

EMAKUNDE-INSTITUTO VASCO DE LA MUJER

LA EVALUACIÓN DE IMPACTO EN
FUNCIÓN DEL GÉNERO EN LA
SALUD



2021

Título: “La evaluación de impacto en función del género en la salud”

Edita: EMAKUNDE-Instituto Vasco de la Mujer
Manuel Iradier, 36. 01005 Vitoria-Gasteiz

Autoría: Maribel Pizarro

Fecha: Actualizada en julio 2021

INDICE

1. CONTEXTUALIZACIÓN	4
2. ASPECTOS CLAVE A ANALIZAR PARA EVALUAR EL IMPACTO DE GÉNERO	7
2.1. PRESENCIA DE MUJERES Y HOMBRES EN EL SECTOR	7
2.2. DESIGUALDADES EN EL ACCESO A RECURSOS	21
2.3. DESIGUALDADES EN LA PARTICIPACIÓN DE MUJERES Y HOMBRES	33
2.4. INCIDENCIA DE LAS NORMAS SOCIALES Y VALORES	37
2.5. MANDATOS ESPECÍFICOS EN MATERIA DE IGUALDAD	41
3. LEGISLACIÓN.....	46
4. FUENTES DE DATOS	47
5. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.....	51

1. CONTEXTUALIZACIÓN

La salud es una construcción histórica, social, cultural y subjetiva, de carácter multifactorial y complejo, que ha ido variando a lo largo del tiempo y que, a la vez, varía y adquiere diferentes connotaciones y significados según distintos contextos.

Durante siglos la salud fue entendida como "ausencia de enfermedad", hasta que en 1946, año en que se aprobó la constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), aunque entrara en vigor en 1948, modificó el concepto y pasó a definirla como un "estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades".

Dicha definición, que enfatiza la concepción positiva de la salud, si bien supuso un importante avance, no estuvo exenta de críticas debido a su carácter idealista y utópico. De esta forma, aludía a un completo bienestar físico, social y mental, estado de salud inalcanzable para la mayoría de las personas. De la misma manera, se le censuró su concepción estática de la salud, cuando la salud es algo dinámico y cambiante, que puede ir alcanzándose o deteriorándose día a día, debido a causas biológicas, la influencia del medio ambiente o el estilo de vida.

Por ello, en 1986, dentro del concepto de promoción de la salud, la OMS añadió la siguiente idea, de carácter más realista y holístico: "Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas".

No obstante, a la definición de salud de 1946 actualmente mantenida por la OMS se le critica la omisión de la influencia del género y la no consideración de las diferencias entre mujeres y hombres como parámetro a tener en cuenta a la hora de determinar qué cabe entender por salud. Consecuentemente, hay voces que apuestan por realizar un análisis deconstructivo del concepto de salud propuesto por la OMS y repensarlo teniendo en cuenta la categoría de género.

Los acuerdos internacionales, entre ellos la "Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer" (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1979), reconocen la igualdad de derechos y oportunidades entre mujeres y hombres y el derecho de todas las personas a vivir sin sufrir discriminación en todas las esferas de la vida, incluida la salud. Esto supone eliminar las diferencias evitables en las oportunidades de disfrutar de salud y de no enfermar, de sufrir discapacidad o de morir por causas prevenibles, así como asignar y recibir recursos que

promuevan y protejan la salud o que traten las enfermedades, según las necesidades particulares de cada persona.

Son muchos los factores que influyen sobre la longevidad, la calidad de vida, el estado de salud y las enfermedades que padecen las personas (genética, condiciones sociales y económicas, hábitos y comportamientos individuales, condiciones de vida y de trabajo, acceso a recursos sanitarios...), siendo el género un gran determinante de todos estos condicionantes.

De esta manera, la OMS refiere que el género afecta a todas las metas del Objetivo de Desarrollo Sostenible 3, "Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todas las personas en todas las edades", al interactuar con otros determinantes e influir en los riesgos y las exposiciones, los comportamientos y la respuesta del sistema de salud.

Este documento parte de la constancia de que mujeres y hombres enferman y mueren de forma diferente y desigual: de forma diferente porque existen diferencias biológicas y de forma desigual porque la posición que ocupan en la estructura social condiciona sus roles, hábitos, comportamientos y oportunidades, que generan desigualdades sociales en la salud de las personas.

El análisis de los determinantes de la salud muestra que existen diferencias y desigualdades en función del género y la clase social. Si bien la tendencia generalizada sea cada vez más hacia el autocuidado de la salud, los hombres siguen presentando hábitos menos saludables que las mujeres en cuanto a alimentación y consumo de tabaco, alcohol o drogas ilegales. Por el contrario, las mujeres realizan ejercicio físico en menor medida que los hombres. Todo ello influye en la prevalencia de problemas crónicos de salud que, aunque es similar entre ambos sexos, existen diferencias en las enfermedades que padecen más mujeres y hombres. De hecho, una mayor esperanza de vida no significa que los años vividos sean en un buen estado de salud.

Un aspecto a tener en cuenta es que la medicalización es mayor en las mujeres, prescribiéndoles en mayor medida fármacos psicótrpos o sometiénolas a intervenciones o tratamientos cuyo criterio varía según la o el profesional (p. ej. necesidad de cesárea). De esta manera, se desnaturalizan etapas vitales como el embarazo, el parto o la menopausia.

Otra problemática que se aborda en este documento es el de la violencia contra las mujeres, además de ser una violación de los derechos de las mujeres, es considerada por la OMS como un grave problema de salud pública, que afecta negativamente a la salud física, mental, sexual y reproductiva de las mujeres. Las lesiones, el miedo y el estrés asociados al maltrato, señalan Plazaola-Castaño y Ruiz (2004), pueden ocasionar problemas de salud crónicos. Estos problemas abarcan desde dolores osteoarticulares hasta complicaciones cardiovasculares e incluyen síntomas neurológicos recurrentes.

En el apartado sobre valores y normas sociales, se aborda el tema de la maternidad, se analiza la influencia que tiene sobre las mujeres la ideología dominante en nuestras sociedades, que considera este hecho como destino biológico y psicológico para las mujeres, como la única posición sana que tienen, la que las convierte en mujeres “completas y psicológicamente realizadas”.

Finalmente, también se analizan diferentes sesgos de género relacionados con la salud y la enfermedad de las mujeres: en relación al diagnóstico, al esfuerzo terapéutico y a la investigación.

Para corregir esta situación de desigualdad que afecta a la salud de las mujeres y avanzar hacia la igualdad es fundamental dar cumplimiento a los mandatos de la legislación vigente en materia de igualdad, que entre otras cuestiones aborda las siguientes obligaciones:

- El deber de los poderes públicos de mejorar la salud de las mujeres durante todo su ciclo vital, abordando de forma especial aquellos problemas de salud que tienen una mayor incidencia en ellas
- Adoptar iniciativas que favorezcan la promoción específica de la salud de las mujeres; garantizar la igualdad de trato y oportunidades de mujeres y hombres en la investigación y atención relacionada con la salud
- Cubrir las necesidades derivadas del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos; la integración del principio de igualdad en la formación del personal sanitario
- Adoptar medidas para aliviar la carga de trabajo derivada del cuidado de personas con problemas de salud que se realiza en el ámbito doméstico
- Corregir las desigualdades en materia de salud de los colectivos de mujeres más vulnerables.

En definitiva, se trata de promover las condiciones para la igualdad real y efectiva de oportunidades y trato de todas las mujeres en el ámbito de la salud, atendiendo a la diversidad de colectivos y situaciones y velando para que no se produzcan situaciones de discriminación múltiple.

2. ASPECTOS CLAVE A ANALIZAR PARA EVALUAR EL IMPACTO DE GÉNERO

2.1. PRESENCIA DE MUJERES Y HOMBRES EN EL SECTOR

La esperanza de vida al nacimiento en la CAE es de 86,6 años para las mujeres y de 80,8 años para los hombres en el año 2019 (EUSTAT, 2020), lo cual indica que las mujeres vascas viven de media 5,8 años más que los hombres vascos. Si analizamos datos de años previos, los años de vida han tenido una tendencia ascendente continua. De esta manera, tomando como punto de partida el año 1976, la esperanza de vida ha aumentado 9,7 años para las mujeres y 11,2 años para los hombres. Las previsiones esperan que esta tendencia siga siendo dominante.

La mayor longevidad de las mujeres es consecuencia de un menor riesgo de mortalidad a lo largo del ciclo vital. No obstante, el aumento de la longevidad no se traduce necesariamente en un incremento de los años vividos en buen estado de salud, dado que los problemas actuales de salud se caracterizan por su cronicidad. Esta situación lleva a utilizar indicadores como la esperanza de vida libre de discapacidad¹, la esperanza de vida libre de enfermedad crónica² y la esperanza de vida en buena salud³. La incorporación de estos nuevos indicadores ha permitido visibilizar la mayor morbilidad de las mujeres y se han planteado diferentes teorías explicativas (socialización diferencial, diferentes roles laborales y familiares, etc.).

La **esperanza de vida libre de discapacidad** es de 72,8 años para las mujeres y de 70,5 años para los hombres en el año 2018 (EUSTAT, 2020). Este indicador ha disminuido 0,3 años en las mujeres y ha aumentado 1,2 años en los hombres desde el año 2013 (73,1 años mujeres y 69,3 años hombres), lo que reduce la diferencia de género a 2,3 años a favor de las mujeres (3,8 en 2013).

Otro indicador relacionado con la esperanza de vida es la **autopercepción de la salud**. Según la Encuesta de Salud del País Vasco 2018 (Departamento de Salud, 2019)⁴, el 85% de la población de 15 años y más años de la CAE valora su estado de salud como bueno o muy bueno. Las mujeres declaran un peor estado de salud que los hombres, de forma que el 82,1 % de las mujeres y el 87,5 % de los hombres considera que tiene un buen estado de salud. Si bien es cierto que la autopercepción de la salud ha mejorado en ambos sexos desde 2013 (5,4 puntos porcentuales las mujeres y 4,4 puntos porcentuales los hombres), la diferencia de género es de -5,4 puntos. Los

¹ Promedio de número de años libre de incapacidad que le quedan por vivir a una persona a una edad determinada (se calcula con datos de mortalidad y de discapacidad).

² Promedio del número de años libres de enfermedad crónica que aún restan por vivir a una persona en esa edad hasta su fallecimiento.

³ Se define como el promedio de número de años esperados que viva una persona disfrutando de buena salud (en ausencia de limitaciones funcionales o de discapacidad).

⁴ Los indicadores de salud que se presentan en las siguientes páginas provienen de esta encuesta.

hombres tienen una autopercepción de la salud mejor que las mujeres en todos los tramos de edad, pero es entre las personas de 75 y más años donde más se incrementa la distancia de género (casi 11 puntos porcentuales). Además, esta valoración positiva del estado de salud de las mujeres y los hombres de la CAE es superior a la media estatal (71 % mujeres y 77 % hombres y de la UE-28 (67 % mujeres y 72 % hombres).

Asimismo, la percepción subjetiva de buena salud está bajo el influjo de otros determinantes de carácter socioeconómico: a medida que desciende la clase social y el nivel de estudios, disminuye dicha percepción.

Las **enfermedades crónicas** afectan a casi la mitad de la población vasca, el 43 % de las mujeres y el 42 % de los hombres de la CAE padece algún **problema de salud crónico** y su prevalencia aumenta con la edad, superando el 80 % en el caso de las personas de 65 y más años y el 90 % en el de las de 75 y más años.

Las dos enfermedades crónicas más frecuentes en ambos sexos son la hipertensión y el colesterol elevado. La brecha de género se manifiesta de manera más acusada en la prevalencia de otras enfermedades crónicas más frecuentes. En el caso de las mujeres, le siguen la artrosis, el dolor dorsal, los problemas de tiroides, el dolor cervical, el insomnio, la diabetes y la alergia. Por el contrario, en los hombres las patologías más frecuentes después de la hipertensión y del colesterol elevado son la diabetes, el dolor dorsal, los problemas de corazón, la artrosis, el asma, la alergia y los problemas de próstata.

Cuadro 1. Enfermedades crónicas con mayor prevalencia en la población de la CAE.

Problemas crónicos más frecuentes (%). 2018.	Mujeres	Hombres	Dif. M-H
Hipertensión	15,7	15,9	-0,2
Colesterol elevado	11,1	12,4	-1,3
Artrosis	9,6	4,5	5,1
Dolor dorsal	6,8	5,1	1,7
Problemas de tiroides	6,7	0,9	5,8
Dolor cervical	5,0	2,8	2,2
Insomnio	4,7	2,1	2,6
Diabetes	4,6	5,8	-1,2
Alergia	4,4	3,8	0,6
Asma	3,9	4,3	-0,4
Otros problemas crónicos del corazón	3,7	4,5	-0,8

Elaboración propia a partir de la Encuesta de Salud del País Vasco 2018 (Departamento de Salud del Gobierno Vasco, 2019).

La **discapacidad**, entendida como limitación de larga duración, afecta al 9,7 % de la ciudadanía de la CAE, dato que no varía respecto a 2013, siendo mayor el número de mujeres en esta situación. De esta manera, el 10,8 % de las mujeres y el 8,6 % de los hombres tiene limitada su actividad de manera crónica (+2,2 puntos porcentuales las mujeres). La prevalencia de la discapacidad aumenta con la edad, siendo del 13,7 % en las personas de 65-74 años y del 32,1 % en las personas de 75 y más años. En cuanto al alcance de la limitación, las mujeres con algún tipo de discapacidad ven algo más limitada su actividad principal que los hombres.

Cuadro 2. Alcance de la limitación crónica de la actividad.

Alcance de la limitación (%). 2018.	Mujeres	Hombres	Dif. M-H
Limitación parcial en la actividad principal	4,2	2,7	1,5
Limitación total en la actividad principal	5,6	4,5	1,1
Limitación en otras actividades	0,9	1,4	-0,5
Sin limitación	89,2	91,4	-2,2

Elaboración propia a partir de la Encuesta de Salud del País Vasco 2018 (Departamento de Salud del Gobierno Vasco, 2019).

En cuanto a las **causas de la discapacidad**, las enfermedades comunes y las derivadas del trabajo son las más frecuentes en ambos sexos. No obstante, las enfermedades en general son más frecuentes en las mujeres (+4,4 puntos porcentuales). Las mujeres tienen limitaciones crónicas de la actividad por accidentes domésticos en mayor medida que los hombres (+2,1 puntos porcentuales). Por el contrario, las limitaciones de la actividad por accidentes de tráfico son menos habituales en las mujeres (-3,6 puntos porcentuales).

Los accidentes de tráfico son más frecuentes entre los hombres. Esto se ha asociado a factores como la percepción del riesgo y la actitud en la conducción (velocidad, consumo de alcohol, etc.). La progresiva incorporación de las mujeres a la conducción no ha conllevado un aumento significativo de su accidentalidad.

Cuadro 3. Situaciones que causan la limitación crónica de la actividad.

Causas de la limitación crónica de la actividad (%). 2018.	Mujeres	Hombres	Dif. M-H
Enfermedad común	82,5	78,1	4,4
Accidente doméstico	4,0	1,9	2,1
Violencia física	0,0	0,1	-0,1
Otro tipo de accidente	1,8	2,3	-0,5
Enfermedad derivada del trabajo	7,9	8,5	-0,6
Accidente de tráfico	1,4	3,0	-1,6
Accidente laboral	2,4	6,0	-3,6

Elaboración propia a partir de la Encuesta de Salud del País Vasco 2018 (Departamento de Salud del Gobierno Vasco, 2019).

