



ANÁLISIS DE SITUACIÓN Y LÍNEAS DEL PLAN ESTRATÉGICO DE ATENCIÓN A LA SALUD DE LA MUJER

**DEPARTAMENTO DE SALUD Y CONSUMO DEL
GOBIERNO DE ARAGÓN
ENERO 2010**

Índice

I.- INTRODUCCIÓN	3
II.- JUSTIFICACIÓN	7
III.- PRINCIPIOS	8
IV.- OBJETIVOS	9
V.- ANÁLISIS DE SITUACIÓN	10
VI.- LÍNEAS ESTRATÉGICAS	22
VII.- COORDINACIÓN	28
VIII.- EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	30
IX.- BIBLIOGRAFÍA	31

I.- INTRODUCCIÓN

1.1.- Mujer y Sociedad

La igualdad entre mujeres y hombres es un derecho fundamental para todas las personas y es un valor capital para la democracia. Constituye un principio universal reconocido internacionalmente y se refleja como un objetivo en el Tratado de Ámsterdam para la Unión Europea donde diversas directivas lo han incluido en el acervo comunitario.

Hasta los años 60 y 70 del siglo XX el rol de la mujer española se correspondía con el de esposa y madre y su entorno social se circunscribía al hogar, donde el hombre era el cabeza de familia y la mujer únicamente se dedicaba a las tareas domésticas.

En pocos años nuestro modelo social ha cambiado aproximándose al de los países de nuestro entorno. La paulatina incorporación de la mujer al mercado de trabajo, la introducción de la anticoncepción hormonal, separando la actividad sexual de la reproductiva, y la planificación del nacimiento de los hijos, ha influido en un descenso de las tasas de natalidad en nuestro país en relación a las existentes en el resto de Europa. En menos de tres décadas la mujer se ha incorporado a la política activa, al entorno académico, administrativo y cultural, si bien todavía queda mucho camino por recorrer en el entorno económico y financiero.

En estos momentos, la mujer en España tiene a su disposición herramientas legales para alcanzar la deseada igualdad. La Constitución Española aprobada el 6 de Diciembre de 1978 en el Artículo 14 dice:

“Los españoles son iguales ante la ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social.”

El Tribunal Constitucional ha desarrollado los principios de igualdad de sexos y la prohibición de trato discriminatorio haciendo constitucional la adopción de medidas de acción positiva y de discriminación inversa a favor de las mujeres con la finalidad de corregir o suavizar la desigualdad social de la mujer.

Pero esta igualdad legal no implica de forma inmediata, igualdad social. De hecho, uno de los problemas de la mujer es la sobrecarga que se produce al asumir roles antiguos y nuevos que pueden producir frustraciones.

1.2.- Mujer y salud

Tanto a nivel nacional como internacional se han desarrollado organismos y estrategias específicas que abordan la salud de la mujer. Así, la ONU cuenta con una oficina de asesoría especial en cuestiones de género, la OMS y la OPS con comisiones específicas para los determinantes sociales de salud y género.

En 1998 la OMS y los estados miembros establecen un compromiso por la equidad, solidaridad y justicia social y la incorporación de la perspectiva de género en sus estrategias, y consideran el género como un condicionante clave de la salud. En sus políticas contemplan la igualdad y la equidad de género al reconocer que hombre y mujer tienen distintas necesidades y gozan de distinto poder y al plantear las propuestas para corregir el desequilibrio entre los sexos.

Desde la Oficina Regional Europea de la OMS se elaboró el Plan Estratégico para la Salud de las mujeres en Europa y se definió, en mayo de 2007 la estrategia para la integración del análisis y las actuaciones de género en el trabajo de la OMS. Posteriormente, se creó la Unidad de Género de la Oficina Regional Europea de la OMS.

El Consejo de Municipios y Regiones de Europa presentó en 2007 la *Carta Europea para la igualdad de mujeres y hombres en la vida local* en la que se plantea que los servicios médicos y de salud han de tomar en consideración las diferentes necesidades en salud que tienen las mujeres que no proceden únicamente de sus diferencias biológicas sino igualmente de diferentes condiciones de vida y de trabajo así como de actitudes y supuestos estereotipados. En ella se propone la incorporación de la perspectiva de género en la planificación de los servicios médicos y de salud, la promoción de la salud y los estilos de vida según las diferentes actitudes y necesidades de hombres y mujeres, el reconocimiento de la diferencia pro género en los cuidados médicos y sanitarios y la garantía del acceso a información adecuada sobre cuestiones de salud.

En España, la Constitución y posteriormente, en 1986, la ley General de Sanidad, establecieron los principios para la formulación de políticas sanitarias de las Comunidades Autónomas a través de los planes de salud. Hasta ahora, pocos planes han abordado específicamente y a nivel autonómico la salud de la mujer, lo que no quiere decir que no se contemple en las políticas que se vienen implementando en materia de educación, salud, servicios sociales y empleo, entre otros.

Más recientemente, la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres viene a desarrollar los principios, derechos y consideraciones a tener en cuenta en planificación y ejecución de políticas públicas. En su artículo 27, apartado c) considera la protección, promoción y mejora de la salud laboral, el acoso sexual y acoso por razón de sexo, responsabilidad de las Administraciones públicas a través de sus Servicios de Salud. Así mismo, en el artículo 14.6 se plantea la consideración

de las singulares dificultades en que se encuentran las mujeres de colectivos de especial vulnerabilidad como son las que pertenecen a minorías, mujeres migrantes, las niñas, las mujeres con discapacidad, las mujeres mayores, las mujeres viudas y las que son víctimas de violencia de género, para las cuales, y en materia de salud específicamente, los poderes públicos podrán adoptar medidas de acción positiva.

A nivel nacional, las políticas de salud y género se han impulsado, desde la Dirección General de la Agencia de Calidad y a través del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud donde la estrategia 4 se orienta a analizar las políticas de salud y proponer acciones para reducir las inequidades en salud con énfasis en las desigualdades de género. En esta línea se creó el Observatorio de Salud de la Mujer como organismo cuya finalidad es promover la disminución de las desigualdades en salud por razón de género.

En Aragón, la salud de las mujeres se integra como un área específica en los Planes de Acción Positiva del Instituto Aragonés de la Mujer. Cabe señalar el papel que viene desempeñando el seminario Interdisciplinar de estudios de la Mujer que en colaboración con el IAM, el Instituto de la Mujer y el Observatorio de Salud del Ministerio de Salud y Política Social lleva más de una década trabajando en género y salud.

El Departamento de Salud y Consumo del Gobierno de Aragón concibe la salud desde un enfoque integral como un proceso en el que influyen la biología, el contexto social y la experiencia subjetiva vivida. La dimensión del género y de las funciones vinculadas con la reproducción, que abarcan un amplio periodo de la vida, determinan, por tanto, una especificidad en el tratamiento de la salud de las mujeres.

Son muchos los estudios que confirman que los procesos y resultados de salud y enfermedad y de su atención desde los servicios de salud, son diferentes en mujeres y hombres. Además de las diferencias biológicas, genéticas, hormonales y metabólicas, otros factores repercuten en la morbilidad y mortalidad diferenciada de las mujeres. La investigación científica en el campo de la salud ha evidenciado la enorme influencia de los determinantes sociales en la salud de la mujer y su estudio es esencial para entender las desigualdades sociales en salud según el género. De acuerdo con el exhaustivo informe de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria de 2004, factores sociodemográficos de gran relevancia son el rápido crecimiento de la inmigración, especialmente la que presenta situaciones de precariedad, la preocupante situación de pobreza crónica, sobre todo en los ancianos, la emergencia de nuevas formas de precariedad laboral, sobre todo en mujeres y jóvenes, la segregación laboral de las mujeres, en especial la de las clases más desfavorecidas o la importante influencia sobre la salud de un tema poco estudiado como es el trabajo reproductivo.

