Informe
SALUD Y GÉNERO
en Andalucía
2025

Junta de Andalucía
Consejería de Salud y Consumo

Informe Salud y Género en Andalucía

Edita: Consejería de Salud y Consumo

Responsable de edición: Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica

Elabora: Escuela Andaluza de Salud Pública.

Junta de Andalucía | Febrero, 2025

Coordinación General: Teresa Campos García
Servicio de Coordinación de la Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica. Consejería de Salud y Consumo

Coordinación Técnica y elaboración del informe:
Gracia Maroto Navarro [1,2,3]
María del Río Lozano [1,2]
María del Mar García Calvente [1]

Redacción de capítulos específicos:

Desigualdades de género en los determinantes sociales de la salud, en el estado de salud y en la atención sanitaria
María del Río Lozano [1,2]
María del Mar García Calvente [1]
Gracia Maroto Navarro [1,2, 3]

Salud mental
Olivia Pérez Corral [1,2]
Silvia Toro Cárdenas [1]

Salud sexual y Salud reproductiva
Gracia Maroto Navarro [1,2,3]
Daysis Yoe Ling Chang Chan [1, 2]
Olivia Pérez Corral [1,2]

Salud y migraciones
Olga Leralta Piñán [1]
Ainhoa Ruiz Azarola [1,2]

Salud y discapacidad
Amelia Martín Barato [1]
Noelia García Toyos [1]

Violencia de género
Guadalupe Pastor Moreno [1, 2, 3]
Isabel Ruiz Pérez [1, 2, 3]

Percepciones profesionales sobre el sistema sanitario
Raquel Jiménez Manzano [4]

Apoyo en la explotación de datos
Guadalupe Carmona López [1]
Luis Castro Martín [5]
Daysis Yoe Ling Chang Chan [1]
Inmaculada Mateo Rodríguez [1]
Carmen Sánchez-Cantalejo Garrido [1]
Silvia Toro Cárdenas [1]

Apoyo bibliográfico: Camila Higueras Callejón [1]

Maquetación: Cristina Pando Letona [1]

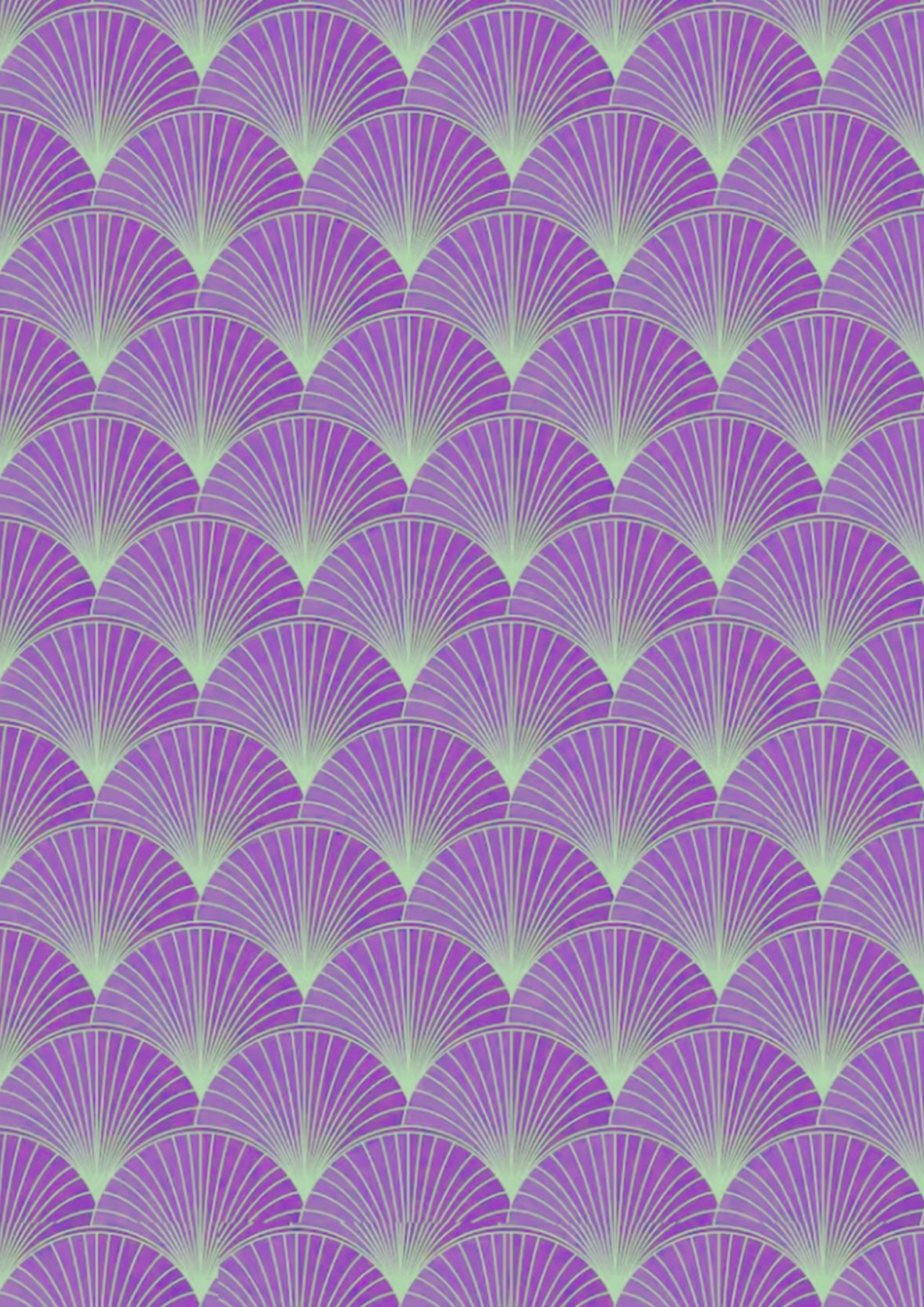
[1] Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada
[2] Instituto de Investigación Biosanitaria de Granada
[3] Consorcio de Investigación Biomédica y en Red de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP). Madrid
[1] Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada
[2] Instituto de Investigación Biosanitaria de Granada
[3] Consorcio de Investigación Biomédica y en Red de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP). Madrid
[4] Consultoría de Igualdad y Diversidad. Granada
[5] Departamento de Estadística e Investigación Operativa. Universidad de Granada

Consejería de Salud y Consumo

Mercedes Forcada Falcón
Mencía González Ruiz
Soledad Jiménez González
Carmen Ponce González
Inmaculada Rendón Márquez

Servicio Andaluz de Salud (Comisión de Género y Salud)

Alicia Aguilar Muñoz
Carmen Alba Fernández
Carmen Alejandre Llanos
Ana Barranquero Beltrán
Nieves Caro Melero
Rafael Carretero Guerra
Juan Carlos Díaz García
Celia Fernández Delgado
Mª José Ferrer Higueras
Ingrid Ferrer López
Juan Manuel García González
Rafael García González
Luis Gavira Sánchez
Mª Carmen González Montero
Teresa Iriarte De los Santos
Rosario Márquez Larque
Remedios Martínez Jiménez
Covadonga Noriega Barreda
Marina Selas Armenteros
José Manuel Rodríguez Montes
Inmaculada Vázquez Cruz



Índice

1. Presentación 9

2. Enfoque y metodología 13

2.1. Marcos teóricos que sustentan el informe 13

2.2. Objetivos 16

2.3. Metodología 17

2.3.1. Diseño 17

2.3.2. Método para el análisis de las desigualdades en los determinantes sociales de la salud, en el estado de salud y en la atención sanitaria 18

2.3.3. Método para el análisis de desigualdades en situaciones y ámbitos específicos de salud 23

2.3.4. Método para el análisis de las percepciones de profesionales del sistema sanitario 27

3. Resultados: el diagnóstico de situación 31

3.1. Desigualdades de género en los determinantes sociales de la salud 31

3.1.1. Desigualdades en los determinantes estructurales de la salud 31

3.1.2. Valores, normas y otros factores de desigualdad 45

3.1.3. Algunas claves de los estilos de vida 63

3.2. Desigualdades de género en el estado de salud 75

3.2.1. Paradoja de la mortalidad 75

3.2.2. Desigualdades de género en salud percibida y calidad de vida 102

3.2.3. Morbilidad diferencial y padecimientos crónicos 123

3.3. Desigualdades de género en la atención sanitaria 165

3.3.1. Cobertura y acceso a servicios sanitarios 165

3.3.2. Atención primaria, hospitalaria y urgente 199

3.3.3. Promoción de salud y prevención de riesgos 216

3.3.4. Medicamentos 224

3.4. Profundización en situaciones y ámbitos específicos de salud 234

3.4.1. Salud mental..... 234
3.4.2. Salud sexual y salud reproductiva..... 256
3.4.3. Salud y migraciones..... 287
3.4.4. Salud y discapacidad..... 302
3.4.5. Violencia de género 315

3.5. Percepciones de profesionales sobre el sistema sanitario: un estudio cualitativo..... 333

3.5.1. Mujeres y hombres en la plantilla de profesionales del Sistema Andaluz de Salud 333
3.5.2. Aproximación a la transversalización del enfoque de género en el sistema sanitario..... 334
3.5.3. Formación y sensibilización de profesionales en la perspectiva de género..... 337
3.5.4. Equidad de género en el acceso a los servicios sanitarios y en la cobertura sanitaria 339
3.5.5. Equidad Equidad de género en la promoción y prevención de salud 348
3.5.6. Sesgos de género en el esfuerzo diagnóstico y terapéutico y en la prescripción de medicamentos..... 350
3.5.7. Equidad de género en la relación de profesionales y pacientes.... 352
3.5.8. Equidad de género en la atención sanitaria en la pandemia por COVID-19..... 356

4. Conclusiones y recomendaciones..... 359

4.1. Mensajes clave sobre los determinantes sociales de la salud, el estado de salud y la atención sanitaria..... 359

4.2. Mensajes clave sobre situaciones y ámbitos específicos de salud 369

4.3. Recomendaciones transversales a todas las temáticas 381

5. Referencias bibliográficas..... 387

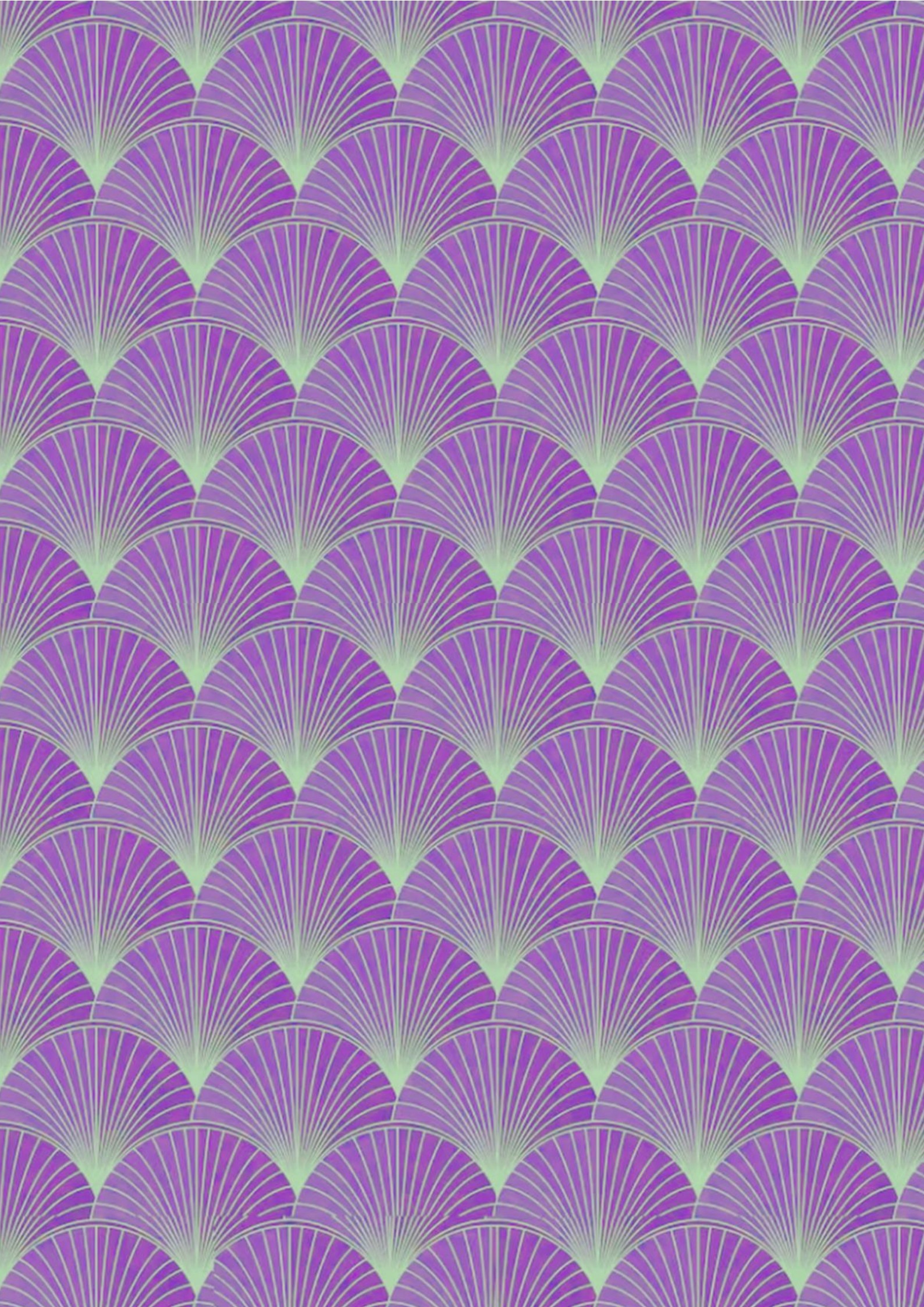
6. Anexos..... 408

Anexo 1: Listado de fuentes consultadas..... 409

Anexo 2: Índice de tablas 413

Anexo 3: Índice de gráficos 417

Anexo 4: Abreviaturas y siglas 431



1. Presentación

En este informe se ofrece información detallada sobre el ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE LAS DESIGUALDADES DE GÉNERO EN SALUD EN ANDALUCÍA, producto del encargo que la Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica de la Consejería de Salud y Consumo de la Junta de Andalucía ha realizado a la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP). El proyecto parte de la necesidad de realizar un seguimiento y actualización del Informe Salud y Género que fue publicado en 2018 sobre la situación de la salud en la comunidad andaluza desde una perspectiva de género. Es decir, trata de describir y analizar la situación actual de salud de la población adulta andaluza, identificando las principales desigualdades de género en salud y sus determinantes sociales. Por tanto, este informe supone una continuación de aquel que fue publicado anteriormente y al que nos referiremos con frecuencia en el presente documento en términos comparativos o para señalar avances y retrocesos. El resultado es esta herramienta que puede ser crucial para dar soporte a la toma decisiones en la planificación e implementación de políticas, planes y programas sanitarios, desde un enfoque de género. Monitorizar diferentes parámetros, indicadores e información diversa sensible al género, es imprescindible para detectar tendencias, logros y puntos de mejora en la salud de la población y en su abordaje general, y desde aquí orientar estrategias que permitan mantener y reforzar las fortalezas actuales, así como afrontar las debilidades detectadas para erradicar inequidades que son injustas y evitables.

La salud de la población y su atención sanitaria está condicionada por factores contextuales cambiantes en el tiempo, entre los que cabe destacar la reciente crisis sanitaria por la pandemia de COVID-19, que ha justificado aún más, si cabe, la necesidad de indagar y renovar el diagnóstico de situación de la salud realizado con anterioridad.

La actualización se ha trabajado bajo la estructura del informe previo, y además se han incorporado importantes novedades, poniendo énfasis en algunos temas específicos y complementando con nuevas fuentes de información y recursos metodológicos. En este sentido, se ha pretendido maximizar la información de evolución y territorialidad cuando los datos disponibles lo han permitido, así como reforzar la información sobre diferentes dimensiones de la atención sanitaria que habían sido abordadas de manera más superficial. Las principales novedades que ha incorporado esta edición del informe han consistido en la profundización en temas de especial interés en el contexto sanitario actual de Andalucía, así como el enriquecimiento de los datos cuantitativos de fuentes secundarias con información cualitativa recogida de manera primaria para este informe.

En primer lugar, este informe plantea el marco teórico del que partimos para analizar las diferencias y desigualdades de género en salud. Volvemos a utilizar los modelos conceptuales y marcos en los que se sustentó el Informe publicado en 2018. Hacemos propio el modelo de los determinantes sociales de la salud impulsado por la OMS, en el que la contribución de la biología (ligada al concepto de sexo) es solo una parte del complejo entramado de factores (muchos de ellos ligados al género) que determinan la situación de salud de las personas y de las poblaciones. Partimos específicamente del modelo para explicar el papel del género como determinante de la salud propuesto por la Women and Gender Equity Knowledge Network, en su informe para la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS (Sen y Östlin, 2007). Hacemos referencia también en este capítulo al necesario enfoque de interseccionalidad y de diversidad con el que es preciso observar las desigualdades de género en salud.

En segundo lugar, se definen los objetivos del informe, que se centran en analizar las desigualdades de género en los determinantes sociales de la salud, en el estado de salud y en la atención sanitaria, actualizando el análisis de situación realizado en 2018 con los datos disponibles más recientes. Este Informe pretende también aportar un análisis en profundidad de las desigualdades de género en la atención sanitaria, ahondando en dimensiones de especial interés o que afectan a colectivos especialmente vulnerables, antes mencionados. En el colectivo de profesionales del sistema sanitario se pone el foco especialmente, con el objetivo específico de conocer sus opiniones y percepciones sobre las desigualdades de género que prevalecen en la atención sanitaria en Andalucía.

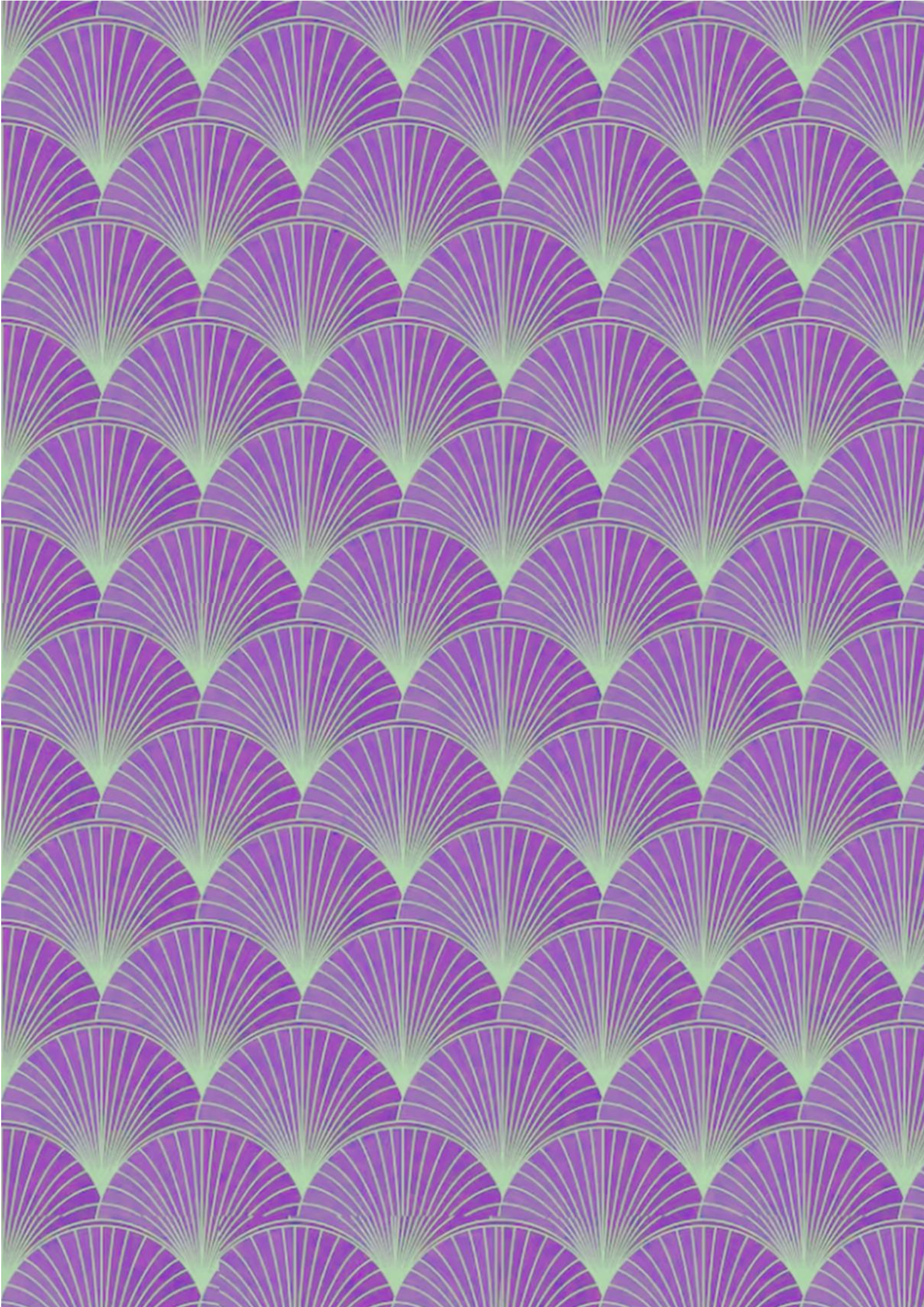
En el tercer capítulo se describe la metodología utilizada. Este proyecto se ha desarrollado a partir del análisis de datos obtenidos de fuentes tanto secundarias como primarias de información, en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Andalucía. La metodología seguida en el Informe se agrupa en tres bloques, que van desde la actualización de los apartados que contenía el anterior informe, a la producción de capítulos específicos para cada uno de los temas de profundización, y al diseño de un estudio cualitativo ad hoc para abordar la percepción de profesionales de manera más enriquecedora. Los tres bloques presentan metodologías mixtas y diversas que se han complementado entre sí.

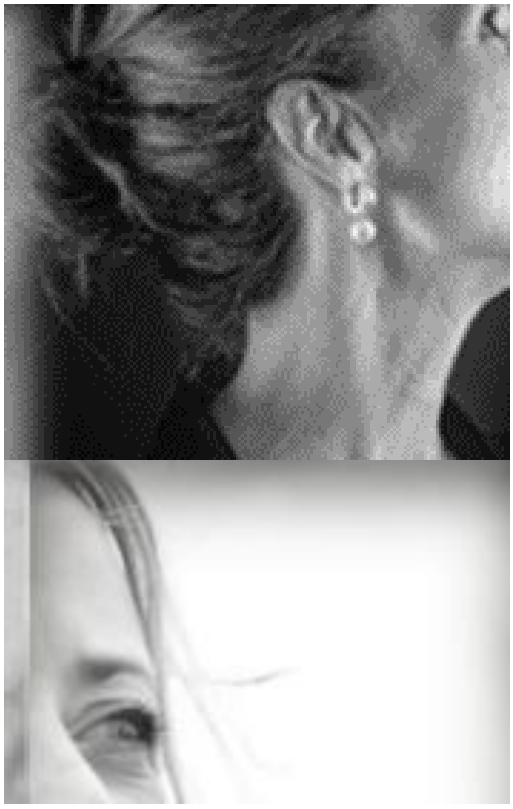
El cuarto capítulo está dedicado a presentar los resultados de todos los bloques. Primero se presenta el análisis de las desigualdades de género en los determinantes sociales de la salud. En este apartado se aborda una selección de determinantes estructurales y también algunas de las principales desigualdades de género en los hábitos de vida, como determinantes intermedios de la salud. No pretende ser exhaustivo, sino más bien ofrecer de forma sintética un panorama actualizado de algunos factores importantes que actúan como determinantes de la salud de las mujeres y hombres en Andalucía de manera desigual. A continuación, se analizan las diferencias y desigualdades de género en el estado de salud de las mujeres y los hombres en Andalucía. También de manera sintética, se presentan datos sobre mortalidad y esperanza de vida, salud percibida, calidad de vida relacionada con la salud, morbilidad diferencial en condiciones crónicas y diferencias de género en algunas patologías seleccionadas que, por sus características, revisten una especial importancia desde el enfoque de género. Y en tercer lugar, se abordan las desigualdades de género en la atención sanitaria. En este caso, se analizan aspectos como la cobertura y accesibilidad a los servicios sanitarios, los servicios de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad, y la atención sanitaria en los diferentes niveles (atención primaria, atención urgente y atención hospitalaria). En este apartado se hace especial énfasis en los sesgos de género en la atención desde los servicios de salud, que se aborda de forma transversal.

Seguidamente, se ofrecen los resultados de los capítulos de profundización, centrados en temas de especial interés en el contexto sanitario actual de Andalucía. Estos apartados están dedicados a la salud mental, la salud sexual y la salud reproductiva, la migración, la discapacidad y la violencia de género. Cada uno de estos apartados específicos ofrece un análisis de situación en profundidad de cada temática concreta desde la perspectiva de género, identificando las principales desigualdades de género en salud y los sesgos de género en la atención sanitaria prestada al colectivo o grupos implicados, así como estableciendo las principales áreas de mejora y algunas líneas de actuación específicas para reducir las desigualdades de género en el Sistema Sanitario Público de Andalucía.

A continuación, se aportan los resultados derivados del estudio cualitativo realizado. Se analizan aquí las opiniones y experiencias de mujeres y hombres profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía acerca de las desigualdades de género en la atención sanitaria.

Los últimos capítulos están dedicados a las conclusiones y recomendaciones generales de todo el informe en su conjunto, poniendo el foco en la utilidad que pueden aportar para la elaboración de una futura planificación estratégica para el abordaje de las desigualdades de género en salud en Andalucía.





2. Enfoque y metodología

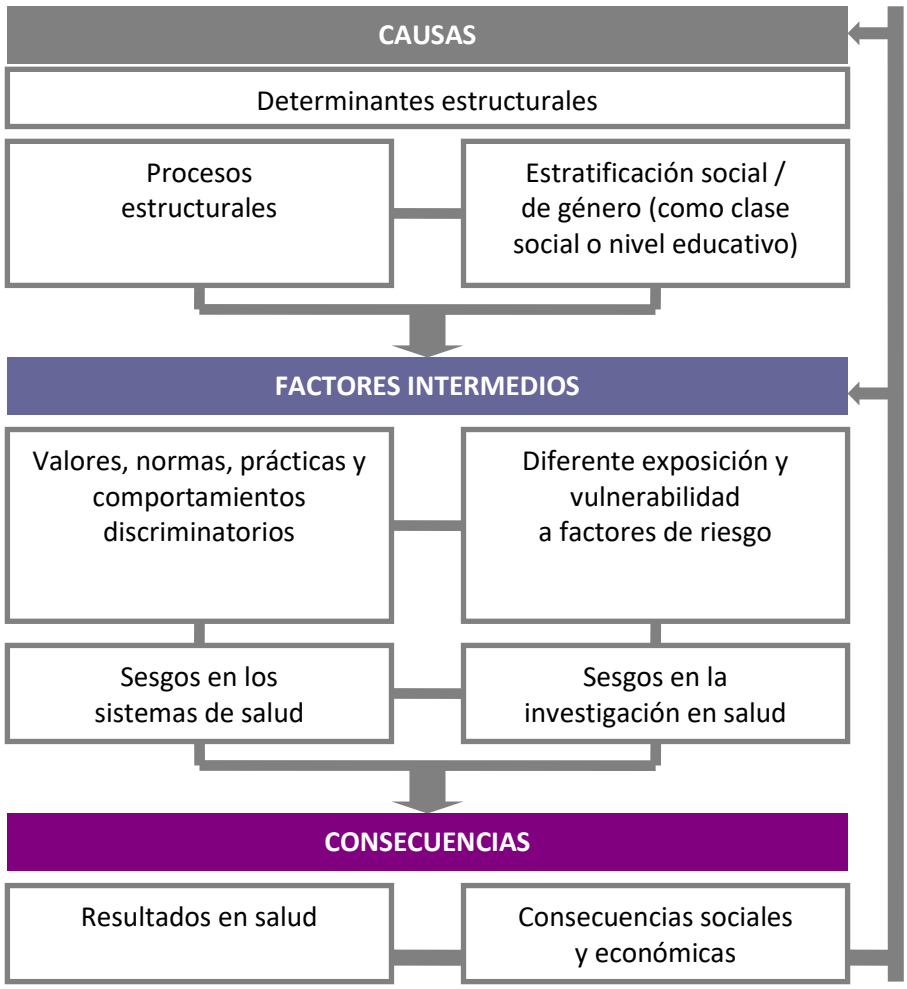
2.1. Marcos teóricos que sustentan el informe

En este informe, partimos del modelo teórico que considera la salud en un sentido amplio, que va más allá de la ausencia de enfermedad, y entiende la atención y el cuidado a la salud como algo mucho más extenso que la mera atención sanitaria. Hacemos propio el modelo de los determinantes sociales de la salud impulsado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el que la contribución de la biología (ligada al concepto de sexo) es solo una parte del complejo entramado de factores (muchos de ellos ligados al género) que determinan la situación de salud de las personas y de las poblaciones.

Desde esta perspectiva, entendemos la salud como un proceso cuyos resultados están estrechamente relacionados con los determinantes sociales y factores que están en la base de las desigualdades de género. Algunos de esos factores provienen del entorno geopolítico, como las políticas y servicios de bienestar que rigen en el país o región. También influyen elementos sociales como las normas y sanciones en relación a la discriminación por género, raza o edad u otras características sociodemográficas. Un nivel específico lo ocupan los roles de género en cuanto a los trabajos productivo y reproductivo. Y en el plano individual, se identifican elementos mediadores como el apoyo social, los comportamientos relacionados con la salud o la accesibilidad a los servicios sanitarios (Moss, 2002). Todos los factores y determinantes sociales interactúan con los biológicos, produciendo desigualdades de género que afectan a la salud de toda la población. Cuando hablamos de "desigualdad de género en salud" nos referimos a la disparidad en materia de salud entre mujeres y hombres, sistemática, innecesaria, evitable e injusta (Braveman, 2006). La desigualdad conlleva distintas oportunidades para gozar de salud, al condicionar la mortalidad, la vulnerabilidad a enfermar, la carga de enfermedad y discapacidad, y el acceso y la calidad de la atención sanitaria.

Para explicar el papel del género como determinante de la salud, ya hemos recurrido anteriormente al modelo propuesto por la Women and Gender Equity Knowledge Network, en su informe para la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud de la OMS (Sen y Ostlin, 2007).

Figura 1. Modelo conceptual sobre el género como determinante social de la salud



Fuente: Sen y Östlin, 2007

En este modelo vemos, en primer lugar, que el género se vincula con diferentes determinantes estructurales que afectan a la salud, a corto, medio y largo plazo. Algunos de estos determinantes son la posición socioeconómica o el nivel educativo. La peor salud que presentan las mujeres a lo largo de sus vidas se debe, en parte, a unas peores condiciones laborales y a la dependencia económica derivada de los roles sexuales que han adquirido, principalmente los relacionados con los cuidados que proveen mayoritariamente en el entorno familiar. Además, el género es una categoría que ordena valores, normas, prácticas y comportamientos que afectan a la exposición y vulnerabilidad a diferentes factores de riesgo para la salud. (Denton, Prus y Walters, 2004; García-Calvente, Marcos-Marcos y del Río-Lozano, 2012). Por último, este modelo ilustra cómo el ordenamiento social de lo masculino y femenino se refleja en unos sistemas de salud que introducen sesgos de género. Las mujeres y los hombres reciben una atención sanitaria desigual, porque el conocimiento científico en el que se han apoyado las prácticas sanitarias de diagnóstico y tratamiento ha estado históricamente basado en un modelo androcéntrico, que ha producido unos resultados sesgados genéricamente. Los sistemas de información sanitaria también han sido construidos en este contexto, produciendo datos que frecuentemente no están desagregados por sexo y basándose en indicadores poco sensibles al género (Ruiz-Cantero et al., 2007). Todo esto se refleja, por ejemplo, en un diagnóstico insuficiente o excesivo en ciertas enfermedades y afecciones, como se ha evidenciado en el caso de las enfermedades cardiovasculares o respiratorias (Moles-García, Morales-Rodríguez y Quirantes-Morillas, 2022).

En definitiva, este modelo resulta de gran utilidad para ilustrar cómo la salud de hombres y mujeres no solo es diferente, porque hay factores biológicos que se manifiestan de forma diferente en la salud y en los riesgos de enfermedad, sino que también es desigual, porque hay otros factores explicados por el género que influyen de una manera injusta en la salud de las personas.

Asumimos que asistimos a un proceso de reformulación de las masculinidades y las feminidades, mediadas por rupturas en el sistema tradicional de género y, en parte, consecuencia de la incorporación de las mujeres a prácticas tradicionalmente consideradas como propias de los hombres. En la esfera pública, los hombres con roles más igualitarios tienden a realizar prácticas protectoras para su salud, mientras las mujeres adquieren comportamientos de riesgo, tradicionalmente masculinos, para la suya (Mansson, 2014). Frente a la corriente tradicional que mostraba la masculinidad hegemónica de manera excesivamente simplista y determinista, nos situamos ante una línea de investigación más optimista en torno a las masculinidades múltiples. Esto implica que, por un lado, hay una proporción creciente de hombres que no se ajustan a las normas estereotipadas que se consideran tradicionales y que, en cierto modo, también pueden ser considerados víctimas de la masculinidad hegemónica. Por otro lado, los aspectos negativos de la masculinidad hegemónica parecen ser modificables. La reciente línea de las nuevas masculinidades se sustenta en la importancia de conocer las limitaciones y peligros del modelo tradicional de masculinidad para entender el cambio cultural y la necesidad de redefinir la hombría, con miras a construir una sociedad más igualitaria y libre de violencia contra las mujeres (Marcos-Marcos, 2020). Actualmente, la OMS trabaja en una Estrategia de Salud de los Hombres, en la que sostiene que el cambio en los ideales tradicionales de masculinidad será muy beneficioso, no solo para la salud de los hombres, sino de toda la sociedad. Los objetivos de esta estrategia ponen el énfasis en reducir la mortalidad prematura entre los hombres debido a enfermedades no comunicables y a lesiones intencionadas y no intencionadas; mejorar la salud y el bienestar de los hombres de todas las edades; y mejorar la igualdad de género mediante estructuras y políticas que trabajen por un avance del compromiso de los hombres en términos de su autocuidado, la paternidad y los cuidados no remunerados, la prevención de la violencia y la salud sexual y reproductiva (OMS, 2016c, 2018).

Igualmente, asumimos que la población, cualquiera que sea su sexo, presenta una gran diversidad, y que no podemos obviar los distintos ejes de desigualdad que se entrelazan con el género para producir desigualdades en salud (edad, clase social, etnia, lugar de residencia, orientación sexual, identidad de género...). Por ello, consideramos que debemos incorporar en nuestro marco el concepto de interseccionalidad. Estos múltiples ejes de desigualdad social se cruzan y se construyen nuevamente en los niveles macro y micro, produciendo una amplia gama de resultados desiguales, tanto en la salud individual como en la de la población (Comisión Europea, 2020; Hankivsky et al., 2017; Schulz y Mullings, 2006; Sen, Iyer y Mukherjee, 2009). Somos conscientes de que el análisis de la interseccionalidad es complejo y que requiere tener en cuenta múltiples dimensiones (como la discapacidad, la religión o la diversidad de orientaciones sexuales y de identidades de género). La práctica inexistencia de fuentes de datos cuantitativos que aborden estos cruces de variables ha limitado el alcance de los resultados. No obstante, hemos tratado de profundizar desde diversas metodologías en estas desigualdades para recoger la máxima diversidad posible. Así mismo, queremos hacer constar que reconocemos la amplia diversidad de identidades de género existentes, pero la todavía escasa desagregación de los datos por sexo, unido al hecho de que cuando existe esta desagregación se realice solo por hombres y mujeres, hace que nos haya resultado inviable incluir otras categorías de sexo/género.

Este enfoque de la diversidad está relacionado igualmente con el concepto de vulnerabilidad, esto es, hay grupos de personas, de mujeres y de hombres que, por sus características biológicas, psicológicas o sociales, están más expuestas a factores de riesgo para su salud. En este proyecto, hemos tenido en cuenta también la existencia de estos grupos al priorizar los contenidos del informe y es por ello que dedicamos capítulos específicos a colectivos que cuentan con especial vulnerabilidad.

Otro de los ejes que guía el Informe es la perspectiva de la salud como un elemento cambiante a lo largo de las distintas etapas de la vida. A lo largo de nuestra vida, tanto las características biológicas como las circunstancias sociales van cambiando, y esto influye sobre la salud. De igual forma, cambian también los intereses y las prioridades en salud, acordes con las diferentes edades y circunstancias vitales. En este proyecto, atendemos a la salud en las diversas etapas de la vida adulta, interesándonos especialmente por aquellos momentos del ciclo vital en los que la salud de las mujeres y los hombres requieren una mirada específica.

2.2. Objetivos

El objetivo principal de este Informe es ofrecer un análisis de situación actualizado sobre la salud y la atención sanitaria de la población adulta andaluza, identificando las principales desigualdades de género en este ámbito.

Se contemplan los siguientes objetivos específicos:

1. Analizar los determinantes sociales de las desigualdades de género en salud en Andalucía, con datos procedentes de las fuentes disponibles.

2. Analizar las desigualdades de género en el estado de salud de la población adulta andaluza, con datos procedentes de las fuentes disponibles.

3. Analizar las desigualdades de género en la atención sanitaria en Andalucía, con datos procedentes de las fuentes disponibles.

4. Ofrecer un análisis de situación sobre temáticas seleccionadas por su especial relevancia en el contexto sanitario actual de Andalucía: salud mental, salud sexual y salud reproductiva, migración, discapacidad y violencia de género.

5. Analizar las opiniones y percepciones de profesionales de la salud sobre desigualdades de género en la atención sanitaria en Andalucía.

Se espera que los resultados que den respuesta a estos objetivos, abordados desde metodologías diversas, permitan ofrecer recomendaciones prácticas para la planificación e implementación de políticas, planes y programas sanitarios, con la finalidad última de reducir las inequidades de género en salud en la comunidad andaluza.

2.3. Metodología

2.3.1. Diseño

Este proyecto se ha desarrollado a partir del análisis de datos cuantitativos y cualitativos, obtenidos de fuentes de información tanto primarias como secundarias, en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Andalucía.

Debido a la naturaleza mixta del diseño utilizado para la elaboración de este informe, agrupamos a continuación tres grandes bloques, que se han desarrollado con distintas metodologías.

El primer bloque constituye la parte del informe que da respuesta a los tres primeros objetivos, consistente en la actualización de las principales dimensiones que se abordaron en el informe anterior: desigualdades de género en los determinantes sociales de la salud, en el estado de salud y en la atención sanitaria. En esta fase se han recogido datos cuantitativos, provenientes de fuentes tanto primarias como secundarias.

El segundo bloque pretende dar respuesta al objetivo específico 4, para ofrecer un análisis de situación detallado acerca de diversas temáticas seleccionadas por su especial interés en el actual contexto social y sanitario de Andalucía. Estas temáticas se desarrollan en capítulos específicos de este informe, utilizando datos de diversa naturaleza (cuantitativos y cualitativos) que se han extraído también de distintas fuentes disponibles, primarias y secundarias.

El tercer bloque responde al objetivo específico 5. Para recoger las opiniones y percepciones de profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía acerca de las desigualdades de género en la atención sanitaria, se ha diseñado un estudio cualitativo ad hoc, mediante entrevistas individuales estructuradas y grupos focales.

El siguiente cuadro resume la información básica sobre las tres fases descritas. En los apartados posteriores, se detalla de manera más extensa la metodología utilizada en cada una de ellas.

Cuadro 1. Correspondencia de los tres bloques del informe con los objetivos y principales aspectos metodológicos

FASE	OBJETIVOS	ASPECTOS METODOLÓGICOS
BLOQUE 1	Objetivo 1: Desigualdades de género en los determinantes sociales de la salud. Objetivo 2: Desigualdades de género en el estado de salud.	Actualización del Informe Salud y Género en Andalucía 2018. Datos cuantitativos de fuentes primarias y secundarias.
	Objetivo 3: Desigualdades de género en la atención sanitaria.	Profundización del apartado de Atención Sanitaria del Informe Salud y Género en Andalucía 2018. Datos cuantitativos de fuentes primarias y secundarias.
BLOQUE 2	Objetivo 4: Capítulos específicos de temáticas seleccionadas sobre desigualdades de género en salud.	Profundización en temas de interés especial. Datos cuantitativos y cualitativos, de fuentes primarias y secundarias.
BLOQUE 3	Objetivo 5: Percepción de profesionales del sistema sanitario sobre desigualdades de género en salud.	Estudio cualitativo (ad hoc para este informe).

2.3.2. Método para el análisis de las desigualdades en los determinantes sociales de la salud, en el estado de salud y en la atención sanitaria

El primer bloque se ha organizado en torno a tres grandes apartados que ya constituyeron los contenidos del informe publicado con anterioridad y que, en el actual informe, responden a los tres primeros objetivos: (1) Desigualdades de género en los determinantes sociales de la salud, (2) Desigualdades de género en la salud y (3) Desigualdades de género en la atención sanitaria.

Para la propuesta de contenidos del citado informe se revisaron documentos clave y distintos planes y estrategias en salud en Andalucía, que dieron lugar a las principales dimensiones a tener en cuenta cuando hablamos de desigualdades de género en salud en nuestra Comunidad Autónoma. Algunos de los documentos consultados fueron el Atlas de Desigualdades de Género en Salud y sus Determinantes en Andalucía (2015) y la Guía de Indicadores para medir las desigualdades de género en salud y sus determinantes (2015), ambos elaborados por la EASP, así como informes sobre la salud de mujeres y hombres en otras regiones y en la Unión Europea. Asimismo, se revisaron los planes marco, planes integrales, estrategias y planes de salud que recogen las políticas que rigen la sanidad andaluza y la organización y gestión de los servicios. En ese momento inicial, fueron identificados distintos indicadores para cada dimensión, que para el informe actual se han revisado y adaptado en función de la disponibilidad de datos encontrados en el momento de su recopilación. Estas tres dimensiones presentan ahora diferente magnitud.

Las dos primeras dimensiones, que dan respuesta a los objetivos específicos 1 y 2, se han abordado de manera similar al anterior informe, partiendo de los mismos indicadores y actualizándolos con los datos disponibles. La tercera dimensión, que responde al objetivo 3, relativo a las desigualdades de género en la atención sanitaria, se ha abordado con mayor profundidad que en el citado informe de 2018. Para esta dimensión se ha desarrollado un sistema de indicadores nuevo y más amplio.

Dimensiones utilizadas

El siguiente cuadro presenta las dimensiones abordadas para dar respuesta a estos tres primeros objetivos, es decir, para el análisis de las desigualdades de género en los determinantes sociales de la salud, en el estado de salud y en la atención sanitaria en Andalucía.

Cuadro 2. Listado de dimensiones analizadas para las desigualdades de género en los determinantes sociales de la salud, en el estado de salud y en la atención sanitaria

DESIGUALDADES DE GÉNERO EN LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD	DESIGUALDADES DE GÉNERO EN EL ESTADO DE SALUD	DESIGUALDADES DE GÉNERO EN LA ATENCIÓN SANITARIA
· Estructura socio demográfica y movimiento poblacional · Estructura de hogares · Educación · Recursos económicos · Usos del tiempo, cuidados y trabajo doméstico, conciliación · Condiciones medioambientales y sociales del entorno · Apoyo social · Empoderamiento y toma de decisiones · Estilos de vida	· Mortalidad general · Esperanza de vida · Principales causas de mortalidad · Mortalidad prevenible y prematura · Salud percibida · Calidad de vida relacionada con la salud · Morbilidad diferencial en patologías crónicas · Patologías crónicas seleccionadas	· Cobertura y acceso a los servicios sanitarios · Promoción y prevención · Atención primaria · Atención hospitalaria · Atención urgente · Medicamentos

Recogida de datos y fuentes utilizadas

Para abordar las dimensiones de estos primeros apartados, se han revisado las fuentes de datos cuantitativas que pudieran contener información pertinente para el proyecto, la mayoría de ellas han sido las mismas que las utilizadas en el informe anteriormente publicado. Los momentos de extracción de los datos se han llevado a cabo en distintos momentos, comprendidos entre 2022 y 2024, y en cada uno de ellos se han recopilado los últimos datos disponibles.

La aportación de las fuentes secundarias

Se han consultado fuentes con datos disponibles tanto a nivel autonómico (Andalucía), como a nivel nacional y europeo, provenientes de bancos de datos, encuestas, informes y memorias. Los criterios de inclusión para seleccionar estos datos o indicadores a incluir han sido que estuvieran desagregados por sexo y que contaran con un nivel de agregación autonómico, además de que fueran datos posteriores a los ya publicados en el informe anterior. Se han priorizado los que fueran más actuales, y en algunos casos, también aquellos que disponían de series temporales para conocer la evolución.

Los datos se han recogido principalmente del Instituto Nacional de Estadística (INE), el Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía (IECA), la Encuesta Andaluza de Salud (EAS) y la Encuesta Sanitaria y Social de Andalucía (ESSA). Se detallan a continuación las principales fuentes consultadas para cada una de las tres dimensiones.

Cuadro 3. Principales fuentes consultadas para las desigualdades de género en los determinantes sociales, en el estado de salud y en la atención sanitaria

Consejería de Salud y Consumo:
- Encuesta Andaluza de Salud
- Encuesta Sanitaria y Social de Andalucía
- Base Poblacional de Salud
- Datos del Servicio Andaluz de Salud

Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía (IECA):
- Andalucía Datos Básicos
- Censos de Población y Viviendas. Movimiento Natural de la Población
- Indicadores Sociales de Andalucía

Instituto Nacional de Estadística (INE):
- Censos de Población y Viviendas
- Encuesta de Calidad de Vida en el Trabajo
- Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de dependencia
- Encuesta de Morbilidad Hospitalaria
- Encuesta de Condiciones de Vida
- Encuesta de empleo del tiempo en Andalucía

Ministerio de Sanidad:
- Indicadores de Salud
- Encuesta Europea de Salud en España

La práctica cada vez más habitual de desagregación de datos, el esfuerzo por monitorear la salud de la población y la disponibilidad de datos sanitarios ha permitido localizar la mayor parte de las variables preestablecidas y ampliar otras dimensiones. No obstante, no todos los datos se encuentran a nivel provincial, ni todos tienen representatividad a nivel autonómico. El análisis interseccional también se ve limitado por la escasa disponibilidad de datos desagregados por sexo que incluyen desagregación por otras variables de análisis.

Fuentes primarias utilizadas, con extracción de datos y análisis propio

Se han seleccionado algunos indicadores que, por motivos de su ausencia en fuentes secundarias o cuando no estaban suficientemente actualizados en estas fuentes, se han extraído mediante explotación primaria. En los dos primeros apartados (desigualdades de género en los determinantes sociales de la salud y en el estado de salud), las fuentes primarias utilizadas han sido las dos principales Encuestas de Salud con que contamos en el ámbito de Andalucía: la Encuesta Andaluza de Salud de 2023 (EAS) y la Encuesta Sanitaria y Social de Andalucía 2021 (ESSA). En el caso del apartado de desigualdades de género en la atención sanitaria, la extracción primaria se ha realizado con datos provenientes del Servicio Andaluz de Salud (SAS) y de la Encuesta Andaluza de Salud 2023 (EAS).

Metodología de la explotación de la EAS 2023

La VI EAS tiene un diseño muestral estratificado con afijación proporcional a partir del cruce de las variables nivel de hábitat y provincia, en el que la unidad de análisis es el individuo. La población de estudio de la EAS 2023 está constituida por todas las personas mayores de 15 años no institucionalizadas residentes en Andalucía. La muestra se recoge en 3 etapas: 1ª etapa: secciones censales (se seleccionan 690 secciones censales aleatoriamente con afijación proporcional a cada estrato), 2ª etapa: viviendas (se seleccionan 33 viviendas aleatoriamente en cada sección), 3ª etapa: individuos (dentro de cada vivienda se selecciona un único individuo mayor de 15 años con aplicación aleatoria de cuotas de sexo y grupos de edad en cada estrato de provincia, nivel de hábitat y oleada). En esta encuesta se aplicaron 8.743 entrevistas personales, de las cuales 5.367 fueron mujeres (61,4%) y 3.376 fueron hombres (38,6%). Este tamaño de muestra efectiva garantiza una precisión para estimaciones globales de ±1,9 puntos porcentuales, bajo los supuestos de un nivel de confianza del 95%, máxima variabilidad en la respuesta (p=q), y un efecto del diseño de 2,5.

Para cada una de las variables seleccionadas de la encuesta, se han calculado las estimaciones puntuales e intervalos de confianza según los pesos de diseño. Se realizó un ajuste de los pesos de diseño mediante la aplicación de Propensity Score Adjustment con XGBoost y optimización de hiperparámetros. Posteriormente se calibran dichos pesos usando el método de calibración raking, mediante la función calib del paquete Sampling del software. Como información auxiliar se utilizan los marginales de población en Andalucía por sexo y grupos de edad (Adultos: 16-24, 25-44, 45-54, 55-64, 65-74, 75 y más), sexo y provincia, y sexo y nivel de hábitat, a partir del padrón municipal de habitantes del año correspondiente a cada edición de la EAS.

Para todas las variables se han estimado las frecuencias o medias segmentando de forma transversal por sexo y otra variable de segmentación como grupo de edad, nivel de estudios, tamaño de municipio, provincia, clase social o dificultad para llegar a fin de mes.

Más información metodológica de la EAS puede consultarse en este enlace: **https://easp.es/info/eas/**

Metodología de explotación de la ESSA

La ESSA tiene un diseño de paneles superpuestos, probabilística de base proporcional, en el que se recoge la información en 5 mediciones para población general no institucionalizada residente en Andalucía y en dos mediciones para población residente en zonas desfavorecidas. Se realizaron más de 22.000 entrevistas telefónicas desde 2020 a 2023 a población mayor de 15 años. La selección del individuo se hizo de manera aleatoria obteniendo una muestra de 3.000 personas bajo los supuestos de máxima variabilidad en la estimación (p=q=0,5), un efecto de diseño de 1,8, una precisión de 2,4 puntos porcentuales para estimaciones de Andalucía, un nivel de confianza del 95% y una tasa de respuesta sobre la muestra teórica del 60%. La muestra inicial se distribuyó entre las 8 provincias andaluzas asignando una parte uniforme por provincia (150 unidades muestrales) y otra proporcional al tamaño poblacional de la provincia. Dentro de cada provincia la afijación de la muestra fue proporcional al tamaño poblacional de cada grado de urbanización (urbano, interurbano y rural). Los pesos se ajustan con calibración.

Más información metodológica de la ESSA puede consultarse en este enlace: **https://easp.es/info/essa/**

Metodología de explotación de datos del SAS

En el caso del apartado de desigualdades de género en la atención sanitaria, la extracción primaria se ha realizado con datos provenientes del Servicio Andaluz de Salud (SAS) y también de la Encuesta Andaluza de Salud 2023 (EAS). Además, se han explotado datos de la Memoria Estadística y Cartográfica de la Consejería de Salud y Consumo, del Sistema de Información de Atención Primaria, de la Base de datos clínicos de Atención Primaria, y del Registro de Actividad de Atención Especializada del Ministerio de Sanidad.

Análisis y presentación de los datos

En estos tres primeros apartados del informe se han calculado los datos en términos de tasas (en mujeres y en hombres), brechas de género, porcentajes y números absolutos. Los resultados se presentan mayoritariamente con tablas de datos en las que se muestra el indicador correspondiente con la brecha de género y el p-valor que indica la significación estadística para la diferencia entre hombres y mujeres, siempre que haya sido posible su cálculo.

Se ofrecen, a continuación, unas indicaciones generales para la interpretación de los datos presentados.

Tasa en mujeres: Esta tasa se refiere a la proporción de mujeres en las que ocurre el fenómeno estudiado respecto al total de la población de mujeres (expresada en porcentaje, en tanto por mil o por diez mil).

Tasa en hombres: Se refiere a la proporción de hombres en los que ocurre el fenómeno estudiado respecto al total de la población de hombres (expresada en porcentaje, en tanto por mil o por diez mil).

Brecha de género (BG): Se interpreta como la diferencia entre mujeres y hombres (mujeres menos hombres) en cuanto al fenómeno estudiado (expresada en porcentaje, en tanto por mil o por diez mil). Esta información resulta más importante desde la perspectiva de género que los valores aislados de cada sexo. Los valores más cercanos al cero serán los que representen una mayor igualdad. Los valores negativos indican que los hombres tienen un valor más elevado que las mujeres en dicho indicador. Los valores positivos indican que las mujeres tienen un valor más elevado que los hombres. En este contexto, cuando se comentan las brechas de género a lo largo de este informe, se ha de tener en cuenta que la expresión "la brecha es favorable a las mujeres" no indica unas mejores condiciones o unos resultados más favorecedores para las mujeres, sino solo que en ese indicador las mujeres presentan una mayor puntuación que los hombres. Ocurre de forma similar a la inversa, una brecha favorable a los hombres (o negativa) indica que los hombres tienen mayor puntuación que las mujeres.

Números absolutos: Algunos indicadores se expresan en números absolutos. Por ejemplo, los indicadores de esperanza de vida se expresan en número de años.

Porcentajes: Se refiere a una cantidad que corresponde proporcionalmente a una parte de cien.

2.3.3. Método para el análisis de desigualdades en situaciones y ámbitos específicos de salud

Para dar respuesta al tercer objetivo, este informe incorpora un bloque de análisis de contenidos específicos diferenciados en los siguientes capítulos: 1) Salud mental; 2) Salud sexual y salud reproductiva; 3) Migración; 4) Discapacidad; 5) Violencia de género. La finalidad de cada uno de estos capítulos ha sido ofrecer un análisis de situación en profundidad de una temática concreta desde la perspectiva de género, identificar las principales desigualdades de género en salud y los sesgos de género en la atención sanitaria prestada al colectivo o grupos implicados, así como establecer las principales áreas de mejora y recomendar algunas líneas de actuación específicas para reducir las desigualdades de género en el Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Estructura básica de cada capítulo

El contenido de cada capítulo se ha diseñado expresamente por las personas expertas encargadas de su elaboración. La variabilidad entre ellos ha sido amplia, ya que en unos casos la temática ha girado en torno a un determinado grupo de población (personas con discapacidad, migrantes, víctimas de violencia de género), y en otros se ha centrado en un área o ámbito de la atención sanitaria concreto (salud mental, salud sexual y salud reproductiva). No obstante, todos los capítulos se han estructurado siguiendo el siguiente esquema de contenidos:

Introducción: Una introducción justificativa de la importancia del tema para mejorar la salud de la población y/o la atención sanitaria desde una perspectiva de género.

Análisis de situación: Un análisis de situación del tema, con datos actuales y contrastados científicamente, enfatizando su dimensión, los factores determinantes de este tema en relación con el género y qué desigualdades se observan en relación a esta temática.

Desigualdades o sesgos de género en la atención sanitaria: Parte que destaca cuáles son las principales desigualdades o sesgos de género que se identifican en la atención sanitaria en este ámbito. Tanto este apartado como el anterior de análisis de situación están divididos en subepígrafes de acuerdo a las dimensiones de contenido o indicadores utilizados para el abordaje del tema.

Las conclusiones y recomendaciones de cada una de las temáticas de profundización se han recopilado en el último apartado del informe. Se aporta una selección de mensajes clave o conclusiones, donde se destacan los principales resultados de cada uno de los capítulos, así como las principales recomendaciones, poniendo el énfasis en las áreas de mejora identificadas y líneas de actuación para reducir las desigualdades de género en cada ámbito.

Recogida y análisis de datos, dimensiones y fuentes utilizadas

El siguiente cuadro presenta las dimensiones utilizadas para abordar cada una de las temáticas seleccionadas en estos cinco capítulos específicos.

Cuadro 4. Listado de dimensiones analizadas para las temáticas de profundización

SALUD MENTAL
· Diagnóstico de depresión y ansiedad · Consumo de antidepresivos, tranquilizantes y pastillas para dormir · Convivencia en hogares con alguna persona con problemas de nervios, depresión o salud mental · Percepción de calidad de vida relacionada con la salud y salud mental · Población con índice de bienestar emocional bajo · Diagnósticos de salud mental y población atendida · Prescripción farmacológica · Tentativas de suicidio
SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA
· Sexualidad y prácticas sociales · Infecciones de transmisión sexual · Anticoncepción e interrupción voluntaria del embarazo · Fertilidad · Natalidad y fecundidad en población adulta y adolescente · Embarazo, parto y puerperio · Ciclo reproductivo: menstruación y menopausia
MIGRACIÓN
· Determinantes sociales de la salud (estilos de vida, entorno físico, empleo y educación, acceso al sistema sanitario, situación administrativa, edad) · Problemas de salud específicos (Salud mental y bienestar emocional, salud sexual y reproductiva, enfermedad de Chagas, Víctimas de trata y MGF) · Desafíos de la atención sanitaria en contextos de diversidad cultural (problemas de comunicación, prácticas culturales y religiosas)

DISCAPACIDAD

- Personas con discapacidad y por grupos de discapacidad
- Hogares con alguna persona con limitación física, mental o sensorial
- Percepción de salud de las personas con discapacidad
- Enfermedades crónicas diagnosticadas en personas con discapacidad
- Servicios sanitarios recibidos por personas con discapacidad
- Motivos por los que las personas con discapacidad no han recibido algún servicio sanitario
- Personas con discapacidad que reciben cuidados
- Ayuntamientos adheridos al Paco Andaluz por la Accesibilidad
- Personas con discapacidad intelectual atendidas en Unidades de Salud Mental

VIOLENCIA DE GÉNERO (VG)

- Víctimas mortales
- Prevalencia de violencia de género en el ámbito de la pareja
- Denuncias por delitos relacionados con VG
- Casos activos objetos de atención policial
- Órdenes de protección
- Casos de violencia de género detectados en el SSPA a través de Partes al Juzgado
- Prevalencia de violencia sexual
- Casos de agresiones sexuales detectados en el SSPA a través de Partes al Juzgado
- Uso de servicios de salud en víctimas de VG
- Problemas de salud más frecuentes en víctimas de VG
- Consumo de medicamentos por víctimas de VG
- Delitos sexuales
- Número de actividades formativas en VG
- Número de profesionales participantes en actividades formativas de VG

La recogida de información para estos capítulos específicos ha provenido principalmente de fuentes secundarias, que se especifican en el siguiente cuadro.

Cuadro 5. Principales fuentes consultadas para las temáticas de profundización

SALUD MENTAL	
	· Encuesta Europea de Salud de 2019 · Encuesta Sanitaria y Social de Andalucía (ESSA) · VI Encuesta Andaluza de Salud (EAS) · Infoweb. SSPA · Informe "Salud y género 2022. Aproximación multidisciplinar a la pandemia por COVID-19". Ministerio de Sanidad 2022 · La Situación de la Salud Mental en España. Confederación Salud Mental España. Fundación Mutua Madrileña.
SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA	
	· VI Encuesta Andaluza de Salud y otras encuestas regionales, nacionales e internacionales · Bases de datos poblacionales (INE, IECA, Servicio Andaluz de Salud) · Informes internacionales (Organización Mundial de la Salud, Save the Children) · Informes nacionales (Ministerio de Sanidad, Ministerio del Interior, Instituto de las Mujeres) · Informes regionales (Consejería de Salud y Consumo, Instituto de la Juventud) · Publicaciones y artículos científicos especializados
MIGRACIÓN	
	· Bases de datos poblacionales (INE, Eurostat) · Informes de Organismos internacionales (OMS, OPS, UNICEF, OIM) · Informes de organizaciones del tercer sector (CEAR, Save the Children) · Publicaciones y artículos científicos especializados
DISCAPACIDAD	
	· VI Encuesta Andaluza de Salud (EAS) · Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (EDAD 2020) · III Plan de Acción Integral para las Personas con Discapacidad
VIOLENCIA DE GÉNERO (VG)	
	· Portal Estadístico de la Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género (DGVG), una aplicación que recopila los datos sobre VG facilitados por Comunidades Autónomas, así como por el Ministerio de Justicia y el Ministerio del Interior · Sistema de Información de Partes al Juzgado de Guardia para la comunicación de asistencia sanitaria por lesiones (SIPLES) · Macroencuesta de Violencia contra las Mujeres 2019. · Informes sobre delitos contra la libertad e indemnidad sexual, publicados por el Ministerio del Interior, con datos de los cuerpos policiales · Datos de población del Instituto Nacional de Estadística (INE)

El análisis de los datos de cada uno de los capítulos específicos ha consistido en un análisis descriptivo de los datos extraídos de fuentes secundarias y presentación en tablas y gráficos desagregados por sexo y por otras categorías como edad, clase social o nivel educativo. Se presentan datos absolutos y relativos, tanto porcentajes como tasas y porcentajes de variación de las tasas anuales de los años analizados.

2.3.4. Método para el análisis de las percepciones de profesionales del sistema sanitario

Para dar respuesta al objetivo 5 de este Informe, se ha diseñado un estudio de naturaleza cualitativa, que pudiera complementar con especial riqueza y profundidad la información cuantitativa recogida en sus distintos apartados y capítulos. Se detallan a continuación los objetivos y la metodología específica de este estudio cualitativo.

Objetivos del estudio cualitativo

El estudio cualitativo cuenta con unos objetivos propios. El objetivo general ha sido conocer las opiniones y experiencias de mujeres y hombres profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía acerca de las desigualdades de género en la atención sanitaria.

Los objetivos específicos de este estudio cualitativo han sido los siguientes:

1. Conocer las necesidades de profesionales en cuanto a formación y sensibilización en materia de género para su aplicación a la práctica que realizan en su ámbito de trabajo.