La mayoría de las personas con limitación crónica de la actividad no necesitan **ayuda** ni cuidado de otra persona. Sin embargo, entre quienes la necesitan, es más frecuente que dicha necesidad sea diaria, en menor o en mayor grado. Además, las mujeres en esta situación precisan algo más de ayuda que los hombres.

Cuadro 4. Frecuencia de la ayuda necesaria por limitación crónica de la actividad.

FRECUENCIA DE LA NECESIDAD DE AYUDA (%). 2018.	Mujeres	Hombres	Dif. M-H
Diaria, menos de 24 horas	3,5	2,3	1,2
De vez en cuando	1,6	0,8	0,8
Varias veces por semana	0,8	0,2	0,6
Diaria, 24 horas	0,3	0,3	0,0
No necesita ayuda	93,7	96,4	-2,7

Elaboración propia a partir de la Encuesta de Salud del País Vasco 2018 (Departamento de Salud del Gobierno Vasco, 2019).

Existen dos tipos de **personas que prestan ayuda o cuidadoras**: las personas cuidadoras informales o la familia y las personas cuidadoras formales o las y los profesionales del cuidado.

Según la Encuesta de Salud 2018, el 57,3 % de las mujeres y el 73,2 % de los hombres no institucionalizadas y que precisan cuidados o ayuda para realizar alguna actividad de la vida diaria es asistida por familiares con quienes conviven y el 39,4 % de mujeres y el 25,9 % de hombres por familiares con quienes no conviven, sin perjuicio en ambos casos de recibir, complementariamente, otros apoyos, institucionales o no.

El cuidado prestado por familiares sigue siendo, la principal fuente de cuidados para las personas en situación de dependencia en Euskadi

Cuadro 5. Persona que presta ayuda a la persona que la necesita.

Persona que presta la ayuda (%). 2018.	Mujeres	Hombres	Dif. M-H
Familiar que no convive	39,4	25,9	13,5
Persona contratada	27,7	24,6	3,1
Servicios sociales	11,8	9,2	2,6
Otros	2,0	1,1	0,9
Nadie	0,2	0,0	0,2
Empresa privada	3,1	3,1	0,0
Voluntariado	0,3	0,6	-0,3
Familiar que convive	57,3	73,2	-15,9

Elaboración propia a partir de la Encuesta de Salud del País Vasco 2018 (Departamento de Salud del Gobierno Vasco, 2019).

Respecto a la caracterización de las personas cuidadoras familiares, según la Encuesta de Necesidades Sociales 2018, la prevalencia de personas que asumen responsabilidades especiales de atención o cuidado dentro del hogar (porcentaje sobre el total de la población) es mayor en las mujeres (3,7 %) que en los hombres (2,7 %) y en la franja de 55 a 64 años (6,4 %), seguida de las de 65-74 (4,1 %), 45-54 (4 %) y 75 o más (3,6 %), con diferencias

por sexo (en los hombres el aumento de la pre-valencia de cuidado se concentra en los de más edad).

El perfil mayoritario, entre quienes cuidan es el de mujer (59,8 % versus 40,2 %), de 45 años (84,4 %), de nacionalidad española (95,2 %) y que cuida de una persona en situación de dependencia al menos moderada (el 86,7 % atienden a una persona en situación de dependencia especial).

En cuanto al cuidado formal, las personas contratadas para ello son la segunda fuente de ayuda en ambos sexos, atendiendo al 27,7 % de las mujeres y al 24,6 % de los hombres. La tercera fuente de cuidado son los servicios sociales públicos, siendo ayudadas por estos recursos el 11,8% de las mujeres y el 9,2 % de los hombres.

Estos datos muestran cómo las mujeres que necesitan ayuda son atendidas en mayor medida que los hombres por profesionales, tanto de servicios públicos como privados (+5,7 puntos porcentuales).

En relación a la **salud mental**, el índice de salud mental de las mujeres de la CAE es de 72,4 puntos y el de los hombres de 77,5 puntos⁵, lo que supone una diferencia de género de -5,1 puntos porcentuales. Este indicador ha mejorado sus valores desde la anterior encuesta de salud del año 2013, cuando las mujeres puntuaban 68 y los hombres 73,7. El índice de salud mental disminuye a medida que aumenta la edad y en todos los grupos de edad las mujeres presentan unos valores más bajos que los hombres.

La prevalencia de problemas de salud mental, medida en síntomas de depresión y ansiedad es mayor en las mujeres que en los hombres. Concretamente, las mujeres puntúan +7,2 puntos porcentuales que los hombres en síntomas de ansiedad y depresión (16,5 % mujeres, 9,3 % hombres) en 2018, y a diferencia de periodos anteriores, ha experimentado un descenso significativo del 32,1% en las mujeres y 40% en los hombres respecto a 2013. Esta tendencia se observa en todos los grupos de edad.

En relación a estos datos, se observa cómo las mujeres hacen un mayor uso de **psicofármacos**. Así, el 8,5 % de las mujeres y el 3,7 % de los hombres refiere haber tomado medicamentos para dormir en los dos días previos a la encuesta, mientras que el 7,4 % de las mujeres y el 3,8 % de los hombres expresa haber tomado medicamentos para la ansiedad. De esta manera, la diferencia de género en el consumo de fármacos para dormir es de +4,8 puntos porcentuales y de +3,6 puntos porcentuales en el caso de los fármacos para la ansiedad.

El 3,3 % de las mujeres y el 2,8 % de los hombres ha **pensado alguna vez en suicidarse**, lo que supone un descenso respecto a 2013, donde la proporción era del 5,1% en las mujeres y 3,6% en los hombres; además, el 1,1 %, de mujeres y de hombres, lo ha pensado en el último año. La prevalencia de la ideación suicida varía entre mujeres y hombres según la edad: en ambos sexos el tramo de edad con mayor prevalencia es el de 45-64 años, pero en las mujeres le siguen el de más de 75 años y el de 15-24 años y en los hombres

⁵ Escala de 100 puntos.

el de 25-44 años. Por lo tanto, estas ideas parecen más presentes en las mujeres más jóvenes y más mayores, que en los hombres de dichas edades.

Sin embargo, los datos sobre suicidios llevados a término muestran como el 80 % de los ocurridos en la CAE en 2019 fueron de hombres y el 20 % de mujeres (EUSTAT, 2020). Desde el año 2016 el número de suicidios ha ido disminuyendo, alcanzado en 2014 la mayor tasa en una década (186 suicidios).

La **tasa de mortalidad** de la CAE es de 10 personas por cada 1.000 habitantes (EUSTAT, 2020). El 50,1 % de las personas que fallecieron en 2019 fueron mujeres y el 49,9 % hombres. Por lo tanto, si bien la esperanza de vida continúa siendo mayor entre las mujeres, apenas existen diferencias significativas en la mortalidad.

Los tumores y las enfermedades del sistema circulatorio son las principales causas de defunción en la CAE en 2019. Les siguen las enfermedades del sistema respiratorio, los trastornos mentales y del comportamiento y las enfermedades del sistema nervioso (EUSTAT, 2020).

Las enfermedades del sistema circulatorio son la principal causa de muerte en las mujeres (27,2 %) y los tumores en los hombres (35,1 %). Por el contrario, los tumores son la segunda causa de muerte en las mujeres (23,5 %) y las enfermedades del sistema circulatorio en los hombres (24,9 %). De esta manera, ambas patologías suponen más de la mitad de los fallecimientos en cada sexo.

En el caso de las mujeres, la tercera causa de defunción son los trastornos mentales y del comportamiento (10,5 %), seguida de las enfermedades del sistema respiratorio (9,3 %) y las enfermedades del sistema nervioso (7,9 %). En cuanto a los hombres, la tercera causa son las enfermedades del sistema respiratorio (10,7 %), seguidas de las enfermedades del sistema nervioso (5,1 %) y los trastornos mentales y del comportamiento (5 %).

Cuadro 6. Causas de defunción en la CAE.

Causas de defunción (%). 2019.	Mujeres	Hombres
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	1,5	1,4
Tumores (neoplasias)	23,5	35,1
Enfermedades de la sangre y de órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad	0,7	0,4
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	3,5	2,6
Trastornos mentales y del comportamiento	10,5	5,0
Enfermedades del sistema nervioso	7,9	5,1
Enfermedades del ojo y sus anexos	-	-
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	-	-
Enfermedades del sistema circulatorio	27,2	24,9
Enfermedades del sistema respiratorio	9,3	10,7
Enfermedades del sistema digestivo	4,4	4,5
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	0,4	0,2
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	1,6	0,8
Enfermedades del sistema genitourinario	3,1	2,6
Embarazo, parto y puerperio	0,0	0,0
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	0,1	0,1
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	0,2	0,2
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	3,5	2,0
Causas externas de mortalidad	2,5	4,5

Elaboración propia a partir de la Estadística de Defunciones de EUSTAT (2020).

Según el informe “Mortalidad en la Comunidad Autónoma del País Vasco 2019” (Gobierno Vasco, 2018), la mortalidad de las mujeres y de los hombres ha descendido en el periodo 2001-2017, concretamente 1,6 años de media al año en las mujeres y 1,8 años de media al año en los hombres.

En el caso de las mujeres, el descenso se ha producido en la mayoría de las principales causas de defunción, pero han aumentado algunas enfermedades entre las que se encuentran el tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón, las enfermedades hipertensivas y el tumor maligno de páncreas. En los hombres también han descendido la mayoría de las causas de defunción, pero han aumentado el tumor maligno de páncreas, el tumor maligno de hígado y los trastornos mentales seniles y preseniles.

Los datos de mortalidad del año 2020 son distintos debido a la pandemia del Covid-19, habiendo aumentado el número de fallecimientos y evidenciándose cambios en las causas de defunción. Según el informe “Panorama de la salud 2021” de EUSTAT, los fallecimientos acaecidos en el primer semestre de dicho año aumentaron un 13,6% respecto al mismo periodo del año anterior. De esta manera, el 13,7 % del total de defunciones (1.721) fueron por Covid-19, situando a esta enfermedad como tercera causa de mortalidad, por detrás de los tumores y las enfermedades del sistema circulatorio. El peor mes fue abril, cuando el Covid-19 fue la primera causa de mortalidad. La enfermedad afectó casi por igual a mujeres y hombres, mientras que la edad fue un factor determinante: el 72,5 % de las

defunciones correspondió a personas mayores de 80 años y el 24,8 % a personas de 60-79 años.

A continuación, se analizan los **hábitos de vida** y se incluye información sobre factores de riesgo para la salud (consumo de tabaco, alcohol, hábitos alimentarios...); así como de conductas que favorecen la buena salud.

En líneas generales, fuera del contexto de la pandemia, los **hábitos de vida poco saludables** y las conductas de mayor riesgo adoptadas por la población en general explican gran parte de la mortalidad que se produce. Este tipo de hábitos y conductas negativas para la salud suelen estar mucho más presentes entre los hombres que entre las mujeres, lo que explicaría las diferencias en mortalidad entre ambos sexos. Sin embargo, cada vez son más las voces que apuntan a que los patrones de mortalidad de mujeres y hombres han ido progresivamente asemejándose, debido a que los roles sociales de las mujeres se han ido transformando sustancialmente en los últimos años en los países occidentales.

El **consumo de tabaco** constituye un importante factor de riesgo de enfermedad y de muerte. La Encuesta de Salud del País Vasco 2018 (Departamento de Salud, 2019) informa que el 13,5 % de las mujeres y el 20,1 % de los hombres **fuma** habitualmente, lo cual supone una diferencia de género de -6,6 puntos porcentuales. El tabaquismo se ha ido reduciendo a lo largo de los años, que ha sido del 22% entre 2013 y 2018, ha sido mayor en las mujeres (25,4%) que en los hombres (18,6%), a excepción de la franja de 65-74 años, donde las mujeres duplican su consumo (del 4,3% al 8,6% en 2018), aunque sin llegar al nivel que los hombres tienen en ese mismo grupo de edad (13%)

La prevalencia del tabaquismo de los hombres supera al de las mujeres en todos los grupos de edad; las mayores diferencias se observan en los grupos de 25-44 años y 75 y más años, rondando los 9 puntos porcentuales. En el caso de las mujeres, la proporción más alta del consumo de tabaco está en el grupo de 45-64 años, mientras que en los hombres es en una franja de edad más temprana (25-44 años)

En cuanto a la evolución del consumo de tabaco en el último año, se aprecia una disminución de las personas que refieren fumar más que el año anterior, la cual es más evidente en las mujeres. De esta manera, mientras que en 2013 el 15,7% de las mujeres refería fumar más que el año previo, en 2018 lo manifiesta el 9,9 % de las mismas. En el caso de los hombres, en 2013 expresaba fumar más que el año anterior el 10,8% de los mismos, frente al 9,2 % que lo declara en 2018.

El consumo frecuente de tabaco en los hombres manifiesta un gradiente ascendente desde la clase social alta (12%) a la más desfavorecida (30%). En las mujeres no se observa un patrón claro de hábito de consumo.

Con relación al **consumo de alcohol**, el 10,9 % de las mujeres y el 17,3% de los hombres tiene un alto riesgo de tener problemas de salud a largo plazo debido a su consumo de alcohol, lo cual supone un riesgo -6,4 puntos porcentuales a favor de las mujeres. El consumo de alcohol de alto riesgo a largo plazo ha disminuido un 29% en 2018, respecto a 2013 siendo esta reducción más acusada en los hombres que en las mujeres: el 14,5 % de las mujeres y el 25,5 % de los hombres se situaba en dicho riesgo. Teniendo en cuenta la edad, en las mujeres el mayor riesgo se concentra entre los 45-64 años y los 15-24 años, mientras que en los hombres ocurre entre los 65-74 años y los 45-64 años. De hecho, excepto en el tramo de edad más joven (15-24 años), los hombres presentan mayor riesgo que las mujeres de padecer problemas de salud derivados de su consumo de alcohol.

En cuanto a la frecuencia del consumo de alcohol en el último año, en los hombres la frecuencia más habitual es diaria (20,3 %), seguida de una vez a la semana (18,2 %), mientras que en las mujeres lo más frecuente es no beber alcohol (33,4 %) o hacerlo menos de una vez al mes (16,6 %). La edad de inicio en su consumo se sitúa principalmente entre los 16-18 años, tanto en las mujeres como en los hombres (mujeres 54 %, hombres 64,2 %). Frente al 14,1 % de los hombres que comienza a tomar alcohol antes de los 16 años, lo hace el 8,9 % de las mujeres. De esta manera, en segundo lugar, en las mujeres es más frecuente empezar a consumirlo a partir de los 20 años (21,3 %), mientras que en los hombres lo es antes de los 16 años.

Sobre el **consumo de drogas ilegales**, la Encuesta sobre Adicciones en Euskadi 2017 muestra cómo se da principalmente entre los 25 y 34 años, tanto en mujeres como en hombres, aunque es más habitual su consumo entre los segundos. Así, el 2 % de las mujeres y el 6,3 % de los hombres de entre 25 y 34 años refiere haber tomado alguna sustancia ilegal⁶ en el último año.

A continuación, se analizan los hábitos de vida saludables de la población vasca en cuanto a la realización de actividad física y la alimentación sana por su vital importancia en la prevención de enfermedades prevalentes como las de tipo musculoesquelético, cardiovascular y oncológico. Asimismo, también se aporta información sobre la cara opuesta de estos hábitos y que suponen factores de riesgo para la salud.

