman, B. Perucci, F. y Sundström, P. (1996), las dos últimas fases conciernen a la presentación y a la difusión.

En este sentido, para la presentación y la difusión con perspectiva de género se debe tener en cuenta el tipo de medio utilizado para difundir la información. El conocimiento de sus características y la definición del público al que se dirige permite aprovechar todas las potencialidades del medio y beneficiar la investigación y la sensibilización.

La información que debe proporcionar las estadísticas facilitadas a través de los portales nucleares para la investigación en salud con enfoque de género, no debe estar únicamente desagregada por sexo. Esta información debe recoger problemas sociales relevantes que detecten los procesos por los cuales se generan desigualdades entre mujeres y hombres debido al género. Por ello, quizás sea aun más importante, porque el medio así lo permite, aprovechar las capacidades técnicas y el poder democratizador de Internet y apostar por la generación “a la carta” de datos.

Se va a tener la oportunidad de comprobar en los próximos capítulos como la mayoría de los portales ofrecen bien datos ya cruzados bien la combinación de unas pocas variables para que sean cruzadas. La decisión de qué datos o qué

variables se cruzan, en ambos casos, es tomada por la fuente y no por el investigador. Ciertamente, en los últimos años los portales que aquí se analizan (fundamentalmente el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Instituto Nacional de Estadística) han hecho un esfuerzo por incluir datos desagregados por sexo a libre disposición y generar aplicaciones flexibles sobre los cruces de datos. No obstante, la primera opción, más extendida, aunque básica no garantiza necesariamente la presentación de datos con perspectiva de género.

A este ofrecimiento de datos definidos previamente, decisión tomada por el productor, institución o fuente, se le une la evidencia que algunos autores han resaltado (De Salas, 2002; López, 2005; Salaverría, 2005) sobre la infrautilización de Internet como medio de comunicación. La información en Internet es presentada con los esquemas lineales y jerarquizados necesarios en una publicación impresa, en lugar de utilizar las posibilidades ofrecidas por la hipertextualidad.

De hecho, la hipertextualidad e interactividad de Internet permitiría cambiar el orden lógico del esquema de Hedman, B. Perucci, F. y Sundström, P. (1996). Las autoras proponen primero el análisis, luego la presentación y finalmente la difusión como las tres últimas fases de la construcción de las estadísticas. Este orden es correcto si se piensa en la realización de un informe técnico. Sin embargo, con Internet, se puede difundir para que sea el investigador el que haga el análisis de los datos (o la mayor parte de este análisis). Al tener la capacidad de hacer del usuario participante, las fases ordenadas linealmente comienzan a funcionar de forma circular.

En definitiva, ante una realidad social cambiante y compleja, una de las posibilidades para aplicar la perspectiva de género en la presentación y difusión es apostar por que sea el investigador o usuario quien genere sus propios cruces, de acuerdo con el objeto de estudio. En este caso, la fuente sólo debería preocuparse de recoger la información necesaria para poder hacer análisis y cruces con perspectiva de género y ofrecer un sistema de fácil manejo, potente, rápido, accesible, disponible; es decir, que comprenda el significado y las potencialidades de la comunicación a través de Internet.

CAPÍTULO 5.

Disponibilidad y vacíos de información sobre salud desde la perspectiva del género: Análisis

5.1. ENCUESTAS Y MEDICIÓN

A modo de ejercicio práctico se han seleccionado cinco fuentes de información secundaria a las que, teóricamente, se puede acudir para extraer datos que serán utilizados en un hipotético estudio. Estas fuentes son: la Encuesta Nacional de Salud (ENS), el Barómetro Sanitario, la Encuesta de Población Activa (EPA), la Encuesta del Empleo del Tiempo (EET), y los Barómetros del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS).

Se analizan dos aspectos de la ENS, EPA y EET: si dispone información para identificar las desigualdades en los roles productivos y reproductivos y si son capaces de detectar cómo influyen en la salud.

Las dos primeras responden a la “Salud” como tema central. Las tres últimas se aproximan a la salud desde los determinantes sociales de la misma. La Encuesta de Población Activa recoge información sobre el “Mercado Laboral”, aunque también pregunta acerca del nivel educativo de la población activa española. La Encuesta del Empleo del Tiempo se vincula al tema “Nivel, Condiciones y Calidad de Vida”, de acuerdo con la clasificación del INE. Finalmente, se han seleccionado los Barómetros del CIS⁸ por ser los estudios de opinión por excelencia del marco nacional.

De cada encuesta se expone la ficha técnica y su diseño, y se profundiza en el cuestionario. Y además, de las fuentes que no son exclusivamente de opinión;

⁸ http://www.cis.es/cis/opencms/ES/2_barometros/

es decir, la ENS, la EPA y la EET, se valora si el cuestionario recoge información por sexo para:

1. Identificar las desigualdades entre mujeres y hombres en los roles reproductivos (tareas domésticas y de cuidado) y productivos.
2. Detectar si las desigualdades en los roles de género reproductivos y productivos influyen en la salud.

El primer punto trata de recoger **los grandes temas desarrollados por diferentes feminismos desde la observación de la división sexual del trabajo**. Como ya se ha comentado en capítulos anteriores, en general, las tareas y las funciones sociales destinadas a hombres y mujeres se agrupan en torno al trabajo remunerado (y/o el mundo de lo público) y al trabajo no remunerado (y/o el mundo de lo doméstico o privado). Igualmente, la teoría ha profundizado en el estudio de cada “mundo”. Así, hace emerger situaciones de segregación vertical y horizontal por sexo en el mercado laboral, de reparto de trabajo doméstico y del cuidado entre los diferentes miembros del hogar, distribución diferente del tiempo de acuerdo con los roles adscritos y las tareas ejecutadas por sexo, y situaciones de doble jornada o sobrecarga de trabajo (Cuadro 6).

Estos temas centrales para los estudios de género, con gran tradición investigadora y riqueza teórica, deberían poder ser observados a través de la explotación de las estadísticas antes mencionadas. Por supuesto, se necesita saber si estas fuentes no sólo recogen los temas centrales anteriormente elegidos sino también si tienen la capacidad de detectar hasta qué punto generan desigualdades en salud.

CUADRO 6: INFORMACIÓN PARA EL ANÁLISIS EN LOS CUESTIONARIOS

TEMAS CENTRALES IDENTIFICAR LAS DESIGUALDADES DE MUJERES Y HOMBRES EN ROLES REPRODUCTIVOS Y PRODUCTIVOS:	GÉNERO- SALUD DETECTAR CÓMO ESTAS DESIGUALDADES INFLUYEN EN LA SALUD:
Identifica la división sexual del trabajo doméstico	Capacidad para detectar como la división sexual del trabajo doméstico influye en la salud
Identifica las tareas de los agentes de salud	Capacidad para detectar como las tareas de los agentes de salud influyen en la salud
Identifica las situaciones de doble jornada	Capacidad para detectar como las situaciones de doble jornada influye en la salud
Identificar el reparto del tiempo (trabajo doméstico y de cuidado, productivo, estudios/formación y ocio/descanso)	Capacidad para detectar como el reparto del tiempo influye en la salud
Identifica segregación horizontal	Capacidad para detectar como la segregación horizontal influye en la salud
Identifica segregación vertical	Capacidad para detectar como la segregación vertical influye en la salud

Fuente: Elaboración propia

El segundo punto por otra parte, trata de evaluar si estas estadísticas **recogen información sobre la influencia en la salud de las desigualdades en los aspectos destacados con anterioridad** (Cuadro 6).

Las cinco encuestas nombradas están alojadas en dos instituciones que son referencia para la investigación de la sociedad española: el Instituto Nacional de Estadística y el Centro de Investigaciones Sociológicas. Por supuesto, para el tema que aquí ocupa, el Ministerio de Sanidad y Consumo, y su portal web, constituye una fuente necesaria y prioritaria. Éste es el principal motivo por el que se incluye en esta guía un epígrafe sobre las estadísticas producidas por este organismo (ir al punto 3.2.2.)

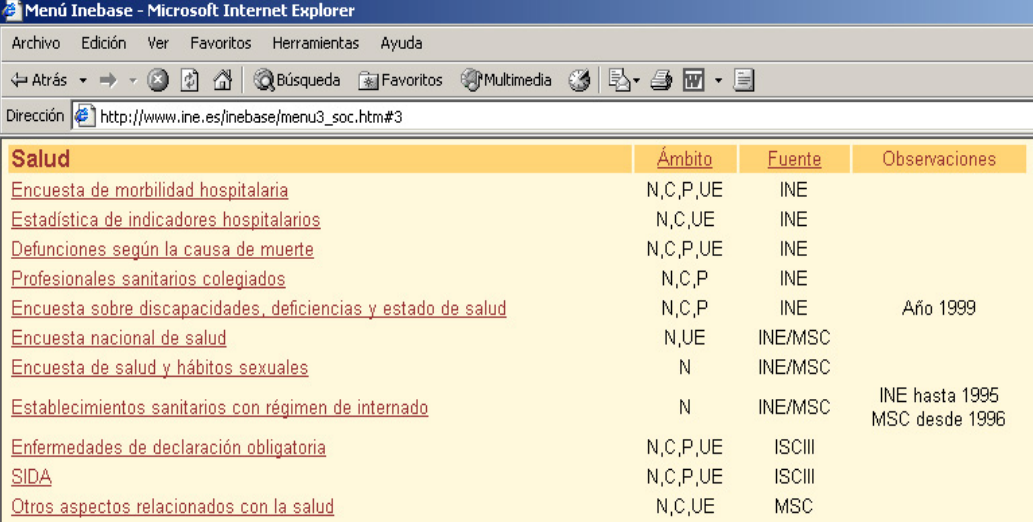
5.2. EL INE Y EL CIS (publicación y difusión de los resultados)

El **Instituto Nacional de Estadística** nace a mediados del siglo XIX para la ejecución del Censo de Población⁹. En estos momentos, su principal función es **llevar a cabo todas las tareas de recogida de información numérica para el gobierno**. En la tercera década del siglo XX fue adscrito al Ministerio de la Presidencia. Sin embargo, el Instituto Nacional de Estadística, como se conoce actualmente, es creado a mediados del siglo pasado, en 1945. Su tarea no ha cambiado en lo fundamental. Debe llevar a cabo **estadísticas demográficas, sociales y económicas** tanto existentes como nuevas y coordinar los servicios estadísticos de diferentes niveles geográficos. El INE consigue la autonomía a finales de la década de los 80 con la Ley de la Función Estadística. Las funciones actuales son también recogidas en el Real Decreto 508/2001, de 11 de mayo (BOE 12-05-2001).

El portal del INE (www.ine.es) es un espacio que proporciona de forma fácil y eficaz información muy útil de todos los servicios estadísticos del Instituto Nacional de Estadística. El INEbase contiene prácticamente toda la información que produce esta entidad en formato electrónico. Las operaciones estadísticas que alberga se incluye en 168 entradas agrupadas en 11 grandes temas: Entorno físico y Medio ambiente, Demografía y Población, Sociedad, Economía, Ciencia y Tecnología, Agricultura, Industria y Construcción, Servicios, Clasificaciones, Internacional e Historia.

El tema Sociedad contiene ocho sub-temas: Educación, Cultura y Ocio, Salud, Justicia, Nivel, Calidad y Condiciones de vida, Mercado Laboral, Análisis sociales y Elecciones. El sub-apartado **Salud** contiene, a su vez, 11 entradas.