2. Conocer la percepción entre profesionales sobre la equidad de género en el acceso a los servicios sanitarios ofertados en Atención Primaria, Hospitalaria y Unidades de Salud Mental, con especial énfasis en las barreras y discriminaciones que encuentran colectivos vulnerables o grupos con necesidades especiales (por edad, discapacidad, origen, violencia de género, etc.)

3. Conocer la opinión de profesionales sobre la equidad de género en la cobertura sanitaria que se ofrece en Atención Primaria, Hospitalaria y Unidades de Salud Mental, con especial énfasis en colectivos vulnerables (por edad, discapacidad, origen, violencia de género, etc.)

4. Conocer las opiniones y experiencias de profesionales sobre la equidad de género que presentan las estrategias y actuaciones de promoción de salud, tanto las dirigidas a la población general y a grupos de población especialmente vulnerables.

5. Conocer las opiniones y experiencias profesionales sobre la equidad de género en las actuaciones de prevención de riesgos y enfermedades que se realizan desde el sistema sanitario, tanto las dirigidas a la población general como a grupos de población especialmente vulnerables.

6. Conocer opiniones y experiencias de profesionales que ayuden a identificar sesgos de género en la atención sanitaria relativos al esfuerzo diagnóstico de enfermedades y trastornos, prestando especial atención a colectivos vulnerables.

7. Conocer opiniones y experiencias profesionales que ayuden a identificar sesgos de género en la atención sanitaria relativos al esfuerzo terapéutico, incluyendo la prescripción de medicamentos. Prestar especial atención a los fármacos prescritos para determinados malestares y problemas de salud en colectivos vulnerables y sus implicaciones para la equidad de género.

8. Conocer las percepciones de profesionales en torno a los elementos de género que interactúan en la relación entre profesionales y pacientes, así como las necesidades de mejora que se perciben para reducir sesgos y desigualdades de género en esta relación, en los ámbitos de Atención Primaria, Hospitalaria y salud mental, en áreas de actuación específicas y en la atención a colectivos vulnerables.

9. Explorar percepciones y experiencias profesionales del impacto de la pandemia de COVID-19 en la atención sanitaria desde la perspectiva de género.

Diseño, ámbito, muestra y proceso de selección de participantes

Se realizó un estudio de abordaje cualitativo que se ha realizado en dos subfases complementarias: Por un lado, un análisis de discursos individuales de profesionales asistenciales, y por otro, un análisis de discursos grupales de profesionales asistenciales y profesionales con cargos directivos y de responsabilidad organizativa.

Con este estudio se ha buscado comprender la experiencia vivida por parte de las y los profesionales del sistema sanitario de Andalucía en relación con las necesidades de salud de mujeres y hombres en su contexto. Para ello, se partió de un diseño de estudio de caso múltiple, donde cada entrevista individual y grupo de discusión constituyó un caso. Este diseño facilitó el análisis en profundidad de las experiencias y percepciones de las y los participantes en diferentes contextos y roles dentro del sistema de salud. En definitiva, esta parte cualitativa del Informe permite explorar las perspectivas individuales y la construcción social de la salud, considerando la influencia del género y otros factores socioculturales.

El **ámbito** del estudio ha sido el Sistema Sanitario Público Andaluz (SSPA). El grupo de estudio han sido profesionales del SSPA.

El estudio contó con la participación de 34 profesionales de la salud, 24 se entrevistaron individualmente y 10 participaron en 2 grupos de discusión. Las personas participantes desempeñaban diferentes roles dentro del sistema de salud, incluyendo personal de dirección y gestión sanitaria, personal asistencial de atención primaria y diferentes especialidades hospitalarias, así como trabajadoras y trabajadores sociales.

La **selección de participantes** se ha llevado a cabo considerando una distribución equilibrada de profesionales de cada sexo, junto con otras características. Se contó con la participación de 19 mujeres y 15 hombres. Estuvieron representadas todas las provincias andaluzas, excepto Huelva. Hubo representación de Atención Primaria, Hospitalaria y Urgente, incluidas las Unidades de Salud Mental. En cuanto a la categoría profesional, participaron 22 personas de perfil asistencial y 12 personas directivas o con cargos de responsabilidad (Dirección de Distrito, Dirección de Enfermería, Gerencia de Hospital y cargo responsable de Enfermería). Las disciplinas representadas fueron Enfermería, Epidemiología,

Ginecología, Medicina de Familia, Oncología, Psiquiatría, Reumatología, Trabajo Social y Urgencias. Se incluyó a profesionales con diferente sensibilidad y formación previa en género.

A partir de una preselección de potenciales participantes realizada desde Áreas de Gestión Sanitaria de las distintas provincias, bajo solicitud de la Consejería de Salud y Consumo, se procedió a realizar los contactos, desarrollo y análisis de 24 entrevistas y 2 grupos de discusión durante el segundo y el tercer trimestre de 2024.

Recogida y análisis de la información cualitativa

Se realizaron 24 entrevistas individuales con una duración promedio de una hora. Las entrevistas se llevaron a cabo tanto de forma presencial en sus centros de trabajo como on line. La elección de una u otra forma era de la persona participante en el estudio.

Las entrevistas se registraron mediante grabaciones de audio con el consentimiento de las y los participantes. Se utilizó una guía de entrevista flexible que abordó temas como las necesidades de salud de hombres y mujeres, las diferencias percibidas en el acceso a la salud, y los factores que influyen en su salud.

Se realizaron 2 grupos de discusión con profesionales de la salud en cada grupo. Las sesiones tuvieron una duración de 1 hora y media y se llevaron a cabo de forma on line para facilitar su participación, ya que se trataba de profesionales que trabajan en diferentes provincias. Se utilizaron grabaciones de audio y notas de campo para registrar la información. Se empleó una guía de discusión para facilitar la interacción entre los y las participantes y abordar temas similares a los de las entrevistas.

En cuanto a las principales dimensiones de contenido abordadas mediante las dos técnicas han sido:

1. Formación y sensibilización de profesionales en la perspectiva de género.
2. Equidad de género en el acceso a los servicios sanitarios y en la cobertura sanitaria.
3. Equidad de género en la promoción de salud y prevención de riesgos y enfermedades.
4. Sesgos de género en el esfuerzo diagnóstico y terapéutico y en la prescripción de medicamentos.
5. Equidad de género en la relación de profesionales y pacientes.
6. Equidad de género en la atención sanitaria en la pandemia por COVID-19.

Los contactos con las personas participantes se llevaron a cabo durante el segundo y el tercer trimestre de 2024.

Las grabaciones de audio de las entrevistas y los grupos de discusión fueron transcritas. Además, se empleó un proceso de análisis temático inductivo para identificar patrones y temas recurrentes en los discursos. Dos personas investigadoras codificaron las transcripciones de forma independiente y se discutieron las discrepancias hasta alcanzar un consenso. Se utilizó el software MAXQDA para organizar y analizar los datos cualitativos.

Para asegurar el rigor científico del estudio, se implementaron las siguientes estrategias:

- Triangulación de datos: Se utilizaron dos métodos de recolección de datos (entrevistas y grupos de discusión) para obtener una visión más completa del fenómeno estudiado.
- Revisión por pares: Dos investigadoras participaron en el análisis de datos para asegurar la objetividad y la consistencia en la interpretación de los resultados.
- Mantenibilidad de un diario reflexivo: Se documentaron las decisiones metodológicas y las reflexiones de las investigadoras a lo largo del proceso de investigación.

Consideraciones éticas del estudio cualitativo

Este estudio cuenta con la aprobación del Comité de Ética de la Investigación Biomédica de la provincia de Granada (CEI/CEIM GRANADA) (Código 1985-N-23).

El estudio se ha ceñido en todo momento a la normativa vigente. Se ha recogido el consentimiento informado de cada persona participante. No se ha recabado ningún dato personal que no atendiera estrictamente a los objetivos del estudio. Todos los datos recogidos en este proyecto han sido registrados de forma anónima, siguiendo estrictamente las leyes y normas de protección de datos en vigor (Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre). Con el fin de proteger la confidencialidad de la información personal de las personas participantes se ha precisado lo siguiente:

1) Todos los datos que pudieran identificar a la persona participante se han mantenido separados del resto de la información recogida en los diferentes cuestionarios del estudio; 2) Cada caso del estudio ha contado con un número de identificación para figurar en las bases de datos; 3) El análisis de la información se ha realizado siempre de forma agregada y nunca individual; 4) Todas las personas investigadoras implicadas en el proyecto se han comprometido a cumplir las normas necesarias para preservar la confidencialidad de la información facilitada por los y las participantes; 5) Todas las bases de datos del proyecto se han protegido electrónicamente con códigos para limitar el acceso únicamente al equipo del proyecto.

3. Resultados: el diagnóstico de situación

3.1. Desigualdades de género en los determinantes sociales de la salud

3.1.1. Desigualdades en los determinantes estructurales de la salud

La estructura sociodemográfica y el movimiento poblacional

Andalucía es la región más poblada de España. Según el Padrón de enero de 2022, cuenta con 8.500.187 habitantes, el 17,9% de toda la población española. De esta población andaluza, el 50,7% son mujeres. La población extranjera en Andalucía es de 741.378 habitantes, el 8,7% del total de esta comunidad, estando bastante igualada por sexo (el 49,4% son mujeres) y siendo la procedencia principal de Marruecos, Reino Unido y Rumanía, que suman el 45% de toda la población extranjera en la comunidad.

Las provincias andaluzas más pobladas son Sevilla y Málaga, con un 22,9% y 20,2% del total, respectivamente. Las menos pobladas son Huelva y Jaén, con un 6,2 y un 7,3%. Las provincias que cuentan con mayor porcentaje de mujeres son Sevilla, Málaga y Córdoba (con índice de feminización superior a 104). Almería es la única provincia andaluza que cuenta con mayor representación masculina (el índice de feminización es 95,9).

Tabla 1. Índice de feminización por provincia (Nº de mujeres con relación a los hombres). Andalucía, 2022

Provincia	Índice de feminización
Almería	95,9
Cádiz	103,0
Córdoba	104,2
Granada	103,0
Huelva	101,6
Jaén	102,0
Málaga	104,4
Sevilla	104,8
Total	**103,0**

Fuente: IECA

El porcentaje de mujeres y hombres difiere según el tamaño del lugar de residencia. El número de mujeres sólo supera al de hombres en los municipios andaluces de mayor tamaño, aquellos con más de 10.000 habitantes. Los municipios más pequeños cuentan con menor proporción de mujeres. En 2022, el 19,7% de los hombres y el 18,7% de las mujeres residen en municipios menores a 10.000 habitantes. La brecha de género se agudiza en municipios de menos de 5.000 habitantes, donde reside el 12 % de la población masculina andaluza y el 10,3% de la femenina.

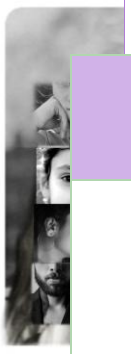


Tabla 2. Distribución de la población por sexo, tamaño del municipio y provincia. Andalucía, 2022

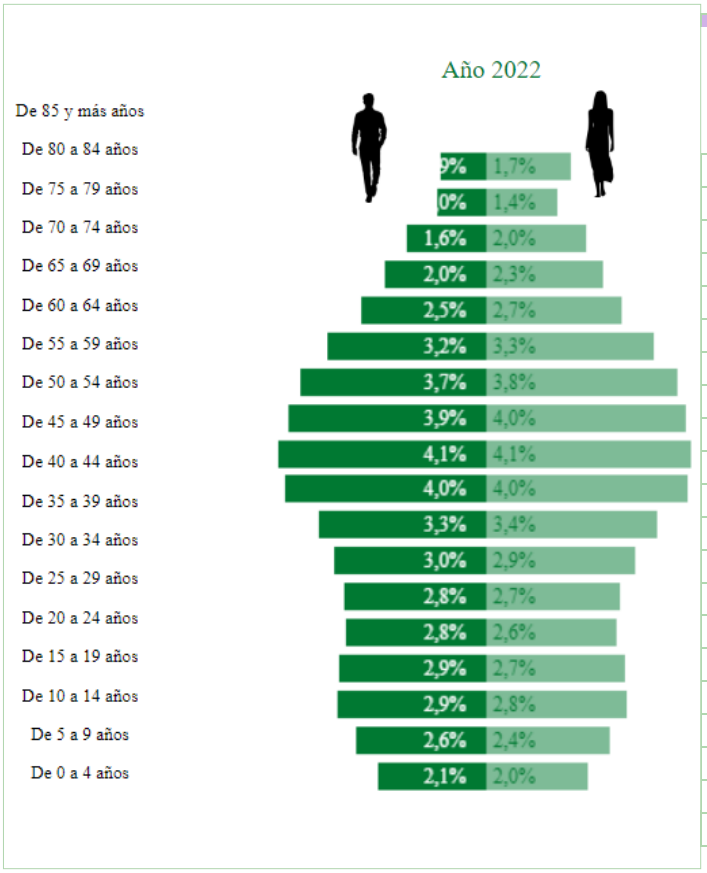
		Distribución de la población según tamaño del municipio								
		Andalucía	Almería	Cádiz	Córdoba	Granada	Huelva	Jaén	Málaga	Sevilla
Mujeres	Municipio capital	1.242.707	102.211	59.693	166.147	123.160	73.804	57.979	300.990	358.723
	Hasta 1.000 hab.	54.249	9.210	944	2.995	19.877	6.016	6.633	7.003	1.571
	De 1.001 hasta 5.000 hab.	391.076	39.588	15.098	55.437	62.120	43.638	61.579	57.462	56.154
	De 5.001 hasta 10.000 hab.	360.940	23.783	32.375	52.226	67.759	22.566	41.355	32.468	88.408
	De 10.001 hasta 20.000 hab.	505.211	46.995	45.545	37.437	95.962	39.536	59.989	25.096	154.651
	De 20.001 hasta 50.000 hab.	753.534	48.996	102.960	79.929	68.994	80.967	58.994	109.593	203.101
	De 50.001 hasta 100.000 hab.	635.664	42.048	204.999	0	29.953	0	28.497	265.874	64.293
	Más de 100.001 hab.	369.211	49.648	170.920	0	0	0	0	78.530	70.113
	TOTAL	**4.312.592**	**362.479**	**632.534**	**394.171**	**467.825**	**266.527**	**315.026**	**877.016**	**997.014**
Hombres	Municipio capital	1.132.390	97.026	53.373	153.368	105.522	68.050	53.690	278.086	323.275
	Hasta 1.000 hab.	58.501	10.208	1.016	2.975	21.955	6.265	6.955	7.478	1.649
	De 1.001 hasta 5.000 hab.	400.715	41.451	15.389	55.784	64.886	44.118	63.174	59.221	56.692
	De 5.001 hasta 10.000 hab.	364.152	25.024	32.857	51.723	69.938	22.191	41.477	32.844	88.098
	De 10.001 hasta 20.000 hab.	504.186	49.817	45.484	36.490	95.097	39.828	59.224	25.440	152.806
	De 20.001 hasta 50.000 hab.	749.201	55.844	102.903	77.953	67.919	81.784	56.983	107.430	198.385
	De 50.001 hasta 100.000 hab.	621.396	45.452	199.047	0	28.845	0	27.232	257.794	63.026
	Más de 100.001 hab.	357.054	53.233	164.178	0	0	0	0	72.195	67.448
	TOTAL	**4.187.595**	**378.055**	**614.247**	**378.293**	**454.162**	**262.236**	**308.735**	**840.488**	**951.379**
TOTAL		**8.500.187**	**740.534**	**1.246.781**	**772.464**	**921.987**	**528.763**	**623.761**	**1.717.504**	**1.948.393**

Fuente: IECA. Padrón municipal de habitantes

La tendencia del envejecimiento poblacional

Como ya se desprendía del anterior Informe de Género y Salud en Andalucía publicado en 2018, asistimos a un importante envejecimiento poblacional, lo que puede apreciarse en una pirámide que sigue ensanchando en sus capas superiores de edad.

Gráfico 1. Pirámide de población, distribución de la población por sexo y edad. Andalucía, 2022



EDAD	SEXO	
	MUJERES	HOMBRES
De 0 a 4 años	168.053	177.502
De 5 a 9 años	205.546	218.240
De 10 a 14 años	235.341	249.136
De 15 a 19 años	231.315	245.816
De 20 a 24 años	218.586	234.953
De 25 a 29 años	227.762	240.240
De 30 a 34 años	252.393	258.712
De 35 a 39 años	288.629	288.562
De 40 a 44 años	339.739	344.017
De 45 a 49 años	347.528	350.989
De 50 a 54 años	336.588	332.484
De 55 a 59 años	322.160	310.953
De 60 a 64 años	281.386	266.569
De 65 a 69 años	228.184	209.953
De 70 a 74 años	196.544	170.746
De 75 a 79 años	168.094	133.325
De 80 a 84 años	119.570	80.701
De 85 a 89 años	92.553	51.837
De 90 a 94 años	40.755	18.629
De 95 a 99 años	9.710	3.462
De 100 y más años	2.156	769
TOTAL	**4.312.592**	**4.187.595**

Fuente: IECA

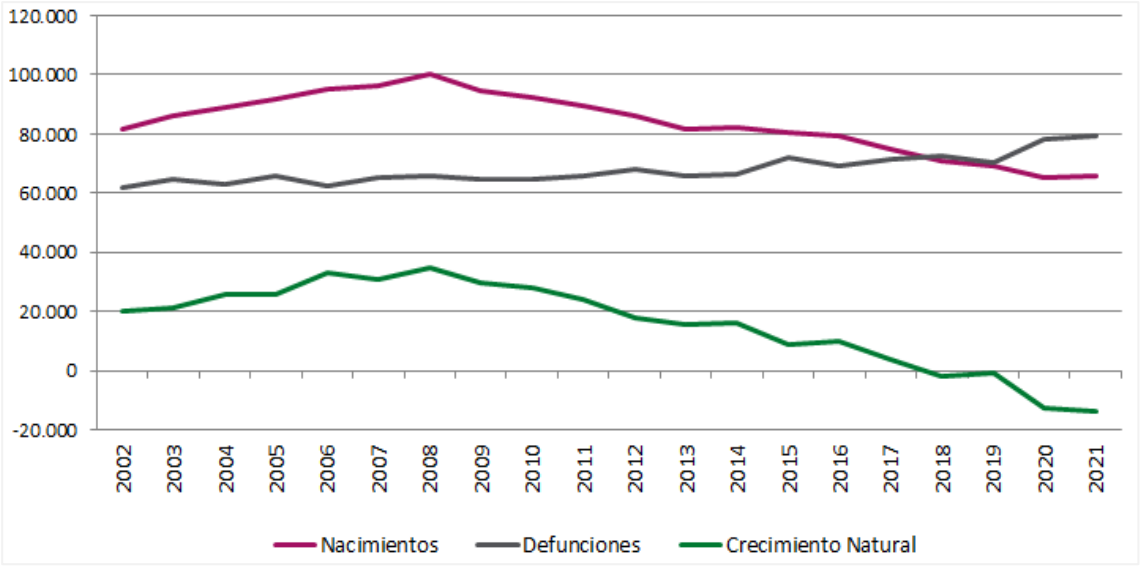
En los últimos 5 años, la población andaluza ha experimentado un crecimiento de población del 1,4%. La edad media es de 41,6 años en los hombres y 43,8 en las mujeres. El 16,1% de la población tiene menos de 16 años, la mitad de lo que este tramo de edad representaba en 1980. La población entre 16 y 65 años es del 65,9% y la de 65 años o más de 18%. En 2022, el índice de envejecimiento ha sido del 120,7% (número de personas de 65 y más años por cada 100 personas jóvenes menores de 15). El índice de dependencia ha sido del 51,7% (número de personas menores de 16 años o mayores de 64 por cada 100 personas en edad de actividad laboral de 16 a 64). La población en la franja de edad de 65 y más años es mayor en las mujeres que en los hombres, lo que evidencia que el proceso de envejecimiento poblacional continúa afectando más a las mujeres. En el año 2022, el 20,5% de la población femenina tenía 65 o más años, porcentaje considerablemente superior al de los hombres en ese tramo de edad, el 16%. En definitiva, como ha ocurrido en los últimos años, en Andalucía hay más niños que niñas al nacer, pero las mujeres superan a los hombres a partir de los 50 años de edad hasta la cúspide de la pirámide. Este hecho se asocia a la mayor esperanza de vida que presentan ellas (84,2 años) respecto a los hombres (78,8).

Según la Estadística del Movimiento Natural de la Población (IECA), El crecimiento vegetativo (nacimientos menos defunciones) en Andalucía ha sido en el último trimestre de 2022 de -976 en los hombres y -1.481 en las mujeres. Este saldo ha sido negativo en todas las provincias, excepto en Almería, la única provincia con mayor representación masculina.

El saldo migratorio interior (inmigraciones menos emigraciones dentro de Andalucía) ha sido positivo en 2021 en las provincias de Almería, Cádiz, Huelva y Málaga, mientras que ha sido negativo en Córdoba, Granada, Jaén y Sevilla. Estas tendencias son similares en ambos sexos para todas las provincias excepto para Granada, donde el saldo migratorio es positivo en hombres y negativo en las mujeres. En cuanto al saldo migratorio exterior (con el resto de España) ha sido positivo en todas las provincias excepto en Córdoba y en Jaén, sin distinción en este sentido por sexo.

Las tendencias en torno a la fecundidad y la natalidad resultan claves para entender el carácter regresivo de la pirámide de población andaluza. En Andalucía, en la última década se ha registrado un descenso generalizado de la natalidad y del número de hijos por mujer. No obstante, en 2021, el número de nacimientos experimentó un incremento del 0,2% respecto al año 2020, cambiando la tendencia de descenso de los años anteriores. El indicador coyuntural de fecundidad es de 1,27 en 2021. Es ligeramente superior al de España, situado en 1,19. La edad media a la maternidad en Andalucía sigue la tendencia ascendente experimentada en los últimos años y es de 32,06 en 2021, ligeramente menor que la del conjunto español, que se sitúa en 32,61 (IECA, 2021).

Gráfico 2. Evolución de nacimientos, defunciones y crecimiento natural. Andalucía, 2021



Fuente: IECA

Algunos apuntes sobre la pandemia de COVID en la estructura sociodemográfica

La pandemia de COVID-19 ha producido un cambio en los componentes demográficos, que se han caracterizado, a nivel nacional, por un aumento significativo en 2020 de las defunciones, una reducción de la natalidad y una gran afectación de los flujos migratorios debido al cierre de las fronteras, con variaciones regionales según su dinamismo en flujos exteriores. Y esto se ha materializado en un

descenso del crecimiento poblacional respecto al que se hubiera esperado sin pandemia. Los cambios en Andalucía, si bien han seguido estas tendencias generalizadas, no han sido tan acusados como en las regiones centrales (González-Leonardo y Spijker, 2022). En Andalucía la esperanza de vida al nacer se ha visto menos afectada que en otros contextos nacionales, y menos aún entre las mujeres que entre los hombres (Albert Esteve, Amand Blanes y Andreu Domingo, 2021).

Aspectos clave de la estructura sociodemográfica

Las mujeres están más representadas en todas las provincias andaluzas, excepto en Almería.

A mayor ruralidad, encontramos mayor proporción de hombres. Las mujeres se concentran en los municipios de mayor tamaño.

Seguimos inmersos en una tendencia demográfica hacia el envejecimiento poblacional, motivado principalmente por un descenso de la natalidad y un aumento de la esperanza de vida. El envejecimiento es mayor entre las mujeres, en sintonía con las pirámides del contexto español y europeo.

La estructura de los hogares

El estudio de la estructura de los hogares resulta relevante para comprender el papel que juegan los roles de género en la salud de la población, ya que es en la unidad familiar donde se desarrollan gran parte de actitudes y hábitos relacionados con la salud.

En cuanto a la tipología de hogares, en el Informe de 2018 poníamos el acento en los hogares unipersonales para señalar desigualdades relevantes entre hombres y mujeres. Los datos posteriores confirman esta tendencia, siendo las mujeres mayores quienes principalmente encabezan este tipo de hogares.

Tabla 3. Hogares unipersonales (en miles de hogares) por sexo y edad. Andalucía, comparativa 2017 y 2020

	2017			2020		
	Mujeres	Hombres	BG	Mujeres	Hombres	BG
Total Andalucía	392,6	358,6	34	412,8	376,9	35,9
Menos de 65 años	149,2	252,3	-103,1	172,2	274,9	-102,7
65 o más años	243,4	106,3	137,1	240,6	102,0	138,6

Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta de Población Activa 2017 (IECA) y la Encuesta Continua de Hogares 2020 (INE)

Otra desigualdad significativa en este ámbito se halla en el número de hogares con padre solo o madre sola con hijos o hijas que conviven en el hogar, es decir, hogares monoparentales, donde la balanza está considerablemente inclinada hacia el lado de las mujeres. Según la Encuesta de Características Esenciales de la Población y las Viviendas de 2021, las mujeres encabezaban 280.511 de este tipo de hogares, el 83,7% del total. La mayor diferencia la encontramos en el tramo de edad central, de 40 a 59 años, en el que las mujeres superan en más de 100.000 hogares a los que tienen a un hombre como referencia, seguido del tramo de 60 años y más. Esto resulta clave para interpretar los datos relativos a

la conciliación y corresponsabilidad en las tareas domésticas y de cuidados, donde las mujeres encuentran importantes barreras y desigualdades que afectan a su salud. Se sabe también que hogares monomarentales, paro y pobreza se dan estrechamente la mano, y que más de la mitad de las mujeres que encabezan estos hogares se encuentran en riesgo de pobreza (Fundación Adecco, 2023).

Tabla 4. Hogares formados por madre/padre sola/o con hijos (en miles de hogares) por sexo y edad del progenitor. Andalucía, 2021

Edad	Mujeres	Hombres	BG
Menos de 40 años	29,5	2,4	27,0
De 40 a 59 años	131,7	24,8	106,9
De 60 y más años	119,4	27,5	92,0
TOTAL	280,5	54,7	225,8

Fuente: Encuesta de Características Esenciales de la Población y las Viviendas de 2021. IECA.

Hogares feminizados con alta demanda de atención

Hay dos tipos de hogares en Andalucía que destacan por su alta feminización, lo que hace que merezcan una mirada de género especial para identificar necesidades y planificar estrategias.

Los hogares unipersonales, encabezados principalmente por mujeres mayores, son uno de los tipos de hogares que requieren una atención específica, más al constatar su aumento a medida que se agudiza el envejecimiento poblacional.

Los hogares monoparentales también están altamente feminizados. El paro y la pobreza se instalan más en estos hogares, de la mano de dificultades para la conciliación, por lo que resulta importante poner el foco en ellos.

El acceso a la educación y los estudios alcanzados por mujeres y hombres

El acceso a la educación es uno de los más importantes determinantes sociales de la salud de la población. Como poníamos de manifiesto en el Informe de Salud y Género de 2018, el nivel educativo de las mujeres en nuestro contexto ha ido en aumento hasta alcanzar una posición igualitaria con respecto a los hombres, especialmente entre la población joven y en lo que se refiere al acceso y finalización de estudios superiores. Sin embargo, este avance no se ha visto correspondido con una equidad similar en el acceso al mercado laboral ni en mejores condiciones de trabajo para las mujeres.

Representación femenina en el sistema educativo y abandono escolar temprano

Según los últimos datos del IECA, las mujeres andaluzas están más representadas en el sistema educativo que los hombres. La tasa de idoneidad a los 15 años (porcentaje de alumnado matriculado en el curso que teóricamente corresponde a esa edad) en 2019 fue superior en las mujeres (69,9%) que en los hombres (59,9%). En el año 2022, se registró un 15,3% de abandono escolar temprano, siendo este porcentaje superior entre los varones (18,4%) que entre las mujeres (12,0%).

Los datos están en sintonía con lo que ocurre a nivel nacional, donde también son mejores los porcentajes de promoción y titulación de las mujeres que los de los hombres en los diferentes niveles educativos. Así, según datos del Sistema Estatal de Indicadores de la Educación (Ministerio de Educación y Formación Profesional, 2021), la tasa bruta de Graduados en Educación Secundario Obligatoria en España es del 86,6% para las mujeres y 78,1% para los hombres, y en Grado Universitario es del 53,5% para las mujeres y 34,0% para los hombres. Según este informe, el número medio de años esperado en el sistema educativo y formativo desde los 5 años es, en Andalucía, de 18,0 años, siendo la media nacional de 18,7. Estas cifras presentan una brecha de género de un año, superior para las mujeres.

En la siguiente tabla puede apreciarse que las tasas netas de escolarización en edades post-obligatorias, en el Curso 2020-2021, son superiores en las mujeres andaluzas de 16, 17 y 18 años que en los hombres de estas edades. Estas brechas, favorables para las mujeres, se han ampliado respecto a las registradas en el Curso 2015-2016 en el contexto andaluz, y son más elevadas que las registradas en el contexto nacional. Y es que podemos ver cómo continúa la tendencia de aumentarse las brechas de género a favor de las mujeres en los niveles educativos en los que la enseñanza ha dejado de ser obligatoria.

Tabla 5. Tasas netas de escolarización en edades post-obligatorias en el sistema educativo y formativo por sexo y edad. Andalucía y España, evolución cursos 2015-2016 y 2020-2021

		Mujeres		Hombres		BG	
		Curso 15-16	Curso 20-21	Curso 15-16	Curso 20-21	Curso 15-16	Curso 20-21
Andalucía	16 años	96,6	96,8	95,2	94,7	1,4	2,1
	17 años	88,9	91,2	85,8	86,7	3,1	4,5
	18 años	77,7	81,2	72,2	73,8	5,5	7,4
España	16 años	96,1	97	94,9	95,2	1,2	1,8
	17 años	91,1	92,9	88,2	88,8	2,9	4,1
	18 años	82	84,1	78,6	78,6	3,4	5,5

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Informe "Las cifras de la Educación en España. Estadísticas e Indicadores 2023" (Ministerio de Educación y Formación Profesional, 2023)

Estudios superiores y presencia en universidades

En 2021, el 22,5% de la población andaluza contaba con estudios superiores, siendo este porcentaje mayor en las mujeres (24,0%) que en los hombres (20,9%). Estos porcentajes son inferiores a los registrados a nivel nacional en ambos sexos (28,3% en mujeres y 26,9% en hombres).

Tabla 6. Población con educación superior por sexo. Andalucía y España, 2021

	Ambos sexos		Mujeres		Hombres		BG
	n	%	n	%	n	%	
Con Educación Superior (Andalucía)	1.905.631	22,5	1.032.891	24,0	872.740	20,9	3,1
Con Educación Superior (España)	12.761.845	26,9	6.845.363	28,3	5.916.482	25,4	2,9

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Censo de Población y Viviendas 2021 (INE).

El Curso 2021-2022 contó con más presencia femenina entre el estudiantado matriculado en universidades públicas andaluzas, siendo el 57,4% el porcentaje de mujeres. Según ramas de enseñanza, el predominio de mujeres se observa muy especialmente en Ciencias de la Salud (el 74,4% son mujeres), seguido de Artes y Humanidades (66,2%), Ciencias Sociales y Jurídicas (63,1%) y Ciencias (52,8%). Por el contrario, la rama con mayor porcentaje de estudiantes varones matriculados es la de Ingeniería y Arquitectura (el 74,5% son varones). (IECA. Estructura de la Enseñanza Universitaria en Andalucía, 2021-2022). Esta desigual representación en las ramas de estudios superiores también es un factor relacionado con el menor acceso de las mujeres a puestos de responsabilidad y equipos directivos en trabajos de corte más científico, tecnológico y de innovación, lo que puede redundar en desigualdades importantes a nivel económico.

A su vez, sabemos que el acceso a los estudios superiores está influenciado por otros determinantes socioeconómicos, lo cual ocurre tanto a nivel nacional como autonómico. Un reciente informe publicado en el contexto nacional por el Ministerio de Universidades señala la tendencia al alza de personas universitarias procedentes de hogares con mayores niveles educativos y condiciones económicas de sus progenitores. Este informe señala los siguientes perfiles mayoritarios entre el estudiantado universitario que procede de los hogares con las situaciones socioeconómicas más modestas: mujeres, matriculadas en universidades públicas, en ramas de Artes y Humanidades y de Ciencias Sociales y Jurídicas, de las comunidades de Extremadura, Andalucía, Castilla-La Mancha y Canarias (Datos y Cifras del Sistema Universitario Español, Publicación 2022-2023).

El sistema educativo está feminizado, una posición ventajosa de partida

Las mujeres andaluzas están más representadas en el sistema educativo que los hombres y protagonizan un menor abandono escolar temprano.

Las brechas se amplían a favor de las mujeres en las etapas educativas posobligatorias, aumentando la presencia femenina en las universidades andaluzas y el porcentaje de mujeres que han finalizado estudios superiores.

Sin embargo, constataremos que esta situación favorable a las mujeres, continúa sin traducirse en oportunidades equitativas en el empleo, la situación laboral y los recursos económicos.

La desigualdad en el acceso a los recursos económicos

Las brechas de género en el ámbito laboral marcadas por un nuevo contexto de crisis

Como se desprende de los modelos teóricos de partida utilizados en este informe, el trabajo juega un papel fundamental en la salud de la población, siendo un determinante de primer orden que interactúa con importantes desigualdades de género. La división sexual del trabajo sigue en vigor en la actualidad, produciendo discriminaciones y perpetuando estereotipos de género en torno a la posición que han de ocupar las mujeres y los hombres en la sociedad. Aunque ambos sexos sufren las consecuencias y riesgos derivados de esa división sexual del trabajo, son las mujeres quienes se ven perjudicadas en mayor medida, quienes continúan recibiendo menores salarios y condiciones de trabajo más precarias y sufriendo un mayor riesgo asociado de pobreza e impacto sobre su salud.

El ámbito laboral y las brechas de género que se producen en su seno resultan un tándem profundamente dinámico y sensible a los factores de estrés y crisis sociales de diversa índole. Si bien hace una década comenzábamos a recuperarnos de las graves consecuencias de una crisis financiera, hemos tenido que ver cómo la situación de pandemia mundial provocada por el COVID-19 agrandaba de nuevo las brechas de género y profundizaba desigualdades que se han cebado con la salud de las mujeres. Han sido las mujeres quienes nuevamente han asumido y amortiguado la falta de recursos formales para el cuidado de la población, con el consiguiente impacto en su situación laboral y económica, en su sobrecarga y en su salud (EIGE, 2021).

Podemos considerar que lo que hemos vivido en este último lustro, más que una pandemia, ha sido una "sindemia", en la que se han combinado múltiples efectos, y sabemos que se han concentrado de manera muy especial sobre las mujeres (Díaz et al., 2021). A la acumulación de una mayor sobrecarga de trabajo para éstas, hay que añadir el consabido aumento de la violencia de género que se ha producido en el contexto del confinamiento (Lorente-Acosta, 2020). Este conjunto de factores y de estrés sobrevenido han aumentado la precariedad laboral de las mujeres, así como su vulnerabilidad tanto dentro como fuera del hogar (EIGE, 2021; Mckinsey Global Institute, 2021; ONU, 2020 Eurofound, 2020). Algunas precariedades que ya contaban con una brecha de género desventajosa para las mujeres se han visto apuntaladas en esta crisis, como las necesidades de teletrabajar en contextos en los que la conciliación resulta complicada, formar parte de un ERTE o perder el empleo (Eurofound, 2020).

No es fácil estimar los impactos desiguales de la pandemia en la situación laboral de las mujeres y los hombres. Los datos estadísticos han sido fluctuantes estos años, poco precisos y quizás no del todo claros para estimar las consecuencias finales que los meses más duros de la pandemia tuvieron en los ERTE, tasas de actividad y de paro de ambos sexos (Salido, 2021). Lo que sí parece un imperativo es tener en cuenta este marco de inestabilidad y de grandes fluctuaciones al interpretar los datos más recientes en el ámbito de las desigualdades de género en el acceso a los recursos económicos y su impacto en la salud, tanto en el contexto internacional como en el autonómico y local.

Cabe recordar que Andalucía sufre una brecha socioeconómica respecto a España, especialmente en lo tocante a la desigualdad de la renta y la pobreza monetaria. Y esta desigualdad se cruza con el género y se agrava en las mujeres, especialmente cuando se toma en consideración el reparto del trabajo no remunerado (Observatorio de Desigualdad de Andalucía, 2021).

Desigualdades de género en la población activa, parada y ocupada

Los datos de la EPA del segundo trimestre de 2023 (datos más recientes disponibles a la redacción de este apartado) marcaban una tendencia optimista respecto a los datos anteriores, ya que el número de personas ocupadas representaba la cifra más alta en la serie histórica de la encuesta. En los 12 últimos meses, el empleo había aumentado en España en 588.700 personas (280.500 hombres y 308.200 mujeres), con los mejores datos de crecimiento en la franja de edad entre 25 y 29 años. A pesar de que Andalucía registraba unos datos ligeramente desfavorables respecto a los nacionales, era una de las tres comunidades que más había incrementado su ocupación en el último año, con 101.600 personas ocupadas más.

Aunque este tipo de datos puede llegar a fluctuar considerablemente de un trimestre a otro, en función de numerosas variables del contexto socioeconómico, podemos tomar de referencia este segundo trimestre de 2023 para resumir los siguientes datos desagregados por sexo en Andalucía:

La tasa de actividad de los hombres supera a la de las mujeres: 62,7% y 52,5% respectivamente, cifras con escasos puntos porcentuales por debajo de la media nacional. Estas tasas crecieron respecto al mismo trimestre del año anterior. Por provincias, Almería presenta la tasa de actividad más alta de Andalucía tanto en los hombres (67,2%) como en las mujeres (56,0%). Jaén es, por el contrario, la provincia andaluza con las tasas de actividad más bajas, el 59,1% en los hombres y el 44,9% en las mujeres.

En este mismo trimestre, la tasa de paro en Andalucía fue del 21,3% en las mujeres y del 15,2% en los hombres. Si bien las valoraciones institucionales son optimistas respecto a la evolución ya que son mejores que las de años anteriores, las brechas de género continúan estando bien marcadas, de 7 puntos porcentuales, y alejadas de la media nacional, que registra una brecha de 3 puntos porcentuales (13,2% las mujeres y 10,2% los hombres).

La Encuesta de Población Activa (EPA) también permite conocer los motivos por los que las mujeres participan menos en el mercado de trabajo. Los datos de la comunidad andaluza en el segundo trimestre de 2023 sobre esta dimensión vuelven a situar el principal motivo para que una mujer que no trabaja, no busque empleo, en la dedicación a las tareas del hogar, causa que mencionaron el 35,2 de las mujeres andaluzas inactivas (algo inferior al 2022, que fue del 38,8%). En el caso de los hombres, la razón mayoritaria para la inactividad es, de nuevo, el percibir una pensión de jubilación, con el 52,2% de los casos (también inferior al dato de 2022, el 65,9%) (EPA 2023 y 2022).

Tabla 7. Tasa de actividad, de paro y de empleo. Andalucía, segundo Trimestre de 2023.

	Tasa de actividad			Tasa de paro			Tasa de empleo		
Provincia	Mujeres	Hombres	BG	Mujeres	Hombres	BG	Mujeres	Hombres	BG
Almería	56,1	67,2	-11,1	15,9	16,7	-0,8	47,2	56,0	-8,8
Cádiz	50,4	61,2	-10,8	26,0	18,8	7,2	37,3	49,7	-12,4
Córdoba	49,2	63,8	-14,6	27,2	17,4	9,8	35,8	52,7	-16,9
Granada	52,2	64,4	-12,2	21,6	15,4	6,2	40,9	54,5	-13,6
Huelva	54,7	62,4	-7,7	16,0	14,6	1,4	46,0	53,3	-7,3
Jaén	44,9	59,1	-14,2	18,8	15,7	3,1	36,5	49,8	-13,3
Málaga	54,1	62,6	-8,5	19,8	12,2	7,6	43,4	55,0	-11,6
Sevilla	54,5	62,1	-7,6	21,4	14,2	7,2	42,8	53,3	-10,5

Fuente. Elaboración propia a partir de Encuesta de Población Activa (2º Trimestre 2023) (INE)

Desigualdades de género en las condiciones de trabajo

La participación de las mujeres en el mercado de trabajo se encuentra también mediatizada por el nivel educativo. La participación laboral femenina es mayor a medida que aumenta la cualificación, de manera que la brecha de género en el porcentaje de población ocupada que no ha alcanzado estudios primarios es de 0,8 puntos porcentuales a favor de los hombres (2,1% hombres y 1,3% mujeres), y esta brecha se amplía y se torna favorable para las mujeres cuando se han alcanzado estudios superiores (35,9% hombres y 49,1% mujeres). (EPA 2T 2023).

En Andalucía, como ha ocurrido en el ámbito nacional en su conjunto, la temporalidad se ha reducido considerablemente respecto al año anterior. En 2022, las cifras de contratos indefinidos fueron del 37% en los hombres y del 32,7 en las mujeres. Sin embargo, en el 2º trimestre de 2023, el 78% de los contratos ha sido de tipo indefinido, siendo la brecha de género favorable a los hombres en 2,7 puntos porcentuales (79,1 en los hombres y el 76,4 en las mujeres).

Desigualdades de género en la renta y prestaciones sociales

Según datos publicados por el IECA, en el primer trimestre de 2023 la economía andaluza ha crecido dos décimas más que la española en relación con el trimestre anterior, ya que ha experimentado un incremento del 0,7% del PIB frente al 0,5% experimentado en el conjunto nacional, superando por primera vez el nivel previo que registraba antes de la pandemia. El crecimiento interanual en Andalucía (3,6%) ha sido algo más moderado que la media española (3,8%), en parte motivado por efectos negativos de la sequía en el sector primario y la industria de la alimentación.

La Encuesta de Condiciones de Vida en Andalucía ofrece datos actualizados sobre la renta. En 2022, la renta anual neta media por persona (sin alquiler imputado) fue de 10.702,6€, con una brecha de género favorable para los hombres de 244,1€. Tanto en los hombres como en las mujeres, el tramo de edad que percibió mayor renta fue el de 65 y más años (12.770,3€ los hombres y 12.831,6€ las mujeres). Los tramos de edad en los que la renta arroja una brecha de género favorable para las mujeres son la de menores de 16 años y de 65 o más años.

Tabla 8. Renta anual neta media por persona, por edad y sexo. Andalucía, 2022

	Renta media por persona (Personas con ingresos ordinarios e ingresos anuales netos medios)					
	Sin alquiler imputado			Con alquiler imputado		
Edad	Mujeres	Hombres	BG	Mujeres	Hombres	BG
Menores de 16 años	7851,0	7688,7	**162,3**	9126,7	8946,0	**180,7**
De 16 a 29 años	8614,2	9642,4	**-1028,2**	10133,4	11182,3	**-1048,9**
De 30 a 44 años	10554,2	10891,4	**-337,2**	12233,9	12769,9	**-536**
De 45 a 64 años	11518,9	12114,3	**-595,4**	13640,6	14334,9	**-694,3**
De 65 y más años	12831,6	12770,3	**61,3**	16348,3	15755,8	**592,5**
Menos de 18 años	7821,5	7694,0	**127,5**	9121,5	8966,8	**154,7**
De 18 a 64 años	10647,3	11273,8	**-626,5**	12505,0	13247,6	**-742,6**
Total	**10582,3**	**10826,4**	**-244,1**	**12666,8**	**12828,1**	**-161,3**

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Condiciones de Vida en Andalucía 2022 (IECA).

En el año 2021, el 43,7% de los hogares encabezados por hombres percibió prestación por jubilación, mientras que este porcentaje fue del 54,3% en los hogares con mujeres como referencia. La brecha de género fue inversa para el caso de las prestaciones por desempleo, que percibieron el 42,3% de los hogares encabezados por mujeres y el 46,7% de los encabezados por hombres. En el caso de otras prestaciones, lo recibieron el 29,6% de los hogares con referencia de una mujer y el 36,3% de los que tenían de referencia a un hombre.

Tabla 9. Hogares que perciben prestaciones sociales por tipo de prestación, según sexo de la persona de referencia. Andalucía, 2021

	Hogares que perciben prestaciones sociales (año anterior a la entrevista) por tipo de prestación, según sexo y persona de referencia (%)		
	Mujeres	Hombres	BG
Prestación por jubilación	54,3	43,7	**10,6**
Prestaciones por desempleo	42,3	46,7	**-4,4**
Otros subsidios o prestaciones sociales (1)	29,6	36,3	**-6,7**

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Condiciones de Vida en Andalucía 2022 (IECA)
(1). Incluye prestaciones por enfermedad e invalidez y ayudas a estudios, por familia, para vivienda y de asistencia social

Pobreza y exclusión social

Los datos sobre pobreza pueden variar considerablemente según los diferentes indicadores que tomemos y las definiciones que consideremos.

Para este informe, tomaremos de referencia la Encuesta de Condiciones de Vida del INE en 2022, y la nueva definición que ha sido establecida en 2021 a partir de la anterior que se siguió en la Estrategia 2020. Esta nueva definición, considera la población que está en riesgo de pobreza o exclusión social aquella que se enmarca en alguna de estas tres situaciones: 1) En riesgo de pobreza (60% mediana de los ingresos por unidad de consumo) ; 2) En carencia material severa: cuando presenta al menos 7 de 13 siguientes limitaciones establecidas (no puede permitirse ir de vacaciones al menos una semana al año; no puede permitirse una comida de carne, pollo o pescado al menos cada dos días; no puede permitirse mantener la vivienda con una temperatura adecuada; no tiene capacidad para afrontar gastos imprevistos; ha tenido retrasos en el pago de gastos relacionados con la vivienda principal o en compras a plazos en los últimos 12 meses; no puede permitirse disponer de un automóvil; no puede sustituir muebles estropeados o viejos; no puede permitirse sustituir ropa estropeada por otra nueva; no puede permitirse tener dos pares de zapatos en buenas condiciones; no puede permitirse reunirse con amigos/familia para comer o tomar algo al menos una vez al mes; no puede permitirse participar regularmente en actividades de ocio; no puede permitirse gastar una pequeña cantidad de dinero en sí mismo; no puede permitirse conexión a internet); 3) En hogares sin empleo o con baja intensidad en el empleo: hogares en los que sus miembros en edad de trabajar lo hicieron menos del 20% del total de su potencial de trabajo durante el año de referencia.

Según esta Encuesta y la nueva estrategia 2021, la población en riesgo de pobreza en Andalucía es del 20,5%, una cifra inferior a la española (29,1%). Por sexo, las mujeres andaluzas en riesgo de pobreza superan a los hombres en 0,8 puntos porcentuales (20,9 las mujeres y 20,1 los hombres). También son más las mujeres con carencia material severa en Andalucía (11,7%) respecto a los hombres (10,9%). Hay más proporción de mujeres que de hombres (de 0 a 59 años) en Andalucía viviendo en hogares con baja intensidad en el trabajo (13,4% de las mujeres y 11,2% de los hombres). Por edad, los grupos en mayor riesgo de pobreza son los menores de 16 años en los hombres y en las mujeres. Se posicionan con peores datos de carencia material severa, los hombres en el tramo de edad de menores de 16 años y las mujeres en el tramo de 45 a 64 años seguido del de menores de 16 años. Las personas viviendo en hogares con baja intensidad en el trabajo encuentran su porcentaje más elevado en el tramo de 45 a 64 años, tanto las mujeres como los hombres.

Tabla 10. Tasa de riesgo de pobreza o exclusión social (Nueva Estrategia 2021) y de sus componentes, según sexo y edad. Andalucía, 2021

Edad	Tasa de riesgo de pobreza o exclusión social (Nueva Estrategia 2021). Población en alguno de los tres componentes, según sexo y edad. Comparación Andalucía y España					
	Andalucía			España		
	Mujeres	Hombres	BG	Mujeres	Hombres	BG
Menores de 16 años	35,0	37,7	**-2,7**	41,7	42,9	**-1,2**
De 16 a 29 años	37,3	27,2	**10,1**	43,4	35,9	**7,5**
De 30 a 44 años	29,8	26,9	**2,9**	34,9	31,9	**3**
De 45 a 64 años	32,0	29,4	**2,6**	37,9	33,8	**4,1**
De 65 y más años	19,7	19,6	**0,1**	30,6	27,7	**2,9**
Menos de 18 años	35,1	37,8	**-2,7**	42,6	44,1	**-1,5**
De 18 a 64 años	32,4	27,7	**4,7**	37,9	33,0	**4,9**
Total	**30,4**	**28,3**	**2,1**	**37,3**	**34,3**	**3**

Edad	Tasa de riesgo de pobreza o exclusión social (Nueva Estrategia 2021) para cada uno de sus componentes, según sexo y edad								
	En riesgo de pobreza (Umbral de riesgo de pobreza)			Con carencia material severa			Viviendo en hogares con baja intensidad en el trabajo (de 0 a 59 años)		
	Mujeres	Hombres	BG	Mujeres	Hombres	BG	Mujeres	Hombres	BG
Menores de 16 años	29,2	29,0	**0,2**	12,6	15,7	**-3,1**	7,2	9,7	**-2,5**
De 16 a 29 años	27,4	20,4	**7**	9,1	7,8	**1,3**	17,4	10,8	**6,6**
De 30 a 44 años	21,5	20,1	**1,4**	12,5	11,3	**1,2**	8,8	9,4	**-0,6**
De 45 a 64 años	18,2	18,6	**-0,4**	13,6	10,8	**2,8**	18,0	13,8	**4,2**
De 65 y más años	13,0	13,2	**-0,2**	9,1	8,0	**1,1**	-	-	-
Menos de 18 años	29,0	29,7	**-0,7**	12,2	15,1	**-2,9**	7,9	9,4	**-1,5**
De 18 a 64 años	21,2	18,9	**2,3**	12,3	10,3	**2**	15,0	11,8	**3,2**
Total	**20,9**	**20,1**	**0,8**	**11,7**	**10,9**	**0,8**	**13,4**	**11,2**	**2,2**

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Condiciones de Vida en Andalucía 2022 (IECA)

Con los datos expuestos, podemos concluir que continúan en vigor las desigualdades que se materializan en una infrarrepresentación de las mujeres en la población activa, en peores condiciones laborales, menor nivel de renta y mayor riesgo de pobreza que los hombres.

Persisten las desigualdades en el ámbito laboral y económico

Las tasas de actividad y las tasas de paro arrojan mejores datos para los hombres que para las mujeres. Las brechas de género son marcadas en todas las provincias, más amplias en Córdoba, Jaén y Granada. Consecuentemente, el paro es más acuciante en las mujeres, excepto en Almería donde los hombres alcanzan tasas más altas. Hay que tener en cuenta que estos datos suelen fluctuar de un trimestre a otro y solo podemos tomar como una tendencia generalizada la mayor infrarrepresentación femenina en el ámbito laboral.

Promovidos por la coyuntura normativa, los contratos indefinidos aumentaron considerablemente en 2023 respecto al año anterior. Sin embargo, las mujeres han salido menos favorecidas y siguen desempeñando sus trabajos con mayor temporalidad.

A mayor edad, mayor nivel de renta en ambos sexos. Las brechas en mayores de 65 años se invierten a favor de las mujeres.

En sintonía con los datos sociodemográficos, los hogares encabezados por mujeres perciben un mayor porcentaje de prestaciones por jubilación. En cambio, y también en concordancia con la mayor representatividad masculina en la población activa, las prestaciones por desempleo entran más en los hogares encabezados por los hombres.

En términos generales, las mujeres andaluzas en riesgo de pobreza y con carencia material severa superan a los hombres ligeramente. La edad resulta un factor clave, debiendo poner el foco y una especial mirada a la infancia y juventud de todos los sexos, que registran datos más elevados en estos indicadores de pobreza que otros tramos de edad.

Más mujeres que hombres viven en hogares con baja intensidad en el trabajo, especialmente en el tramo de 45 a 64 años. Y esto está íntimamente relacionado, siendo causa y también consecuencia, de que sean ellas quienes continúen ejerciendo mayoritariamente los trabajos domésticos y de cuidados, lo que se convierte en un círculo de difícil encaje para conciliar las esferas personales y laborales y un fuerte obstáculo para gozar de una buena salud y calidad de vida.

3.1.2. Valores, normas y otros factores de desigualdad

Usos del tiempo, trabajo reproductivo, conciliación y corresponsabilidad

En el anterior Informe de Salud y Género (2018) ya poníamos de manifiesto que las mujeres en edades centrales de la vida y posiciones socioeconómicas menos privilegiadas, constituyen el principal perfil de las personas con mayor participación en el trabajo doméstico y de cuidados. En los últimos años observamos un escaso cambio de tendencia, siendo las mujeres quienes continúan protagonizando el escenario doméstico y de los cuidados.

El reparto de las tareas domésticas y la doble jornada

Según la Encuesta Sanitaria y Social en Andalucía (ESSA) en 2021, la brecha de género de la población entrevistada que dice realizar siempre o habitualmente las tareas domésticas del hogar se sitúa en torno a los 35 puntos porcentuales, con un claro predominio de las mujeres. La mayor parte de las mujeres con estudios primarios y con estudios secundarios dicen asumir la responsabilidad principal de estas tareas, frente aproximadamente la décima parte de los hombres con estos niveles de estudios. La brecha de género se estrecha en quienes tienen estudios superiores, aunque también sigue siendo considerable (24,7 puntos porcentuales) y con más predominio en las mujeres. Con respecto a la edad, la brecha más reducida se da en las personas más jóvenes (de 16 a 24 años, con una brecha de 3,8), seguido de las más mayores (65 y más, con una brecha de 34 puntos porcentuales). En cambio, la brecha de género más amplia se da en el tramo de 55 a 64 años (49,5 puntos porcentuales). Según hábitat, la brecha es ligeramente menor en los entornos urbanos (31,9) que en los semiurbanos o rurales.

Tabla 11. Porcentaje de personas que realizan principalmente las tareas domésticas según sexo y nivel de estudios. Andalucía, 2021

Población que realiza tareas domésticas (Siempre yo y habitualmente yo)		Mujeres	Hombres	BG
Nivel de estudios	Primarios	51,3	12,6	38,7
	Secundarios	51,2	10,7	40,5
	Superiores	40,5	15,8	24,7
	Total	**47,8**	**12,7**	**35,1**
Edad	16-24	9,1	5,4	3,8
	25-34	49,7	8,2	41,5
	35-44	50,0	10,8	39,3
	45-54	61,4	23,8	37,7
	55-64	66,5	17,0	49,5
	65 y más	44,9	10,8	34,0
	Total	**47,7**	**12,9**	**34,8**
Hábitat	Urbano	44,9	13,0	31,9
	Intermedio	50,2	12,3	37,9
	Rural	51,5	14,1	37,4
	Total	**47,7**	**12,9**	**34,8**

Fuente: Elaboración propia a partir de ESSA (M4, 2021)

La Encuesta Social 2019 permite conocer las horas dedicadas por hombres y mujeres a las tareas domésticas en días tanto laborables como no laborables. En días laborables, el 19,7% de los hombres entrevistados admitieron no dedicar nada o muy poco tiempo a las tareas domésticas. El 57,5% dijo que dedicaba entre 1 y 3 horas diarias, y solo el 5,5% que empleaba 5 horas diarias o más a estas tareas. En cambio, las mujeres que dedicaban 5 horas o más fueron el 26,1%, y solo el 4,9% dijo no dedicar nada o muy poco a las tareas del hogar.

Tabla 12. Horas diarias dedicadas a las tareas domésticas en días laborables y no laborables por sexo (porcentajes). Andalucía, 2019

	Horas diarias dedicadas a las tareas domésticas	En días laborables			En días no laborables		
		Mujeres	Hombres	BG	Mujeres	Hombres	BG
Persona entrevistada	Nada o muy poco	4,9	19,7	**-14,8**	6,7	16,1	-9,4
	Entre 1 y 3 horas	37,9	57,5	**-19,6**	27,4	40,0	-12,6
	Entre 3 y 5 horas	31,1	17,3	**13,8**	30,1	29,7	0,4
	5 o más horas	26,1	5,5	**20,6**	35,8	14,3	21,5
	Total	100,0	100,0	**0**	100,0	100,0	0
Pareja de la persona entrevistada	Nada o muy poco	37,6	4,9	**32,7**	29,0	5,4	23,6
	Entre 1 y 3 horas	45,4	36,1	**9,3**	41,6	28,3	13,3
	Entre 3 y 5 horas	12,3	26,9	**-14,6**	19,9	33,2	-13,3
	5 o más horas	4,7	32,1	**-27,4**	9,5	33,2	-23,7
	Total	100,0	100,0	**0**	100,0	100,0	0
Otras personas	Nada o muy poco	16,3	14,5	**1,8**	8,1	8,8	-0,7
	Entre 1 y 3 horas	51,4	49,3	**2,1**	59,6	48,9	10,7
	Entre 3 y 5 horas	21,4	19,5	**1,9**	20,5	22,9	-2,4
	5 o más horas	10,9	16,7	**-5,8**	11,9	19,3	-7,4
	Total	100,0	100,0	**0**	100,0	100,0	0

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Social 2019. Conciliación en el hogar: hábitos y actitudes de la población andaluza (IECA).

A continuación, podemos observar los porcentajes de las personas entrevistadas, todas ellas entre 30 y 60 años, que se situaron en la máxima categoría de horas diarias dedicadas a estas tareas (5 horas o más), según la edad, nivel educativo y hábitat. Las mujeres superaron a los hombres en todos los tramos de edad, tanto en la dedicación máxima en días laborables como no laborables, siendo las brechas de género más acusadas en ambos tipos de días en las mujeres más mayores. Según el nivel de estudios, la brecha de dedicación máxima en días laborables es más elevada entre mujeres y hombres con los niveles inferiores de estudios. Para los no laborables no contamos en este caso con datos suficientes. En cuanto al hábitat, la menor brecha se sitúa en los ámbitos urbanos respecto a otros con menor densidad o tamaño, tanto en la dedicación máxima en días laborables como en no laborables.

Tabla 13. Porcentaje (de personas entrevistadas) que dedica 5 horas o más diarias a las tareas domésticas en días laborables y en días no laborables, por sexo, edad y nivel de estudios. Andalucía, 2019

5 horas diarias o más dedicadas a las tareas domésticas		En días laborables			En días no laborables		
		Mujeres	Hombres	BG	Mujeres	Hombres	BG
Edad	De 30 a 39	20,4	-	-	31,1	14,7	**16,4**
	De 40 a 49	24,8	6,9	**17,9**	37,0	15,1	**21,9**
	De 50 a 60	32,4	5,2	**27,2**	38,7	13,0	**25,7**
Nivel de estudios	Primarios	38,2	5,7	**32,5**	-	16,3	-
	Secundarios	23,1	5,8	**17,3**	35,2	17,6	**17,6**
	Superiores	13,8	-	-	31,6	13,1	**18,5**
Hábitat	Urbano	20,5	6,5	**14**	32,1	15,7	**16,4**
	Intermedio	30,3	4,6	**25,7**	38,6	14,0	**24,6**
	Rural	37,6	-	-	43,5	-	-

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Social 2019. Conciliación en el hogar: hábitos y actitudes de la población andaluza (IECA)
Notas: - muestra inferior o igual a 20 observaciones. Estimación sujeta a alta variabilidad. Personas entrevistadas entre 30 y 60 años.

En cuanto al tipo de tareas domésticas, según los datos de esta encuesta, podemos ver que sigue habiendo tareas más realizadas por mujeres y otras que siguen protagonizando los hombres, de acuerdo a roles típicamente femeninos o masculinos. Las brechas de género son positivas (predominio de mujeres) en todos los tipos de tareas, exceptuando hacer las pequeñas reparaciones de la casa, donde hay un claro predominio de los hombres (82,2% frente al 19,8% de las mujeres que se encargan siempre o habitualmente ellas). Las mujeres superan a los hombres ampliamente en los siguientes tipos de tareas, ordenados de mayor a menor brecha de género: planchar (con una brecha de género de 60,7 puntos porcentuales); poner la lavadora; limpiar los baños; barrer, fregar o pasar la aspiradora; tender la ropa, preparar las comidas y hacer la compra (brecha de 14,7).

Tabla 14. Porcentaje de personas entrevistadas con la responsabilidad principal en los distintos tipos de tareas domésticas. Andalucía, 2019

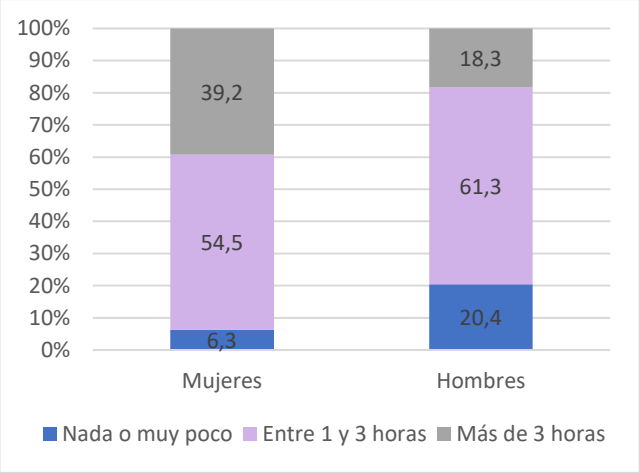
Tipos de tareas domésticas	Se encarga la persona entrevistada siempre o habitualmente		
	Mujeres	Hombres	BG
Poner la lavadora	81,0	20,8	**60,2**
Tender la ropa	71,2	26,3	**44,9**
Planchar	79,9	19,2	**60,7**
Hacer las pequeñas reparaciones en casa	19,8	82,2	**-62,5**
Hacer la compra	48,3	33,6	**14,7**
Barrer la casa, fregar el suelo, pasar la aspiradora...	68,0	22,1	**45,8**
Limpiar los baños	75,4	21,8	**53,6**
Preparar las comidas	65,2	30,4	**34,8**

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Social 2019. Conciliación en el hogar: hábitos y actitudes de la población andaluza (IECA)
Notas: Personas entre 30 y 60 años.