En cuanto a la práctica de **actividad física**, la Encuesta de Salud del País Vasco 2018 revela que el 73,5 % de las mujeres y el 80,1 % de los hombres realiza actividad física saludable, lo cual supone una diferencia de género de -6,6 puntos porcentuales.

Ha aumentado la prevalencia de la práctica de actividad física de manera generalizada desde la encuesta anterior, de forma que en 2013 el porcentaje de mujeres que realizaba actividad física saludable era del 65,2 % y el de los hombres del 73,7 %; aun así, el porcentaje de hombres que practica ejercicio físico es mayor al de las mujeres en todos los intervalos de

⁶ Cannabis no incluido.

edad, especialmente en los tramos de 65-74 años (72 % mujeres y 84 % hombres) y 75 y más años (53 % mujeres y 73 % hombres).

Con respecto al **grado de actividad física** que realizan mujeres y hombres, las primeras tienden a realizar en mayor medida actividades de intensidad moderada (+9,7 puntos porcentuales) o baja (+6,6 puntos porcentuales), y en menor medida actividades de una intensidad alta (-16,3 puntos porcentuales), la cual es más preferida por los hombres. No obstante, se aprecia un ligero ascenso en el número de mujeres que realizan actividad de intensidad alta desde el 2013 (+2 puntos porcentuales).

Cuadro 7. Grado de intensidad de la actividad física practicada.

Grado de actividad física (%). 2018.	Mujeres	Hombres	Dif. M-H
Moderado	51,8	42,1	9,7
Bajo	26,5	19,9	6,6
Alto	21,7	38,0	-16,3

Elaboración propia a partir de la Encuesta de Salud del País Vasco 2018 (Departamento de Salud del Gobierno Vasco, 2019).

En las mujeres, la práctica de ejercicio físico desciende gradualmente a medida que aumenta la edad: 83% de las jóvenes de 15-24 años frente al 53% en las de 75 y más años. Este patrón de conducta no es igual en los hombres, donde el 84% de los que tienen 65-74 años, junto a los más jóvenes (86%), son los que realizan más actividad física saludable.

Los principales **motivos para no realizar ejercicio** son compartidos entre mujeres y hombres: la falta de tiempo por motivos laborales u obligaciones familiares (mujeres 48,7 %, hombres 50,8 %), la falta de voluntad (mujeres 26,3 %, hombres 28,4 %) y los problemas de salud (mujeres 22 %, hombres 17 %). A pesar de que no existan grandes diferencias entre los porcentajes asociados a cada razón para no practicar ejercicio físico, los problemas de salud tienen mayor peso entre las mujeres, mientras que, en menor medida, la falta de motivación y la falta de tiempo son algo más expresados por los hombres.

Hábitos alimentarios. La OMS recomienda el aumento del consumo de frutas y verduras como componentes esenciales de una dieta saludable. Según los últimos datos de la Encuesta de Salud del País Vasco 2018, los consumos diarios de fruta y verdura han aumentado un 10% y 21% respectivamente. Las mujeres se cuidan más que los hombres en relación a la alimentación. De esta manera, su consumo de fruta, verdura y pescado es mayor (verdura +10,2 puntos, fruta +8,7 puntos, pescado +4,5 puntos), mientras que el de carne, embutido y dulces es menor (carne -8,3 puntos, embutidos -5,9 puntos, dulces -1,9 puntos).

Cuadro 8. Consumo habitual de distintos tipos de alimentos (a diario, semanalmente).

Consumo frecuente de alimentos (%). 2018.	Mujeres	Hombres	Dif. M-H
A diario			
Verdura	37,5	27,3	10,2
Fruta	76,6	67,9	8,7
3 o más veces a la semana			
Pescado	38,2	33,7	4,5
Dulces	16,7	18,6	-1,9
Embutidos	13,9	19,8	-5,9
Carne	50,5	58,8	-8,3

Elaboración propia a partir de la Encuesta de Salud del País Vasco 2018 (Departamento de Salud del Gobierno Vasco, 2019).

Estos datos ayudarían a comprender en una parte importante los mayores porcentajes de **sobrepeso** entre los hombres. De esta manera, mientras que el 27,4 % de las mujeres presenta sobrepeso, el porcentaje asciende al 40 % en los hombres. Esto supone una diferencia de -12,6 puntos porcentuales a favor de las mujeres. Cabe mencionar que la proporción de personas con un peso corporal superior al normal para su estatura ha experimentado un ligero descenso desde la encuesta de 2013, habiendo disminuido 0,8 puntos porcentuales en las mujeres y 3 puntos porcentuales en los hombres.

Sin embargo, no hay tanta distancia entre ambos sexos en cuanto a la **obesidad**: el 11,4 % de las mujeres y el 13,7 % de los hombres presenta obesidad, lo cual supone -2,3 puntos porcentuales a favor de las mujeres. Este valor también ha experimentado un ligero descenso general, que es mayor en las mujeres (-1,2 puntos porcentuales en las mujeres, -0,2 puntos porcentuales en los hombres).

Por el contrario, el **peso insuficiente** es claramente más frecuente entre las mujeres. De esta manera, el 3,3 % de las mismas presenta un peso bajo, frente al 0,8 % de los hombres (+2,5 puntos porcentuales). Concretamente, la mayor diferencia entre mujeres y hombres se observa en el grupo de edad de 15 a 24 años (+5,5 puntos porcentuales) y en menor medida, en el de 25 a 44 años (+3,8 puntos porcentuales).

La relación que mujeres y hombres establecen con la alimentación es diferente. Así, mientras los hombres asocian el comer con algo placentero, en las mujeres aparecen en mayor medida algunos elementos conflictivos. De esta manera, las **dietas** y los controles autoimpuestos para conseguir un cuerpo que se acerque al ideal de belleza aceptado por la sociedad, así como la realización de actividad física en exceso para adelgazar, son conductas que aparecen con mayor frecuencia entre las mujeres.

La manifestación más extrema y patológica de un conflicto con la alimentación la encontramos en los **Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)**, entre ellos la anorexia y la bulimia. Este tipo de trastornos se vinculan en mayor medida a las mujeres y a la adolescencia. Según datos de prevalencia de los TCA recogidos por NEDA (National Eating Disorders Association), van a desarrollar anorexia entre 0,9 %-2,0 % de las mujeres y 0,1-0,3 % de los hombres

y anorexia subclínica un 1,1-3,0 % de las chicas adolescentes. Entre 1,1 %-6 % de mujeres y 0,1, %-0,5 % de los hombres van a desarrollar bulimia y bulimia subclínica ocurre en 2,0-5,4 % de las chicas adolescentes.

En la sociedad occidental actual, existen una serie de factores de tipo socio-cultural que están relacionados con la aparición de este tipo de problemáticas de salud en las mujeres: la creación e imposición de un determinado estereotipo de lo bello y lo sano (las industrias de la belleza, la esbeltez, la salud y la juventud); la construcción de la feminidad y de la relación de las mujeres con sus cuerpos tienen como rasgo esencial el autocontrol, las mujeres vigilan lo que comen, cómo se visten, hablan, se sientan, caminan, se comportan, etc.; las exigencias derivadas de la imposición de un cierto modelo de feminidad basado en la necesidad de triunfar profesionalmente a la vez que asimilarse al modelo idealizado de mujer, le lleva a una lucha constante para conjugar responsabilidades domésticas con trabajo remunerado; muy vinculado a lo anterior, la creación de ficciones sobre mujeres que lo pueden hacer todo (super-woman); la creencia de que la competencia por el poder y el estatus se realiza en condiciones de igualdad, así como una sexualidad marcada por los medios audiovisuales en los que el aspecto físico es primordial, pone a las mujeres en una posición de contradicción y frustración al tener que enfrentarse a modelos inalcanzables, irreales y contradictorios; y el culto a la juventud, el miedo a envejecer y a la muerte. (Bullen, L y Pecharrómán, B, 2005).

Otro hábito relacionado con la salud es el **sueño**. El sueño influye en el rendimiento diario y en la actividad física y mental. Según la Encuesta de Salud del País Vasco 2018, una mayor proporción de mujeres duerme menos horas que los hombres, de manera que las mujeres que dedican 7 o más horas al sueño suponen el 77,1% y los hombres el 81,9 % (-4,8 puntos porcentuales). El 22,8% de las mujeres y el 18 % de los hombres duerme de 5 a 6 horas (+4,8 puntos porcentuales) y el 0,1 % de cada sexo lo hace menos de 5 horas.

La falta de prácticas preventivas relacionadas con la **sexualidad** o la mala utilización de las mismas puede causar problemas de salud, como por ejemplo la infección por VIH/SIDA, las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) o la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) no deseado.

El informe "Juventud vasca 2016" del Observatorio Vasco de la Juventud muestra cómo el 15,2 % de la juventud con experiencia sexual ha mantenido alguna **relación sexual de riesgo** en el año anterior a ser preguntada: concretamente, el 13,2 % manifiesta haber tenido alguna relación sexual con riesgo de embarazo no deseado o de contraer una ETS y el 2 % expresa haber realizado alguna práctica con riesgo de contraer alguna ETS, pero no de embarazo.

Las relaciones sexuales de riesgo se encuentran algo más extendidas entre los chicos, de manera que el 13,4 % de las chicas y el 16,9 % de los chicos con experiencia sexual refiere haber mantenido alguna relación de riesgo en el último año (-3,5 puntos porcentuales), y el porcentaje de las personas con prácticas de riesgo disminuye a medida que aumenta la edad.

La Encuesta de Anticoncepción en España 2020 de la Sociedad Española de Contracepción (datos estatales) revela que el 61,4 % de las mujeres en edad fértil nunca mantiene relaciones sexuales sin utilizar un **método anticonceptivo**, mientras que el 21,3 % expresa mantener relaciones con bastante frecuencia sin medidas de protección (el 15,8 % casi nunca mantiene relaciones sin método anticonceptivo). El método más ampliamente empleado por las mujeres es el preservativo, seguido de la píldora anticonceptiva. El 38,4 % de las mujeres declara haber recurrido a la píldora postcoital en alguna ocasión.

En cuanto a la **Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE)**, en 2018 se han realizado 3.717 interrupciones voluntarias de embarazo, cifra que supone 177 IVEs más que las realizadas en 2017. El 95,7% del total han correspondido a mujeres residentes en la CAE. Al analizar la edad de las mujeres que han interrumpido sus embarazos se observa que estos son más frecuentes entre los 20 y los 39 años (82,1% del total), pero 7 menores de 15 años han solicitado interrumpir su embarazo, al igual que lo han hecho 318 menores/jóvenes de menos de 20 años. Asimismo, 27 mujeres con más de 44 años se han sometido a una IVE (Departamento de Salud del Gobierno Vasco, 2016)⁷.

El segmento más numeroso lo constituyen las mujeres que residen en pareja (40,6%); un 25,5% cuenta con estudios superiores y un 35,7% con bachillerato o formación profesional. Las interrupciones debidas a riesgo grave de la salud de la embarazada suponen el 1,5% del total, los riesgos graves de anomalías en el feto originan el 0,8% y las anomalías incompatibles con la vida generan el 4,1% de estas interrupciones, siendo la solicitud de la mujer embarazada el motivo mayoritario de estas IVEs (93,6% de los casos).

Con respecto al virus **VIH**, en el año 2019 se diagnosticaron 147 nuevos casos en la CAE, lo que sitúa la tasa por 100.000 habitantes en 7,72. El 83 % de los casos fueron hombres y el 17 % mujeres. El 57,8% de los casos se produjeron mediante relaciones homosexuales, el 38,8 % mediante relaciones heterosexuales, el 2,7 % por consumo de drogas vía parenteral y el 0,7 % por vía de transmisión desconocida (Departamento de Salud del Gobierno Vasco, 2020).

Otro factor que se considera determinante en la salud es el **apoyo social**, afectivo o confidencial, entendida como la red de personas dispuestas a prestar ayuda en momentos de inestabilidad psíquica, debilidad física o vulnerabilidad personal o social. Según la Encuesta de Salud del País Vasco 2018, la media de apoyo social confidencial, esto es, la posibilidad para contar con personas para comunicarse, es similar en ambos sexos (30,5 puntos las mujeres y 30,7 puntos los hombres)⁸. De igual manera, no existen diferencias significativas en cuanto a la media de apoyo afectivo o demostraciones de amor, cariño y empatía (17,7 puntos las mujeres, 17,8 puntos los hombres)⁹.

⁷ Más información en el apartado de esta guía: Servicios y programas específicos de salud dirigidos a las mujeres. Salud reproductiva.

⁸ Según la escala Duke, se considera falta de apoyo social confidencial una puntuación ≤ 21 .

⁹ Según la escala Duke, se considera falta de apoyo social afectivo una puntuación ≤ 12 .

La prevalencia de personas con falta de apoyo social confidencial es mayor en las mujeres, de manera que el 5,7 % de las mujeres y el 4,3 % de los hombres carece de con quién comunicarse (+1,4 puntos porcentuales). En menor medida, también es algo mayor la prevalencia de mujeres con falta de apoyo social afectivo (4,5 % mujeres, 4,3 % hombres).

Tanto en mujeres como en hombres se observa una disminución de la falta de apoyo social confidencial y afectivo respecto la encuesta de salud previa de 2013 en todas las edades y de forma más intensa en los grupos de mayor edad.

La presencia de la mujer en las profesiones de la salud en la CAE

la rama de actividades sanitarias da empleo a 62.078 personas, lo que supone el 6.7% de los empleos de la CAE, según refleja el "Panorama de la Salud 2021". La mayoría de estas personas (55%) trabaja en actividades hospitalarias y el 75% son mujeres.

El número de profesionales colegiados, que da razón de los recursos humanos disponibles para la asistencia sanitaria, señala al personal de enfermería como el colectivo más numeroso (16.826), seguido de medicina (12.045), farmacia (3.196), fisioterapia (2.887), odontología (1.856) y psicología (1.849). En todos los recursos humanos, la presencia de la mujer es mayoritaria, especialmente en el caso de enfermería (90%). En términos comparativos, la C.A. de Euskadi se sitúa entre las Comunidades Autónomas con mayores tasas de profesionales de la medicina colegiados en activo (5,5 por cada 1.000 habitantes) y de enfermeras y enfermeros (7,7 por cada 1.000 habitantes).

2.2. DESIGUALDADES EN EL ACCESO A RECURSOS

La forma en la que se distribuye el poder en la mayoría de las sociedades hace que las mujeres tengan menos acceso y control sobre los recursos necesarios para proteger su salud y menos probabilidades de intervenir en la adopción de decisiones en materia sanitaria.

Siguiendo a Solar, Irwin y Navarro, se identifican dos principales elementos para explicar las causas de las desigualdades entre mujeres y hombres en la salud: los factores estructurales y los factores intermedios. Los primeros se componen del contexto socioeconómico y político y de la estructura social. La estructura social determina desigualdades en los factores intermedios, que son los que a su vez determinan las desigualdades en salud. Estos factores incluyen los recursos materiales y el sistema de salud (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015).

Recursos materiales

Por recursos materiales se entienden las condiciones de empleo y trabajo, la carga de trabajo no remunerado, el nivel de ingresos y la situación económica y patrimonial, la calidad de la vivienda y sus equipamientos y el barrio o área de residencia y sus características. Estos recursos influyen en procesos psicosociales como la falta de control, el apoyo social y las situaciones de estrés, así como en conductas que afectan a la salud (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015).