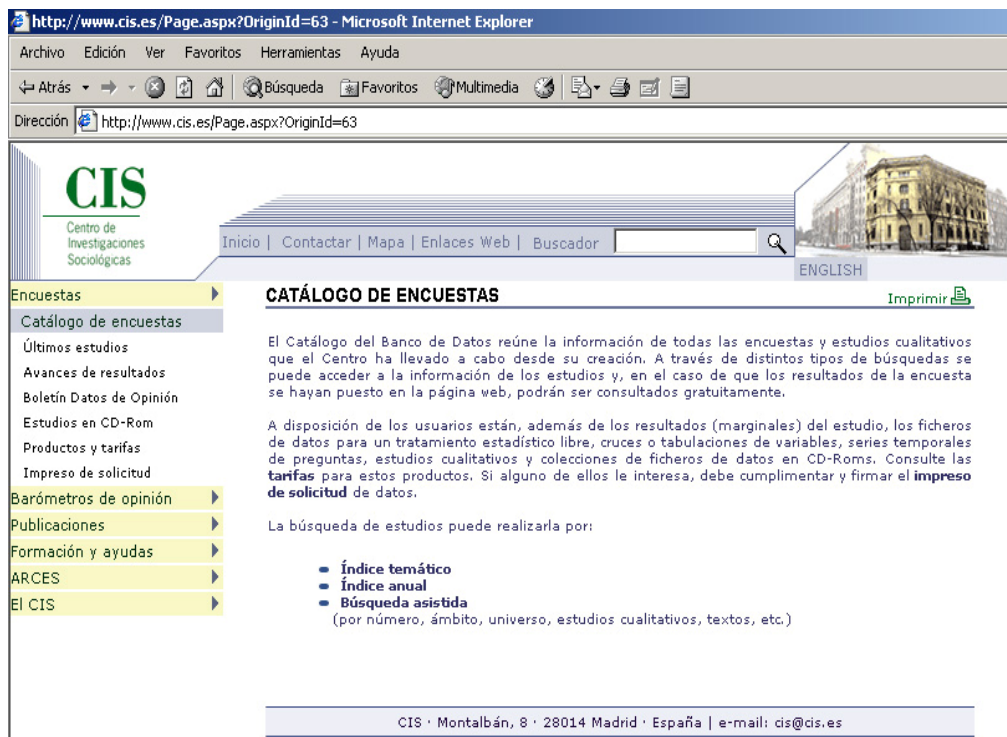
⁹ <http://www.ine.es/ine/historia.htm>



Salud	Ámbito	Fuente	Observaciones
Encuesta de morbilidad hospitalaria	N,C,P,UE	INE	
Estadística de indicadores hospitalarios	N,C,UE	INE	
Defunciones según la causa de muerte	N,C,P,UE	INE	
Profesionales sanitarios colegiados	N,C,P	INE	
Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud	N,C,P	INE	Año 1999
Encuesta nacional de salud	N,UE	INE/MSC	
Encuesta de salud y hábitos sexuales	N	INE/MSC	
Establecimientos sanitarios con régimen de internado	N	INE/MSC	INE hasta 1995 MSC desde 1996
Enfermedades de declaración obligatoria	N,C,P,UE	ISCI	
SIDA	N,C,P,UE	ISCI	
Otros aspectos relacionados con la salud	N,C,UE	MSC	

Por otra parte, el **Centro de Investigaciones Sociológicas** fue fundado en 1963 como Instituto de Opinión Pública (IOP). Su denominación actual data de 1977. El CIS también es actualmente un organismo autónomo adscrito al Ministerio de la Presidencia. Su principal función es **estudiar la sociedad mediante la aplicación de la técnica de la encuesta**. Así, mientras que el **Instituto Nacional de Estadística** tiene como objetivos **coordinar, controlar y vigilar los diversos servicios estadísticos de la Administración**, el CIS es una entidad que, pese a tener también una base de datos de estudio no propia, se dedica fundamentalmente a elaborar tales estudios. No obstante, cuando se profundiza en estas funciones esta línea se diluye.

El portal del CIS (www.cis.es) también es un recurso de fácil y eficaz manejo. En él se pueden encontrar alrededor de 1.600 estudios diferentes desde 1963 hasta 2005. La clasificación de tales estudios es notablemente distinta que en el caso del INE. El CIS establece varios procedimientos de búsqueda. La ordenación temática sería la más cercana a la forma de organizar los datos electrónicos por el INE. Sin embargo, en el Instituto Nacional de Estadística no se encontrará ningún estudio repetido en dos categorías. El CIS prefiere incluir todo lo relacionado con ese tema bajo el mismo epígrafe, pese a que un mismo estudio pueda estar presente en varios apartados de la información contenida en su portal. Esta forma de clasificar las encuestas se debe al carácter poco especializado de algunas de ellas. Así, bajo el epígrafe de “salud”, “sanidad” y “sistema sanitario” se encuentran 50 estudios diferentes.



Las **Encuestas del CIS** están claramente influidas por el **perfil de opinión pública** que definía a su institución antecesora. De hecho, la finalidad de esta institución sigue siendo la misma. En consecuencia, la mayor parte de sus estudios, y en especial aquellos que son Barómetros, son obviamente encuestas de opinión. Aquellos barómetros que recogen información sobre la salud no pretenden mostrar el estado de salud de la población pero sí la opinión sobre los servicios y recursos relacionados con la misma.

La revisión de estas encuestas de opinión pretende dar a conocer estos recursos y su potencialidad. Para ello, se debe aceptar que si una persona tiene experiencias distintas con la salud y los recursos sociales relacionados con la misma, debe tener una opinión o percepción diferente. Lógicamente, no podrán ser analizadas desde la propuesta recogida en el epígrafe anterior, que analiza la capacidad de las estadísticas a identificar las desigualdades entre mujeres y hombres en sus roles productivos y reproductivos y, además, su relación con el estado de salud. No obstante, se podrán describir y recomendar algunas otras cuestiones que potencien la observación de la opinión de la

población española sobre los servicios y recursos que afectan directa o indirectamente a la salud de las personas desde la perspectiva de género.

5.3. LA ENCUESTA NACIONAL DE SALUD

5.3.1. Ficha técnica y diseño de la encuesta (edición del 2003)

El Ministerio de Sanidad y Consumo realizó la primera Encuesta Nacional de Salud (ENS) en 1987 y, a partir de este año, se han realizado cinco ediciones más (1993, 1995, 1997, 2001 y 2003). Pretende recoger información de todo el territorio nacional sobre la salud de la población de España, para poder planificar y evaluar las actuaciones en materia sanitaria y proporcionar la adecuada atención a los usuarios de los servicios de salud. Siendo sus objetivos específicos: 1. Proporcionar información sobre la valoración del estado de salud general e identificar los principales problemas que sienten los ciudadanos (enfermedades crónicas, dolencias, limitaciones de la actividad, ayudas, accidentes). Conocer: 2. el grado de utilización de los servicios de salud y sus características. 3. el uso de determinadas prácticas preventivas. 4. la frecuencia y distribución de hábitos de vida que suponen riesgo para la salud. Y 5. Relacionar la información anterior con las características socio-demográficas de la población.

Se ha presentado un cambio en el diseño respecto a las encuestas precedentes, en las cuales las unidades primarias eran los municipios (conglomerado) y la unidad secundaria era la sección. En la ENS de 2003 las unidades primarias son las secciones censales y la unidad secundaria es la vivienda familiar. En anteriores encuestas se seleccionaba de quien cumplimentaba el cuestionario de adulto por cuotas, en la ENS de 2003, este individuo se selecciona al azar de entre todos los miembros del hogar. La información es recogida mediante entrevista personal directa.

Objetivo general: Información acerca de morbilidad percibida, utilización de servicios sanitarios, comportamiento y hábitos de vida y actividades preventivas

Ámbito:

Poblacional: Personas residentes en viviendas familiares principales.

Geográfico: Nacional.

Nivel de desagregación: Autonómica.

Temporal: Abril 2003 - marzo 2004.

Tamaño muestral:

Adultos (16 y más años): 21.650 entrevistas personales

Niños (0 a 15 años): 6.463 entrevistas a la madre, padre o tutor

Forma de recogida de datos: Entrevista personal directa.

Variables de estudio: Autovaloración del estado de salud, limitación de actividad, uso de servicios sanitarios y de medicamentos, hábitos de vida, cobertura sanitaria.

Variables de clasificación: Edad, sexo, tamaño hábitat, nivel de estudios, ocupación, clase social y nivel de ingresos familiares.

Periodicidad de la difusión: Bienal.

Periodicidad de la recogida de datos: Bienal.

Unidades: Personas físicas.

Figura en el Plan estadística nacional 2001-2004: Sí. Número de inventario P.E.N. 3381

Metodología y Trabajo de campo: Instituto Nacional de Estadística (INE)

El Ministerio de Sanidad y Consumo es la institución promotora de la realización de las Encuestas Nacionales de Salud, la cual encargó al Centro de Investigaciones Sociológicas CIS la preparación y ejecución de las mismas desde el año 1987 hasta el 2001, y al Instituto Nacional de Estadística INE en virtud del Acuerdo Marco de colaboración con el Ministerio de Sanidad, al cual se encargó a partir del año 2003 el diseño, preparación, ejecución, y el tratamiento informático de la información.

5.3.2. El cuestionario

El cuestionario es administrado por un(a) encuestador(a), el cual tiene preguntas filtro, que son preguntadas siempre que quien es entrevistado(a) esté en ciertas situaciones.

La ENS-2003 cambió su formato (cuestionario de adultos o infantil), pasando a componerse de tres cuestionarios: el de Hogar (22.000 hogares) forma parte de la primera fase de recogida de información, y para la segunda fase – cuestionario de adultos o infantil- se selecciona al azar un miembro del hogar, o un miembro menor de 16 años. Así, en este cuestionario se recoge información de todos los miembros del hogar sobre características sociodemográficas, nivel educativo, información laboral, de ocupación, cobertura sanitaria, limitaciones para las actividades de la vida cotidiana y las ayudas para realizarlas. También se recoge sobre determinados aspectos relativos al hogar encuestado (situación económica, cuidado de los niños y trabajo de la casa). Este cuestionario representa una ganancia en información que ayuda a explicar el estado de salud de los miembros del hogar.

No obstante, problemas metodológicos limitan las posibilidades de aporte de información de la encuesta debido a que no se puede cruzar toda la información que hay en el cuestionario de hogar con la información de los cuestionarios de adultos e infantil. Además, aunque corregibles en futuras encuestas, se han detectado sesgos de género tanto en la formulación de las preguntas, como respecto a sus contenidos y a la no recogida de información sobre temas relevantes para la salud de las mujeres.

CUADRO 7: CAPACIDAD PARA IDENTIFICAR LAS DESIGUALDADES DE MUJERES Y HOMBRES EN ROLES REPRODUCTIVOS Y PRODUCTIVOS DE LA ENS

TEMAS CENTRALES	PREGUNTAS RELACIONADAS	LIMITACIONES
<p>Identifica la división sexual del trabajo doméstico</p>	<p>P8.1 ENS-Hogar Quien se ocupa principalmente de los trabajos de la casa.</p>	<p>Una sola pregunta identifica a quien se ocupa principalmente de los trabajos de la casa en general.</p> <p>Falta información desagregada del reparto entre todos y cada uno de los miembros del hogar de un listado específico de las principales tareas domésticas.</p> <p>En consecuencia, No se puede determinar por completo como la división sexual del trabajo doméstico influye en la salud de quienes los realizan</p>

TEMAS CENTRALES	PREGUNTAS RELACIONADAS	LIMITACIONES
<p>Identifica la división sexual del trabajo de cuidados (agentes de salud).</p>	<p>P6.11 ENS-Hogar</p>	<p>Se puede identificar parcialmente, pues solo reconoce la relación de parentesco de la persona cuidadora respecto a las personas cuidadas.</p> <p>La estructura de las preguntas no posibilita el reconocimiento de la relación de parentesco de quien cuida respecto al sustentador principal, y en consecuencia, no se pueda identificar a la persona cuidadora dentro del hogar.</p>
	<p>P7.2 ENS-Hogar (a menores de 14 años)</p>	<p>En consecuencia, No hay capacidad para detectar como la división sexual del trabajo de cuidados influye en la salud de la persona cuidadora.</p>

TEMAS CENTRALES	PREGUNTAS RELACIONADAS	LIMITACIONES
<p>Identifica las situaciones de doble jornada</p>	<p>P6.17 ENS-Hogar Actividad económica de todos los miembros del hogar</p> <p>CRUZADA CON,</p> <p>P8.1 ENS-Hogar Trabajos domésticos</p>	<p>Se puede identificar parcialmente, si quien es entrevistado(a) está en una situación de doble carga con relación a los trabajos domésticos, pero no es posible respecto a las variables de cuidados, al no poder identificar la relación de parentesco de quien cuida respecto al sustentador principal.</p> <p>En consecuencia, es escasa la capacidad de determinar la influencia de la doble carga en la salud de quienes se caracterizan por ella dentro del hogar.</p>

TEMAS CENTRALES	PREGUNTAS RELACIONADAS	LIMITACIONES
<p>Reparto del tiempo de trabajo doméstico y de cuidado, productivo, estudios/formación y ocio/descanso.</p> <p>Acceso a recursos sociales</p>	<p>P6.18 ENS-Hogar Jornada laboral de todos los miembros de la familia.</p> <p>P30 ENS-Adultos Horas de sueño, habituales en un día de la persona entrevistada.</p> <p>P6.7 ENS-Hogar Tipo de cobertura sanitaria para todos los miembros del hogar.</p> <p>P6.15 ENS-Hogar Nivel educativo de todos los miembros del hogar.</p> <p>P6.17 ENS-Hogar Actividad económica de todos los miembros del hogar.</p> <p>P9.1 a P9.3 ENS-Hogar Las fuentes de ingreso regulares del hogar y el importe mensual de estos ingresos.</p> <p>Desde P13 a P22 ENS-Adultos: Uso y frecuencia de los diferentes tipos de asistencia sanitaria.</p>	<p>Sólo se caracteriza el tiempo para el empleo o trabajo remunerado, estudios y el descanso.</p> <p>Pero no se identifica el tiempo dedicado al trabajo doméstico y de cuidados, ni al ocio.</p> <p>La P15a ENS-Adultos trata de registrar la principal causa de no obtener asistencia médica, pero entre sus categorías de respuesta no se incluyen las situaciones en que las tareas reproductivas (cuidados y domésticas) actúan como obstáculo para acceder a los recursos sanitarios.</p>

TEMAS CENTRALES	PREGUNTAS RELACIONADAS	LIMITACIONES
Acceso a recursos de apoyo afectivo y personal	P42 ENS-Adultos: Grado de deseo de la persona entrevistada respecto al apoyo de otras personas.	Ambigüedad de las categorías por las que se pregunta, como al preguntar si recibe ayuda cuando está enfermo en la cama, que no aclara si es ayuda en relación a sus cuidados, o relacionada con la sustitución en las tareas que ha dejado de realizar por estar enferma.
Identifica segregación horizontal	P6.20 ENS-Hogar Ocupación de todos los miembros del hogar. P6.23 ENS-Hogar Actividad económica de la empresa.	
Identifica segregación vertical	P6.20 ENS-Hogar Ocupación de todos los miembros del hogar. P6.23 ENS-Hogar Actividad económica de la empresa.	No incluye nivel de ingresos ni renta del(de la) entrevistado(a).