El estudio sobre la situación de la patología cardiovascular de la mujer en España realizado por la Agencia de Investigación de la Sociedad Española de Cardiología, para el Observatorio de la Salud de la Mujer del Ministerio de

Sanidad y Política Social, ha demostrado que existen numerosas diferencias entre mujeres y varones en lo que respecta a las características y manejo de las diversas patologías, siempre de modo desfavorable para las mujeres, como ya se recogía en estudios previos. En los aspectos relacionados con la Cardiopatía Isquémica existe amplia información de las diferencias de género que se han demostrado de forma repetida en estudios sobre prevalencia de factores de riesgo cardiovascular, manifestaciones clínicas, utilización y rendimiento de pruebas diagnósticas y aplicación de medidas terapéuticas. También ha quedado de manifiesto el peor pronóstico global en las mujeres, debido en parte a que se trata de pacientes de más edad, con mayor patología asociada..., pero también al retraso en el diagnóstico y a la menor utilización de algunos tratamientos.

Las investigaciones sobre la salud de las mujeres en el ámbito laboral muestra diferencias de género relacionadas con los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales y en este sentido, la Agencia Europea para la Seguridad y Salud Laboral afirma que el enfoque preventivo tradicional puede llegar a subestimar los riesgos laborales para las mujeres. Así, en su informe señala que las mujeres sufren más estrés laboral, enfermedades infecciosas, trastornos de las extremidades superiores, enfermedades de la piel, asma y alergias, además de otros relacionados con la salud reproductiva como abortos y partos prematuros.

Si bien este plan estratégico se refiere a la salud de la mujer, nuestra finalidad es contribuir a mejorar la salud tanto de hombres como de mujeres mediante la definición de estrategias que promuevan la igualdad y la equidad entre el hombre y la mujer.

Utilizar el enfoque de género en salud permite tener en cuenta que puede haber diferencias por sexos en el estado de salud y en la atención en los servicios sanitarios pero también que existe una construcción cultural y social distinta para cada sexo. Las posibles diferencias en salud se deben tanto al sexo como a factores y relaciones de género que pueden resultar discriminatorias y ser injustas y evitables, es decir, pueden ser desigualdades e inequidades de género en el estado de salud y en la atención sanitaria.

Tal como señalan algunos autores, en la orientación del enfoque de género se evita tratar especialmente la salud reproductora, no porque no sea importante, sino porque cuando se habla de género se tiende a identificarlo bajo este cliché.

También es un reto implicar a los hombres en el trabajo de género y considerar sus necesidades así como la responsabilidad que han de asumir sobre su propia salud ya que ésta puede influir en la buena o mala salud de las mujeres.

Al utilizar el enfoque de género se establece un compromiso que implica a todos los sectores sociales, es decir, a políticos, profesionales y a la propia ciudadanía.

II.- JUSTIFICACIÓN

La elaboración de un Plan Estratégico de Atención a la Salud de la Mujer nace del reconocimiento de que el género es un condicionante clave de la salud y de que es necesario:

- Definir unas estrategias y desarrollar objetivos para el Sistema de Salud de Aragón que se alineen con las estrategias definidas a nivel nacional e internacional en materia de salud y género.
- Conocer de forma específica la situación de salud de la mujer aragonesa y los servicios o programas en que se apoya el sistema de salud y social para protegerla. Para ello, ha sido necesario recopilar y analizar los indicadores disponibles relacionados con la salud de las mujeres y recabar los servicios y programas existentes para poder detectar las prioridades o recursos que permitirían alcanzar un mejor nivel de salud de la mujer aragonesa.
- Sentar las bases para desarrollar futuras herramientas que permitan profundizar en el impacto poblacional y orientar la planificación de las actuaciones en salud, teniendo en cuenta las especificidades del género y las inequidades que éste produce en la salud de las mujeres.

Por todo ello, el presente documento pretende ser un instrumento para desarrollar el principio de igualdad, con objeto de implicar a los diferentes actores en la promoción y restauración de la salud de la mujer y contribuir a evitar en Aragón las desigualdades directas e indirectas que se producen por motivo de género.

III.- PRINCIPIOS

- Corresponsabilidad, como una forma de participación equilibrada en la toma de decisiones y en las tareas que afectan a la propia salud
- Empoderamiento, como acciones que propician el desarrollo y fortalecen las capacidades para generar opinión informada, actuar y mejorar la salud; es decir, controlar las decisiones sobre la propia vida.
- Integración de la dimensión de género en las acciones que se llevan a cabo en el Sistema de Salud de Aragón
- Coordinación entre los diferentes niveles de la administración sanitaria y con las entidades que desarrollan actividades relacionadas con la salud de la mujer junto con el trabajo interdisciplinar entre los distintos profesionales implicados en la misma.
- Transversalidad, con las actuaciones de otros departamentos y con las estrategias y planes de actuación de los ámbitos social, educativo o comunitario.
- Equidad de género, en tanto en cuanto supone la imparcialidad y la justicia en la distribución de beneficios y de responsabilidades entre los hombres y las mujeres. El concepto reconoce que el hombre y la mujer tienen distintas necesidades y gozan de distinto poder, y que esas diferencias deben determinarse y abordarse con miras a corregir el desequilibrio entre los sexos.

IV.- OBJETIVOS

El presente documento se inserta en las políticas del Gobierno de Aragón en materia de salud de la mujer, y en particular en las acciones del Departamento de Salud y Consumo y del Instituto Aragonés de la Mujer.

Sus objetivos son:

- Subrayar la necesidad de un enfoque específico para mejorar la salud de las mujeres aragonesas.
- Plantear un trabajo coordinado y transversal en las distintas áreas de actuación de las que depende la salud.
- Proponer un marco con las diferentes estrategias que puedan afectar a la salud de las mujeres en el que insertar actuaciones presentes y futuras.
- Identificar los temas prioritarios que han de tenerse en cuenta para promover la salud de las mujeres y reducir las inequidades que se producen por motivo del género, prestando especial atención a los sectores más desfavorecidos.
- Integrar la perspectiva de género en todos los planes de trabajo, programas y actividades de formación e investigación.

V.- ANÁLISIS DE SITUACIÓN

En 2007, en Aragón, figuran 649.996 mujeres empadronadas, lo que supone el 50,1 % de la población total de Aragón. Presentan una distribución por edades muy desigual, así, el grupo de 25 a 49 años supone el 37 % del total de las mujeres aragonesas, seguido por el grupo de 50-64 con un 17 %. El grupo de 0-14 años supone el 13 % frente al de 15-24 años que es el 10 %. En las edades jóvenes el número de hombres es superior al de mujeres, pero esta tendencia se invierte a partir de los 50 años.

De cada 100 mujeres residentes en Aragón, 22.4 tienen 65 o más años, dato muy superior al de España que es de 17.8.

La población aragonesa es una de las más envejecidas de España. La edad media de las mujeres es de 44 años frente a la edad media de las mujeres en España que es de 41 y los grados de juventud de la población femenina aragonesa en 2007 son inferiores a los de la población española y a los que presentaba la población en Aragón en 1996.

	Aragón		España	
	1996	2007	1996	2007
Población femenina	603.011	649.659	20.269.844	22.860.775
Población femenina de nacionalidad Española	599.769	593.950	20.000.757	20.736.906
Población femenina de nacionalidad Extranjera	3.242	55.709	269.087	2.123.869
Población femenina potencialmente activa (16 a 64 años)	382.290	414.375	13.282.074	15.154.446
Población femenina Española (16 a 64 años)	379.721	369.804	13.081.604	13.469.177
Población femenina Extranjera (16 a 64 años)	2.569	44.571	200.470	1.685.269
Población femenina en edad fértil (15 a 49 años)	286.560	307.567	8.778.984	10.389.390
Población femenina Española (15 a 49 años)	284.206	266.311	8.615.915	8.914.929
Población femenina Extranjera (15 a 49 años)	2.354	41.256	163.069	1.474.461
Porcentajes de población femenina según grupos de edad				
% de población femenina de 0 a 19 años	19,60	17,03	22,81	18,72
% de población femenina de 20 a 64 años	58,00	60,15	59,35	62,28
% de población femenina de 65 y más años	22,40	22,82	17,83	18,99
Grados de juventud de la población femenina				
% de población femenina menor de 15	13,06	12,53	15,28	13,77
% de población femenina menor de 25	26,79	22,62	30,92	24,83
% de población femenina menor de 35	41,18	37,69	46,54	41,23
% de población femenina menor de 45	54,54	52,74	60,11	57,07

Fuente: Padrón Municipal Habitantes 1996- 2007.