A continuación, se analiza la situación de mujeres y hombres en cada uno de estos recursos.

Las **condiciones de empleo y de trabajo**, son un determinante de las desigualdades sociales en salud. El trabajo remunerado proporciona acceso a recursos materiales y simbólicos imprescindibles para tener y mantener la salud, para conformar y organizar las estructuras psíquicas y sociales de las personas. En cambio, el desempleo y el trabajo precario, suponen un riesgo para la salud de las personas. El desempleo, por su propia naturaleza, impide el acceso a dichos recursos; pero el trabajo remunerado por sí sólo, no siempre lo garantiza. En este sentido, la irrupción y consolidación durante las últimas décadas de formas atípicas de empleo, en contraposición al trabajo estándar – indefinido, a tiempo completo y sujeto a una serie de derechos laborales – también ha demostrado tener un impacto negativo sobre la salud de los/as trabajadores/as. Entendemos por formas atípicas de empleo a trabajos que por diferentes características (temporalidad, bajos salarios, falta de derechos laborales, etc.) se traducen en inestabilidad y precariedad socio-laboral (OSEKI-Osasun eskubidearen aldeko ekimena- Iniciativa por el derecho a la salud, M. Utzet y E. Valero-Precariedad laboral, desempleo y salud)

La Encuesta de Población Activa del INE muestra cómo a fecha del último trimestre del año 2020¹⁰ la **tasa de paro** de las mujeres es +2,71 puntos

¹⁰ Se debe considerar el contexto económico derivado del Covid-19 para interpretar los datos de empleo del año 2020.

porcentuales mayor que la de los hombres en la CAE. Así, la tasa de paro alcanza el 11,3 % en las mujeres, mientras que la de los hombres es del 8,64%. En cuanto a la edad, las mayores tasas de paro se observan en la población activa de menos de 25 años, especialmente entre las mujeres.

La tasa de paro de la **población extranjera** de la CAE es significativamente mayor, especialmente en las mujeres, ya que dobla la tasa de paro total de las mismas. De esta manera, asciende al 24,1 % en las mujeres y al 12,5 % en los hombres.

En cuanto a las **personas con discapacidad**, según datos estatales, la tasa de paro en 2019 es del 24,6 % en las mujeres y del 23,4 % en los hombres, lo cual implica una tasa de paro +1,2 puntos porcentuales en las mujeres (INE, 2020).

Existen numerosos estudios que analizan la asociación entre desempleo y salud. De este modo, el desempleo se relaciona con un aumento de la mortalidad general por cualquier causa, sobre todo entre los hombres¹¹, y debido a enfermedades cardiovasculares y relacionadas con el consumo de alcohol. Se ha demostrado que un aumento rápido y considerable del desempleo está asociado con un aumento de la tasa de suicidios entre los hombres en edad de trabajar¹². Igualmente, abundantes estudios muestran una peor salud percibida entre las personas desempleadas¹³. El efecto que el desempleo tiene sobre la salud percibida varía en función del sexo, la edad, el nivel educativo, el nivel de renta del hogar, etc.

En lo que respecta a las **condiciones laborales** de la población asalariada en la CAE (último trimestre del 2020), el 74 % de las mujeres y el 80,8 % de los hombres tiene un contrato indefinido, lo cual supone una diferencia de género de -6,8 puntos porcentuales.

En las personas con discapacidad esta distancia disminuye a -4,8 puntos porcentuales (datos estatales del año 2019), disponiendo de un contrato laboral indefinido el 70,4 % de las mujeres y el 75,2 % de los hombres con discapacidad (INE, 2020).

Los contratos a tiempo completo son mucho más frecuentes en los hombres. De esta manera, el 73,8 % de las mujeres frente al 93,8 % de los hombres de la CAE dispone de un trabajo a jornada completa, siendo la diferencia entre mujeres y hombres de -20 puntos porcentuales (INE, 2020).

En las personas con discapacidad, las mujeres también trabajan en menor medida que los hombres a jornada completa (-12,1 puntos porcentuales),

¹¹ Roelfs DJ, Shor E, Davidson KW, Schwartz JE. Losing life and livelihood: A systematic review and meta-analysis of unemployment and all-cause mortality. *Soc Sci Med [Internet]*. 2011;72(6):840–54. Available from

Herbig B, Dragano N, Angerer P. Health in the Long-Term Unemployed. *Dtsch Aerzteblatt Online [Internet]*. 2013;110(23–24):413–9. Available from

¹² El efecto de las crisis económicas en la salud pública y las respuestas políticas alternativas en Europa: un análisis empírico

¹³ How does unemployment affect self-assessed health? A systematic review focusing on subgroup effects

teniendo contratos a tiempo completo el 75,7 % de las mujeres y el 87,8 % de los hombres.

Atendiendo a los **contratos registrados** en la CAE en 2020¹⁴ (Lanbide, 2021), el 49,4 % corresponde a mujeres. El 17,6% de las personas contratadas tiene nacionalidad extranjera, porcentaje superior al del año pasado. La mayoría de los contratos son temporales (91,5 %), mientras que los indefinidos suponen el 8,5 %. Por primera vez, se observa una ligera diferencia a favor de las mujeres en la contratación indefinida, de manera que el 8,5 % de las mujeres y el 8,4 % de los hombres ha firmado un contrato indefinido. El 38,2 % de los contratos registrados son a tiempo parcial, más de la mitad en el caso de las mujeres (51,1 %) y más de 1 de cada 4 en el caso de los hombres (25,6 %).

Todo ello tiene un efecto directo en los ingresos anuales de las mujeres y dificulta la participación igualitaria de las mujeres y de los hombres en las tareas del hogar y de cuidado, dado que ellas disponen de más tiempo fuera del horario de trabajo remunerado, lo que les coloca en una posición más complicada a la hora de negociar una relación familiar y de pareja más justa e igualitaria.

Carga de trabajo no remunerado (doméstico y de cuidado):

Además de la situación laboral, las cargas de trabajo derivadas de las tareas del hogar y de las exigencias de cuidado familiar influyen en la variabilidad del estado de salud de las mujeres.

Existen diversas investigaciones que han mostrado la importante variabilidad en el estado de salud de las mujeres dependiendo de su situación laboral, su clase social, así como de las cargas de trabajo derivadas de la ocupación laboral y de las exigencias familiares no habiendo que olvidar que la paulatina incorporación de las mujeres al mercado de trabajo no ha venido acompañada de una corresponsabilidad de los hombres en la realización de las tareas domésticas y del cuidado de las personas (Ararteko, 2007).

Las mujeres dedican de media más tiempo diario al **trabajo doméstico** y al **cuidado infantil**. Según la Encuesta de Presupuestos de Tiempo (EUSTAT, 2019), las mujeres vascas dedican al día 71 minutos más que los hombres a las tareas del hogar y 24 minutos más al cuidado de niñas y niños. Concretamente, las mujeres invierten 3 horas y 6 minutos de media en las tareas domésticas, mientras que los hombres lo hacen 1 hora y 55 minutos, y dedican 1 h y 45 minutos de media al cuidado infantil, frente a la 1 hora y 21 minutos de los hombres. En resumen, considerando tanto las tareas del hogar como el cuidado infantil, las mujeres dedican de media diariamente 1 h y 35 minutos más que los hombres a la esfera privada del hogar y el cuidado de niñas y niños. Todo ello redundará en un disfrute reducido del tiempo libre disponible y dificulta conciliar la vida profesional, familiar y laboral.

¹⁴ Se debe considerar el contexto económico derivado del Covid-19 para interpretar los datos de empleo del año 2020.

Según el artículo publicado en OSEKI por MOSQUERA, I. (2019) Trabajo Doméstico y de Cuidados, y Salud dentro del trabajo reproductivo, la prestación de cuidados es el ámbito más estudiado en términos de sus efectos sobre la salud. Numerosos estudios han mostrado que cuidar tiene efectos en múltiples dimensiones de la salud y el bienestar de las personas, según el tipo de cuidado que se realice. En relación con el cuidado a menores, uno de los efectos más estudiados es el cansancio derivado de las tareas de cuidado (8, 9), así como los costes laborales que supone renunciar a un empleo remunerado o reducir la jornada de trabajo (5, 8), con sus consiguientes repercusiones sobre la salud.

En el cuidado a personas en situación de dependencia, los estudios analizan fundamentalmente las consecuencias de cuidar a personas mayores. El impacto más descrito es el de la sobrecarga de la persona cuidadora, que alude a un impacto negativo de cuidar en la situación física, psicológica, emocional, social y económica de la persona cuidadora (10, 11, 12). Además, las personas cuidadoras de mayores reconocen un empeoramiento de su bienestar (13, 14), cambios en las relaciones y estructura familiar (15, 16), menor participación laboral (13, 17) y sentirse aisladas socialmente (18, 19). Quienes cuidan presentan peor salud mental, emocional (20, 21) y física (14, 20) que las personas no cuidadoras, y con desigual impacto en mujeres y hombres (22, 23).

Nivel de ingresos económicos:

Según un informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la pobreza, además de relacionarse con un bajo nivel de ingresos, supone un "debilitamiento de toda una serie de capacidades humanas fundamentales, incluidas las relacionadas con la salud"

Los datos en relación a los ingresos económicos de las mujeres y de los hombres muestran importantes diferencias.

Tal y como indica la Estadística de Renta personal y familiar de EUSTAT (2020), la **renta personal media** de las mujeres de la CAE es de 16.416 euros en 2018, mientras que la de los hombres es de 26.930 euros. Esto supone que las mujeres perciben de media anualmente 10.514 euros menos que los hombres, lo cual equivale a una diferencia del 39 %. Por edades, la mayor distancia se observa entre los 65 y 69 años, ya que los hombres superan en 15.380 euros la renta de las mujeres.

La **remuneración media** en la población asalariada y asimilada se cifra en 1.292 euros netos en las mujeres y 1.647 euros netos en los hombres, lo cual supone una brecha salarial de género de 355 euros. La remuneración salarial más alta se registra en los hombres de entre 45 y 65 años. No obstante, la mayor diferencia se observa entre los 30 y 44 años, con una brecha salarial entre mujeres y hombres del 23 % (EUSTAT, 2019)¹⁵.

¹⁵ Extraído del Informe de igualdad 2019 de EUSTAT.

Calidad de la vivienda y sus equipamientos:

El acceso a una vivienda en condiciones adecuadas es un prerrequisito para la salud física y mental. Como todos los problemas de desigualdad, la falta de una vivienda adecuada tiene una mayor incidencia entre los colectivos más vulnerables. El problema de la vivienda afecta en nuestro entorno principalmente a personas jóvenes, personas migrantes y personas mayores, así como a colectivos que están en una situación socioeconómica de mayor vulnerabilidad, como las personas con discapacidad o en desempleo.

El análisis tradicional de este problema no ha incorporado la perspectiva de género. Según Bosch (2006), el problema de la vivienda -acceso a o condiciones de la misma en las mujeres se centra especialmente en los siguientes grupos: jóvenes, mayores, hogares monomarentales, víctimas de violencia de género, mujeres migrantes, mujeres ex presidiarias, mujeres que ejercen la prostitución y mujeres víctimas de explotación sexual (cada uno de estos subgrupos no son excluyentes porque muchas mujeres pueden formar parte de varios grupos).

La Encuesta de Salud del País Vasco 2018 (Departamento de Salud, 2019) introduce en el apartado de determinantes de la salud algunos indicadores relacionados con la vivienda, entre ellos los problemas de ruido y de malos olores del exterior y la calidad del agua de consumo.

Las puntuaciones de las mujeres y de los hombres en estos condicionantes exteriores de la vivienda son bastante similares. De esta manera, el porcentaje de mujeres que afirma tener problemas de **malos olores** del exterior en su vivienda es ligeramente mayor al de los hombres (+0,8 puntos porcentuales), mientras que los problemas de **ruido** exterior son menos frecuentes que en los hombres (-1,7 puntos porcentuales). Apenas existen diferencias significativas en cuanto a la **calidad del agua de consumo**.

Cuadro 9. Condiciones del entorno de la vivienda.

Condiciones de la vivienda (%). 2018.	Mujeres			Hombres		
	Nada	Algo	Mucho	Nada	Algo	Mucho
Ruido exterior	79,7	16,2	4,2	77,9	17,5	4,6
Malos olores del exterior	91,6	6,2	2,2	92,4	6,3	1,3
Problemas calidad de agua de consumo	97,6	1,8	0,5	97,4	2,0	0,6

Extraído de la Encuesta de Salud del País Vasco 2018 (Departamento de Salud del Gobierno Vasco, 2019).

Otros datos de interés aportados por la citada encuesta son el porcentaje de la población que puede mantener su vivienda a temperatura adecuada o el que tiene problemas de goteras, humedades o podredumbre en la misma. Así, el 6,5 % de las mujeres tiene dificultades para mantener su hogar a una temperatura adecuada, frente al 5 % de los hombres (+1,5 puntos porcentuales). Finalmente, el 8,2 % de las mujeres y el 7,8 % de los hombres presenta problemas de humedades, goteras o podredumbre en su vivienda.

Sistema de salud

Un menor acceso a los servicios de salud y una menor calidad de los mismos pueden repercutir en la incidencia y en las consecuencias de los problemas de salud y bienestar. Estos recursos se han dividido en dos en el presente documento: servicios y programas sanitarios dirigidos a toda la población (prácticas preventivas, consultas médicas, urgencias y hospitalizaciones) y servicios y programas específicos dirigidos a las mujeres (salud reproductiva, prevención del cáncer de mama y de cérvix, violencia contra las mujeres).

1. Servicios y programas sanitarios dirigidos a toda la población

Según la Encuesta de Salud del País Vasco 2018 (Departamento de Salud, 2019)¹⁶, el 90,5 % de las mujeres y el 92,9 % de los hombres expresa **satisfacción respecto a los servicios de salud**, habiéndose incrementado la valoración sobre los mismos 1,1 puntos porcentuales en las mujeres y 2,2 puntos porcentuales en los hombres desde la encuesta previa de 2013.

En cuanto a la **satisfacción con la cobertura de sus necesidades de salud**, las mujeres opinan en menor medida que los hombres que se da cobertura a todas sus necesidades (-5,4 puntos porcentuales). Por el contrario, refieren más que estos que se cubren bastantes de ellas (+4,2 puntos porcentuales) o que no se cubren todas (+1,3 puntos porcentuales).

Prácticas preventivas

Las mujeres de la CAE realizan algo más que los hombres prácticas preventivas como vacunarse anualmente contra la gripe (+3,2 puntos porcentuales), medir el colesterol (+2,3 puntos porcentuales), tomar la tensión arterial (+2,1 puntos porcentuales) y medir el azúcar en sangre (+1,3 puntos porcentuales)¹⁷. No obstante, a medida que aumenta la edad se aprecia un incremento del número de hombres que lleva a cabo estas prácticas, de manera que, por ejemplo, la vacunación de la gripe y la medición del azúcar en sangres es más habitual en los hombres mayores de 65 años que en las mujeres de dicha edad.

Cuadro 10. Prevalencia de distintas prácticas preventivas en los últimos 12 meses.