CUADRO 8: CAPACIDAD DE LA ENS PARA DETECTAR CÓMO LAS DESIGUALDADES DE GÉNERO INFLUYEN EN LA SALUD

GÉNERO- SALUD	CAPACIDAD / PREGUNTAS RELACIONADAS
Capacidad para detectar como la división sexual del trabajo doméstico influye en la salud	<p>NINGUNA.</p> <p>Solo se puede determinar la influencia en la salud de la persona que realiza principalmente los trabajos domésticos cruzando las preguntas de salud del Cuestionario de Adultos con la P8.1 del Cuestionario de Hogar.</p>
Capacidad para detectar como las tareas de los agentes de salud influyen en la salud	<p>NINGUNA.</p> <p>PROBLEMA METODOLÓGICO: no se puede identificar quien es la persona cuidadora dentro del hogar.</p>
Capacidad para detectar como las situaciones de doble jornada influye en la salud	<p>PARCIALMENTE.</p> <p>Solo para el caso de que quien es entrevistado(a) se encuentre con trabajo productivo (P6.17 Cuestionario de Hogar) y además sea quien realiza principalmente los trabajos domésticos (P8.1 de Cuestionario de Hogar).</p> <p>En tal caso, se pueden cruzar ambas preguntas con las preguntas de salud del Cuestionario de Adultos.</p>
Capacidad para detectar como el reparto del tiempo influye en la salud	<p>PARCIALMENTE.</p> <p>Solo, trabajo productivo (P6.18 Cuestionario de Hogar) y horas de sueño (P30 Cuestionario de Adultos).</p> <p>Cruzando la información con las preguntas de salud del Cuestionario de Adultos.</p>

(continúa)

<p>Capacidad para detectar como la segregación horizontal influye en la salud</p>	<p>SI. P6.20 ENS-Hogar Ocupación de todos los miembros del hogar. P6.23 ENS-Hogar Actividad económica de la empresa.</p>
<p>Capacidad para detectar como la segregación vertical influye en la salud</p>	<p>NO COMPLETAMENTE. P6.20 ENS-Hogar Ocupación de todos los miembros del hogar. P6.23 ENS-Hogar Actividad económica de la empresa. Para completar esta información faltaría el nivel de renta de la persona entrevistada</p>

5.4. EL BARÓMETRO SANITARIO

El Barómetro Sanitario es una encuesta de opinión a los usuarios de los servicios de salud, similar a otros barómetros que se llevan a cabo en el contexto internacional¹⁰. En concreto, los **Eurobarómetros sanitarios de la DG Sanidad y Protección de los Consumidores**: desde el otoño de 1973 vienen realizándose encuestas Eurobarómetro dos veces al año por encargo de la Comisión Europea, mediante entrevistas directas en los hogares de los participantes. Los Eurobarómetros ordinarios son encuestas concebidas para sondear la opinión pública europea sobre aspectos de la integración europea y de las actividades de las instituciones europeas. En realidad, están concebidos como encuestas sociales o sobre las condiciones de vida. Sería posible crear módulos de Eurobarómetro especiales, basados en detallados estudios temáticos realizados para distintos servicios de la Comisión Europea u otras instituciones comunitarias, e integrarlos en las distintas rondas de encuestas Eurobarómetro. La DG Sanidad y Protección de los Consumidores ha promovido varios Eurobarómetros especiales sobre la salud. En 2005, la DG Sanidad y Protección de los Consumidores pone en marcha un proyecto de

¹⁰ http://europa.eu.int/comm/health/ph_information/dissemination/reporting/ehss_04_es.htm#4

inventario de 30 años de Eurobarómetros sobre la salud (1973-2003) con el fin de producir un instrumento de análisis y consulta a disposición del público.”

El barómetro sanitario fue puesto en marcha por el MSC en colaboración con el CIS. Los primeros resultados atienden al estudio denominado “Barómetro del Sistema Sanitario” de 1995¹¹.

El barómetro permite conocer la percepción que los ciudadanos tienen de los Servicios Sanitarios Públicos y su opinión sobre medidas vinculadas a objetivos de la política sanitaria. Además, sirve para conocer la penetración real de campañas informativas y obtener la información adecuada sobre el grado de conocimiento o las actitudes de los ciudadanos hacia problemas de salud específicos; para valorar mediante diferentes variantes la evolución de la opinión pública sobre aspectos analizados en el pasado. Los resultados del estudio se obtienen a través de un cuestionario que se realiza en el domicilio del encuestado.

Esta técnica metodológica permite conocer la opinión de la población general independientemente de que éstos hayan ido o no a los servicios sanitarios públicos. Se distribuye entre comunidades autónomas asignando una parte uniformemente y otra proporcionalmente al tamaño de la comunidad. Se califica la percepción que tiene la persona sobre su estado de salud, en la que se distinguen 5 niveles: Muy bueno, Bueno, Regular, Malo y Muy malo.

Según estos objetivos el Barómetro Sanitario permite, de manera transversal y a través de su serie histórica, elaborar conceptos y métodos para explicar la percepción de los ciudadanos sobre el funcionamiento del sistema sanitario (información), obtener una aproximación fiable, homogénea y representativa de la realidad sanitaria (evaluación), clarificar la orientación y el sentido de la actividad dentro del sector, basándose en la exploración de escenarios y en la adecuación a las expectativas de los ciudadanos (aceptación), y proporcionar una medida del respaldo de los ciudadanos a la política sanitaria (legitimación).

¹¹ http://www.cis.es/cis/opencms/ES/1_encuestas/estudios/listaEstudiosYear.jsp?year=1995

Los datos se presentan por oleadas en el Portal del CIS desde 1995¹². En el Ministerio de Sanidad y Consumo se dispone de informes de los últimos cuatro años.

5.4.1. Ficha técnica y diseño de la encuesta

Convenio: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Ámbito: Nacional. Se incluyen las provincias insulares y se excluyen Ceuta y Melilla.

Universo: Población de ambos sexos de 18 años y más.

Tamaño de la muestra: 6.801 entrevistas, distribuidas en dos sub-muestras, de 3.400 y 3.401 entrevistas cada una.

Afijación: No proporcional. Tras asignar 150 entrevistas a cada una de las 17 Comunidades Autónomas, el resto, hasta 6.705, se distribuye proporcionalmente al tamaño de la población de cada Comunidad. La muestra de La Rioja se amplía, para que alcance las 200 entrevistas, y, también, la de alguna otra Comunidad para facilitar la distribución de las entrevistas iniciales en 3 sub-muestras de igual tamaño. El resultado son las 6.801 entrevistas de la muestra.

Las entrevistas se distribuyen por Comunidades Autónomas.

Ponderación: Dado que las tasas de muestreo son diferentes en cada Comunidad Autónoma, es necesario aplicar coeficientes de ponderación para tratar la muestra en su conjunto. Estos coeficientes se adjuntan en la ficha técnica de la sub-muestra correspondiente.

Período de referencia: El Barómetro Sanitario 2004 abarca el período de tiempo que va desde junio a noviembre de 2004. La muestra se ha dividido en 2 sub-muestras distintas, que corresponden a las dos oleadas del Barómetro. Cada oleada, 3.400 y 3.401 entrevistas, tiene representatividad nacional y sus resultados reflejan la situación del país en el período de celebración de las entrevistas. El Barómetro en su conjunto, esto es, la agregación de las 2 sub-muestras, refleja la situación media del período.

¹² <http://www.cis.es/Catalogo/ListaEstudios.aspx?tema=112>

Procedimiento de muestreo: Polietápico, estratificado por conglomerados, con selección de las unidades primarias de muestreo (municipios) y de las unidades secundarias (secciones) de forma aleatoria proporcional, y de las unidades últimas (individuos) por rutas aleatorias y cuotas de sexo y edad. Los estratos se han formado por el cruce de las 17 Comunidades Autónomas con el tamaño de hábitat, dividido en 7 categorías: menos o igual a 2.000 habitantes; de 2.001 a 10.000; de 10.001 a 50.000; de 50.001 a 100.000; de 100.001 a 400.000; de 400.001 a 1.000.000, y más de 1.000.000 de habitantes.

Error muestral: El conjunto de la muestra es representativo a nivel nacional con un error de muestreo del $\pm 1,21\%$ para un nivel de confianza del 95,5 por ciento y en el supuesto de muestreo aleatorio simple.

Las muestras de cada una de las Comunidades Autónomas suponen errores de muestreo distintos en función del número de entrevistas. Como punto de referencia se señala que en sub-muestras con 200 entrevistas el error de muestreo, para un nivel de confianza del 95,5 por ciento en el supuesto de muestreo aleatorio simple, es de $\pm 7\%$; en sub-muestras de 400 entrevistas es de $\pm 5\%$, y en las de 800 entrevistas es de $\pm 3,53\%$.

5.4.2. El cuestionario

El cuestionario se estructura en dos partes diferenciadas:

Una parte fija que analiza los aspectos relacionados con el grado de interés que suscita la sanidad en relación con otras políticas públicas, valoraciones relativas al funcionamiento del Sistema Nacional de Salud en general y de los Servicios Sanitarios Públicos en particular, tipo de aseguramiento sanitario, valoración de la accesibilidad, trato y capacidad técnica en los servicios públicos de Atención Primaria, Atención Especializada (consultas y hospitalización) y Atención a la urgencia, conocimiento y valoración de listas de espera, entre otros aspectos.

Una parte variable cuyo objetivo es explorar de manera puntual otras dimensiones tales como valoración de medidas adoptadas o a adoptar,

impacto de campañas informativas, actitudes frente a diferentes aspectos relacionados con la salud ...

Dentro de la parte fija se incluyen, asimismo, un conjunto de variables de clasificación de carácter sociodemográfico, que permiten conocer la influencia de factores como el género, la edad, la actividad, el nivel de estudios, de renta o el tamaño del hábitat, en la satisfacción con los servicios sanitarios públicos. Esta configuración del cuestionario, parte fija y parte variable, permite tanto conocer la evolución de la opinión pública en aspectos que se consideran nucleares para el Sistema como disponer de un instrumento ágil y consolidado para medir otras cuestiones cuyo interés se suscite en un momento determinado.

Al ser preguntas de opinión sobre el sistema nacional de salud, para su análisis no es procedente aplicar la estructura de clasificación respecto a roles de género en los ámbitos productivos y reproductivos, que se han aplicado a las otras encuestas. No obstante cabe destacar la importancia de las variables demográficas en este cuestionario (sexo, edad, estudios, ocupación, ingresos y nacionalidad), pues permitirá presentar los datos clasificados por sexo. Y además, permitirá comparar las opiniones entre hombres y mujeres, y entre grupos de mujeres.

5.5. LA ENCUESTA DE POBLACIÓN ACTIVA

5.5.1. *Ficha técnica y diseño de la encuesta*

La Encuesta de Población Activa (EPA) es realizada por el Instituto Nacional de Estadística desde 1965. Su principal objetivo es obtener datos de la fuerza de trabajo en relación con sus diferentes características socioeconómicas. De esta encuesta se calculan tasas tan importantes para la toma de decisiones políticas en materia laboral como la de empleo, desempleo y paro.

Tiene una periodicidad trimestral y recoge información de todo el territorio nacional sobre el mercado laboral y algunas características socioeconómicas de la población española. Esta periodicidad permite observar la evolución del mercado laboral. Asimismo, el gran tamaño muestral con el que trabaja (200.000 personas por trimestre) permite hacer cruces y observar de forma desagregada la información sin perder representatividad.

De la EPA se calculan tasas tan importantes para la toma de decisiones políticas en materia laboral como la de empleo, desempleo y paro.

El tipo de muestreo y el sistema de afijación hacen de la EPA una encuesta compleja. La información es recogida en dos etapas (bietápico) y de dos formas distintas: cara a cara y, en su mayor parte, por teléfono. El muestreo es estratificado, es decir, se calcula para que incluya ciertas características que se consideran importantes en la observación de los resultados. En este caso, las unidades de primera etapa quedan constituidas por las secciones censales en las que se tiene en cuenta el número de viviendas familiares para extraer el tamaño de muestra. Este primer criterio garantiza la representación de todos los ámbitos geográficos. Además, también se considera, en segundo lugar, otras características socioeconómicas de la población española, siempre que el municipio sea mayor de 10.000 habitantes.

La información proporcionada por la EPA puede ser comparada con otros países de la Unión Europea ya que se adapta a las definiciones de

EUROSTAT y en la Organización Internacional del Trabajo. En este sentido, se debe tener en cuenta que la metodología de la encuesta se modificó a partir de 2005, en concreto: 1. se incorporaron nuevas variables exigidas por Eurostat (Oficina Estadística de la Unión Europea) en el Reglamento 2257/2003, 2. se centralizó la realización de las entrevistas telefónicas, y 3. se reformularon preguntas del cuestionario.