Elaboración: Instituto Aragonés de Estadística.

Los datos que se presentan en la tabla indican que si bien las cifras absolutas en 2007 de población femenina en edad fértil y potencialmente activa son mayores que en 1996, este incremento se ha producido a expensas de la población extranjera para ambos indicadores, ya que para la población autóctona se observa un decremento de los mismos.

De los indicadores sociodemográficos que mayor relación tienen con la salud de las mujeres aragonesas destacan la esperanza de vida al nacimiento que es para la población aragonesa de 83.74 años frente a los 83.48 años que presentan las mujeres españolas. En ambos casos se ha observado un incremento de casi dos años respecto a este indicador en 1996. En relación con el índice de envejecimiento para la población femenina en Aragón es de 33 puntos por encima del que presenta España.

Un elemento fundamental a la hora de conocer la población femenina en Aragón es tener en cuenta su distribución comarcal que tiene una amplia variación con comarcas donde el porcentaje de mujeres es muy bajo (Gúdar-Javalambre, Sierra de Albarracín o Maestrazgo con 44.7 %, 46% y 45,5 %, respectivamente) y otras donde el porcentaje es más elevado como Zaragoza, Hoya de Huesca o Somontano Barbastro con 51.3 %, 50.4 % o 50.2 %, respectivamente). El análisis de la edad media por comarcas casi se asimila a la imagen inversa de lo anterior.



Tal como ya se ha mencionado, el incremento de la población femenina en Aragón se ha realizado a expensas de las 55.709 mujeres extranjeras que se han empadronado en la Comunidad Autónoma que suponen en 2007 el 8.6 % de las mujeres en Aragón. Su distribución también presenta diferencias comarcales. Así la comarca con mayor porcentaje de población femenina extranjera respecto al total de mujeres en la comarca es Valdejalón con un 13 % seguida de Campo de Cariñena y Gúdar Javalambre con 12 % y 11.4 % respectivamente.

En relación a la función reproductora, en Aragón se ha observado en 2006 un incremento del 23 % en los nacimientos respecto al año 2000 y esta magnitud se debe a la incorporación de las mujeres extranjeras a la sociedad aragonesa ya que supusieron el 18.9 % del total. Probablemente también este hecho ha contribuido a incrementar en más de un punto la tasa bruta de natalidad y la tasa bruta de fecundidad (9.5 ‰ y 40.2 ‰ en 2006, respectivamente). Unido a este factor, también cabe señalar que se ha producido un incremento del porcentaje de interrupciones voluntarias de embarazo (IVE) en menores de 19 años, pasando de 10.3 % en 2000 a un 11.9 % en 2006. También se observan incrementos de 3 y 2 puntos respectivamente cuando se comparan las mujeres de 25 a 29 años y las mujeres de 30 a 34 años en estos dos años.

Evolución de la interrupción voluntaria del embarazo según la edad de la madre. Aragón, 2000 y 2006.

Edad	2000	%	2006	%
Total	1.888	100	2.970	100
Menor de 19 años	194	10,3	354	11,9
de 20 a 24 años	572	30,3	700	23,6
de 25 a 29 años	407	21,6	738	24,8
de 30 a 34 años	354	18,8	604	20,3
de 35 a 39 años	262	13,9	424	14,3
de 40 y más años	99	5,2	150	5,1

Un elemento que no podemos dejar de obviar al analizar la salud de la mujer aragonesa es la composición y formas de convivencia familiar, donde 36.799 son familias monoparentales de mujeres con hijos.

De acuerdo con los datos que presenta el Instituto Aragonés de Estadística en su publicación *Datos Básicos de las Mujeres en Aragón 2008*, las mujeres dedican a las tareas del hogar 27.4 horas a la semana, casi el doble de tiempo que los hombres y sobre ellas recae el cuidado de menores, de mayores y de discapacitados.

Tareas del hogar y cuidado de personas dependientes según quién las realiza principalmente. Aragón.

Unidad: Personas.

	Tareas hogar ⁽¹⁾	Cuidado de menores de 15 años ⁽²⁾	Cuidado de mayores de 74 años ⁽³⁾	Cuidado de personas con discapacidad o limitación ⁽⁴⁾
Total	1.089.925	234.800	73.223	50.383
Sólo el hombre	31.265	2.697	5.316	3.941
Sólo la mujer	508.544	104.634	31.689	15.214
La pareja	212.550	81.794	5.643	8.922
Hombre con otra persona distinta de la pareja	25.450	2.952	1.895	1.826
Mujer con otra persona distinta de la pareja	64.209	11.142	2.735	839
Otra persona o situación	247.906	31.580	25.945	19.641

⁽¹⁾ Población de 16 y más años.

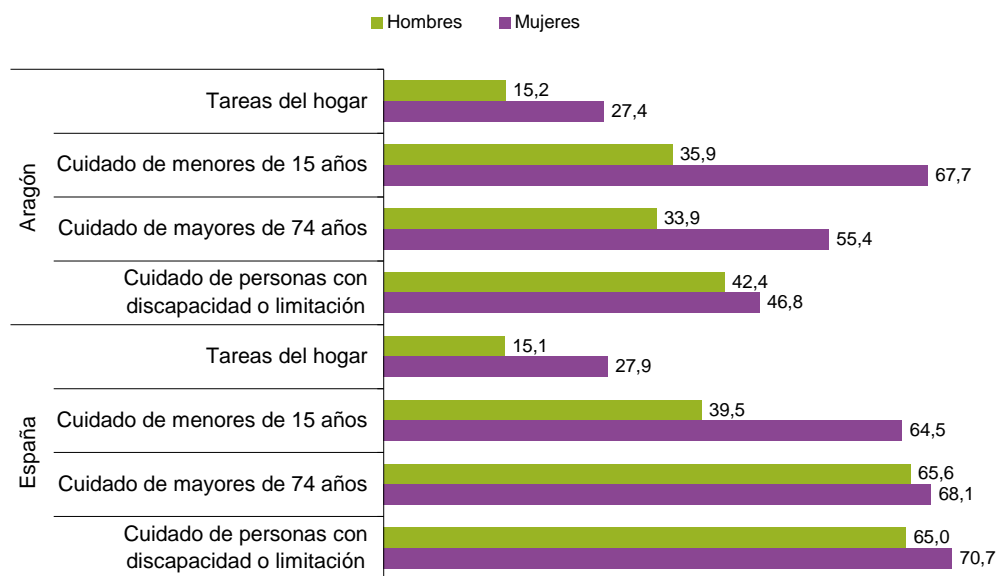
⁽²⁾ Población de 16 y más años que se ocupa del cuidado de menores de 15 años

⁽³⁾ Población de 16 y más años que se ocupa del cuidado de mayores de 74 años.

⁽⁴⁾ Población de 16 y más años que se ocupa del cuidado de personas con discapacidad o limitación.

Fuente: Encuesta Nacional de Salud . Año 2006. Elaboración: Instituto Aragonés de Estadística.

Número medio de horas semanales dedicadas a las tareas del hogar y al cuidado de personas dependientes por la población de 16 y más años.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud . Año 2006. Elaboración: Instituto Aragonés de Estadística.

Según los datos que figuran en esta publicación, el 61.6 % de las mujeres realiza ejercicio físico en el tiempo libre; por grupos de edad son las mujeres más jóvenes las que menos ejercicio practican.

Población de 16 ó más años que realiza ejercicio físico en el tiempo libre. Aragón.

Unidad: Porcentaje.

	Total	Entre 16 y 24 años	Entre 25 y 44 años	Entre 45 y 64 años	Más de 65 años
Ambos sexos	66,5	58,7	62,5	71,2	70,8
Hombres	71,5	74,7	64,2	71,6	83,7
Mujeres	61,6	41,7	60,7	70,8	60,7

Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006. INE.

En relación con el peso, el porcentaje de mujeres con sobrepeso u obesidad (43.93 %) es inferior al de los hombres (63%). También el consumo de tabaco y alcohol es menos frecuente en las mujeres que en los hombres.