Prácticas preventivas (%). 2018.	Vacunación de la gripe		Toma de la tensión arterial		Medición del colesterol		Medición del azúcar en sangre	
	M	H	M	H	M	H	M	H
Total	25,2	22,0	69,6	67,5	67,2	64,9	66,1	64,8
15-24 años	1,6	3,3	39,0	36,7	25,5	27,3	27,6	27,7
25-44 años	6,6	5,9	63,0	58,7	59,0	55,0	57,2	56,5
45-64 años	14,1	13,1	68,4	71,9	69,3	70,1	68,1	68,9
65-74 años	55,4	58,1	84,4	85,5	83,8	87,8	82,9	86,2
75 o más años	76,7	82,2	91,8	91,0	90,3	90,0	89,1	89,9

Extraído de la Encuesta de Salud del País Vasco 2018 (Departamento de Salud del Gobierno Vasco, 2019).

¹⁶ Los datos que se presentan en el apartado 1. Servicios y programas sanitarios dirigidos a toda la población provienen de esta encuesta.

¹⁷ Prevalencia de personas que han realizado estas prácticas preventivas en los últimos 12 meses.

Consultas médicas

El 13,5 % de las mujeres y el 10,4 % de los hombres de la CAE ha realizado alguna consulta de medicina general o pediatría en los 14 días previos a la realización de la Encuesta de Salud 2018 (+3,1 puntos porcentuales las mujeres).

En líneas generales, las mujeres acuden más veces al año a consultas médicas, mientras que los hombres tienden a no acudir en ninguna ocasión o lo hacen 1-2 veces al año.

Cuadro 11. Número de consultas a las que se ha acudido en los últimos 12 meses.

N ° de consultas a las que se ha acudido (%). 2018.	Mujeres	Hombres	Dif. M-H
3-9 veces	44,1	36,2	7,9
10 y más veces	9,8	7,1	2,7
1-2 veces	30,6	32,3	-1,7
Ninguna	15,5	24,4	-8,9

Elaboración propia a partir de la Encuesta de Salud del País Vasco 2018 (Departamento de Salud del Gobierno Vasco, 2019).

Urgencias y hospitalizaciones

El 17,9 % de las mujeres y el 16,1 % de los hombres ha recibido atención en servicios de urgencia en los 6 meses previos a la encuesta (+1,8 puntos porcentuales las mujeres). En ambos sexos las personas que más hacen uso de los mismos son las más mayores (75 o más años) y las más jóvenes (0-14 años).

En cuanto a las hospitalizaciones, el 7,4 % de las mujeres y el 7,1 % de los hombres de la CAE ha sido hospitalizada/o en los 12 meses anteriores a la realización de la encuesta. La prevalencia de hospitalizaciones aumenta a partir de los 65 años. En las mujeres de 25-44 años se observa un aumento de las hospitalizaciones probablemente relacionado con la maternidad. El 5,9 % de las mujeres y el 5,6 % de los hombres ha recibido atención en un hospital de día en los 12 meses previos. El uso del hospital de día aumenta con la edad.

En general, parece que las mujeres utilizan ligeramente más que los hombres los recursos sanitarios asistenciales, lo que puede relacionarse con la mayor prevalencia de problemas de salud crónicos o situaciones de discapacidad en las mismas (+1 punto en problemas crónicos y +2,2 puntos en discapacidad).

Servicios de salud no presenciales (Osarean)

El conocimiento de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación de Osakidetza (TIC) por parte de la población varían según el tipo de servicio. El más conocido es la solicitud de cita previa a través de la Web de Osakidetza, y 72% de las mujeres y 67% de los hombres, seguido por la consulta por email al médico/a o enfermero/a, 65% y 59% y, respectivamente; el menos conocido es la carpeta de salud electrónica. Es mayor el conocimiento de todos los servicios en mujeres.

En cuanto al uso de la solicitud de cita previa a través de la Web de Osakidetza, al igual que en el conocimiento, el porcentaje del uso del servicio es mayor. Así lo utilizan el 40% de las mujeres y el 32% de los hombres. En el otro extremo, apenas el 4% de las mujeres y el 3% de los hombres ha usado la carpeta de salud electrónica. Es mayor el uso de todos los servicios en mujeres.

2. Servicios y programas específicos de salud dirigidos a las mujeres

2.1. Salud reproductiva

Píldora postcoital:

En 2008 el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco comenzó a dispensar gratuitamente la píldora postcoital, si bien siempre bajo indicación médica, accediendo a ella a través de centros de atención primaria, puntos de atención continuada (PAC) y, de manera excepcional, en urgencias hospitalarias. Desde septiembre de 2009 la píldora postcoital o píldora del día después puede adquirirse sin receta médica en las farmacias de todo el Estado.

La Encuesta de Anticoncepción en España 2020 de la Sociedad Española de Anticoncepción revela que el 38,4 % de las mujeres en edad fértil declara haber recurrido a la píldora postcoital alguna vez (datos estatales). Su uso en alguna ocasión supera el 40 % en las mujeres entre 20 y 39 años y el tramo de edad donde es mayor es el de 25-29 años (56,1 %). El 30,2 % de las mujeres que la han tomado manifiesta no usar ningún método anticonceptivo de manera habitual y entre las que sí emplean alguno, se ha tomado con más frecuencia entre las mujeres que usan preservativo.

Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE):

Según datos del Ministerio de Sanidad (2020), en el año 2019 se realizaron 3.764 Interrupciones Voluntarias del Embarazo en la CAE. Por lo tanto, la tasa de IVE es de 10,47 intervenciones por cada 1000 mujeres, lo que indica que más de 10 de cada 1000 mujeres vascas se ha sometido a este procedimiento en 2019. La tasa de IVE de la CAE muestra una ligera tendencia ascendente iniciada en 2015, año en el que fue de 9,57/1000. Atendiendo a la edad, el mayor número de intervenciones para interrumpir el embarazo se realiza entre los 25-29 años (21,9 %), seguido de los 20-24 años (21,1 %) y 30-34 años (20,7 %). Las IVE realizadas entre los 20 y los 39 años suponen el 82,2 % del total de intervenciones.

Cuadro 12. Interrupciones Voluntarias del Embarazo en la CAE por grupos de edad.

IVE según edad. 2019.	Total	%
Menos de 15 años	10	0,3
15-19 años	331	8,8
20-24 años	795	21,1
25-29 años	824	21,9
30-34 años	778	20,7
35-39 años	696	18,5
40-44 años	297	7,9
Más de 44 años	33	0,9
Total	3.764	100

Elaboración propia a partir del informe "Interrupción Voluntaria del Embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 2019" del Ministerio de Sanidad (2020).

El 43,9 % de las mujeres que se sometieron a una IVE en 2019 no empleaba ningún método anticonceptivo de forma habitual y entre las que sí usaba alguno, los métodos de barrera eran los más comunes (31,5 %). Entre las mujeres menores de 20 años, algo menos de la mitad no utilizaba ninguna medida preventiva (47,5 %).

Partos

En el año 2019 se produjeron 15.418 nacimientos en la CAE (48,7 % niñas y 51,3 % niños), lo que supone una tasa de natalidad de 7 nacimientos por cada 1000 habitantes¹⁸. Se observa una disminución de la tasa de natalidad desde el año 2008, cuando era de 9,9/1000. Las mujeres que tienen entre 30 y 40 años suponen el 73,4 % de todos los nacimientos (EUSTAT, 2020).

Atendiendo a la maduridad y a la normalidad de los partos, el 94 % fueron a término y el 6 % prematuros, mientras que el 86,2 % fueron normales y el 13,8 % distócicos¹⁹ (EUSTAT, 2020).

Según la Estadística de Atención especializada del País Vasco 2018, el índice de cesáreas por cada 100 partos es de 13,4²⁰. De esta manera, la CAE sigue estando a la cabeza de las Comunidades Autónomas con la tasa de cesáreas más baja. La tasa de cesáreas se considera un indicador de buena práctica relacionando con un buen control del embarazo y con una correcta asistencia al parto. De hecho, la OMS recomienda no superar el 15 % de los nacimientos por cesárea.

2.2. Recursos relacionados con la prevención del cáncer

Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama

La lucha contra el cáncer de mama en la CAE contempla el Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama, cuyo objetivo es el diagnóstico rápido con el fin de disminuir la mortalidad y aumentar la calidad de vida de las mujeres afectadas, realizando un mayor número de tratamientos

¹⁸ Nacimientos con vida. Datos provisionales Estadística de Nacimientos de EUSTAT.

¹⁹ Partos en los que se da alguna situación o complicación que requiere de intervención médica.

²⁰ Índice de cesáreas de hospitales públicos.

quirúrgicos conservadores, tal y como explica el Departamento de Salud del Gobierno Vasco. Está dirigido a mujeres de 50 a 69 años o a mujeres de 40 a 49 años con antecedentes familiares de cáncer de mama de primer grado y consiste en la realización de mamografías bilaterales bianuales.

Según la Encuesta de Salud del País Vasco 2018, el 94 % de las mujeres de 50 a 69 años ha recibido la carta del Programa. El 86,5 % de las mismas ha acudido a realizarse la prueba en todas las citas, el 7,6 % ha acudido, pero no en todas las citas y el 5,9 % no ha acudido nunca. Comparando estos datos con los de la encuesta del año 2013, se observa que ha descendido el número de personas que no ha acudido nunca a realizarse la mamografía (-1,7 puntos porcentuales).

Programa de cribado del cáncer de cérvix:

Según el Departamento de Salud del Gobierno Vasco, el cáncer de cérvix afecta al cuello del útero y su principal causa es el Virus del Papiloma Humano (VPH), que se transmite mediante relaciones sexuales. El VPH es la infección de transmisión sexual más frecuente: la mayoría de mujeres tienen una infección transitoria que acaba eliminándose totalmente. No obstante, en un pequeño porcentaje de casos (10-15 %) en los que la infección se mantiene en el tiempo (más de 10 años), se pueden producir cambios en las células del cuello uterino que derivan en el desarrollo de lesiones premalignas, las cuales pueden evolucionar con el tiempo a un cáncer.

El Programa de Cribado de Cáncer de Cérvix se dirige a las mujeres entre 25 y 65 años con el objetivo de detectar de forma precoz lesiones premalignas y el cáncer en sus fases iniciales. En las mujeres de 25-34 años se trata de la realización de una citología cada tres años y en las mujeres de 35-65 años de una prueba de VPH (Virus del Papiloma Humano) cada cinco años.

La Encuesta de Salud del País Vasco 2018 indica que el 58,8 % de las mujeres se ha realizado una citología vaginal en los últimos tres años. No obstante, el 26,6% se la ha realizado hace más de tres años y el 14,6% nunca se ha sometido a esta prueba. El porcentaje de las mujeres que nunca se ha realizado una citología ha descendido 5,7 puntos desde la encuesta de salud previa. Las mujeres de 15-24 años son las que en mayor medida nunca se han realizado una citología (68,8 %) y las mujeres entre 25-49 años son las que más la realizan rutinariamente (hace tres o menos años).

Desde el año 2007 la vacuna del VPH se incluye en el calendario vacunal infantil de la CAE, administrándose a los 12 años, ya que es muy eficaz para prevenir la infección de VPH antes de haber empezado a mantener relaciones sexuales. No obstante, la vacuna también puede ser útil en mujeres que han tenido o han estado expuestas al VPH.

2.3. Violencia contra las mujeres

La violencia ejercida contra las mujeres es uno de los principales y más graves problemas de salud pública a escala mundial, tal y como lo señala la propia Organización Mundial de la Salud.

la Ley Orgánica 1/2004 de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, establece medidas de sensibilización, prevención y detección en diferentes ámbitos, entre los cuales se incluye el ámbito sanitario. Se recoge en su artículo 32 la necesidad de desarrollar protocolos de actuación que aseguren una actuación global e integral de las distintas administraciones y servicios implicados.

Posteriormente entra en vigor en el Estado Español, el Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica (Convenio de Estambul), firmado en Estambul el 11 mayo 2011 que reconoce la violencia de género como una violación de los derechos humanos y una forma de discriminación, considerando responsables a los Estados si no responden de forma adecuada. Se contemplan como delito todas las formas de violencia contra las mujeres: la violencia física, psicológica y sexual, incluida la violación; la mutilación genital femenina; el matrimonio forzado; el acoso; el aborto forzado y la esterilización forzada.

La actuación del Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco y de Osakidetza en materia de violencia contra las mujeres se enmarca en el "II Acuerdo interinstitucional para la mejora en la atención a las mujeres víctimas de maltrato en el ámbito doméstico y de la violencia sexual" (2009). De esta manera, la Sanidad pública vasca recoge una Guía de actuación ante la violencia de género y las agresiones sexuales en Euskadi²¹, realizada por profesionales para profesionales, con el objetivo de sensibilizar al personal de salud implicándoles en la detección precoz de casos de violencia de género y establecer una herramienta de trabajo que contribuya a homogeneizar los criterios de intervención profesional desde el ámbito sanitario

Según el informe de Emakunde "La respuesta a víctimas de violencia contra las mujeres en la CAE 2019", en dicho año los servicios de atención primaria del Departamento de Salud atendieron a 483 mujeres víctimas de violencia de género y los servicios de urgencias hospitalarias a 538. La mayoría de las mujeres atendidas en atención primaria tenían entre 31-40 años (28 %) y 41-50 años (21 %), mientras que las mujeres atendidas en urgencias hospitalarias tenían entre 21-30 años (32 %) y 31-40 años (28 %). El número de mujeres menores de 18 años atendidas en ambos tipos de dispositivos fue similar (atención primaria 2,8 %, urgencias hospitalarias 2,9 %). No obstante, atención primaria atendió a más mujeres mayores de 65 años (13 %, urgencias hospitalarias 3,1 %). En ambos recursos se observa un aumento de los casos atendidos desde el año 2018, incrementándose 5,9 puntos porcentuales en atención primaria y 10,25 puntos porcentuales en urgencias hospitalarias.

En 2014 la Organización Mundial de la Salud (OMS) describió como **violencia obstétrica** una serie de actuaciones como el maltrato físico, humillación y

²¹ <https://www.osakidetza.euskadi.eus/guia-de-actuacion-ante-la-violencia-de-genero-y-las-agresiones-sexuales-en-euskadi/ab84-procon/es/>

abuso verbal, procedimientos médicos coercitivos o no consentidos, no obtener un consentimiento informado, negativa a administrar medicamentos para el dolor, descuido de la atención o violaciones graves de la intimidad.

Los resultados de un reciente trabajo publicado en el *International Journal of Environmental Research and Public Health*, que analizan más de 17.500 cuestionarios realizados entre enero de 2018 y junio de 2019, muestran que el 38,3 % de las madres percibió haber sufrido violencia obstétrica; el 44,4 % percibió que se habían sometido a procedimientos innecesarios o dolorosos, de los cuales el 83,4 % no fueron aceptados en un consentimiento informado. Asimismo, revela cómo la obtención de información para las mujeres y la solicitud de su consentimiento informado apenas se practica en nuestro sistema sanitario

La **mutilación genital femenina (MGF)** es una práctica dañina reconocida internacionalmente como una grave violación de los derechos humanos de las mujeres y niñas y es una manifestación extrema de la violencia contra las mujeres cuyo origen está en las desigualdades y discriminaciones de género.

En la CAE viven alrededor de 11.000 personas provenientes de países en los que se practica la mutilación genital femenina y el colectivo de niñas de entre 0 y 14 años proveniente de estos países es de unas 1000 niñas²². En Euskadi, la población potencialmente en riesgo proveniente de países y etnia en las que se practica esta mutilación «es limitada y está localizada, lo que permite una intervención sin alarmismos», aseguran desde el departamento de Salud del Gobierno Vasco.