Los datos de la Encuesta se pueden adquirir mediante la compra de los mismos al INE que los suministra en trimestres desde 1999 (microdatos). Los microdatos es la información servida en bruto, preparada en una matriz de datos para su análisis. Con todo, también se puede solicitar cálculos o análisis a medida al Instituto Nacional de Estadística.

Servicio responsable: Instituto Nacional de Estadística desde 1965.

Ámbito: Todo el territorio Nacional (peninsular e insular, incluido Ceuta y Melilla).

Universo: Población que reside en viviendas familiares principales.

Tamaño de la muestra: 65.000-60.000 familias el trimestre, que equivale a unas 200.000 personas.

Tipo de muestreo: Muestreo bietápico con estratificación de las unidades de primera etapa, constituidas por las secciones censales, y atiende a un doble criterio: en primer lugar se aplica el criterio geográfico (tamaño de hábitat) y, en segundo lugar, socioeconómico (para municipios mayores de 10.000 habitantes son clasificados según la situación laboral de su población, el nivel de estudios, las edades, la ocupación y la renta).

Afijación: Hay tres tipos de afijación: la provincial, la de las secciones censales por criterio geográfico y las del criterio socioeconómico.

Error muestral: Se calcula trimestralmente.

Forma de recogida de información: Entrevista personal directa y telefónica. Cada trimestre se renueva una sexta parte de las viviendas familiares principales que son entrevistadas.

Objetivo general: Obtener datos de la fuerza de trabajo en relación con sus diferentes características socioeconómicas.

Periodicidad de la recogida de datos: Trimestral.

5.5.2. El cuestionario

El cuestionario está preparado para recoger la información por teléfono o ser administrado por un entrevistador. Por supuesto, en el mismo existen preguntas filtro, es decir, que son preguntadas siempre que el entrevistado esté en ciertas situaciones. Consiste en 3 partes:

En primer lugar, se identifica cada uno de los miembros de la vivienda para saber si es o no encuestable. Según la EPA, una persona será encuestable si lleva más de tres meses en la vivienda o menos pero no tiene otra vivienda permanente y en el caso de que la persona esté ausente de la vivienda menos de tres meses o desplazada temporalmente. Además, se recoge la relación de parentesco con la persona de referencia (el informante), su edad y su sexo.

En segundo lugar, se adjunta un breve cuestionario para menores de 16 años encuestables.

En tercer lugar, se adjunta otro cuestionario para personas de 16 y más años encuestables que consiste en:

A. DATOS GENERALES: se trata de una primera batería de preguntas (relación de parentesco, estado civil, sexo, lugar de nacimiento y nacionalidad),

B. RELACIÓN CON LA ACTIVIDAD ECONÓMICA: un segundo bloque que extrae información sobre la situación con la actividad de acuerdo con el periodo de referencia con el que trabaja la EPA (la semana anterior a la realización de la encuesta),

C. CARACTERÍSTICAS DEL EMPLEO: un tercer bloque que trata de detectar situaciones de pluriempleo, tipo de situación laboral y empresa, tipo de contrato, forma de conseguir el empleo, ocupación...

D. BÚSQUEDA DE EMPLEO: un cuarto bloque que se pregunta sobre la búsqueda de empleo en el caso de que así fuera, las formas de esta búsqueda, preferencias y motivos,

E. EXPERIENCIA PROFESIONAL: un quinto bloque que está relacionado con la experiencia profesional del entrevistado en el que también se pregunta por abandono del empleo, motivos,

F. ENSEÑANZA Y FORMACIÓN: un sexto que recoge información sobre el nivel de estudios,

G. INSCRIPCIÓN EN LA OFICINA DEL EMPLEO PÚBLICA: un séptimo que pretende conocer si el entrevistado está inscrito en el INEM,

H. SITUACIONES DIVERSAS: un octavo constituido por una única pregunta sobre la situación en la que el entrevistado se encontraba en la semana de referencia y

I. SITUACIÓN HACE UN AÑO: un último bloque que trata de recoger información sobre la situación laboral hace un año y el lugar de residencia.

Al profundizar en el contenido de las preguntas del cuestionario se detectan preguntas que pueden ayudar a identificar las desigualdades de mujeres y hombres en roles reproductivos y productivos. A continuación se ordenan de acuerdo con los aspectos concretos o los temas centrales que se propuso observar.

Por supuesto, todas ellas deben ser cruzadas por sexo. Muchas otras, además, deberían ser cruzadas con una tercera para identificar algunos de los temas que aquí se proponen. Por ejemplo, para identificar la situación de doble jornada se suele cruzar la población que dice estar trabajando en un empleo remunerado con la población que dice tener la responsabilidad de las tareas domésticas. Sin embargo, esta información no se podrá encontrar en la EPA, pues la Encuesta de Población Activa no incluye la segunda de las preguntas. Tampoco contiene ninguna que haga referencia a la salud de la población española con excepción de si el miembro de la vivienda está ingresado en algún hospital o sanatorio, cuya única finalidad es saber si es o no encuestable.

CUADRO 9: CAPACIDAD PARA IDENTIFICAR LAS DESIGUALDADES DE MUJERES Y HOMBRES EN ROLES REPRODUCTIVOS Y PRODUCTIVOS DE LA EPA

TEMAS CENTRALES	PREGUNTAS RELACIONADAS	LIMITACIONES
Identifica la división sexual del trabajo doméstico	Relación de parentesco(RELPP1/RELPP2)	
	Estado civil (ECIV1)	
	Bloque C- 5: Razones para no trabajar en el empleo	Sólo es posible identificarlo para la población de 16 y más años No existe una pregunta que sea capaz de identificar la responsabilidad del trabajo doméstico. En consecuencia, tampoco se detecta la distribución de la división sexual de este trabajo dentro del hogar. Sólo se puede conocer si está o no trabajando por motivos familiares.
	Bloque C-29: Motivos trabajó un número distinto de horas al habitual	
	Bloque D-11: Motivos de no buscar empleo en las últimas 4 semanas	
	Bloque D-16: Situaciones antes de buscar empleo	
	Bloque D-19: Motivos por los que nos podría empezar a trabajar en esas fechas	
	Bloque E-3: Motivo por el que deja de trabajar	
	Bloque H- 1: Situaciones diversas (sólo ama de casa)	
Bloque I- 3: Situaciones diversas hace un año		

TEMAS CENTRALES	PREGUNTAS RELACIONADAS	LIMITACIONES
<p>Identifica las tareas de los agentes de salud</p> <p>Identifica las situaciones de doble jornada</p>	<p>Bloque C- 5: Razones para no trabajar en el empleo</p> <p>Bloque C- 20: Motivo de jornada parcial</p> <p>Bloque C- 21: Motivo de jornada parcial</p> <p>Bloque C-29: Motivos trabajó un número distinto de horas al habitual</p> <p>Bloque D-11 y 12: Motivos de no buscar empleo en las últimas 4 semanas</p> <p>Bloque D-16: Situaciones antes de buscar empleo</p> <p>Bloque D-19: Motivos por los que nos podría empezar a trabajar en esas fechas</p> <p>Bloque E-3: Motivo por el que deja de trabajar</p> <p>Bloque B- 1: Trabajó la semana de referencia</p>	<p>No identifica los agentes de salud si tiene un trabajo a jornada completa o, en la semana de referencia, transcurrió la vida cotidiana con normalidad.</p> <p>No identifica las situaciones de doble jornada cuando el/la entrevistado/a tiene un empleo a tiempo completo. Sólo en el caso de tener jornada parcial, siempre que el motivo de esta última sea el cuidado de los hijos/ancianos.</p>

TEMAS CENTRALES	PREGUNTAS RELACIONADAS	LIMITACIONES
Identificar el reparto del tiempo (trabajo doméstico y de cuidado, productivo, estudios/formación y ocio/descanso)	Bloque C- 19: Tipo de jornada (completa o parcial) Bloque C-22: Horas semanales por convenio Bloque C-23: Horas semanales trabajadas habitualmente Bloque C-25: Horas en la semana de referencia Bloque C- 32: Tipo de jornada (continuada o partida) Bloque C- 33 y 34: Finalización de la jornada tarde-noche Bloque C- 35 y 36: Trabajo en sábados y domingos Bloque C- 38: Turnos Bloque C- 44: Horas que preferiría trabajar a la semana Bloque F-4: Número de horas empleadas en estudios no oficiales	Sólo caracteriza el tiempo para el empleo o trabajo remunerado y la formación no oficial. No identifica el tiempo dedicado al trabajo doméstico y de cuidado.
Identifica segregación horizontal	Bloque C- 4: Tipo de contrato Bloque C- 13: Ocupación Bloque C- 14: Actividad del establecimiento Bloque C-15: Trabajo interno en otra vivienda familiar	
Identifica segregación vertical	Bloque C- 4: Tipo de contrato Bloque C- 13: Ocupación Bloque C- 17: Horas extras pagadas	No incluye nivel de ingresos ni la renta. La renta se utiliza para la selección de la muestra, extraída de la AEAT, pero no se puede obtener por sexo.

En el cuadro 9 se exponen las preguntas relacionadas con los temas a tratar. Se puede observar las grandes limitaciones que contiene esta fuente de información para detectar la población responsable del trabajo doméstico y del cuidado. Al carecer de este tipo de preguntas no se podrá conocer la existencia de situaciones de doble jornada. Tampoco parece preocuparle el tiempo dedicado al trabajo no remunerado. Por todo ello se puede considerar a la EPA una fuente de información que sigue apostando por una definición de trabajo en términos de empleo o extra-doméstico. De hecho, sí será capaz de identificar situaciones de segregación horizontal y vertical con la excepción del nivel de ingresos.

CUADRO 10: CAPACIDAD PARA DETECTAR CÓMO ESTAS DESIGUALDADES INFLUYEN EN LA SALUD DE LA EPA

GÉNERO- SALUD	PREGUNTAS RELACIONADAS
Capacidad para detectar como la división sexual del trabajo doméstico influye en la salud	Ninguna
Capacidad para detectar como las tareas de los agentes de salud influyen en la salud	Ninguna
Capacidad para detectar como las situaciones de doble jornada influye en la salud	Ninguna
Capacidad para detectar como el reparto del tiempo influye en la salud	Ninguna
Capacidad para detectar como la segregación horizontal influye en la salud	Ninguna
Capacidad para detectar como la segregación vertical influye en la salud	Ninguna

5.6. LA ENCUESTA DEL EMPLEO DEL TIEMPO

5.6.1. Ficha técnica y diseño de la encuesta

La Encuesta del Empleo del Tiempo es realizada por el Instituto Nacional de Estadística. Su objetivo principal es conocer el tiempo dedicado a las actividades que comprenden la vida cotidiana, en especial, aquellas que se enmarca en los llamados tiempos sociales: trabajo remunerado, trabajo doméstico o no remunerado, estudios, ocio y descanso. En concreto, las diferentes actividades de la vida cotidiana se codifican de acuerdo con la lista de Eurostat. Esta lista las agrupa en 10 grandes grupos: cuidados personales, trabajo, estudios, hogar y familia, trabajo voluntario y reuniones, vida social y diversión, deportes y actividades al aire libre, aficiones y juegos, medios de comunicación, y trayectos y empleo del tiempo no especificado. Por supuesto, junto con esta información se recogen las características socio-demográficas de la población (sexo, edad, nivel de estudios alcanzado, estado civil, relación con la actividad y situación profesional, ocupación, nivel de ingresos, tipo de hogar en el que habita, etc), lo que permite conocer el empleo del tiempo de grupos poblaciones concretos (jóvenes, desempleados, ancianos....). La finalidad última de la encuesta también es formular políticas centradas en la familia, en el fomento de la igualdad de género y en la estimación de las cuentas satélites de los hogares.

No es una encuesta periódica. La primera edición tuvo lugar en el año 2002-2003 y no se ha vuelto a realizar una segunda. Esta falta de periodicidad es una de sus principales debilidades ya que imposibilita hacer análisis diacrónicos y tener datos actualizados con cierta frecuencia. No obstante, la muestra con la que trabaja es elevada (con un total de 24.000 hogares), más si se tiene en cuenta la longitud del cuestionario, su hacendosa cumplimentación y el tipo de recogida de información.

La finalidad última de la EET también es formular políticas centradas en la familia, en el fomento de la igualdad de género y en la estimación de las cuentas satélites de los hogares.

Al igual como en la EPA, la información es recogida en dos etapas (bietápico) mediante entrevista individual (cuestionario del hogar e individual) y autocumplimentado (diario de actividades con los horarios de trabajo). El muestreo es estratificado. Las unidades muestrales también son las secciones censales (en primer lugar) en las que se tiene en cuenta las viviendas familiares principales (en segundo lugar). Además, se considera cada Comunidad Autónoma como muestra independiente para garantizar la representatividad a este nivel geográfico, al menos, de las variables principales.