Distribución de la población de 18 y más años por sexo e índice de masa corporal¹. Aragón.

Unidad: Porcentaje.

	Total	Peso insuficiente (<18,5 Kg/m ²)	Normopeso (18,5 a 24,9 Kg/m ²)	Sobrepeso (25,0 A 29,9 Kg/m ²)	Obesidad (>=30 Kg/m ²)
Ambos sexos	100	1,12	45,14	38,25	15,48
Hombres	100	0,22	36,71	48,70	14,38
Mujeres	100	2,08	53,99	27,29	16,64

Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006. INE.

¹ Índice de masa corporal = (Peso(Kg) / Estatura(m)²)

El análisis de los hábitos de consumo de tabaco y alcohol de las mujeres mayores de 16 años en Aragón revela que su consumo de tabaco y alcohol es inferior al consumo que realizan los hombres.

Consumo de tabaco y alcohol.

Unidad: Miles de personas mayores de 16 años.

	Aragón	
	Hombres	Mujeres
Tabaco		
Fumador diario	161,3	125,8
Fumador ocasional	14,6	8,9
Alcohol		
Ha consumido en las dos últimas semanas	411,3	230,1
Ha consumido en el último año	473,3	367,4

Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006. INE

Sin embargo cuando se estudia la población escolar, entre 14 y 18 años se aprecia un consumo de alcohol, tabaco y cannabis similar al de los hombres y con edades de inicio muy próximas.

Intensidad en el consumo de tabaco por edad en la población escolar. Aragón.

Población escolar entre 14 y 18 años.

Unidad: Número medio de cigarrillos diarios.

	Hombres	Mujeres
14 años	4,7	3,8
15 años	5,4	4,6
16 años	4,7	5,3
17 años	7,2	7,7
18 años	9,7	9,3

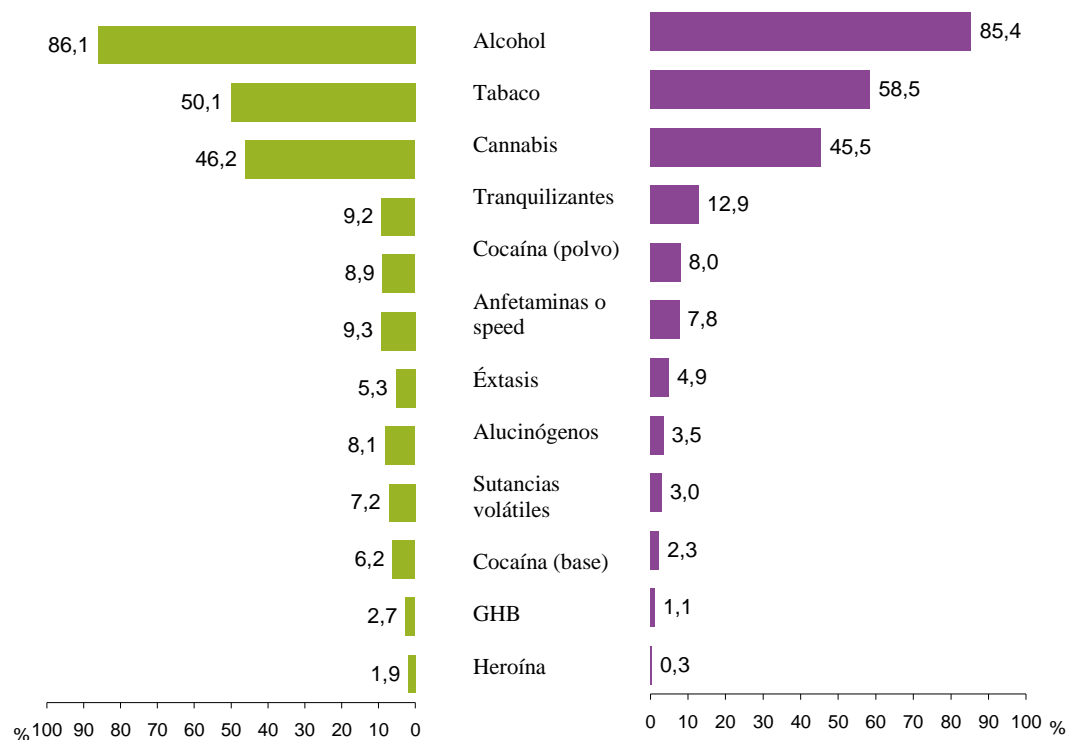
Fuente: Encuesta sobre drogas a la población escolar. Año 2006.

El consumo de drogas en escolares es superior en los varones para todo tipo de sustancias excepto para el tabaco y los tranquilizantes con 58,5 % y 12,9 % respectivamente de acuerdo con los datos de la Encuesta sobre drogas a la población escolar de 2006

Consumo de drogas en escolares. Aragón.

Hombres

Mujeres



Población escolar entre 14 y 18 años. Unidad: Porcentaje.

ACTIVIDAD PROFESIONAL, RENTA Y SALARIO

Los datos de actividad profesional, renta y salario son indicadores directos relacionados con la situación de salud de las mujeres en Aragón y por tanto pueden afectar directamente a la salud de las mujeres, sobre todo cuando de ellos depende la economía familiar. En 2006, las mujeres ocupadas en la Comunidad Autónoma de Aragón suponían el 61,6 % de las mujeres aragonesas, casi el doble que en 1996, pero 20 puntos por debajo del % de varones ocupados. Las tasas de actividad y de ocupación de mujeres son 20 puntos inferiores a las de los hombres, pero la tasa de paro es el doble para las mujeres (7.26 %) que para los hombres (3.78 %), afectando mucho más a los grupos de 16 a 24 años que acumulan el 37 %.

Tasas de actividad, ocupación y paro de la población de 16 a 64 años, según sexo. Aragón.

Unidad: Porcentaje. Medias anuales

	1996		2007	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Tasa de actividad	79,22	46,98	84,70	66,45
Tasa ocupación	71,63	34,92	81,50	61,62
Tasa de paro	9,58	25,65	3,78	7,26

Si se tienen en cuenta el nivel de estudios, las tasas de paro son dos veces mayores para mujeres que para hombres, siendo esta diferencia mayor para aquellas con estudios primarios (11.17 %).

Tasa de paro según sexo y nivel formativo. Aragón.

Unidad: Porcentaje. Media anual.

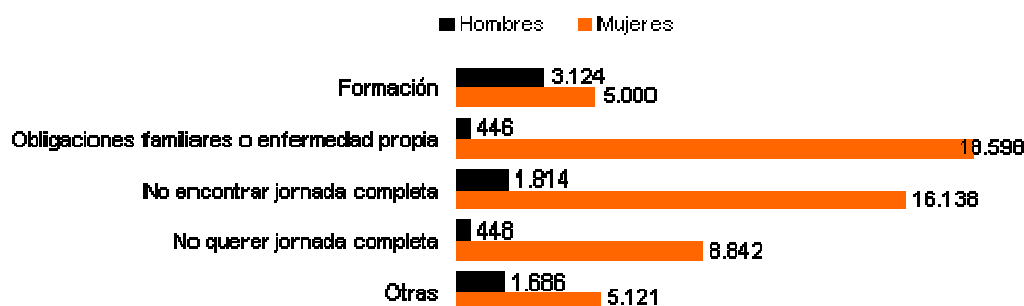
	2007	
	Hombres	Mujeres
Total	3,78	7,26
Estudios primarios	4,89	11,17
Estudios secundarios	4,00	7,29
Estudios universitarios y asimilados	2,03	5,35

El análisis por sexo de los asalariados con jornada parcial revela que las mujeres trabajan en jornada parcial en un 24 % frente al 2.7 % que lo hacen los hombres. Las razones que aducen para ello son obligaciones familiares o imposibilidad de encontrar jornada completa en el 35 y 30 % de los casos

respectivamente, mientras que estos porcentajes suponen el 6 % y el 24 % para los hombres.

Razones para la reducción de jornada.