En 2018 se detectaron en Euskadi 67 casos, y en 2019 fueron 62, en total 129 casos en dos años, de los que 21 corresponden a niñas menores de 14 años.

²² Diagnóstico. Mutilación Genital Femenina en la Comunidad Autónoma de Euskadi. Emakunde-Instituto Vasco de la Mujer, junio de 2014.

2.3. DESIGUALDADES EN LA PARTICIPACIÓN DE MUJERES Y HOMBRES

Los datos que se presentan a continuación muestran una presencia mayoritaria de las mujeres en el sector sanitario, tanto entre el alumnado como entre las profesionales que se dedican a este ámbito.

Educación:

El 70,6% del alumnado matriculado en grados de ciencias de la salud en la CAE durante el curso académico 2019-2020 son mujeres, mientras que el 29,4% son hombres, lo que supone un 6% más de hombres en comparación con el curso 2018-2019 (23,2%). Atendiendo a algunas de las **titulaciones universitarias sanitarias**, se observa una feminización de las mismas, que alcanza una presencia de mujeres superior al 75 % en los grados de Enfermería (84,1 %), Psicología (78,0 %), Nutrición humana y dietética (79,1 %) y Farmacia (77,9%). Por el contrario, la presencia de mujeres es significativamente inferior a la de los hombres en el grado en Ciencias de la actividad física y del deporte (EUSTAT, 2021).

Cuadro 13. Alumnado matriculado en grados de ciencias de la salud en la CAE.

Alumnado matriculado en grados sanitarios (%). 2019-2020	Mujeres	Hombres	Dif. M-H
Enfermería	84,1	15,9	68,2
Psicología	78,0	22,0	56,0
Nutrición humana y dietética	79,1	20,9	58,1
Farmacia	77,9	22,1	55,9
Medicina	73,4	26,6	46,7
Odontología	74,3	25,7	48,5
Fisioterapia	64,3	35,7	28,7
Biología	63,4	36,6	26,7
Ciencias de la actividad física y del deporte	29,6	70,4	-40,7

Elaboración propia a partir de la Estadística Universitaria de EUSTAT (2021).

En cuanto al alumnado matriculado en estudios de **formación profesional**, el 75,8 % de las mujeres que estudian un grado medio y el 77,3 % de las que estudian un grado superior en la familia profesional de sanidad en el curso 2019-2020 son mujeres, frente al 24,2 % de los hombres que estudian un grado medio y al 22,7 % que estudian un grado superior de sanidad (EUSTAT, 2021).

En cuanto al **Personal Docente e Investigador (PDI)** de la UPV-EHU, según datos del Ministerio de Educación y Formación Profesional relativos al curso 2018-2019, la distribución de mujeres y hombres entre el personal de ciencias de la salud es similar, de manera que el 50,5 % son mujeres y el 49,5 % hombres. Sin embargo, un análisis vertical de las categorías profesionales muestra cómo las plazas de funcionariado son más frecuentes en los hombres (44,3 % mujeres, 55,7 % hombres), mientras que, en menor medida, las de profesionales contratadas lo son en las mujeres (51,9 % mujeres, 48,1 % hombres).

Colegios profesionales:

Las mujeres colegiadas en los **colegios profesionales sanitarios** de la CAE son significativamente más que los hombres colegiados en el año 2019, lo que sigue la tendencia de su mayor presencia en los estudios universitarios de esta rama de enseñanza. Así, se observa la feminización de todos los colegios profesionales sanitarios, excepto el de Medicina. Los colegios con mayor presencia de mujeres son el de Dietética y nutrición (92,3 %), Logopedia (91,9 %), Terapia Ocupacional (91,8 %), Enfermería (87,9 %), Psicología (82,3 %) y Farmacia (80,2 %), todos con porcentajes de mujeres superiores al 80 % de las personas colegiadas (INE, 2020).

Cuadro 14. Profesionales en colegios sanitarios de la CAE.

Profesionales en colegios sanitarios (%). 2019.	Mujeres	Hombres	Dif. M-H
Dietética y nutrición	92,3	7,7	84,6
Logopedia	91,9	8,1	83,7
Terapia ocupacional	91,8	8,2	83,6
Enfermería	89,7	10,3	79,4
Psicología	82,3	17,7	64,6
Farmacia	80,2	19,8	60,5
Biología	71,9	28,1	43,8
Fisioterapia	71,0	29,0	42,0
Óptica y optometría	70,7	29,3	41,3
Podología	67,8	32,2	35,6
Odontología	63,2	36,8	26,4
Medicina	55,0	45,0	9,9

Elaboración propia a partir de la Estadística de profesionales sanitarios colegiados del INE (2020).

Una de las dimensiones de la igualdad de género en la salud es la participación en la gestión.

De esta manera, se requiere una participación igualitaria de mujeres y hombres en la toma de decisiones para la definición de prioridades y la asignación de los recursos necesarios para garantizar la atención sanitaria.

A continuación, se analiza la presencia de las mujeres en las Juntas de Gobierno de los colegios profesionales del sector sanitario, en los cargos directivos públicos del Departamento de Salud del Gobierno Vasco, en los puestos de dirección de Osakidetza y en la representación de los sindicatos específicos del ámbito sanitario.

Cargos directivos en colegios profesionales:

Tomando como referencia los colegios profesionales sanitarios que agrupan a un mayor número de profesionales en la CAE y analizando los tres territorios históricos, las mujeres prevalecen como presidentas o decanas de los mismos (62,5 %) frente a los hombres que asumen estos cargos (37,5 %).

Cuadro 15. Juntas de Gobierno de los colegios profesionales sanitarios en la CAE.

Juntas de Gobierno de colegios sanitarios. 2021.	Mujeres presidentas o decanas	Hombres presidentes o decanos
Medicina ²³	0	3
Enfermería ²⁴	3	0
Farmacía ²⁵	2	1
Fisioterapia ²⁶	0	1
Dentistas ²⁷	2	1
Psicología ²⁸	3	0
Total	10	6

Cargos directivos públicos:

El Departamento de Salud del Gobierno Vasco está presidido por una consejera y consta de dos Viceconsejerías, una ocupada por una mujer y la otra por un hombre. De esta manera, la Viceconsejería de Sanidad está ocupada por un hombre y se conforma de tres direcciones, dos dirigidas por mujeres (Salud pública y Adicciones e Investigación e Innovación Sanitaria) y otra por un hombre (Planificación, ordenación y evaluación sanitarias). La Viceconsejería de Administración y financiación sanitarias la ocupa una mujer y consta de tres direcciones, las tres dirigidas por hombres (Régimen jurídico, económico y servicios, Aseguramiento y contratación sanitarias y Farmacia)²⁹.

Cargos directivos en redes de servicios de salud públicos:

De los puestos de dirección gerente ocupados en las Organizaciones de Servicios de Osakidetza, el 52,2 % está ocupado por hombres y el 47,8 % por mujeres³⁰.

²³ Extraído a fecha de marzo 2021 de: https://www.icoma.eus/Sec_CN/wf_contenido.aspx?ldMenu=313, <https://www.cmb.eus/junta-directiva>, https://www.comgi.eus/es_junta_directiva.aspx

²⁴ Extraído a fecha de marzo 2021 de: <https://www.enfermerialava.org/Contenidos/Ficha.aspx?ldMenu=62d83786-0076-4113-bf60-ba43b17f406c&Idioma=es-ES>, <https://www.enfermeriabizkaia.org/colegio/organizacion/junta-gobierno>, https://www.coegi.org/college/government_board

²⁵ Extraído a fecha de marzo 2021 de: https://www.cofalava.org/Sec_CN/wf_contenido.aspx?ldMenu=1005, https://www.cofbizkaia.net/Sec_CN/wf_contenido.aspx?ldMenu=825, https://www.cofgipuzkoa.com/Sec_CN/wf_contenido.aspx?ldMenu=15

²⁶ Extraído a fecha de marzo 2021 de <https://cofpv.org/es/juntagobierno.asp>

²⁷ Extraído a fecha de marzo 2021 de: <https://www.colegiodontistasalava.com/el-colegio/junta-directiva/>, <https://www.coeb.com/el-colegio/junta-de-gobierno-2/>, <http://www.coeg.eu/el-colegio/junta-de-gobierno/>

²⁸ Extraído a fecha de marzo 2021 de: <https://www.cop-alava.org/index.php/el-colegio/junta-de-gobierno>, <https://copbizkaia.org/colegio/junta.php>, <https://copgipuzkoa.eus/el-colegio/junta-de-gobierno>

²⁹ Extraído a fecha de marzo 2021 de: <https://www.irekia.euskadi.eus/es/departments/108/politicians#middle>

³⁰ Extraído a fecha de febrero 2022 de : <https://www.osakidetza.euskadi.eus/transparencia-buen-gobierno/-/organigramas-de-organizaciones-de-servicios-de-osakidetza/>

Cuadro 16. Puestos de dirección gerente en las Organizaciones de Servicios de Osakidetza.

Puestos de dirección gerente Osakidetza. 2021.	Mujeres	Hombres
CAE		
Dirección General	1	0
Emergencias	0	1
Centro Vasco de Transfusiones y Tejidos Humanos CVITH	0	1
Osatek	0	1
Araba		
OSI Araba	0	1
OSI Rioja alavesa	0	1
Red de Salud Mental	1	0
Escuela Universitaria de Enfermería de Vitoria-Gasteiz	1	0
Bizkaia		
OSI Barakaldo-Sestao	0	1
OSI Barrualde-Galdakao	0	1
OSI Bilbao-Basurto	0	1
OSI Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces	1	0
OSI Uribe	0	1
Hospital Gortiz	1	0
Hospital Santa Marina	1	0
Red de Salud Mental	0	1
Gipuzkoa		
OSI Debagoiena	1	0
OSI Bidasoa	0	1
OSI Debarrena	1	0
OSI Donostialdea	1	0
OSI Goierri-Urola Garaia	1	0
OSI Tolosaldea	1	0
Red de Salud Mental	0	1
Total	11	12

Representación en sindicatos específicos del sector sanitario:

El análisis de la presencia de mujeres y hombres en los cargos de presidencia y en las secretarías de tres sindicatos específicos del sector sanitario con representación en la CAE muestra cómo la participación de mujeres y hombres es bastante equilibrada (54,5 % mujeres y 45,5 % hombres)

- Sindicato Médico de Euskadi³¹: La presidencia y la vicepresidencia la ostentan dos hombres, mientras que la secretaría general y la tesorería la ocupan dos mujeres.
- Sindicato de Enfermería³²: La secretaría general autonómica la ocupa un hombre y las demás secretarías las ocupan dos mujeres (Secretaría de Organización y Secretaría Técnica) y un hombre (Secretaría de Finanzas).
- Sindicato de Técnicos de Enfermería³³: Las personas que componen la Junta Gestora de la secretaría autonómica son tres, dos mujeres y un hombre.

³¹ Extraído a fecha de marzo 2021 de <https://www.sme.es/2020/07/27/el-sindicato-medico-de-euskadi-renueva-su-comite-ejecutivo/#.YEIbatyCFPY>

³² Extraído a fecha de marzo 2021 de <https://euskadi.satse.es/>

³³ Extraído a fecha de marzo 2021 de <https://sindicatosae.com/secretarias-autonomicas/pais-vasco>

2.4. INCIDENCIA DE LAS NORMAS SOCIALES Y VALORES

Las normas y los valores sociales adscritos a cada sexo condicionan las experiencias vitales de las personas y, por lo tanto, su salud. A la hora de explicar este hecho, muchos estudios apuntan, entre otros, a la socialización de género, las estructuras normativas y los roles de género (Rohlf, Borrell y Fonseca 2000).

La **socialización de género** es el proceso mediante el que las personas desarrollan una personalidad como resultado del aprendizaje de los contenidos de una cultura determinada, que se transmite generación tras generación. Las personas se clasifican según su sexo biológico y se les presupone una identidad social, "femenina" o "masculina", que se configura en unos espacios, funciones y actividades dadas. A lo largo del proceso de socialización, la familia y la escuela transmiten estos valores y estas normas (Rohlf et al., 2000).

Los **roles de género** asignados y transmitidos durante el proceso de socialización conllevan un abanico de comportamientos aceptables, amparado por normas sociales y que difieren según el sexo. Estas normas sociales definirían "lo correcto" para cada sexo, determinando la estructuración social de los roles de género. Los roles ocupacionales y familiares son centrales en la vida de las personas, y el trabajo productivo y reproductivo tienen unas complejas relaciones con el género y con la salud. De esta manera, las desigualdades en los trabajos condicionarán la forma en que mujeres y hombres percibirán su salud y enfermarán, sus conductas y estilos de vida y la utilización de los servicios sanitarios.

Las funciones fundamentales atribuidas a las mujeres desde los patrones culturales tradicionales son la maternidad, y por extensión, el proveer de atención y cuidado a las personas que dependen de otras por diferentes motivos y en diferentes niveles, tales como menores, personas mayores o familiares con algún tipo de discapacidad.

Sobre la relación de la **maternidad** con la salud, autoras como Solé y Parella (2004) plantean que, desde una dimensión social no es posible hablar de un único patrón de maternidad, sino que es preciso hablar de distintas maternidades, y que partir de modelos "ideales" o "normales" puede provocar consecuencias perjudiciales en la salud física y mental de las mujeres que no pueden o no quieren ajustarse a estos patrones. Añaden que estos imaginarios refuerzan la inseguridad y el sentimiento de culpa de muchas madres jóvenes, sobre todo la de aquellas que tienen una vida diaria más complicada y difícil de gestionar.

Por su parte, el ejercicio del rol de proveedoras de atención y cuidado a personas con dependencia requiere un gasto significativo de energía y dedicación de tiempo para la **persona cuidadora**, especialmente si se ejerce el cuidado sin la ayuda de otras personas (persona cuidadora principal). Además, este rol se alarga a menudo durante años, siendo el caso, por ejemplo, de las personas cuidadoras de personas mayores con demencia. Consecuentemente, la persona cuidadora puede tener que

reducir su jornada laboral o dejar de trabajar, con las consecuencias económicas que ello implica y a las que hay que sumarle los gastos derivados de una situación de dependencia, se reduce su tiempo libre y de ocio, así como sus vacaciones, dispone de menos tiempo para sí misma y disminuye la frecuencia de sus relaciones sociales, entre otros. Al ser el cuidado una actividad demandante física y mentalmente, puede conllevar molestias físicas y cansancio físico y emocional, que a su vez puede derivar en estrés o sobrecarga (síndrome de la persona cuidadora). Además, cabe señalar que a la dedicación de tiempo al cuidado se le añade frecuentemente la dedicación de tiempo a las tareas del hogar. Por todo ello, la corresponsabilidad en el cuidado resulta esencial, así como disponer de apoyo social emocional, para que la tarea de cuidar no derive en consecuencias negativas para la salud física y mental de la persona cuidadora.

Los **sesgos de género** que parten de un sistema androcéntrico también condicionan la práctica médica en su conjunto, desde la teoría, a la investigación, la praxis (diagnóstico y tratamiento) y la asignación de servicios y recursos sanitarios.

El androcentrismo supone una visión del mundo que sitúa al hombre como centro de todas las cosas. Esta concepción de la realidad parte de la idea de que la mirada de los hombres es la única posible y universal, por lo que se generaliza para todas las personas, ya sean mujeres u hombres, lo que conlleva la invisibilidad de las mujeres y de su mundo.