De acuerdo con un estudio piloto realizado en 1996, el tamaño de la muestra se fijó en 10 viviendas para los municipios de más de 50.000 habitantes y en 8 para el resto. Además se aplicó una afijación entre uniforme y proporcional para las Comunidades Autónomas, considerando un mínimo de 350 viviendas familiares por Comunidad. Esta muestra se reforzó en cuatro comunidades autónomas (Andalucía, Cataluña, Galicia y Navarra) interesadas en trabajar con un tamaño mayor para hacer cálculos más desagregados. No obstante, para obtener el tamaño de muestra por estratos (formados por las secciones censales) se aplicó una afijación proporcional. Se obtiene información de todos los trimestres, semanas y días de un año. Para ello, la muestra de secciones se distribuyó uniformemente a lo largo de las 52 semanas de un año. Además, las viviendas familiares quedan divididas en dos submuestras iguales: aquellas que deben cumplimentar el *diario de actividades* un día asignado de lunes a jueves, y aquellas que lo cumplimentan un día de viernes a domingo. Las viviendas se seleccionan aleatoriamente así como la adjudicación de los días de la semana.

De acuerdo con el INE (2004), las encuestas de empleo del tiempo comenzaron a realizarse en el siglo XX en zonas muy localizadas de Europa y Estados Unidos, pero su verdadero impulso se debe al periodo que promueve el Estado de Bienestar en Europa. En estos años los indicadores sociales y económicos recobran un nuevo carácter. Así, en los años 60, la UNESCO propone una normalización metodológica de todas las encuestas sobre la distribución o el empleo del tiempo (time budget studies). De esta iniciativa

surge un estudio piloto a mediados de los sesenta que recoge 11 países (Bélgica, Checoslovaquia, ex-RFA, Francia, Hungría, Bulgaria, Polonia, ex-URSS, Estados Unidos, Yugoslavia y Perú). Con todo, la primera investigación sobre empleo del tiempo realizada en España es de los años 90 CSIC, 1990; CIRES, Centro de Investigaciones sobre la Realidad Social, 1990). Sin embargo, este tipo de estudios tienen en su contra el gran presupuesto que necesitan. Por lo que, por el momento, sólo se cuenta con los datos de la EET del 2002-2003 llevada a cabo por el INE.

Así, la encuesta se ha realizado de manera armonizada con otros países de la Unión Europea, lo que, sin duda, permite ser comparada con otros países. Además, se acoge a las definiciones utilizadas por otras encuestas nacionales, tales como la EPA. Los datos de esta Encuesta se pueden adquirir mediante la compra de los mismos al INE que los suministra (microdatos). Igualmente, se puede solicitar cálculos o análisis a medida al Instituto Nacional de Estadística.

Servicio responsable: Instituto Nacional de Estadística.

Ámbito: Todo el territorio Nacional (peninsular e insular, incluido Ceuta y Melilla).

Universo: Población mayor de 10 años que son miembros del hogar privado no colectivos y que reside en viviendas familiares principales.

Tamaño de la muestra: mínimo de 16.000 viviendas familiares

Tipo de muestreo: Muestreo bietápico con estratificación de las unidades de primera etapa, constituidas por las secciones censales, y las unidades de segunda etapa (viviendas familiares principales).

Afijación: Se establecen unas muestras mínimas por municipio, por Comunidad Autónoma y se distribuye a lo largo de las 52 semanas que tiene un año. Hay tres tipos de afijación: la del tamaño de la población y municipio, la de las secciones censales agrupada por estratos y la de las Comunidades Autónomas.

Error muestral: Calculados por actividad, sexo, horas, tipo de día y Comunidad Autónoma.

Forma de recogida de información: Entrevista personal directa para los cuestionarios del hogar e individuales y autocumplimentado para el diario de actividades.

Objetivo general: Obtener datos del tiempo dedicado a las actividades que comprenden la vida cotidiana.

Ámbito de recogida de información: Desde el 7 de 2002 hasta el 5 de octubre de 2003

5.6.2. El cuestionario

Cuatro son los instrumentos de recogida de información de la Encuesta de Empleo del Tiempo:

1. Cuestionario de hogar
2. Cuestionario individual
3. Diario de actividades
4. Horario de trabajo semanal

El cuestionario del hogar es contestado por una persona familiarizada con la estructura del mismo o con la persona de referencia, considerada así por el hogar. Este cuestionario está compuesto por ocho apartados:

- A. En primer lugar recoge algunos datos sociodemográficos de los miembros del hogar (sexo, edad y parentesco) así como su situación económica (ocupado/a a tiempo completo/parcial, parado/a, jubilado/a, pensionista, tareas domésticas...) (apartado A1). También pregunta sobre el tipo de cuidado recibido por los menores de 10 años (apartado A2),
- B. Sobre la existencia o no de servicio doméstico (apartado B),
- C. características de la vivienda (apartado C) y
- D. equipamiento de la vivienda principal (apartado D),
- E. si son cultivadas plantas o cuidados animales (apartado E),
- F. los ingresos económicos (apartado F) o
- G. si ha recibido algún tipo de ayuda (apartado G).

H. finalmente recoge información sobre la cumplimentación del cuestionario.

El cuestionario individual debe ser contestado por cada uno de los miembros de 10 o más años. La información es recogida mediante entrevista personal siempre que no esté ausente. En ese caso, se proporciona un cuestionario por miembro ausente que deberá ser autocumplimentado. Está formado por doce bloques o apartados:

- A. El primer apartado recoge la relación con la actividad económica, es decir, si el/la entrevistado/a tiene un trabajo remunerado y de qué tipo. La referencia temporal de este apartado es de una semana (igual como ocurre con la EPA) y debe ser cumplimentada por los miembros de 16 o más años. Este bloque, además de tratar de averiguar la situación profesional del/la entrevistado/a, persigue conocer el tiempo dedicado a días libres y vacaciones, la jornada, la ocupación, la actividad de la empresa y los ingresos (apartado A1). Además, se recoge información sobre la existencia de un segundo trabajo, el tipo de ocupación en este segundo y los ingresos que proporciona (A2).
- B. El apartado B busca averiguar si el/la entrevistado/a está buscando otro empleo, los motivos y los cauces para llevar a cabo este objetivo.
- C. El apartado C queda sólo constituido por una única pregunta que trata de averiguar su relación con la actividad. Es decir, si el primer bloque (A) sólo quería averiguar si el/la entrevistado/a estuvo ocupado/a la semana de referencia y, en tal caso, definir algunas características de esta ocupación, en este apartado se pretende conocer la situación económica del/la mismo/a desde una perspectiva más global (ocupado/a, parado/a, jubilado/a, pensionista, realizando laborales domésticas, estudiante...). Esta pregunta también es contestada por los menores de 16 años.
- D. El siguiente bloque (D) persigue conocer si el/la entrevistado/a ayudó de forma no remunerada a otros hogares.
- E. En esta línea, para completar la lista de las actividades propuesta por Eurostat, se pregunta por actividades de voluntariado (apartado E),
- F. asistencia a actividades culturales y de ocio (apartado F),

- G. actividades deportivas (G),
- H. Vida social (H) y
- I. Educación y formación (I).
- J. Un décimo bloque de preguntas (J) atienden al estado de salud percibido del/la entrevistado/a.
- K. Finalmente, otras tres preguntas pretenden recoger la percepción sobre el empleo del tiempo de informante de 16 ó mayor de 16 años (apartado K) y
- L. Otras características generales que son contestadas por toda la población de 10 o más de 10 años (nacionalidad y estado civil).

El diario de actividades también debe ser contestado por cada uno de los miembros de 10 o más años. Este diario trata de recoger las actividades del informante desde las 6:00 de la mañana del día seleccionado hasta las 6:00 del día siguiente, en intervalos de 10 minutos. Además, adjunta una serie de preguntas sobre la cumplimentación del cuestionario (cuándo, dónde) y la valoración personal del día en particular.

Finalmente, el horario de trabajo semanal debe ser contestado por todos los miembros ocupados del hogar. Se cumplimenta junto con el diario de actividades anterior y trata de recoger información acerca de la semana laboral de referencia. Así en una única página, y sobre una cuadrícula en la que están anotadas las 24 horas de un día, debe apuntar los periodos de tiempo en los que trabajó por día de la semana, descontando la pausas tomadas. Además, se pregunta por la valoración de la semana, en concreto, si considera que se trata de una semana habitual o inusual.

Toda esta información permite obtener el porcentaje de personas que realizan una actividad durante un día y/o una semana. También permite disponer del promedio de tiempo diario dedicado a cada tarea y de los ritmos de actividad diaria (porcentaje de personas que realizan la misma actividad en el mismo momento del día).

CUADRO 11: CAPACIDAD PARA IDENTIFICAR LAS DESIGUALDADES DE MUJERES Y HOMBRES EN ROLES REPRODUCTIVOS Y PRODUCTIVOS DE LA EET

TEMAS CENTRALES	PREGUNTAS RELACIONADAS	LIMITACIONES
<p>Identifica la división sexual del trabajo doméstico</p>	<p>Hogar- A1-3: Relación de parentesco</p> <p>Hogar- A1- 5: Relación con la actividad</p> <p>Hogar- B – 3: Disposición de servicio doméstico</p> <p>Hogar- G – 15: Ayudas recibidas de una persona ajena al hogar</p> <p>Individual- A- 3: Razones para no trabajar en el empleo</p> <p>Individual- C- 21: Relación con la actividad</p> <p>Individual- D- 22: Ayuda a personas ajenas al hogar</p> <p>Individual- L- 40: Estado Civil</p> <p>Diario de actividades</p>	<p>Sólo es posible identificarlo para la población igual o mayor de 10 años</p> <p>No existe una pregunta que sea capaz de identificar la responsabilidad del trabajo doméstico.</p> <p>Tampoco existe una única pregunta que registre de forma sencilla y rápida el reparto de la división sexual de este trabajo dentro del hogar.</p> <p>Se puede conocer para un día si se toman todos los diarios de los miembros del hogar y se comparan las actividades destinadas al cuidado, al trabajo remunerado y a las tareas domésticas por cada uno de ellos.</p>

TEMAS CENTRALES	PREGUNTAS RELACIONADAS	LIMITACIONES
Identifica las tareas de los agentes de salud	Hogar- A1- 5: Relación con la actividad Hogar A2-1,2 y 3- Niños atendidos por tipo de persona Hogar A2-4, 5, 6 y 7- Niños atendidos por tipo de institución Hogar- G – 15: Ayudas recibidas de una persona ajena al hogar Individual- A- 3: Razones para no trabajar en el empleo Individual- C- 21: Relación con la actividad Individual- D- 22: Ayuda a personas ajenas al hogar Diario de actividades	No existe una pregunta que sea capaz de identificar las agentes de salud con el cuidado de personas adultas. Tampoco existe una única pregunta que registre de forma sencilla y rápida las tareas destinadas al cuidado de personas dentro del hogar por parte de los miembros de 10 y más de 10 años. Se puede conocer para un día si se toman todos los diarios de los miembros del hogar y se comparan las actividades destinadas al cuidado.
Identifica las situaciones de doble jornada	Individual- A - 1: Trabajó la semana de referencia Diario de actividades	No identifica de forma sencilla las situaciones de doble jornada. Se puede conocer para un día si se toman todos los diarios de los miembros del hogar y se comparan las actividades destinadas al cuidado, domésticas y empleo remunerado.

TEMAS CENTRALES	PREGUNTAS RELACIONADAS	LIMITACIONES
<p>Identificar el reparto del tiempo (trabajo doméstico y de cuidado, productivo, estudios/formación y ocio/descanso)</p>	<p>Hogar A2-1,2 y 3- Niños atendidos por tipo de persona Hogar A2-4, 5, 6 y 7- Niños atendidos por tipo de institución Hogar- B – 3: Disposición de servicio doméstico Hogar- G – 15: Ayudas recibidas de una persona ajena al hogar Individual- A1- 5: Días pactados de descanso o vacaciones Individual- A1- 6: Horas semanales por convenio o pacto Individual- A1- 6: Horario flexible en el trabajo Individual- A1- 7: Tipo de jornada (completa o parcial) Individual- A1- 8: Tipo de jornada (continua o partida) Individual- E- 23a: Actividades de voluntariado Individual- F- 24: Asistencia a actividades culturales y de ocio Individual- G- 25: Actividades deportivas Individual- H- 26: Vida Social Individual- I- 29, 30 y 31: Educación y Formación Individual- K- 36, 37 y 38: Empleo del tiempo Diario de actividades Horario de trabajo semanal</p>	<p>Complejidad del sistema</p>

TEMAS CENTRALES	PREGUNTAS RELACIONADAS	LIMITACIONES
Identifica segregación horizontal	Individual- A1- 10: Ocupación en el trabajo principal Individual- A1- 11: Actividad del establecimiento	
Identifica segregación vertical	Individual- D- 22: Ayuda a personas ajenas al hogar Individual- A1- 10: Ocupación en el trabajo principal Individual- A1- 12: Ingresos	

CUADRO 12: CAPACIDAD PARA DETECTAR CÓMO ESTAS DESIGUALDADES INFLUYEN EN LA SALUD DE LA EET

GÉNERO- SALUD	PREGUNTAS RELACIONADAS	LIMITACIONES
Capacidad para detectar como la división sexual del trabajo doméstico influye en la salud	<p>Individual- J- 33: Estado de salud percibido</p> <p>NOTA: Se debe cruzar con alguna relacionada con la división sexual del trabajo</p> <p>FORTALEZA: Se puede detectar si ha sufrido de alguna incapacidad que influya en su actividad cotidiana con la pregunta 34 y 35.</p>	Se puede detectar cómo influye en el estado de salud percibido, pero no en el real.
Capacidad para detectar como las tareas de los agentes de salud influyen en la salud	<p>Individual- J- 33: Estado de salud percibido</p> <p>NOTA: Se debe cruzar con alguna relacionada con las tareas de los agentes de salud</p> <p>FORTALEZA: Se puede detectar si ha sufrido de alguna incapacidad que influya en su actividad cotidiana con la pregunta 34 y 35.</p>	Se puede detectar cómo influye en el estado de salud percibido, pero no en el real.
Capacidad para detectar como las situaciones de doble jornada influye en la salud	<p>Individual- J- 33: Estado de salud percibido</p> <p>NOTA: Se debe cruzar con las relacionadas con la doble jornada</p> <p>FORTALEZA: Se puede detectar si ha sufrido de alguna incapacidad que influya en su actividad cotidiana con la pregunta 34 y 35.</p>	Se puede detectar cómo influye en el estado de salud percibido, pero no en el real.