Año 2007



Fuente: EPA (INE), Elaboración: Instituto Aragonés de Estadística

Otro de los elementos que pueden aportar precariedad a la situación vital de las mujeres es la duración media de los contratos y las diferencias que se presentan frente a los hombres. En 2007, para las mujeres, la duración media de los contratos es de 74.86 días al año frente a 116.32 para los varones, pero lo más significativo es que en los últimos cinco años estas diferencias, lejos de reducirse se están incrementando. En relación con el salario, el correspondiente a las mujeres es el 66.7 % del de los varones y presenta variaciones según el nivel de ocupación alta, media o baja desde 67.9% a 60,4 % del salario de los varones respectivamente.

Las ocupaciones más solicitadas por las mujeres son personal de limpieza o limpiadora en general, peón de industria manufacturera, dependienta de comercio o empleada administrativa.

En el análisis de accidentes laborales, el índice de incidencia para las mujeres es inferior al de los hombres, pero lo llamativo es el decremento para éstos y el incremento para las mujeres en los últimos cinco años.

Índice de siniestralidad por tipo de contrato, por cien mil trabajadores. Aragón.

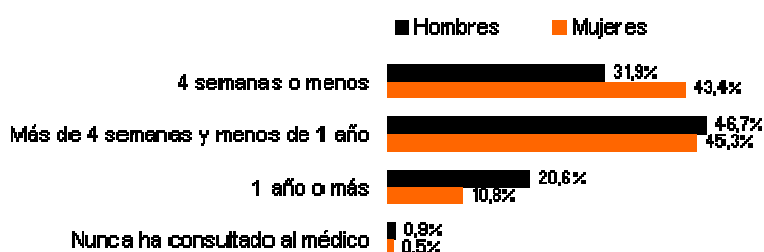
Unidad: Tanto por cien mil. Media anual

	2002		2007		Variación absoluta	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Total	4.115	1.519	3.862	1.523	-253	5
Indefinidos	4.172	1.614	3.990	1.734	-182	121
Temporales	12.573	3.482	10.981	3.793	-1.592	311
Sin clasificar	75	146	91	39	16	-108

SITUACIÓN DE SALUD DE LAS MUJERES EN ARAGON

La valoración del estado de salud percibido por las mujeres es peor que la de los varones. Las mujeres valoran su salud como muy buena o buena en el 67 % mientras que los varones lo hacen en el 80%. Ellas piensan que su salud es regular en el 24.6 % de los casos y mala en el 8.3 %.

En el último año, el 88.7 % de las mujeres han visitado al médico y el 39.8 se ha hecho un chequeo dental. En el mismo periodo de tiempo, la proporción de hombres que han visitado al médico y al dentista es inferior. Distribución de la población según tiempo transcurrido desde la última consulta a un médico. Aragón.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006. INE

Si se tienen en cuenta las patologías por las que enferman, las causas más frecuentes de hospitalización de las mujeres son las neoplasias (15.2 %), seguidas de las enfermedades del sistema osteoarticular y del tejido conectivo (13 %) y de las enfermedades del sistema nervioso (10.1 %).

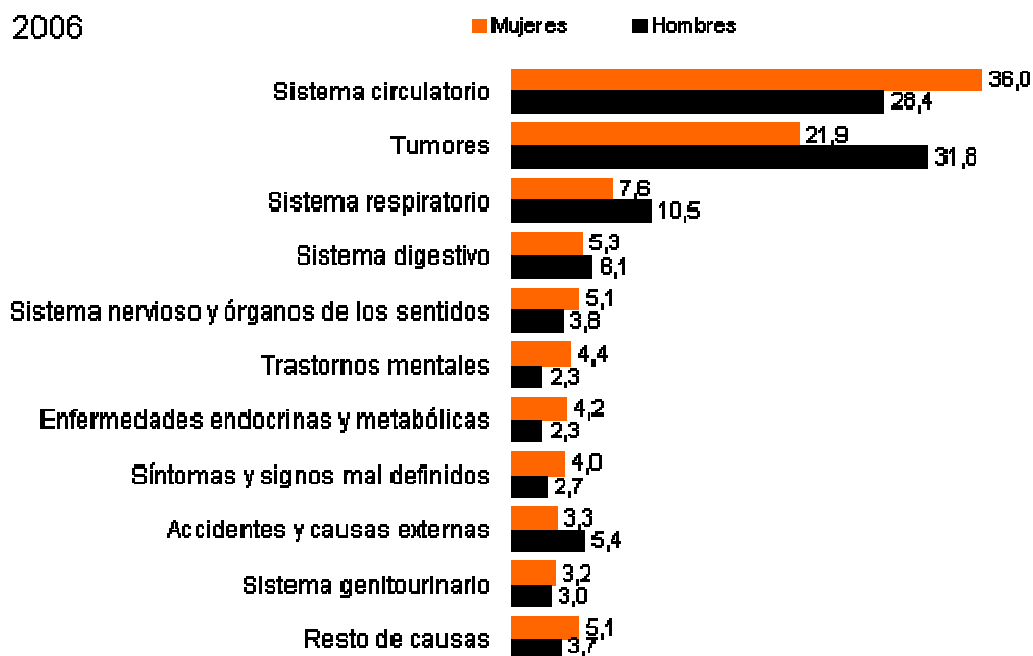
La causa más frecuente de mortalidad en mujeres se debe a enfermedades del aparato circulatorio (36 %) seguidas de las enfermedades neoplásicas (21.9 %). El 82 % de las mujeres fallecidas en 2005 tenían más de 75 años.

También cabe señalar que casi las dos terceras partes de los fallecidos por enfermedad de Alzheimer en 2006 fueron mujeres.

A su vez, las muertes por accidente de tráfico y por suicidios son inferiores en las mujeres.

Causas de mortalidad. Aragón. Distribución de los fallecimientos por tipo de causa

Unidad: Porcentaje.



Fuente: Movimiento Natural de la Población. Instituto Aragonés de Estadística.

El análisis del consumo de medicamentos revela que las mujeres aragonesas consumen más medicamentos que los hombres, si bien lo hacen por debajo del porcentaje de consumo a nivel nacional.

Consumidores de medicamentos según sexo y tipo.

Unidad: Tasa por cada 100 personas del sexo y lugar correspondiente.

	Hombres	Mujeres
Consumo total		
Aragón	55,23	67,35
España	54,96	69,19
Automedicación		
Aragón	10,00	11,82
España	13,17	15,50
Medicina alternativa		
Aragón	1,67	6,31
España	2,57	6,40

Se refiere al consumo en las dos semanas anteriores a la entrevista.

Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006. INE.

Es llamativo el consumo de antidepresivos realizado por las mujeres aragonesas, con una tasa de consumo diaria de 77.67 ‰ frente al 27.45 ‰ de los hombres.

SITUACIÓN SOCIAL DE LAS MUJERES

Siguiendo con el análisis de factores que pueden afectar la salud indirectamente, los indicadores relativos a las prestaciones sociales. Así el 86 % de las prestaciones no contributivas corresponden a mujeres y éstas son el 66 % de los beneficiarios del ingreso aragonés de inserción y reciben el 70 % de las ayudas de integración familiar.

Prestaciones y ayudas económicas del Instituto Aragonés de Servicios Sociales. Aragón. Año 2007.

Unidad: Número de beneficiarios.

	Total	Hombres	Mujeres	% Mujeres
Jubilación no contributiva	6.768	941	5.827	86,1
Invalidez	3.350	1.529	1.821	54,4
Pensiones de Ancianidad y Enfermedad (PAE)	93	26	67	72,0
Ingreso Aragonés de Inserción	901	306	595	66,0
Ayudas de integración familiar	1.954	587	1.367	70,0
Ley Estatal de Integración Social de Minusválidos (LISMI)	1.025	205	820	80,0
Becas en centros de Servicios Sociales	1.385	588	797	57,5
Ayudas discapacitados	452	244	208	46,0

Fuente: IASS. Departamento de Servicios Sociales y Familia. Gobierno de Aragón.

El 38 % de las llamadas telefónicas de mujeres aragonesas en 2007 lo fueron por maltrato físico y casi el 30 % para información.