Las mujeres siguen encontrando mayores dificultades para encajar esta gestión de las tareas domésticas cuando tienen que sumar, además, un trabajo remunerado. Entre los hombres asalariados a tiempo completo, el 18,3% dedican más de tres horas en un día laborable a las tareas domésticas y más del 20% afirman que no tienen ninguna o casi ninguna implicación. Entre las mujeres asalariadas a tiempo completo, el porcentaje de las que dedican más de 3 horas aumenta hasta el 39,2%, y solo el

6,3% afirma que hace muy poco o nada. Esto confirma que estamos aún lejos de superar la doble jornada que las mujeres vienen realizando en las últimas décadas. Seguimos comprobando que se han incorporado plenamente al mercado laboral sin que se hayan repartido equitativamente las labores domésticas y de cuidados.

Gráfico 3. Porcentaje de personas asalariadas a tiempo completo según las horas que dedican a las tareas domésticas en días laborables por sexo. Andalucía, 2019



Fuente: Encuesta Social 2019. Conciliación en el hogar: hábitos y actitudes de la población andaluza (IECA)
Notas: Personas entre 30 y 60 años.

Los cuidados de personas dependientes

Como apreciábamos en el anterior Informe de Salud y Género (2018), el perfil de las personas cuidadoras sigue teniendo un marcado rostro de mujer, y entre las mujeres y los hombres que cuidan se perpetúan las desigualdades y perfiles definidos. Podemos constatarlo con distintos indicadores relativos a personas que cuidan. Nos centraremos aquí en las personas cuidadoras informales o no remuneradas, es decir, aquellas que cuidan a personas de su entorno social o familiar cercano que necesitan ayuda para la realización de las actividades básicas de la vida diaria, y lo hacen sin recibir una retribución económica por ello. El ámbito de los cuidados remunerados, también cargado de desigualdades de género y atravesado por otros determinantes sociales de la salud, como el origen y la posición social y económica, merece una mirada especial. Esta será abordada en el capítulo dedicado a las mujeres migrantes, que soportan las situaciones más precarias y de mayor vulnerabilidad para su salud en el ámbito de los cuidados remunerados.

Si nos fijamos en los datos más recientes (2022) sobre las mujeres y los hombres cuidadores informales de personas con discapacidad de 6 y más años, encontramos perfiles diferenciados. Los hombres son más mayores que las mujeres, con una concentración en el tramo de mayores de 65 superior al de las mujeres. Además, ellos cuentan con menor nivel educativo que las mujeres cuidadoras, y en mayor medida que estas, se encuentran jubilados o no trabajando. Entre las mujeres cuidadoras de estas personas con discapacidad, el 41,3% está trabajando, un porcentaje que se reduce al 26,7% de los hombres que cuidan. Este perfil, bastante recurrente, se corresponde con el de hombres que se convierten en cuidadores de sus esposas en edades avanzadas, un rol novedoso en su ciclo vital y sobrevenido cuando no hay otras mujeres en el entorno cercano que se puedan hacer cargo de estos cuidados (Del Río-Lozano et al., 2013).

Tabla 15. Distribución de cuidadores y cuidadoras de personas con discapacidad de 6 y más años, según edad, nivel de estudios y situación laboral de la persona cuidadora, dentro de cada sexo. Andalucía, 2022

		Mujeres	Hombres
Edad	Hasta 44 años	23,7	20,6
	De 45 a 64 años	59,7	43,6
	De 65 a 79 años	12,3	31,3
	De 80 y más años	4,3	4,5
	Total	**100,0**	**100,0**
Nivel de estudios	Básico e inferior	35,2	46,4
	Intermedio	48,8	40,7
	Superior	16,0	12,9
	Total	**100,0**	**100,0**
Situación laboral	Trabajando	41,3	26,7
	No trabaja	38,5	44,9
	Jubilado/a o prejubilado o Incapacitado/a para trabajar	20,2	28,4
	Total	**100,0**	**100,0**

Fuente: Elaboración propia a partir de la EDAD 2020 (INE). Datos actualizados en 2022

La Encuesta Social 2019 de Conciliación en el hogar, nos permite también obtener datos sobre la dedicación de los hombres y las mujeres andaluzas entre 30 y 60 años al cuidado de menores y de personas adultas que requieren cuidados.

En el caso del cuidado de menores (hijos e hijas) observamos porcentajes superiores de hombres que de mujeres que dicen no dedicar nada a estos cuidados o muy poco, tanto en días laborables como no laborables. En el otro extremo, la brecha de género en días laborables de dedicación de 5 horas o más diarias a estos cuidados es muy acusada con predominio de mujeres (12,9 puntos porcentuales más que los hombres). Sin embargo, en los días no laborables, la brecha se invierte y hay un mayor porcentaje de hombres que de mujeres que dedican 5 horas o más al cuidado de menores (24,6% frente al 16,5% de mujeres). La brecha de género en la categoría de máxima dedicación se da en el tramo de edad de 30 a 39 años, cuando el 49,4% de las mujeres y el 32,3% de los hombres dedican 5 horas o más a estos cuidados en días laborables.

En cuanto al nivel de estudios, la mayor brecha de género en la dedicación máxima (5 horas diarias o más) al cuidado de menores en días laborables se da en las personas universitarias, superando los 18 puntos porcentuales. La brecha se invierte en los días no laborables, donde los hombres con estudios universitarios declaran mayor dedicación que las mujeres (la brecha de género es -12).

Tabla 16. Horas diarias dedicadas al cuidado de hijos e hijas según sexo y edad de la persona entrevistada (personas de 30 a 60 años) (Porcentajes). Andalucía, 2019

Horas diarias dedicadas a cuidado de hijos			Días laborables			Días no laborables		
			Mujeres	Hombres	BG	Mujeres	Hombres	BG
TOTAL		Nada o muy poco	18,6	24,9	-6,4	20,6	21,6	-1,1
		Entre 1 y 3 horas	33,6	34,9	-1,3	53,9	40,8	13,1
		Entre 3 y 5 horas	16,6	21,8	-5,2	9,1	13,0	-3,9
		5 o más horas	31,3	18,4	12,9	16,5	24,6	-8,1
		Total	100,0	100,0		100,0	100,0	
Edad	De 30 a 39 años	Nada o muy poco	-	-	-	-	-	-
		Entre 1 y 3 horas	33,0	31,6	1,4	70,5	55,9	14,6
		Entre 3 y 5 horas	15,3	30,3	-15,0	-	10,0	-
		5 o más horas	49,4	32,3	17,1	21,8	32,9	-11,1
		Total	100,0	100,0		100,0	100,0	
	De 40 a 49 años	Nada o muy poco	14,1	17,5	-3,4	14,0	13,8	0,3
		Entre 1 y 3 horas	31,8	39,5	-7,7	55,0	39,8	15,1
		Entre 3 y 5 horas	22,2	25,8	-3,6	12,5	16,8	-4,3
		5 o más horas	31,9	17,2	14,7	18,5	29,5	-11,0
		Total	100,0	100,0		100,0	100,0	
	De 50 a 60 años	Nada o muy poco	44,9	51,3	-6,4	52,7	49,7	3,0
		Entre 1 y 3 horas	36,9	31,9	5,0	32,2	28,7	3,5
		Entre 3 y 5 horas	9,8	9,1	0,7	8,0	10,6	-2,6
		5 o más horas	8,4	7,7	0,7	7,1	11,0	-3,9
		Total	100,0	100,0		100,0	100,0	
Nivel de estudios	Obligatorios o inferiores	Nada o muy poco	24,1	32,8	-8,8	28,6	26,8	1,9
		Entre 1 y 3 horas	34,6	29,6	5,0	46,6	35,7	10,9
		Entre 3 y 5 horas	15,1	19,9	-4,8	9,5	13,1	-3,7
		5 o más horas	26,2	17,7	8,6	15,3	24,4	-9,1
		Total	100,0	100,0		100,0	100,0	
	Secundarios	Nada o muy poco	16,2	21,1	-4,9	16,1	20,7	-4,7
		Entre 1 y 3 horas	33,5	37,4	-3,9	55,0	42,2	12,8
		Entre 3 y 5 horas	17,0	21,4	-4,4	10,2	13,5	-3,3
		5 o más horas	33,4	20,2	13,2	18,7	23,6	-4,9
		Total	100,0	100,0		100,0	100,0	
	Universitarios	Nada o muy poco	14,1	11,7	2,4	15,4	10,8	4,6
		Entre 1 y 3 horas	32,3	43,9	-11,5	62,4	50,9	11,5
		Entre 3 y 5 horas	18,1	27,2	-9,0	-	-	-
		5 o más horas	35,4	17,2	18,2	15,2	27,1	-12,0
		Total	100,0	100,0		100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Social 2019. Conciliación en el hogar: hábitos y actitudes de la población andaluza (IECA)

Notas: - muestra inferior o igual a 20 observaciones. Estimación sujeta a alta variabilidad.

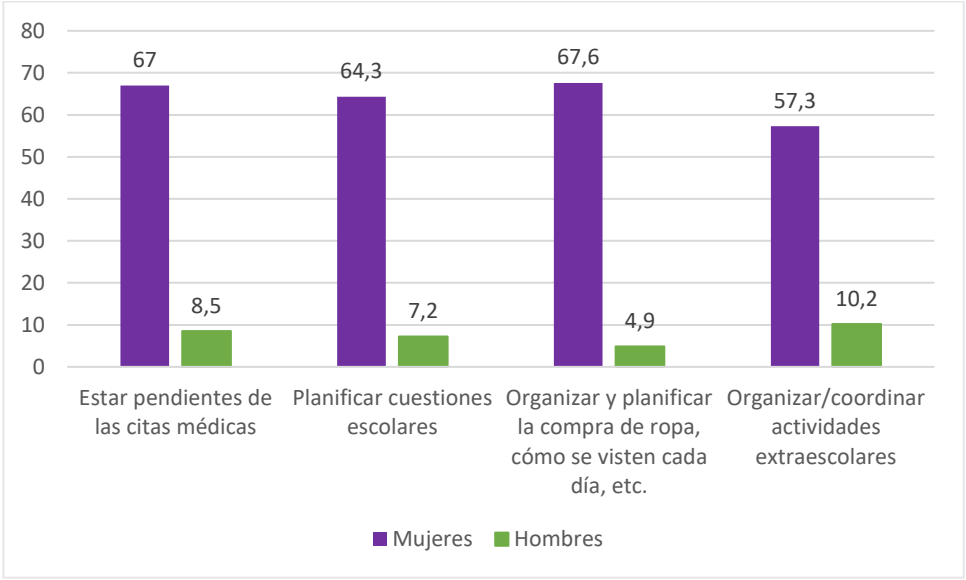
Personas entre 30 y 60 años.

En cuanto al tipo de tareas realizadas en el cuidado de menores, en todas ellas las mujeres se encargan en mayor medida que los hombres, de preparar y dar desayunos, comidas, meriendas y cenas (48,4 puntos porcentuales de diferencia), cuidarlos cuando están enfermos (44,3) y llevarlos a atención médica, dentista, etc. (42,5). La menor brecha se registra en las tareas de realizar actividades de ocio con menores que tienen más de 3 años (5,3) y en pasear, caminar, ir al parque (16,3), que es donde los hombres registran una participación considerablemente mayor (se encarga de esto el 78,3 y el 71,2% de

los entrevistados respectivamente). Por edad no encontramos grandes diferencias en estas tendencias en las brechas de género, donde seguimos observando una mayor participación de las mujeres en las tareas que tienen lugar en el interior del hogar y de los hombres en las que ocurren en el espacio extradoméstico. Debemos tener en cuenta la relevancia de estos datos al interpretar su impacto en la salud, ya que la literatura ha evidencia el impacto más negativo que tienen las tareas realizadas en el interior del hogar que las que se realizan en el exterior (García-Calvente, 2011).

En definitiva, los datos sobre la coordinación de las actividades de hijos e hijas presentan un comportamiento lejano a la corresponsabilidad. Las mujeres afirman ser ellas quienes asumen mayoritariamente la planificación de gestiones básicas del cuidado de menores a cargo como estar pendientes de las citas médicas, cuestiones escolares o la vestimenta, relacionadas todas estas con una mayor carga no solo física, sino de gestión mental.

Gráfico 4. Porcentaje de mujeres y hombres que afirman que siempre se hacen cargo de gestiones básicas del cuidado de los hijos/as. Andalucía, 2019



Fuente: Encuesta Social 2019. Conciliación en el hogar: hábitos y actitudes de la población andaluza (IECA)
Notas: Personas entre 30 y 60 años.

Tabla 17. Persona que se encarga de manera principal de distintas tareas del cuidado de menores (personas de 30 a 60 años) (Porcentajes). Andalucía, 2019.

Tipo de tareas			Se encarga la persona entrevistada		
			Mujeres	Hombres	BG
TOTAL		Preparar y dar desayunos, comidas, meriendas, cenas...	90,9	42,5	48,4
		Llevar a los niños al colegio/ guardería. (Menores de 12 años)	74,8	49,2	25,6
		Cuidado de menores en edad preescolar (baño, aseo, cambio de pañales, etc.) (Menores de 3 años)	92,7	54,8	37,9
		Llevar a los menores al médico, dentista, etc.	94,9	52,4	42,5
		Ayudar en las tareas escolares (hacer deberes, acompañar en el estudio, etc.) (Menores 18)	84,4	52,2	32,2
		Cuidar a los menores cuando están enfermos	95,0	50,7	44,3
		Pasear, caminar, ir al parque	87,5	71,2	16,3
		Realizar actividades de ocio (asistencia a actividades culturales, espectáculos deportivos, practicar deportes, etc.) (Mayores de 3 años)	83,6	78,3	5,3
Edad	De 30 a 39 años	Preparar y dar desayunos, comidas, meriendas, cenas...	90,7	46,4	44,3
		Llevar a los niños al colegio/ guardería. (Menores de 12 años)	78,6	43,9	34,7
		Cuidado de menores en edad preescolar (baño, aseo, cambio de pañales, etc.) (Menores de 3 años)	92,2	60,5	31,7
		Llevar a los menores al médico, dentista, etc.	96,6	57,2	39,4
		Ayudar en las tareas escolares (hacer deberes, acompañar en el estudio, etc.) (Menores 18)	89,7	57,9	31,8
		Cuidar a los menores cuando están enfermos	93,9	56,1	37,8
		Pasear, caminar, ir al parque	86,6	73,9	12,7
		Realizar actividades de ocio (asistencia a actividades culturales, espectáculos deportivos, practicar deportes, etc.) (Mayores de 3 años)	87,4	80,0	7,4
	De 40 a 49 años	Preparar y dar desayunos, comidas, meriendas, cenas...	90,5	38,9	51,6
		Llevar a los niños al colegio/ guardería. (Menores de 12 años)	72,2	49,8	22,4
		Cuidado de menores en edad preescolar (baño, aseo, cambio de pañales, etc.) (Menores de 3 años)	94,3	49,7	44,6
		Llevar a los menores al médico, dentista, etc.	93,2	50,2	43
		Ayudar en las tareas escolares (hacer deberes, acompañar en el estudio, etc.) (Menores 18)	82,7	49,2	33,5
		Cuidar a los menores cuando están enfermos	95,3	48,6	46,7
		Pasear, caminar, ir al parque	87,3	68,6	18,7
		Realizar actividades de ocio (asistencia a actividades culturales, espectáculos deportivos, practicar deportes, etc.) (Mayores de 3 años)	81,2	76,3	4,9
	De 50 a 60 años	Preparar y dar desayunos, comidas, meriendas, cenas...	92	44,4	47,6
		Llevar a los niños al colegio/ guardería. (Menores de 12 años)	63	60,9	2,1
		Cuidado de menores en edad preescolar (baño, aseo, cambio de pañales, etc.) (Menores de 3 años)	-	-	-
		Llevar a los menores al médico, dentista, etc.	95,5	50,4	45,1
		Ayudar en las tareas escolares (hacer deberes, acompañar en el estudio, etc.) (Menores 18)	68,4	50,5	17,9
		Cuidar a los menores cuando están enfermos	96	48,3	47,7
		Pasear, caminar, ir al parque	95,8	72,3	23,5
		Realizar actividades de ocio (asistencia a actividades culturales, espectáculos deportivos, practicar deportes, etc.) (Mayores de 3 años)	79,2	80,4	-1,2

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Social 2019. Conciliación en el hogar: hábitos y actitudes de la población andaluza (IECA)

Notas: - muestra inferior o igual a 20 observaciones. Estimación sujeta a alta variabilidad.

Personas entre 30 y 60 años.

En cuanto al cuidado de personas adultas con necesidades de cuidados, también la participación femenina sigue siendo considerablemente superior a la masculina. Según esta encuesta (personas de 30 a 60 años), del total de personas que sí ayudan al cuidado de una persona familiar, el 64,3% son mujeres y el 35,7 restante son hombres. La mayor concentración femenina se encuentra en la franja de más edad (de 50 a 60 años), donde el 70,2% de quienes dicen participar en estos cuidados son mujeres. Ellas también realizan estos cuidados con mayor dedicación. El 49% del total que lo realiza dedica 15 horas o más semanales, reduciéndose este porcentaje al 43,5% en los hombres que cuidan.

Tabla 18. Distribución por sexo de personas de 30 a 60 años que ayudan en el cuidado de personas familiares adultas con necesidades (Porcentajes totales y por edad). Andalucía, 2019

Cuidado de familiares con necesidades			
Edad de la persona entrevistada	**Mujeres**	**Hombres**	**Total**
TOTAL (Sí ayudan al cuidado de un familiar)	64,3	35,7	100
De 30 a 39 años	53,5	46,5	100
De 40 a 49 años	62,7	37,3	100
De 50 a 60 años	70,2	29,8	100

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Social 2019. Conciliación en el hogar: hábitos y actitudes de la población andaluza (IECA)
Notas: Personas entre 30 y 60 años.

Según los datos de Andalucía de la Encuesta Europea de Salud (2020), el 7,7% de los hombres se ocupa del cuidado de alguna persona mayor o con dolencias crónicas. Este porcentaje asciende al 12,2% de las mujeres. En ambos sexos, los porcentajes de Andalucía son ligeramente inferiores que los correspondientes al ámbito nacional.

Tabla 19. Cuidado de personas mayores o personas con dolencias crónicas según sexo. Población adulta (>15 años) (porcentajes). Andalucía, 2020

Cuida de personas mayores o con dolencias crónicas	Hombres	Mujeres	BG
España (Sí)	12,7	8,3	4,4
Andalucía (Sí)	12,2	7,7	4,5

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Europea de Salud 2020. Datos por CCAA (INE)

En suma, en los diferentes tipos de cuidados analizados desde diferentes ópticas y con distintas fuentes, la sobrerrepresentación femenina se presenta muy obvia y con un perfil muy específico en mujeres en edad laboral activa, lo que dificulta su encaje con acceso y permanencia en el mercado laboral en condiciones igualitarias a los varones.

En estos datos de evolución, según el IECA, vemos que las mujeres son quienes muy mayoritariamente se han encargado de los cuidados no remunerados o cuidados informales. Aunque la tendencia ha apuntado a una leve mejora y a un ligero estrechamiento de la brecha de género en los últimos años, la participación femenina en estos cuidados en 2021 era aún del 84,2%.

Tabla 20. Personas cuidadoras no profesionales por sexo. Andalucía, evolución 2016-2021

	Sexo				
Anual	Ambos sexos	Mujeres	Hombres	% Mujeres	% Hombres
2021	76.129	64.064	12.065	84,2	15,8
2020	71.317	60.640	10.677	85,0	15,0
2019	71.898	61.582	10.316	85,7	14,3
2018	71.340	61.750	9.590	86,6	13,4
2017	72.320	62.871	9.449	86,9	13,1
2016	74.348	64.704	9.644	87,0	13,0

Fuente: IECA, a partir de datos de Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad

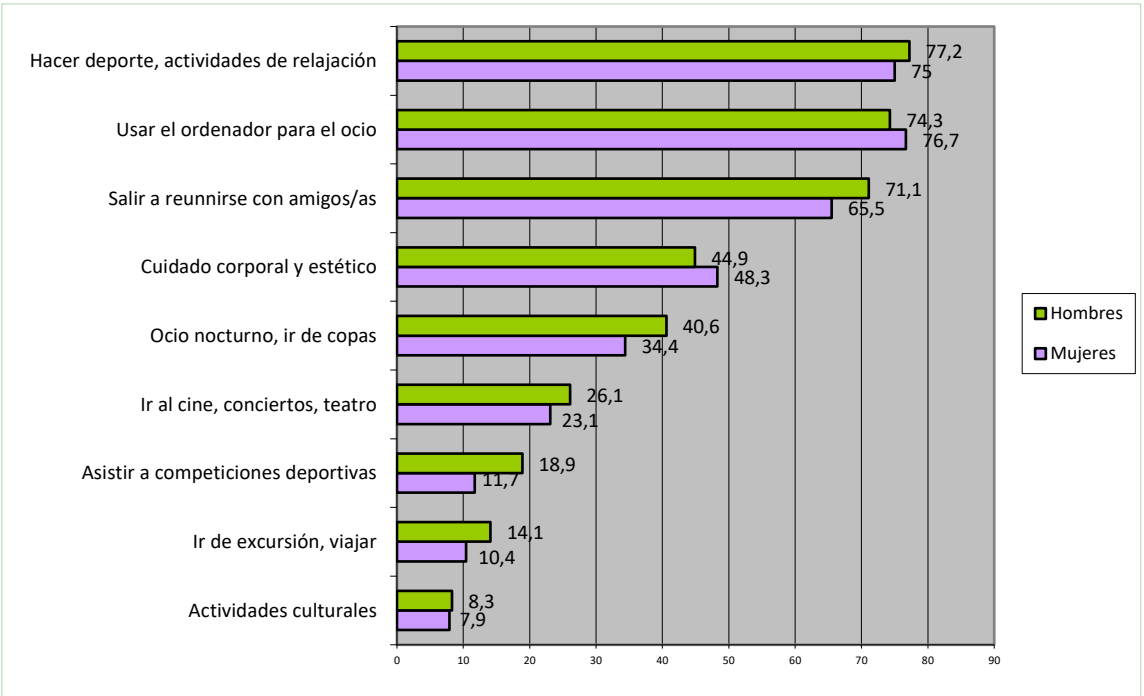
Tiempo personal para el ocio y el autocuidado

Las amplias brechas de género en la participación en las tareas domésticas y de cuidados se dejan notar también en el uso del tiempo desigual que los hombres y las mujeres dedican al ocio y el autocuidado. Según la Encuesta Social 2019 de conciliación en el hogar, los hombres andaluces suelen realizar actividades de ocio y disfrute personal con más frecuencia que las mujeres, especialmente en el ocio más social, si bien las brechas de género no son muy amplias.

Tiempo personal para el ocio y el autocuidado

Las amplias brechas de género en la participación en las tareas domésticas y de cuidados se dejan notar también en el uso del tiempo desigual que los hombres y las mujeres dedican al ocio y el autocuidado. Según la Encuesta Social 2019 de conciliación en el hogar, los hombres andaluces suelen realizar actividades de ocio y disfrute personal con más frecuencia que las mujeres, especialmente en el ocio más social, si bien las brechas de género no son muy amplias.

Gráfico 5. Porcentaje de personas que realizan distintas actividades de ocio con alguna frecuencia semanal o mensual por sexo. Andalucía, 2019



Fuente: Encuesta Social 2019. Conciliación en el hogar: hábitos y actitudes de la población andaluza (IECA)
Notas: Personas entre 30 y 60 años.

En suma, los datos son contundentes al dibujar los usos del tiempo, quedando teñidos nuevamente de desigualdad. Como ya señalábamos en el informe anterior, resulta relevante especificar que las actividades a las que los hombres dedican más tiempo que las mujeres siguen siendo aquellas que más protegen la salud, mientras que las mujeres continúan dedicando más tiempo que los hombres a las tareas y actividades más pesadas y perjudiciales para la salud.

Acciones para conciliar

La Encuesta Social 2019 ofrece datos sobre las acciones a las que se han acogido mujeres y hombres para conciliar el ámbito laboral y familiar a lo largo de su trayectoria profesional. Las medidas con la brecha de género más amplia, con mayor porcentaje de mujeres, son las relacionadas con reducir el número de horas de trabajo (20,9 frente al 7,2) y las de dejar o perder el empleo (10,0 frente a 1,8). En cambio, los hombres sobresalen en estrategias que van en otra dirección, en mayor medida que las mujeres dicen no haber utilizado ninguna medida de conciliación (61,5 frente al 47,2) y haber realizado cambios de trabajo para ganar más dinero aunque le gustase menos el trabajo (12,1 frente al 6,3).

Tabla 21. Acciones para conciliar en la trayectoria profesional según sexo y edad (porcentajes). Andalucía, 2019

Medida	Mujeres	Hombres	BG
Realizar cambios de trabajo para ganar más dinero aunque le gustase menos el trabajo	6,3	12,1	-5,8
Reducir el número de horas de trabajo	20,9	7,2	13,7
Dejar de formarme para optar a mejores trabajos	6,9	3,0	3,9
Cambiar de puesto de trabajo o de empresa para facilitar la conciliación	7,8	6,6	1,2
Cambiar sus horas de entrada y salida sin haber reducido el total de horas trabajadas	10,7	9,8	0,8
Disfrutar de algún tipo de baja o excedencia por el cuidado de hijos u otras personas	6,5	4,3	2,2
Dejar o perder el trabajo	10,0	1,8	8,2
Ninguna	47,2	61,5	-14,4

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Social 2019. Conciliación en el hogar: hábitos y actitudes de la población andaluza (IECA)
Notas: Personas entre 30 y 60 años.

Esta encuesta también aporta datos sobre los efectos del cuidado de hijos e hijas o de otras personas familiares durante la trayectoria profesional. El 54,2% de los hombres afirmó que no tuvo ninguna consecuencia, diez puntos porcentuales por encima de las mujeres. Entre las mujeres, los efectos están más relacionados con la renuncia a acceder a puestos mejor remunerados (21,1%), a puestos con mejores condiciones (15,8%) o a puestos de más responsabilidad (14,5%).

Tabla 22. Efectos en la trayectoria laboral por el cuidado de hijos o adultos dependientes por sexo (porcentajes) (Máximo dos respuestas). Andalucía, 2019

Efectos	Mujeres	Hombres	BG
No poder acceder a puestos de más responsabilidad	14,5	10,5	4,0
No poder acceder a puestos mejor remunerados	21,1	9,4	11,7
No poder acceder a puestos que me gustaban más	8,0	7,6	0,4
No poder acceder a puestos con mejores condiciones	15,8	11,8	4,0
Otras distintas a las anteriores	3,8	3,7	0,1
Dejar o perder el trabajo	5,4	2,5	2,9
No ha tenido ningún efecto	44,5	54,2	-9,7

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Social 2019. Conciliación en el hogar: hábitos y actitudes de la población andaluza (IECA)
Notas: Personas entre 30 y 60 años.

Estos datos no son alentadores en la búsqueda de la ansiada corresponsabilidad social de los cuidados, y ofrecen claros indicios de que las mujeres siguen soportando la mayor carga de estos cuidados y sus impactos relacionados, menores oportunidades laborales y económicas, menor tiempo libre y de autocuidado, y en definitiva, menor acceso a los recursos y situaciones que favorecen un buen estado de salud y bienestar.

La pandemia de COVID y el trabajo doméstico y de cuidados

Se hace necesario introducir aquí el reforzamiento de estas desigualdades por el contexto de la pandemia de COVID-19, en el que según la literatura reciente, las brechas de género en la dedicación a las tareas domésticas y de cuidados se han agudizado (Eurofound, 2020; EIGE, 2021).

La Encuesta Social 2020 de Hábitos y Condiciones de Vida de la población Andaluza durante el Estado de Alarma (IECA) arroja amplias brechas de género en cuanto a quienes se ocuparon siempre o habitualmente siempre de las tareas domésticas y del cuidado de hijos e hijas y otras personas menores del hogar en este periodo.

Tabla 23. Porcentaje de personas que se ocupan siempre o habitualmente siempre de las tareas domésticas y del cuidado de menores del hogar durante el estado de alarma según sexo. Andalucía, 2020

Siempre/Habitualmente la persona entrevistada	Mujeres	Hombres	BG
Las tareas domésticas (fregar, planchar, hacer las comidas, etc.)	52,9	14,9	38,0
Las tareas de cuidado de hijos/as u otros menores del hogar	48,8	7,1	41,7

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Social 2020. Hábitos y Condiciones de Vida de la Población Andaluza Durante el Estado de Alarma (IECA)

También se ha documentado el papel de esta acumulación de roles de cuidados y trabajo doméstico en la pandemia como desencadenante de un empeoramiento de la salud mental de las mujeres (Vindegaard y Benros, 2020; Collins et al., 2021; Johnston et al. 2020).

Según el Estudio CUIDAR-SE, un proyecto de investigación longitudinal que analiza las características de las mujeres y hombres cuidadores de dos comunidades españolas, Andalucía y el País Vasco, así como las consecuencias que estos cuidados tienen en su salud y otros aspectos de la vida, aporta algunos

resultados clave sobre lo que ha ocurrido un año después del comienzo de la pandemia (Del Río-Lozano et al., 2022). Las mujeres que ya eran cuidadoras previamente han cuidado con más intensidad que los hombres cuidadores, y han realizado más cuidados personales y tareas domésticas sin ayuda de otras personas. Este estudio ha constatado cómo durante el confinamiento y año posterior a la irrupción de la pandemia, las mujeres han realizado más las actividades de cuidados que tienen lugar habitualmente en el interior de los hogares, las más ingratas y que se asocian más a un empeoramiento de la salud, mientras que los hombres han asumido en mayor medida las tareas menos nocivas para su salud y las que tenían lugar en el espacio extra-doméstico, en consonancia con los resultados de otros estudios nacionales (Farré y González, 2020) y con las tareas de cuidados asignadas más a mujeres y a hombres como parte de sus mandatos de género, ya descritas con anterioridad (García-Calvente et al., 2011).

Se hace necesario poner el foco en las necesidades de las mujeres y los hombres que cuidan y diseñar las estrategias orientadas a conseguir mayor equilibrio en las tareas realizadas y oportunidades más equitativas para ambos sexos.

El escenario doméstico y de los cuidados sigue estando protagonizado por las mujeres. La corresponsabilidad sigue siendo tarea pendiente en la búsqueda de la igualdad de oportunidades

Se siguen registrando importantes brechas de género en la realización de las tareas del hogar, que encabezan predominantemente las mujeres. Las mayores desigualdades entre mujeres y hombres en este terreno doméstico ocurren en las edades más avanzadas, menores niveles educativos y entornos rurales.

El encaje de tareas domésticas y trabajo remunerado sigue siendo más difícil para las mujeres, que continúan sumando estas dos esferas en mayor porcentaje que los hombres.

Los cuidados en general también tienen rostro femenino principalmente. Un perfil masculino que destaca en los cuidados de personas con discapacidad y de personas adultas con necesidades de cuidados es el de hombres de avanzada edad, jubilados, que cuidan a sus esposas.

En cuanto al cuidado de menores, las mujeres dedican más tiempo que los hombres en los días laborables y los hombres lo hacen más que las mujeres en los días no laborables y con tareas más relacionadas con el ocio y el espacio extradoméstico, lo que nuevamente dibuja un mapa de conciliación más costoso para las mujeres. Las mujeres afirman ser ellas quienes asumen mayoritariamente la planificación de gestiones básicas del cuidado de menores a cargo como estar pendientes de las citas médicas, cuestiones escolares o la vestimenta, relacionadas todas estas con una mayor carga de gestión mental.

La brecha de género en los cuidados informales en los años previos a la pandemia ha tendido a cerrarse muy lentamente. La sobrerrepresentación femenina en cuidados de diversa índole continúa siendo muy acusado en mujeres en edad laboral activa, lo que dificulta su encaje con acceso y permanencia en el mercado laboral en condiciones igualitarias a los varones.

La pandemia ha agudizado las desigualdades en el impacto que los cuidados tienen en la salud y otras esferas de la vida. Se hace necesario reequilibrar los esfuerzos, redistribuir cargas, reconocer necesidades y apoyos, permitir oportunidades más igualitarias que favorezcan una mayor equidad en salud.

Lugar de residencia: condiciones medioambientales y sociales del entorno

El entorno y el medioambiente son importantes determinantes de la salud y la calidad de vida de población. Es evidente el aumento de la conciencia ciudadana acerca de la necesidad y el derecho a vivir en un entorno de calidad elevada, donde no solo estén cubiertos los aspectos básicos en las viviendas, sino también en las zonas de residencia y de trabajo, como la falta de contaminación, ruidos o espacios verdes. Siendo conscientes de la amplitud y la importancia del enfoque de género en el ámbito mediomabiental, que abarca tantas dimensiones y que es tan complejo, nos centraremos solo para este informe en algunos indicadores sobre datos disponibles a nivel de Andalucía en el último lustro.

La Encuesta de Condiciones de Vida del INE ofrece indicadores que miden, desde la percepción de la ciudadanía, la exposición a la contaminación u otros problemas medioambientales en la vivienda, como humos, malos olores o aguas residuales. A continuación, se ofrecen los datos por sexo de esta encuesta en la comunidad Andaluza.

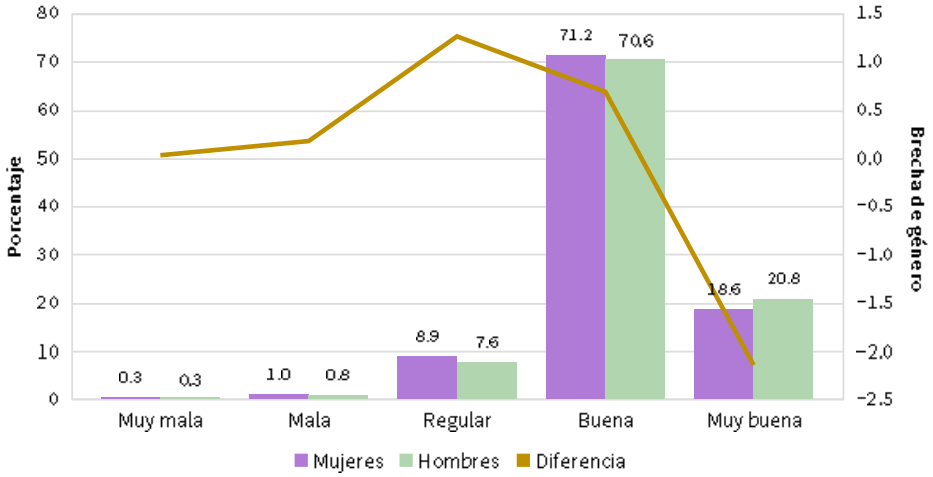
Tabla 24. Porcentaje de hogares que sufren determinados problemas, por sexo de la persona de referencia (año anterior a la entrevista). Andalucía, 2020

	Sexo			
Problema que sufre	Ambos sexos	Mujeres	Hombres	BG
Escasez de luz natural	12,5	14,2	11,4	2,8
Ruidos producidos por vecinos o del exterior	24,0	26,0	22,7	3,3
Contaminación y otros problemas ambientales	11,9	13,1	11,1	2,0
Delincuencia o vandalismo	18,2	17,4	18,6	-1,2
Ningún problema	56,1	52,9	58,2	-5,3

Fuente: Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía. Explotación de la Encuesta de Condiciones de Vida del INE 2020

Hay un mayor porcentaje de mujeres que de hombres que encabezan hogares en los que la luz natural es escasa (14,2% y 11,4% respectivamente), también en los que existen ruidos provenientes del exterior (26% y 22,7) y en los que sufren contaminación y otros problemas ambientales (13,1% y 11,1%). En cambio, la brecha de género se invierte y arroja peores resultados para los hogares encabezados por hombres, en cuanto a delincuencia y vandalismo en la zona. Un porcentaje mayor de hombres que de mujeres declara que no tiene ninguno de estos problemas en el hogar en el que reside, con una brecha de género de 5,3 puntos porcentuales.

Gráfico 6. Población según la calidad del medioambiente del entorno en el que reside. Andalucía, 2023



	Porcentaje			N		
	Mujeres	Hombres	Diferencia	Mujeres	Hombres	Diferencia
Muy mala	0,3	0,3	0,0	10892	9323	1569
Mala	1,0	0,8	0,2	36712	28545	8167
Regular	8,9	7,6	1,3	330699	268203	62496
Buena	71,2	70,6	0,7	2655986	2487135	168851
Muy buena	18,6	20,8	-2,2	693416	731512	-38096

Fuente: Encuesta Andaluza de Salud 2023

La última Encuesta Andaluza de Salud (2023) ofrece unas brechas de género más favorables para los hombres en cuanto a la percepción de la calidad medioambiental del entorno en que se reside. El 89,8% de las mujeres y el 91,4% de los hombres opinan que residen en un entorno con buena o muy buena calidad ambiental. En contraposición, el 10,2% de las mujeres perciben que esta calidad ambiental es muy mala, mala o regular, frente al 8,7% de los hombres.

El estudio recientemente publicado "La movilidad sostenible desde la perspectiva de género en Andalucía: estado de la cuestión, disponibilidad de datos y principales tendencias" (Llopis et al., 2022) apunta importantes claves acerca de la movilidad como un eje de desigualdad que también interacciona con el género produciendo un impacto desigual en la salud.

En este sentido, emerge con fuerza el concepto de "movilidad de los cuidados", que sostiene que la movilidad de las mujeres se ve claramente influida por la accesibilidad o dificultades que éstas deben manejar para llegar a determinados lugares, en la seguridad que encuentran en el espacio público en que se mueven y en los roles de género que desempeñan en su mayoritaria doble jornada (trabajo remunerado y hogar).

La Agenda Urbana Española (Ministerio de Fomento, 2019), indica que: "El urbanismo no es neutro, porque puede mejorar o perjudicar el modo en el que las mujeres llevan a cabo sus múltiples responsabilidades en la esfera pública y en la esfera privada. Las restricciones que impone la estructura espacio-temporal de las ciudades a la vida cotidiana llegan a limitar seriamente las opciones vitales de las mujeres y, desde luego, lo hacen con mucha mayor intensidad que en el caso de los hombres. De ahí que la planificación pueda jugar un papel fundamental en la igualdad efectiva entre hombres y mujeres".

Las condiciones medioambientales y sociales del entorno también saben de género

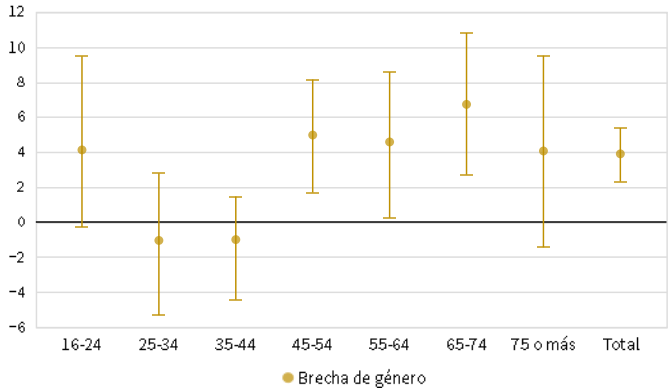
Las mujeres encabezan más que los hombres hogares con problemas de ruido exterior, contaminación y problemas ambientales, mientras que los que están encabezados por hombres presentan más vandalismo en la zona de residencia.

La movilidad sostenible y la movilidad de los cuidados son problemas emergentes que requieren ser abordados con enfoque de género para conseguir resultados en salud más equitativos.

Apoyo social

Los hombres presentan apoyo social bajo en mayor porcentaje que las mujeres en las edades centrales comprendidas entre 25 y 44 años. Sin embargo, en las edades superiores a 45 años, predominan las mujeres con apoyo social bajo respecto a los hombres, siendo significativas estadísticamente las brechas de edades comprendidas entre 45 y 74 años.

Gráfico 7. Porcentaje de población con apoyo social funcional bajo según edad y sexo. Andalucía, 2023



Edad	Mujeres Porcentaje	Hombres Porcentaje	Diferencia Porcentaje
16-24	51,7	47,8	3,8
25-34	56,7	64,3	-7,6
35-44	62,6	65,2	-2,6
45-54	66,0	63,8	2,2
55-64	73,1	69,1	4,1
65-74	67,8	67,3	0,4
75 o más	75,5	72,6	3,0
Total	65,3	64,3	1,0

Fuente: Encuesta Andaluza de Salud 2023

Las brechas de género son especialmente acusadas, desfavorables para las mujeres (mayor porcentaje de apoyo social bajo) y estadísticamente significativas en la categoría de clase social de quienes nunca han trabajado y en la categoría de quienes no han superado los estudios primarios.

El apoyo social es variable en ambos sexos dependiendo de otros factores como la edad

Las mujeres tienen mejor apoyo social que los hombres en edades centrales, pero a medida que avanza la edad van perdiéndolos y teniendo menos que los hombres.

Esto podría responder a una pérdida de relaciones sociales al tiempo que se adentran más en los cuidados, especialmente aquellas sin trabajo remunerado y con nivel educativo bajo.

Empoderamiento y toma de decisiones: participación política y económica

El poder político y la representación de las mujeres

La participación de las mujeres en los distintos ámbitos del poder político ha aumentado significativamente en España y sus CCAA, desde que la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la Igualdad efectiva de mujeres y hombres, dedicara especial atención al fomento del principio de presencia o composición equilibrada, es decir, que las personas de cada sexo no superen el sesenta por ciento ni sean menos del cuarenta por ciento. La presencia femenina dentro del Parlamento y de los Gobiernos Autonómicos resulta imprescindible para avanzar en materia de igualdad de género, aportando visibilidad a las mujeres en puestos relevantes y de decisión y facilitando la implementación de la transversalidad de género en las políticas. En la mayoría de los ámbitos políticos no se produce todavía una presencia equilibrada entre ambos sexos, pero dicha presencia equilibrada sí se da en los parlamentos, asambleas y gobiernos autonómicos, incluidos los de Andalucía.

La representación de mujeres en el Parlamento autonómico de Andalucía alcanzó el 50,5% en 2022, con 55 parlamentarias y 54 parlamentarios. Respecto al poder ejecutivo, la representación femenina dentro del Gobierno de Andalucía fue del 53,8% ese mismo año (Instituto de la Mujer a partir de las páginas web de los gobiernos autonómicos).

En cuanto a la Administración Local, la representación femenina ha descendido. El 25% de las mujeres en 2022 estaban representadas en la Presidencia de las Diputaciones provinciales (2 de las 8 provincias). En cuanto al número de diputados y disputadas provinciales, en 2022 Andalucía contaba con 135 hombres y 92 mujeres (el 40,5%).

Según datos posteriores a las elecciones de mayo de 2023, las alcaldías ocupadas por mujeres en Andalucía representaban el 23,9% (188) y las concejalías estaban representadas por un 48,3% de mujeres (4.014) (Instituto de la Mujer a partir de los datos facilitados por el Ministerio de Política Territorial y Función Pública).

En lo que respecta al poder judicial, en 2023 la proporción de mujeres entre el total de jueces y magistrados en activo en Andalucía era del 53,2% (Consejo General del Poder Judicial).

El empoderamiento de las mujeres en el ámbito económico

El informe anterior de Salud y Género (2018) ya ponía de manifiesto la persistencia de un techo de cristal en la carrera profesional y científica de las mujeres. Este techo aún no ha sido derribado, y sigue siendo un obstáculo para que éstas puedan avanzar y ascender laboralmente en una organización o empresa, ya sea pública o privada.

Según un estudio realizado por la consultora Grant Thornton (2022), la representación de mujeres en puestos directivos de medianas empresas (entre 50 y 500 personas empleadas) en Andalucía fue del 34% en 2022, siendo la comunidad española que más ha aumentado este porcentaje respecto al año anterior (29%). Se sitúa por encima de la media europea en 2022 (33%) y cercana a la media nacional (36%).

Un indicador que permite valorar la brecha de género aún existente en los puestos de responsabilidad es el de la representación de mujeres en equipos directivos de los centros del Consejo Superior de Investigaciones Científicas en Andalucía (IECA, 2023). En la siguiente tabla se puede ver que aún es muy inferior el número de mujeres en estos equipos (24 mujeres y 39 hombres), siendo la brecha de género más amplia a medida que el puesto directivo es más elevado.

Tabla 25. Mujeres y hombres en los equipos directivos de los centros del Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Andalucía, 2023

	Sexo			
Órganos CSIC	Ambos sexos	Mujeres	Hombres	BG
Dirección	20	5	15	-10
Vicedirección	26	10	16	-6
Gerencia	17	9	8	1
TOTAL	63	24	39	-15

Fuente: IECA, a partir de la Web del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC)

Otro indicador que nos ilustra esta diferencia es el porcentaje de mujeres entre la población ocupada que son empleadoras de otras personas. Este porcentaje es en Andalucía del 32%, similar al que se registra a nivel nacional, un porcentaje que aún queda lejano de ser igualitario.

Tabla 26. Mujeres y hombres empleadores/as en miles de personas y porcentaje de mujeres. Andalucía, 2022

	Sexo			
Medida	Ambos sexos	Mujeres	Hombres	% mujeres
Ocupados	164,3	52,3	111,9	31,9%

IECA. Explotación de la Encuesta de Población Activa del INE. Media de los cuatro trimestres del año.

Aunque el avance es positivo, queda mucho camino aún para alcanzar la igualdad en este ámbito. Romper el techo de cristal para las mujeres en los consejos de administración y dirección de las empresas continúa siendo un reto importante en la economía europea. La incorporación de más mujeres a puestos de responsabilidad requiere, entre otras medidas, mejores políticas de conciliación que las permitan desarrollarse personal y profesionalmente, y en este sentido queda mucho todavía por hacer.

La brecha de género se va cerrando en puestos de responsabilidad política y económica, avances positivos que aún requieren grandes pasos hacia la igualdad real de oportunidades

La participación femenina en los distintos ámbitos del poder político ha aumentado hasta cerrarse prácticamente la brecha de género que existía de forma acusada hace solo unos años. En esto ha tenido mucho que ver la normativa vigente.

También ha aumentado de forma considerable la representación de mujeres en puestos directivos de grandes y medianas empresas.

Sin embargo, la realidad todavía dista de ser equitativa. Las mujeres empleadoras en Andalucía no alcanzan la tercera parte de la población ocupada. Los techos de cristal siguen teniendo un gran predominio en la vida de las mujeres, en detrimento de las oportunidades que encuentran para poder conciliar los distintos ámbitos de su vida y desarrollarse personal y profesionalmente.

3.1.3. Algunas claves de los estilos de vida

Hábitos saludables en alimentación, ejercicio y descanso

Los estilos de vida comprenden un determinante de la salud de la población muy importante. La alimentación, el ejercicio físico, el descanso y el sueño, así como el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, son algunos de los más importantes ejemplos de dimensiones estrechamente relacionadas con el estado de salud, la morbimortalidad y el uso de servicios sanitarios de la población. Para proporcionar un acercamiento a los hábitos y estilos de vida relacionadas con la alimentación, el ejercicio y el descanso, se han utilizado datos provenientes de dos fuentes de información: la Encuesta Sanitaria y Social de Andalucía de 2021 (ESSA) y la Encuesta Andaluza de Salud de 2023 (EAS).

Alimentación y dieta saludable

No consumir fruta diariamente podría ser considerado un indicador de hábito de vida poco saludable en referencia a la alimentación. Este indicador extraído de la ESSA 2021 muestra unas brechas de género más favorables para las mujeres en todas las edades, excepto en el tramo de edad de 25 a 34 años. Esto quiere decir que es mayor la proporción de mujeres que de hombres en Andalucía que sí comen fruta diariamente, siendo la brecha más amplia en las edades centrales de la vida, en la franja de 35 a 44 años y de 45 a 54. En las mujeres, a medida que avanza la edad, se reduce considerablemente el porcentaje de quienes no comen fruta a diario, pasando de un 27% en las edades adultas más tempranas a un 7% en las mayores de 65 años. En los hombres encontramos una tendencia similar, con una reducción de este porcentaje desde el 30% en edades tempranas al 14% en los mayores de 65.

Tabla 27. Población que NO consume fruta diariamente, según sexo y edad (%). Andalucía 2021

Grupos de edad	Total	Mujeres	Hombres	BG
16 a 24	**28,4**	26,9	29,9	-3
25 a 34	**24,3**	25,9	23,0	2,9
35 a 44	**23,4**	18,3	28,8	-10,5
45 a 54	**19,1**	15,5	22,8	-7,3
55 a 64	**11,6**	9,7	13,6	-3,9
65 y más	**10,0**	7,2	13,7	-6,5
Total (todas las edades)	**19,5**	16,7	22,3	-5,6

Fuente: Encuesta Sanitaria y Social de Andalucía, Momento 4, mayo de 2021

La EAS 2023 nos permite conocer la población con baja adherencia a la dieta mediterránea. La siguiente tabla muestra los porcentajes por sexo y edad.

Tabla 28. Población con baja adherencia a la dieta mediterránea, según edad y nivel de estudios (%). Andalucía, 2023

Grupos de edad	Total	Mujeres	Hombres	BG
16 a 24	**90,2**	86,7	93,5	-6,8
25 a 34	**84,1**	84,3	83,9	0,6
35 a 44	**82,1**	82,3	81,8	0,5
45 a 54	**80,8**	79,2	82,4	-3,2
55 a 64	**80,5**	80,2	80,8	-0,6
65 a 74	**74,3**	74,5	73,9	0,6
75 o más	**82,1**	82,5	81,6	0,9
Total (todas las edades)	**81,7**	81,1	82,4	-1,3
Nivel de estudios	**Total**	**Mujeres**	**Hombres**	**BG**
Primarios	**84,0**	84,2	83,6	0,6
Secundarios	**82,5**	81,1	83,8	-2,7
Universitarios	**77,4**	77,6	77,2	0,4
Total	**81,7**	81,1	82,4	-1,3

Fuente: Encuesta Andaluza de Salud, 2023

Más del 80% de la población andaluza tiene una baja adherencia a la dieta mediterránea, con una brecha de género más desfavorable para los hombres. Por edad, la franja con menor adherencia a este tipo de dieta en ambos sexos es la más joven, de 16 a 24 años, donde además se registra la mayor brecha de género con peores datos en los hombres.

Respecto al nivel de estudios alcanzado, encontramos mayor adherencia a la dieta mediterránea en la población con estudios superiores respecto a la que tiene solo estudios primarios, y esto ocurre tanto en hombres como en mujeres, con una brecha de género insignificante.

El Barómetro Andaluz de junio de 2024 (Fundación CENTRA, 2024) del Centro de Estudios Andaluces también ofrece otra aproximación a los hábitos de alimentación de la población andaluza. Según esta fuente, el 76,6% de la población andaluza manifiesta que come sano de manera general (el 77,6% las mujeres y el 75,6% los hombres). En un lugar contrapuesto, un 13,7% reconoce que no cuida su alimentación y come lo que quiere, siendo más elevado el porcentaje de hombres (14,4%) que el de las mujeres (13,0%). Estos datos son ligeramente mejores que los recogidos un año antes por esta misma fuente.

Ejercicio y vida sedentaria

Según el Barómetro Andaluz de junio de 2024 del Centro de Estudios Andaluces, más mujeres que hombres practican un deporte (36,0 y 33,4% respectivamente) y también más mujeres que hombres dicen practicar varios deportes (13,2 y 13,0). La mitad de las mujeres dice no practicar ninguno (50,7%), siendo ligeramente superior este porcentaje en los hombres (53,4%). Sin embargo, entre quienes practican deporte, los hombres lo hacen con más frecuencia que las mujeres.

Tabla 29. Práctica de algún deporte y frecuencia en la población andaluza (%). Andalucía, 2024.

	Sin incluir el pasear, ¿practica algún deporte?			
	Total	**Mujeres**	**Hombres**	**BG**
Practica uno	34,8	36,0	33,4	2,6
Practica varios	13,1	13,2	13,0	0,2
No practica ninguno	52,0	50,7	53,4	-2,7
NS/NC	0,1	0,1	0,1	0
	A quienes practican ¿con qué frecuencia?			
	Total	**Mujeres**	**Hombres**	**BG**
Una o dos veces por semana	35,5	36,9	33,8	3,1
Tres veces o más por semana	46,2	45,3	47,2	-1,9
Con mucha frecuencia	18,3	17,8	19,0	-1,2
NS/NC	0,0	0,0	0,0	0

Fuente: Barómetro Andaluz de junio de 2024 del Centro de Estudios Andaluces

En cuanto al ejercicio y la vida sedentaria, podríamos considerar también como un buen indicador de hábito poco saludable el realizar menos de 3 días a la semana una caminata o cualquier otro tipo de ejercicio. Según los datos extraídos de la ESSA 2021 en este indicador, son las mujeres quienes realizan menos ejercicio, con brechas de género más desfavorables a ellas en todos los grupos de edad, excepto en el tramo de 45 a 54, donde prácticamente los datos son similares en ambos sexos. El 14% de las mujeres de 16 a 24 años realiza menos de 3 días semanales de caminata o similar, frente al 8% de los hombres. En mayores de 65 años, estos porcentajes aumentan al 27 y el 19% respectivamente. Es llamativo que a partir de los 65 años, la proporción de hombres que no realiza ejercicio se reduce, tal vez unido a momentos de jubilación y aumento de espacios para el tiempo libre, mientras que en las mujeres no ocurre una tendencia similar, sino que el sedentarismo va aumentando a partir de los 55 años, quizás por la continuidad en el desempeño de roles de cuidado y trabajo doméstico, unido a más problemas de salud crónicos y dolores en estas edades respecto a los hombres.

Tabla 30. Población que realiza menos de 3 días a la semana de caminata o cualquier otra actividad, según sexo y edad (%). Andalucía, 2021

Grupos de edad	Total	Mujeres	Hombres	BG
16 a 24	**11,3**	14,2	8,4	5,8
25 a 34	**21,1**	23,7	18,7	5
35 a 44	**25,7**	30,6	20,6	10
45 a 54	**27,6**	27,4	27,8	-0,4
55 a 64	**25,6**	30,3	20,7	9,6
65 y más	**27,0**	34,1	17,7	16,4
Total (todas las edades)	**23,5**	27,3	19,4	7,9

Fuente: Encuesta Sanitaria y Social de Andalucía, Momento 4, mayo de 2021

La EAS ofrece tendencias similares. En la siguiente tabla se muestran los datos sobre la población que camina durante más de 30 minutos, al menos 3 veces por semana y se puede ver la evolución de este indicador en los últimos años (2012, 2016 y 2023). Los datos más recientes, de 2023, son acordes a los comentados para la ESSA, ya que los hombres que caminan regularmente aumentan considerablemente entre 65 y 74 años, mientras que las mujeres disminuyen a partir de 65 años y lo hacen aún más drásticamente a partir de los 75 años. Comprobamos que las brechas de género son más acusadas y desfavorables para las mujeres a partir de los 55 años. No obstante, tanto hombres como mujeres han mejorado los resultados del indicador en el último año respecto a las mediciones previas, lo que supone una mejora en este importante hábito de vida saludable.

Tabla 31. Población que camina durante más de 30 minutos, 3 veces por semana, según edad (%). Andalucía 2012, 2016 y 2023.

2012				
Grupos de edad	**Total**	**Mujeres**	**Hombres**	**BG**
16 a 24	**33,3**	41,4	25,6	15,8
25 a 34	**41,3**	51,5	32,1	19,4
35 a 44	**44,6**	48,7	40,4	8,3
45 a 54	**50,0**	54,4	45,6	8,8
55 a 64	**58,5**	56,1	61,0	-4,9
65 a 74	**59,7**	51,7	68,8	-17,1
75 y más	**47,9**	38,2	63,2	-25
Total	**47,0**	49,4	44,5	4,9
2016				
Grupos de edad	**Total**	**Mujeres**	**Hombres**	**BG**
16 a 24	**50,5**	52,7	48,4	4,3
25 a 34	**55,1**	56,5	53,9	2,6
35 a 44	**51,4**	54,9	48,0	6,9
45 a 54	**56,0**	58,3	53,7	4,6
55 a 64	**57,0**	51,6	62,6	-11
65 a 74	**59,1**	55,6	63,1	-7,5
75 y más	**45,5**	39,3	55,0	-15,7
Total	**53,8**	53,4	54,2	-0,8
2023				
Grupos de edad	**Total**	**Mujeres**	**Hombres**	**BG**
16 a 24	**63,0**	64,6	61,5	3,1
25 a 34	**65,8**	67,6	63,9	3,7
35 a 44	**63,0**	64,3	61,7	2,6
45 a 54	**67,1**	66,7	67,6	-0,9
55 a 64	**65,2**	64,7	65,8	-1,1
65 a 74	**69,8**	64,3	75,8	-11,5
75 y más	**49,7**	40,8	63,0	-22,2
Total	**63,9**	62,4	65,6	-3,2

Fuente: Encuesta Andaluza de Salud, 2012, 2016 y 2023.

Descanso y sueño

Descansar lo suficiente en las horas de sueño puede ser un indicador útil para valorar este importante aspecto de un estilo de vida saludable. Los datos que aporta este indicador son más favorables a los hombres que a las mujeres, ya que el porcentaje de hombres que descansa suficiente cuando duerme supera al de las mujeres en todos los tramos de edad. Los porcentajes más bajos en cada sexo se dan en las edades centrales de la vida, de los 25 a los 54 años, quizás coincidiendo con roles de género en torno al ámbito del trabajo. En torno al 37% de las mujeres de 45 a 54 años no estaría descansando suficiente (frente al 20% de los hombres de esta edad), lo cual podría estar relacionado con las dobles jornadas (de trabajo remunerado y no remunerado) que se suelen solapar en las mujeres en este momento del ciclo vital.

Tabla 32. Población que con las horas que duerme descansa lo suficiente, según sexo y edad (%). Andalucía, 2021

Grupos de edad	Total	Mujeres	Hombres	BG
16 a 24	**75,4**	70,4	80,5	-10,1
25 a 34	**69,1**	62,6	74,8	-12,2
35 a 44	**70,0**	66,2	74,0	-7,8
45 a 54	**71,1**	62,7	79,7	-17
55 a 64	**81,3**	77,9	84,9	-7
65 y más	**89,8**	88,1	92,0	-3,9
Total (todas las edades)	**75,9**	71,5	80,5	-9

Fuente: Encuesta Sanitaria y Social de Andalucía, Momento 4, mayo de 2021.

Alimentación, ejercicio y descanso, resultados desiguales en la búsqueda de estilos de vida saludables

Más mujeres que hombres comen fruta diariamente, y ambos sexos presentan más este hábito saludable en edades tempranas que en las más avanzadas. Sin embargo, en cuanto a la adherencia a la dieta mediterránea, la franja de edad con menor adherencia es la más joven, y con peores datos en hombres que en mujeres.

Las mujeres realizan ejercicio con menos frecuencia que los hombres y su práctica se reduce en general con la edad. Una excepción, en el caso de caminar, son los hombres mayores de 65 años, que aumentan su actividad. En las mujeres, la capacidad para dedicar tiempo a actividades como caminar se reduce progresivamente con la edad, lo que puede relacionarse con el desempeño de sus roles de género.

Los datos relativos a descansar lo suficiente en las horas de sueño son más favorables a los hombres. En ambos sexos aumenta esta capacidad de descanso en las edades más avanzadas.

Consumo de tabaco, alcohol, otras drogas y comportamientos adictivos

Como sabemos, el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas se consideran hábitos de vida de riesgo para la salud. Aquí resumiremos algunos de los principales resultados que están desagregados por sexo en el informe "La población andaluza ante las drogas XV" (Consejería de Salud y Familias, 2022), referidos al consumo y las adicciones que podrían ser más relevantes como determinantes de la salud de las mujeres y los hombres de manera diferenciada.

Consumo de tabaco y alcohol

El consumo de tabaco y de alcohol están normalizados socialmente, de manera que la mayor parte de la población lo ha consumido alguna vez en la vida (el 86,3% ha consumido alcohol y el 51,3% tabaco). Podemos establecer diferentes comportamientos entre hombres y de mujeres en estos hábitos y en las tendencias registradas en los últimos años.

El porcentaje de personas que fuman diariamente es mayor entre los hombres (33,6%) que entre las mujeres (28,1%), pero también hay mayor porcentaje de hombres que han dejado de fumar (18%) respecto a las mujeres (13,2%). En comparación con 2017, se ha incrementado el porcentaje de personas que nunca ha fumado, más en mujeres que en hombres. Las personas fumadoras ocasionales han incrementado un 0,9% entre los hombres, sin embargo, entre las mujeres ha descendido un 1,8%. El porcentaje de quienes fuman diariamente ha descendido tanto en hombres como en mujeres.

Tabla 33. Evolución del consumo de tabaco según sexo (porcentajes). Andalucía, 2017 y 2021

Frecuencia de consumo de tabaco	2017			2021		
	Mujeres	Hombres	BG	Mujeres	Hombres	BG
Nunca ha fumado	45,7	36,1	9,6	54,5	42,8	11,7
No fuma, pero antes sí	17,2	21,4	-4,2	13,2	18,0	-4,8
Fuma ocasionalmente	5,9	4,7	1,2	4,1	5,6	-1,5
Fuma diariamente	30,9	37,5	-6,6	28,1	33,6	-5,5

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Informe "La población andaluza ante las drogas XV", 2022

La edad media del inicio del consumo de tabaco ha aumentado ligeramente en 2021 respecto a 2017, tanto en hombres como en mujeres. Los hombres se inician en este consumo a los 16,6 años (16,3 en 2017) y las mujeres a los 17,8 años (17,3 en 2017). La mayor brecha en la prevalencia de consumo de tabaco diario se halla en el grupo de 21 a 24 años (42,1% de hombres y 24,7% de mujeres).

Tabla 34. Porcentaje de personas que fuman diariamente según sexo y edad. Andalucía, 2021

Edad	Mujeres	Hombres	BG
12-13	0,7	1,3	-0,6
14-15	2,9	2,1	0,8
16-20	20,8	29,7	-8,9
21-24	24,7	42,1	-17,4
25-34	30,7	38,8	-8,1
35-44	36,0	37,9	-1,9
45-64	28,6	33,6	-5
Total	28,1	33,6	-5,5

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Informe "La población andaluza ante las drogas XV", 2022

Entre las personas que fuman diariamente, las mujeres tienen un consumo moderado (menos de diez cigarrillos al día) menor que los hombres (55,9% y 42,0% respectivamente). El consumo extremo (más de 20 cigarrillos al día) también es inferior en las mujeres (1,0%) respecto a los hombres (4,2%).