En relación a la salud de las mujeres, esta mirada establece una forma de conocimiento sesgado, lo que conlleva que los hallazgos y resultados de las investigaciones realizadas bajo este pensamiento único, aun siendo parciales, se generalicen y extrapolen a las mujeres. Los sesgos de género tienen consecuencias negativas para la salud de las personas, sobre todo de las mujeres. Los sesgos cometidos en la investigación científica trascienden a la formación de profesionales y a la intervención sanitaria.

En este sentido, el artículo 27 de la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, expresa la necesidad de que la investigación científica atienda las diferencias entre mujeres y hombres en la protección de la salud, especialmente en lo que se refiere al acceso y al esfuerzo diagnóstico y terapéutico, tanto en cuanto a ensayos clínicos como a la propia asistencia.

A pesar de que tradicionalmente se ha valorado la ciencia como objetiva, la epistemología feminista ha considerado que muchas de sus aplicaciones, formas de definir los problemas de investigación y de diseñar experimentos o modos de construir y conferir significado a los resultados se han desarrollado de forma sesgada a favor de los hombres.

El **sesgo de género en investigación** se define como “un error sistemático en el enfoque de género relacionado con el constructo social, que erróneamente considera a hombres y mujeres iguales/diferentes tanto en la exposición a factores de riesgo como en la historia natural y social de la enfermedad (inicio o pródromos, fase consolidada, respuesta a los tratamientos y pronóstico)”. Los sesgos de género se pueden desarrollar en el contexto de descubrimiento o desarrollo de la hipótesis de trabajo y en el de justificación o metodología (Chilet, 2011).

Parten de dos hipótesis diferenciadas relativas a cuestiones de salud: “asumir erróneamente que las mujeres y los hombres son similares” o “asumir erróneamente que las mujeres y los hombres son diferentes”, lo que conlleva errores en la selección de la muestra y en la medición de las variables (Chilet, 2011).

De la primera hipótesis se derivan, entre otros, el **sesgo de selección en epidemiología social**, lo que conlleva la infrarrepresentación de las mujeres en la investigación sobre riesgos químicos, el **sesgo de selección en epidemiología clínica**, lo que deriva en la menor participación de las mujeres embarazadas en ensayos clínicos y el consecuente desconocimiento de la seguridad de los fármacos, o el **sesgo de medición en epidemiología clínica**, lo que implica la falta de información desagregada por sexo en los ensayos clínicos publicados (Chilet, 2011).

Por el contrario, de la segunda hipótesis se originan, entre otros, el sesgo de selección en epidemiología social, por el que las investigaciones sobre trastornos de la alimentación consideran principalmente a mujeres, lo que implica la infraestimación de la prevalencia en hombres, o el sesgo de medición en epidemiología clínica, por el que se observa un retraso entre la presencia de síntomas de enfermedades cardiovasculares y el tratamiento en mujeres (Chilet, 2011).

De esta manera, existen **sesgos de género en el diagnóstico y el tratamiento** de algunas patologías. En este sentido, uno de los principales sesgos de género es la **aplicación de criterios diagnósticos** propios de los hombres a las mujeres, aun cuando se conoce que las enfermedades pueden tener un curso distinto en función del sexo, siendo este el caso de las enfermedades cardiovasculares o la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. Otros sesgos se relacionan con el esfuerzo terapéutico, que está íntimamente relacionado con el esfuerzo diagnóstico. De esta manera, existe el sesgo de género en la **prescripción de fármacos** psicótropos, pudiendo deberse su mayor prescripción y consumo en las mujeres a la mayor atribución de los síntomas físicos a factores psicológicos o a la mayor tendencia a prescribir fármacos para síntomas depresivos de baja intensidad. Asimismo, se observan otros sesgos respecto a la **accesibilidad a los hospitales** para igual necesidad, la comparación de los **tiempos de demora** y los **tipos de estrategias terapéuticas empleadas**. Así, se observa la mayor utilización del hospital por parte de los hombres, lo que se encuentra mediado por la/el médica/o y el sistema sanitario (Ruiz, 2009).

Otro riesgo es simplificar la salud de las mujeres a la **salud reproductiva**, lo que ha supuesto la invisibilización de los problemas médicos de las mujeres debido a la asunción hasta hace poco de que las mujeres y los hombres tenían un distinto perfil de salud por sus diferencias biológicas, entendidas como órganos reproductivos y fisiología y su influencia en los roles sociales. Resulta esencial, al respecto, diferenciar la influencia del sexo y del género en los problemas de salud, ya que, en función del problema de salud, actúan como factores de riesgo independientes o interrelacionados (Ruiz, 2009).

En cuanto a los **problemas de salud propios de las mujeres**, se observan variaciones en la práctica de procedimientos médicos en función de la opinión más o menos favorable de las y los especialistas. De esta manera, se observa la medicalización del parto, cuestionándose la sobreutilización de las cesáreas y la variabilidad en su práctica en función de la titularidad del hospital, siendo más frecuentes en los privados, así como la asunción de la episiotomía como norma sin la suficiente base científica. Asimismo, la prescripción de la Terapia Hormonal Sustitutiva en la menopausia resulta controversial por asociarse a riesgo de cáncer y enfermedades cardiovasculares (Ruiz, 2009). Esta medicalización de los cuerpos de las mujeres y de fenómenos vitales como el embarazo, el parto o la menopausia hace que dejen de contemplarse como procesos naturales que el cuerpo puede afrontar con sus propios recursos.

El sesgo de género en el circuito del **dolor** de las mujeres conlleva errores de diagnóstico, atribuyendo causas psicológicas cuando hay enfermedades orgánicas y al contrario, lo que genera tratamientos erróneos que pueden causar iatrogenia si no están correctamente indicados (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007). Por ello, resulta fundamental conocer mejor la vivencia del dolor en las mujeres, quienes más lo padecen, y en los hombres.

Para finalizar este apartado, se subraya la necesidad de desarrollar investigaciones que aporten más luz sobre las diferentes conductas ante el enfermar de mujeres y hombres y el papel de los estereotipos de género en la toma de decisiones en la asistencia sanitaria.

2.5. MANDATOS ESPECÍFICOS EN MATERIA DE IGUALDAD

MANDATOS EN MATERIA DE IGUALDAD	ARTÍCULOS Y NORMAS
<p>Garantizar por parte de la Administración de la Comunidad Autónoma la igualdad de trato y oportunidades de mujeres y hombres en la investigación y atención relacionada con la salud, mediante la consideración de las diferentes situaciones, condiciones y necesidades de hombres y mujeres y, cuando sea necesario, mediante el desarrollo de políticas específicas. Promover entre las personas profesionales y usuarias y los agentes sociales implicados en el sistema de salud el análisis, debate y concienciación en torno a las diferencias de mujeres y hombres relativas a dicho ámbito.</p>	<p>Art. 44.2 Ley 4/2005</p>
<p>Integrar en la formulación, desarrollo y evaluación de las políticas, estrategias y programas de salud las distintas necesidades de mujeres y hombres y las medidas necesarias para abordarlas adecuadamente.</p>	<p>Art. 27.1 Ley O 3/2007</p>
<p>Garantizar, desde las Administraciones públicas, un igual derecho a la salud de las mujeres y hombres, a través de la integración activa, en los objetivos y en las actuaciones de la política de salud, del principio de igualdad de trato, evitando que por sus diferencias biológicas o por los estereotipos sociales asociados, se produzcan discriminaciones entre unas y otros.</p>	<p>Art. 27.2 Ley O 3/2007</p>
<p>Integrar en los objetivos y actuaciones de las políticas, estrategias y programas de salud el principio de igualdad entre mujeres y hombres, evitando que, por sus diferencias físicas o por los estereotipos sociales asociados, se produzcan discriminaciones entre ellos en los objetivos y actuaciones sanitarias.</p>	<p>Art. 3.4 Ley 14/1986</p>
<p>Prestar los servicios a las usuarias y los usuarios del Sistema Nacional de Salud en condiciones de igualdad efectiva y calidad, evitando especialmente toda discriminación entre mujeres y hombres en las actuaciones sanitarias.</p>	<p>Art.2 a) Ley 16/2003</p>
<p>Contribuir desde las administraciones públicas vascas a la mejora de la salud de las mujeres durante todo su ciclo vital, considerando de forma especial aquellos problemas de salud que tienen en ellas mayor incidencia.</p>	<p>Art. 44.1 Ley 4/2005</p>

<p>Desarrollar desde las Administraciones públicas, a través de sus Servicios de Salud y de los órganos competentes en cada caso, y de acuerdo con el principio de igualdad de oportunidades, actuaciones encaminadas a la adopción sistemática de iniciativas destinadas a favorecer la promoción específica de la salud de las mujeres, así como a prevenir su discriminación; el fomento de la investigación científica que atienda las diferencias entre mujeres y hombres en relación con la protección de su salud (accesibilidad, esfuerzo diagnóstico y terapéutico, tanto en sus aspectos de ensayos clínicos como asistenciales); a considerar, dentro de la protección, promoción y mejora de la salud laboral, del acoso sexual y el acoso por razón de sexo; integrar el principio de igualdad en la formación del personal al servicio de las organizaciones sanitarias, garantizando en especial su capacidad para detectar y atender las situaciones de violencia de género; garantizar la presencia equilibrada de mujeres y hombres en los puestos directivos y de responsabilidad profesional del conjunto del Sistema Nacional de Salud; y obtener y tratar los datos desagregados por sexo, siempre que sea posible, en registros, encuestas, estadísticas u otros sistemas de información médica y sanitaria.</p>	<p>Art. 27.3 Ley O 3/2007</p>
<p>Adoptar, desde la Administración sanitaria, a la hora de diseñar los procesos asistenciales, medidas para aliviar la carga de trabajo derivada del cuidado de personas con problemas de salud que se realiza en el ámbito doméstico de forma no remunerada y mayoritariamente por mujeres.</p>	<p>Art. 44.3 Ley 4/2005</p>
<p>Cubrir, desde las administraciones públicas vascas, las necesidades derivadas del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos a través de programas, tanto preventivos como asistenciales, dirigidos, entre otros aspectos, a facilitar la planificación sexual y a evitar embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual.</p>	<p>Art. 44.4 Ley 4/2005</p>
<p>Reducir las desigualdades sociales y de género en salud en la población de la CAPV, mejorando la situación de los grupos más desfavorecidos.</p>	<p>Meta Área prioritaria 1, Políticas de Salud para Euskadi 2013-2020</p>
<p>Potenciar la prevención y tratamiento de la violencia contra las mujeres en los servicios de salud, favoreciendo la toma de decisiones conjunta entre todos los sectores implicados.</p>	<p>Obj. 1.5. Políticas de Salud para Euskadi 2013-2020</p>
<p>Desarrollar estrategias y mecanismos (formación, acceso a consultas...) dirigidos a minimizar el impacto del cuidado de los enfermos/as en la salud de los cuidadores o cuidadoras informales.</p>	<p>Acción 2.1.6. Políticas de Salud para Euskadi 2013-2020</p>

<p>Obrar desde las administraciones públicas vascas, en todos y cada uno de los casos en los que participen, teniendo en cuenta que las personas deben ser tratadas de acuerdo con su identidad de género, la que se corresponde con el sexo al que sienten pertenecer. Además, se adoptarán medidas contra la transfobia; se proporcionarán servicios de asesoramiento y apoyo a las personas transexuales, sus familiares y personas allegadas; se establecerá reglamentariamente la posibilidad de que las personas transexuales cuenten, mientras dure el proceso de reasignación de sexo, con documentación administrativa adecuada; se proporcionará desde Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, gratuitamente, la atención sanitaria requerida; se establecerá una guía clínica para la atención de las personas transexuales. También recoge medidas en relación al ámbito laboral y educativo.</p>	<p>Arts. 4-18 Ley 14/2012</p>
<p>Mantener la cobertura del programa de detección precoz del cáncer de mama (PDPCM) y completar la cobertura del programa de cribado de cáncer colorrectal, mejorando la participación y la tasa de detección.</p>	<p>Acciones 2.5.3. y 2.5.4. Políticas de Salud para Euskadi 2013-2020</p>
<p>Protocolizar medidas para la prevención del suicidio a nivel comunitario y en personas con diagnóstico de enfermedad mental y/o factores de riesgo, teniendo en cuenta la perspectiva de género.</p>	<p>Acción 2.10.1. Políticas de Salud para Euskadi 2013- 2020</p>
<p>Desarrollar programas de prevención en la población, con especial incidencia en jóvenes, y hombres que tienen sexo con hombres, y promover el empoderamiento de las mujeres en su autonomía, toma de decisiones sobre su sexualidad, desarrollo de prácticas de autocuidado y reducción de prácticas de riesgo.</p>	<p>Acción 2.11.1. Políticas de Salud para Euskadi 2013-2020</p>
<p>Identificar las patologías que generan deterioro funcional, discapacidad, dependencia, malnutrición y aislamiento en las personas mayores. Elaborar programas específicos de prevención, atención y rehabilitación de las mismas, con especial atención a las diferencias de género.</p>	<p>Acción 3.3.2. Políticas de Salud para Euskadi 2013-2020</p>
<p>Desarrollar políticas para mejorar las capacidades de la población infantil y juvenil de Euskadi de vivir saludablemente, para minimizar los riesgos de las conductas no saludables y para mejorar las oportunidades sociales y afectivas, teniendo en cuenta la perspectiva de género.</p>	<p>Meta Área Prioritaria 4 Políticas de Salud para Euskadi 2013-2020</p>
<p>Adecuar la oferta y los recursos de actividad física atendiendo a las necesidades y preferencias de los diferentes grupos de población, en particular las mujeres.</p>	<p>Acción 5.1.5. Políticas de Salud para Euskadi 2013-2020</p>

Diseñar e implantar una estrategia de alimentación saludable para la población de Euskadi teniendo en cuenta las desigualdades sociales y de género en los patrones de consumo.	Obj. 5.2. Políticas de Salud para Euskadi 2013-2020
Promover una vivencia de la sexualidad saludable, placentera e igualitaria y ofrecer una atención integral, continuada y de calidad durante el proceso reproductivo .	Obj. 5.3. Políticas de Salud para Euskadi 2013-2020
Promocionar la salud mental y emocional , teniendo en cuenta las diferencias sociales y de género.	Obj. 5.5. Políticas de Salud para Euskadi 2013-2020
Prevenir los riesgos más importantes de enfermedad profesional y de accidentes entre personas trabajadoras, teniendo en cuenta las diferencias sociales y de género.	Obj. 5.7. Políticas de Salud para Euskadi 2013-2020
Incrementar el número de niñas, jóvenes y adultas que desarrollan prácticas habituales de autocuidado físico , mediante una alimentación equilibrada , la realización de un ejercicio físico satisfactorio y la reducción de conductas de riesgo , entre otras prácticas saludables.	Objetivo Operativo 1.3.1. VII Plan para la Igualdad de Mujeres y Hombres en la CAE.
Aumentar el número de mujeres, jóvenes y adultas, que desarrollan relaciones y comportamientos afectivos y sexuales y una convivencia basada en la diversidad sexual y en la igualdad de mujeres y hombres .	Obj. Operativo 1.3.2. VII Plan para la Igualdad de Mujeres y Hombres en la CAE
Incrementar la esperanza de vida saludable de las mujeres.	Obj. Operativo 1.3.3. VII Plan para la Igualdad de Mujeres y Hombres en la CAE
Reducir la brecha de género en el tiempo dedicado por las mujeres y los hombres al tiempo de ocio y la vida social .	Obj. Operativo 1.3.4. VII Plan para la Igualdad de Mujeres y Hombres en la CAE
Mejorar la atención sanitaria incorporando el enfoque de género en la intervención .	Obj. Operativo 1.4.3. VII Plan para la Igualdad de Mujeres y Hombres en la CAE.
Incrementar la adecuación de las respuestas y los recursos (de servicios sociales y para la inclusión, económicos, sanitarios, educativos, culturales, de empleo, justicia, seguridad y vivienda), ofertados por las instituciones a las necesidades de las mujeres en riesgo o situación de pobreza y/o exclusión social o con necesidades específicas .	Obj. Operativo 4.2.3. VII Plan para la Igualdad de Mujeres y Hombres en la CAE.
Aumentar el número de hombres jóvenes y adultos que cuestionan el modelo tradicional masculino y desarrollan actitudes y comportamientos coherentes con la igualdad y comprometidos con los trabajos de cuidados .	Obj. Operativo 5.1.2. VII Plan para la Igualdad de Mujeres y Hombres en la CAE.