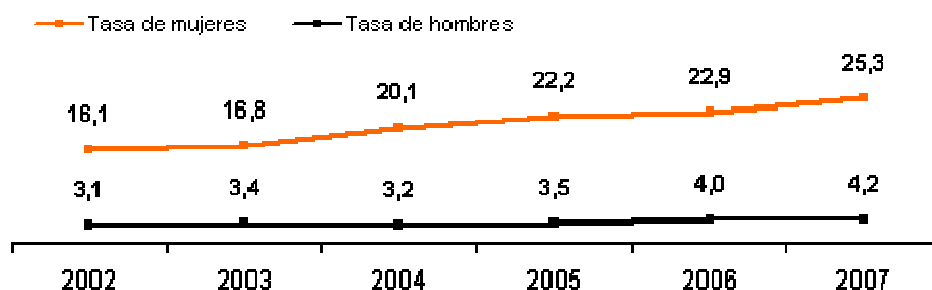
Llamadas al teléfono de atención del Instituto Aragonés de la Mujer.

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Total	951	1.200	1.794	2.875	4.352	5.810	5.733	4.012	3.432
Información general	281	410	486	629	1.035	1.765	1.671	1.295	1.010
Maltrato físico	344	408	764	1.346	1.609	1.300	1.696	1.190	1.319
Maltrato psicológico	105	134	225	376	468	393	440	374	386
Agresión sexual	16	15	24	39	27	22	30	26	36
Derivar a otras instituciones	-	-	-	-	818	1.601	1.146	601	349
Otros	205	233	295	485	395	729	750	526	332

Desde el año 2002, el número de denuncias por malos tratos producidos por pareja o expareja ha tenido un notable aumento tanto para hombres como

para mujeres llegando a una tasa de 25.3 por diez mil habitantes para las mujeres en 2007

Tasa de mujeres y hombres que denuncian por malos tratos producidos por pareja o expareja sobre 10.000 habitantes. Aragón.



Fuente: Instituto de la Mujer. Mº de Trabajo y Asuntos Sociales.

Cuando se analizan los datos de mujeres maltratadas según se hayan autoclasificado o sean consideradas como técnicamente maltratadas figuran en la tabla que se presenta a continuación teniendo en cuenta el tipo de entorno rural o urbano y la provincia.

Mujeres maltratadas según tipo, provincia y entorno. Aragón. Año 2006.

Unidad: Mujeres maltratadas por cada 100 mujeres mayores de 18 años.

	Rural	Urbano
Mujeres consideradas técnicamente como maltratadas (tipo A)	6,8	9,2
Huesca	8,7	6,5
Teruel	5,1	7,9
Zaragoza	6,3	9,5
Mujeres autoclasificadas como maltratadas (tipo B)	1,9	4,8
Huesca	1,8	3,2
Teruel	0,9	3,8
Zaragoza	2,3	5,0

Fuente: Macroencuesta sobre la violencia contra las mujeres. Instituto de la mujer. Elaboración: Instituto Aragonés de Estadística.

Por otra parte, de acuerdo con la encuesta sobre las personas sin hogar realizada por el INE en 2005, el 1.1 por 10.000 son mujeres sin hogar, frente al 5.7 por diez mil para los varones.

A su vez, en 2006, fueron 269 las mujeres condenadas en Aragón.

VI.- LÍNEAS ESTRATÉGICAS

ESTRATEGIA I.- SALUD EN LAS DIFERENTES ETAPAS DE LA VIDA

Aplicar la estrategia de atención a la salud de las mujeres en sus diferentes etapas implica dar respuesta a las demandas en salud que tienen según se trate de niñas, adolescentes, mujeres en edad adulta o edad avanzada de la vida.

Las mujeres pueden tener diversos síntomas, enfermedades y problemas de salud a distintas edades y ciclos vitales. Sus actitudes, valores y necesidades cambian a través de todas las etapas de la vida. Para cada una de ellas es importante elaborar un plan para manejar estos cambios a fin de poder alcanzar los objetivos de vida propios, incluyendo, pero no limitándolo a la maternidad y planificación familiar.

Las diferencias en la salud de la mujer no se originan exclusivamente en el plano biológico, sino también en la esfera social. La inequidad de género aparece transversalmente como determinante principal de los riesgos para la salud de la mujer.

En la etapa del desarrollo infantil y adolescencia, además de cumplir con los protocolos de revisiones infantiles de la Cartera de Servicios, es el momento para asegurar una educación no sexista y corresponsable, integrando los valores de la Educación para la Salud, que se apoyan en tres ámbitos: la familia, la escuela y el tiempo libre. La alimentación, los modelos y estereotipos de feminidad y belleza, de culto al cuerpo y delgadez extrema como modelo social actual, son factores directamente relacionados con problemas de salud y que pueden desencadenar problemas importantes de salud.

Las mujeres jóvenes están incrementando las conductas de riesgo como rasgos de pretendida igualdad con el modelo de género masculino. En este momento se hace necesario focalizar las actuaciones hacia la detección de situaciones de maltrato y violencia sexual junto a prácticas lesivas y/o mutiladoras de ciertas tradiciones con las niñas jóvenes. Así mismo, la educación afectivo-sexual, la prevención de las enfermedades de transmisión sexual y de embarazos no deseados deben realizarse desde el respeto para consolidar la igualdad entre hombres y mujeres y evitar condicionantes de género.

El fin de los estudios reglados y la incorporación a la vida laboral suelen coincidir con la madurez sexual-afectiva y la etapa reproductiva. En ella, las mujeres demandan una información de calidad en servicios de información sexual, de planificación de la reproducción (fecundación asistida y/o anticoncepción) junto a una atención al embarazo, parto, puerperio más participativa.

En la etapa de madurez se atenderán las patologías prevalentes en mujeres y aquellas vinculadas a su sexo, entre las que cabe señalar la detección precoz y atención del cáncer de mama, cérvix y endometrio así como las que se relacionan con los cambios fisiológicos y hormonales, las alteraciones músculoesqueléticas, cardiovasculares o los problemas de salud mental. Se hará especial énfasis en el desarrollo de actuaciones para minimizar la sobreutilización de psicofármacos y para prevenir las deficiencias que las patologías emergentes de esta etapa pueden producir en la ancianidad.

En la última etapa de la vida, las mujeres representan un alto porcentaje en la población total, por lo que se proveerán las necesidades de cuidados sanitarios y sociales para las enfermedades discapacitantes y que producen dependencia: enfermedades crónicas, cánceres y trastornos de salud mental. En esta etapa, el apoyo de los sistemas de protección social es fundamental para procurar el bienestar de las personas mayores.

Si bien, algunos de los problemas de salud descritos afectan a las mujeres más intensamente en alguna etapa concreta, no debe olvidarse que pueden aparecer a lo largo de toda la vida de la mujer.

Los servicios de Salud deben contemplar el empoderamiento de la mujer como una de sus estrategias de promoción de la salud para evitar la inequidad por condicionante de género.

ESTRATEGIA II.- ATENCIÓN INTEGRAL A LAS MUJERES CON FACTORES DE RIESGO PARA SU SALUD DERIVADOS DE UNA SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD

La Organización Mundial de la Salud (OMS) constata que las relaciones de poder determinadas por el género constituyen las causas fundamentales de la desigualdad de género y se encuentran entre los principales factores sociales determinantes de la salud. Existe una morbilidad diferencial definida como el conjunto de enfermedades, motivos de consulta o factores de riesgo que merecen una atención específica hacia las mujeres, sea porque sólo en ellas se pueden presentar dichos problemas o porque sean mucho más frecuentes en la mujer.

Las desigualdades en salud pueden explicarse en gran parte por riesgos y vulnerabilidades diferenciales, debidos a roles, estilos de vida y prácticas preventivas distintas entre mujeres y hombres y de manera fundamental a las condiciones estructurales en que estos roles se desarrollan: doble jornada laboral y doméstica, sobrecarga del cuidado familiar, patologías crónicas con una peor salud percibida, tendencias actuales a la medicación en situaciones fisiológicas como en la menopausia, el estrés o el malestar psíquico.

El género es un determinante social de salud que puede conllevar diferencias en el acceso a los servicios de salud, por ello, el sistema de salud debe dar respuesta ajustada a las necesidades planteadas por las mujeres, especialmente a las que pertenecen a sectores más desfavorecidos.