Otro de los consumos que se mantiene es el de los cigarrillos electrónicos. En 2021, el 12,7% de los hombres y el 11,0% de las mujeres afirma que lo ha consumido alguna vez en la vida. En los últimos años

ha aumentado ligeramente este porcentaje en los hombres, que era del 12,0% en 2017, y ha disminuido en las mujeres, que era ese año del 12,3%.

Tabla 35. Evolución del porcentaje de personas que alguna vez han fumado cigarrillos electrónicos según sexo. Andalucía, 2017 y 2021

Cigarrillos electrónicos	2017			2021		
	Mujeres	Hombres	BG	Mujeres	Hombres	BG
Sí, alguna vez en la vida	12,3	12,0	0,3	11,0	12,7	-1,7

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Informe "La población andaluza ante las drogas XV", 2022

Este informe detalla que el consumo de alcohol es la sustancia más consumida entre la población. El 87,9 de los hombres y el 84,7% de las mujeres lo han consumido alguna vez.

El dato más preocupante en la evolución de este consumo en los últimos años quizás sea el de las personas de 12 a 64 años que lo consumen diariamente, que se ha duplicado en los últimos 5 años, pasando de ser el 7,7% en 2017 al 14,0%. Este salto ha sido el más significativo desde 2009, año desde el que se venía registrando una tendencia prácticamente estable. Tal y como se establece en el informe, hay que tomar los datos que abarcan el confinamiento derivado de la pandemia con cierta cautela, ya que ha modificado patrones de conducta que podrían ser coyunturales.

En 2021, al preguntar por el consumo de alcohol en el último mes, se obtienen prevalencias superiores en los hombres que en las mujeres. El 25% en los hombres y el 17,4% de las mujeres ha consumido alcohol diariamente en el último mes.

Tabla 36. Prevalencia de consumo de alcohol según sexo y frecuencia (porcentajes). Andalucía, 2021

Frecuencia de consumo de alcohol	2021		
	Mujeres	Hombres	BG
Alguna vez	84,7	87,9	-3,2
Últimos doce meses	75,2	79,0	-3,8
Último mes	61,4	69,3	-7,9
Consumo diario durante el último mes	17,4	25	-7,6

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Informe "La población andaluza ante las drogas XV", 2022

La edad media del primer consumo de alcohol se sitúa en 16,4 años en los hombres y 17,2 en las mujeres. En el caso de la edad media del consumo habitual, la media es de 17,2 años en los hombres y 18,2 en las mujeres.

Un indicador de consumo problemático son las intoxicaciones etílicas (afirman haberse emborrachado) en el último mes, siendo el porcentaje de quienes lo han experimentado de un 9,1% de los hombres y un 5,8% de las mujeres.

El consumo de riesgo de alcohol es otro indicador que permite conocer el alcance del consumo problemático en la población general, mediante el instrumento de cribado AUDIT validado en el contexto español, que pregunta por la cantidad y la frecuencia a las personas que han consumido alcohol en el último año (Observatorio Español de las Drogas y Adicciones, 2021). Según este instrumento, en Andalucía en 2021, la prevalencia de consumo de riesgo se ha situado en el 1,1% de la población encuestada, siendo mayor en los hombres (1,7%) que en las mujeres (0,6%).

Consumo de otras drogas

A continuación, se detalla el consumo de otras drogas en Andalucía, con datos de 2021. El consumo de tranquilizantes, de hipnóticos y somníferos en el último año, tanto con prescripción médica como sin ella, es más elevado en las mujeres que en los hombres. Los hombres, en cambio, tienen un consumo mayor en el resto de sustancias. Como se advierte en el Informe "La población andaluza ante las drogas XV", los datos deben tomarse con cautela y contextualizarse en el periodo de pandemia y post-confinamiento, que pueden haber dificultado el acceso a drogas recreativas.

La literatura ha documentado cómo las mujeres mantienen una diferente percepción y acción frente al riesgo que las protege de los consumos más abusivos y dañinos para la salud. En cambio, ellas suelen tratar más sus malestares con tranquilizantes (Romo, 2010).

Tabla 37. Porcentaje de personas que han consumido drogas en el último año según tipo de sustancia y sexo. Andalucía, 2021

Tipo de droga	Sexo		
	Mujeres	Hombres	BG
Anfetaminas y SPEED (1)	0	0,3	-0,3
Cannabis	2,9	8	-5,1
Cocaína base y crack	0	0,3	-0,3
Cocaína en polvo	0,2	1,8	-1,6
Éxtasis líquido o GHB	0	0	0,0
Éxtasis, MDMA y otras drogas síntesis	0	0,3	-0,3
Hachís	2,1	5,8	-3,7
Heroína	0	0	0,0
Marihuana	2,4	6,3	-3,9
Hipnóticos y somníferos con prescripción médica	5,8	2	3,8
Hipnóticos y somníferos sin prescripción médica	0,6	0,2	0,4
Tranquilizantes con prescripción médica	7,3	2,4	4,9
Tranquilizantes sin prescripción médica	0,3	0,1	0,2

Fuente: IECA (Sistema de Información con Perspectiva de Género de Andalucía). Datos de Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad, obtenidos del estudio "La población andaluza ante las drogas XV (2022)"

Los hombres presentan una mayor prevalencia de consumo de cannabis frente a las mujeres. La edad media de inicio en el consumo se sitúa en 19,5 años en los hombres y 20,8 en las mujeres. Ocurre de manera similar con el hachís, está más extendido entre los hombres y la edad de inicio de los hombres es inferior a la de las mujeres. La marihuana también es más consumida por los hombres que las mujeres (el 5,2% de hombres la consumió en el último mes, frente al 1,7% de las mujeres). La cocaína en polvo es también más prevalente en hombres que en mujeres y con una edad de inicio menor (La población andaluza ante las drogas XV, 2021).

Uso de Internet y riesgo de adicciones comportamentales

Si bien el uso de Internet está totalmente extendido entre la población andaluza, podemos establecer diferenciaciones entre mujeres y hombres según distintas edades y también encontrar algunas brechas de género relevantes en el uso de conductas y hábitos concretos, como pueden ser el uso intensivo de internet, de redes sociales o de videojuegos y juegos online, entre otros.

El Informe "La población andaluza ante las drogas XV" (2022) ofrece los siguientes resultados al respecto. Podemos ver cómo en todos los grupos de edad, excepto en el tramo de 16 a 24 años, la brecha de uso diario de Internet es favorable a las mujeres, con un mayor uso respecto de los hombres.

Tabla 38. Porcentaje de personas (de 12 a 64 años) que hacen uso diario de Internet por sexo y edad. Andalucía, 2021

Uso de Internet todos los días	2021		
Edad	Mujeres	Hombres	BG
12-13	73,9	72,2	1,7
14-15	89,6	85,5	4,1
16-20	92,8	93,7	-0,9
21-24	95,5	96,2	-0,7
25-34	92,9	90,9	2
35-44	90,2	85,8	4,4
45-64	84,7	74,9	9,8
Total	88,3	82,8	5,5

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del **Informe "La población andaluza ante las drogas XV", 2022.**

En cuanto al tipo de uso de Internet diario que se realiza en días laborables, encontramos las mayores brechas de género en los juegos online, casi el doble en los hombres que en las mujeres (11 puntos porcentuales más en ellos) y en el uso de redes sociales, que es más habitual entre las mujeres (5,8 puntos porcentuales más en ellas). Otros usos diarios más habituales en hombres que en mujeres son ver películas o videos, trabajo o estudios, encontrar pareja o tener citas, trabajo o estudios, y la información de actualidad. Las brechas de género son casi inexistentes, ligeramente favorable a las mujeres, en los usos de compras, mensajería instantánea y escuchar música.

Tabla 39. Porcentaje de personas (de 12 a 64 años) que se conectan diariamente en días laborables y realizan alguna de las siguientes tareas, según sexo. Andalucía, 2021

Conexión diaria en días laborables y realización de tipo de tareas	2021		
	Mujeres	Hombres	BG
Trabajo o estudios	52,3	56,3	-4
Información actualidad	77,9	80,0	-2,1
Escuchar música	64,1	64,0	0,1
Ver películas o videos	53,2	58,7	-5,5
Juegos online	16,5	28,3	-11,8
Redes sociales	84,4	78,6	5,8
Mensajería instantánea	99,2	99,0	0,2
Compras	26,9	26,6	0,3
Encontrar pareja o tener citas	3,6	6,2	-2,6

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Informe "La población andaluza ante las drogas XV", 2022.

Aún con dificultades para definir lo que podemos entender como uso intensivo de Internet, este Informe ofrece datos al respecto en consonancia con lo que algunos autores y autoras han determinado como problemático. Así, se encuentra literatura sobre un uso intensivo como aquel que excede las 3 horas diarias en días laborables y 5 en fin de semana y que se asocia a un uso problemático unido a otros factores (Gómez, Rial, Braña, Golpe y Varela, 2017).

Los hombres realizarían un mayor uso intensivo que las mujeres en días laborables, mientras que la brecha se hace inexistente en los fines de semana. El uso intensivo encuentra más diferencias por edad, ya que en general antes de los 20 años se realiza un uso más intensivo durante el fin de semana, y a partir de esa edad en días laborables.

El riesgo de adicción a las redes sociales se cifra en este informe de manera similar para hombres y mujeres (1,6 y 1,5% respectivamente), siendo las principales diferencias las que establece la edad (tener entre 12 y 20 años). El 1,6% de los hombres presenta riesgo de adicción al juego online o videojuegos, siendo mayor en este caso la distancia con las mujeres (0,5%).

Tabla 40. Porcentaje de personas (de 12 a 64 años) con usos problemáticos de Internet según sexo. Andalucía, 2021

		2021		
		Mujeres	Hombres	BG
Uso intensivo de Internet (3 horas o más diarias)	Días laborables	22,7	21,1	-1,6
	Fines de semana	20,4	20,4	0
Riesgo de adicción a las redes sociales		1,6	1,5	-0,1
Riesgo de adicción a videojuegos o juegos online		1,6	0,5	-1,1

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Informe "La población andaluza ante las drogas XV", 2022.

Es necesario tener en cuenta que el consumo y abuso de drogas es uno de los principales factores determinantes de la salud. El modelo tradicional de los roles masculino y femenino continúan muy arraigados socialmente y sigue condicionando la percepción que tienen ciudadanía y profesionales de la salud sobre las drogas y sus consecuencias. Esto provoca que no se le preste suficiente atención al consumo femenino de drogas, que se someta a las mujeres con problemas de drogas a un mayor estigma social, y que se dificulte su tratamiento (Sánchez-Pardo, 2012).

Se hace imprescindible eliminar las desventajas o desigualdades que el género establece a la hora acceder a los programas y servicios de prevención o asistencia a las adicciones.

Los datos de la VI Andaluza de Salud (2023) se hallan en consonancia con los aportados en el informe comentado. Según esta fuente, la prevalencia de consumo de tabaco a diario en población mayor de 16 años es mayor en hombres (24,1%) que en mujeres (18,9%).

La prevalencia global de tabaquismo en 2023 se ha reducido en 11,2 puntos porcentuales respecto a la del año 2007, y el descenso se ha registrado en todas las edades, excepto en las personas mayores de 55 años, donde se mantienen las prevalencias de los hombres y suben las de las mujeres. A mayor nivel de estudios, menor es la brecha de género en la prevalencia y más pronunciada es la disminución de esta prevalencia respecto al año 2007 (Informe Resumen técnico VI EASP, 2023).

Las prevalencias de consumo de alcohol también difieren notablemente entre hombres y mujeres. Según la EAS, en 2023 en términos generales, el 16,3% de los hombres ha consumido algún tipo de

bebida alcohólica a diario frente al 3,2% de las mujeres. En todos los grupos de edad es mayor en los hombres, alcanzando las brechas de más de 10 puntos porcentuales de diferencia a partir de los 35 años. Desde el año 2007, ha aumentado el número de mujeres que consume algún tipo de bebida alcohólica al menos una vez al mes, pasando del 26,5% en 2007 al 35,1% en 2023. En cambio, el porcentaje de hombres que consume alcohol con esta frecuencia se mantiene en el tiempo (del 57,4% en 2007 al 57,0% en 2023).

Tabla 41. Población que fuma actualmente de forma diaria y población que consume algún tipo de bebida alcohólica a diario, una o varias veces al día (porcentajes). Andalucía, 2023.

Población que fuma actualmente de forma diaria				
Edad	**Mujeres**	**Hombres**	**Total**	**BG**
16-24	19,1	22,9	21,1	-3,8
25-34	24,4	33,9	29,0	-9,5
35-44	23,6	27,2	25,4	-3,6
45-54	23,7	27,9	25,8	-4,2
55-64	22,1	31,0	26,5	-8,9
65-74	12,4	18,4	15,3	-6,0
75 o más	1,5	6,5	3,5	-5,0
Total	19,0	25,6	22,2	-6,6
Población que consume algún tipo de bebida alcohólica a diario, una o varias veces al día				
Edad	**Mujeres**	**Hombres**	**Total**	**BG**
16-24	0,7	4,0	2,4	-3,3
25-34	2,6	8,8	5,7	-6,2
35-44	2,2	12,2	7,2	-10,0
45-54	2,6	13,0	7,7	-10,4
55-64	5,0	24,1	14,5	-19,1
65-74	6,3	31,9	18,6	-25,6
75 o más	2,8	24,1	11,3	-21,3
Total	3,2	16,3	9,6	-13,1

Fuente: Encuesta Andaluza de Salud, 2023.

Consumo de tabaco, alcohol y otras drogas

Respecto al consumo de tabaco, se registran algunas tendencias positivas en los últimos 5 años: ha descendido el consumo diario tanto en hombres como en mujeres y ha aumentado la edad media del consumo también en ambos sexos. Algunos patrones diferenciados por sexo son que un mayor porcentaje de hombres ha dejado de fumar, que el consumo moderado y extremo es menor entre las mujeres, y que la brecha de género más amplia en consumo diario de tabaco se da entre los 21 y 24 años, donde el porcentaje de hombres que fuman diariamente casi dobla al de las mujeres. El consumo de cigarrillos electrónicos en los últimos años se mantiene casi inalterable en ambos sexos.

El consumo de alcohol ha aumentado considerablemente en los últimos años y es más prevalente en los hombres que en las mujeres.

Los hombres presentan un mayor consumo de otras drogas (diferentes a tabaco y alcohol), excepto los tranquilizantes, hipnóticos y somníferos, que son más consumidos por las mujeres.

Otras adicciones comportamentales emergen con fuerza, como las relacionadas con Internet y las redes sociales, para las que no hay grandes diferencias por sexo y sí por edad.

3.2. Desigualdades de género en el estado de salud

Este apartado está dedicado a la descripción del estado de salud de mujeres y hombres adultos en Andalucía, señalando especialmente las principales brechas de género. Describimos, en primer lugar, la situación en cuanto a los indicadores de mortalidad y esperanza de vida, donde también se analizan las diferencias en las causas de muerte entre hombres y mujeres. En segundo lugar, analizamos la salud percibida y la calidad de vida relacionada con la salud, así como las diferencias en estos indicadores en relación a las diferencias en este indicador en relación a distintos ejes de desigualdad. Finalmente, describimos la morbilidad centrándonos en las enfermedades crónicas, examinando tanto el número como el tipo de patologías y dolencias padecidas, y analizamos la morbilidad diferencial entre mujeres y hombres.

3.2.1. Paradoja de la mortalidad

En el Informe Salud y Género en Andalucía 2018 ya se constató que en esta comunidad, como en otros muchos contextos, se producía la llamada "paradoja de género en salud" (Danielson y Lindberg, 2001), según la cual las mujeres tienen una mayor esperanza de vida que los hombres, pero con peor salud y calidad de vida. Esto ocurre en casi todos los países del mundo. Se sabe también que esto sucede cuando hombres y mujeres están en similares condiciones socio-económicas, ya que en los grupos más pobres esta brecha se reduce, e incluso en situaciones más extremas puede llegar a invertirse (Baum et al., 2021). Desde entonces, hemos sufrido una pandemia mundial por COVID-19 que podría haber modificado esta situación. Ofreceremos datos no solo a nivel de comunidad autónoma, sino también a nivel provincial.

Brechas de género en mortalidad

Es conocido que la brecha de género en mortalidad suele ser de signo negativo, es decir, las tasas de mortalidad son menores en mujeres que en hombres. Esta situación se ha constatado tanto en España (INE, 2023) como en los países del entorno de la Unión Europea (European Commission, 2021; EIGE, 2023). También se sabe que existe una mortalidad diferencial, esto es, las mujeres y los hombres mueren por diferentes causas, y para ofrecer un panorama preciso de las diferencias y desigualdades en salud relacionadas con el sistema sexo-género interesa identificar cuáles son las principales causas de muerte para cada sexo.

En la siguiente tabla se muestran los principales indicadores de mortalidad desagregados por sexo y provincia en Andalucía durante los años 2019, 2020 y 2021. Según el Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía (IECA), en Andalucía fallecieron un total de 34.071 mujeres y 36.434 hombres en el año 2019, cifras que se elevaron en 2020 y en 2021, año en el que murieron en Andalucía 38.402 mujeres y 40.937 hombres. Este aumento se reflejó en las tasas brutas y tasas estandarizadas de mortalidad, con un aumento de las brechas de género en este último indicador desde 2019 a 2021 (-408,8 defunciones/100.000 hab. en 2019, -428,6 en 2020 y -427,2 en 2021).

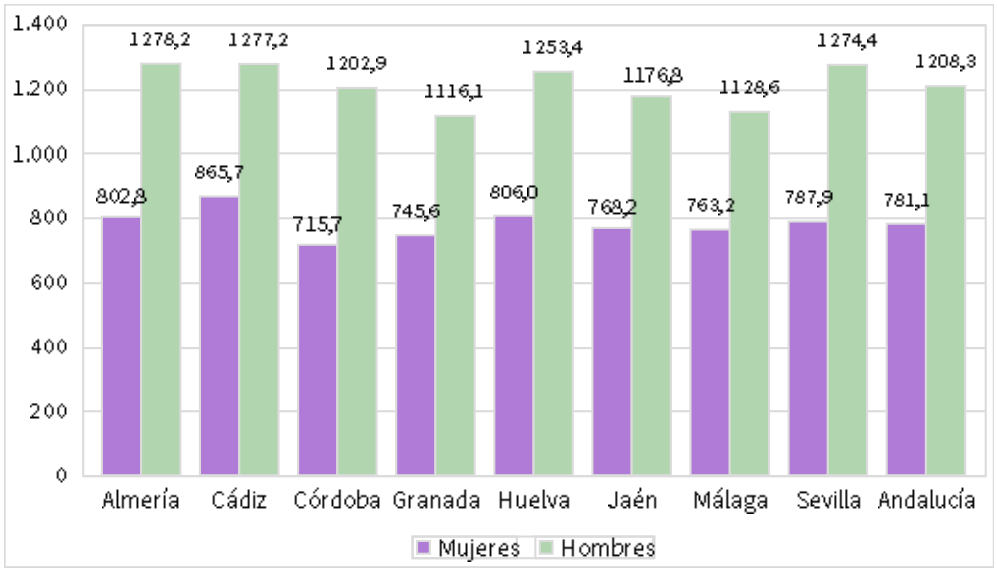
Tabla 42. Principales indicadores de Mortalidad según sexo y brechas de género. Andalucía y provincias 2019-2021

	Defunciones (número de casos)			Tasa Bruta (tasa por cien mil)			Tasa Estandarizada (tasa por cien mil)		
	Mujeres	Hombres	BG	Mujeres	Hombres	BG	Mujeres	Hombres	BG
2019									
Almería	2408	2862	-454	686,1	795,2	-109,1	716,1	1138,3	-422,2
Cádiz	4720	5324	-604	748,6	857,5	-108,9	756,5	1199,5	-443,0
Córdoba	3919	3830	89	980,5	995,5	-15,0	695,9	1110,2	-414,3
Granada	3922	4075	-153	842,4	893,4	-51,0	700,0	1060,1	-360,1
Huelva	2064	2290	-226	773,3	881,8	-108,5	729,2	1198,9	-469,7
Jaén	3210	3310	-100	1011,3	1058,5	-47,2	728,8	1139,6	-410,8
Málaga	6082	6677	-595	715,5	813,7	-98,2	694,0	1041,1	-347,1
Sevilla	7746	8066	-320	776,5	844,5	-68,0	738,4	1190,8	-452,4
ANDALUCÍA	34071	36434	-2363	796,3	873,8	-77,5	721,1	1129,9	-408,8
2020									
Almería	2647	3051	-404	747	841	-94	760,0	1186,4	-426,4
Cádiz	5310	5914	-604	839,3	949,8	-110,5	830,9	1269,8	-438,9
Córdoba	4167	4132	35	1044	1076,3	-32,3	730,4	1176,4	-446,0
Granada	4780	4819	-39	1021,9	1052	-30,1	828,8	1231,5	-402,7
Huelva	2275	2421	-146	848,3	929,9	-81,6	779,9	1218,7	-438,8
Jaén	3690	3666	24	1167,6	1177,4	-9,8	825,9	1247,6	-421,7
Málaga	6786	7388	-602	790,5	892,8	-102,3	755,7	1118,1	-362,4
Sevilla	8526	8889	-363	850,9	927,3	-76,4	787,3	1270,6	-483,3
ANDALUCÍA	38181	40280	-2099	888,2	962,4	-74,2	787,4	1216	-428,6
2021									
Almería	2832	3371	-539	795,4	925	-129,6	802,8	1278,2	-475,4
Cádiz	5628	6065	-437	887,6	972,6	-85	865,7	1277,2	-411,5
Córdoba	4103	4253	-150	1032,7	1114	-81,3	715,7	1202,9	-487,2
Granada	4298	4469	-171	916,4	972,6	-56,2	745,6	1116,1	-370,5
Huelva	2411	2548	-137	894	971,8	-77,8	806,0	1253,4	-447,4
Jaén	3443	3491	-48	1095,4	1127	-31,6	768,2	1176,8	-408,6
Málaga	7044	7680	-636	813,1	919,9	-106,8	763,2	1128,6	-365,4
Sevilla	8643	9060	-417	862,7	945,8	-83,1	787,9	1274,4	-486,5
ANDALUCÍA	38402	40937	-2535	891,3	976,1	-84,8	781,1	1208,3	-427,2

Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía (IECA)

Se pueden observar diferencias interprovinciales en cuanto a la mortalidad durante este periodo. Cádiz fue la provincia con mayores tasas estandarizadas de mortalidad en mujeres durante los tres años, mientras que para los hombres, Sevilla y Almería presentaron las tasas más elevadas en 2020 y 2021, respectivamente. En 2019, la mayor brecha de género para este indicador la presentaba Huelva, mientras que Sevilla mostró la mayor brecha de género en 2020 y 2021. Málaga fue la provincia con menor brecha de género en mortalidad estandarizada durante los tres años.

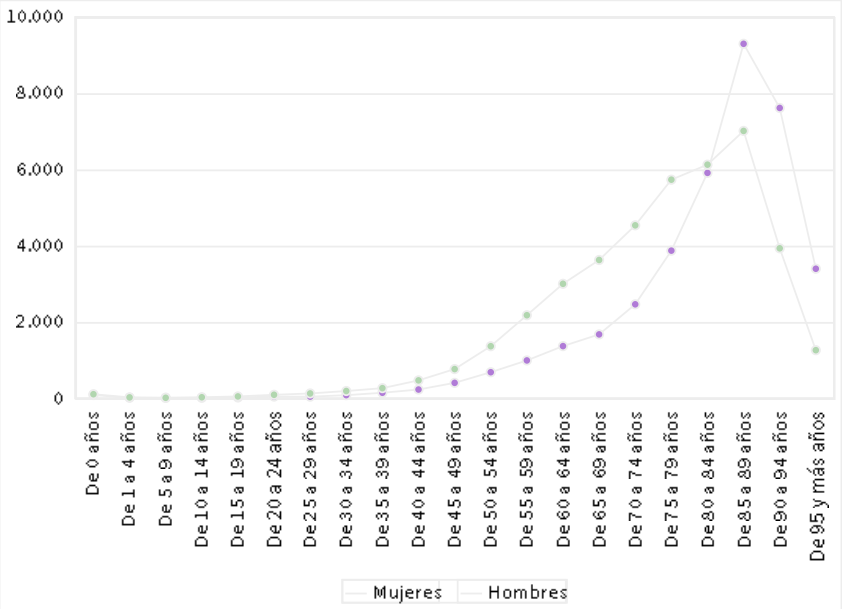
Gráfico 8. Tasa de mortalidad general estandarizada por 100.000 habitantes, por sexo y provincia. Andalucía 2021



Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía (IECA). Informe estadístico anual de causas de mortalidad

Estos datos indican que en Andalucía se sigue manteniendo un patrón de menor mortalidad en mujeres que en hombres, y que esta brecha de género ha aumentado durante el periodo de pandemia. Sin embargo, la brecha de género en mortalidad no se comporta igual en todas las edades. Como se muestra en el siguiente gráfico, durante el año 2021 el número de defunciones fue menor en mujeres que en hombres en las edades jóvenes y adultas, pero esta relación se invierte a partir de los 80 años y se mantiene en edades posteriores.

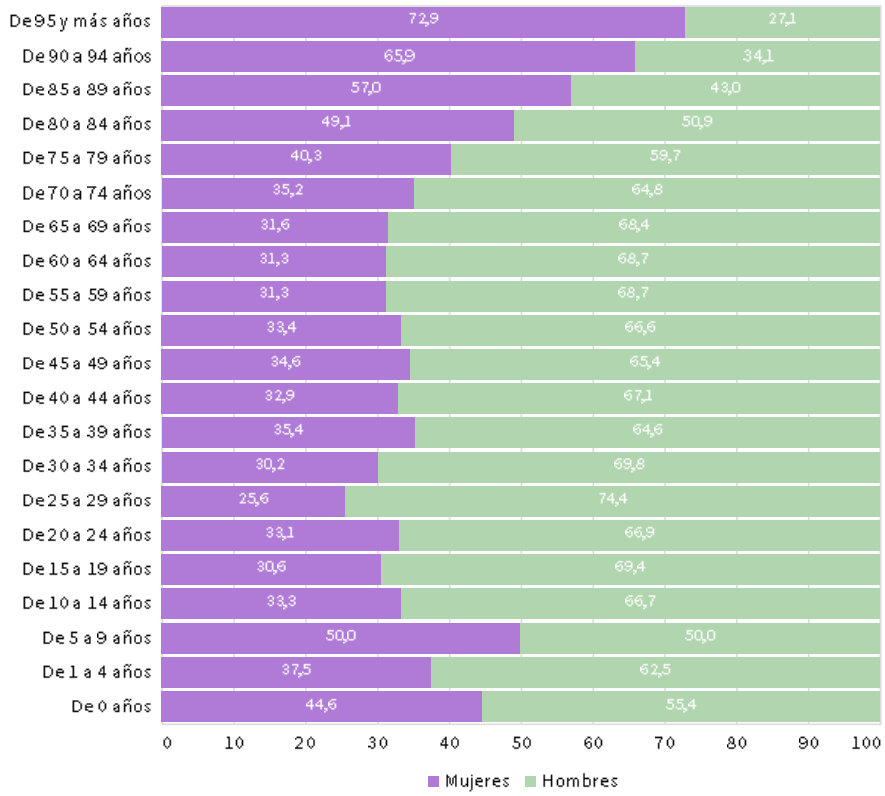
Gráfico 9. Número de defunciones por todas las causas, por sexo y edad. Andalucía 2021



Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía (IECA). Informe estadístico anual de causas de mortalidad

En consecuencia, existen diferencias en la proporción en que mujeres y hombres contribuyen al total de defunciones en los distintos grupos de edad. Como se muestra en el siguiente gráfico, la brecha de género es de signo negativo (desfavorable a hombres) en las edades más jóvenes, con la excepción del grupo de 5 a 9 años en el que no existen diferencias por sexo. La brecha es máxima y de signo negativo para el grupo de 25 a 29 años (-48,8), en el que un 25,6% de las defunciones correspondieron a mujeres y un 74,4% a hombres. A partir de esta edad, la brecha de género se reduce, llegando a un -1,8% en el grupo de 80 a 84 años, y a partir de ahí vuelve a incrementarse, pero invirtiendo su signo, hasta llegar al 45,8% en mayores de 94 años, grupo en el que las muertes en mujeres suponen un 73% del total de las defunciones.

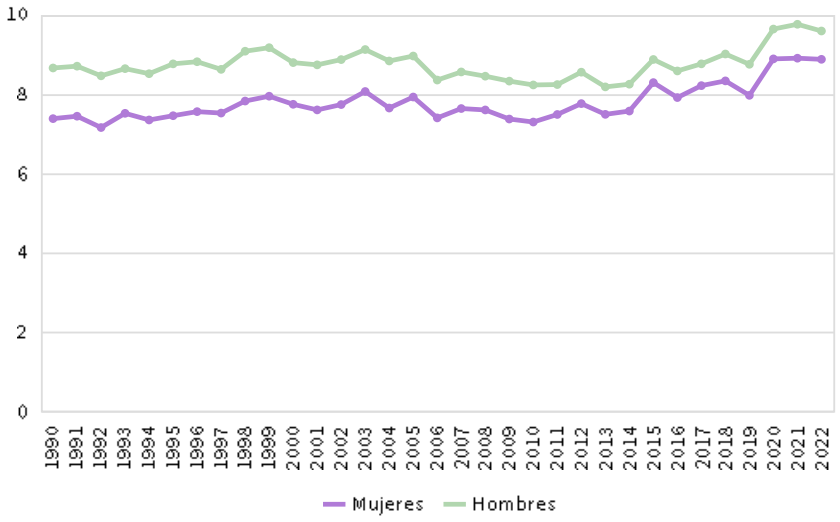
Gráfico 10. Porcentaje de defunciones sobre el total, según sexo y edad. Andalucía 2021



Fuente: Elaboración propia, a partir de datos del Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía (IECA). Informe estadístico anual de causas de mortalidad.

Si atendemos a la evolución temporal, la brecha de género en la tasa de mortalidad general ha ido reduciéndose durante las últimas décadas: en el año 1990 la diferencia entre mujeres y hombres era de -1,28 defunciones/1000 hab., en 2000 de -1,05, en 2010 de -0,94 y en 2020 de -0,74.

Gráfico 11. Evolución de la tasa bruta de mortalidad por 1000 habitantes por sexo. Andalucía 1990-2022



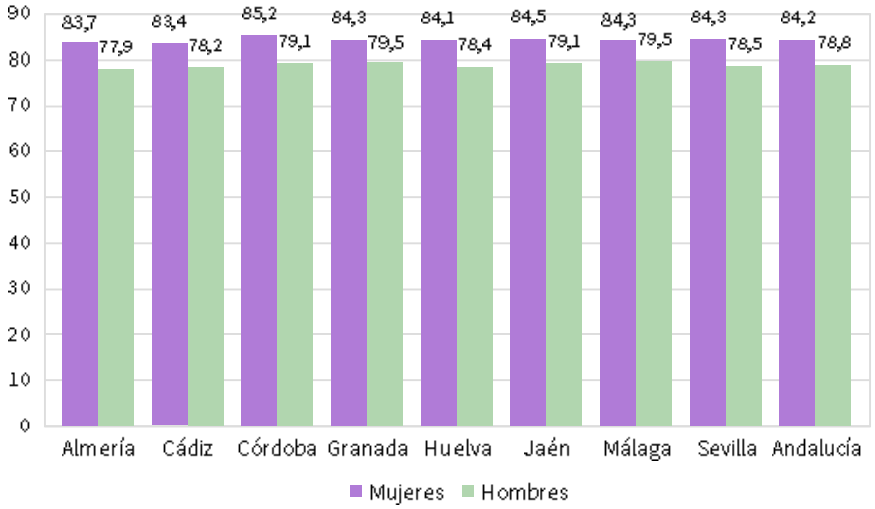
Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía (IECA). Sistema de Información Demográfica de Andalucía (SIDEMA)

Esta reducción en la brecha se ha debido a un mayor aumento de mortalidad en mujeres (incremento de 1,31 defunciones/1000 habitantes desde 2000 a 2020) que en hombres (incremento de 0,82 defunciones/1000 habitantes en el mismo periodo). La tendencia se ha revertido durante los años 2020 y 2021, relacionada con el incremento de la mortalidad durante la pandemia por COVID-19. Estudios específicos de mortalidad durante este periodo muestran que la mortalidad total en Andalucía se incrementó durante el primer bienio de la pandemia en ambos sexos, comparado con el trienio 2017-2019, y que el exceso de mortalidad estimado presentó cifras superiores en mujeres (10,5%) que en hombres (8,7%) (Del Río-García et al., 2023).

Brecha de género en esperanza de vida

Las diferencias en la mortalidad que hemos presentado antes tienen su reflejo en la esperanza de vida. En el año 2021 la esperanza de vida al nacer (EVN) era mayor en mujeres (84,2 años) que en hombres (78,8 años), de modo que las mujeres andaluzas tuvieron 5,4 años más de EVN que los hombres. Como se observa en el siguiente gráfico, en ese año Córdoba fue la provincia con mayor EVN en mujeres (85,2 años), mientras que Granada y Málaga comparten la mayor EVN en hombres (79,5 años). Córdoba fue también la provincia con mayor brecha de género en este indicador (6,1 años), y Granada y Málaga las que presentaron menores diferencias (4,8 años).

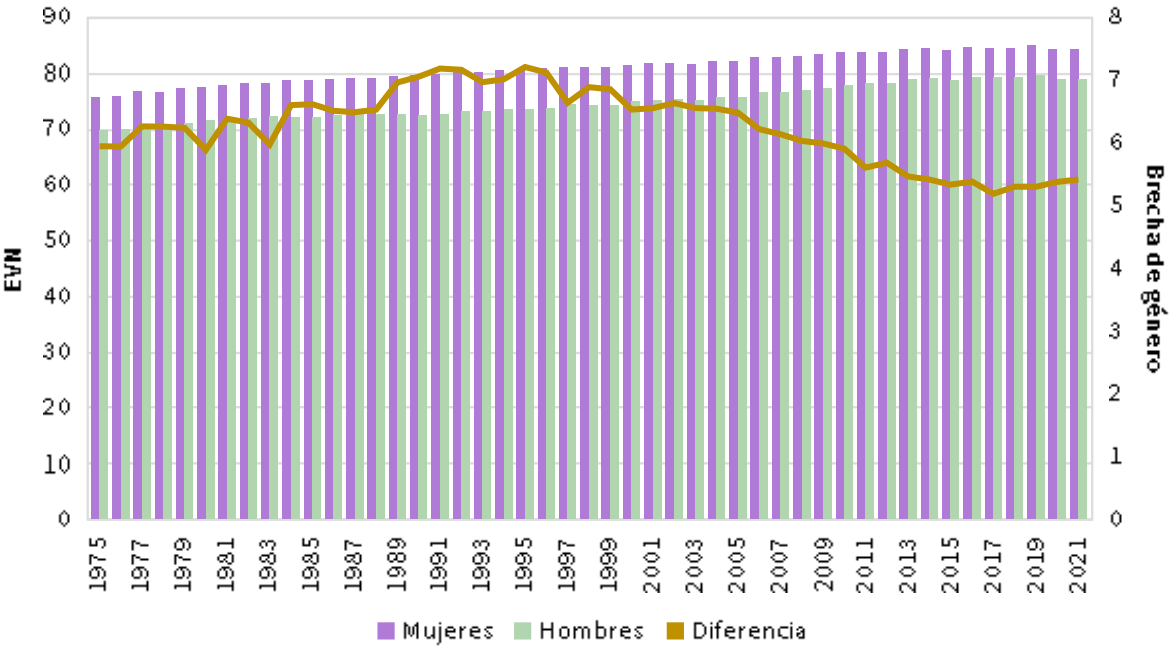
Gráfico 12. Esperanza de vida al nacer (EVN) en años por sexo. Andalucía y provincias 2021



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía (IECA). Informe estadístico anual de causas de mortalidad.

Si analizamos la evolución de la EVN, en el siguiente gráfico se puede observar que la brecha de género en este indicador ha ido reduciéndose durante las últimas décadas, de forma mantenida desde el año 2000 (6,5 años), alcanzando un mínimo de 5,2 años en 2017, mientras que se muestra un ligero aumento en los últimos años, especialmente en 2020 y 2021 (5,4 años). Este incremento reciente probablemente se puede atribuir al efecto diferencial de la pandemia por COVID-19 en la mortalidad de mujeres y hombres.

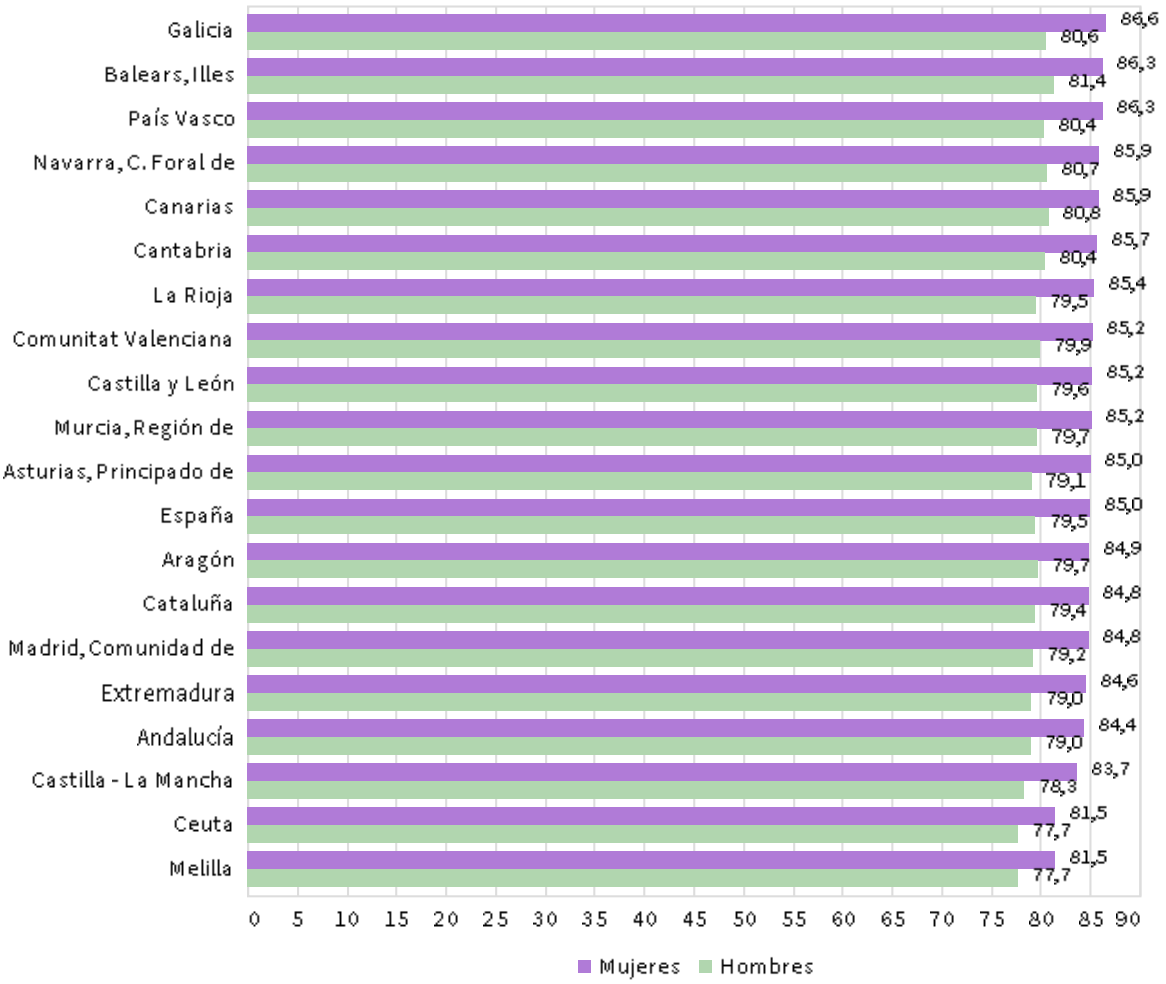
Gráfico 13. Evolución de la esperanza de vida al nacer (EVN) en años por sexo y brecha de género. Andalucía 1975-2021



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía (IECA). Sistema de Información Demográfica de Andalucía (SIDEMA).

Como se muestra en el gráfico siguiente, la EVN en Andalucía, se sitúa por debajo de la media nacional, y ocupa el puesto número 16º en EVN en mujeres (84,4 años) en relación al resto de comunidades autónomas. Se posiciona en el mismo orden para el caso de la EVN en hombres (79 años en Andalucía, 79,5 en España). La situación de pandemia ha condicionado un descenso en la EVN, en España (Ministerio de Sanidad, 2023) la EVN en 2020 se redujo en 1,5 años con respecto a 2019 (1,4 años en hombres y 1,5 años en mujeres). En 2021 se recuperó la esperanza de vida al nacer, más en mujeres (1,1 años) que en hombres (0,8 años), aunque esto no ocurrió en todas las comunidades autónomas, entre ellas Andalucía donde se ha reducido 0,1 años la EVN en 2021 respecto al 2020.

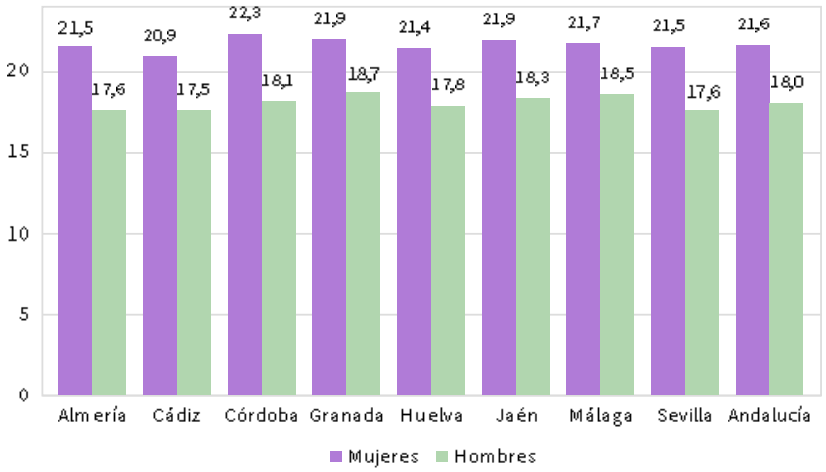
Gráfico 14. Esperanza de vida al nacer (EVN) en años por sexo. España y CC.AA. 2022



Fuente: Elaboración propia con datos del Ministerio de Sanidad. Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud.

Para el caso de la esperanza de vida a los 65 años (EV65), en el año 2021 las mujeres andaluzas tuvieron una expectativa de vida de 21,6 años, frente a 18 años para los hombres, de modo que la brecha de género en EV65 se situó en 3,6 años. En el gráfico siguiente se pueden observar las diferencias interprovinciales para este indicador. Córdoba presentó la mayor EV65 para mujeres, mientras que Granada mostró la mayor EV65 para hombres. La brecha de género en este indicador fue mayor en Córdoba (4,2 años) y menor en Málaga (3,2 años).

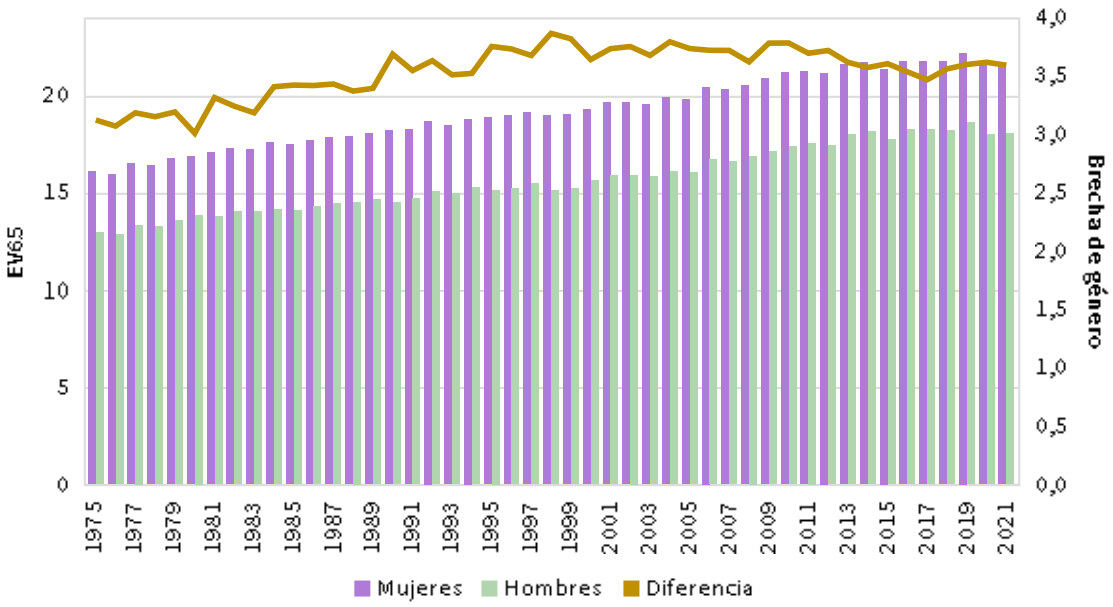
Gráfico 15. Esperanza de vida a los 65 años (EV65) por sexo. Andalucía y provincias 2021



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

La evolución temporal de la esperanza de vida a los 65 años en Andalucía se puede observar en el siguiente gráfico. Durante las últimas décadas se muestra un incremento progresivo y mantenido en este indicador, llegando a un máximo en 2019 (22,2 años en mujeres y 18,6 en hombres), para disminuir en los años 2020 y 2021 (21,6 y 18 años para mujeres y hombres respectivamente), en el contexto de la pandemia. La brecha de género en este indicador ha ido reduciéndose desde finales de los años 90 del pasado siglo (la máxima fue 3,9 en 1998) y se ha mantenido en 3,6 años desde 2018 hasta la actualidad.

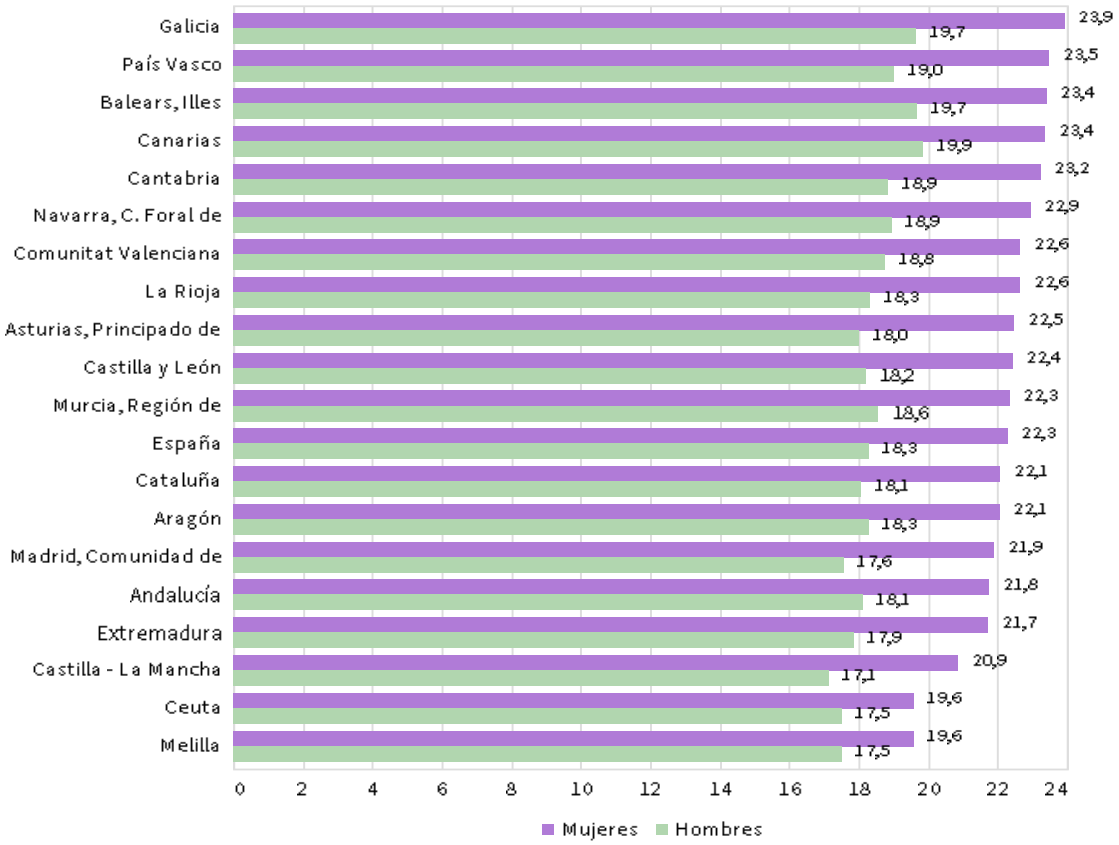
Gráfico 16. Evolución de la esperanza de vida a los 65 años (EV65) por sexo y brecha de género. Andalucía 1975-2021



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

En el año 2022, Andalucía presentó una EV65 años para las mujeres por debajo de la media de España (21,8 y 22,3 años respectivamente) y ocupaba el puesto número 15º en el conjunto de comunidades autónomas. La mayor brecha de género en este indicador la presentaron Asturias y País Vasco (4,46 años) y la menor Ceuta y Melilla (2,07 años), que a su vez muestran la menor EV65 para las mujeres.

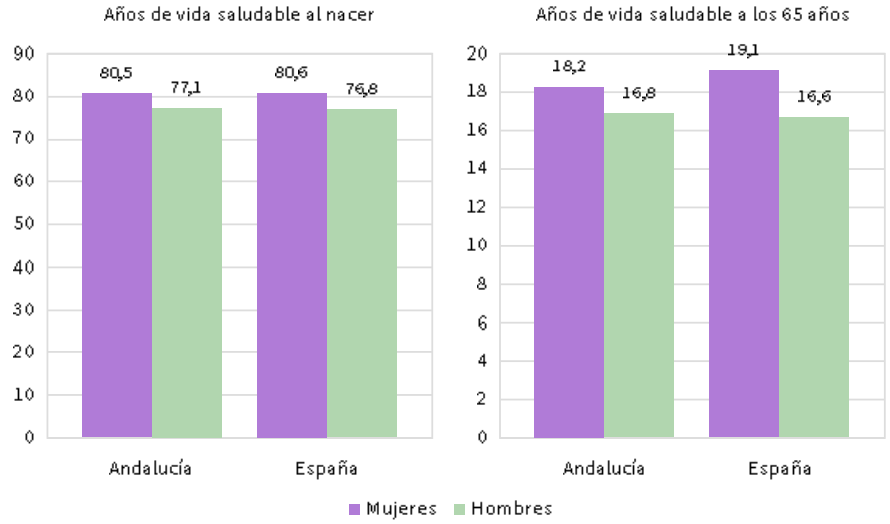
Gráfico 17. Esperanza de vida a los 65 años (EV65) por sexo. España y comunidades autónomas 2022



Fuente: Elaboración propia con datos del Ministerio de Sanidad. Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud.

Sin embargo, la mayor esperanza de vida no siempre se acompaña de mejor salud. Cuando analizamos los años de vida saludable, la brecha de género se reduce. Los años de vida saludable se pueden calcular a cualquier edad, aunque se suele expresar al nacer. Se define como el número medio de años que espera vivir sin limitación de actividad a una edad x determinada, un miembro de la cohorte si se mantienen las actuales tasas de mortalidad y de limitación de actividad observadas (Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud, s.f.). Según datos del Ministerio de Sanidad para el año 2021, las mujeres andaluzas tienen una expectativa de 80,5 años de vida saludable al nacer, frente a 77,2 años en el caso de los hombres, cifras muy similares a la media de España para las mujeres (80,6 años) y superior para los hombres (76,7 años). La brecha de género para Andalucía (3,4 años) es menor que la media nacional (3,8 años). Según informes del Ministerio de Sanidad, desde el año 2006 hasta 2019 el número de años de vida saludable al nacer aumentó en 2,6 años en España (3,5 en hombres y 1,7 en mujeres), pero estas cifras descendieron en 2020 (1,2 en hombres y 1,1 en mujeres) como consecuencia del aumento de la mortalidad por la pandemia de COVID-19 (Ministerio de Sanidad, 2023). En 2021, las mujeres españolas esperaban vivir, desde el nacimiento, 4,3 años de vida saludable más que los hombres, y esta diferencia a favor de las mujeres se ha reducido desde 2006.

Gráfico 18. Años de vida saludable al nacer y a los 65 años, por sexo. Andalucía y España 2022



Fuente: Elaboración propia con datos de Ministerio de Sanidad. Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud

En el caso de los años de vida saludable a los 65 años, en Andalucía las mujeres tienen una expectativa de 18,2 años y los hombres de 16,8 años, de modo que la brecha de género en este caso se reduce a 1,4 años. Como se muestra en el gráfico, estas cifras son menores que en el conjunto de España para las mujeres, y ligeramente superiores para los hombres.

Se mantiene en Andalucía la paradoja de género en mortalidad: Las mujeres viven más años, pero con peor salud

En Andalucía, las mujeres viven por término medio 5,4 años más que los hombres en el año 2021, aunque con diferencias interprovinciales: la brecha de género es máxima en Córdoba (6,1 años) y mínima en Granada y Málaga (4,8 años). Esta brecha de género en EVN había mantenido una tendencia decreciente en las últimas décadas, que se ha revertido durante el periodo de pandemia. Ésta ha supuesto una pérdida de años de EVN y un aumento de la brecha de género en este indicador.

Algo similar se observa en la mortalidad general, durante los años 2020 y 2021 las tasas han aumentado y la brecha de género se ha ampliado. Sin embargo, aunque el aumento de mortalidad en hombres durante la pandemia se observó en la mayoría de los grupos de edad, la concentración de mortalidad en edades mayores se observó de forma más acusada en mujeres.

A los 65 años, la esperanza de vida de las mujeres andaluzas supera en 3,6 años a la de los hombres. La brecha de género en EV65 ha mostrado una tendencia a la disminución durante las últimas décadas, tendencia que se ha mantenido durante la pandemia.

Sin embargo, una mayor esperanza de vida no siempre se acompaña de mejor salud. La brecha de género en años de vida saludable al nacer se sitúa en 3,4 años en Andalucía, cifra menor en dos años que la brecha en EVN. Este indicador también ha sufrido el impacto de la pandemia por COVID-19, con pérdidas de más de 1 año en ambos sexos en 2020, que se han recuperado en 2021. Sin embargo, la brecha de género en años de vida saludable se viene reduciendo desde 2006.

El fenómeno denominado como "paradoja de género en salud" o "ventaja de la mortalidad", consiste en que las mujeres viven muchos de sus años adicionales con peor salud: los hombres tienen una desventaja en mortalidad y las mujeres en morbilidad. Es un hecho conocido que la esperanza de vida al nacer es mayor en mujeres que en hombres, que esta brecha disminuye para la EV a los 65 años, y que se reduce aún más (o puede llegar a invertirse) cuando se trata de años de vida saludable. Este fenómeno se observa también en los países de nuestro entorno (European Commission, 2021; EIGE, 2023).

Las posibles causas de esta "paradoja" siguen sujetas a continua investigación, aunque los estudios resaltan la complejidad del fenómeno y la interacción de factores biológicos, sociales y de servicios de salud (Baum et al., 2021). Entre las posibles explicaciones se plantea que los hombres mueren prematuramente por causas relacionadas con comportamientos de riesgo que tienen que ver con las normas, estereotipos y roles de género, que conforman la denominada masculinidad hegemónica.

¿De qué mueren las mujeres y los hombres en Andalucía?

Las diferencias en mortalidad también se reflejan en las causas de muerte. Como se ve en la siguiente tabla, considerando los grandes grupos de causas, la primera causa de muerte en mujeres en Andalucía son las enfermedades circulatorias, que causaron 11.962 defunciones de mujeres en el año 2021. Este primer puesto lo ocuparon los tumores en el caso de los hombres (11.565 fallecimientos de hombres en el mismo año), mientras que este grupo se sitúa como segunda causa de muerte en mujeres. Las enfermedades infecciosas han pasado a ocupar la tercera posición tanto en mujeres como en hombres, en contraste con los datos de años anteriores cuando este grupo de causas ocupaba una posición mucho menos relevante (en 2016 se situaba en el 11º puesto en ambos sexos) (García-Calvente et al., 2018). Las enfermedades del sistema nervioso ocuparon la 4ª posición como causa de muerte en mujeres (5ª en hombres) y las enfermedades respiratorias se situaron en el 5º lugar (4º en hombres). Cabe destacar que los trastornos mentales y de comportamiento ocuparon la 8ª posición entre las causas de muerte en mujeres, mientras que fueron la 11ª causa de muerte en hombres.

Tabla 43. Tasas brutas de mortalidad (por 100000 hab.) por grupos principales de causas, por sexo, ordenadas de mayor a menor en mujeres. Andalucía 2021

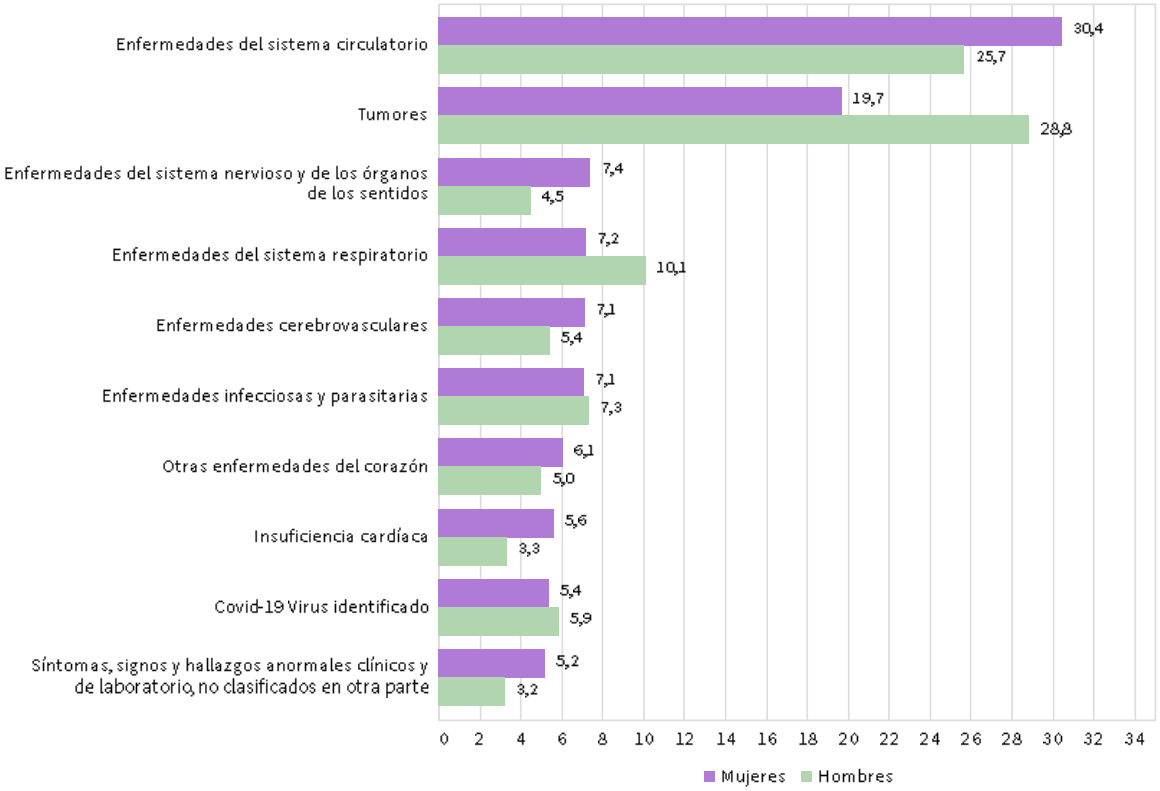
Grupo de causas	Tasa bruta (por cien mil)				
	Mujeres	Orden	Hombres	Orden	BG
Circulatorias	277,6	1	248,7	2	28,9
Tumores	172,9	2	275,7	1	-102,8
Infecciosas	79,5	3	104,3	3	-24,8
Sistema nervioso	63,1	4	42,8	7	20,3
Respiratorias	52,7	5	82,8	4	-30,1
Digestivas	46,7	6	53,1	5	-6,4
Mal definidos	42,7	7	29,1	9	13,6
Trastornos mentales	39,3	8	21,9	11	17,4
Genitourinarias	37,5	9	28,4	10	9,1
Endocrinas	35,7	10	29,9	8	5,8
Causas externas	19,8	11	44,0	6	-24,2
Osteomuscular	12,4	12	6,2	12	6,2
Sangre	4,6	13	3,2	13	1,4
Piel	3,7	14	2,1	14	1,6
Congénitas	1,7	15	1,8	16	-0,1
Perinatales	1,3	16	1,9	15	-0,6
Maternas	0,1	17			
Todas las causas	891,3		976,1		-84,8

Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía (IECA)

En cuanto a las brechas de género en mortalidad por causas, la mayor brecha de género la presentan los tumores, con signo negativo (desfavorable para los hombres), a distancia de los demás grupos de causas. Entre las diez primeras causas de muerte en mujeres, las enfermedades circulatorias, del sistema nervioso, mal definidas, trastornos mentales, genitourinarias y endocrinas, presentan brechas de signo positivo (desfavorable para las mujeres).