<p>Capacidad para detectar como el reparto del tiempo influye en la salud</p>	<p>Individual- J- 33: Estado de salud percibido Individual- K- 36, 37 y 38: Empleo del tiempo Diario de actividades- 4: Sensación de agobio en/por el día registrado</p> <p>NOTA: Se debe cruzar con las relacionadas con el reparto del tiempo</p> <p>FORTALEZA: Se puede detectar si ha sufrido de alguna incapacidad que influya en su actividad cotidiana con la pregunta 34 y 35.</p>	<p>Se puede detectar cómo influye en el estado de salud percibido, pero no en el real.</p>
<p>Capacidad para detectar como la segregación horizontal influye en la salud</p>	<p>Individual- J- 33: Estado de salud percibido</p> <p>NOTA: Se debe cruzar con las relacionadas con la segregación horizontal</p> <p>FORTALEZA: Se puede detectar si ha sufrido de alguna incapacidad que influya en su actividad cotidiana con la pregunta 34 y 35.</p>	<p>Se puede detectar cómo influye en el estado de salud percibido, pero no en el real.</p>
<p>Capacidad para detectar como la segregación vertical influye en la salud</p>	<p>Individual- J- 33: Estado de salud percibido</p> <p>NOTA: Se debe cruzar con las relacionadas con la segregación vertical</p> <p>FORTALEZA: Se puede detectar si ha sufrido de alguna incapacidad que influya en su actividad cotidiana con la pregunta 34 y 35.</p>	<p>Se puede detectar cómo influye en el estado de salud percibido, pero no en el real.</p>

5.7. LOS BARÓMETROS DEL CIS

5.7.1. Ficha técnica y diseño de la encuesta

Los Barómetros del CIS son los estudios más característicos de esta entidad. Su objetivo principal es conocer la opinión y la actitud de la población española ante temas sociales, políticos y económicos de actualidad. La observación de la opinión pública es crucial en la orientación de las estrategias y comunicación políticas. De hecho, de ellos se extraen los indicadores de opinión económicos (indicador de confianza económica, indicador de situación económica actual e indicador de expectativas económicas), políticos (indicador de confianza política, indicador de situación política actual, indicador de expectativas políticas, indicador de confianza del sistema de gobierno/oposición, indicador de la laboral del gobierno y de la oposición), electorales (intención y estimación de voto) e ideológicos (autoubicación ideológica media) que, en su conjunto, miden el pulso político de la población.

De los Barómetros se extraen los indicadores de opinión económicos, políticos, electorales e ideológicos que miden el pulso de la población española en los temas centrales.

La periodicidad de los Barómetros es mensual. El primer Barómetro data de 1979. Cada uno de ellos está compuesto por temas de actualidad, un tema social central y una batería de preguntas que son repetidas en todos ellos. Los anteriores indicadores se extraen de las preguntas fijas de los Barómetros y desde 1996, fecha a partir de la que se unifica la metodología de los Barómetros y permite la observación de los datos diacrónicamente.

La información se recoge en varias fases (polietápico), con una muestra de 2500 personas entre 18 o más años. La afijación es proporcional. Los puntos de muestreo quedan constituidos por 242 municipios y 50 provincias. El muestreo es estratificado por conglomerados. En primer lugar se calcula por municipios (242 municipios en total) y en segundo lugar por secciones de forma aleatoria proporcional. Los estratos se forman con las 17 Comunidades

Autónomas y teniendo en cuenta su tamaño de hábitat se agrupan en 7 categorías. Por último, para las unidades finales (los individuos) se establecen cuotas de sexo y edad y son seleccionados a través de rutas aleatorias de sus viviendas. La información es recogida por medio de entrevista personal.

Los barómetros mensuales del CIS también tienen un contexto internacional de apoyo. Los Eurobarómetros observan el pulso de las sociedades europeas en aspectos relacionados con la Unión, por ejemplo, la constitución europea, la convención, el futuro de la unión o la ampliación europea. Tienen una periodicidad, al menos, bianual desde la década de los setenta.

Los datos de los barómetros del CIS se pueden adquirir mediante la compra de los mismos al Centro de Investigaciones Sociológicas que los suministra en forma de microdatos. Igualmente, se puede solicitar cálculos o análisis a medida o adquirir gratuitamente un resumen a través de la web.

Servicio responsable: Centro de Investigaciones Sociológicas.

Ámbito: Todo el territorio Nacional.

Universo: Población mayor de 18 años.

Tamaño de la muestra: 2.500 personas mensuales

Tipo de muestreo: Muestreo polietápico estratificado por conglomerados.

Afijación: Proporcional

Error muestral: Nivel de confianza del 95,5% (dos sigmas) y P=Q, error +-2,0%.

Forma de recogida de información: Entrevista personal directa.

Objetivo general: conocer la opinión y la actitud de la población española ante temas sociales, políticos y económicos de actualidad

Periodicidad de la recogida de información: Mensual

5.7.2. El cuestionario

Los cuestionarios de los Barómetros de Opinión son cortos. Prácticamente todas las preguntas son cuestiones de opinión con algunas excepciones. Así, este tipo de preguntas contrasta con otras que se dirigen a detectar

características o hábitos de de la población, como se puede observar en el siguiente cuadro. Algunos ejemplos son:

CUADRO 13: EJEMPLOS DE PREGUNTAS DE LOS BARÓMETROS

- P.1. Para empezar, refiriéndonos a la situación económica general de España, ¿cómo la calificaría Ud.: muy buena, buena, regular, mala o muy mala? (opinión)
- P.7. ¿Cuáles son, a su juicio, los tres problemas principales que existen actualmente en España? (opinión)
- P.28a. En todo caso, ¿por cuál de los siguientes partidos siente Ud. más simpatía o cuál considera más cercano a sus propias ideas? (opinión)
- P.34. ¿Tiene Ud. hijos en edad escolar o estudiando? (características demográficas)
- P.33. ¿Cuántos años cumplió Ud. en su último cumpleaños? (características socio-demográficas)
- P.37. ¿Quién es la persona que aporta más ingresos al hogar? (características socio-económicas)

Se contabiliza un total de 40 preguntas que pueden ser divididas en tres bloques:

A. Batería de preguntas comunes:

1. Para empezar, ¿cuáles son, a su juicio, los tres problemas principales que existen actualmente en España?
2. ¿Y cuáles son los tres problemas que a Ud., personalmente, le afectan más?
3. Cambiando de tema, refiriéndonos ahora a la situación económica general de España, ¿cómo la calificaría Ud.: muy buena, buena, regular, mala o muy mala?
4. Y, ¿cree Ud. que la situación económica actual del país es mejor, igual o peor que hace un año?
5. Y, ¿cree Ud. que dentro de un año la situación económica del país será mejor, igual o peor que ahora?

6. Y refiriéndonos ahora a la situación política general de España, ¿cómo la calificaría Ud.: muy buena, buena, regular, mala o muy mala?
7. ¿Y cree Ud. que la situación política actual del país es mejor, igual o peor que hace un año?
8. Y, ¿cree Ud. que dentro de un año la situación política del país será mejor, igual o peor que ahora?
9. Le voy a citar ahora, los nombres de algunos líderes políticos. Le agradecería me indicara con respecto a cada uno de ellos, si lo conoce y qué valoración le merece su actuación política. Puntúelos de 0 a 10, sabiendo que el 0 significa que lo valora muy mal y el 10 que lo valora muy bien.
10. En su conjunto, ¿cómo calificaría Ud. la gestión que está haciendo el Gobierno del PSOE: muy buena, buena, regular, mala o muy mala?
11. Y, en general, ¿cómo calificaría la actuación política que está teniendo el PP en la oposición: muy buena, buena, regular, mala o muy mala?
12. A continuación voy a leerle la lista de los ministros que forman el nuevo Gobierno. Dígame, por favor, para cada uno de ellos si lo conoce y cómo lo valoraría en una escala de 0 a 10, sabiendo que el 0 significa que lo valora muy mal y el 10 que lo valora muy bien.
13. El Presidente del Gobierno, José Luís Rodríguez Zapatero, ¿le inspira, personalmente, mucha confianza, bastante confianza, poca o ninguna confianza?
14. ¿Y el Presidente del PP, Mariano Rajoy, le inspira, personalmente, mucha confianza, bastante confianza, poca o ninguna confianza?
15. Suponiendo que mañana se celebrasen elecciones generales, es decir, al Parlamento español, ¿a qué partido votaría Ud.? (FILTRO) En todo caso, ¿por cuál de los siguientes partidos siente Ud. más simpatía o cuál considera más cercano a sus propias ideas?
16. Cuando se habla de política se utilizan normalmente las expresiones izquierda y derecha. En esta tarjeta hay una serie de casillas que van de izquierda a derecha. ¿En qué casilla se colocaría Ud.?
17. ¿Me podría decir a qué partido o coalición votó Ud. en las elecciones generales de marzo de 2004? (FILTRO) A LOS QUE MENCIONAN UN PARTIDO CONCRETO EN LA ANTERIOR ¿Era la primera vez que votaba

Ud. por ese partido en unas elecciones generales, le había votado ya alguna vez o suele Ud. votar siempre por él en las elecciones generales?, (FILTRO) ¿Y a qué partido solía Ud. votar en anteriores elecciones generales?

B. Algunas preguntas relacionadas con un tema social central. Por ejemplo, durante el primer semestre del año del 2005 los temas de actualidad son los siguientes:

1. Enero 2005, Constitución Europea y conocimiento del Plan Ibarretxe,
2. Febrero 2005, Servicios Públicos o Sociales (ej. opinión sobre la financiación de la educación y sanidad)
3. Marzo 2005, Situación de las mujeres en España y opinión sobre la violencia doméstica
4. Abril 2005, fallecimiento del Papa Juan Carlos III y situación de la inmigración en España
5. Mayo 2005, Empleo y opinión sobre la distribución de horas en la vida cotidiana
6. Junio 2005, Vacaciones

Aunque este conjunto de preguntas suelen variar, en pocos casos los temas pueden repetirse para los mismos meses pero en años distintos. Por ejemplo, en marzo del 2004 se preguntó como en el 2005 sobre la violencia doméstica. De forma más generalizada, todos los meses de diciembre suelen incluir una batería de preguntas sobre expectativas para el año siguiente.

C. Finalmente, el cuestionario contiene una batería de preguntas socio-demográficas y económicas de los entrevistados: edad, sexo, religión, situación económica, actividad económica de la empresa y nivel educativo.

En consecuencia, con este tipo de preguntas y esta estructura, el estudio de los determinantes de salud es algo complejo por varios motivos. En primer lugar, las preguntas son cuestiones de opinión y no de medición de tales determinantes. En segundo lugar, las cuestiones relacionadas con la salud

están dispersas en varios cuestionarios sin orden en la observación establecido. En tercer lugar, esto mismo ocurre con las preguntas relacionadas con la situación de las mujeres y hombres por lo que es aun más difícil encontrar cuestiones que unan la visión conjunta de Salud y Género.

No obstante, entre la batería de preguntas comunes se puede obtener la opinión sobre los problemas actuales que existen en España entre los que se suele nombrar la Sanidad como aspecto crucial en las agendas políticas. También se recogen características socio-demográficas entre las que no se olvida, obviamente, el sexo.

CAPÍTULO 6.

Conclusiones y Recomendaciones

6.1. CONCLUSIONES

1. El género es la construcción social basada en el sexo y responde a tres aspectos: las características atribuidas a las mujeres y hombres, a las relaciones que se establecen entre ellos y al sistema social que las comprende. Igualmente, puede ser entendido tanto como categoría como perspectiva de estudio, y está presente en la realidad social y en su análisis. En consecuencia, se debe tener en cuenta fundamentalmente cuando se intentan comprender las diferencias y semejanzas entre mujeres y hombres en todos los aspectos y ámbitos de sus vidas, como es el caso de la salud, especialmente, si las diferencias o semejanzas afectan a la población creando desigualdades entre grupos.

2. Las desigualdades en salud son diferencias evitables. Desde aquí, el análisis de género trata de averiguar cómo el sistema sexo-género impacta en la salud de mujeres y hombres, pues en ciertos casos, el sistema sexo-género afecta al estado de la salud de los hombres mientras que perjudica sistemáticamente a la salud de las mujeres.