Incrementar la cobertura y la flexibilidad horaria de los servicios sociocomunitarios de atención a la infancia, a personas mayores y a personas en situación de dependencia.	Obj. Operativo 5.3.8. VII Plan para la Igualdad de Mujeres y Hombres en la CAE.
Mejorar el conocimiento en materia de violencia contra las mujeres y sus diferentes manifestaciones.	Obj. Operativo 6.2.2. VII Plan para la Igualdad de Mujeres y Hombres en la CAE.
Promover la reflexión sobre la conceptualización de la violencia y sus implicaciones en la intervención.	Obj. Operativo 6.2.4. VII Plan para la Igualdad de Mujeres y Hombres en la CAE.
Garantizar que la formación de las y los profesionales que intervienen en la atención a víctimas supervivientes de la violencia contra las mujeres sea permanente, suficiente y adaptada a los diferentes ámbitos y niveles de responsabilidad.	Obj. Operativo 6.2.5. VII Plan para la Igualdad de Mujeres y Hombres en la CAE.
Impulsar la prevención de la mutilación genital femenina y otras manifestaciones de la violencia relacionadas con prácticas culturales, como los matrimonios forzosos, los abortos y las esterilizaciones forzadas y los delitos cometidos supuestamente en nombre del "honor".	Obj. Operativo 6.3.2. VII Plan para la Igualdad de Mujeres y Hombres en la CAE.
Mejorar la eficacia de los programas y medidas de prevención y atención en el ámbito de la violencia contra las mujeres.	Obj. Operativo 6.3.4. VII Plan para la Igualdad de Mujeres y Hombres en la CAE.
Aumentar el número de profesionales del sistema educativo, sanitario, policial, judicial, laboral y social que actúan de forma proactiva y acorde a los protocolos establecidos para la detección precoz de la violencia contra las mujeres.	Obj. Operativo 7.1.1. VII Plan para la Igualdad de Mujeres y Hombres en la CAE.
Aumentar la detección precoz de la violencia en todos los ámbitos de intervención , incidiendo en la violencia psicológica.	Obj. Operativo 7.1.2. VII Plan para la Igualdad de Mujeres y Hombres en la CAE.
Aumentar el número de mujeres víctimas de todo tipo de violencia que acceden de forma temprana a los servicios y recursos , con especial atención a aquellas para las que los servicios y recursos son menos accesibles.	Obj. Operativo 7.1.4 VII Plan para la Igualdad de Mujeres y Hombres en la CAE.
Aumentar el número de habitantes que cuentan con la cobertura de protocolos de prevención y atención para casos de violencia contra las mujeres , y que están adaptados a las distintas situaciones que presentan.	Obj. Operativo 8.1.3. VII Plan para la Igualdad de Mujeres y Hombres en la CAE.

3. LEGISLACIÓN

ÁMBITO DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE EUSKADI
<u>Ley 8/1997, de 26 de junio, de Ordenación Sanitaria de Euskadi. Derechos y deberes ciudadanos.</u>
<u>Ley 4/2005, de 18 de febrero para la Igualdad de mujeres y hombres</u>
<u>Ley 14/2012, de 28 de junio, de no discriminación por motivos de identidad de género y de reconocimiento de los derechos de las personas transexuales.</u>
<u>VII Plan para la Igualdad de Mujeres y Hombres en la CAE</u>
<u>VII Plan sobre Adicciones de Euskadi</u>
ÁMBITO ESTATAL
<u>Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.</u>
<u>Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.</u>
<u>Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de medidas de protección integral contra la violencia de género</u>
<u>Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.</u>
<u>Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres</u>
<u>Ley 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.</u>
<u>Real Decreto 825/2010, de 25 de junio, de desarrollo parcial de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.</u>
<u>Real Decreto 831/2010, de 25 de junio, de garantía de la calidad asistencial de la prestación a la interrupción voluntaria del embarazo.</u>
<u>Resolución de 13 de julio de 2012, de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia para la mejora del sistema para la autonomía y atención a la dependencia</u>
ÁMBITO EUROPEO
<u>Compromiso estratégico para la igualdad entre mujeres y hombres 2016-2019</u>
<u>Directiva 89/391 Directiva marco sobre salud y seguridad en el trabajo</u>

NOTA: Además de los mandatos de igualdad específicos del ámbito de la salud, se han de consultar los mandatos que en materia de igualdad resultan de aplicación con carácter general a todos los sectores y que se pueden encontrar recopilados, en el documento sobre aspectos jurídicos que forma parte de los materiales de apoyo para la elaboración de Informes de impacto en función del género.

4. FUENTES DE DATOS

INDICADORES Y DATOS CLAVE	FUENTE	PERIODICIDAD
<ul style="list-style-type: none"> Esperanza de vida al nacimiento en la C.A. de Euskadi por causa de defunción, territorio histórico y comarca, según sexo y año. 1977-2019. 	<p>Indicadores demográficos</p> <p>EUSTAT (2020)</p>	Anual
<ul style="list-style-type: none"> Esperanza de vida libre de discapacidad. Mortalidad (datos Covid-19) 	<p>Panorama de la salud 2021</p> <p>EUSTAT (2021)</p>	Cuatrienal
<ul style="list-style-type: none"> Autopercepción de la salud general. Prevalencia de problemas crónicos. Prevalencia de la limitación crónica de la actividad. Prevalencia según el grado de limitación crónica de la actividad. Prevalencia según el problema de salud que ha causado la limitación crónica de la actividad. Frecuencia de la ayuda necesitada por limitación crónica de la actividad. Personas que necesita la ayuda según quién presta la ayuda. Índice de salud mental. Síntomas de ansiedad y depresión. Población que ha pensado alguna vez en suicidarse. Población que ha pensado alguna vez suicidarse en el último año. Consumo de medicamentos más frecuentes. Consumo de tabaco a lo largo de la vida. Consumo de tabaco en el último año. Riesgo a largo plazo de tener problemas de salud debido al consumo de alcohol. Frecuencia de consumo de alcohol en el último año. Edad con la que se empezó a beber alcohol. Prevalencia de población que realiza actividad física saludable. Actividad física realizada en los últimos siete días. Motivo por el que no se realiza el ejercicio físico que se desea. 	<p>Encuesta de Salud del País Vasco 2018</p> <p>Departamento de Salud del Gobierno Vasco (2019)</p>	Quinquenal

INDICADORES Y DATOS CLAVE	FUENTE	PERIODICIDAD
<ul style="list-style-type: none"> • Consumo de fruta, verdura, pescado, carne, embutidos y dulces. • Índice de masa corporal. • Número de horas de sueño. • Apoyo social confidencial y afectivo. • Prevalencia de la falta de apoyo social confidencial y afectivo. • Vivienda por problemas de ruido exterior. • Vivienda por problemas de malos olores del exterior. • Vivienda por problemas por la calidad de agua de consumo. • Mantenimiento de la vivienda a temperatura adecuada. • Vivienda por problemas de humedades, goteras o podredumbre. • Prevalencia de las personas que están satisfechas con los servicios de salud. • Opinión sobre la cobertura de Osakidetza sobre sus necesidades en materia de salud. • Prevalencia de personas que se vacunan anualmente por la gripe. • Prevalencia de personas a las que les ha tomado la tensión arterial un/a profesional sanitario/a en los últimos 12 meses. • Prevalencia de personas a las que les han medido el nivel de colesterol por prescripción médica en los últimos 12 meses. • Prevalencia de personas a las que les han medido el nivel de azúcar en sangre en los últimos 12 meses. • Prevalencia de personas que han realizado consulta de medicina general o pediatría en los 14 días previos. • Número de consultas médicas de las personas que han acudido en los 12 meses previos. • Prevalencia de personas que han sido atendidas en servicios de urgencia en los 6 meses previos. • Prevalencia de personas que han sido hospitalizadas en los 12 meses previos. • Prevalencia de personas que han sido atendidas en un hospital de día en los 12 meses previos. • Prevalencia de mujeres de 50-69 años que han recibido la carta del Programa de 	<p style="text-align: center;"><u>Encuesta de Salud del País Vasco 2018</u></p> <p>Departamento de Salud del Gobierno Vasco (2019)</p>	

INDICADORES Y DATOS CLAVE	FUENTE	PERIODICIDAD
<p>Detección Precoz del Cáncer de Mama.</p> <ul style="list-style-type: none"> Mujeres que han acudido a hacerse la mamografía del Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama (50-69 años). Mujeres según cuándo se hizo la última citología vaginal. 		
<ul style="list-style-type: none"> Suicidios de la C.A. de Euskadi por grupos de edad, Territorio Histórico y sexo. 2019. Defunciones y tasas de mortalidad de la C.A. de Euskadi por 1.000 habitantes por Territorio Histórico. 1975-2019. Defunciones de la C.A. de Euskadi por año de nacimiento y edad, Territorio Histórico y sexo. 2019. Defunciones de la C.A. de Euskadi por causa de defunción, sexo y Territorio Histórico. 2019. 	<p><u>Estadística de defunciones</u></p> <p>EUSTAT</p>	Trimestral
<ul style="list-style-type: none"> Tiempo medio por participante, actividad, día y sexo. C.A. de Euskadi. 2018. Tiempo medio por participante por tipo de cuidado a personas del hogar, día y sexo. C.A. de Euskadi. 2018. 	<p><u>Encuesta de Presupuestos de Tiempo 2018</u></p> <p>EUSTAT</p>	Quinquenal
<ul style="list-style-type: none"> Renta personal media de la C.A. de Euskadi por sexo y edad quinquenal, según tipo de renta (euros). 2018. 	<p><u>Estadística de Renta personal y familiar 2018</u></p> <p>EUSTAT</p>	Anual
<ul style="list-style-type: none"> Tasas de paro por distintos grupos de edad, sexo y comunidad autónoma. 4TR2020. Tasas de paro por nacionalidad, sexo y comunidad autónoma. 4TR2020. Asalariados por tipo de contrato o relación laboral, sexo y comunidad autónoma. Valores absolutos y porcentajes respecto del total de cada comunidad. 4TR2020. Ocupados por tipo de jornada, sexo y comunidad autónoma. Valores absolutos y porcentajes respecto del total de cada comunidad. 4TR2020. 	<p><u>Encuesta de Población Activa</u></p> <p>INE (2021)</p>	Trimestral
<ul style="list-style-type: none"> Tasas de actividad, empleo y paro por sexo. 2019. Asalariados por tipo de contrato y sexo. 2019. Ocupados por tipo de jornada y sexo. 2019. 	<p><u>El empleo de las personas con discapacidad</u></p> <p>INE (2020)</p>	Anual
<ul style="list-style-type: none"> Registro de contratos en 2020. 	<p><u>Balance anual contratos</u></p>	Anual

INDICADORES Y DATOS CLAVE	FUENTE	PERIODICIDAD
	Lanbide (2021)	
<ul style="list-style-type: none"> Tasas por 1000 mujeres entre 15 y 44 años según CCAA de residencia. Número según provincia de residencia y grupo de edad. Número según provincia de residencia y utilización de métodos anticonceptivos. 	<u>Interrupción Voluntaria del Embarazo. Datos 2019.</u> Ministerio de Sanidad (2020)	Anual
<ul style="list-style-type: none"> Nacidos vivos y tasa de natalidad por 1.000 habitantes por territorio histórico. 1975-2019. Nacidos vivos de la C.A. de Euskadi por territorio histórico, edad madre, orden de nacimiento y periodo. 2019. Nacimientos de la C.A. de Euskadi por territorio histórico, asistencia, madurez, normalidad, vitalidad y periodo. 2019. 	<u>Estadística de Nacimientos</u> EUSTAT	Trimestral
<ul style="list-style-type: none"> Alumnado matriculado en las universidades de la C.A. de Euskadi por titularidad del centro y rama de estudios, según el nivel de estudios y sexo. 2019-2020. 	<u>Estadística Universitaria</u> EUSTAT (2021)	Anual
<ul style="list-style-type: none"> Alumnado matriculado en formación profesional en la C. A. de Euskadi por grado y familia profesional, según territorio histórico y sexo. 2019-2020. 	<u>Estadística de la Actividad Escolar</u> EUSTAT (2021)	Anual
<ul style="list-style-type: none"> PDI en centros propios de universidades públicas por comunidad autónoma, sexo, tipo de personal y rama de enseñanza. 2018-2019. 	<u>Estadística de Personal de las Universidades</u> Ministerio de Educación y Formación Profesional (2020)	Anual
<ul style="list-style-type: none"> Nº de profesionales de Medicina, Farmacia, Odontología, Psicología, Enfermería, Fisioterapia, Podología, Óptica y optometría, Dietética y nutrición, Logopedia, Terapia Ocupacional y Biología por comunidades. 2019. 	<u>Estadística de profesionales sanitarios colegiados</u> INE (2020)	Anual

5. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Bosch, J. (2016). El problema de la vivienda en España desde una perspectiva de género: análisis y propuestas para su desarrollo
- Chilet, E. (2011). Un marco teórico para analizar el sesgo de género en la investigación epidemiológica: haciendo visible lo invisible.
- Emakunde (2020). La respuesta a víctimas de violencia contra las mujeres en la CAE. Datos 2019.
- EUSTAT (2019). Informe de igualdad 2019.
- Gobierno Vasco, Departamento de Salud (2016). Interrupciones Voluntarias del Embarazo en la Comunidad Autónoma del País Vasco 2015.
- Gobierno Vasco, Departamento de Salud (2018). Encuesta sobre adicciones de Euskadi 2017.
- Gobierno Vasco, Departamento de Salud (2018). Estadística de atención especializada de la Comunidad Autónoma del País Vasco. Año 2018.
- Gobierno Vasco, Departamento de Salud (2020). Mortalidad en la Comunidad Autónoma del País Vasco 2018.
- Gobierno Vasco, Departamento de Salud (2020). Memoria 2019. Plan del Sida e Infecciones de Transmisión Sexual.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2007). Informe Salud y género 2005.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2015). Avanzando hacia la equidad. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España.
- Observatorio Vasco de la Juventud (2017). Juventud vasca 2016.
- Rohlf, I., Borrell, C., y Fonseca, M. C. (2000). Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos.
- Ruiz, M. T. (2009). Sesgos de género en la atención sanitaria.
- Sociedad Española de Contracepción (2020). Encuesta de anticoncepción en España 2020.
- Solé, C. y Parella, C. (2004). "Nuevas" expresiones de la maternidad. Las madres con carreras profesionales "exitosas".