En el siguiente gráfico se pueden observar las principales causas de muerte en porcentaje sobre el total de defunciones para cada sexo. Las enfermedades del sistema circulatorio constituyeron el 30,4% del total de muertes en mujeres (25,7% en hombres), y los tumores sumaron el 19,7% del total de defunciones en mujeres (28,8% en hombres). El COVID-19 supuso el 5,4% del total de muertes en mujeres y el 5,9% en hombres.

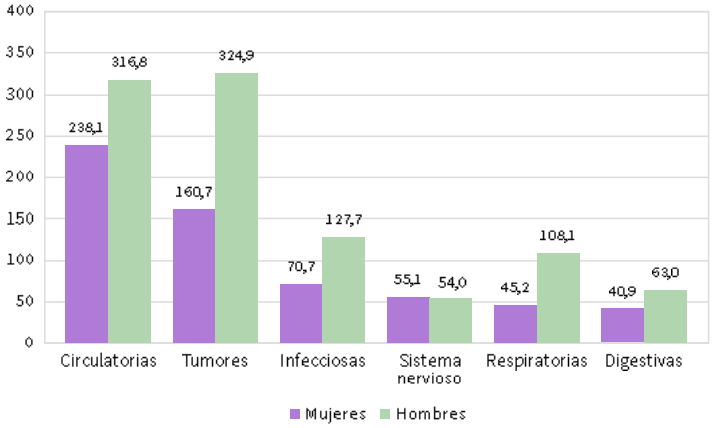
Gráfico 19. Porcentaje de las 10 causas de muerte más frecuentes sobre el total de defunciones por sexo. Andalucía 2021



Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía (IECA)

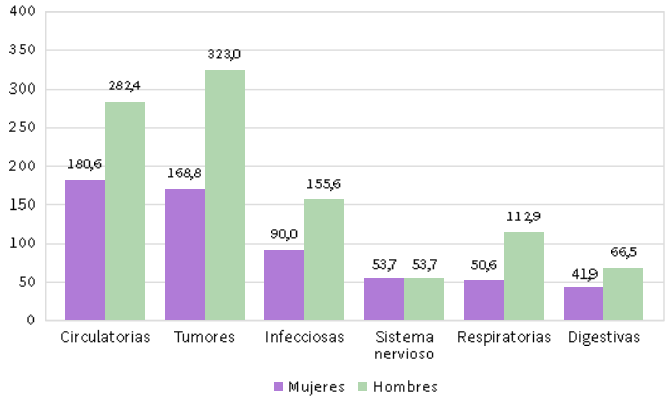
Las tasas estandarizadas que se muestran en los siguientes gráficos corroboran las diferencias y similitudes en cuanto a las causas más frecuentes de muerte en mujeres y en hombres, para Andalucía y para cada una de las provincias. En el caso de las mujeres, tanto en Andalucía como en todas las provincias, la primera causa de muerte son las enfermedades circulatorias, seguidas de los tumores y de las enfermedades infecciosas. En el caso de los hombres hay más variabilidad interprovincial: los tumores son la primera causa de muerte en todas las provincias, con la excepción de Málaga y Sevilla, donde este lugar lo ocupan las enfermedades circulatorias (y los tumores pasan a ser la segunda causa). Las enfermedades infecciosas ocupan el tercer lugar en todas las provincias, salvo en Córdoba y Jaén, donde ese lugar lo ocupan las enfermedades respiratorias.

Gráfico 20. Tasas estandarizadas de mortalidad por 100000 habitantes según las principales causas, por sexo. Andalucía 2021



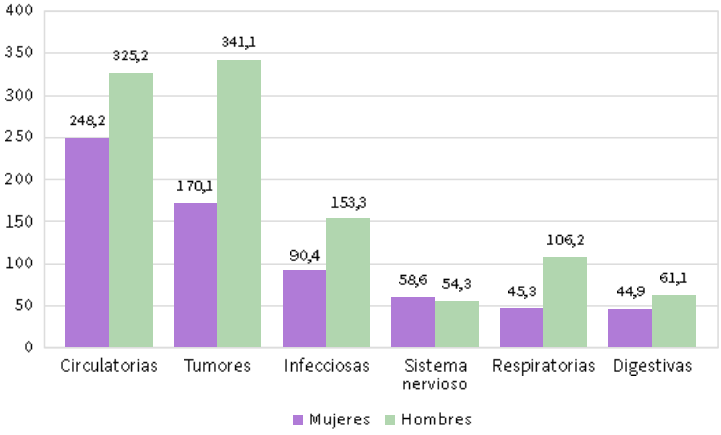
Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía (IECA)

Gráfico 21. Tasas estandarizadas de mortalidad por 100000 habitantes según las principales causas, por sexo. Almería 2021



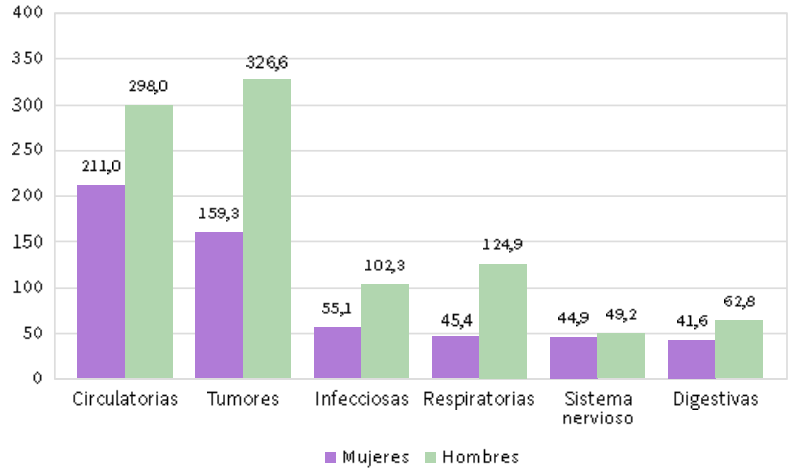
Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía (IECA)

Gráfico 22. Tasas estandarizadas de mortalidad por 100000 habitantes según las principales causas, por sexo. Cádiz 2021



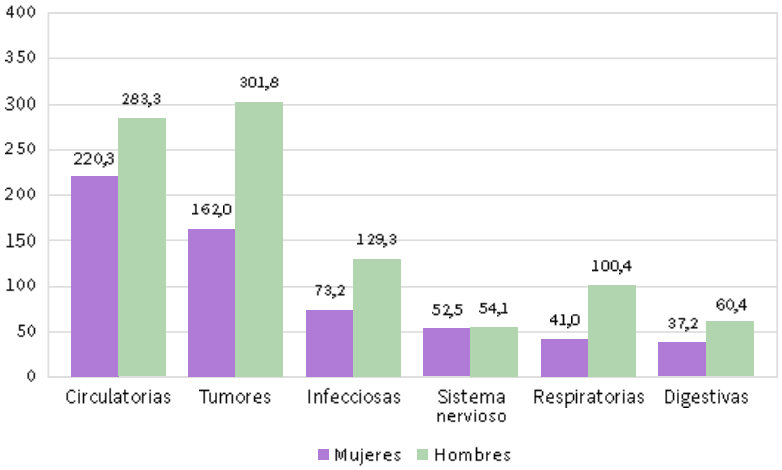
Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía (IECA)

Gráfico 23. Tasas estandarizadas de mortalidad por 100000 habitantes según las principales causas, por sexo. Córdoba 2021



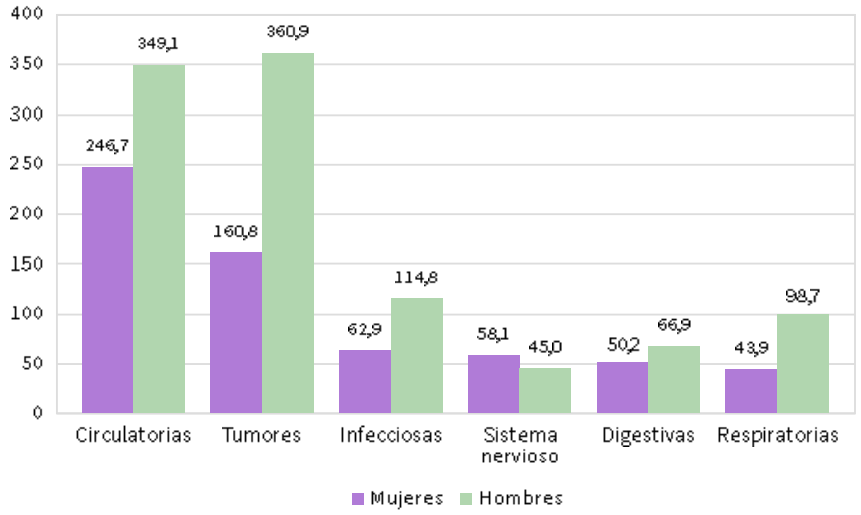
Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía (IECA)

Gráfico 24. Tasas estandarizadas de mortalidad por 100000 habitantes según las principales causas, por sexo. Granada 2021



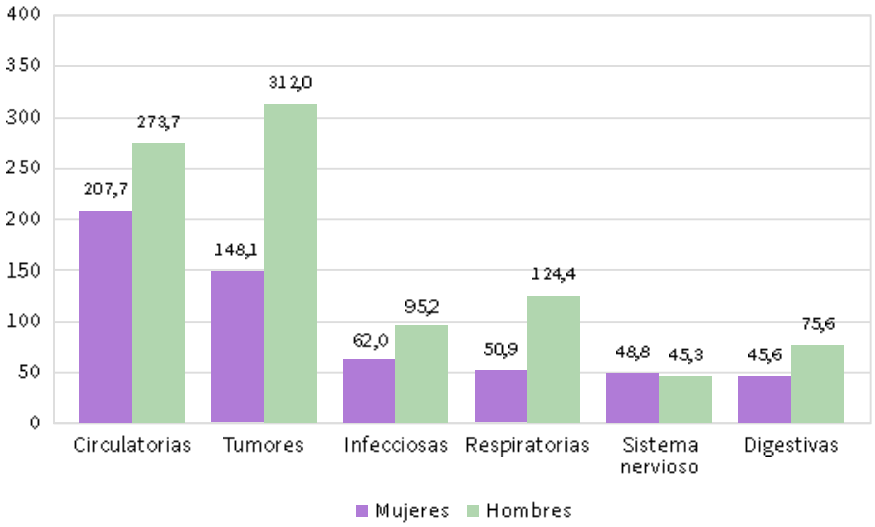
Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía (IECA)

Gráfico 25. Tasas estandarizadas de mortalidad por 100000 habitantes según las principales causas, por sexo. Huelva 2021



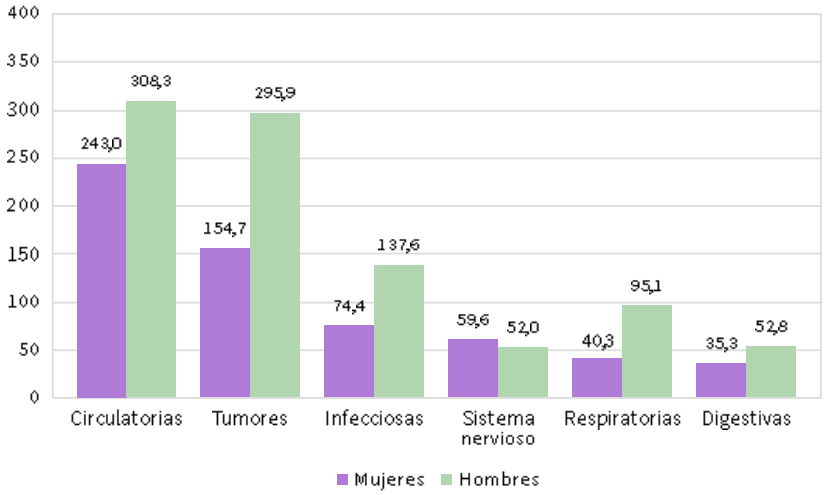
Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía (IECA)

Gráfico 26. Tasas estandarizadas de mortalidad por 100000 habitantes según las principales causas, por sexo. Jaén 2021



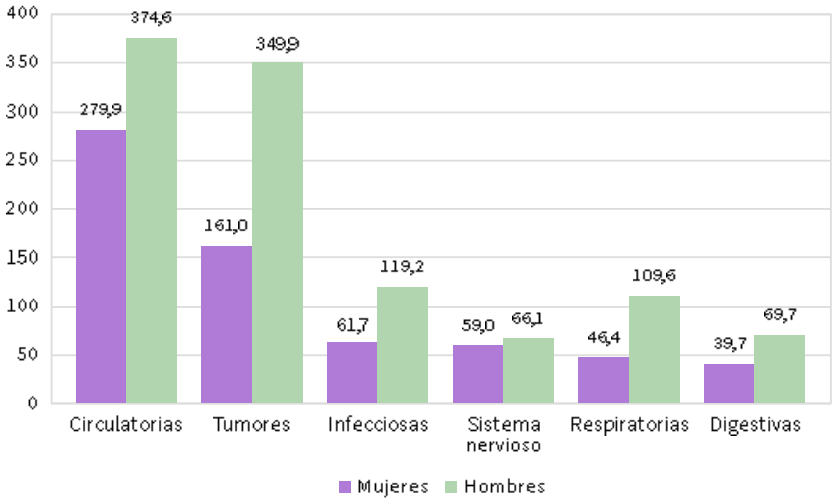
Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía (IECA)

Gráfico 27. Tasas estandarizadas de mortalidad por 100000 habitantes según las principales causas, por sexo. Málaga 2022



Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía (IECA)

Gráfico 28. Tasas estandarizadas de mortalidad por 100000 habitantes según las principales causas, por sexo. Sevilla 2021

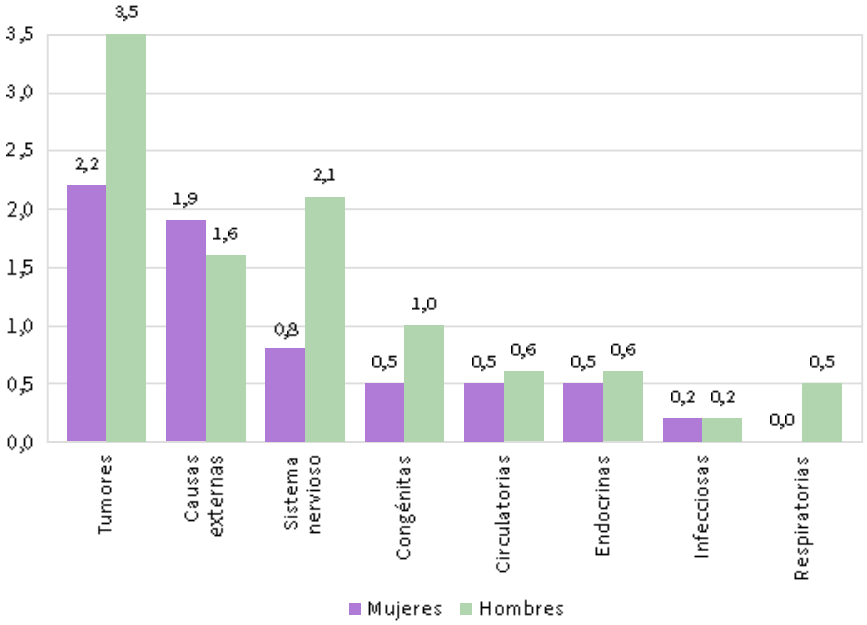


Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía (IECA)

La magnitud de las tasas por causa también marca diferencias entre provincias. En mortalidad por enfermedades circulatorias, la tasa más alta la presentó Sevilla para ambos sexos, mientras que Almería (en mujeres) y Jaén (en hombres) tuvieron las tasas más bajas. Para los tumores, la mayor mortalidad se observó en Cádiz (mujeres) y Huelva (hombres), con Jaén (mujeres) y Málaga (hombres) mostrando las tasas menores. Cádiz (mujeres) y Almería (hombres) presentaron las mayores tasas de mortalidad en enfermedades infecciosas, mientras que Jaén (mujeres) y Córdoba (hombres) tuvieron las tasas más elevadas en enfermedades respiratorias. La mortalidad por enfermedades digestivas fue mayor en Huelva (mujeres) y Jaén (hombres). Málaga (mujeres) y Sevilla (hombres) presentaron las tasas más altas en mortalidad por enfermedades del sistema nervioso.

El perfil diferencial de causas de muerte por sexo varía según los grupos de edad. Durante la edad infantil (de 1 a 14 años), los tumores son la primera causa de muerte en ambos sexos (brecha de género negativa, indicando mayor tasa en chicos), y las causas externas ocupan el segundo lugar (brecha de género ligeramente positiva, esto es mayor en chicas).

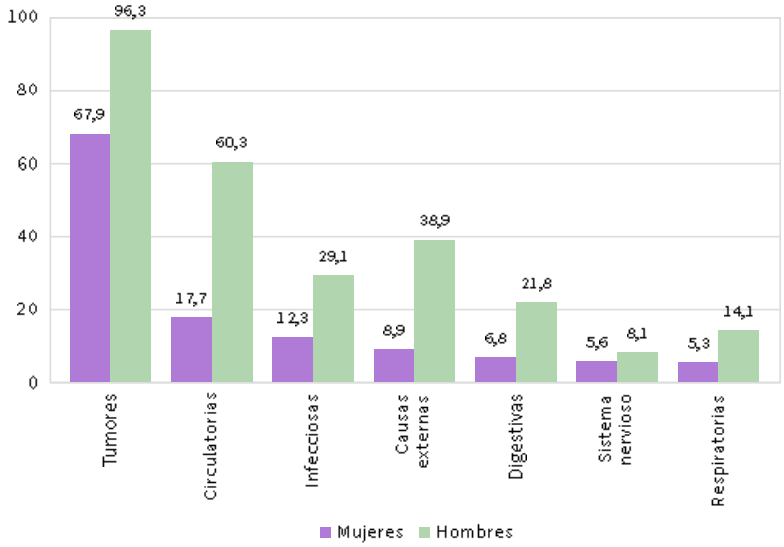
Gráfico 29. Tasa bruta de mortalidad por 100.000 de 1 a 14 años, por causa y sexo. Andalucía 2021



Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía (IECA). Informe estadístico anual de causas de mortalidad.

En el grupo de 15 a 64 años, los tumores siguen siendo la primera causa de muerte para ambos sexos, y las circulatorias ocupan el segundo lugar, mientras que las infecciosas (en mujeres) y las causas externas (en hombres) se sitúan en tercer lugar. En este rango de edad, todas las brechas de género son negativas (mayor tasa en hombres), donde las enfermedades cardiovasculares muestran la brecha más amplia (-42,6), seguidas de las causas externas (-30).

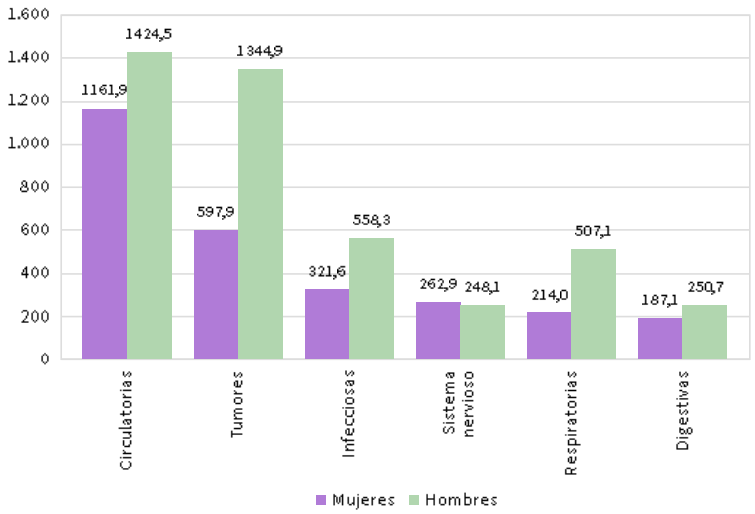
Gráfico 30. Tasa estandarizada de mortalidad por 100.000 hab. de 15 a 64 años, por causa y sexo. Andalucía 2021



Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía (IECA). Informe estadístico anual de causas de mortalidad.

Para las personas mayores de 65 años, las enfermedades circulatorias son la primera causa de muerte, seguidas de los tumores y las enfermedades infecciosas en segundo y tercer lugar, respectivamente. La mayor brecha de género se presenta en la tasa de mortalidad por tumores (-747), a distancia de las enfermedades respiratorias (-293), las circulatorias (-262) y las infecciosas (-236). En este grupo de edad, también son negativas las brechas de género en todos los grupos de causas.

Gráfico 31. Tasas estandarizadas de mortalidad por 100000 hab. en personas de 65 y más años, por causa y sexo. Andalucía 2021



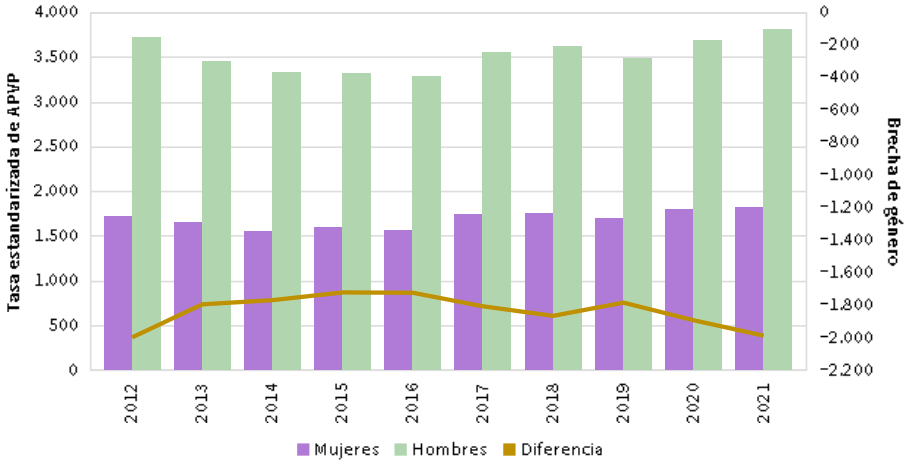
Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía (IECA). Informe estadístico anual de causas de mortalidad.

Las tasas de mortalidad en mayores de 64 años en 2021 son ligeramente inferiores a las de 2020, (aunque las diferencias no son significativas), pero siguen reflejando un aumento importante de la mortalidad en este grupo de edad respecto al último año prepandemia, estadísticamente significativo. Comparando con las tasas de mortalidad de 2019, las de 2021 suponen un incremento entre ambos años del 6,6% en los hombres y 8,4% en las mujeres (Consejería de Salud y Consumo, 2021).

Diferencias de género en la mortalidad evitable y prematura

Otros indicadores de mortalidad que pueden indicar diferencias y desigualdades en salud entre mujeres y hombres son los que nos hablan de la mortalidad prematura (Servicio de Estadísticas Sanitarias, 2023). Se entiende por mortalidad prematura la ocurrida antes de una determinada edad, que está por debajo de la esperanza de vida. Según la propuesta de indicador o su versión, esa edad límite estará un poco o bastante por debajo de la esperanza de vida al nacer. En el siguiente gráfico se pueden observar las diferencias por sexo en los años potenciales de vida perdidos (APVP), que muestran una mayor mortalidad prematura en hombres que en mujeres a lo largo del periodo 2012-2021. La brecha de género en este indicador tiene signo negativo (mayor tasa en hombres) y su amplitud se ha incrementado desde el año 2019 (-1.788,1), hasta 2020 (-1.896,6) y 2021 (-1.991,8).

Gráfico 32. Tasa estandarizada de años potenciales de vida perdidos (APVP) por 100000 hab. todas las causas, por sexo y brecha de género. Andalucía 2012-2021



Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía (IECA)

Notas: El indicador APVP está constituido para una cohorte, tomando como base el número total de años de vida que las personas fallecidas prematuramente no han vivido. Para el cálculo de los APVP, se incluyen las defunciones ocurridas antes de los 70 años, excepto las de menores de un año. Se trata de un indicador de mortalidad prematura.

En 2017 se ha cambiado la población estándar con la que se calculan los indicadores de mortalidad estandarizados: tasa estándar de mortalidad (TE), tasa estándar de años potenciales de vida perdidos (APVP), y tasa estandarizada de mortalidad evitable (Evitable). Por tanto, estos indicadores estandarizados de 2017 no son comparables con los de años previos.

En la siguiente tabla se muestran las tasas estandarizadas de APVP en cada provincia durante el periodo 2019-2021. En todas las provincias, la evolución de la brecha de género en este periodo ha seguido la misma tendencia que en el conjunto de Andalucía, esto es, todas tienen signo negativo y se ha ampliado su magnitud. La provincia que mostraba mayor tasa de APVP en el año 2021 era Almería, tanto en hombres (4.462,7) como en mujeres (2.197,7), y la que presentaba mayor brecha de género fue Huelva (-2.349).

Tabla 44. Tasa estandarizada de años potenciales de vida perdidos (APVP) por 100000 hab., por sexo y provincia. Andalucía 2019-2021

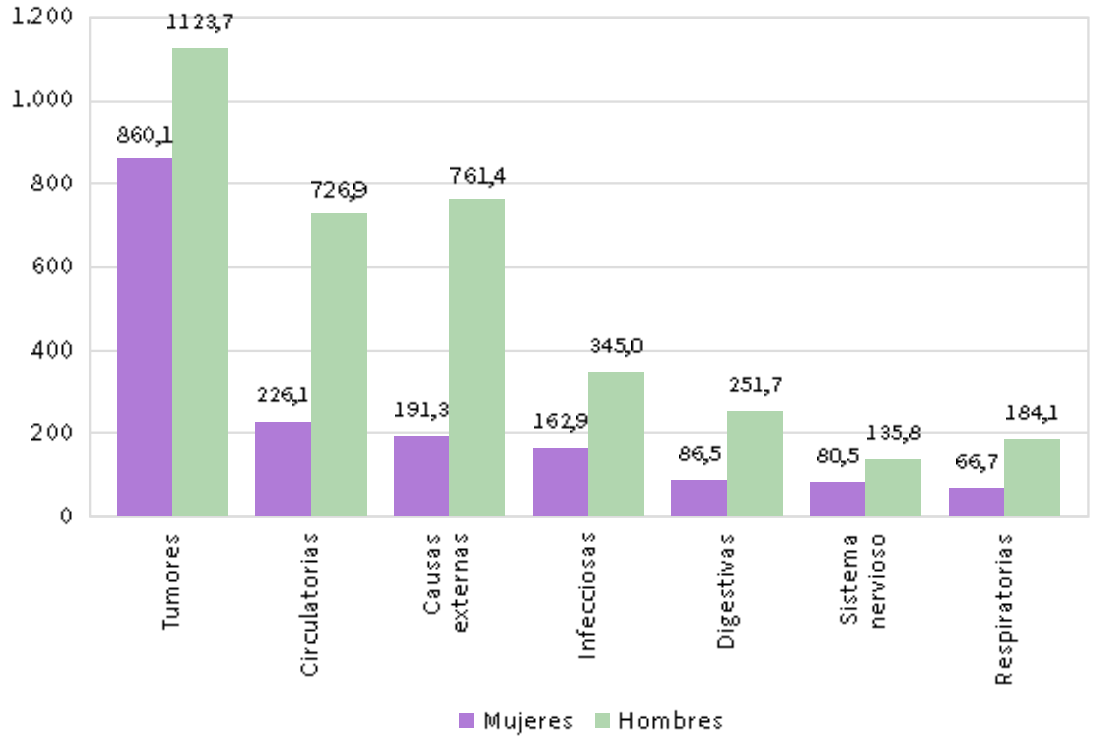
Año	Provincia	Tasa APVP/100000		
		Mujeres	Hombres	Brecha de género
2019	Almería	1666,1	3923,2	-2257,1
	Cádiz	1860,2	3489,4	-1629,2
	Córdoba	1515,9	3259,7	-1743,8
	Granada	1666,8	3411,3	-1744,5
	Huelva	1718,2	3629,6	-1911,4
	Jaén	1738,4	3625,1	-1886,7
	Málaga	1698,7	3337,1	-1638,4
	Sevilla	1665,7	3462,3	-1796,6
	Andalucía	1693,6	3481,7	-1788,1
2020	Almería	2109,4	4057,7	-1948,3
	Cádiz	1772,7	3814,3	-2041,6
	Córdoba	1696,7	3342,7	-1646,0
	Granada	1950,9	3580,0	-1629,1
	Huelva	2006,2	3689,8	-1683,6
	Jaén	1665,7	3936,9	-2271,2
	Málaga	1708,1	3515,1	-1807,0
	Sevilla	1732,9	3741,3	-2008,4
	Andalucía	1797,1	3693,7	-1896,6
2021	Almería	2197,7	4462,7	-2265,0
	Cádiz	1892,2	4011,1	-2118,9
	Córdoba	1671,9	3606,2	-1934,3
	Granada	1954,2	3666,7	-1712,5
	Huelva	1642,1	3991,4	-2349,3
	Jaén	1774,9	3776,9	-2002,0
	Málaga	1859,4	3590,7	-1731,3
	Sevilla	1654,9	3726,2	-2071,3
	Andalucía	1817,6	3809,4	-1991,8

Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía (IECA)

Si atendemos a las principales causas de mortalidad prematura, en el año 2021 los tumores siguen estando en primer lugar para ambos sexos, situación que ya se observaba en el informe de 2018 (García-Calvente, 2018). Las enfermedades circulatorias ocupan la segunda posición en mujeres (tercera en hombres) y las causas externas están en tercer lugar (segunda en hombres). Esta situación se ha constatado en otros informes sobre mortalidad prematura en Andalucía (Consejería de Salud y Consumo, 2021).

El signo de la brecha de género es negativo (mayor tasa en varones) para todos los grupos de causas, aunque la magnitud de la brecha varía considerablemente según la causa. Las causas externas presentan la mayor brecha de género (-570), seguidas de las enfermedades circulatorias (- 501) y a distancia por los tumores (-264), situación que ha cambiado respecto al informe de 2018, en el que los tumores presentaban la mayor brecha de género en APVP (García-Calvente, 2018). Las enfermedades infecciosas, que en el informe anterior contribuían con un escaso 2,5% a la mortalidad prematura, se sitúan ahora en el cuarto lugar con tasas de APVP más altas, tanto en hombres (345), como en mujeres (163).

Gráfico 33. Tasas estandarizadas de años potenciales de vida perdidos (APVP) según las principales causas de muerte, según sexo. Andalucía 2021



Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía (IECA)
Nota: Tasas estandarizadas por 100.000 habitantes entre 1 y 69 años

Además de los años potenciales de vida perdidos, existen otros indicadores para medir la mortalidad prematura evitable: la mortalidad prematura sensible a la prevención (MPSPR) y la mortalidad prematura sensible a la atención sanitaria (MPSAS). Para estos indicadores se utiliza también el término "mortalidad evitable" (Servicio de Estadísticas Sanitarias, 2023). En la tabla siguiente se muestran el número de defunciones y las tasas para ambos indicadores, en Andalucía y por provincias.

Tabla 45. Mortalidad prematura evitable sensible a la prevención (MPSPR) y mortalidad prematura sensible a la atención sanitaria (MPSAS), todas las causas, por sexo. Andalucía y provincias 2021

Indicador	Provincia	ND			TB			TE		
		Mujeres	Hombres	BG	Mujeres	Hombres	BG	Mujeres	Hombres	BG
MPSPR	Almería	194	612	-418	59,4	178,3	-118,9	61,6	200,3	-138,7
	Cádiz	338	1105	-767	58,6	189,3	-130,7	58,4	197,3	-138,9
	Córdoba	173	647	-474	49,6	184,1	-134,5	46,7	186,2	-139,5
	Granada	240	694	-454	57,2	163,1	-105,9	55,3	170,3	-115,0
	Huelva	145	454	-309	59,5	185,5	-126,0	61,4	197,9	-136,5
	Jaén	146	596	-450	52,9	209,4	-156,5	49,8	210,7	-160,9
	Málaga	471	1315	-844	60,0	169,5	-109,5	58,1	173,8	-115,7
	Sevilla	465	1576	-1111	51,3	175,8	-124,5	52,1	195,1	-143,0
	Andalucía	2170	6997	-4827	55,9	179,2	-123,3	55,2	189,2	-134,0
MPSAS	Almería	198	270	-72	60,7	78,7	-18,0	64,1	92,0	-27,9
	Cádiz	396	475	-79	68,7	81,3	-12,6	69,2	87,8	-18,6
	Córdoba	219	289	-70	62,7	82,2	-19,5	59,3	85,3	-26,0
	Granada	276	340	-64	65,8	79,8	-14,0	64,4	85,1	-20,7
	Huelva	141	175	-34	57,8	71,5	-13,7	59,4	78,2	-18,8
	Jaén	180	220	-40	65,2	77,3	-12,1	62,3	80,4	-18,1
	Málaga	488	633	-145	62,1	81,6	-19,5	60,3	84,2	-23,9
	Sevilla	567	746	-179	62,6	83,2	-20,6	63,6	94,0	-30,4
	Andalucía	2464	3146	-682	63,5	80,6	-17,1	63,1	87,0	-23,9

Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía (IECA)
Nota: ND= Número de defunciones; TB= Tasa bruta por 100000 habitantes; TE= tasa estándar por 100000 habitantes; BG= Brecha de género; MPSPR= Mortalidad prematura sensible a la prevención; MPSAS= Mortalidad prematura sensible a la asistencia sanitaria

Del total de muertes prematuras y potencialmente evitables ocurridas en Andalucía durante el periodo 2000-2019, el 62% fueron sensibles a la prevención y el 38% sensibles a la atención sanitaria, y la razón de tasas estandarizadas de mortalidad prematura evitable (MPE) entre hombres y mujeres fue de 2,55 (media de los 20 años del periodo de estudio) (Pérez-Contreras, 2021).

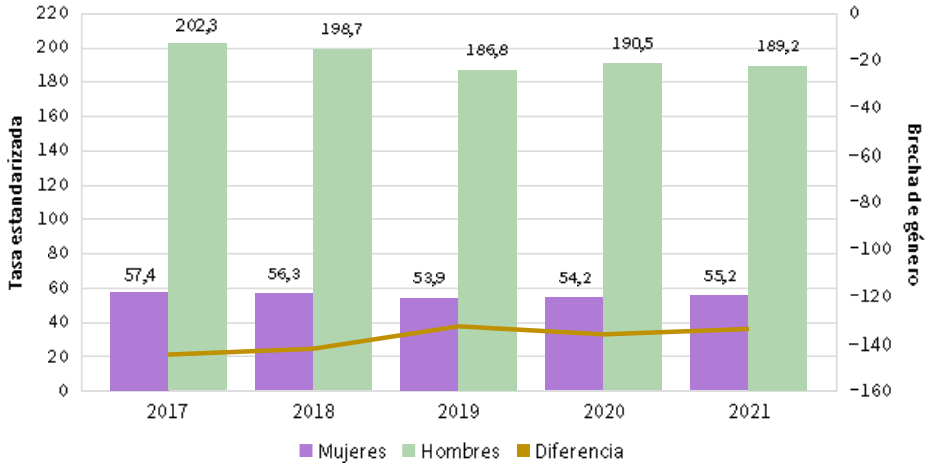
En el año 2021 se produjeron en Andalucía 2.170 defunciones prematuras de mujeres por causas sensibles a la prevención, y 6.997 defunciones de hombres por estas causas. Esta brecha de género negativa se refleja tanto en la tasa bruta (-123,3) como en la estandarizada (-134). Almería fue la provincia con mayor tasa estandarizada para mujeres, mientras que Jaén lo fue para hombres, provincia que también presentó la brecha de género más amplia.

En el caso de la mortalidad prematura sensible a la atención sanitaria, fallecieron 2.464 mujeres en Andalucía por estas causas, mientras que las defunciones en hombres fueron 3146. Esta brecha de género es también negativa en el caso de las tasas (-23,9), pero con una magnitud mucho menor que en el caso de la mortalidad prematura sensible a la prevención. Parte de las causas del listado de la OCDE/Eurostat se consideran tanto sensibles a la prevención como a la atención sanitaria, por lo que se contabilizan la mitad de las defunciones por ellas en un indicador y la mitad en el otro (por ejemplo: tuberculosis, diabetes, cardiopatía isquémica). Para este indicador, Cádiz es la provincia que presenta las tasas más altas en mujeres, y Sevilla las más altas en hombres. Sevilla también muestra la mayor brecha de género.

La mortalidad prematura por causas potencialmente evitables en Andalucía ha seguido una tendencia descendente desde el año 2000 hasta 2013-2014, con un posterior estancamiento hasta al menos 2019.

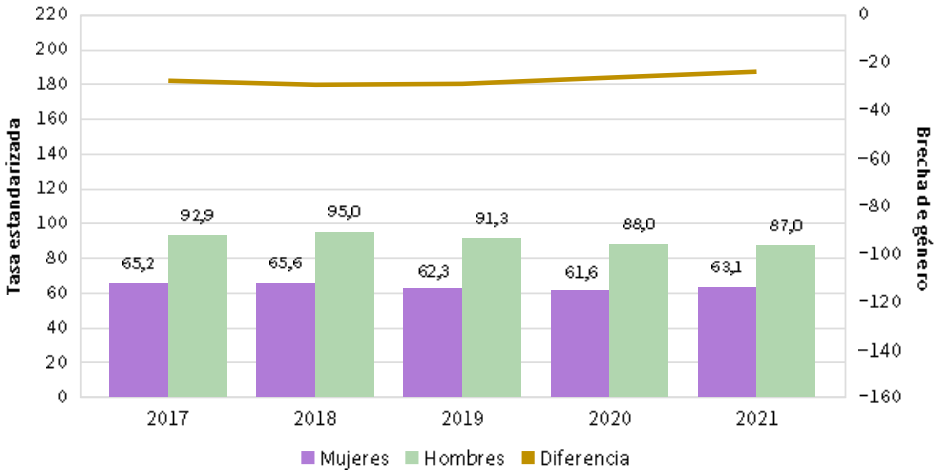
Este patrón de tendencias fue similar en hombres y mujeres (Pérez-Contreras, 2021). Si analizamos la evolución de la mortalidad prematura sensible a la prevención en los últimos cinco años disponibles, podemos observar que la tendencia era descendente desde 2017 hasta 2019, pero que se produjo un aumento en 2020 y 2021. Como se muestra en el siguiente gráfico, este cambio de tendencia se observa para ambos sexos, con una amplia brecha de género que ha ido disminuyendo progresivamente durante todo el periodo, siendo de -145 en 2017 y de -134 en 2021.

Gráfico 34. Evolución de la tasa estandarizada de mortalidad prematura sensible a la prevención (MPSPR/100000 hab.), todas las causas, por sexo. Andalucía 2017-2021



Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía (IECA)

Gráfico 35. Evolución de la tasa estandarizada de mortalidad prematura sensible a la atención sanitaria (MPSAS/100000 hab.), todas las causas, por sexo. Andalucía 2017-2021



Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía (IECA)

Respecto a la evolución de la tasa de MPSAS en Andalucía, en el mismo periodo anterior, se puede observar una tendencia decreciente para este indicador en mujeres (con un ligero repunte en el año 2021), de manera similar a lo que ocurre para los hombres. En este caso, la brecha de género se ha reducido en 2020 (-26) y 2021 (-24). Cabe señalar que la magnitud de la brecha de género es muy inferior en el caso de la MPSAS respecto a la de MPSPR, tal y como se ha comentado anteriormente.

En el periodo prepandemia (2000-2019) las causas que presentaron una tendencia peor de la mortalidad en las mujeres que en los hombres fueron principalmente el cáncer de pulmón, que aumentó de forma significativa en las mujeres (a diferencia de los hombres, en los que se redujo), y otras causas relacionadas con el consumo de tabaco, como el cáncer de labio, boca y faringe y las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores. Las principales causas con peor tendencia de mortalidad en hombres que en mujeres fueron el cáncer colorrectal y el cáncer de hígado y vías biliares intrahepáticas, mientras que en las mujeres ambas causas descendieron durante todo el periodo (Pérez-Contreras et al., 2021).

Se observa un perfil de mortalidad diferencial en Andalucía, con un claro impacto de la pandemia por covid-19 en los últimos años

Las enfermedades circulatorias siguen siendo la primera causa de muerte en mujeres en la actualidad, y suponen el 30% del total de muertes en mujeres andaluzas. Los tumores son la primera causa de muerte en hombres, contribuyendo al 29% del total de muertes en ellos. Las enfermedades infecciosas se situaron en el tercer lugar en ambos sexos, con una contribución del COVID-19 que supuso el 5,9% del total de muertes en hombres y el 5,4% en mujeres.

La mortalidad por tumores muestra la mayor brecha de género de todas las causas, con signo negativo que indica una mayor mortalidad en hombres. Entre las diez primeras causas de muerte en mujeres, las enfermedades circulatorias, del sistema nervioso, mal definidas, trastornos mentales, genitourinarias y endocrinas, presentan brechas de signo positivo (mayores tasas en mujeres).

Se sigue observando una mayor mortalidad prematura en hombres que en mujeres. La magnitud de la brecha de género en APVP se ha incrementado en los años 2020 y 2021 modificando la tendencia decreciente de años anteriores. Este aumento de la brecha de género puede estar relacionado con el impacto de la pandemia por COVID-19.

Los tumores son en la actualidad la principal causa de mortalidad prematura para ambos sexos, seguidos de las enfermedades circulatorias en mujeres y de las causas externas en hombres. Las enfermedades infecciosas se han situado como cuarta causa de mortalidad prematura en ambos sexos, aunque con tasas de APVP mucho mayores en hombres.

Existe también una clara brecha de género en mortalidad prematura sensible a la prevención y a la asistencia sanitaria, aunque la magnitud de la brecha de género en este último indicador es menor que en el primero. La tendencia descendente de la mortalidad evitable se ha revertido durante el periodo de pandemia (2020-2021) para ambos sexos, con una disminución de la brecha de género en este periodo. Hasta 2019, las causas de mortalidad evitable relacionadas con el consumo de tabaco presentaron una peor tendencia de la mortalidad en mujeres.

Además de los posibles determinantes ligados a la biología diferencial entre ambos sexos, se sabe que las normas, estereotipos y roles de género conforman modos de enfermar y de morir diferentes en hombres y en mujeres, así como patrones diferenciales en la atención sanitaria. Los comportamientos de mayor riesgo para la salud relacionados con la llamada "masculinidad tradicional", se han postulado como uno de los determinantes de la mayor mortalidad prematura en hombres. La transformación de las normas y roles de género en nuestra sociedad actual, está relacionada con la experimentación por las mujeres de determinadas condiciones, comportamientos y estilos de vida, antes considerados típicamente masculinos (mayor consumo de tabaco, mayor estrés laboral…) y que son perjudiciales para la salud. Estos fenómenos pueden condicionar la peor tendencia de mortalidad evitable en las mujeres.

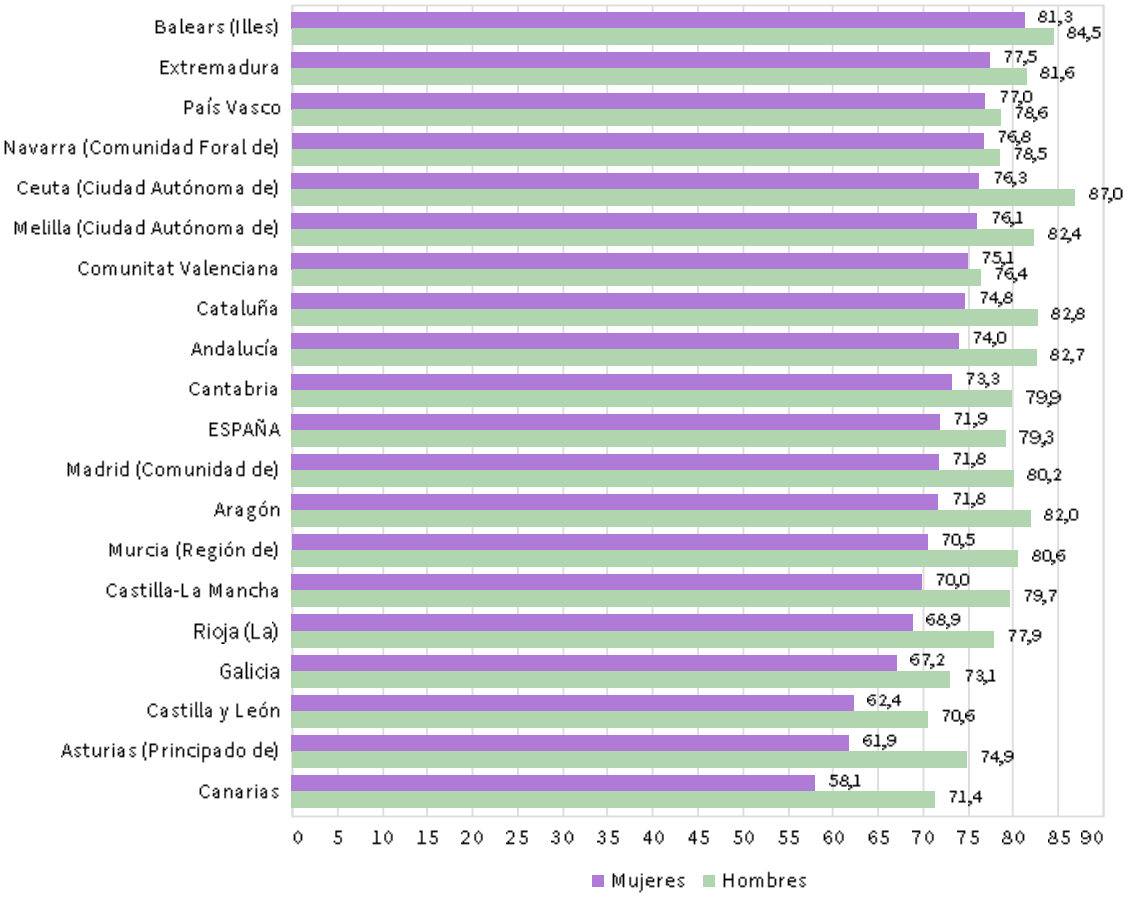
3.2.2. Desigualdades de género en salud percibida y calidad de vida

Brechas de género en la percepción de salud

La salud percibida es un excelente indicador del estado de salud de las poblaciones. Es la percepción subjetiva que tiene la persona sobre su estado de salud general y se suele referir a los últimos 12 meses. Se distinguen 5 niveles: muy bueno, bueno, regular, malo y muy malo (INE, 2023). Se trata de una medida subjetiva, obtenida a través de técnicas de encuesta, que a su vez resulta estar relacionada con otros indicadores de resultados en salud, tales como morbilidad crónica, carga de enfermedad, utilización de servicios sanitarios, e incluso mortalidad (Carreras et al., 2020).

Según los datos de la Encuesta Europea de Salud para España 2020, un 79,3% de los hombres y un 71,9% de las mujeres mayores de 15 años en nuestro país hacen una valoración positiva (buena o muy buena) de su salud (INE, 2023). Andalucía se sitúa por encima de la media nacional en este indicador, tanto en hombres (82,7%) como en mujeres (74%), con una brecha de género (-8,64) más amplia que en el conjunto del estado (-7,33). Esta situación ha mejorado respecto al Informe Salud y Género en Andalucía 2018, en el que el porcentaje de mujeres con buena salud percibida estaba por debajo de la media de España. En cuanto a la situación relativa respecto a otras comunidades autónomas, Andalucía ocupa el noveno puesto para la buena salud en mujeres, Baleares sigue siendo la región en la que se observa un mayor porcentaje de mujeres con buena salud y Canarias la que muestra un porcentaje menor. Para los hombres, Ceuta es la que tiene un mayor porcentaje de buena salud, y Castilla León la que se sitúa en último lugar.

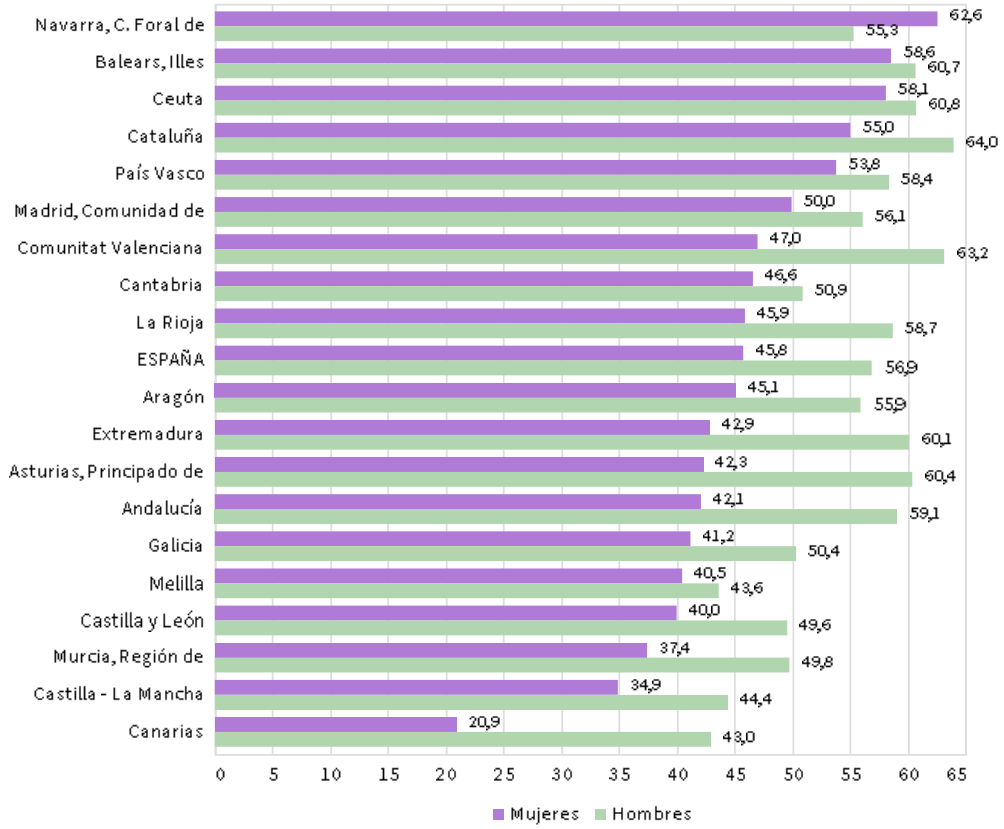
Gráfico 36. Porcentaje de personas mayores de 15 años con valoración positiva de su salud, por sexo. España y CCAA 2020.



Fuente: Elaboración propia con datos de la Encuesta Europea de Salud 2020

Si analizamos la situación de este indicador para las personas mayores (de 65 años y más), Andalucía se sitúa por debajo de la media española en el porcentaje de mujeres que valoran positivamente su salud (en el puesto número 13º entre todas las comunidades autónomas), con un 42% de mujeres que califican su salud como buena/muy buena. En el caso de los hombres, el porcentaje de andaluces mayores que valora positivamente su salud (59,1%) es mayor que la media nacional (56,9%). Navarra es la comunidad autónoma con mayor porcentaje de mujeres de esta franja de edad que valoran su salud positivamente, y la única en la que la proporción de mujeres supera a la de los hombres en buena salud. Canarias se sitúa en último lugar, y es la que presenta la mayor brecha de género (-22) en este indicador, en el que se pueden observar grandes diferencias entre comunidades.

Gráfico 37. Porcentaje de personas de 65 años y más con valoración positiva de su salud, por sexo. España y CCAA 2020



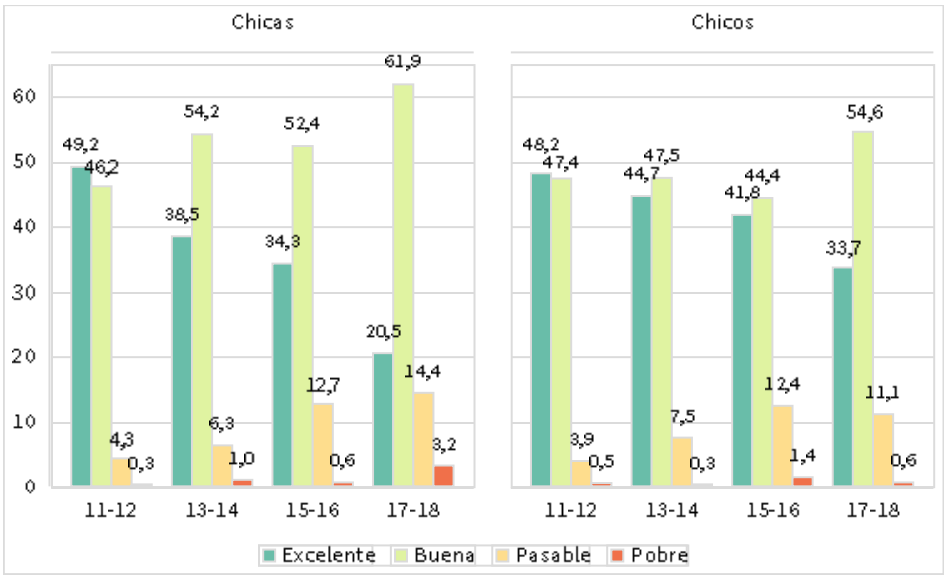
Fuente: Elaboración propia con datos de Ministerio de Sanidad, Indicadores clave del SNS

Estos datos confirman que en España la percepción de salud es peor en las mujeres que en los hombres en todas las CCAA para el caso de personas adultas (mayores de 15 años), y que esta brecha de género aumenta con la edad, alcanzando el -17% para las personas mayores de 64 años en Andalucía.

Por otra parte, y en el extremo opuesto de la edad, es importante destacar que la brecha de género en salud percibida se puede observar ya desde etapas tempranas de la vida, en la infancia y adolescencia. El Estudio sobre las Conductas Saludables de los Jóvenes Escolarizados es un proyecto auspiciado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el que participan casi 50 países occidentales. En el marco de este proyecto, cada cuatro años se realiza una recogida de datos con el objetivo principal de obtener una visión global de los estilos de vida de los adolescentes. El cuestionario recoge datos relativos a diferentes ámbitos: relaciones familiares, relaciones con los iguales, contexto escolar, ajuste psicológico, alimentación y dieta, consumo de sustancias y actividad física. Los datos de este estudio con población escolar para Andalucía (Moreno et al., 2020; Cosma et al., 2023) muestran que, mientras que a los 11-12 años no se observan diferencias en la salud percibida de chicos y chicas, ya a la edad de 13-14 años las chicas declaran una buena/excelente salud en menor porcentaje que los chicos (88,5% y 92,2% respectivamente). Este porcentaje disminuye conforme avanza la edad en ambos sexos, y a los 17-18 años el 82,4% de las chicas, frente al 88,3% de los chicos, califica su salud de buena/excelente. La brecha de género se va ampliando, y a los 17-18 años (-5,9) prácticamente se duplica la diferencia que había a los 13-14 años (-3,7) en buena/excelente salud percibida. Para el total del grupo de 11 a 18 años, la brecha de género en salud percibida excelente se acerca a los 7 puntos porcentuales (-6,9). El hecho

de que las diferencias en salud percibida aumenten conforme lo hace la edad, parece confirmar la sospecha de que la pubertad, y más en concreto la menstruación, pueda ser un hito importante para la percepción de peor salud de las chicas (Moreno y Rivera, 2022).

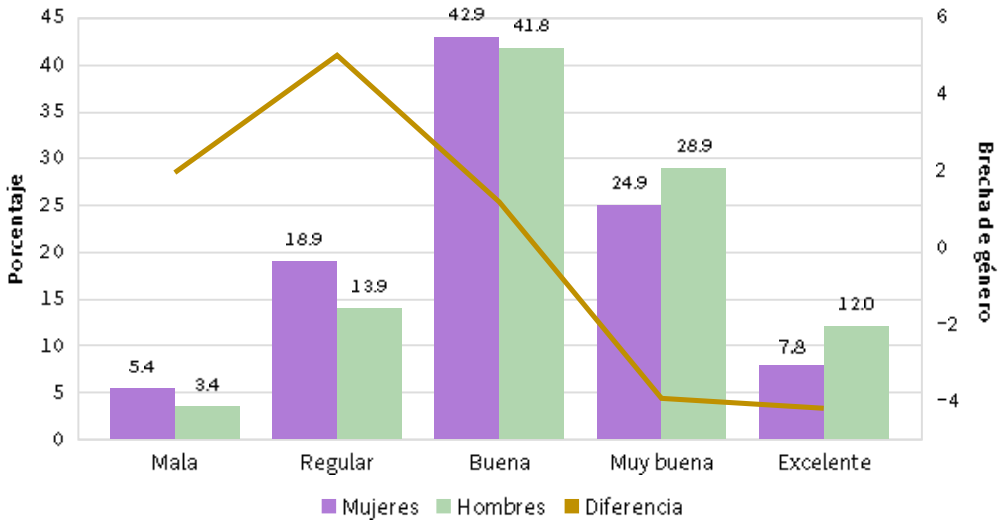
Gráfico 38. Porcentaje de chicas y chicos de 11 a 18 años según percepción de su salud, por sexo y edad. Andalucía 2018



Fuente: Elaboración propia a partir del informe del estudio HBSC 2018 para Andalucía (Moreno et al., 2020)

Si nos ceñimos a los últimos datos disponibles sobre percepción de salud en población adulta en Andalucía procedentes de la Encuesta Andaluza de Salud 2023 (Consejería de Salud y Consumo, 2023), en el siguiente gráfico se muestran los resultados por sexo para las diferentes categorías de respuesta. El 24,3% de las mujeres andaluzas declaran que su salud es mala o regular, frente al 17,3% de los hombres (brecha de 7). En el sentido contrario, el 32,7% de las mujeres considera que su salud es muy buena o excelente, mientras que lo hacen el 40,9% de los hombres, es decir, la brecha es mayor y en sentido inverso (-8,2).

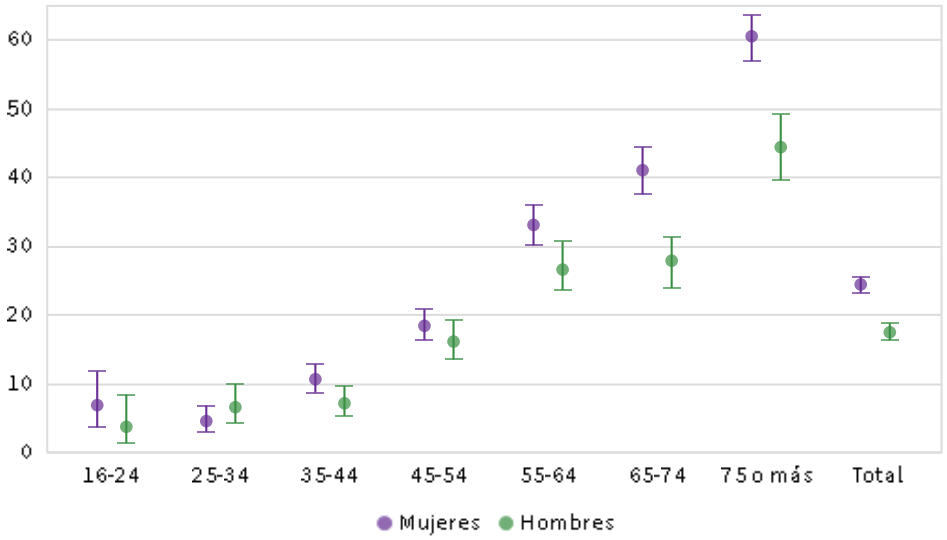
Gráfico 39. Gráfico 39. Porcentaje de población adulta (>15 años) según percepción de su salud en general, por sexo, y brecha de género. Andalucía 2023



Fuente: Elaboración propia con datos de la Encuesta Andaluza de Salud, 2023

Si observamos la percepción de salud regular o mala, teniendo en cuenta la edad, en todos los grupos las mujeres presentan peor salud que los hombres, con la sola excepción del grupo de 25 a 34 años. En las edades más mayores, el 60,4% de mujeres de 75 años y más, frente al 44,3% de hombres de esa edad declaran mala salud. (En este texto utilizaremos la denominación de "mala" para englobar la percepción de salud regular y mala).

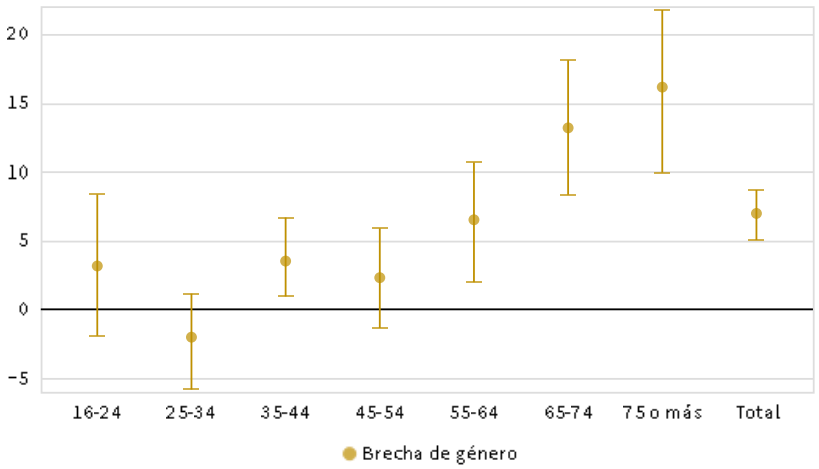
Gráfico 40. Población adulta (>15 años) con salud percibida regular o mala, por sexo y edad. Porcentajes e intervalos de confianza (IC 95%). Andalucía 2023



Fuente: Elaboración propia, con datos de la Encuesta Andaluza de Salud 2023

La diferencia global en mala salud percibida entre mujeres y hombres (brecha de 7 puntos) es estadísticamente significativa, y la magnitud de esta brecha va aumentando con la edad, siendo máxima entre las personas mayores de 74 años (16,1). Aunque en los grupos más jóvenes esta brecha no llega a alcanzar significación, sí la alcanza en el grupo de 35 a 44 años y en los de 55 años y más.