3. Para observar esta realidad social (siempre cambiante), se disponen de estadísticas alojadas en varias instituciones. En esta guía se han revisado tres: el Ministerio de Sanidad y Consumo, el Instituto Nacional de Estadística y el Centro de Investigaciones Sociológicas. Algunas de estas estadísticas están recogidas en el Plan Estadístico Nacional que se aprueba todos los años, y

que incluye todas las estadísticas y trabajos concretos de recogida de información por temas y, por tanto, las previsiones necesarias para los Presupuestos Generales del Estado.

4. Algunas de estas estadísticas están especializadas en detectar propiedades de la salud de la población española y otras contienen indicadores de salud. Por indicador de salud se entiende cualquier característica de un individuo, población o entorno susceptible de medición (directa o indirectamente) que puede utilizarse para describir uno o más aspectos de la salud de un individuo o población (ejemplo: si la comunidad científica hubiera demostrado que trabajar más de un número determinado de horas a la semana perjudica o beneficia de alguna forma a la salud, éste sería también un indicador de salud).

5. Los indicadores de salud con sensibilidad de género deben ser representativos de las principales dimensiones de la salud y de sus determinantes, en los que se expresan las desigualdades de género identificadas por los acuerdos nacionales e internacionales. En este sentido, **el impulso tanto internacional como nacional de las estadísticas con enfoque de género se debe a la Conferencia de Beijing en 1995.**

6. En todas las etapas del proceso de elaboración y publicación de estas estadísticas se pueden producir diversos sesgos de género: en el planteamiento de sus objetivos, recogida de información, elaboración del cuestionario e, incluso, análisis y presentación de resultados. Los diversos sesgos de género se pueden agrupar en dos consecuencias: oscurecer los procesos sociales que explican las diferencias y desigualdades entre mujeres y hombres (por ejemplo, al no preguntar temas relevantes desde esta óptica o no presentar los datos desagregados por sexo) y/o manejar desde el prejuicio la información existente (por ejemplo, menospreciar y vincular ciertas tareas con las mujeres).

7. La información desagregada por sexo es un primer paso necesario para comenzar a detectar diferencias en aquello que se ha preguntado,

aunque no es suficiente. También se debe revisar qué tipo de información se pregunta. Es decir, si las estadísticas recogen los factores más importantes (determinantes sociales) que pueden estar afectando a las diferencias y desigualdades entre ambos sexos, como consecuencia de la influencia del sistema de género en cualquiera de sus formas (sistema social, relaciones sociales y estereotipos).

8. En la exposición y análisis de las estadísticas seleccionadas se ha destacado la **división sexual del trabajo dentro del hogar, segregación vertical y horizontal, agentes de salud, doble jornada y reparto del tiempo.** Este análisis se aplica a aquellas estadísticas que no son exclusivamente de opinión.

9. La **ENS recoge la variable sexo, pero** su enfoque más descriptivo que explicativo, los estereotipos operantes en su diseño, el ser poco exhaustiva y precisa sobre la división sexual del trabajo, y las carencias identificadas que apuntan al olvido de la situación de las amas de casa y de la doble jornada, **tiene limitada su perspectiva de género.**

10. La **Encuesta de Población Activa (EPA)** es uno de los instrumentos políticos más valorados, pues de ella se calculan las tasas de actividad, empleo, desempleo y paro. Si se revisa la encuesta se puede observar que: es capaz de medir la segregación vertical y horizontal, con limitaciones podría sugerir la división sexual del trabajo dentro del hogar y el reparto del tiempo (en lo relacionado con el trabajo remunerado y los estudios) y, con muchas limitaciones incluye tímidamente doble jornada y agentes de salud (aunque no es capaz de identificarlas). Sin embargo, le **es imposible relacionar la información de la EPA con la salud de la población española, pues no incluye ninguna pregunta sobre salud.**

11. La **Encuesta del Empleo del tiempo** es mucho más completa. Esta encuesta permite identificar, con menos limitaciones, cualquiera de los seis aspectos mencionados. Algunas carencias son los cuidados a personas adultas, la medición sencilla de la doble jornada y un sistema muy complejo para identificar el reparto del tiempo. **Contiene una pregunta de estado de**

salud percibido, lo permite relacionar toda la información de esta encuesta con la salud.

12. De los **barómetros del CIS** se extraen los indicadores de opinión económicos, políticos, electorales e ideológicos que miden el pulso de la población española en los temas políticos centrales. Entre la batería de preguntas comunes se puede obtener la **opinión sobre los problemas actuales que existen en España entre los que se suele nombrar la Sanidad como aspecto crucial en las agendas políticas**. También se recogen características socio-demográficas entre las que no se olvida el sexo. Algunos barómetros contienen más preguntas sobre el sistema sanitario, la actitud de los españoles ante temas interesantes relacionados con la salud y el género (ejemplo: discapacidades, violencia, los mayores, la crianza de los hijos). Sin embargo, no existe una periodicidad en estas preguntas.

6.2. RECOMENDACIONES

Además de las Recomendaciones ya recogidas por los organismos internacionales y nacionales, se quiere insistir en algunas recomendaciones relacionadas con las estadísticas y con la aplicación del enfoque de género en un estudio:

1. Los indicadores deberían centrarse en medir los cambios sociales de género a lo largo del tiempo (grado y forma) a nivel individual y estructural, y no solo el **status**.
2. Sería útil que desde los Portales de las instituciones proveedoras de fuentes de información (INE, MSC) se ofrecieran aplicaciones informáticas que permitan a los(las) usuarios(as) realizar de forma autónoma los cruces de variables requeridos para poder realizar una aproximación de género enfocada a los diversos ejes de las desigualdades. Este sistema se puso en marcha con el Censo del 2001.

3. Los Barómetros deberían recoger de forma sistemática (una vez cada año o dos años) una batería de preguntas sobre temas que afectan a la salud de las mujeres y de los hombres desde el análisis de las desigualdades sociales y del género.
4. En ellos, al igual que se recoge la posición ideológica se debería incluir una pregunta sobre posición de género de quien informa, fundamentalmente en aquellos Barómetros cuyo tema de actualidad o estrella esté íntimamente relacionado con las desigualdades entre mujeres y hombres (entre las que también se deben destacar las de salud).
5. El Barómetro sanitario debería incluir preguntas que contribuyan a detectar sesgos de género de la atención sanitaria. Así además de las listas de espera, se podrían incluir preguntas que desagregaran la información sobre la espera, para hacer una aproximación a si la demora en la atención sanitaria depende de la persona atendida (desde que sufrió los primeros síntomas hasta que demandó asistencia sanitaria) o del sistema sanitario (desde que demandó asistencia sanitaria hasta que fue atendida). También, sería relevante la inclusión de preguntas sobre medicalización de la atención sanitaria relacionadas con procedimientos en la atención sanitaria como la ecografía prenatal, ciertas estrategias ante la amenaza de aborto, la detección de diabetes gestacional, la anestesia epidural, las cesáreas, la episiotomía sistemática, las mastectomía, histerectomía y ooforectomía, la detección precoz sistemática de cáncer de útero y de mama, y la terapia hormonal.
6. Para posibilitar la realización de análisis en mayor profundidad sobre los determinantes sociales de las desigualdades en salud sería conveniente incorporar preguntas de salud en estadísticas que no son específicamente de salud como la EPA y la EET aquí analizadas, entre otras.
7. Por último, cinco premisas básicas se deberían tener en cuenta si se pretende que las estadísticas tengan sensibilidad de género. En concreto, todas las estadísticas:

1. Deben ser recogidas por sexo.
2. Las variables y características deben ser analizadas y presentadas con el sexo como clasificación principal y general.
3. Deben hacer posible la comparación de los datos entre hombres y mujeres.
4. Deben hacer posible la comparación de los datos entre grupos específicos de mujeres.
5. Deben reflejar temas de género.

GLOSARIO

EMPODERAMIENTO: Concepto central de la perspectiva de género. Incluye el fortalecimiento de la posición social, económica y política de las mujeres. Su objetivo es reducir o eliminar las relaciones de poder entre los sexos. Es importante destacar que el término poder se utiliza en el sentido de "poder para", —por ejemplo, el reconocimiento de las propias capacidades y habilidades para ejercer influencia, poder y liderazgo en algunas o todas las relaciones sociales, y actuar en función de este reconocimiento— y no en el sentido de poder sobre otras personas (De la Cruz, 1998)

MAINSTREAMING: Enfoque político cuyo objetivo es la integración de las mujeres en la “corriente principal” del desarrollo (reconocimiento de la necesidad de influir en todas las metodologías, análisis, políticas y planificación desde una perspectiva de género). El objetivo inmediato es la mejora de la posición social y económica de las mujeres (De la Cruz, 1998)

ANDROCENTRISMO: Supuesto que considera lo propio y característico de los hombres como centro del universo, parámetro de estudio y de análisis de la realidad y experiencia universal de la especie humana. Confunde la humanidad con el hombre-varón. Es una forma específica de sexismo que se manifiesta sobre todo en la ocultación de las mujeres y en su falta de definición (De la Cruz, 1998)

BARRERAS INVISIBLES: Actitudes resultantes de las expectativas, normas y valores tradicionales que impiden la capacitación (de la mujer) para los procesos de toma de decisiones para su plena participación en la sociedad (Comisión Europea, 1998)

DESIGUALDAD: Diferencias injustas entre individuos y poblaciones. La consideración de justo e injusto es susceptible de diversas interpretaciones.

Una de las interpretaciones de justo e injusto más aceptadas en el área de la salud, es la relacionada a la igualdad de oportunidades de los individuos y grupos sociales. En términos de acceso y utilización de servicios de salud, se relacionaría con las necesidades existentes en los diversos grupos poblacionales, independiente de su capacidad de pago.

DISCRIMINACIÓN DIRECTA: Situación en la que se trata a una persona menos favorablemente en razón de su sexo (Comisión Europea, 1998)

DISCRIMINACIÓN INDIRECTA: Situación en la que una ley, un reglamento, una política o una práctica, aparentemente neutrales, tienen un impacto desproporcionadamente adverso sobre los miembros de uno u otro sexo, a menos que la diferencia de trato pueda justificarse por factores objetivos (Comisión Europea, 1998)

EMPLEO REMUNERADO IRREGULAR Y PRECARIO: Empleo ocasional y generalmente no regido por un contrato en regla ni reglamento salarial o de protección social (Comisión Europea, 1998)

EQUIDAD ENTRE HOMBRES Y MUJERES: Imparcialidad en el trato a hombres y mujeres. Puede tratarse de igualdad en el trato o de un trato diferente, pero que se considera equivalente en términos de derechos, beneficios, obligaciones y oportunidades (Comisión Europea, 1998)

ESTRUCTURA SOCIAL: Este es un concepto que se usa frecuentemente en sociología pero que raras veces se presenta por extenso. Se ha definido simplemente como cualquier forma recurrente de comportamiento social (...) Generalmente se prefiere decir que la estructura social se refiere a relaciones duraderas, ordenadas y tipificadas entre los elementos de la sociedad (...) (Abercrombie, Hill, y Turner, 1998)

GÉNERO: Abarca hipótesis, interpretaciones y conocimientos relativos al conjunto de fenómenos históricos construidos en torno al sexo, además de una categoría de análisis.

IGUALDAD DE OPORTUNIDADES ENTRE HOMBRES Y MUJERES: Ausencia de toda barrera sexista para la participación económica, política y social (Comisión Europea, 1998)

IGUALDAD: es un principio universal que equipara a todos los hombres y mujeres, en sus diferentes condiciones sociales, culturales y económicas, ante la ley y la sociedad (Comisión Europea, 1998).

MINORÍA SOCIAL: Grupo poblacional cuya diferencia física o de otra índole interfiere en la reducción de sus oportunidades sociales para acceder a los recursos económicos, educativos y/o sanitarios así como en la infravaloración de su identidad social y personal.

PERSPECTIVA DE GÉNERO: Tomar en consideración y prestar atención a las diferencias entre mujeres y hombres en cualquier actividad o ámbito dados de una política (Comisión Europea, 1998).