Esta vulnerabilidad por cuestión de género afecta, fundamentalmente a: las mujeres de origen extranjero (que, en muchas ocasiones, pueden tener dificultades para mantener salud o resolver su patología por falta de comprensión de idioma o limitaciones culturales), a las mujeres que ejercen la prostitución (para quienes los problemas sanitarios se añaden a los sociales y de seguridad), al colectivo de mujeres reclusas (que pueden verse afectadas por los efectos psicológicos de la limitación de libertad y separación de hijos o familia), a las mujeres con discapacidad por su dependencia física o psíquica (especial atención merecen los cuidados en salud de las personas cuidadoras) y las mujeres solas con cargas familiares en situación de extrema vulnerabilidad social y sanitaria.

Hay mujeres que reúnen varias de estas situaciones lo que aumenta las dificultades para acceder al sistema sanitario y requieren una respuesta más específica y coordinada por parte de los sistemas sanitario y social.

Es necesario construir evidencia a partir del conocimiento de los factores que influyen para reducir estas situaciones mediante el análisis cuantitativo y cualitativo de aquellas situaciones en que las mujeres presentan un nivel de vulnerabilidad que puede traducirse en deterioro de la salud.

ESTRATEGIA III.- IMPLICACIÓN DE LAS MUJERES EN LA TOMA DE DECISIONES QUE AFECTAN A SU SALUD

El papel que tienen las mujeres en todas las esferas de la salud requiere ser revisado. A pesar de los avances sociales y normativos en cuestiones relativas a la igualdad, la mujer, en muchas ocasiones sigue asumiendo, de forma casi exclusiva, el mantenimiento de la salud de la familia. También son mujeres quienes ocupan la mayoría de los trabajos relacionados con los cuidados en salud, en algunos casos con precariedad e infraremunerados.

Es preciso estimular la participación de las mujeres como protagonistas en la toma de decisiones que afectan a su salud y escuchar su voz tanto como proveedoras de salud como por su condición de consumidoras, así como recrear espacios en los que estén representadas y propiciar instrumentos de participación.

La formación, así mismo, es un elemento importante para contribuir a aumentar el empoderamiento y el control sobre la propia salud. Los grupos de autoayuda, los programas de promoción y educación para la salud o la información para la toma de decisiones son algunas estrategias que se han mostrado útiles y necesarias.

Hay momentos que pueden ser idóneos para la formación y la información al coincidir con situaciones de mayor sensibilización (etapas de embarazo, postparto, enfermedad, situaciones de dependencia, etc.) para compartir la responsabilidad familiar de la salud.

ESTRATEGIA IV.- INVESTIGACIÓN Y FORMACIÓN DE PROFESIONALES

La investigación es un área prioritaria en salud ya que permite conocer la realidad y proporcionar información para la toma de decisiones. Los sistemas de información sanitaria y social deben recoger la influencia del género como determinante social de la salud.

Es necesario asumir que la investigación y en particular, los ensayos clínicos, han de considerar que las diferencias en los modelos de salud y enfermedad entre los sexos son esenciales, ya que la prevalencia de algunas enfermedades varía según se trate de hombres o mujeres. Lo mismo sucede con los comportamientos y estilos de vida. El rol que hombres y mujeres desempeñan en los cuidados de la salud, está en permanente evolución y muy vinculado con algunas de las transformaciones de la sociedad.

La investigación cualitativa, por tanto, debe tener mayor reconocimiento y utilización para documentar y explorar los comportamientos en salud y las inequidades que se producen.

Todos estos aspectos deben integrarse transversalmente en la formación de los profesionales de salud y en sus diferentes etapas: pregrado, postgrado y continuada.

ESTRATEGIA V.- INVOLUCRAR A LOS HOMBRES

Los hombres tienen un papel importante en la mejora del nivel de salud de nuestra sociedad, tanto por la disposición al cambio como por el potencial para reducir los riesgos que se provocan por condicionantes de género en las mujeres, principalmente en la conciliación de la vida laboral, social y familiar y con la violencia de género.

Los modelos tradicionales de ser y de sentirse hombres en nuestra sociedad están evolucionando y desde el lastre que supone la masculinidad tradicional, que todavía es muy amplio, comienzan a existir movimientos de hombres que buscan la participación y convivencia desde la diferencia con las mujeres. Desean, al igual que las mujeres, favorecer la igualdad real y efectiva en todos los aspectos y ámbitos, no solamente en el legal, sino también en el social, laboral, educativo, etc. Están fomentando cambios hacia posiciones de equidad y desean desligarse del modelo tradicional masculino. Se trata, en definitiva, de acabar con el machismo y desarrollar formas no opresivas y de relaciones no sexistas con las mujeres.

De acuerdo con las recomendaciones de la OMS es fundamental “trabajar con niños y hombres para transformar las normas masculinistas perjudiciales, el comportamiento de alto riesgo y las prácticas violentas”.

ESTRATEGIA VI.- ACTUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN LA DISMINUCIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

Los servicios sanitarios desempeñan un papel esencial en la ayuda a las mujeres que sufren maltrato ya que la mayoría de las mujeres, en algún momento de la vida (embarazo, parto, cuidados de los hijos, hijas y personas mayores) se dirigen al sistema sanitario. Así mismo, los malos tratos afectan a la salud de las mujeres y en muchas ocasiones han de ser atendidas por los profesionales sanitarios.

Las características de este tipo de violencia, implican activamente a los diferentes profesionales del sistema sanitario, que deberán ser conscientes de que el abordaje y la resolución de las consecuencias de la violencia deben

comenzar con la detección del problema. En muchas ocasiones, se requieren intervenciones interdisciplinarias por lo que se hace necesaria la coordinación entre todas las instituciones implicadas, con la finalidad de dar una respuesta integral e integrada a este tipo de situaciones sanitarias y sociales.

La atención a mujeres víctimas de abusos sexuales y violencia de género en el sistema sanitario conlleva la detección del problema, la atención a las lesiones y la coordinación con otros sistemas de protección judicial o social. Estas personas pueden presentar secuelas psicológicas y emocionales (depresión, ansiedad, ataques de pánico, consumo de sustancias, trastornos alimentarios, trastornos mentales, etc.).

La cultura y tradiciones que incorporan algunos inmigrantes pueden conllevar formas de violencia o mutilación de la mujer que en nuestra sociedad constituyen delitos y en las que el sistema sanitario ha de tener un papel fundamental en la prevención y detección.

Especial atención merecen las mujeres en situación de mayor vulnerabilidad, inmigrantes, discapacitadas, población reclusa, prostitutas y mujeres en situación de exclusión social.

VII.- COORDINACIÓN

Muchas de las actuaciones que se refieren a la salud de las mujeres implican a diferentes departamentos e instituciones de la Administración. Por ello, se hace necesario integrar el conocimiento, orientar la investigación y coordinar las actuaciones a desarrollar en materia de salud y mujer, fomentando los mecanismos de participación, coordinación y colaboración intersectorial.

La efectividad de las estrategias de actuación y de los objetivos que se proponen en este Plan dependerá del establecimiento de mecanismos de coordinación operativos que permitan la complementariedad de los recursos y eviten la duplicidad e interferencias de los distintos agentes. Como herramienta fundamental en la aprobación, coordinación e implementación de este Plan, el Departamento de Salud y Consumo ha promovido la creación, mediante el Decreto 115/2009 del Gobierno de Aragón, del Consejo Asesor de Atención a la Salud de la Mujer como órgano colegiado de carácter consultivo y de asesoramiento a la política de atención integral a la salud de la mujer.

Así mismo, con fecha 3 de marzo de 2008, se firmó un Acuerdo Marco de colaboración entre el Departamento de Servicios Sociales y Familia y el Departamento de Salud y Consumo, en el que se constituyen diferentes grupos de trabajo con el fin de coordinar las actuaciones entre ambos departamentos en diferentes áreas:

- Salud mental y drogas
- Dependencia
- Atención a la mujer
- Inmigración
- Atención temprana
- Atención a la juventud

Entre los grupos de trabajo que sirven a la coordinación de este plan se encuentran:

- Comisión Interdisciplinar de mutilación genital femenina.
- Comisión, con el IAM, para los procedimientos comarcales de actuación integral contra la violencia de género así como para el desarrollo del protocolo de coordinación interinstitucional para la prevención de la violencia de género.