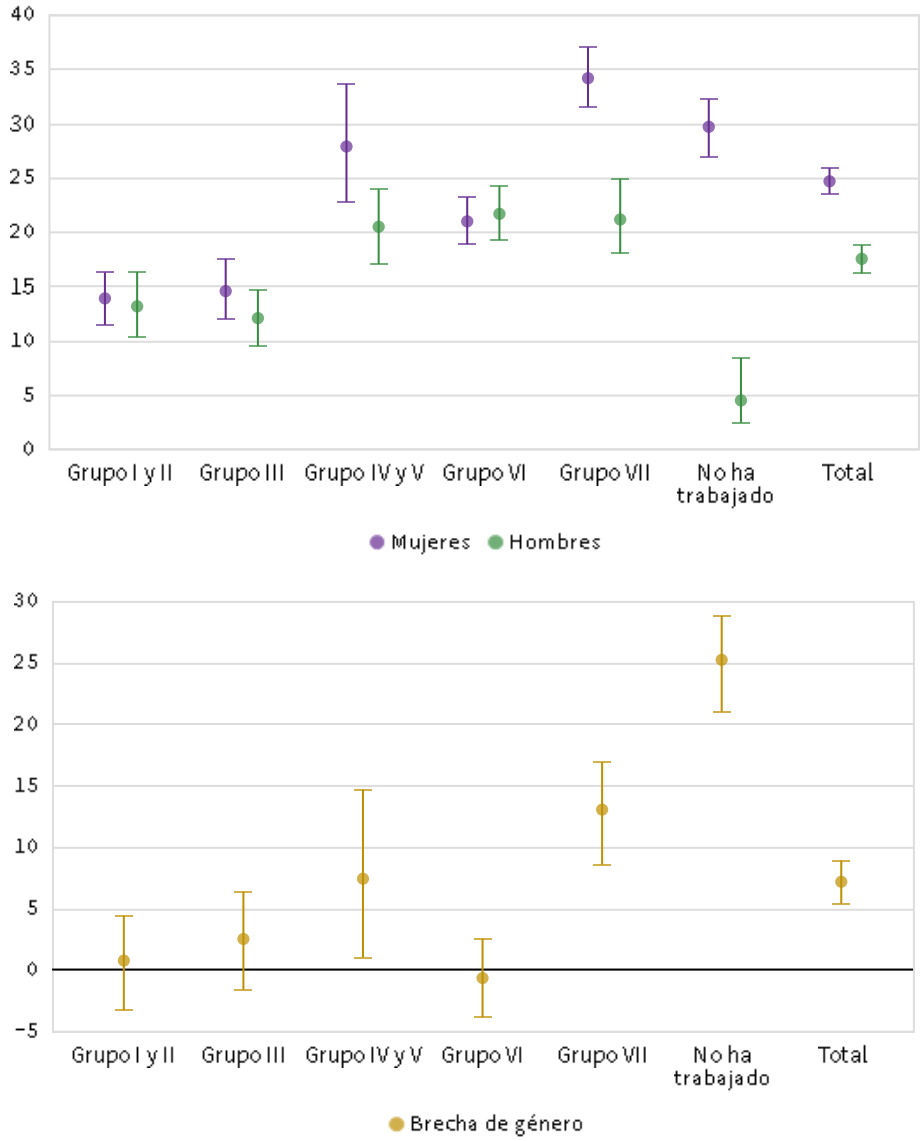
Gráfico 41. Brechas de género en población adulta con salud percibida mala o muy mala según edad (porcentajes e intervalos de confianza al 95%). Andalucía 2023



Fuente: Elaboración propia, con datos de la Encuesta Andaluza de Salud 2023

Además de la edad, otros ejes de desigualdad marcan diferencias en salud percibida entre ambos sexos. En prácticamente todos los niveles de clase social las mujeres perciben peor salud que los hombres, aumentando el porcentaje de mujeres con mala salud en los grupos de clase social más baja, las mujeres de clase social VII presentan el mayor porcentaje de mala salud, mientras que los hombres que no han trabajado muestran la prevalencia más baja. La brecha de género se va ampliando conforme la clase social disminuye, con diferencias por sexo significativas en las clases IV, V y VII y en las que no han trabajado.

Gráfico 42. Población adulta (>15 años) con salud percibida regular o mala, por sexo y clase social. Porcentajes e intervalos de confianza (IC 95%) de prevalencia y brecha de género. Andalucía 2023

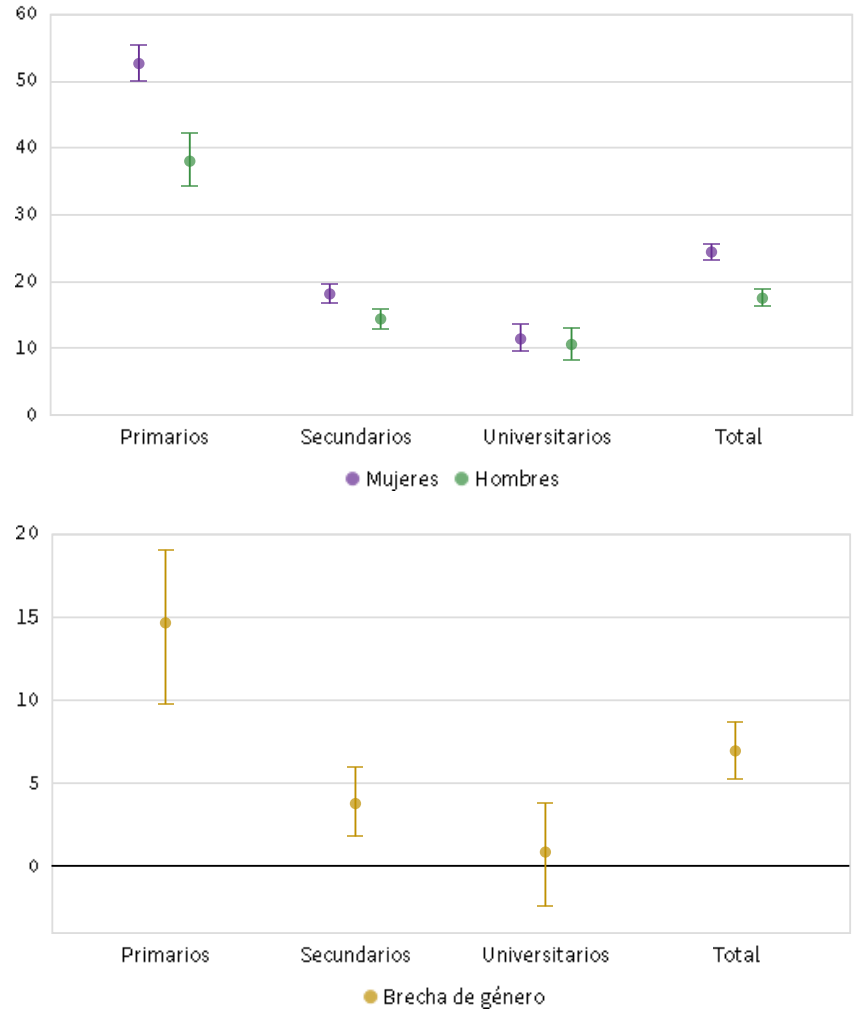


Fuente: Elaboración propia, con datos de la Encuesta Andaluza de Salud 2023

Una tendencia similar se puede observar si tenemos en cuenta el nivel de estudios alcanzado: se observa un claro gradiente en mala salud percibida, que va disminuyendo conforme aumenta el nivel de educación alcanzado. Más de la mitad de las mujeres con nivel educativo más bajo (hasta primaria) muestran mala percepción de salud (52,6%), frente a algo más de un tercio (37,9%) de hombres con el

mismo nivel de estudios. Este porcentaje disminuye al aumentar el nivel de estudios para ambos sexos, de modo que, para los estudios universitarios, el 11,3% de mujeres y el 10,5% de los hombres declaran tener mala salud. La brecha de género también muestra este gradiente, de modo que es mayor en los grupos de menor nivel educativo (14,6), y se estrecha en los grupos con estudios universitarios (0,8). Como se observa en el gráfico siguiente, las brechas de género en mala salud percibida son estadísticamente significativas en todos los niveles de educación con la excepción del grupo con estudios universitarios.

Gráfico 43. Población adulta (>15 años) con salud percibida regular o mala, por sexo y nivel de estudios. Porcentajes e intervalos de confianza (IC 95%) de prevalencia y brecha de género. Andalucía 2023

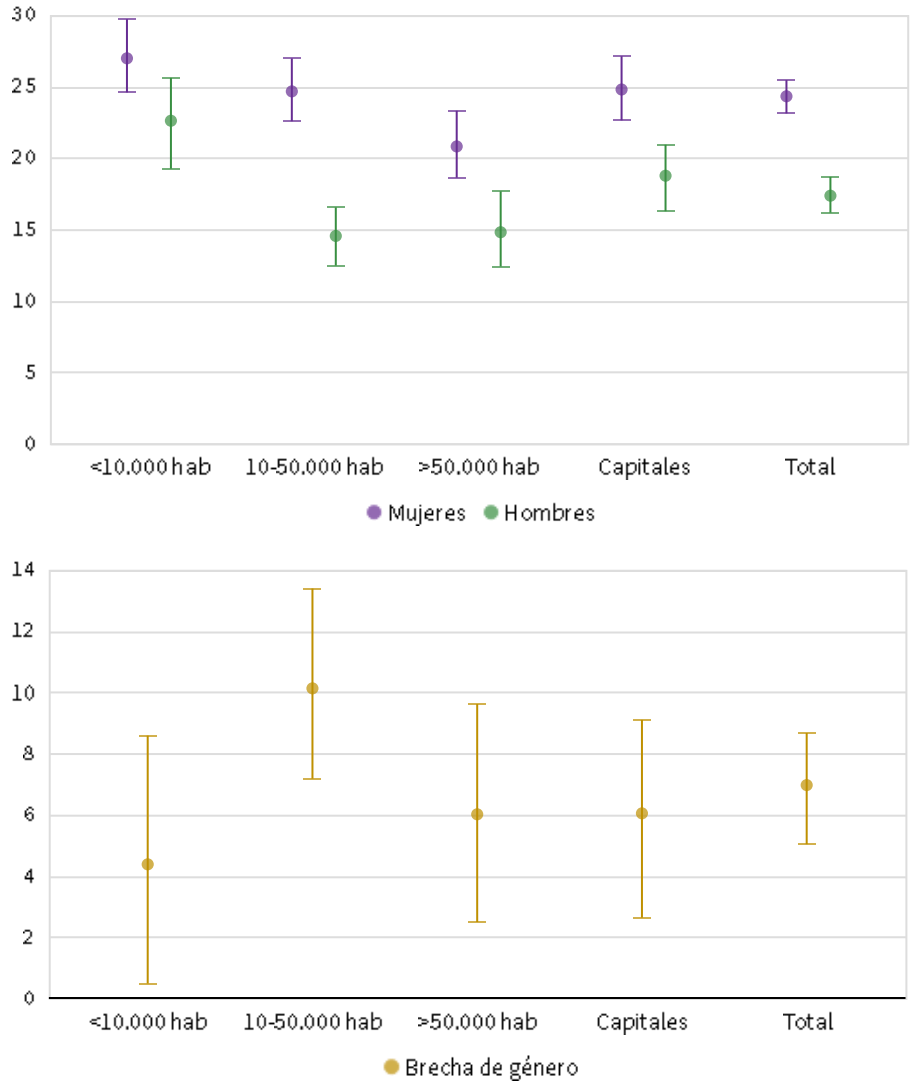


Fuente: Elaboración propia, con datos de la Encuesta Andaluza de Salud 2023

Estos datos nos muestran cómo las desigualdades en posición social (clase social y educación) interactúan con las desigualdades de género para definir la percepción de salud. Si tenemos en cuenta que las mujeres de clase social privilegiada (grupos I y II) presentan una prevalencia de mala salud 1,8% por encima de los hombres de clase social inmediatamente inferior (grupo III), podríamos afirmar que pertenecer al género femenino equivale a "bajar un escalón" en clase social en cuanto a la percepción de salud se refiere.

Como se observa en el siguiente gráfico, las mujeres tienen peor salud percibida que los hombres en todos los tamaños de hábitat. Aunque las prevalencias más elevadas de mala salud se observan en los municipios de menor tamaño, las brechas de género son más amplias en los municipios mayores, y es máxima en los de 10.000 a 50.000 habitantes.

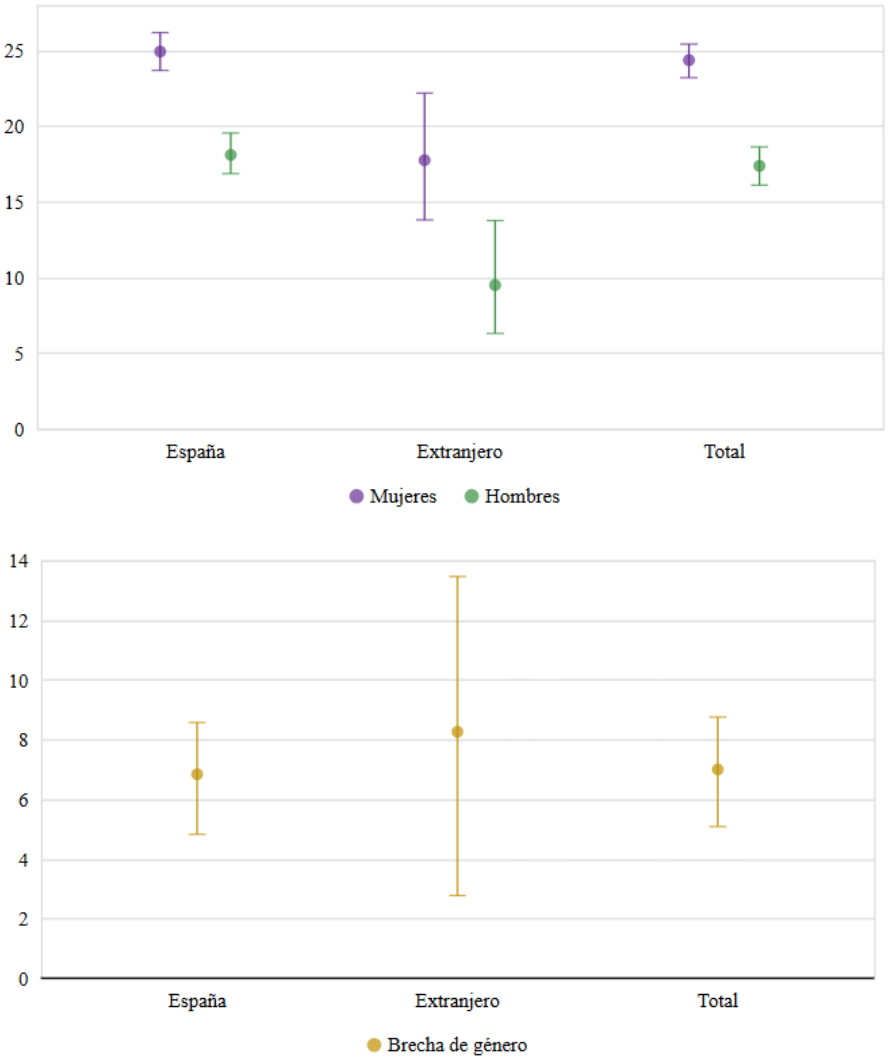
Gráfico 44. Población adulta (>15 años) con salud percibida regular o mala, por sexo y tamaño de hábitat de residencia. Porcentajes e intervalos de confianza (IC 95%) de prevalencia y brecha de género. Andalucía 2023



Fuente: Elaboración propia, con datos de la Encuesta Andaluza de Salud 2023

En cuanto al lugar de nacimiento, las mujeres nacidas en España son las que presentan peor salud (24,9%), y los hombres nacidos en el extranjero son los que declaran con menor frecuencia mala salud (9,5%). Las brechas de género son de signo positivo y estadísticamente significativas en ambos grupos, pero es más amplia en las personas nacidas en el extranjero (8,3).

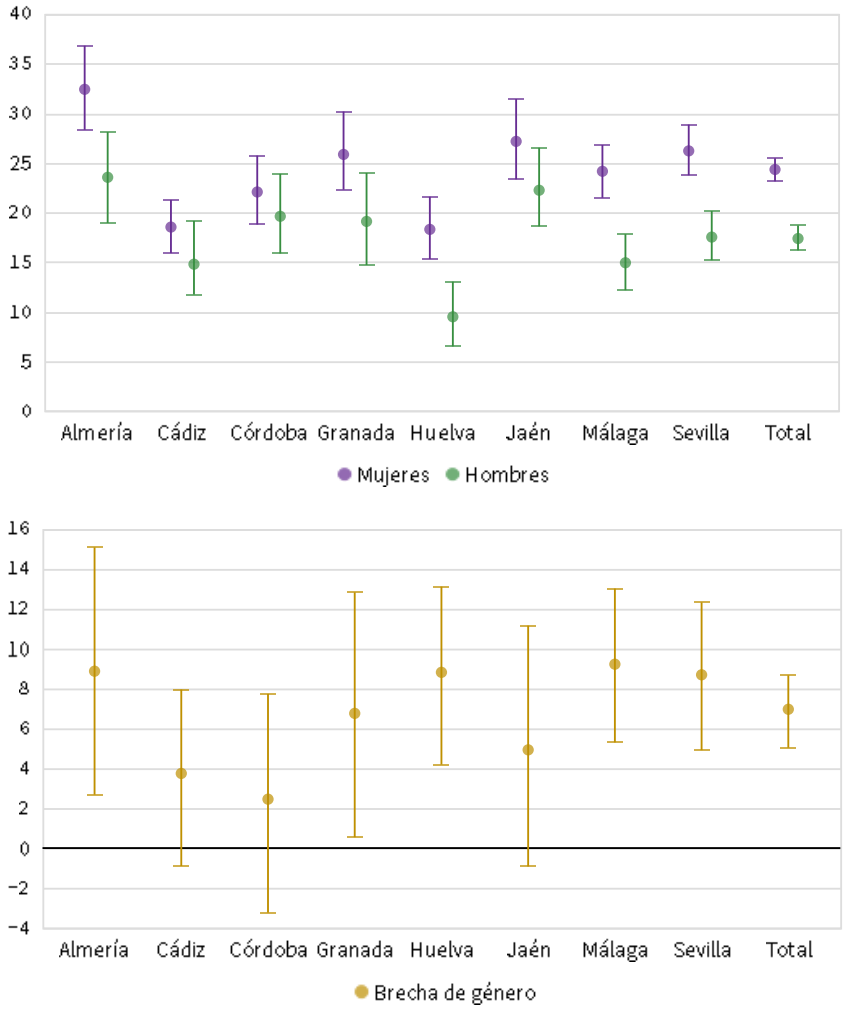
Gráfico 45. Población adulta (>15 años) con salud percibida regular o mala, por sexo y lugar de nacimiento. Porcentajes e intervalos de confianza (IC 95%) de prevalencia y brecha de género. Andalucía 2023



Fuente: Elaboración propia, con datos de la Encuesta Andaluza de Salud 2023

Si analizamos la situación por provincia de residencia, las mujeres de Almería son las que declaran con mayor frecuencia tener mala salud (32,4%), seguidas de las de Jaén, Sevilla y Granada, todas ellas por encima de la media andaluza. Para los hombres, también los residentes en Almería son los que muestran peor salud (23,5%), seguidos de los de Jaén, Córdoba, Granada y Sevilla, por encima de la media de la comunidad. En todas las provincias se aprecia una brecha de género de signo positivo, es decir, las mujeres tienen peor salud que los hombres, y estas diferencias son significativas excepto en Cádiz, Córdoba y Jaén. Las brechas de género provinciales difieren en magnitud: Málaga es la que muestra una brecha más amplia (9,2) mientras que Córdoba presenta la menor brecha (2,5).

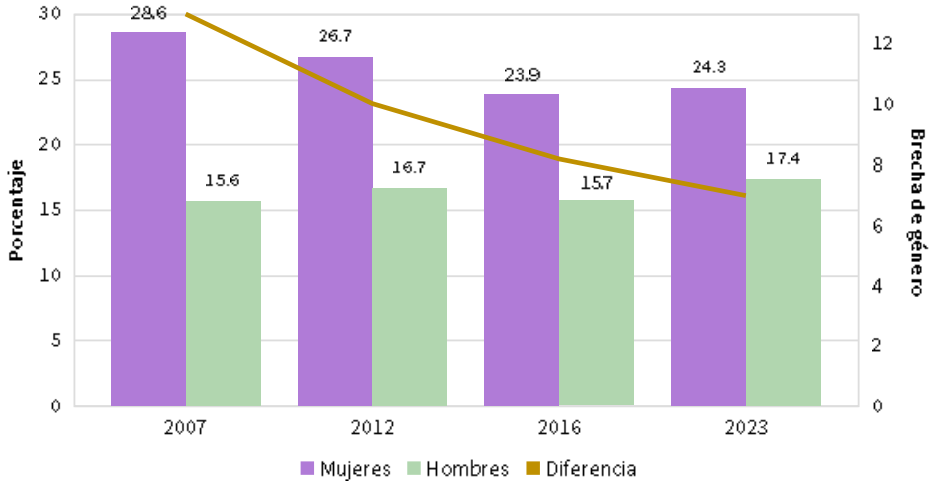
Gráfico 46. Población adulta (>15 años) con salud percibida regular o mala, por sexo y provincia de residencia. Porcentajes e intervalos de confianza (IC 95%) de prevalencia y brecha de género. Andalucía 2023



Fuente: Elaboración propia, con datos de la Encuesta Andaluza de Salud 2023

Para finalizar el análisis de la salud percibida, mostramos la evolución del porcentaje de población adulta que declara mala salud según los datos de las cuatro últimas Encuestas Andaluzas de Salud (años 2007, 2012, 2016 y 2023). Como se puede apreciar en el siguiente gráfico, la tendencia en mujeres es descendente reduciéndose en un casi un 5% (4.7%) el porcentaje de ellas que declaran mala salud desde 2007 (28,6%), hasta 2016 (23,9%), con un ligero repunte en 2023 (24,3%). La tendencia en hombres es más estable, también con un aumento en 2023 (17,4%). Los datos del último año registrado pueden estar relacionados con las consecuencias de la situación de pandemia vivida entre 2020 y 2023 y su impacto en la salud de la población.

Gráfico 47. Población adulta (>15 años) con salud percibida regular o mala, por sexo y año. Porcentaje y brecha de género. Andalucía 2007, 2012, 2016 y 2023



Fuente: Elaboración propia, con datos de las Encuestas Andaluzas de Salud 2007, 2012, 2016 y 2023

La brecha de género en este indicador se ha reducido prácticamente a la mitad en el periodo analizado, de modo que para 2007 la diferencia en mala salud entre mujeres y hombres era del 13% mientras que en 2023 la brecha fue del 6,9%. Esta disminución refleja la mejora del indicador en mujeres, mientras para los hombres se ha mantenido prácticamente estable.

A pesar de su mayor longevidad, la vida de las mujeres parece ser menos saludable que la de los hombres (Sally Macintyre, 1996)

La salud percibida es un indicador clave del bienestar de las poblaciones, que a su vez es un buen trazador del progreso de una sociedad y de la calidad de vida a nivel individual. Aunque las mujeres tienen mayor esperanza de vida que los hombres, la percepción subjetiva de su salud es peor que la de ellos. En Andalucía las mujeres declaran peor salud percibida que los hombres: el 74% de ellas valoran su salud como buena/muy buena, frente al 83% de los hombres, según datos del 2020. En relación a la media nacional esta situación ha mejorado respecto al Informe de Salud y Género del 2018 y en la actualidad Andalucía se sitúa por encima de las cifras de España. Según la VI Encuesta Andaluza de Salud, en 2023 el 24,3% de las mujeres andaluzas declaraban que su salud es mala o regular, frente al 17.3% de los hombres. Este fenómeno es similar en los países del entorno, ya que, en todos los estados miembros de la Unión Europea, la proporción de mujeres que declaran tener "mala o muy mala salud" es mayor que la de los hombres, aunque con una amplia variabilidad entre países (European Commission, 2021).

La brecha de género en salud percibida va aumentando con la edad. Aunque en todos los grupos las mujeres presentan peor salud que los hombres —con la sola excepción del grupo de 25 a 34 años—, en las edades más mayores, el 60,4% de mujeres de 75 años y más, frente al 44,3% de hombres de esa edad declaran mala salud. Es importante destacar que la diferencia en salud

percibida entre mujeres y hombres ya se inicia en edades tempranas de la vida, y empieza a ser evidente durante la adolescencia. Mientras que a los 11-12 años la brecha de género en este indicador no es significativa, sí se observa ya a los 13-14 años (un 3,7% menos de chicas perciben su salud como buena en relación a los chicos de su edad), y va aumentando con la edad hasta llegar a un 6% a los 17-18 años. Este dato señala a la pubertad como una etapa importante para las desigualdades de género en salud percibida, y es un reflejo de los efectos combinados de la edad, el sexo, las normas y valores de género y el estatus socioeconómico (Inchley, 2016).

Además de la edad, el género también intersecciona con la posición social: son las mujeres de clase social menos privilegiada y de bajo nivel de estudios las que presentan peor salud percibida, mientras que los hombres de elevada clase social y los que tienen estudios universitarios son los que muestran mejor salud percibida. La brecha de género se va ampliando conforme la clase social disminuye, y una tendencia similar se puede observar si tenemos en cuenta el nivel de estudios alcanzado, cuya brecha va aumentando conforme disminuye el nivel de educación alcanzado. Estos datos muestran cómo las desigualdades en posición social (clase social y educación) interactúan con las desigualdades de género para definir la percepción de salud. Si tenemos en cuenta que las mujeres de clase social privilegiada (grupos I y II) presentan una prevalencia de mala salud 1,8% por encima de los hombres de clase social inmediatamente inferior (grupo III), podríamos afirmar que pertenecer al género femenino equivale a "bajar un escalón" en clase social en cuanto a la percepción de salud se refiere. El lugar de residencia también marca diferencias: son las mujeres que viven en entornos rurales las que tienen peor salud percibida.

Si analizamos la evolución de este indicador con datos de las cuatro últimas encuestas andaluzas de salud observamos que en las mujeres se ha reducido la prevalencia de mala salud en casi un 5% desde 2007 (28,6%), hasta 2016 (23,9%), con un ligero repunte en 2023 (24,3%). La tendencia en hombres es más estable, también con un aumento en 2023 (17.4%). Los datos del último año registrado pueden estar relacionados con las consecuencias de la situación de pandemia vivida entre 2020 y 2023 y su impacto en la salud de la población.

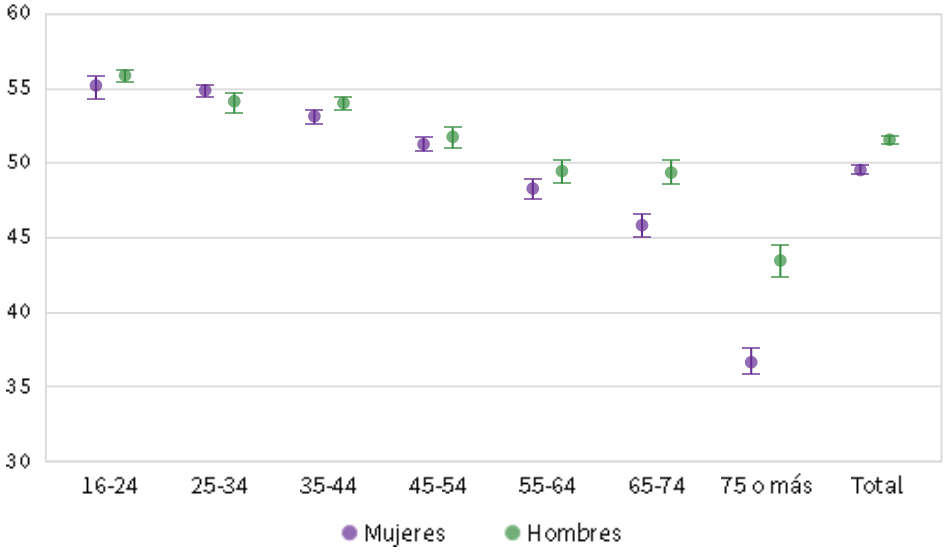
Las razones de la peor percepción de salud en las mujeres están sometidas a un amplio debate. Aunque se manejan hipótesis sobre la mayor facilidad de las mujeres para expresar sus malestares, debido a una socialización de género desde edades tempranas, hay un amplio consenso en aceptar que este es un indicador de la mayor carga de enfermedad que soportan ellas. Los hombres presentan enfermedades más graves y fatales mientras que las mujeres acumulan problemas crónicos que repercuten en la valoración de su salud, hecho que ya expresaba Thorslund (1993) al afirmar que "los hombres mueren de sus enfermedades, mientras que las mujeres tienen que convivir con ellas".

Diferencias de género en calidad de vida relacionada con la salud

Otro de los indicadores en el que se pueden observar las diferencias entre mujeres y hombres es la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS). En la Encuesta Andaluza de Salud más reciente (2023) se ha utilizado la escala SF-12 para medir este indicador, en sus dimensiones de salud física y salud emocional. El SF-12 proporciona un perfil del estado de salud y es una de las escalas genéricas más utilizadas en la evaluación de los resultados clínicos. Consta de 12 ítems derivados de las 8 dimensiones del SF-36: Función Física (2), Función Social (1), Rol físico (2), Rol Emocional (2), Salud mental (2), Vitalidad (1), Dolor corporal (1), Salud General (1) (Alonso, 2015). En este apartado analizamos las diferencias en el componente físico del SF-12 entre mujeres y hombres, ya que la salud mental tiene un capítulo específico en este informe.

Como se puede ver a continuación, las puntuaciones medias del componente físico del SF-12 en la población adulta de Andalucía son menores en las mujeres (49,5) que en los hombres (51,5), lo cual supone una brecha de género global de -2 puntos desfavorable para las mujeres. La puntuación va disminuyendo con la edad, de forma que los grupos más jóvenes (M 16-24=55,2 y H 16-24=55,8) se diferencian de los más mayores en 18,6 puntos para el caso de las mujeres y 12,4 para los hombres. La brecha de género en cambio va aumentando con la edad, de manera más evidente a partir de los 55 años, y alcanza un máximo de -6,8 puntos (desfavorable para las mujeres) en las personas de 75 y más años.

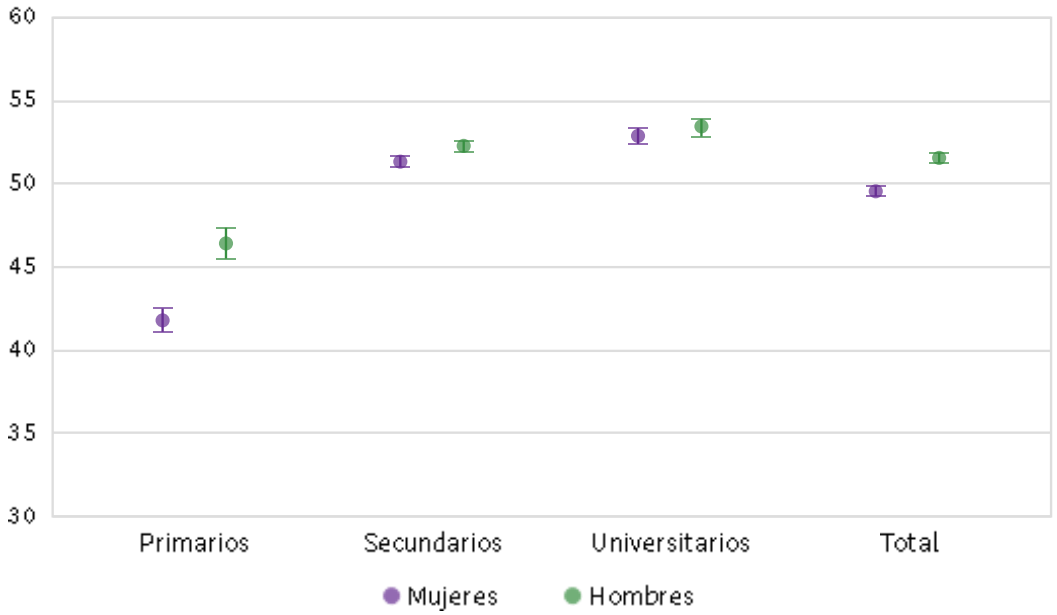
Gráfico 48. Puntuaciones medias de la escala SF-12 (componente física) por sexo y edad. Andalucía 2023



Fuente: Elaboración propia, con datos de la Encuesta Andaluza de Salud 2023

De manera inversa a lo que ocurre con la edad, la CVRS aumenta conforme lo hace el nivel de estudios alcanzado, tanto en mujeres como en hombres y las brechas de género son más amplias en el grupo de estudios primarios.

Gráfico 49. Puntuaciones medias de la escala SF-12 (componente física) por sexo y nivel de estudios. Andalucía 2023



Fuente: Elaboración propia, con datos de la Encuesta Andaluza de Salud 2023

Como se muestra en la siguiente tabla, esto ocurre de manera similar para la clase social: las mujeres de clase social menos privilegiada muestran peor CVRS y los hombres de clase social más privilegiada presentan las puntuaciones más altas. En cuanto al tipo de hábitat, las mujeres que viven en municipios más pequeños (<10.000 hab.) son las que presentan peor CVRS, así como las nacidas en España frente a las de otros países de origen.

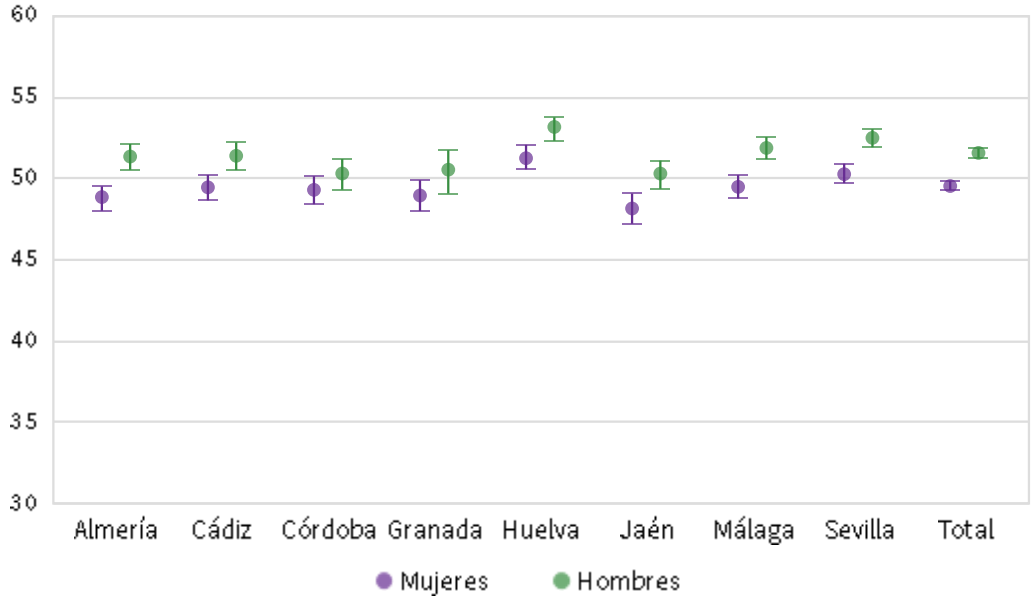
Tabla 46. Puntuación media de la escala SF-12 para el componente físico, por sexo y tamaño de hábitat, clase social y país de nacimiento. Andalucía 2023

		Mujeres			Hombres			Diferencia
		Media	Lím. inf.	Lím. sup.	Media	Lím. inf.	Lím. sup.	Media
Tamaño de hábitat	<10.000 hab	49,0	48,4	49,6	50,4	49,7	51,1	-1,4
	10-50.000 hab	49,6	49,0	50,1	52,2	51,7	52,7	-2,6
	>50.000 hab	50,4	49,7	50,9	51,8	51,1	52,4	-1,4
	Capitales	49,0	48,5	49,6	51,3	50,8	51,9	-2,3
Clase social	Grupo I y II	52,0	51,4	52,6	52,9	52,3	53,5	-0,9
	Grupo III	51,7	50,9	52,3	52,5	51,8	53,1	-0,8
	Grupo IV y V	47,9	46,4	49,2	50,9	50,1	51,8	-3,0
	Grupo VI	50,6	50,1	51,1	50,4	49,8	51,0	0,2
	Grupo VII	47,4	46,8	48,0	50,3	49,3	51,0	-2,9
	No ha trabajado	48,0	47,2	48,7	55,7	55,0	56,2	-7,7
País de nacimiento	España	49,3	49,0	49,6	51,3	51,0	51,7	-2,0
	Extranjero	51,6	50,6	52,4	53,7	52,9	54,3	-2,1

Fuente: Elaboración propia, con datos de la Encuesta Andaluza de Salud 2023

No se evidencian grandes diferencias en CVRS entre provincias: las mujeres que puntúan más bajo en la escala SF-12 son las de Jaén (48,1) mientras las de Huelva puntúan más alto (51,2); los hombres de Granada muestran las peores puntuaciones (49,0) y los de Huelva las mejores (52,3).

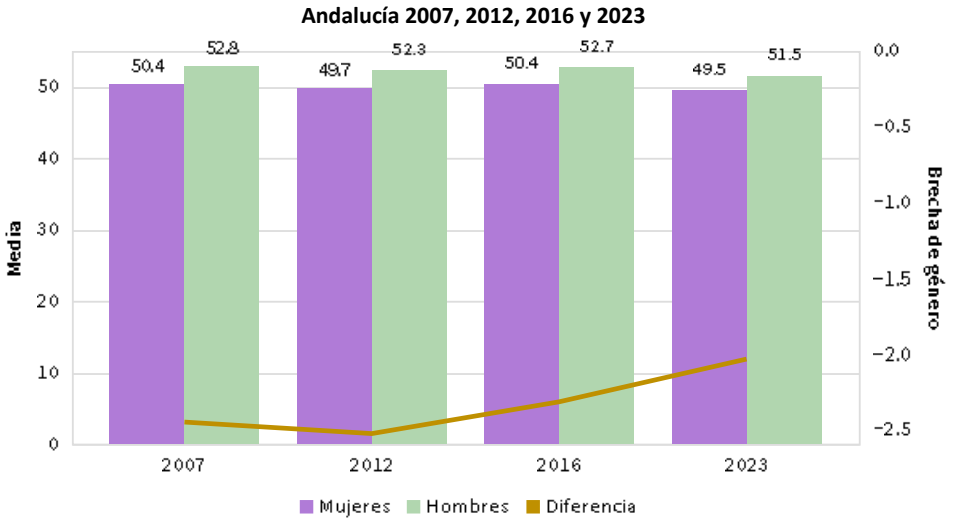
Gráfico 50. Puntuaciones medias de la escala SF-12 (componente física) por sexo y provincia de residencia. Andalucía 2023



Fuente: Elaboración propia, con datos de la Encuesta Andaluza de Salud 2023

En el siguiente gráfico se muestran las puntuaciones medias de los componentes de salud física de la escala SF de las Encuestas Andaluzas de Salud realizadas desde 2007 hasta 2023. Las mujeres puntúan peor en CVRS para todos los años, aunque la brecha de género se ha reducido ligeramente durante el periodo analizado, desde -2,5 en 2007 hasta -2,0 para 2023.

Gráfico 51. Evolución de las puntuaciones medias de la escala SF12 componente física por sexo.



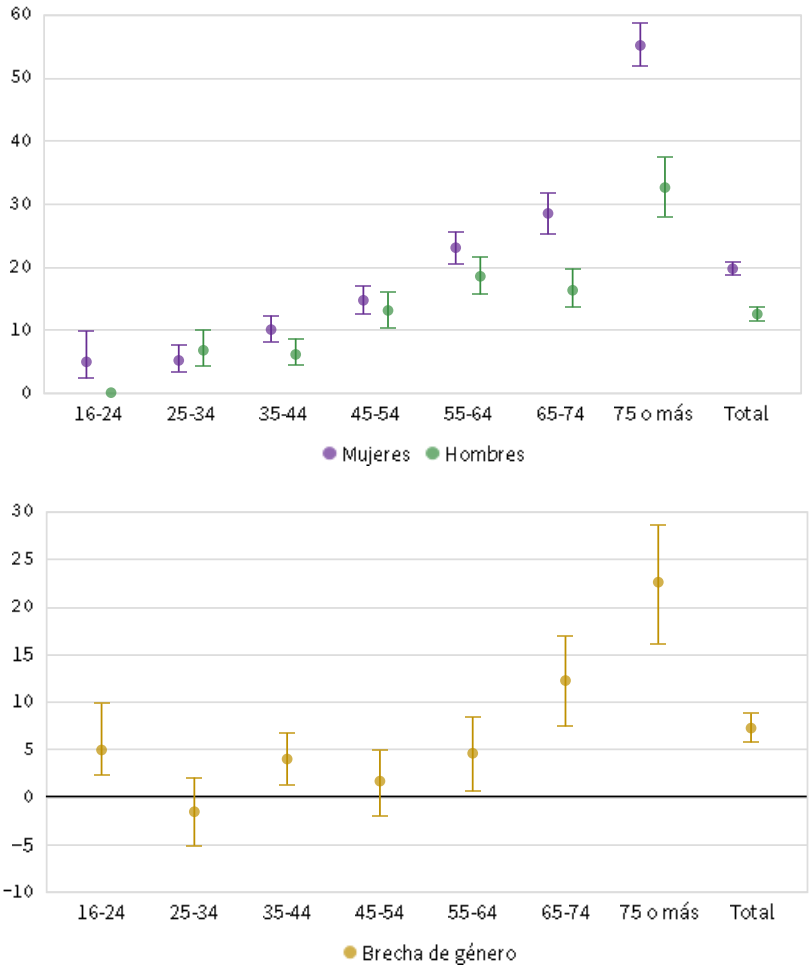
Fuente: Elaboración propia, con datos de la Encuesta Andaluza de Salud 2023

Se observa un descenso de la puntuación del SF-12 para 2023 respecto a los periodos anteriores, tanto en mujeres como en hombres, y también un empeoramiento de la CVRS en 2012 respecto a 2007. Estas variaciones coinciden con las dos crisis ocurridas en el periodo: la crisis económica iniciada en 2008 y la crisis pandémica iniciada en 2020, hechos que podrían explicar las oscilaciones en calidad de vida relacionada con la salud que muestran estos datos.

Diferencias en la frecuencia de enfermedades y padecimientos crónicos entre mujeres y hombres

El 66,4% de las mujeres y el 54,4% de los hombres adultos en Andalucía padecen alguna dolencia o enfermedad crónica, según datos de la Encuesta Andaluza de Salud 2023. La brecha de género es negativa para las personas que padecen una de estas patologías (-1,9), mientras que es positiva y más amplia en el caso de dos o más de estos padecimientos (13,8). Es decir, hay mayor proporción de hombres que no padecen ninguna enfermedad crónica o solo una y mayor porcentaje de mujeres que padecen varias de estas patologías.

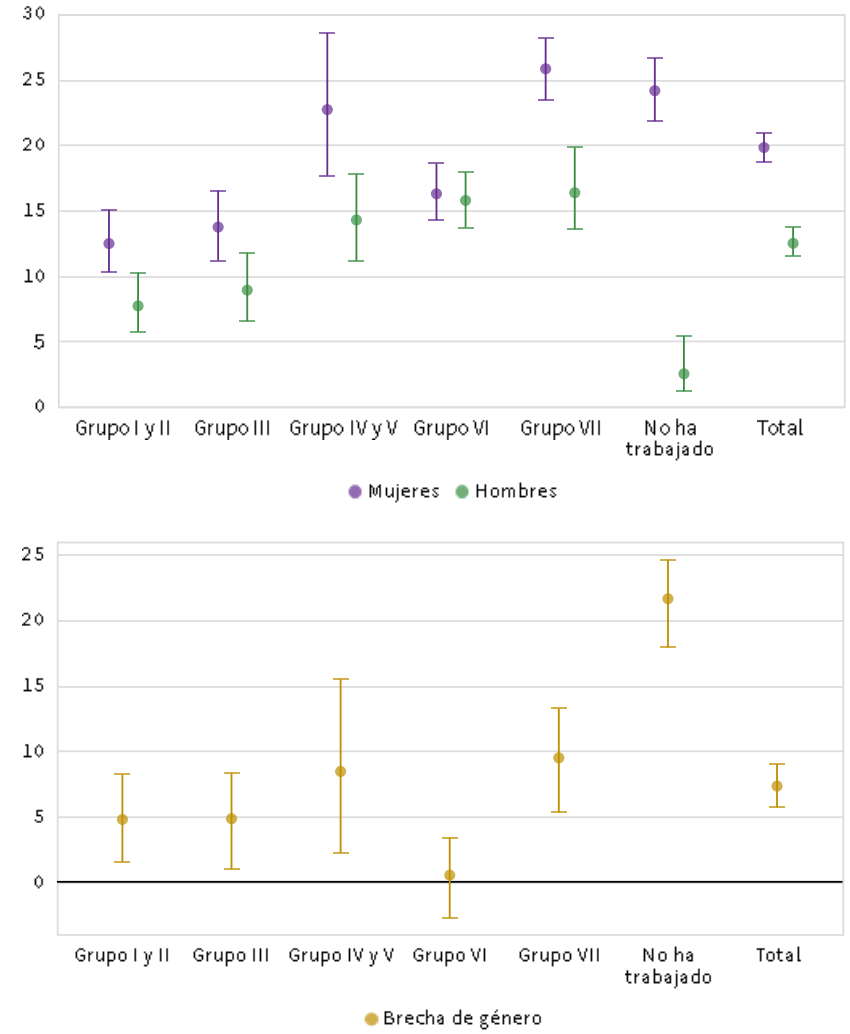
Gráfico 52. Población adulta (>15 años) que dejó de hacer algunas tareas de su trabajo o actividad cotidiana por problemas físicos en las 4 últimas semanas, por sexo y edad. Porcentajes e intervalos de confianza (IC 95%) de prevalencia y brecha de género. Andalucía 2023



Fuente: Elaboración propia, con datos de la Encuesta Andaluza de Salud 2023

El porcentaje de personas con limitación en tareas cotidianas muestra un gradiente por clase social, de modo que las mujeres de clase social más baja (grupo VII) son las que presentan con mayor frecuencia esta limitación (25,8%), mientras que los hombres que no han trabajado (2,5%) y los de clase social I y II (7,7%) son los que menos limitación declaran. Las brechas de género van aumentando conforme desciende el nivel de clase social, con la excepción del grupo VII en el que la brecha de género es la más baja y no es significativa.

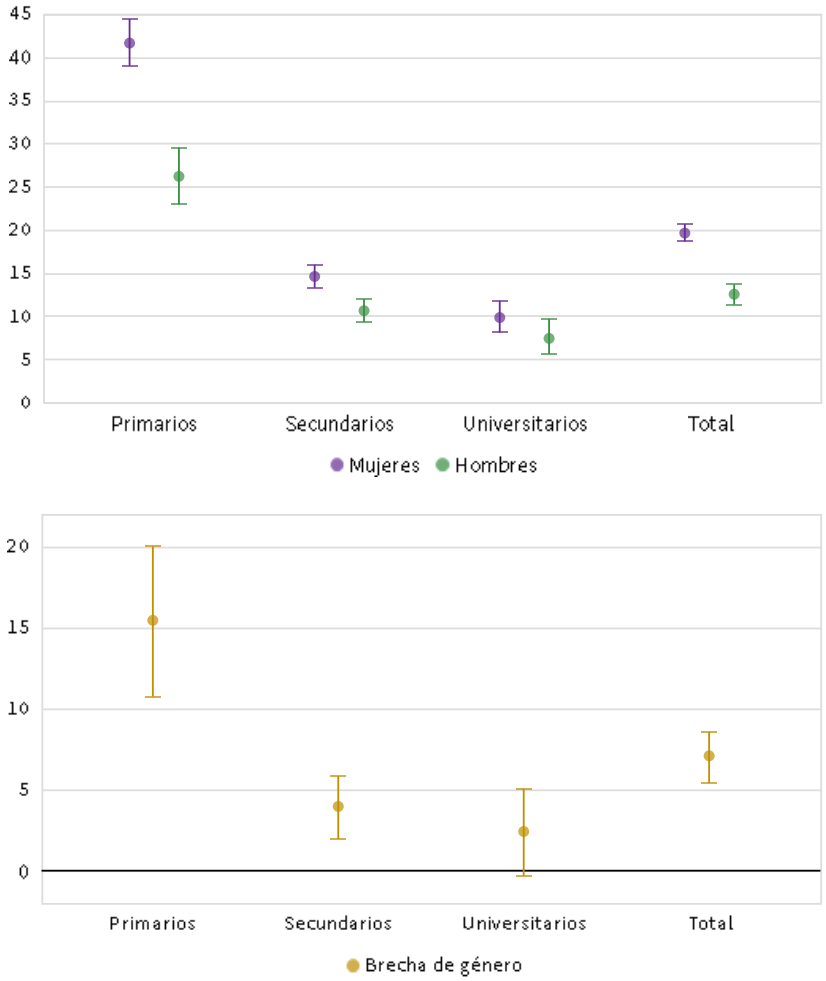
Gráfico 53. Población adulta (>15 años) que dejó de hacer algunas tareas de su trabajo o actividad cotidiana por problemas físicos en las 4 últimas semanas, por sexo y clase social. Porcentajes e intervalos de confianza (IC 95%) de prevalencia y brecha de género. Andalucía 2023



Fuente: Elaboración propia, con datos de la Encuesta Andaluza de Salud 2023

Esta tendencia es similar si tenemos en cuenta el nivel educativo: las diferencias entre hombres y mujeres son mayores en niveles educativos inferiores, con una brecha de género de 15,4 en el grupo con estudios primarios y de 2,4 en el grupo de estudios universitarios. Estas diferencias son significativas excepto para este último grupo.

Gráfico 54. Población adulta (>15 años) que dejó de hacer algunas tareas de su trabajo o actividad cotidiana por problemas físicos en las 4 últimas semanas, por sexo y nivel de estudios alcanzado. Porcentajes e intervalos de confianza (IC 95%) de prevalencia y brecha de género. Andalucía 2023

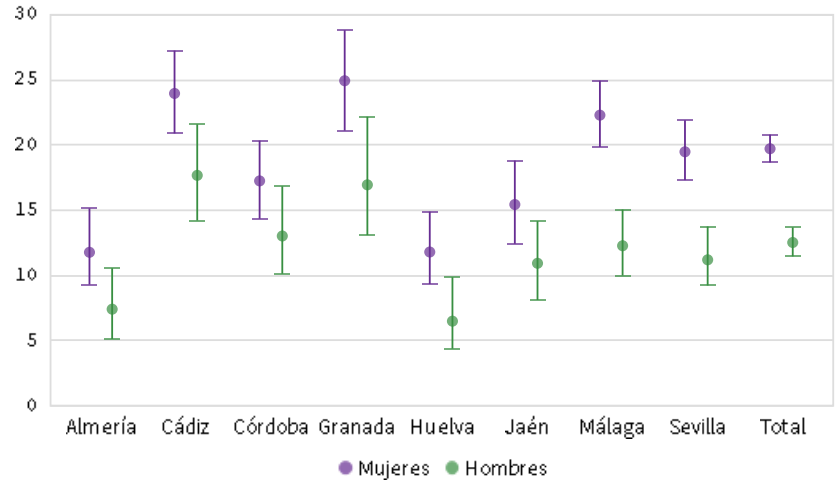


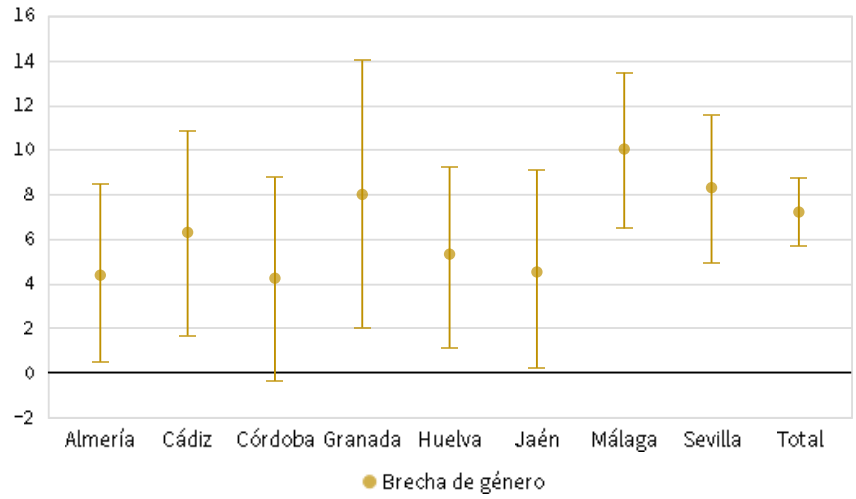
Fuente: Elaboración propia, con datos de la Encuesta Andaluza de Salud 2023

La prevalencia de limitación de la actividad por problemas físicos no muestra un gradiente claro por tamaño de hábitat, aunque son las mujeres que viven en las capitales de provincia las que presentan una mayor frecuencia (20,7%) y los hombres de municipios intermedios (entre 10000 y 50000 hab.) los de menor prevalencia (11.2%). Las brechas de género son de signo positivo (perjudicial para las mujeres) y estadísticamente significativas en todos los tamaños de hábitat, con las brechas de mayor magnitud en las capitales (8,7) y municipios intermedios (8,4). Según el país de nacimiento, los hombres nacidos en el extranjero son los que muestran menor frecuencia de limitación (4,9%) y las mujeres nacidas en España las de mayor frecuencia (20,1%). La brecha de género en este indicador es mayor en población nacida en el extranjero (9,7) que en la nacida en España (6,9), con diferencias estadísticamente significativas en ambos casos.

En el gráfico siguiente se muestra la situación por provincia de residencia. Las mujeres de Granada, Cádiz y Málaga son las que declaran una prevalencia mayor de limitación para las tareas cotidianas, mientras que los hombres de Almería y Huelva la menor. Las brechas de género más amplias de observan en las provincias de Málaga, Sevilla y Granada, por ese orden.

Gráfico 55. Población adulta (>15 años) que dejó de hacer algunas tareas de su trabajo o actividad cotidiana por problemas físicos en las 4 últimas semanas, por sexo y provincia de residencia. Porcentajes e intervalos de confianza (IC 95%) de prevalencia y brecha de género. Andalucía 2023

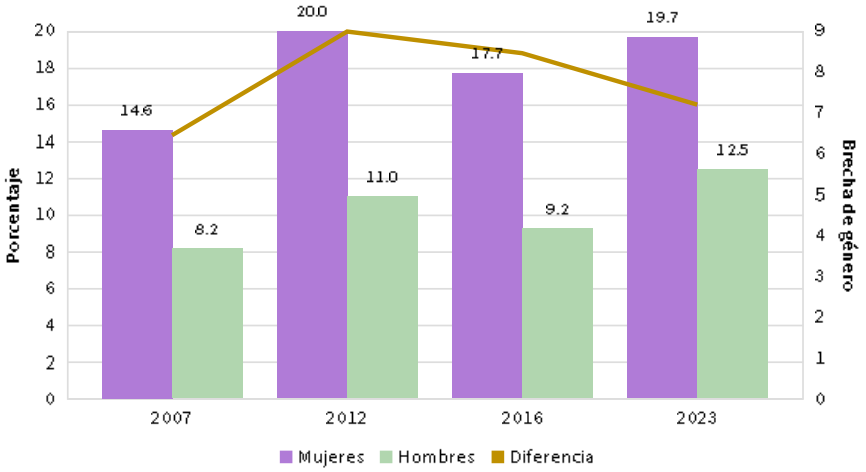




Fuente: Elaboración propia, con datos de la Encuesta Andaluza de Salud 2023

En el gráfico a continuación se presentan los datos de evolución del indicador de limitación de tareas cotidianas en las cuatro últimas Encuestas Andaluzas de Salud para población adulta. Se observa que en todos los años analizados el porcentaje de mujeres con limitación es mayor que el de hombres. La cifra ha aumentado desde 2007 hasta 2023, con un máximo de 20% en 2012. En 2027 se redujo para aumentar de nuevo en 2023 (19,7%).

Gráfico 56. Evolución de la población adulta (>15 años) que dejó de hacer algunas tareas de su trabajo o actividad cotidiana por problemas físicos en las 4 últimas semanas, por sexo y año. Porcentajes de prevalencia y brecha de género. Andalucía 2007, 2012, 2016, 2023



Fuente: Elaboración propia, con datos de las Encuestas Andaluzas de Salud 2007, 2012, 2016 y 2023

Para los hombres la tendencia es similar, aunque la prevalencia es menor: prácticamente la mitad que la de las mujeres en cada año. La brecha de género fue menor en 2007 para aumentar en 2012 y descender a partir de este año.

La brecha de género en calidad de vida aumenta con la edad y son las mujeres mayores empobrecidas las que presentan más limitaciones para las actividades cotidianas

La calidad de vida relacionada con la salud es peor en las mujeres que en los hombres: las puntuaciones medias del componente físico del SF-12 en la población adulta de Andalucía son menores en las mujeres (49,5) que en los hombres (51,5), lo cual supone una brecha de género global de -2 puntos desfavorable para las mujeres. La puntuación de esta escala va disminuyendo con la edad, al tiempo que la brecha de género va aumentando, de manera más evidente a partir de los 55 años, y alcanza un máximo en las personas de 75 y más años.

De manera inversa a lo que ocurre con la edad, la CVRS aumenta conforme lo hace el nivel de estudios alcanzado, y las brechas de género son más amplias en el grupo de estudios primarios. Esto ocurre de manera similar para la clase social: las mujeres de clase social menos privilegiada muestran peor CVRS y los hombres de clase social más privilegiada presentan las puntuaciones más altas. Este fenómeno es similar a lo que ocurre con la percepción de salud, como hemos comentado anteriormente.

En cuanto a la evolución de la CVRS, se observa un descenso de las puntuaciones medias del SF-12 para 2023 respecto a los periodos anteriores, tanto en mujeres como en hombres, así como un empeoramiento en 2012 respecto a 2007. Estas variaciones coinciden con las dos crisis ocurridas en el periodo analizado: la crisis económica iniciada en 2008 y la crisis pandémica iniciada en 2020, hechos que podrían explicar las oscilaciones en calidad de vida relacionada con la salud que muestran estos datos.

La calidad de vida relacionada con la salud tiene mucho que ver con las limitaciones para realizar las tareas habituales. El 19,7% de las mujeres adultas, frente al 12,5% de los hombres, tuvieron que dejar de hacer tareas en su trabajo o actividad cotidiana por problemas físicos. Aunque en todas las edades las mujeres mostraron mayor porcentaje de limitación de la actividad, la brecha de género va aumentando con la edad hasta un máximo de 22,6 puntos porcentuales en mayores de 74 años. La prevalencia de limitación en las actividades cotidianas muestra un gradiente por clase social, de modo que más del 25% de las mujeres de clase social más baja presentan estas limitaciones, en contraste con el 7,7% de los hombres de clase social privilegiada. Las brechas de género van aumentando conforme desciende el nivel de clase social y esta tendencia es similar si tenemos en cuenta la educación: las diferencias entre hombres y mujeres son mayores en las clases sociales y niveles educativos más bajos.

La peor salud y calidad de vida de las mujeres mayores es la culminación de los acontecimientos que se van sucediendo en etapas vitales más tempranas (OMS, 2016a). Los estereotipos de género en la juventud, los trabajos más precarios e informales en las edades medias de la vida, el coste de los cuidados, las carreras profesionales interrumpidas y la brecha de género salarial que se produce con la maternidad (Grimshaw y Rubery, 2015), condicionan una peor calidad de vida en las mujeres mayores. Además, las mujeres constituyen la mayoría de la población mayor, más a partir de los 80 años, y tienen mayor riesgo de pobreza en casi todos los países europeos, en especial aquellas mujeres mayores que viven solas (Rodrigues, Huber y Lamura, 2012).El envejecimiento se asocia también a mayores tasas de discapacidad, de tal forma que en Europa entre un 25 y un 50% de las mujeres mayores tienen limitaciones funcionales para las actividades de la vida diaria, de modo que los efectos sociales y en salud del envejecimiento son diferentes para las mujeres (Hubbard y Rockwood, 2011).

3.2.3. Morbilidad diferencial y padecimientos crónicos

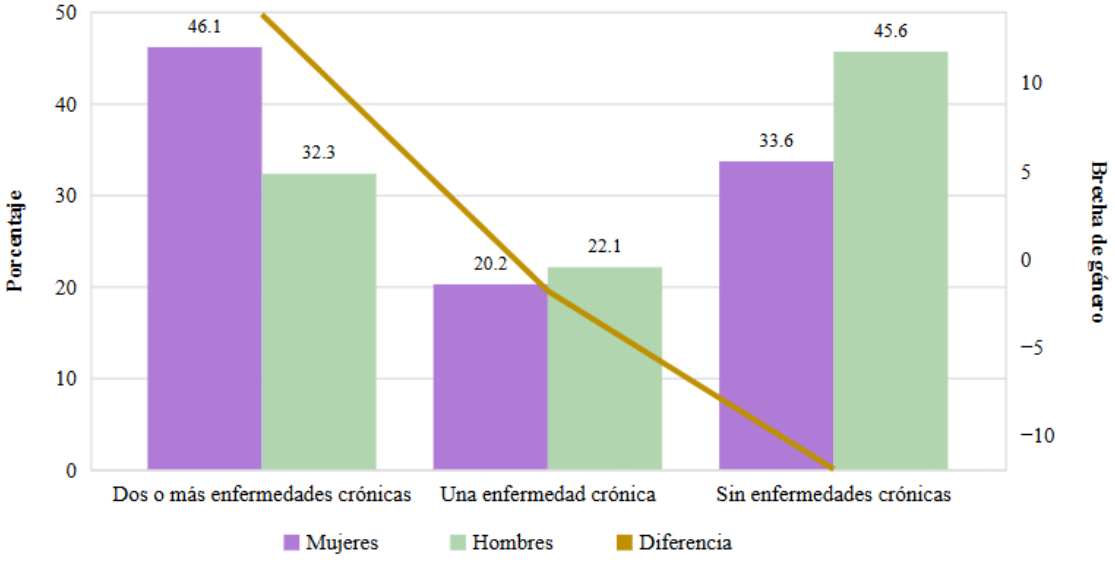
Se sabe que, las mujeres suelen ser más proclives a expresar su malestar y declarar una peor percepción de su salud, en parte debido a las normas y mandatos de género que indican que, según el modelo de masculinidad tradicional, los hombres no deben manifestar sus quejas y tienen que mantener el estereotipo de "hombres duros" (García-Calvente et al., 2012). Sin embargo, este hecho por sí solo no explica las desigualdades en salud percibida, ya que la peor salud de las mujeres responde sobre todo a una mayor carga de enfermedad (Malmusi et al., 2012; Phillips et al., 2023).