POSICIÓN DE LAS MUJERES: Hace referencia a las características socio-económicas que configuran los niveles materiales de vida determinando la discriminación de las mujeres en relación a los hombres. Trabajar sobre la posición de las mujeres significa introducir cambios en las estructuras y factores que determinan esa desventaja y la desigualdad de oportunidades dentro de la sociedad (De la Cruz, 1998)

RELACIONES DE GÉNERO: Manera en que la cultura define los derechos, responsabilidades y las identidades de las mujeres en relación a los hombres (De la Cruz, 1998)

ROLES ESTABLECIDOS EN FUNCION DEL SEXO: Pautas de acción y comportamiento asignadas a hombres y a mujeres, respectivamente, e inculcadas y perpetuadas según lo descrito en "Contrato basado en las diferencias de género" (Comisión Europea, 1998)

SEGREGACIÓN OCUPACIONAL: La segregación se manifiesta de dos formas diferentes: horizontal (mujeres y varones se distribuyen de manera diferente entre los tipos de ocupaciones del mismo nivel) y vertical (distribución desigual de mujeres y varones en la jerarquía ocupacional). Distintas teorías intentan localizar las causas de esta división de géneros en el mercado laboral a través de factores endógenos (la segmentación del mercado laboral que aprovecha las condiciones sociales específicas de las mujeres para incrementar la productividad, el control de la gestión y los beneficios; la consideración de la mano de obra femenina como «secundaria»; la construcción del concepto de «cualificación»; la semantización del trabajo femenino como «ayuda») y exógenos (la oferta laboral femenina condicionada por el trabajo reproductivo, la informacionalización, la interconexión y la globalización de la economía) a la organización de la producción. Otras teorías han apuntado a factores culturales e ideológicos. (Gómez, 2001:127)

TECHO DE VIDRIO/CRISTAL: Barrera invisible resultante de un complejo entramado de estructuras en organizaciones dominadas por varones, que impide que las mujeres accedan a puestos importantes (Comisión Europea, 1998)

VIOLENCIA DOMÉSTICA/VIOLENCIA EN LA FAMILIA: Toda forma de violencia física, sexual o psicológica que pone en peligro la seguridad o el bienestar de un miembro de la familia; recurso a la fuerza física o al chantaje emocional; amenazas de recurso a la fuerza física, incluida la violencia sexual, en la familia o el hogar. En este concepto se incluyen el maltrato infantil, el incesto, el maltrato de mujeres y los abusos sexuales o de otro tipo contra cualquier persona que conviva bajo el mismo techo (Comisión Europea, 1998)

REFERENCIAS

Abercrombie N, Hill S, Turner S. (1998): *Diccionario de Sociología*. Madrid: Cátedra

Annandale E, Hunt K. (2000): *Gender inequalities in health*. Buckingham: Open University Press.

Beauvoir S. (1949): *El segundo sexo. Vol. II. La experiencia vivida*. (4ª Edición española). Madrid: Cátedra Feminismos, 2000

Borderías C, Carrasco C, Alemany C. (comp.) (1994): *Las mujeres y el trabajo. Rupturas conceptuales*. Barcelona: Icaria

Braidotti R. (2002): "The Uses and Abuses of the Sex/ Gender Distinction in European Feminist Practices", en Griffin G. and Braidotti R. (ed.) *Thinking Differently. A reader in European Women's Studies*. London: Zed Book

Centro de Investigación Sociológica. Barómetros del CIS. [en línea] (varias fechas) disponible en www.cis.es

Comisión Europea (2001): *Recomendación sobre la traducción de gender. Boletines terminológicos y normativos*, boletín nº 29 [Consultado 15/12/2005]. Disponible en:

www.europarl.eu.int/transl_es/plataforma/pagina/celter/bol29.htm

Comisión Europea, Dirección General de Empleo, Relaciones Laborales y Asuntos Sociales, (1998): *100 palabras para la igualdad. Glosario de términos relativos a la igualdad entre hombres y mujeres*. [Consultado 15/12/2005]. Disponible en:

www.europarl.eu.int/transl_es/plataforma/pagina/celter/glosario_genero.htm#G

Chafetz J.S (1992): *Equidad y género. Una teoría integrada de estabilidad y cambio*. (1ª edición en castellano). Madrid: Cátedra

De la Cruz C. (1998): *Guía metodológica para integrar la perspectiva de género en proyectos y programas de desarrollo*. Vitoria: Emakunde

De Salas Nestares, M. I. (2002): *La Comunicación Empresarial a través de Internet*, Valencia: Universidad Cardenal Herrera-CEU

González de la Garza, Luís M. (2004): *Comunicación Pública en Internet*, Madrid, Creaciones Copyright

Harding S. (1987): *Feminism and Methodology: Social Science Issues*. Bloomington: Indiana University Press

Harding S. (1991): *Whose Science, Whose Knowledge?*. Ithaca: Cornell University Press

Harding S. (1993): *Ciencia y feminismo*. (1ª Ed. en castellano). Madrid: Morata, 1996

Hedman B, Perucci F, Sundström P. (1996): *Engendering Statistics, A Tool for Change*, Sweden.

Instituto de información sanitaria. [Consultado 15/12/2005]. Disponible en: www.msc.es/Diseno/sns/sns_sistemas_informacion.htm

Instituto de la mujer (1999): *Las Conferencias Mundiales de Naciones Unidas sobre las Mujeres*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales

Instituto Nacional de Estadística (2005): *Plan de actuación del INE para el año 2005*. [Consultado 15/12/2005]. Disponible en: www.ine.es/ine/planine/planine05.htm

Instituto Nacional de Estadística. *Clasificación Nacional de Ocupación de 1994 (CNO-94)*. [Consultado 15/12/2005]. Disponible en: www.ine.es

Instituto Nacional de Estadística. *Encuesta de Población Activa*. [Consultado 15/12/2005]. Disponible en: www.ine.es

Instituto Nacional de Estadística. *Encuesta del empleo del tiempo. Nivel, Calidad y Condiciones de Vida*. [Consultado 15/12/2005]. Disponible en: www.ine.es/daco/daco42/empleo/general.pdf

Instituto Nacional de Estadística. *Plan de Actuación para el año 2005*. [Consultado 15/12/2005]. Disponible en: www.ine.es/ine/planine2004/planine2004.htm

Instituto Nacional de Estadística. *Plan de Actuación para el año 2006* [Consultado 15/12/2006]. Disponible en: www.ine.es/ine/planine/planine06_nov.pdf

Lagarde M. (1996): *Género y feminismo: Desarrollo humano y democracia*. Madrid: Horas y horas

Larco G, Benites H. (2004): *Proyecto, Promoción de los derechos laborales fundamentales y formación de líderes sindicales en el área andina. Programa educación a distancia para trabajadores*. Programa Laboral de Desarrollo, 2004

López I, Sierra B. (2001): *Integrando el análisis de género en el desarrollo. Manual para técnicos en cooperación*. IUDC/UCM – AECI.

López-García, Guillermo (2005): *Modelos de Comunicación en Internet*, Valencia: Tirant Lo Blanch

Mathieu N.CL. (2002): "Sexo y Género". En: Hirata H, Laborie F, Le Doaré H, Senotier D. *Diccionario Crítico del Feminismo*. Madrid: Editorial Síntesis

Miguélez F, Prieto C. (dir. y coord.) (1999): *Las relaciones de empleo en España*. Madrid: Siglo XXI

Ministerio de Economía y Hacienda. *Plan estadístico nacional del 2005-2008*, [Consultado 15/12/2005]. Disponible en: www.ine.es/normativa/leyes/pen0508.pdf

Ministerio de Sanidad y Consumo. *Barómetro Sanitario*. [Consultado 15/12/2005]. Disponible en: www.cis.es

Ministerio de Sanidad y Consumo. *Encuesta Nacional de Salud edición 2003*. [Consultado 15/12/2005]. Disponible en: www.ine.es

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales: *IV Plan de Igual de oportunidades entre mujeres y hombres (2003-2006.)*. [Consultado 15/12/2005]. Disponible en: <http://www.mtas.es/mujer/piom.htm>

Naciones Unidas (1979): *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, 18 de diciembre*, Oficina de las Naciones Unidas del alto comisionado para los derechos humanos. [Consultado 15/12/2005]. Disponible en:

www.unhchr.ch/spanish/html/menu3/b/e1cedaw_sp.htm

Oakley A. (1972): *Sex, Gender and Society*. New York: Harper and Row, Publishers.

PNUD (2005): *Informe del Desarrollo Humano*. Madrid: Ediciones Mundi-Prensa

Ruiz MT, Verbrugge LM.(1997): "A two way view of gender bias in medicine", *J Epidemiol Comm Health*; 51: 106-109.

Ruiz MT, Verdú M. (2004): "Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico", *Gaceta Sanitaria*; 18 (supl 1): 118-25.

Salaverría, R. (coord.) (2005): *Cibermedios. El impacto de Internet en los medios de comunicación en España*. Sevilla: Comunicación Social

Stoller R. (1968): *Sex and Gender*. London: Hogarth

Unión Europea: *Los retos de la sociedad de la información después de 2005*.

[Consultado 15/01/2007]. Disponible en:

europa.eu/scadplus/leg/es/lvb/l24262.htm

Whitehead M. (1991): "What can be done about inequalities in health?", *Lancet*, 338: 1059-1337

World Health Organization (1984): *Health promotion – a discussion document on the concept and principles*. Copenhagen, WHO

Manuales y Guías:

AA.VV (1992): *Mujeres y desarrollo. Cuadernos de Mujeres de Europa.* Bruselas: Comisión de las Comunidades Europeas.

Esta guía responde a la ejecución de la política comunitaria respecto al tema “Mujeres y Desarrollo” y en ella se abordan los siguientes aspectos: 1. La integración de la dimensión de género en el Marco Lógico, 2. Las distintas etapas del ciclo del proyecto, indicando cómo integrar las consideraciones de género dentro de cada etapa, 3. Temas sectoriales clave importantes para una adecuada comprensión de los problemas de género.

De la Cruz C. (1998): *Guía metodológica para integrar la perspectiva de género en proyectos y programas de desarrollo.* Vitoria: Emakunde/ Secretaría General de Acción Exterior.

Esta guía está estructurada en dos partes. La primera parte contiene una explicación de los elementos conceptuales como son el concepto de género, análisis y perspectiva de género, así como cuestiones referidas a la práctica de planificación y sus herramientas. La segunda parte incorpora, desde una dimensión práctica, todos los temas anteriores al ciclo del proyecto.

Grupo Interinstitucional Género y Agricultura (1999): *Cómo aplicar el enfoque de género en los programas de desarrollo rural.* Nicaragua.

Este documento contiene conceptos, reflexión y análisis, pero sobre todo instrumentos para el diagnóstico, planificación, evaluación y seguimiento desde una perspectiva de género. Este dossier se centra en las particularidades e intereses de las mujeres y los hombres que habitan zonas rurales.

Guzmán V. (1994): *El género en la planificación social. En Sin Morir en el Intento: Experiencias de Planificación de Género en el Desarrollo.* Lima: Entre Mujeres/ Flora Tristán.

En este capítulo, Virginia Guzmán insiste en lo complejo que resulta hablar de indicadores de impacto para evaluar los efectos de proyectos de desarrollo en la situación de las mujeres y expone algunas consideraciones a tener en

cuenta desde una perspectiva más amplia como es la planificación social con perspectiva de género. Además, reconstruye las fases de un programa social: la formulación, implementación y evaluación de los proyectos.

Kabeer N. (1998): “Dictadores benevolentes, altruistas maternas y contratos patriarcales: el género y la economía doméstica”. En *Realidades trastocadas. Las jerarquías de género en el pensamiento del desarrollo*. México: Paidós Mexicana.

Este capítulo se centra en las unidades y toma de decisiones domésticas. La planificación tradicional parte de la premisa de que los miembros de la familia tienen intereses compartidos y de que la toma de decisiones la organiza el jefe de familia, quien actúa de acuerdo a principios altruistas. La autora desvela la realidad en diferentes partes del mundo, ofreciendo propuestas para una planificación más justa y adecuada a la realidad de mujeres y hombres.

López Méndez I, Sierra Leguina B. (2001): *Integrando el análisis de género en el desarrollo. Manual para técnicos de cooperación*. Madrid: IUDC/ UCM, AECI.

Este manual introduce el concepto de análisis de género y sus elementos principales en las acciones de cooperación para el desarrollo y se presentan una serie de pautas para la integración del análisis de género en los procesos del enfoque del marco lógico y en las etapas del ciclo del proyecto.

Moser C. (1995): “Hacia la planificación de género: Una nueva tradición de planificación y metodología planificadora”. En *Planificación de género y Desarrollo. Teoría, práctica y capacitación*. Lima: Red Entre Mujeres/ Flora Tristán.

Este capítulo caracteriza la nueva tradición planificadora de la planificación de género, y delinea sus herramientas, procedimientos y componentes metodológicos.

Moser C. (1995): “Procedimientos operacionales para la implementación de políticas, programas y proyectos de género”. En *Planificación de género y*

Desarrollo. Teoría, práctica y capacitación. Lima: Red Entre Mujeres/ Flora Tristán.

Este capítulo se centra en los procedimientos operacionales del proceso de planificación y hace un examen detallado de la introducción del género al ciclo de planificación del proyecto: identificación, formulación y evaluación del proyecto.

Murguialday C, y otras (2000): *Perspectiva de género en las ONGD vascas.* Bilbao: Seminario Mujer y Desarrollo y Mugarik Gabe.

Esta investigación además de realizar un diagnóstico sobre el grado de integración de la perspectiva de género en las ONGD de la Comunidad Autónoma Vasca, desarrolla un marco teórico de la evolución histórica de las concepciones sobre la participación de las mujeres en el desarrollo, Género y proyectos de cooperación para el desarrollo, Género y educación para el desarrollo y Género y dinámica institucional.

Pérez de Armiño K. (dir.) (2001): *Diccionario de Acción Humanitaria y Cooperación al Desarrollo.* Barcelona: Icaria y Hegoa.

Este diccionario además de sintetizar y analizar gran parte de los conceptos y enfoques del campo humanitario y del desarrollo, también contiene explicaciones de las herramientas para la planificación de género tales como intereses y necesidades de género.

Organización Panamericana de la salud. **Hoja informativa del Programa sobre Mujer, Salud y Desarrollo nº 28, Abril del 2001**

Identifica los problemas de desigualdades relevantes en salud entre hombres y mujeres desde la perspectiva de género