- Grupo para el desarrollo y seguimiento de las actuaciones en salud dirigidas a las mujeres inmigrantes integradas en el Plan Integral para la convivencia.
- Coordinación con el Instituto Aragonés de la Juventud y participación en el área de salud del Plan de Juventud.

La coordinación con el Departamento de Educación, Cultura y Deporte se hace efectiva para los programas de promoción de Salud en medio educativo.

VIII.- EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

La evaluación del plan se desarrollará en distintas fases:

- Seguimiento anual de los proyectos y programas con valoración del nivel de ejecución de las actuaciones y del que tendrá conocimiento el Consejo Asesor de Atención a la Salud de la Mujer.
- Evaluación final en la que se tendrá en cuenta los seguimientos anuales del plan junto con una evaluación del impacto realizada mediante encuestas de opinión a mujeres aragonesas y organizaciones y entidades que trabajan en el ámbito de salud y mujer.

Esta evaluación habrá de recoger tanto aspectos cuantitativos como cualitativos y de eficacia.

IX.- BIBLIOGRAFIA

1. Amoros Cecilia 10 palabra clave sobre la mujer. Estella; Editorial Verbo Divino 1995
2. Carrasco Mercedes,Ruiz, M.^a Teresa, Gil Diana. Epidemiología de las desigualdades del desarrollo de género en España. (1990-2000) Re. Salud Pública n.º 3 2008
3. Estrategia europea para la salud y el desarrollo de la infancia y la adolescencia. Herramienta de Género. World Health Organization. 2007
4. Desigualdades sociales en la Salud , los estilos de vida y la utilización de servicios sanitarios en las comunidades autónomas 1993-2003. Observatorio de Salud de la Mujer. Ministerio de Sanidad y Consumo. Agencia de Salud Pública, Barcelona 2007
5. Falquet Jules. Nouvelles questions féministes: 22 años profundizando en una visión feminista, radical, materialista y anti-esencialista Université de Paris VII Jussieu Revista Estudios Feministas *versionPrint*ISSN 0104-026X Rev. Estud. Fem. vol.12 no.spe Florianópolis Sept./Dec. 2004 doi: 10.1590/S0104-026X2004000300006
6. Luque López M. Carmen. Mujer y sexualidad. Evolución desde el puritanismo del siglo XVIII a la medicina sexual del siglo XXI. Rev. Int. Androl. 2008; 6(2):152-7
7. Miqueo Consuelo, Tejero Carmen; Barral María J.; Yago Teres. Perspectivas de género en salud. Madrid Minerva Ediciones 2001
8. Ministerio de Sanidad y Consumo. Informe Salud y género 2005. Informes, estudios e investigación 2007. Ministerio de Sanidad y Consumo
9. Ministerio de Sanidad y Consumo. Informe Salud y Género 2006. Las edades centrales de la vida. Informes, estudios e Investigación 2008. Ministerio de Sanidad y Consumo
10. Ministerio de Sanidad y Consumo. Informe Salud y Género. 2007-2008 . Mujeres y Hombres en las profesiones sanitarias. Informes, estudios e investigación 2008
11. Guía de estadísticas de salud con enfoque de género: análisis de Internet y recomendaciones. Ministerio de Sanidad y Consumo <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/guiaEstadisticasSaludEnfoqueGenero.pdf>
12. Plan de actuación. Salud para las mujeres 2004-2007. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Cantabria
13. Salud de las mujeres. II Plan de actuación. 2008-2011. Gobierno de Cantabria. Conserjería de Sanidad.
14. IV Conferencia Mundial sobre la mujer. Beijing 1994 <http://www.un.org/spanish/esa/devagenda/gender.html>
15. La equidad de género en la salud mediante el mainstreaming: <http://www.msc.es/ciudadanos/proteccionSalud/mujeres/docs/declaracionMadrid.pdf> [visto el 2.3.2009]
16. El Observatorio de Salud de la Mujer: plan estratégico 2004-2007 Ministerio de Sanidad y Consumo http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/OSM_Estrategia_Accion.pdf [visitado el 3.3.2009]
17. Ley Orgánica para la igualdad efectiva de mujeres y hombres (BOE número 71 de 23/3/2007)

- http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases_datos/doc.php?coleccion=iberlex&id=2007/06115
18. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud 2007
<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/home.htm>
 19. Subsanan las desigualdades en una generación. Comisión sobre Determinantes sociales de la Salud I. Organización Mundial de la Salud 2008
http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_CSDH_08.1_spa.pdf
 20. Hablamos de Salud “en femenino y en masculino”. Serie lenguaje n.º 5. Instituto de la Mujer (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales).2006
<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/hablamosDeSalud.pdf>
 21. Plan Estratégico 2008-2011 de Igualdad de Oportunidades. Instituto de la Mujer. 2008
http://www.mde.es/obs_mujer/planestrategico_igualdad_oportunidades.pdf
 22. Rohifs I. Género y Salud: diferencias y desigualdades. 2007
<http://www.raco.cat/index.php/Quark/article/viewFile/54973/65434>
 23. Recomendaciones para la práctica del enfoque de género en programas de salud. Observatorio de Salud de la Mujer. Madrid 2008
<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/recomendVelasco2008.pdf>
 24. 100 Palabras para la igualdad. Glosario de Términos relativos a la igualdad entre hombres y mujeres. Ministerio de Sanidad y Consumo
http://www.europarl.europa.eu/transl_es/plataforma/pagina/celter/glosario_genero.htm
 25. Informe de revisión de guías sobre la incorporación de la perspectiva de género a las políticas de investigación en salud. Ministerio de Sanidad y Consumo
http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/INFORME_REVISION_DE_LAS_GUIAS_Politicas_de_investigacion-OSM.pdf
 26. Guía para la evaluación del impacto en función del género
http://ec.europa.eu/employment_social/gender_equality/docs/gender/gender_es.pdf
 27. Estudio comparativo de los planes de igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres autonómicos y nacionales. 2004 Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales
<http://www.migualdad.es/mujer/politicas/Comparativa.pdf>
 28. Principales resultados de la conferencia sobre las mujeres e igualdad de género. Naciones Unidas. <http://www.un.org/spanish/esa/devagenda/gender.html> [visto 16.4.2009]
 29. Enfermería y Género. Índice de Enfermería. Otoño 2004. Año XIII. N 46
 30. La salud pública desde la perspectiva de género y clase social "Informe SESPAS 2004 http://www.sespas.es/ind_lib07.html [visto internet 16.4.2009]
 31. Políticas de investigación en salud. Guía de recomendaciones para la incorporación de la perspectiva de género. Observatorio de salud de la mujer OSM Ministerio de Sanidad y Consumo
 32. OMS GenSalud. Indicadores de Género y Salud de World Health Organization
<http://www.paho.org/spanish/hdp/hdw/indicators.htm>
 33. OMS Política de la OMS en materia de género: Integración de las perspectivas de género en la labor de la OMS. OMS 2002
 34. OMS Incorporación del análisis y las acciones de género en las actividades de la OMS: proyecto de estrategia. WHA60.25 Mayo 2007
 35. Velasco Sara. “El enfoque de género en la atención a la salud” pág. 39-52 en Diálogos interrumpidos: investigación en salud y práctica asistencial. Integración de

- una perspectiva de género. Grupo de Trabajo Seminario Interdisciplinar de Estudios de la Mujer (SIEM). Zaragoza 2006
36. Velasco Sara. Evolución de los enfoques de género en salud Intersección de teorías de la salud y teoría feminista.. Material docente del diploma de Especialización de Género y Salud.. Ministerio de Sanidad y Consumo e Instituto de la Mujer. 2007
 37. Velasco Sara. Recomendaciones para la práctica del enfoque de género en programas de salud. Observatorio de Salud de la Mujer. Ministerio de Sanidad y Consumo 2008
 38. Velasco Sara. Relaciones de Género y subjetividad. Método para programas de prevención. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 2005.