Las diferencias de sexo y desigualdades de género en salud no sólo se manifiestan en las brechas en mortalidad o percepción de salud. Un adecuado análisis de género de la salud también requiere observar las diferencias y similitudes entre mujeres y hombres en la carga de enfermedad. Para ello hay que analizar estas diferencias tanto en la frecuencia de enfermedad como en el tipo de malestares, padecimientos o patologías que unas y otros sufren. En este apartado nos hemos enfocado a analizar la carga de enfermedad crónica que padecen mujeres y hombres adultos en nuestra comunidad.

Diferencias en la frecuencia de enfermedades y padecimientos crónicos entre mujeres y hombres

El 71,8% de las mujeres y el 60,8% de los hombres mayores de 15 años en Andalucía padecen alguna dolencia o enfermedad crónica, según datos de la Encuesta Sanitaria y Social de Andalucía (ESSA) en 2021. La brecha de género es negativa para las personas que padecen una de estas patologías (-5,1), mientras que es positiva y más amplia en el caso de dos o más de estos padecimientos (la brecha es 16). Es decir, hay mayor proporción de hombres que no padecen ninguna enfermedad crónica o solo una y mayor porcentaje de mujeres que padecen varias de estas patologías.

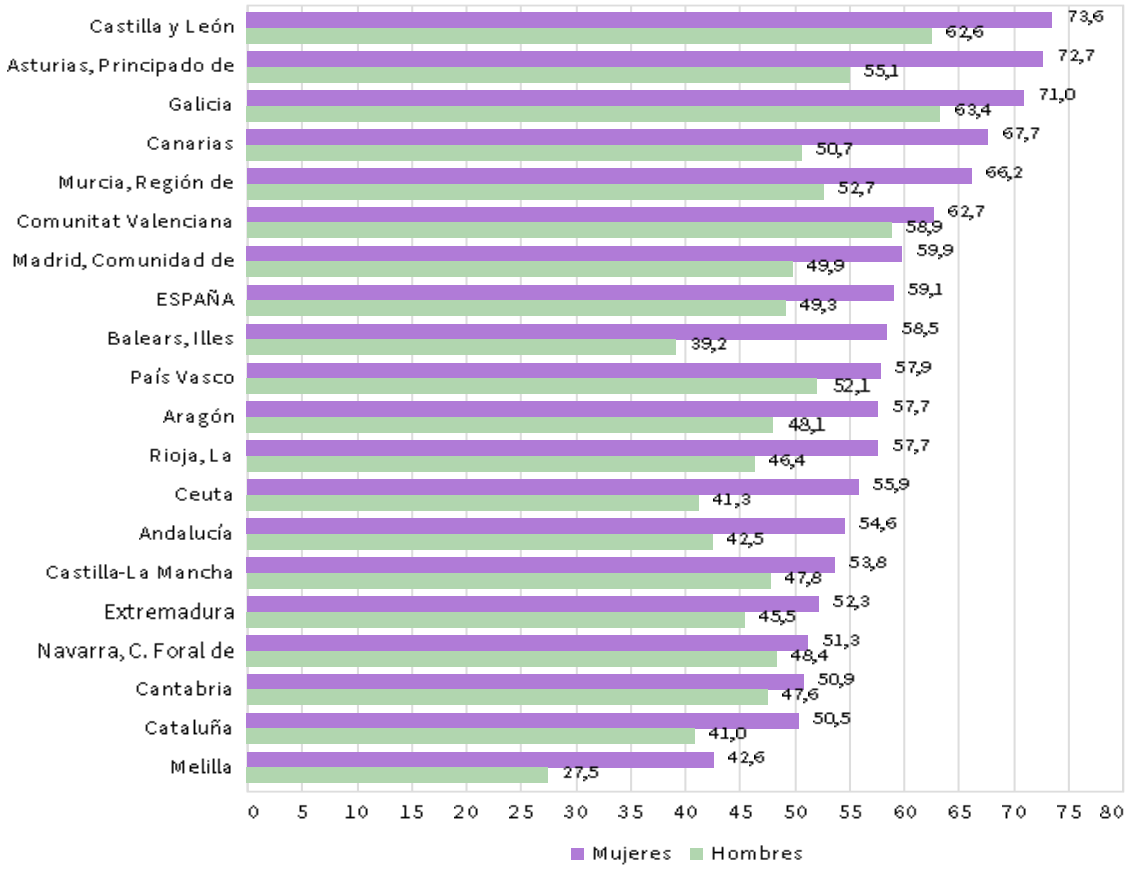
Gráfico 57. Población adulta según el padecimiento de alguna enfermedad crónica, porcentaje según sexo y brecha de género. Andalucía 2021



Fuente: Elaboración propia, con datos de la Encuesta Sanitaria y Social de Andalucía, 2021

Si ponemos estos datos en el contexto nacional, la Encuesta Europea de Salud para España 2020 (Ministerio de Sanidad, 2020) arroja cifras inferiores a las presentadas anteriormente: el 48,7% de la población adulta de Andalucía padecía alguna enfermedad o problema de salud crónico percibido, por debajo de la media nacional (54,3%). Para las mujeres este porcentaje era del 54,6%, mientras que para los hombres fue del 42,5%, en ambos casos también por debajo de la media de España.

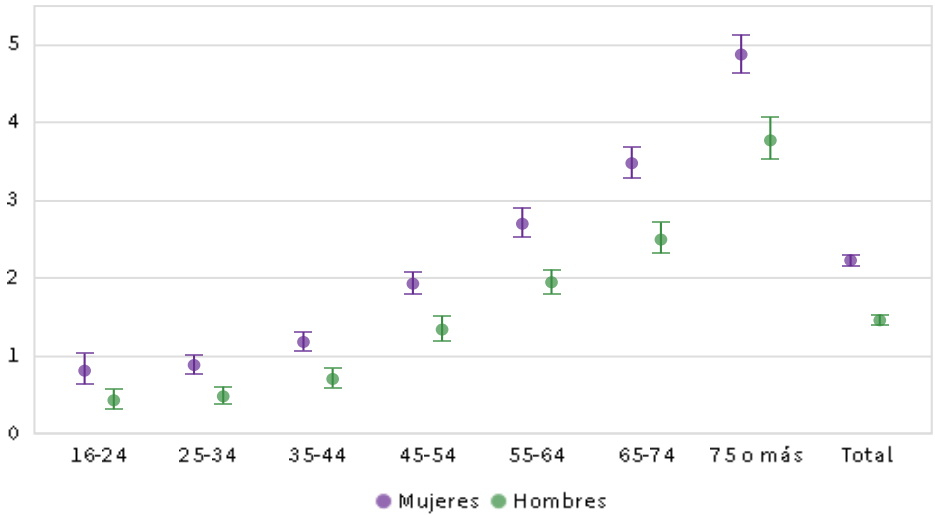
Gráfico 58. Población adulta (>15 años) con alguna enfermedad o problema de salud crónico percibido, porcentaje según sexo y comunidad autónoma. España y Comunidades Autónomas, 2020



Fuente: Elaboración propia con datos de Ministerio de Sanidad, Encuesta Europea de Salud para España 2020

También existen diferencias en el número de enfermedades o padecimientos crónicos que declaran hombres y mujeres. Las mujeres padecen como media casi el doble de problemas crónicos por persona (2,2) que los hombres (1,4), con una brecha de género de 0,8. Esta diferencia no es la misma en todos los grupos de edad: tanto el número de problemas padecidos como la brecha de género va aumentando conforme aumenta la edad. Como se puede observar en el siguiente gráfico, la media de padecimientos crónicos por persona es mayor en mujeres que en hombres en todos los grupos de edad, con diferencias significativas. La mayor brecha de género la presentan las personas de 75 años y más (1,1), grupo en el que las mujeres padecen una media de 4,9 problemas crónicos, mientras que en los hombres la media es de 3,8. La menor brecha de género se presenta en las edades más jóvenes (16 a 34 años).

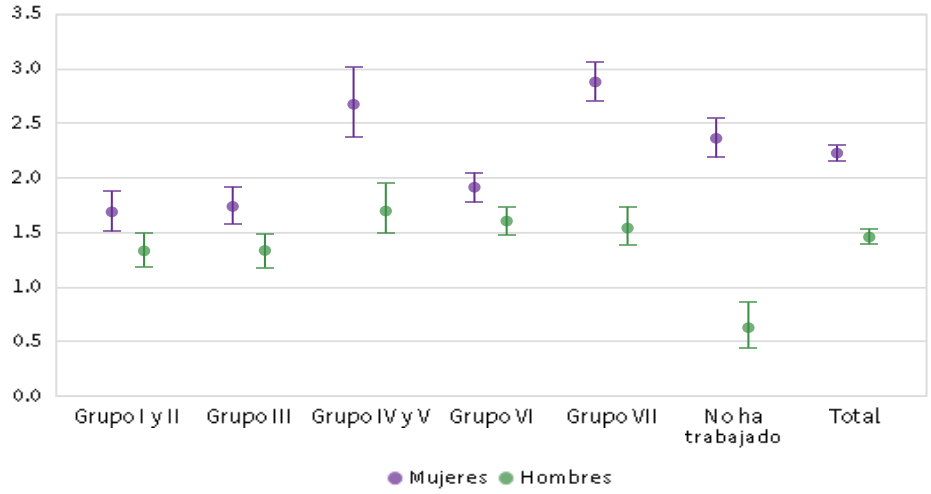
Gráfico 59. Población adulta (>15 años) según el número de padecimientos crónicos declarados por sexo y edad (media e IC 95%). Andalucía 2023



Fuente: Elaboración propia con datos de la Encuesta Andaluza de Salud 2023

El número de problemas crónicos padecidos es diferente según la clase social a la que se pertenece, y en este indicador también se observa la intersección de dos ejes de desigualdad (clase y género): son las mujeres de las clases menos privilegiadas las que declaran un mayor número de padecimientos crónicos (grupos IV y V= 2,7 y grupo VII=2,9); y son los hombres de las clases más privilegiadas las que declaran un número menor (grupos I, II y III=1,3) junto con los que nunca han trabajado (0,6). Es este último grupo el que muestra una brecha de género más amplia (1,7).

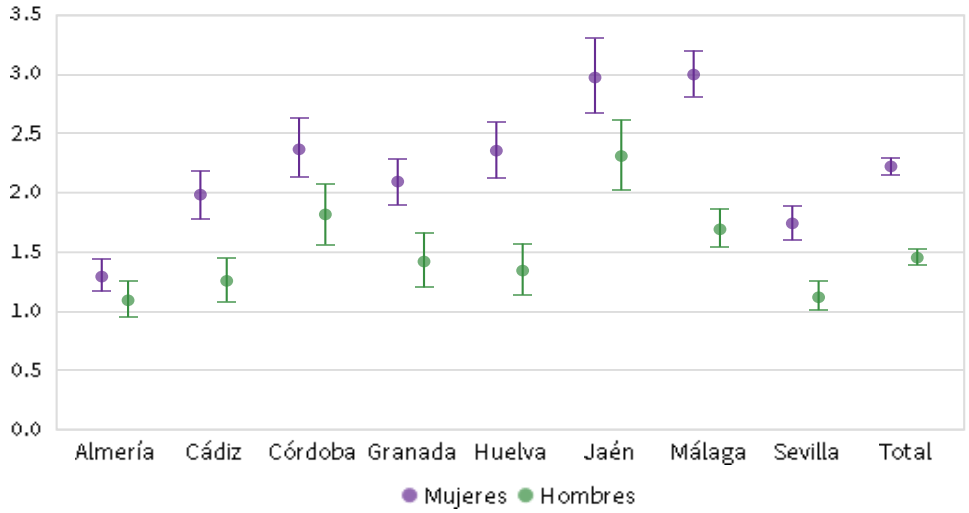
Gráfico 60. Población adulta (>15 años) según el número de padecimientos crónicos declarados por sexo y clase social (media e IC 95%). Andalucía 2023



Fuente: Elaboración propia con datos de la Encuesta Andaluza de Salud 2023

En el siguiente gráfico se muestra la media de padecimientos crónicos declarados según la provincia de residencia. En todas las provincias se repite el mismo patrón que se comentaba para el conjunto de Andalucía: las mujeres padecen un mayor número de padecimientos crónicos que los hombres, pero con diferencias interprovinciales.

Gráfico 61. Población adulta (>15 años) según el número de padecimientos crónicos declarados por sexo y provincia de residencia (media e IC 95%). Andalucía 2023



Fuente: Elaboración propia con datos de la Encuesta Andaluza de Salud 2023

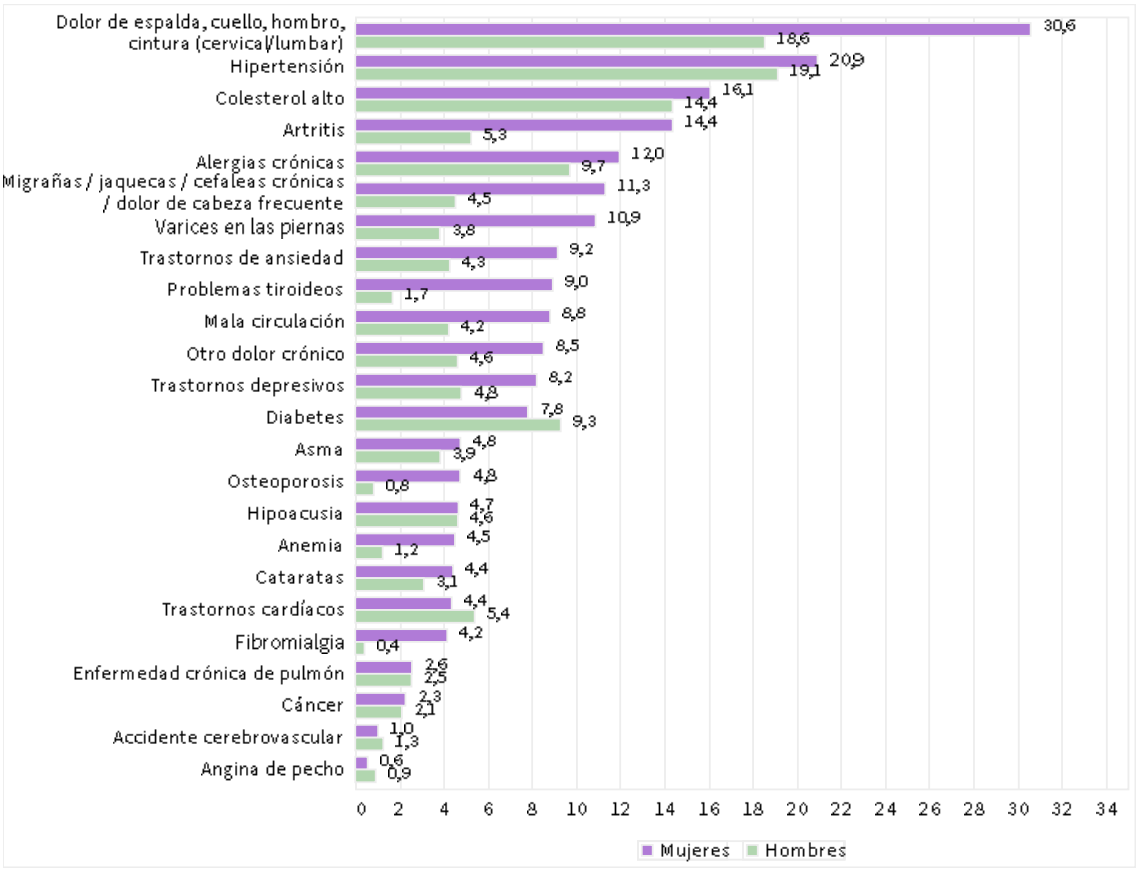
Se observa que son las mujeres de Málaga y Jaén las que presentan un mayor número de problemas por persona, mientras que los hombres de Almería y Sevilla muestran el menor número. Málaga es la provincia con mayor brecha de género en este indicador.

Morbilidad diferencial en enfermedades y padecimientos crónicos entre mujeres y hombres

Los estudios de género indican que no sólo existen diferencias en la percepción de la salud y en la frecuencia de padecimientos crónicos, sino que hombres y mujeres enferman por patologías distintas, es decir, hay que atender a la morbilidad diferencial. Este concepto se ha definido 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 son mucho más frecuentes en el sexo femenino" (Valls et al., 2011; Valls, 2020).

Para este informe hemos analizado las diferencias entre mujeres y hombres en el tipo de enfermedades y padecimientos crónicos utilizando los datos de la Encuesta Andaluza de Salud 2023. En el siguiente gráfico se muestran las diferencias en la prevalencia autodeclarada de los padecimientos seleccionados en mujeres y en hombres.

Gráfico 62. Porcentaje de población que declara padecer determinados tipos de problemas crónicos de salud, por sexo. Andalucía, 2023



Fuente: Elaboración propia, con datos de la Encuesta Andaluza de Salud 2023

Todos los padecimientos analizados son más frecuentes en mujeres, con la excepción de la diabetes, los trastornos cardiacos, el accidente cerebrovascular y la angina de pecho, que son más frecuentes en los hombres. La patología más prevalente en mujeres es el dolor de espalda (30,6%), con una diferencia de 12 puntos por encima de la prevalencia en hombres (18,6%). El problema más frecuente en hombres es la hipertensión arterial (19,1%), que es el segundo más frecuente en mujeres con un porcentaje superior al de los hombres (20,9%).

Otros padecimientos en los que la brecha de género es amplia y con signo positivo (desfavorable a las mujeres) son la artritis, las migrañas y cefaleas crónicas, las varices y problemas de mala circulación, los problemas tiroideos, las anemias y la osteoporosis, la fibromialgia y otros dolores crónicos, y los trastornos ansiosos y depresivos.

El perfil de morbilidad diferencial varía según la edad, tal y como se muestra en las siguientes tablas. En las mujeres jóvenes y adultas (de 16 a 54 años) predominan las alergias crónicas, las cefaleas y los dolores de espalda. Los trastornos de ansiedad (cuarto lugar entre 16 y 34 años) y los trastornos depresivos también ocupan un lugar prevalente en las mujeres de estos grupos. La hipertensión arterial aparece en cuarto lugar entre los 45-54 años, y asciende al segundo y primer puesto en mayores de 55 años. A esta edad también son más frecuentes los problemas articulares, que ocupan el tercer y cuarto lugar en mujeres mayores de 55. La diabetes aparece entre las cinco patologías más frecuentes en las mujeres a partir de los 65 años.

Tabla 47. Los 10 problemas de salud crónicos declarados más frecuentes en población adulta, por sexo y grupo de edad. Porcentaje y brecha de género (ordenados de mayor a menor prevalencia en mujeres). Andalucía 2023

EDAD (años)	TIPO DE PROBLEMA CRÓNICO	MUJERES (%)	HOMBRES (%)	DIFERENCIA (%)
16-24	1. Alergias crónicas	10,7	14,0	-3,3
	2. Migrañas / jaquecas / cefaleas crónicas / dolor de cabeza	10,2	3,2	7,0
	3. Dolor de espalda, cuello, hombro, cintura (cervical/lumbar)	9,6	5,0	4,6
	4. Trastornos de ansiedad	5,6	2,5	3,0
	5. Problemas tiroideos	5,0	1,3	3,7
	6. Anemia	2,6	0,0	2,6
	7. Asma	2,4	5,9	-3,4
	8. Enfermedad crónica de pulmón	2,3	0,0	2,3
	9. Artritis	2,2	0,0	2,2
	10. Trastornos depresivos	2,2	2,5	-0,4
25-34	1. Alergias crónicas	13,4	11,0	2,4
	2. Dolor de espalda, cuello, hombro, cintura (cervical/lumbar)	11,1	7,0	4,0
	3. Migrañas / jaquecas / cefaleas crónicas / dolor de cabeza	10,5	4,6	5,9
	4. Trastornos de ansiedad	6,0	2,4	3,6
	5. Problemas tiroideos	4,6	0,9	3,7
	6. Asma	4,1	6,1	-2,0
	7. Trastornos depresivos	2,7	1,3	1,4
	8. Anemia	2,3	0,0	2,3
	9. Colesterol alto	2,1	1,2	0,9
	10. Varices en las piernas	1,9	0,5	1,4
35-44	1. Dolor de espalda, cuello, hombro, cintura (cervical/lumbar)	20,8	10,4	10,5
	2. Alergias crónicas	11,7	11,3	0,4
	3. Migrañas / jaquecas / cefaleas crónicas / dolor de cabeza	10,5	5,0	5,5
	4. Varices en las piernas	6,3	2,1	4,2
	5. Problemas tiroideos	6,3	1,1	5,1
	6. Trastornos de ansiedad	6,1	4,3	1,8
	7. Anemia	5,8	0,9	4,8
	8. Trastornos depresivos	4,8	4,1	0,8
	9. Asma	4,5	3,9	0,7
	10. Otro dolor crónico	4,5	3,3	1,1
45-54	1. Dolor de espalda, cuello, hombro, cintura (cervical/lumbar)	28,6	20,3	8,3
	2. Alergias crónicas	15,0	10,5	4,5
	3. Migrañas / jaquecas / cefaleas crónicas / dolor de cabeza	14,6	6,2	8,4
	4. Hipertensión	12,7	16,0	-3,3
	5. Varices en las piernas	12,4	3,7	8,7
	6. Trastornos de ansiedad	10,9	5,3	5,5
	7. Colesterol alto	10,0	13,8	-3,7
	8. Problemas tiroideos	9,3	2,3	7,0
	9. Trastornos depresivos	8,9	7,0	1,9
	10. Artritis	8,5	3,8	4,7

Fuente: Elaboración propia, con datos de la Encuesta Andaluza de Salud 2023

Tabla 48. Los 10 problemas de salud crónicos declarados más frecuentes en población adulta, por sexo y grupo de edad. Porcentaje y brecha de género (ordenados de mayor a menor prevalencia en mujeres). Andalucía 2023

EDAD (años)	TIPO DE PROBLEMA CRÓNICO	MUJERES (%)	HOMBRES (%)	DIFERENCIA (%)
55-64	1. Dolor de espalda, cuello, hombro, cintura (cervical/lumbar)	39,2	26,5	12,8
	2. Hipertensión	26,8	28,6	-1,9
	3. Colesterol alto	25,0	23,0	2,1
	4. Artritis	18,3	7,4	10,8
	5. Problemas tiroideos	15,3	1,9	13,4
	6. Varices en las piernas	13,6	6,9	6,7
	7. Trastornos depresivos	13,2	6,8	6,4
	8. Migrañas / jaquecas / cefaleas crónicas / dolor de cabeza	12,3	4,2	8,1
	9. Trastornos de ansiedad	12,1	6,5	5,6
	10. Alergias crónicas	12,1	8,2	4,0
65-74	1. Hipertensión	47,0	45,7	1,3
	2. Dolor de espalda, cuello, hombro, cintura (cervical/lumbar)	46,7	27,0	19,7
	3. Colesterol alto	35,3	29,9	5,4
	4. Artritis	30,2	10,3	20,0
	5. Diabetes	17,0	22,1	-5,1
	6. Varices en las piernas	15,7	6,0	9,7
	7. Mala circulación	13,1	7,9	5,1
	8. Problemas tiroideos	12,1	2,7	9,4
	9. Otro dolor crónico	11,9	8,0	3,9
	10. Trastornos depresivos	11,8	3,7	8,1
75 o más	1. Hipertensión	64,2	54,1	10,1
	2. Dolor de espalda, cuello, hombro, cintura (cervical/lumbar)	57,8	39,8	18,0
	3. Artritis	42,8	21,0	21,8
	4. Colesterol alto	41,6	36,4	5,2
	5. Diabetes	28,7	29,7	-0,9
	6. Mala circulación	26,4	15,6	10,8
	7. Varices en las piernas	23,7	8,9	14,8
	8. Otro dolor crónico	22,7	11,5	11,2
	9. Hipoacusia	20,3	20,1	0,2
	10. Cataratas	19,3	16,5	2,7

Fuente: Elaboración propia, con datos de la Encuesta Andaluza de Salud 2023

Las alergias crónicas son la patología más frecuente en hombres jóvenes (16 a 44 años), y el dolor de espalda la más frecuente entre los 45 y 55 años. En este grupo la hipertensión arterial ocupa el segundo lugar y el primer puesto en los de 55 años en adelante. Las mayores brechas de género se observan para el dolor de espalda y la artritis en los grupos de mayor edad.

Se dibuja así un escenario en el que la salud de las mujeres y de los hombres responde a perfiles bien diferenciados que habría que tener muy en cuenta cuando se diseñan intervenciones sanitarias. Para analizar el significado de estas diferencias no basta mostrar que las prevalencias son distintas, hay que tener en cuenta la posible existencia de sesgos de género en el diagnóstico de determinadas patologías,

sobre los que ya existen evidencias para un número creciente de condiciones, como las enfermedades cardiovasculares, la depresión, la osteoporosis y otras (Valls, 2020; Ruiz-Cantero, 2019). Este distinto perfil de enfermedad que caracteriza a la morbilidad diferencial, viene a poner en evidencia las diferencias de sexo-género en la forma de enfermar y en las causas de enfermedad, de muerte prematura o discapacidad, que se dan entre mujeres y hombres.

Las mujeres padecen una mayor carga de enfermedad crónica a lo largo de sus vidas y se pone de manifiesto la morbilidad diferencial en el perfil de los padecimientos entre mujeres y hombres

La peor salud percibida de las mujeres obedece a una mayor carga de enfermedad. Las mujeres padecen un mayor número de patologías y dolencias crónicas a lo largo de su vida. Según la Encuesta Europea de Salud para España 2020, el 55% de las mujeres en Andalucía padecían alguna enfermedad crónica, superando en un 12% la prevalencia de morbilidad crónica en los hombres. Las mujeres padecen como media casi el doble de problemas crónicos por persona (2,2) que los hombres (1,4). Tanto el número de problemas declarados como la brecha de género va aumentando conforme aumenta la edad, de forma que la mayor brecha de género la presentan las personas de 75 años y más. También se observan diferencias según la clase social, evidenciándose también en este indicador la intersección de dos ejes de desigualdad (clase y género): son las mujeres de las clases menos privilegiadas las que declaran un mayor número de padecimientos crónicos.

Además del número y la frecuencia de enfermedad, hay que tener en cuenta el tipo de problemas padecidos por mujeres y por hombres. Nuestro análisis pone en evidencia el distinto perfil de patologías que se ha denominado morbilidad diferencial, entendida como el conjunto de enfermedades, motivos de consulta o factores de riesgo que merecen una atención específica hacia las diferencias entre mujeres y hombres. El perfil de morbilidad diferencial varía con la edad.

El dolor destaca como uno de los problemas crónicos más frecuentes en la edad adulta, con una importante brecha de género que indica mayor prevalencia en las mujeres. Los dolores de espalda, junto a las migrañas y cefaleas, se encuentran entre las dolencias más frecuentemente declaradas por la población andaluza, con una prevalencia mayor en mujeres en ambos casos.

Otros padecimientos en los que la brecha de género es amplia y con signo positivo (desfavorable a las mujeres) son la artritis, las varices y problemas de mala circulación, los problemas tiroideos, las anemias y la osteoporosis, la fibromialgia y otros dolores crónicos, y los trastornos ansiosos y depresivos. En el caso contrario, las enfermedades con brecha de género negativa (desfavorable a los hombres) son diabetes, trastornos cardiacos, accidente cerebrovascular y angina de pecho.

La morbilidad diferencial responde a la exposición a distintos factores de riesgo (condiciones de vida desiguales, diferentes exposiciones laborales, roles y estereotipos de género, y distintos hábitos de vida y conductas de riesgo) y también a una diferente vulnerabilidad frente a los factores de riesgo por razones tanto biológicas como socioculturales. No hay que olvidar el papel que juegan los sesgos de género en la atención sanitaria, que pueden condicionar un mayor esfuerzo diagnóstico de determinadas patologías en función de estereotipos de género.

La creciente investigación sobre las relaciones entre el sistema sexo-género y la salud ha identificado el papel fundamental del sexo y el género como modificadores de las principales causas de muerte y de morbilidad. Se trata de relaciones complejas para explicar cómo los factores genéticos, epigenéticos y hormonales asociados al sexo biológico, influyen en la enfermedad, y cómo los constructos sociales de género afectan al comportamiento de la comunidad, de clínicos y de pacientes en el sistema sanitario e interactúan con la fisiopatología (Mauvais-Jarvis, 2020)

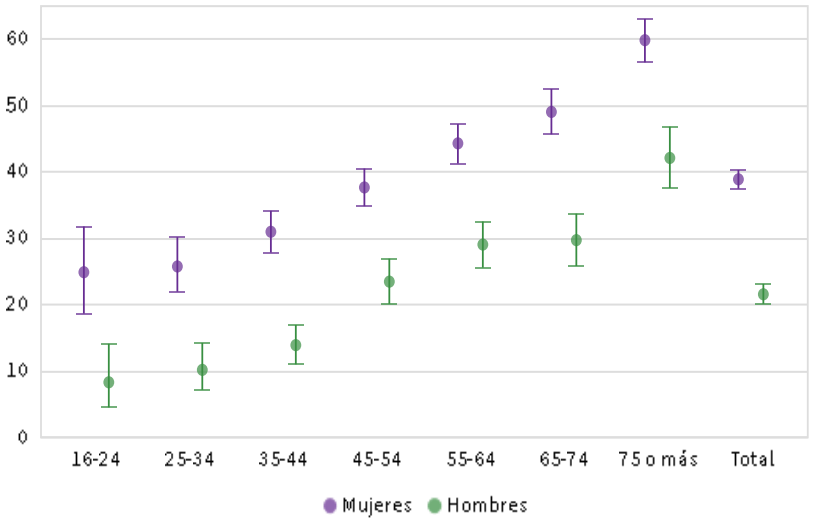
Diferencias de género en padecimientos y patologías seleccionadas

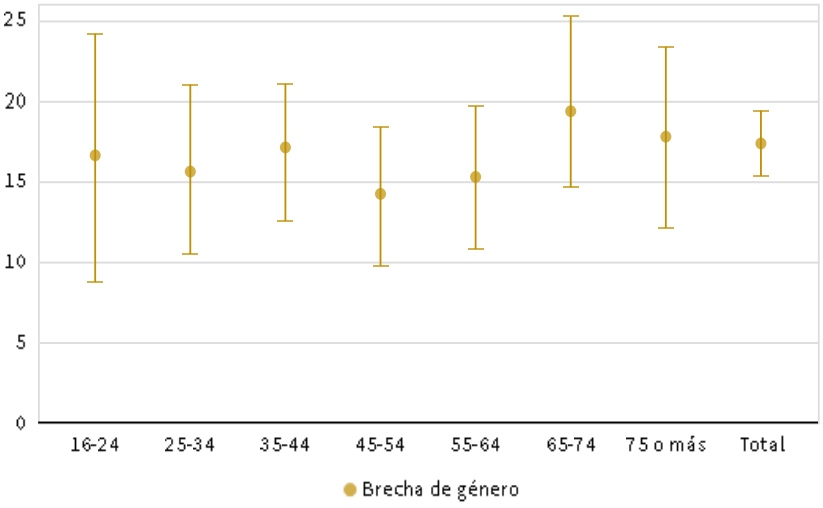
En este apartado analizaremos con mayor detalle algunas de las condiciones crónicas de salud que pueden afectar de manera diferencial a mujeres y a hombres. Para ello hemos tenido en cuenta tanto algunas de las patologías más frecuentes con mayor carga de enfermedad como otras en las que las diferencias de sexo-género son más relevantes. Las condiciones relacionadas con la salud mental se analizan en otro apartado de este informe.

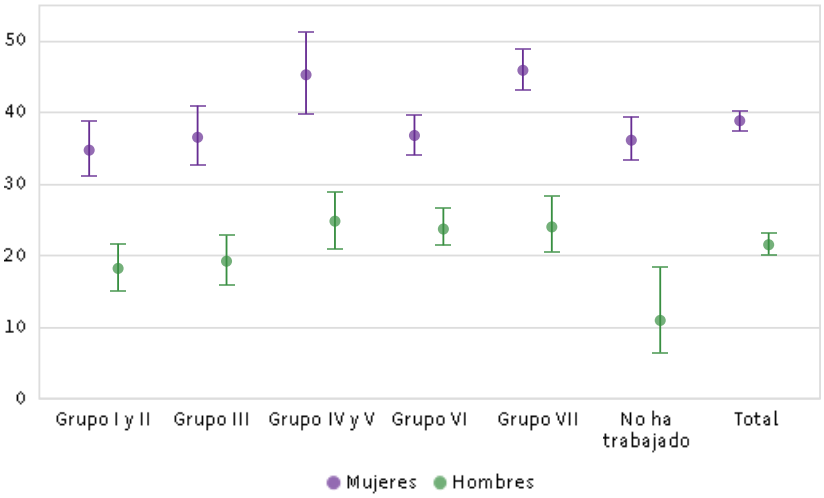
Dolor crónico

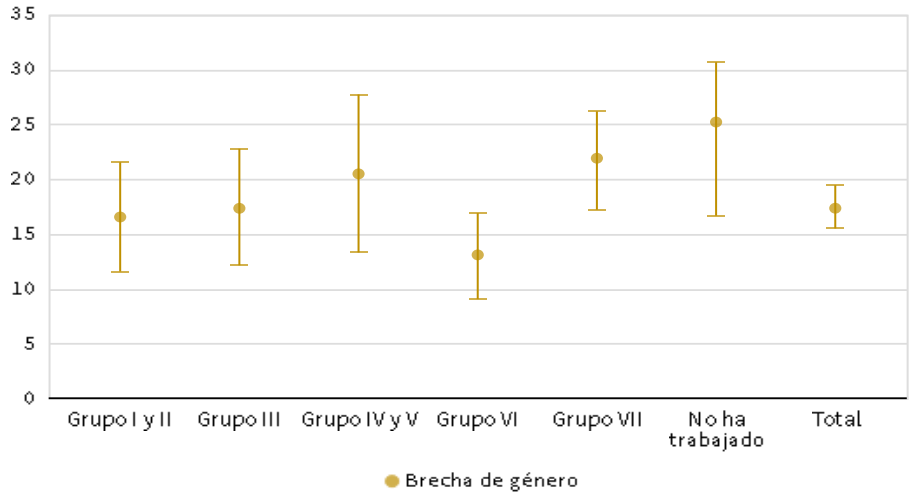
El dolor es el padecimiento crónico más frecuente declarado por las personas adultas en Andalucía, según datos de la EAS 2023 se estima que 2.270.863 de personas fueron diagnosticadas de dolor crónico en Andalucía, un 38,8% de las mujeres y un 21,4% de los hombres (brecha de 17,3). La prevalencia de dolor aumenta con la edad y es mayor en las clases sociales menos favorecidas mientras que disminuye en las clases más privilegiadas.

Gráfico 63. Población adulta (>15 años) con diagnóstico de dolor crónico, por sexo, edad y clase social, prevalencia y brecha de género (porcentajes e IC 95%). Andalucía 2023







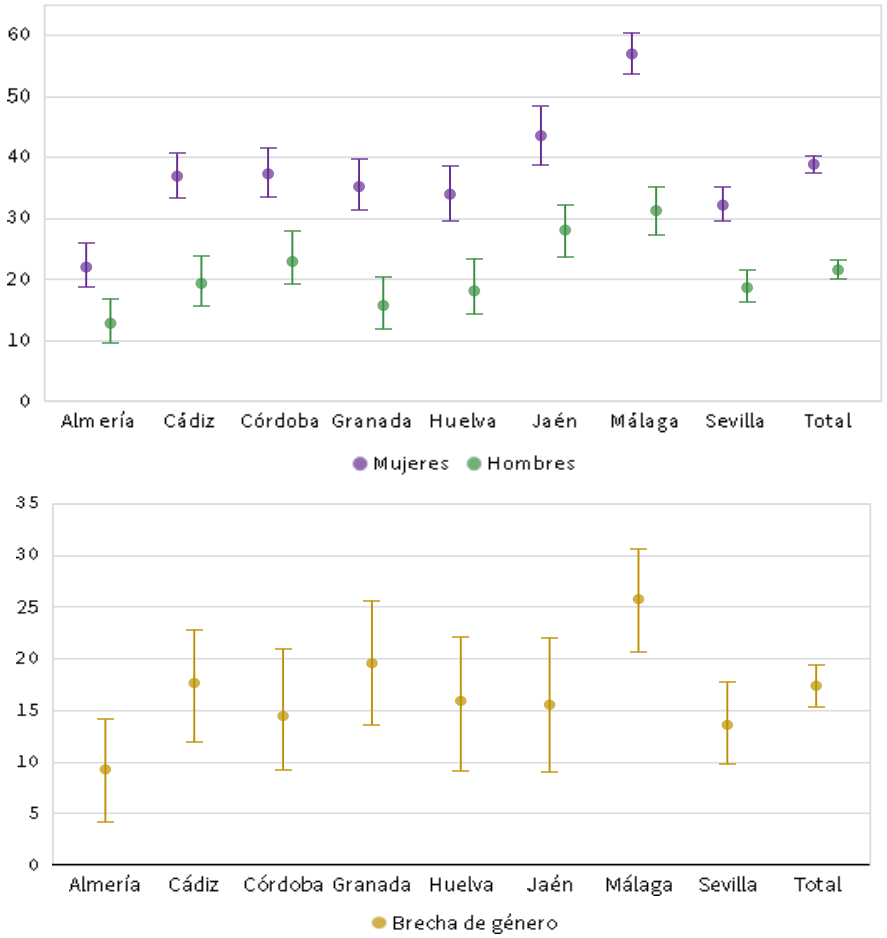


Fuente: Elaboración propia, con datos de la Encuesta Andaluza de Salud 2023

La mayor prevalencia de dolor crónico en mujeres se da en todas las edades y en todas las clases sociales, de modo que las brechas de género son positivas para todos los grupos de edad con valores más elevados en jóvenes y a partir de los 65 años. Así mismo, la brecha es más amplia en las clases sociales más desfavorecidas.

Si analizamos la frecuencia por provincias, Málaga es la que presenta mayor prevalencia de dolor crónico tanto en mujeres como en hombres, mientras que Almería presenta el valor más bajo en ambos sexos. La brecha de género muestra una situación similar: Málaga presenta la brecha más amplia y Almería la más baja.

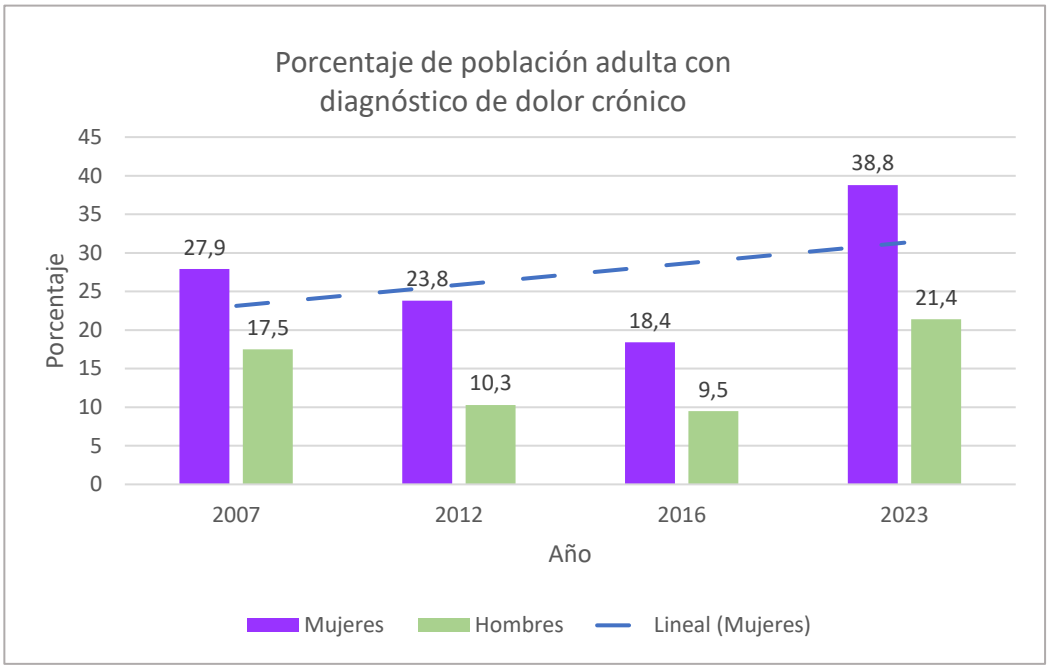
Gráfico 64. Población adulta (>15 años) con diagnóstico de dolor crónico, por sexo y provincia de residencia. Porcentajes y brecha de género (porcentajes e IC 95%). Andalucía 2023



Fuente: Elaboración propia, con datos de la Encuesta Andaluza de Salud 2023

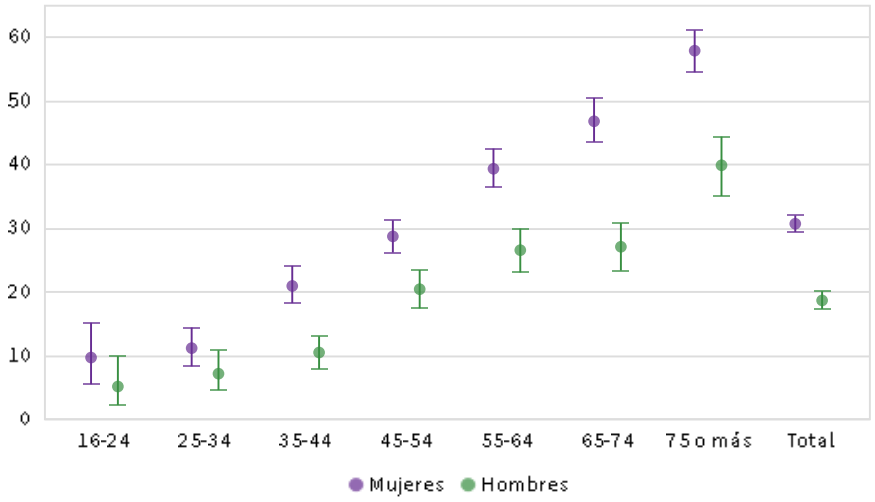
La evolución del dolor crónico en población adulta desde 2007 hasta 2023 muestra cómo la prevalencia venía disminuyendo desde 2007 (22,8%) hasta 2016 (14%); sin embargo, en 2023 esta experimentó un importante incremento hasta situarse en el 31,7%. Esta evolución descendente hasta 2016 con un incremento en 2023 se observó tanto en hombres como en mujeres. La brecha de género sigue una evolución similar: descendiente desde 2007 (10,4) a 2016 (8,9) y ascendente en 2023 (17,3).

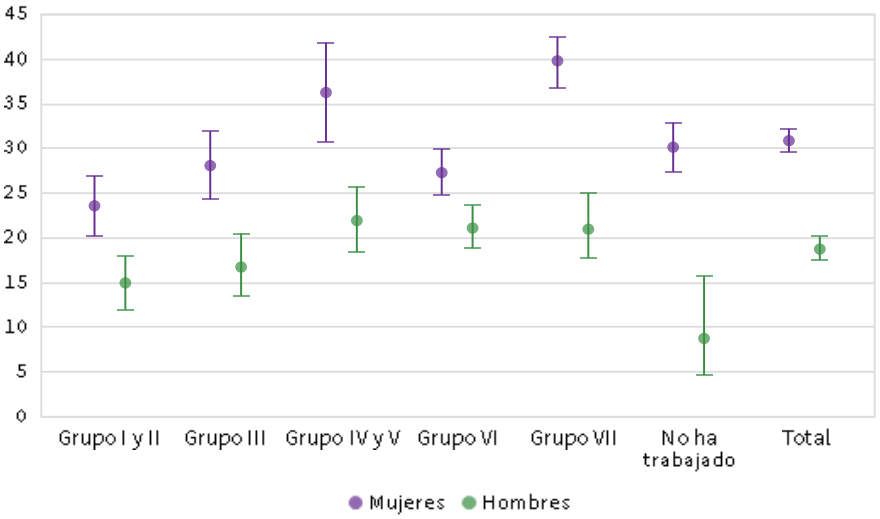
Gráfico 65. Población adulta (>15 años) con diagnóstico de dolor crónico, por sexo y año. Porcentaje y brecha de género. Andalucía 2007, 2012, 2016 y 2023



El tipo de dolor más frecuente es el dolor de espalda que supone globalmente la primera causa de morbilidad crónica en mujeres (30,6%) y la segunda en hombres (18,6%), aunque con una amplia brecha de género. Se sitúa en el primero o segundo lugar (según la edad) como causa de padecimientos crónicos en mujeres y su frecuencia aumenta en mujeres mayores. Las mujeres también muestran una mayor prevalencia de dolor de espalda en todos los grupos de clase social, y éste va aumentando según disminuye la clase.

Gráfico 66. Población adulta (>15 años) con diagnóstico de dolor de espalda por sexo, edad y clase social (porcentaje e IC95%). Andalucía 2023

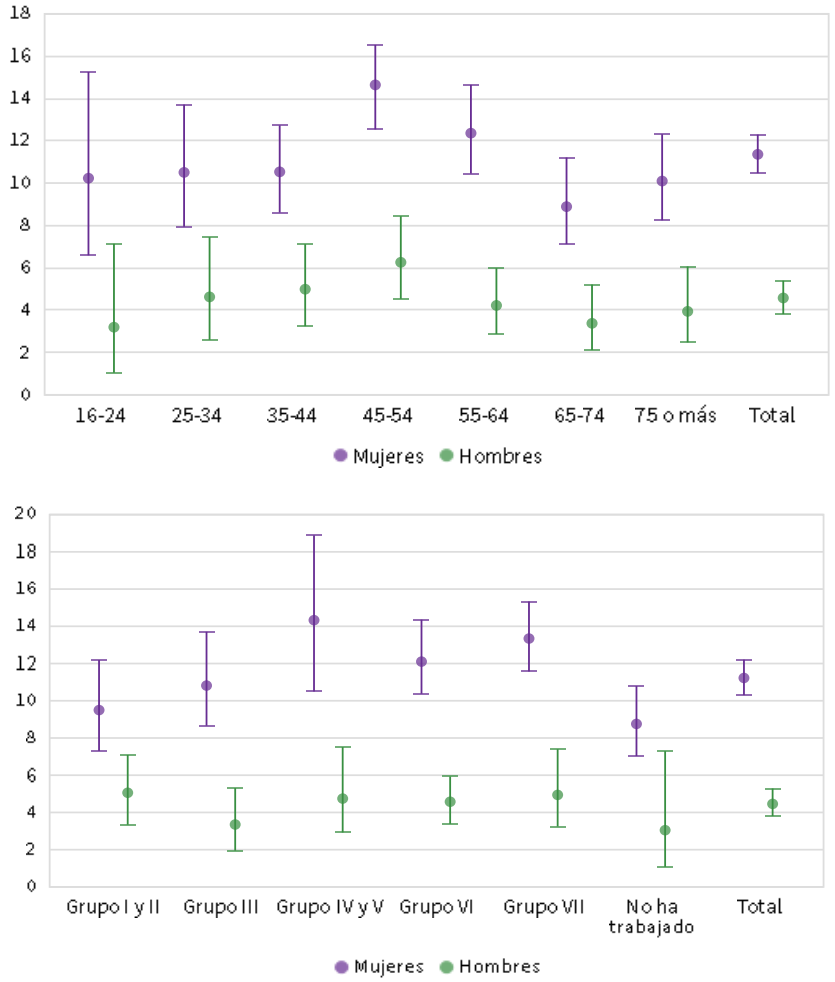




Fuente: Elaboración propia, con datos de la Encuesta Andaluza de Salud 2023

Las migrañas y cefaleas crónicas son también una de las patologías más frecuentes y causa de dolor crónico en ambos sexos, aunque su prevalencia en mujeres (11,3%) es más del doble que en hombres (4,5%). En este caso, las mujeres de 45 a 64 años son las más afectadas, y también son las edades en las que la brecha de género es más amplia en este padecimiento. En cuanto a la clase social, se observa una tendencia a aumentar en las clases menos privilegiadas, pero solo en mujeres, mientras que en hombres no se observan diferencias claras por clase.

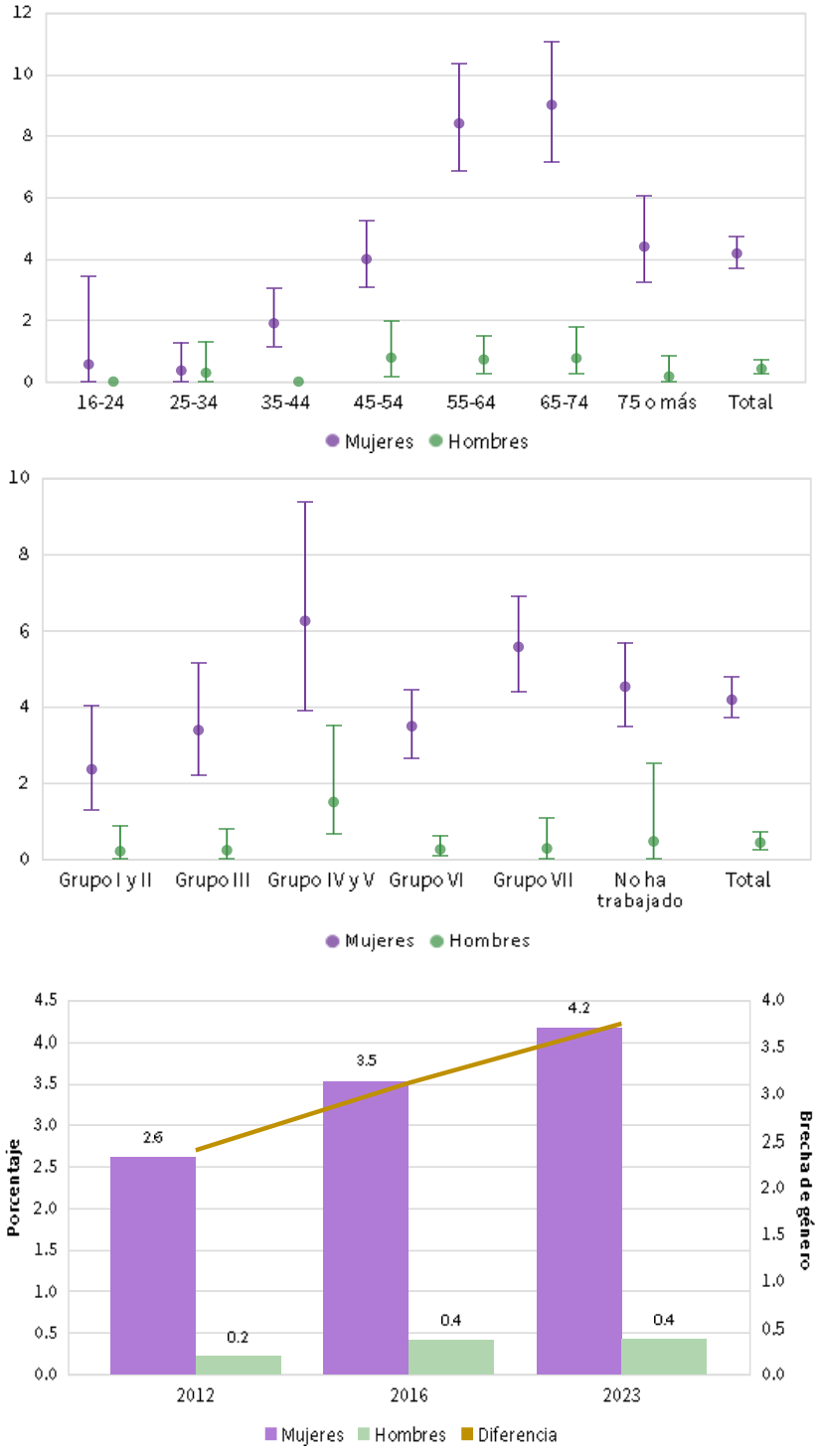
Gráfico 67. Población adulta (>15 años) con diagnóstico de cefalea crónica por sexo, edad y clase social (porcentaje e IC95%). Andalucía 2023



Fuente: Elaboración propia, con datos de la Encuesta Andaluza de Salud 2023

Otra de las patologías que produce dolor crónico es la fibromialgia. La fibromialgia es una de las enfermedades que producen peor calidad de vida percibida por las y los pacientes y es considerada como la principal causa de dolor crónico generalizado (Grupo de uso racional del medicamento en el tratamiento farmacológico de enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas, 2023). En el caso de esta patología, la brecha de género es muy llamativa, ya que el 4,2% de las mujeres ha sido diagnosticada de esta condición, mientras que solo recibieron este diagnóstico el 0,4% de los hombres. Se observa un aumento de esta condición a partir de los 35 años en mujeres, con un máximo en las de 65 a 74 años, para disminuir a partir de esta edad. En hombres la frecuencia es baja en todos los grupos de edad. Se observa una mayor prevalencia en mujeres de clase menos privilegiada y esta prevalencia disminuye conforme aumenta el nivel de clase social.

Gráfico 68. Población adulta (>15 años) con diagnóstico de fibromialgia por sexo, edad y clase social (porcentaje e IC 95%) y evolución de 2012 a 2023 (porcentaje y brecha de género). Andalucía



Fuente: Elaboración propia, con datos de la Encuesta Andaluza de Salud 2012, 2016 y 2023

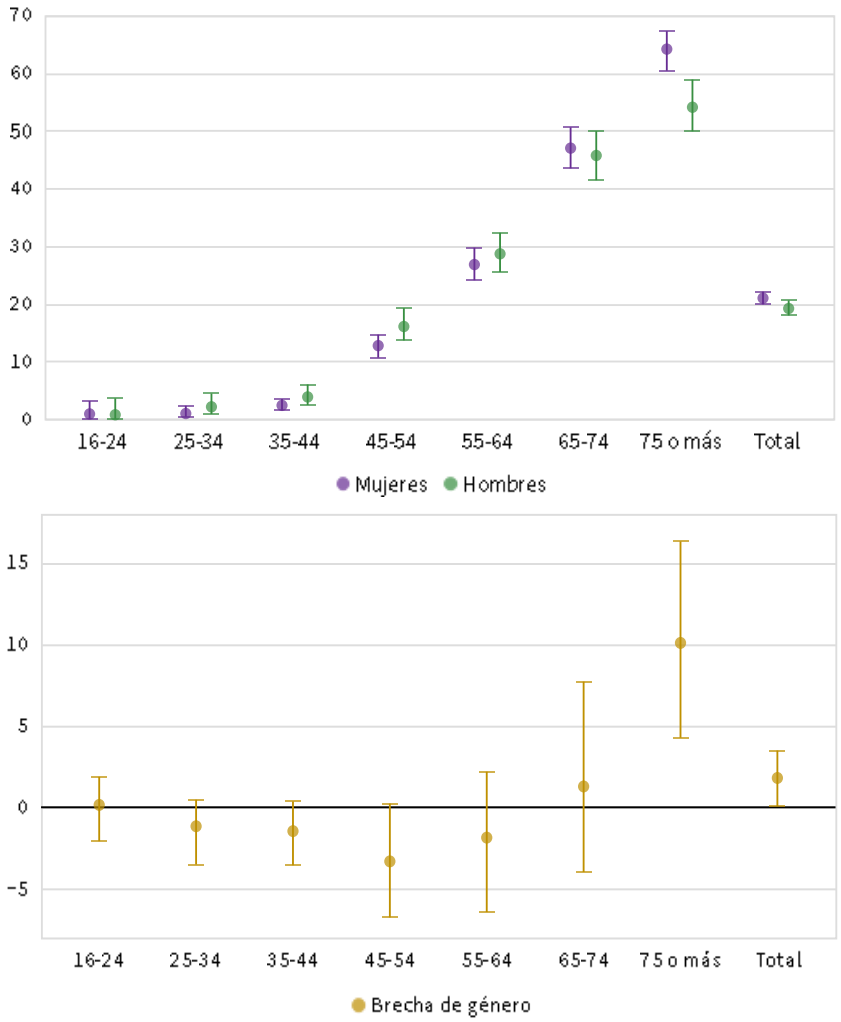
Llama la atención el aumento de diagnóstico de fibromialgia desde 2012 hasta 2023, periodo en el que se duplica la frecuencia de esta patología en mujeres. Aunque también ha aumentado el diagnostico en hombres, la brecha de género en este diagnóstico se ha ampliado desde 2012 (2,4) hasta 2023 (3,8). Si atendemos a los datos de la Base Poblacional de Salud de Andalucía (BPS) (Junta de Andalucía,

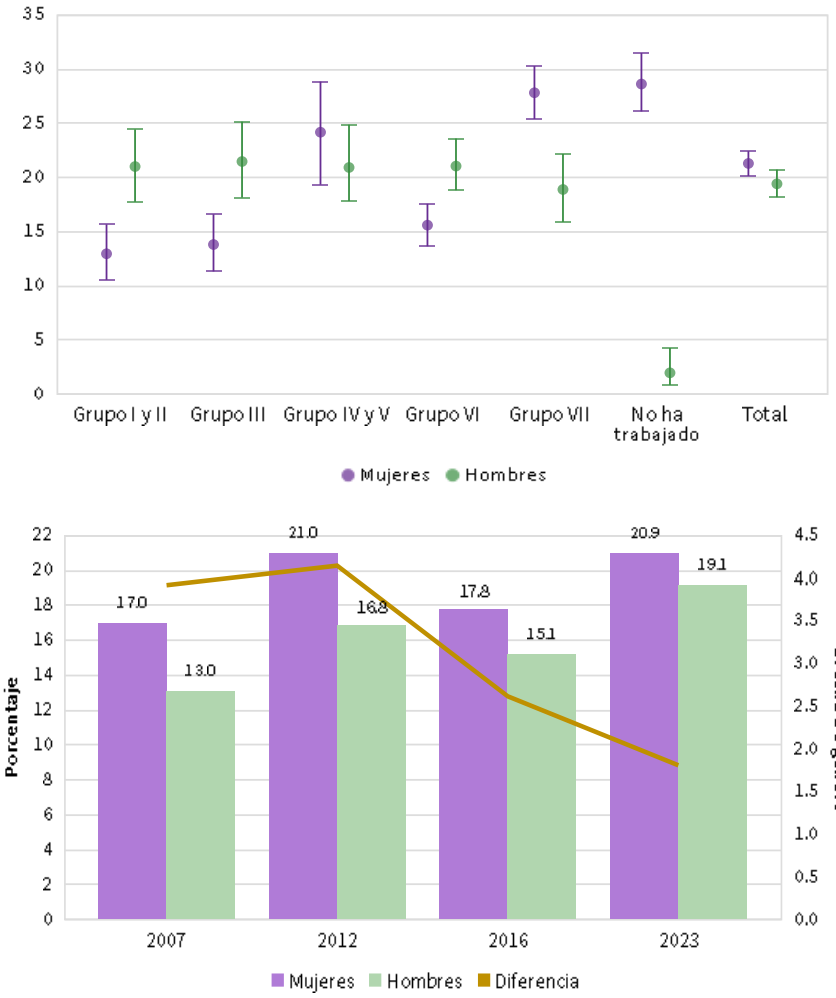
Consejería de Salud y Consumo), que recoge datos clínicos de las personas atendidas por el Servicio Andaluz de Salud (SAS), en 2023 hubo 169.890 casos en el periodo, con una prevalencia de 3,8% en mujeres y de 0,2% en hombres, cifras ligeramente inferiores de las obtenidas en la EAS 2023.

Hipertensión arterial y enfermedades cardiovasculares

La hipertensión arterial (HTA) es la segunda causa de morbilidad crónica en mujeres (20,9%) y la primera en hombres (19,1%). Su tendencia es ascendente según aumenta la edad, y como se observa en el gráfico siguiente, la prevalencia es mayor en hombres hasta los 65 años y en mujeres a partir de esa edad. La brecha de género por tanto es negativa antes de los 65 años y positiva después, con significación estadística en el grupo de 75 y más. La distribución por clase social varía según el grupo: en los niveles más altos (grupos I, II y III) la prevalencia es mayor en hombres, así como en el grupo VI. En los niveles menos privilegiados (grupos IV, V y VII), la prevalencia es mayor en mujeres.

Gráfico 69. Población adulta (>15 años) con diagnóstico de HTA por sexo, edad (porcentaje y brecha de género e IC 95%), clase social (porcentaje e IC 95%) en 2023 y evolución de 2007 a 2023 (porcentaje y brecha de género). Andalucía



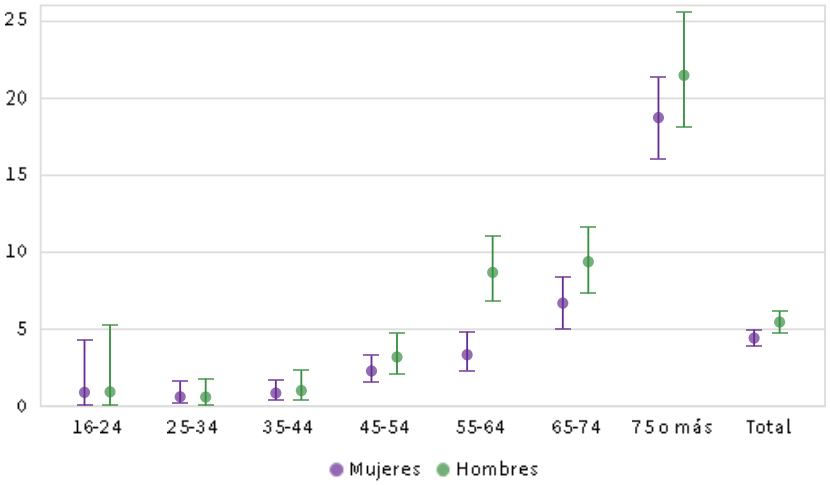


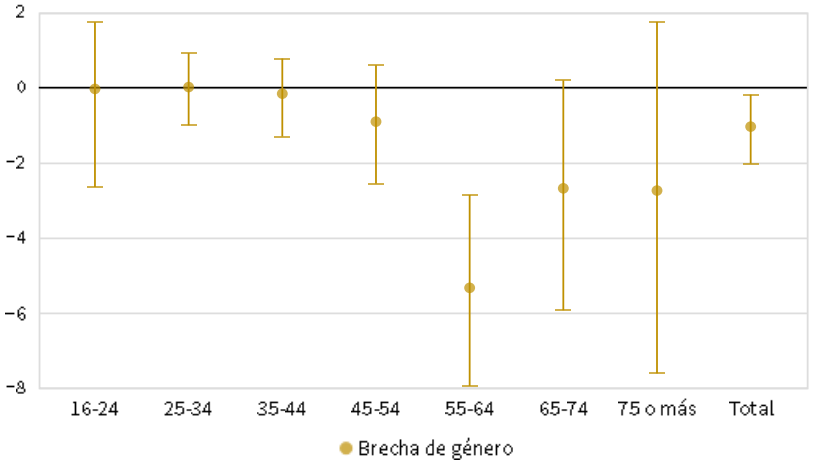
Fuente: Elaboración propia, con datos de la Encuesta Andaluza de Salud 2007, 2012, 2016 y 2023

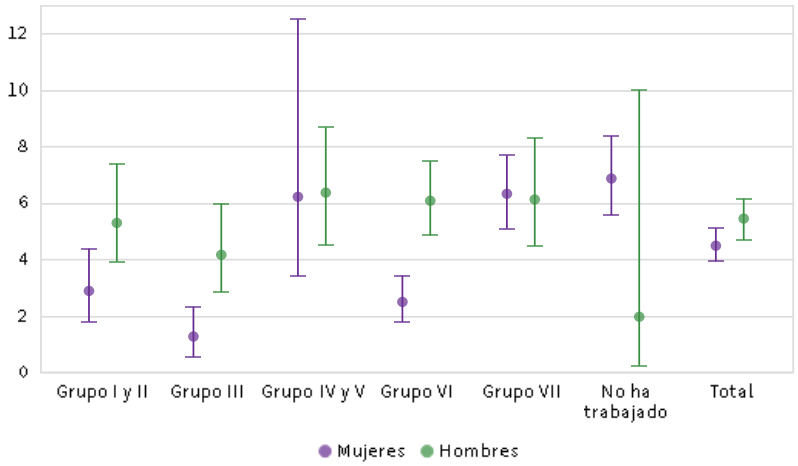
Si analizamos la evolución, se observa un incremento de la prevalencia en los años 2012 y 2023 para ambos sexos, año en el que la brecha de género (1,8) es la menor de la serie. En cuanto a la población atendida en los servicios públicos de salud, las cifras de la BPS coinciden bastante, aunque son ligeramente mayores que las obtenidas por la EAS 2023: en ese año se contabilizaron 1.933.465 casos en Andalucía, 23,6% en mujeres y 21,9% en hombres.

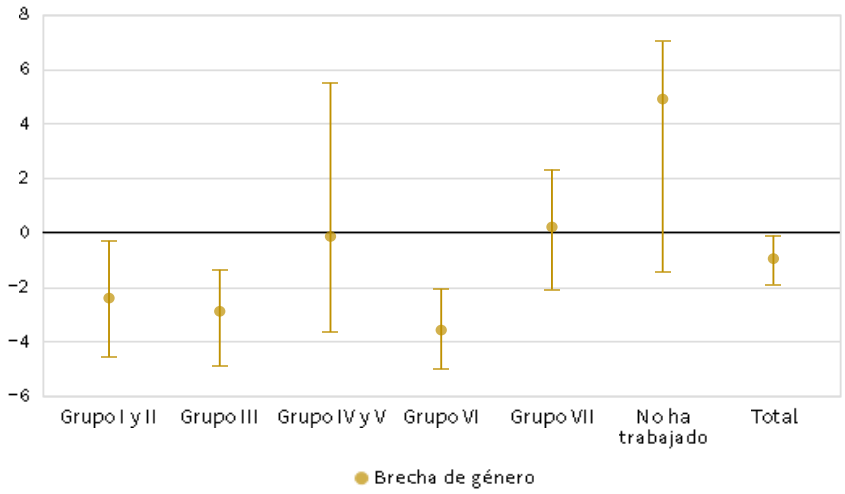
En cuanto al diagnóstico de patología cardiaca incluida la insuficiencia cardiaca, la frecuencia es mayor en hombres (5,4%) que en mujeres (4,4%). Esta mayor prevalencia se da en todos los grupos de edad y la brecha de género va ampliándose (con signo negativo) en los grupos más mayores, con un máximo entre 55 y 64 años. En cuanto a las diferencias por clase social, la prevalencia en mujeres solo es superior a la de los hombres en el nivel más bajo (grupo VII) aunque sin significación estadística. Según los datos de la BPS, que incluye dentro de las enfermedades cardíacas la insuficiencia cardíaca y la fibrilación auricular, la insuficiencia cardíaca es más prevalente en mujeres (2,7%) que en hombres (2,4%), mientras que para la fibrilación auricular ocurre a la inversa (1,9% vs 2,0%).

Gráfico 70. Población adulta (>15 años) con diagnóstico de patología cardiaca por sexo, edad y clase social (porcentaje y brecha de género e IC 95%). Andalucía 2023





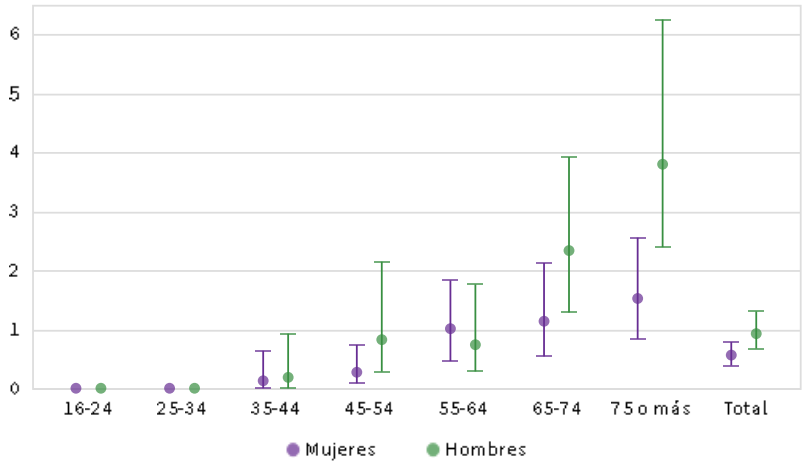


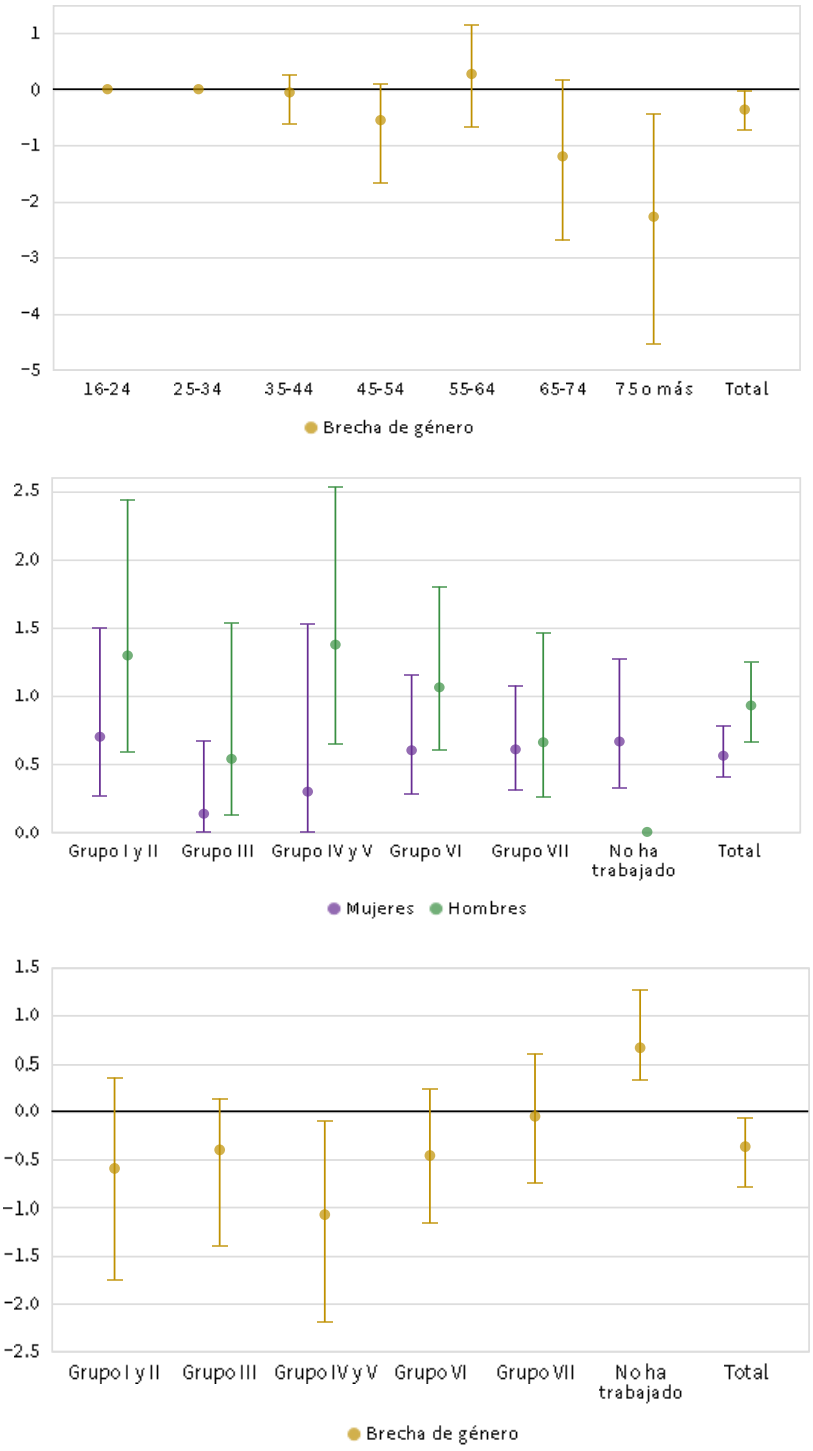


Fuente: Elaboración propia, con datos de la Encuesta Andaluza de Salud 2023

Otro de los diagnósticos relacionados con la patología cardiovascular es la angina de pecho. También en este caso, la frecuencia es mayor en hombres (0,9%) que en mujeres (0,6%). Esto es así en todos los grupos de edad a partir de los 35 años, excepto para las personas de 55 a 64 años, único grupo con brecha de género positiva, aunque sin significación estadística. Los grupos de edad a partir de los 65 años presentan las mayores brechas de género (de signo negativo) y son significativas estadísticamente. En cuanto a las diferencias por clase social, no se observa una tendencia clara en este diagnóstico: la prevalencia es mayor en los grupos I y II y en los grupos IV y V para los hombres; mientras que para las mujeres son los grupos I-II y VI-VII los de mayor prevalencia. La brecha de género es mayor y de signo negativo en los grupos IV y V.

Gráfico 71. Población adulta (>15 años) con diagnóstico de angina de pecho por sexo, edad y clase social (porcentaje y brecha de género e IC 95%). Andalucía 2023

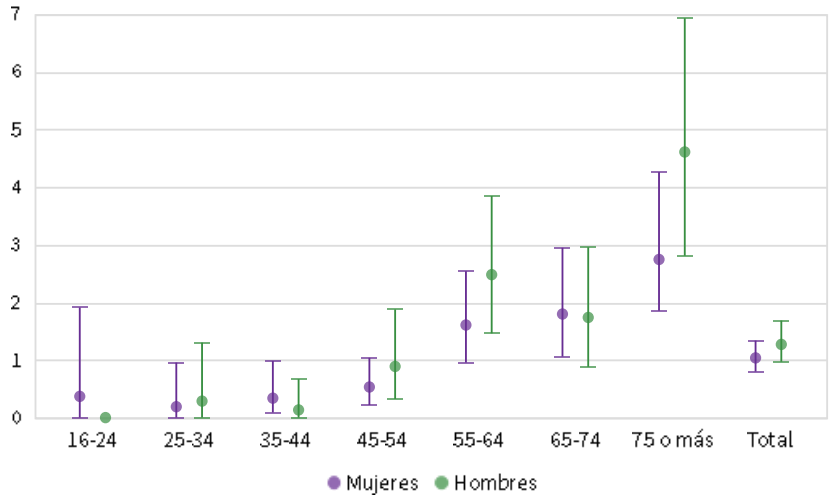


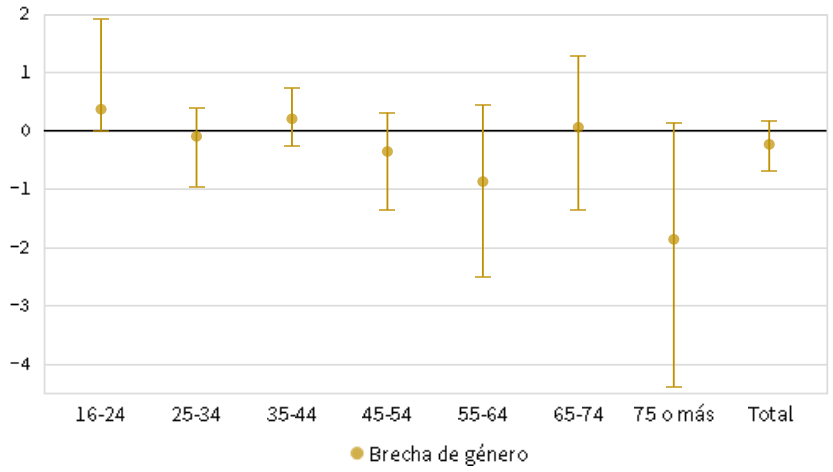


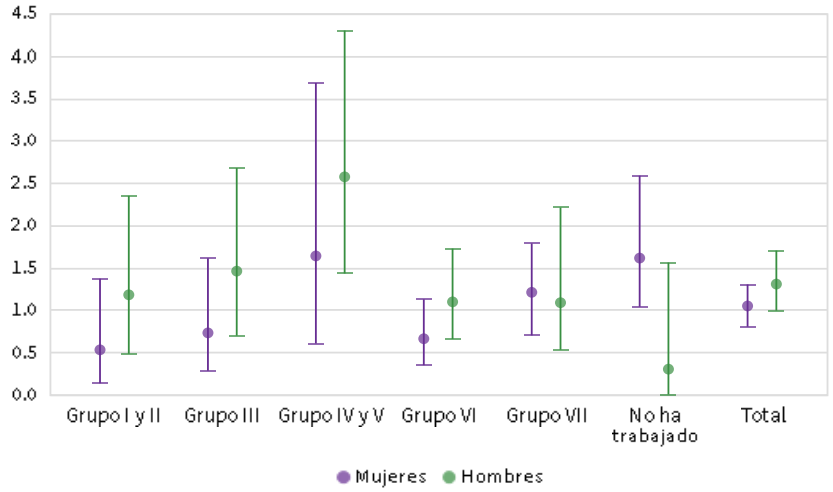
Fuente: Elaboración propia, con datos de la Encuesta Andaluza de Salud 2023

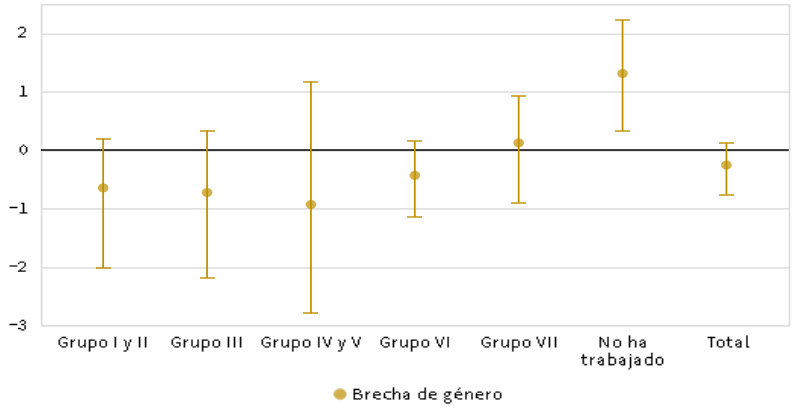
El accidente cerebrovascular o ictus es una de las principales patologías cardiovasculares a tener en cuenta en este análisis. La frecuencia de este diagnóstico va aumentando con la edad y globalmente es mayor en hombres (1,3%) que en mujeres (1,3%), aunque existen variaciones en la brecha de género según la edad. En mujeres jóvenes la frecuencia es superior a la de los hombres del mismo grupo, mientras que entre 45 y 64 años y en mayores de 74 años, la brecha de género es negativa y de amplitud creciente. En cuanto a la clase social, brecha de género es de signo negativo y se va ampliando entre los grupos I al V, mientras que se reduce y se acerca al 0 en los más bajos (grupos VI y VII).

Gráfico 72. Población adulta (>15 años) con diagnóstico de accidente cerebrovascular por sexo, edad y clase social (porcentaje y brecha de género e IC 95%). Andalucía 2023





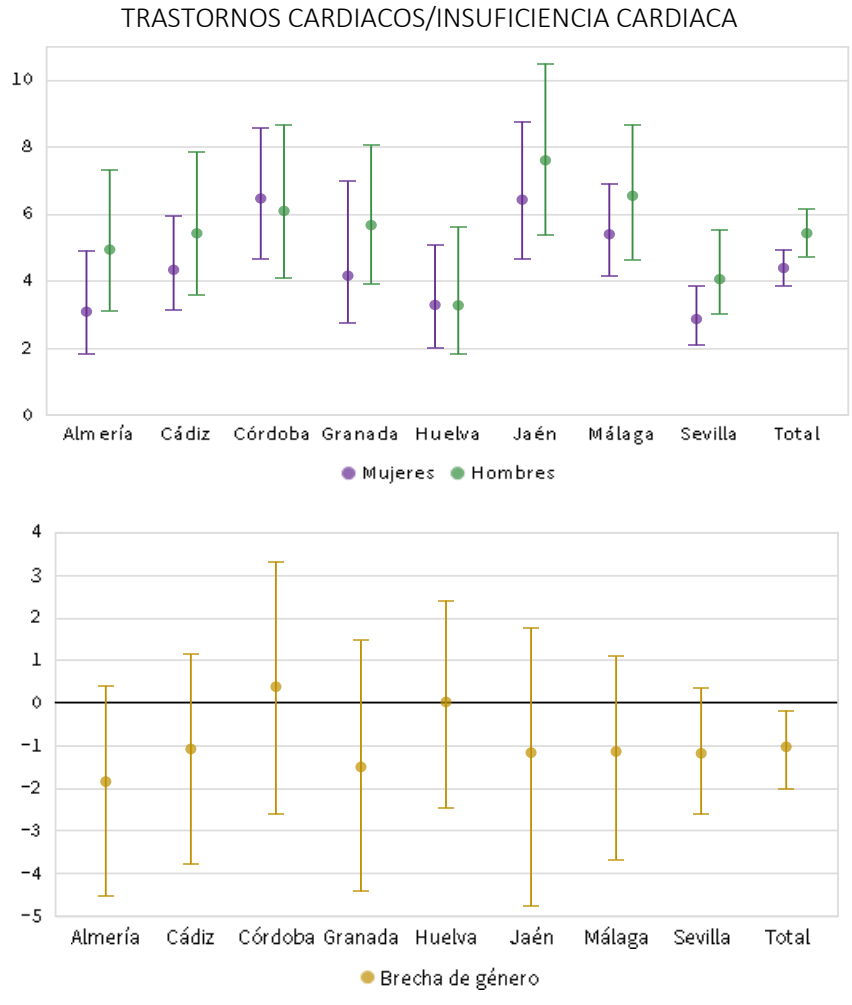




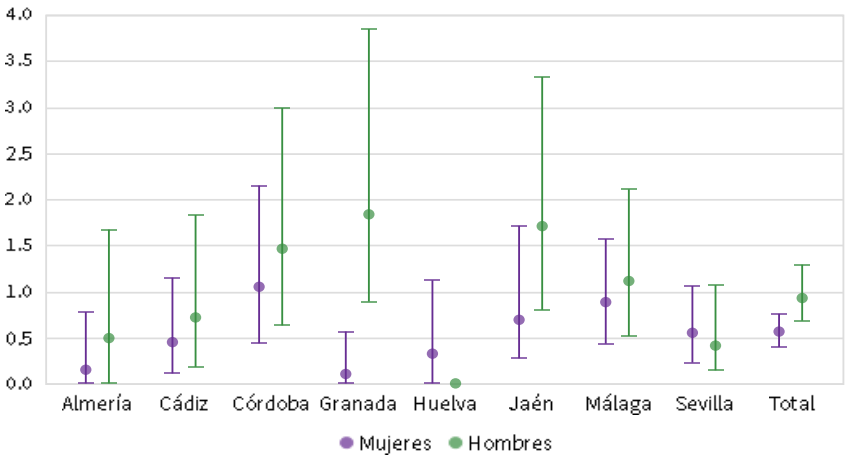
Fuente: Elaboración propia, con datos de la Encuesta Andaluza de Salud 2023

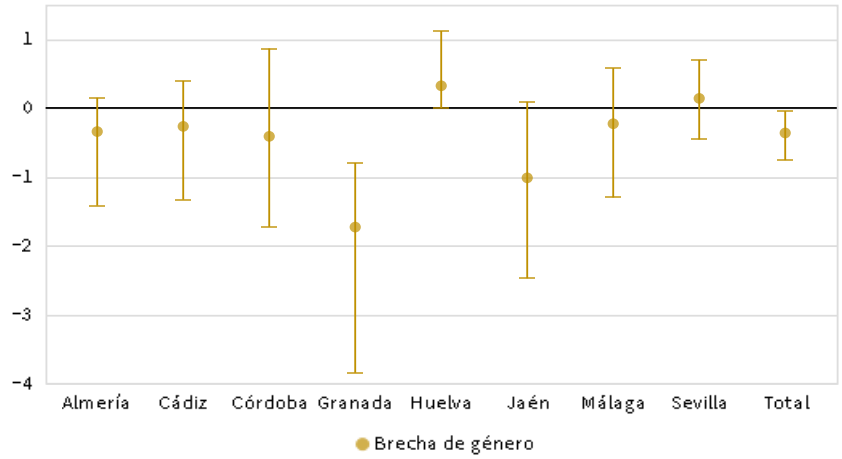
En el siguiente gráfico, mostramos la prevalencia de diagnóstico de las patologías consideradas según la provincia de residencia. Destacamos la mayor brecha de género en Granada y Jaén para el caso de la angina de pecho y en Córdoba para el accidente cerebrovascular, en ambas patologías la brecha es de signo negativo, esto es con mayor frecuencia en hombres.

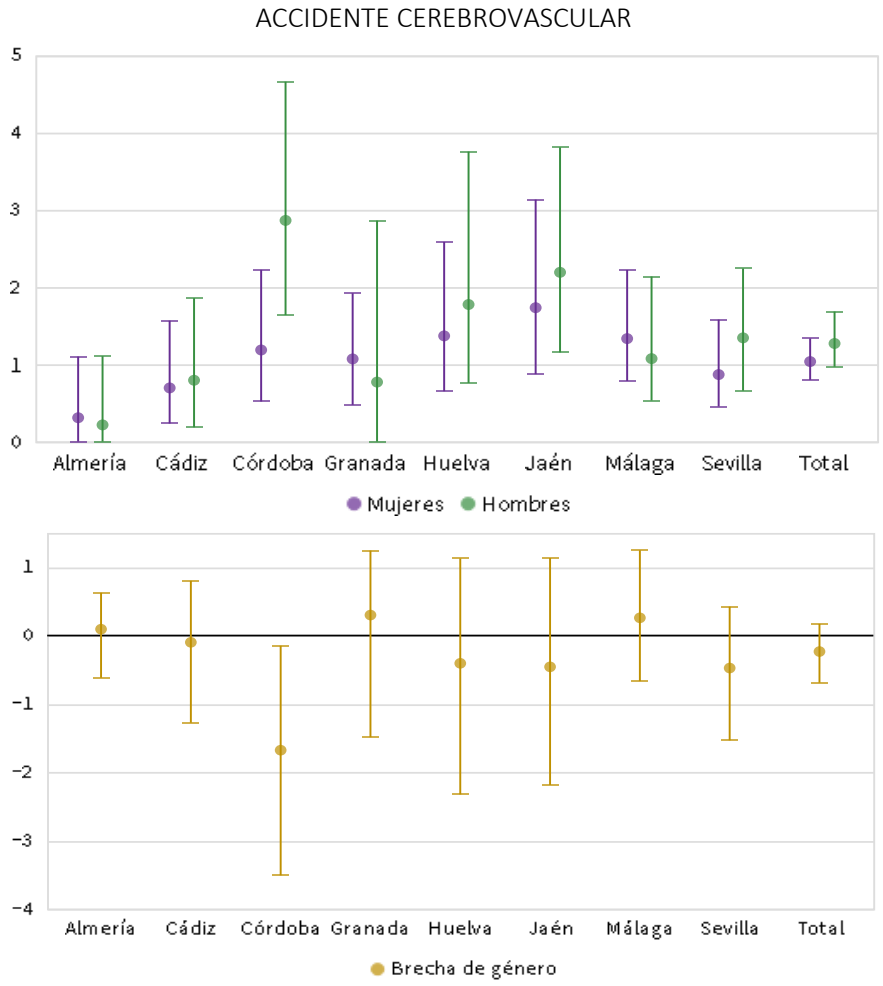
Gráfico 73. Población adulta (>15 años) con diagnóstico de trastornos cardíacos/insuficiencia cardíaca, angina de pecho y accidente cerebrovascular por sexo y provincia de residencia (porcentaje y brecha de género e IC 95%). Andalucía 2023



ANGINA DE PECHO



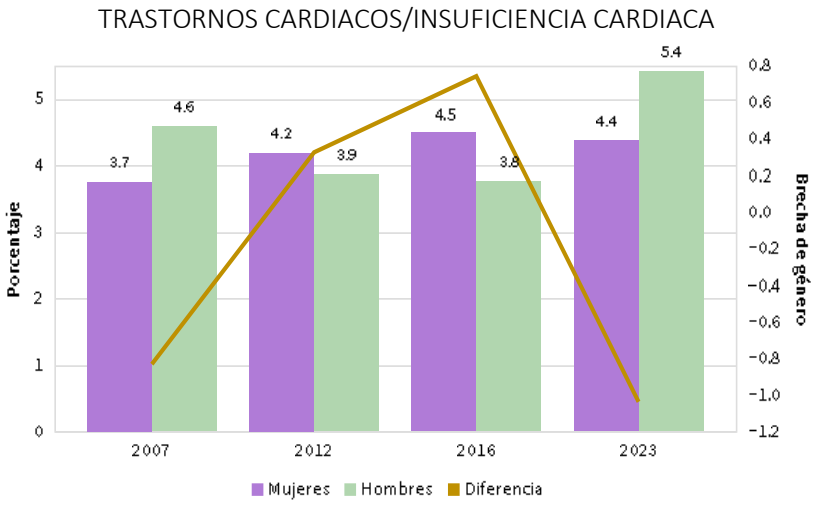


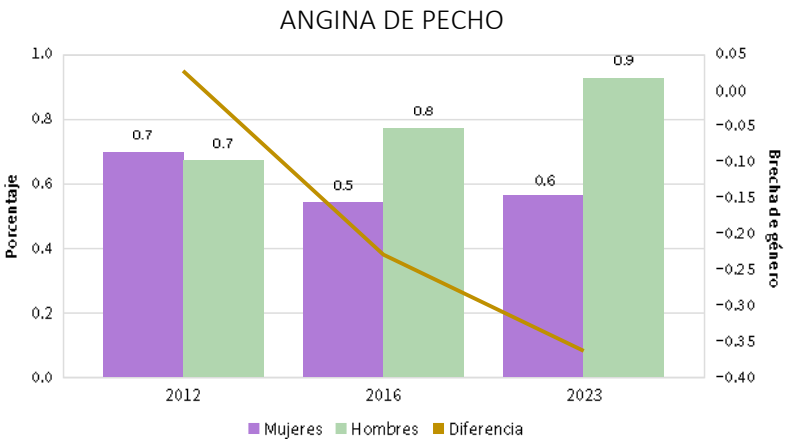


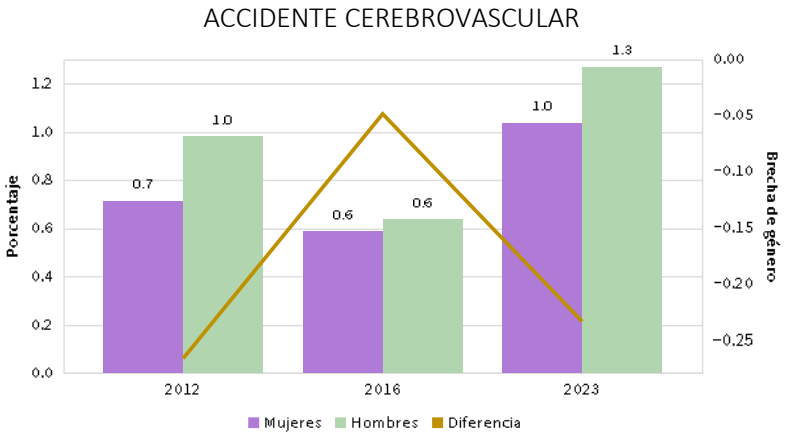
Fuente: Elaboración propia, con datos de la Encuesta Andaluza de Salud 2012, 2016 y 2023

Para finalizar este apartado en el siguiente gráfico se muestra la evolución de las patologías cardiovasculares analizadas. Como se puede observar, en el año 2023 ha aumentado la frecuencia de diagnóstico de las tres patologías consideradas en hombres. En el caso de las mujeres, la insuficiencia cardiaca se ha mantenido bastante estable, ha disminuido el diagnóstico de angina de pecho mientras que se ha elevado el de accidente cerebrovascular. Todas las brechas de género se han ampliado (con signo negativo) desde 2016 al 2023.

Gráfico 74. Población adulta (>15 años) con diagnóstico de trastornos cardíacos/insuficiencia cardíaca, angina de pecho y accidente cerebrovascular por sexo (porcentaje y brecha de género e IC 95%). Andalucía 2012, 2016 y 2023







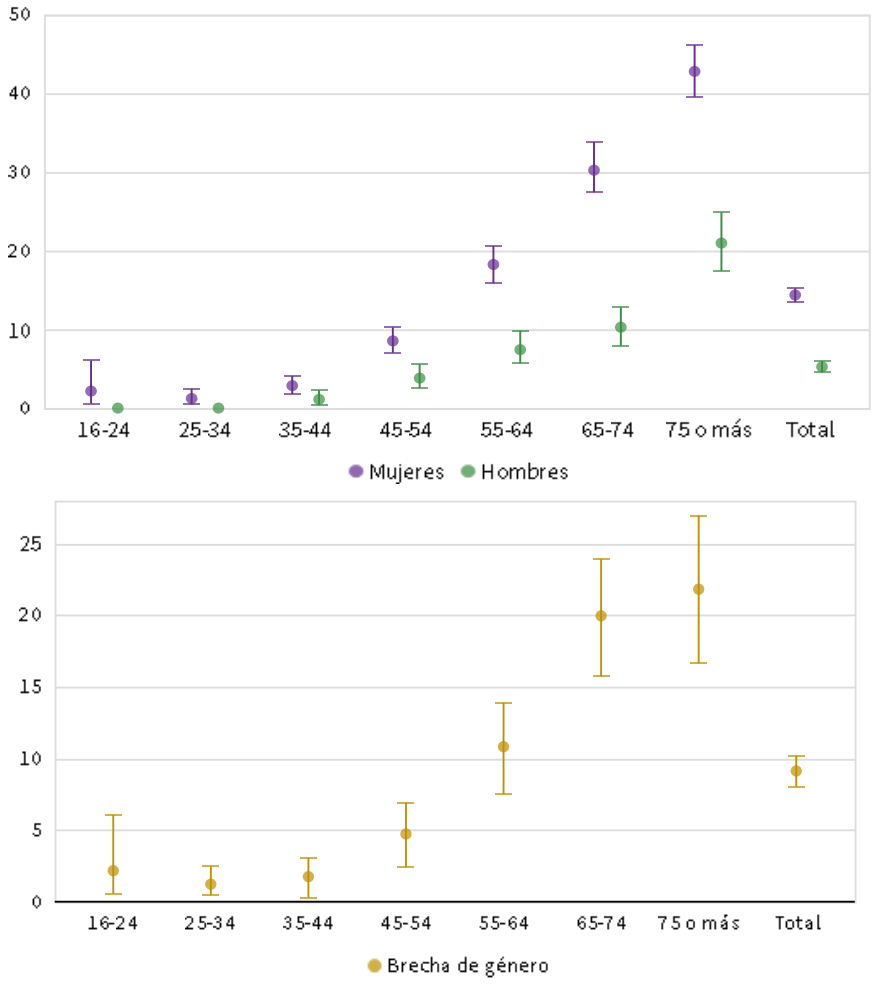
Fuente: Elaboración propia, con datos de la Encuesta Andaluza de Salud 2012, 2016 y 2023

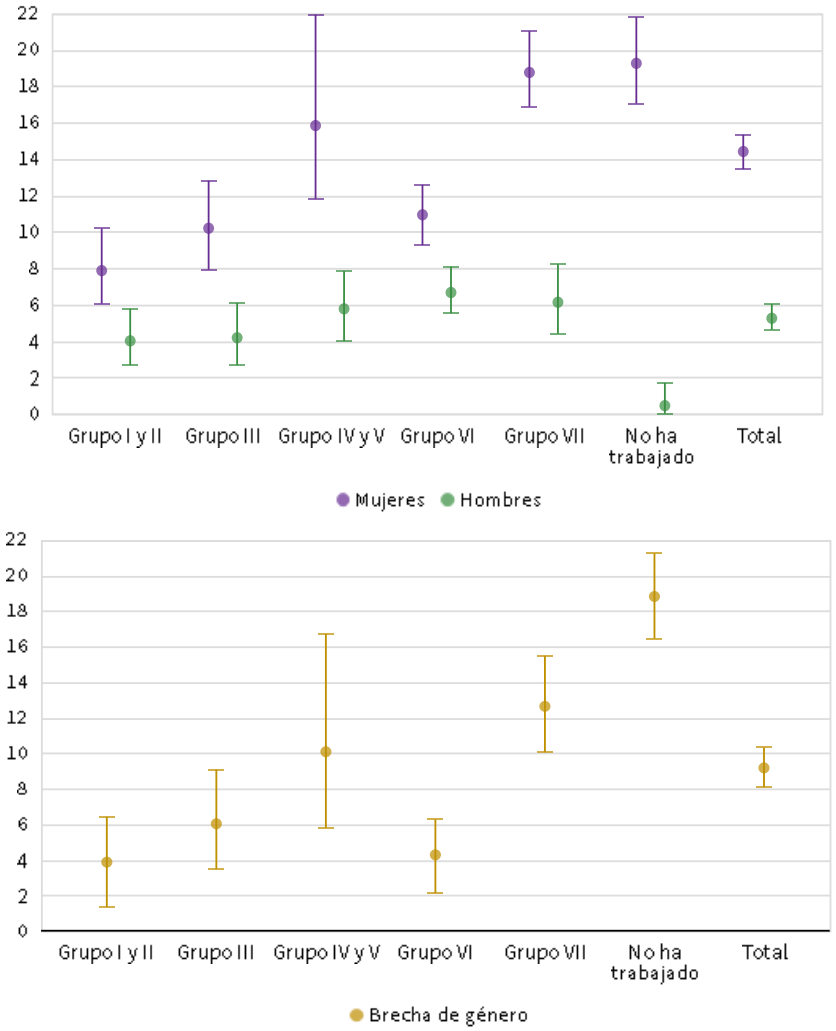
Artritis y artrosis

Las patologías que afectan al sistema musculoesquelético, y específicamente artritis y artrosis, son unas de las condiciones crónicas más frecuentes. Según los datos de la EAS 2023 ocupan el cuarto lugar en las enfermedades crónicas de las mujeres (14,4%) y muestran una amplia brecha de género con la prevalencia en hombres (5,3%). Las cifras son aún mayores si tenemos en cuenta los datos de la BPS, que arrojan prevalencias de 22,7% en mujeres y 13,3% en hombres para artrosis y espondilosis. Se engloban en un grupo numeroso de patologías bajo la denominación de Enfermedades Reumáticas y Musculoesqueléticas (ERyME) que constituyen la mayor carga de enfermedad en Andalucía y condicionan frecuentemente limitación de la movilidad y discapacidad, además de ser una de las causas principales de dolor crónico (Pérez Venegas et al., 2018).

La prevalencia de artritis/artrosis es dependiente de la edad, de manera que aumenta conforme va aumentando ésta, a la vez que la brecha de género se va ensanchando a partir de los 35 años en adelante y es máxima en el grupo de 75 años y más (brecha de 21,8). La relación con la clase social es inversa, de modo que la prevalencia es mayor en las clases sociales menos favorecidas. La brecha de género también va aumentando conforme disminuye en nivel de clase social, así la máxima brecha de género se presenta en el grupo social más bajo (grupo VII).

Gráfico 75. Población adulta (>15 años) con diagnóstico de artritis/artrosis por sexo, edad y clase social (porcentaje y brecha de género e IC 95%). Andalucía 2023

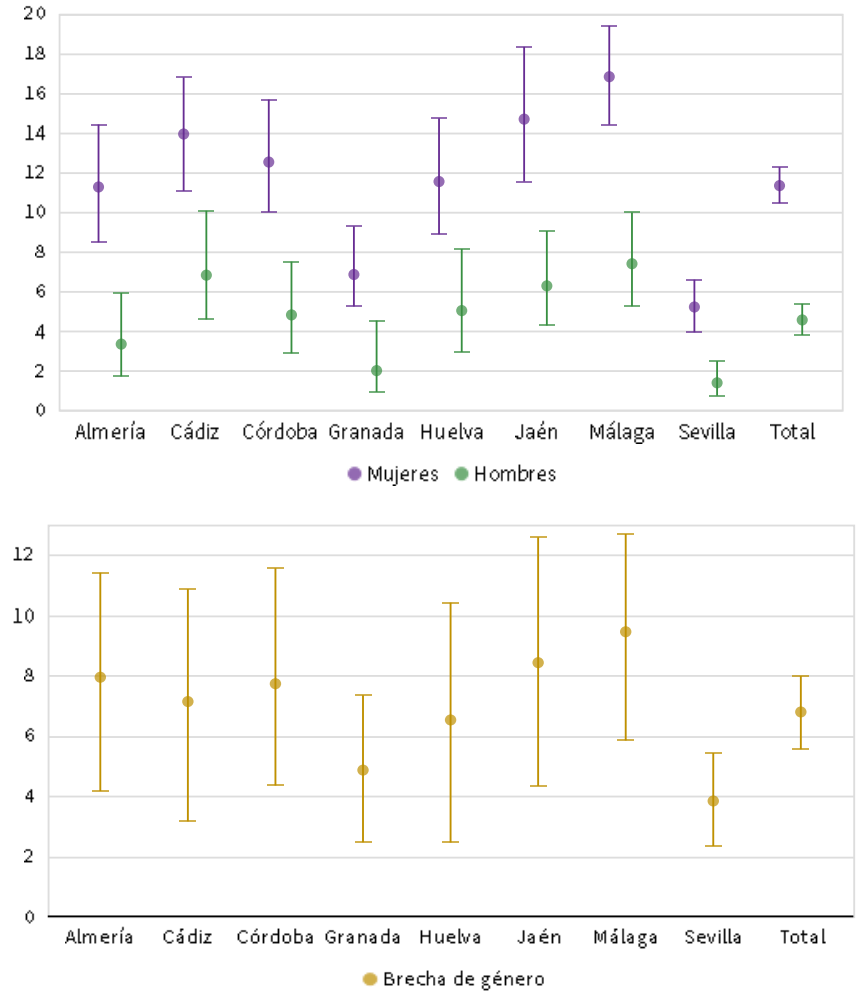




Fuente: Elaboración propia, con datos de la Encuesta Andaluza de Salud 2023

Las provincias con mayor frecuencia de este tipo de patologías en mujeres son Málaga y Jaén, que también presentan las brechas de género más amplias.

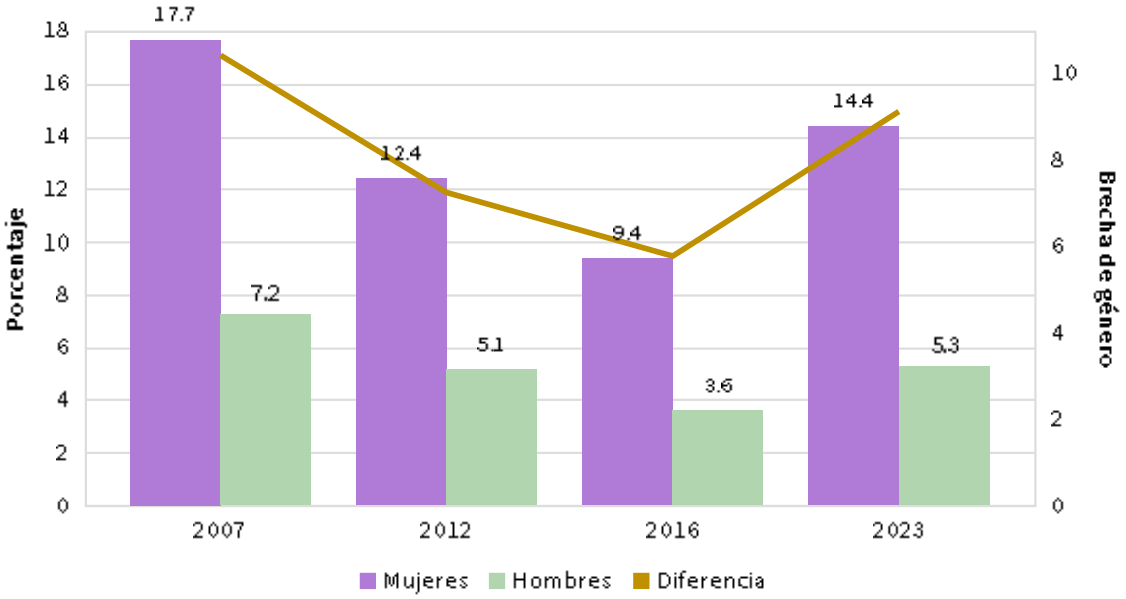
Gráfico 76. Población adulta (>15 años) con diagnóstico de artritis/artrosis por sexo y provincia de residencia (porcentaje y brecha de género e IC 95%). Andalucía 2023



Fuente: Elaboración propia, con datos de la Encuesta Andaluza de Salud 2023

Respecto a la evolución temporal, la tendencia ha sido decreciente desde 2007 a 2016 en ambos sexos, de manera similar a la disminución de la brecha de género en este periodo. Sin embargo, en 2023 se acusa un aumento de la prevalencia también en ambos sexos a un nivel superior al que se evidenciaba en 2012.

Gráfico 77. Población adulta (>15 años) con diagnóstico de artritis/artrosis por sexo y año (porcentaje y brecha de género e IC 95%). Andalucía 2007, 2012, 2016 y 2023

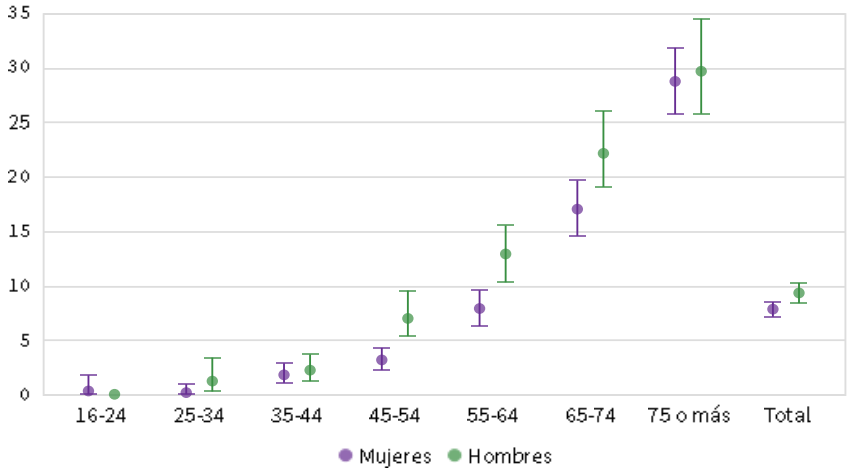


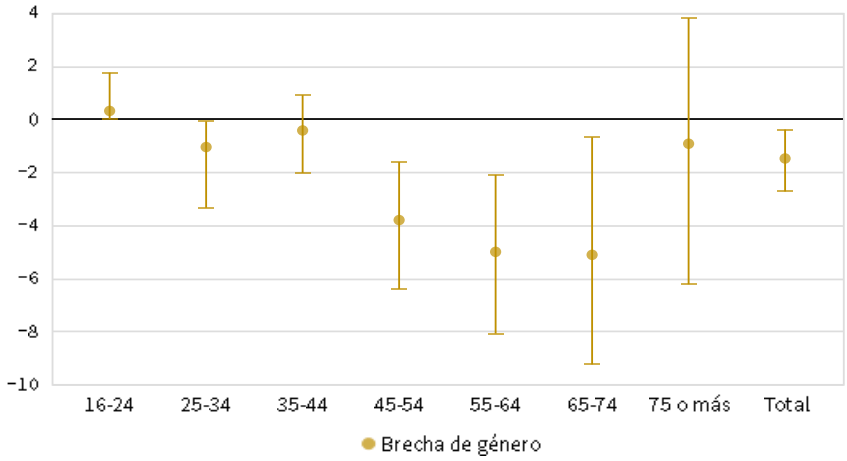
Fuente: Elaboración propia, con datos de la Encuesta Andaluza de Salud 2007, 2012, 2016 y 2023

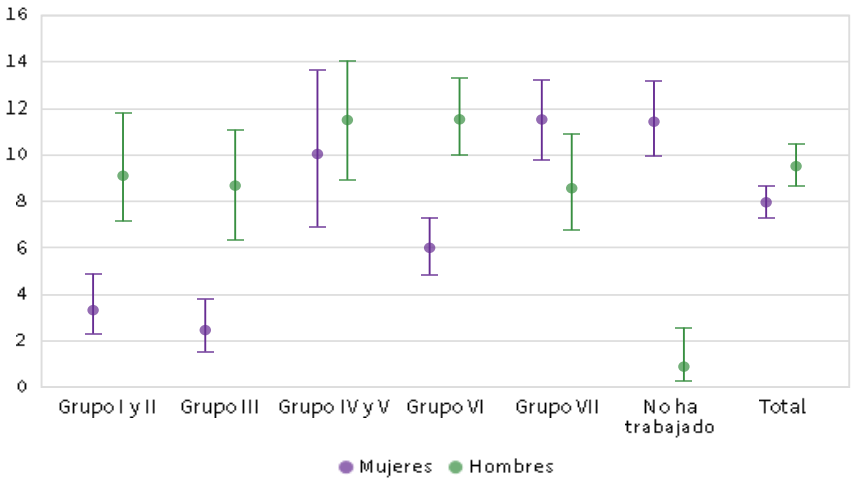
Diabetes, sobrepeso y obesidad

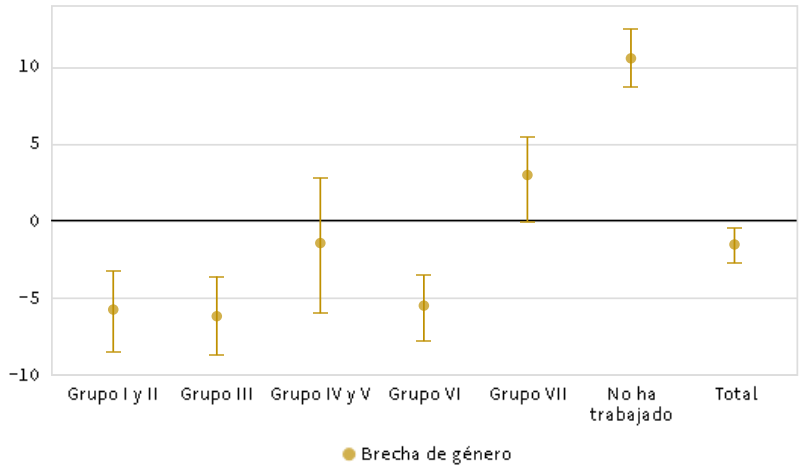
El exceso de peso es el principal factor de riesgo de diabetes tipo II, así que vamos a tratar estos dos problemas de salud de manera conjunta en este apartado. De acuerdo con el II Plan Integral de Diabetes en Andalucía, en el año 2016 el número de personas adultas con diabetes en la comunidad era de aproximadamente un millón, de las cuales estarían diagnosticadas unas 630.000. Según datos de la EAS 2023, la frecuencia de diagnóstico de diabetes es de 7,8% en mujeres y 9,3% en hombres, cifras algo inferiores a las que ofrece la BPS: 8,7% en mujeres y 9,8% en hombres. La frecuencia aumenta con la edad en ambos sexos, y en todos los grupos la brecha de género es negativa (mayor frecuencia en hombres) con valores más amplios en la franja de edad entre 45 y 74 años, a partir de los 75 años aumenta más la frecuencia en mujeres y se reduce la brecha. También en todos los niveles de clase social se mantiene la brecha de género negativa (mayor frecuencia en hombres) excepto en la clase social menos privilegiada (grupo VII) y en quienes nunca han trabajado, hecho que coincide con el predominio de mujeres en las personas de bajo nivel de educación (estudios primarios).

Gráfico 78. Población adulta (>15 años) con diagnóstico de diabetes por sexo, edad y clase social (porcentaje y brecha de género e IC 95%). Andalucía 2023





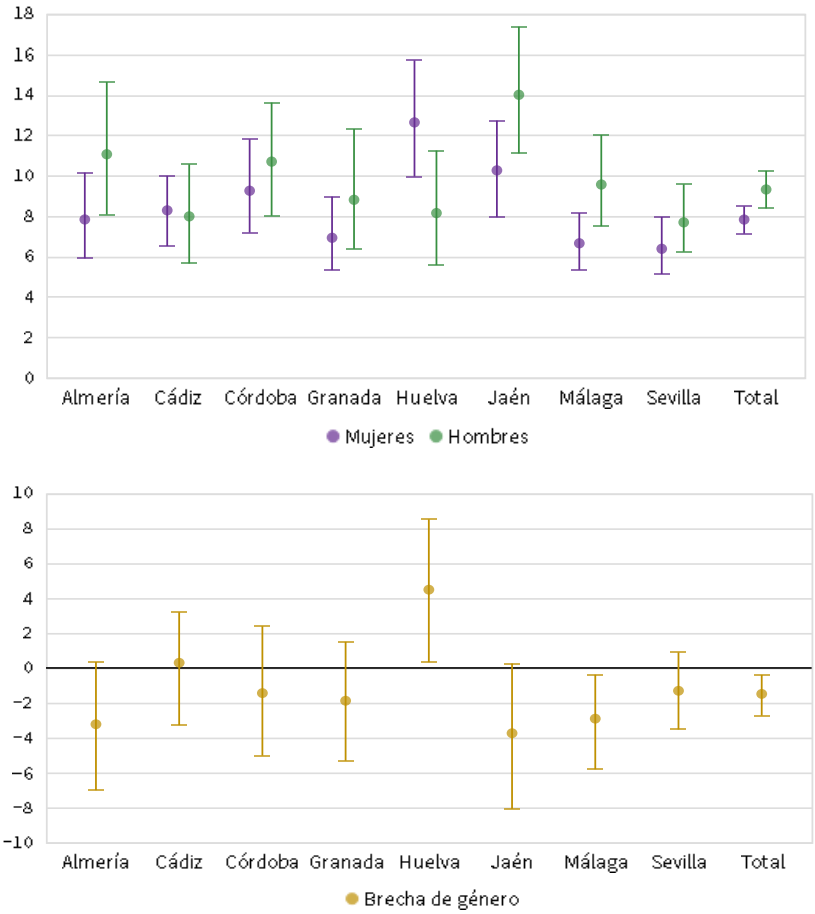




Fuente: Elaboración propia, con datos de la Encuesta Andaluza de Salud 2023

Si atendemos a la provincia de residencia, Jaén es la de mayor frecuencia de diabetes en hombres y Huelva la de mayor porcentaje de mujeres con diagnóstico de diabetes. Ésta es también la única provincia en la que la brecha de género es positiva.

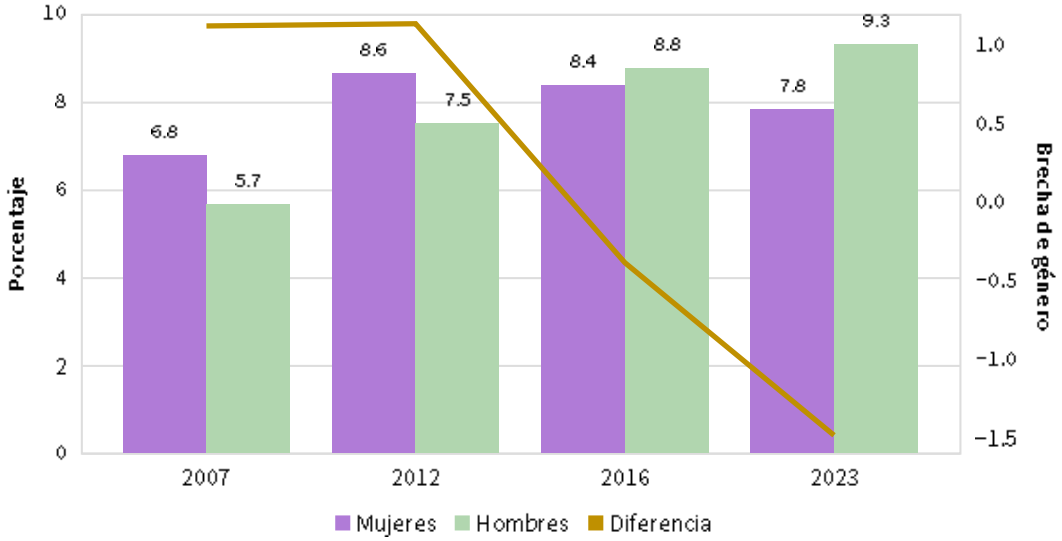
Gráfico 79. Población adulta (>15 años) con diagnóstico de diabetes por sexo y provincia de residencia (porcentaje y brecha de género e IC 95%). Andalucía 2023



Fuente: Elaboración propia, con datos de la Encuesta Andaluza de Salud 2023

En el gráfico siguiente se puede observar que la prevalencia de diabetes en hombres ha Ido en aumento en el periodo analizado, pasando de 6,8% en 2007 a 9,3% en 2023. En mujeres se muestra un aumento en 2012 respecto al 2007, con un progresivo descenso en los años siguientes, hasta 7,8% en 2023. Así, la brecha de género ha invertido el signo, de positivo en 2007 y 2012 (predominio de mujeres), a negativo en 2016 y 2023 (predominio de hombres).

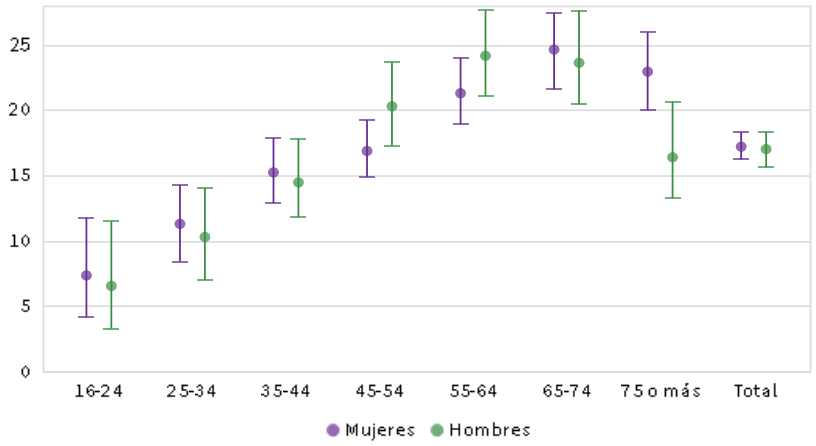
Gráfico 80. Población adulta (>15 años) con diagnóstico de diabetes por sexo y año (porcentaje y brecha de género e IC 95%). Andalucía 2007, 2012, 2016 y 2023

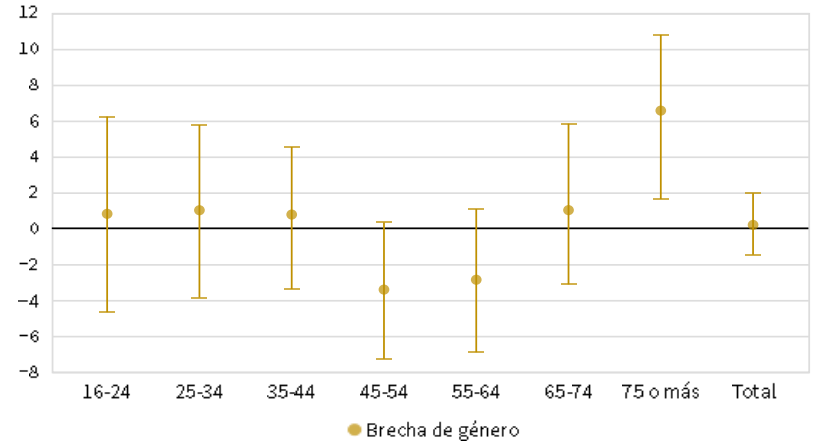


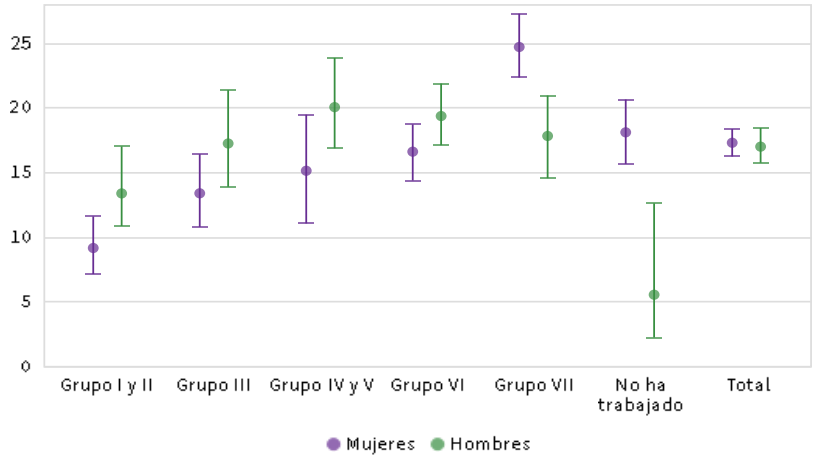
Fuente: Elaboración propia, con datos de la Encuesta Andaluza de Salud 2007, 2012, 2016 y 2023

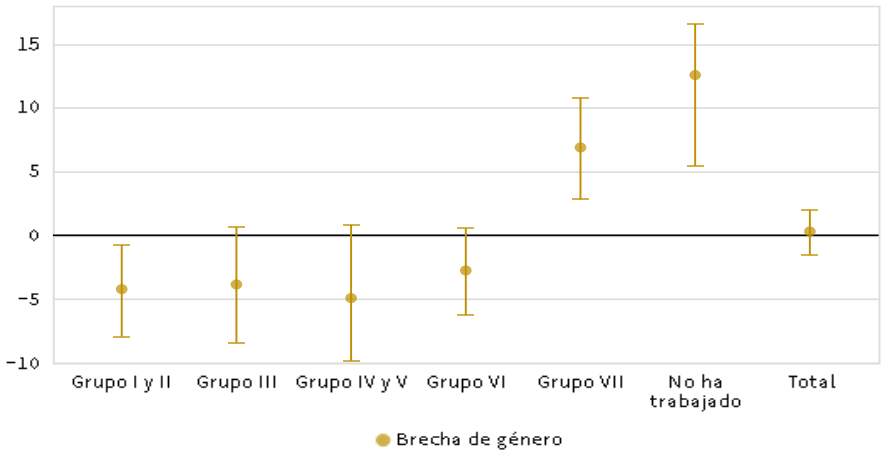
El exceso de peso es el factor de riesgo principal para desarrollar diabetes. Según la EAS, en 2023 el 17,2% de las mujeres andaluzas adultas tenía sobrepeso u obesidad, y el 17% de los hombres. Si entendemos a los datos de la BPS, el 5,7% de las mujeres y el 4,6% de los hombres tenían diagnóstico de obesidad, un total de 460.542 personas. La frecuencia del exceso de peso va aumentando conforme lo hace la edad, pero la brecha de género se comporta de manera diferente en cada franja etaria: en las edades más jóvenes, predominan las mujeres (brecha de género positiva), así como de los 65 años en adelante. Sin embargo, en las edades medias entre 45 y 64 años la brecha es negativa, con predominio de los hombres. La mayor diferencia la encontramos en mayores de 74 años, donde la brecha de género es de signo positivo y con diferencias estadísticamente significativas.

Gráfico 81. Población adulta (>15 años) con diagnóstico de sobrepeso u obesidad por sexo, edad y clase social (porcentaje y brecha de género e IC 95%). Andalucía 2023







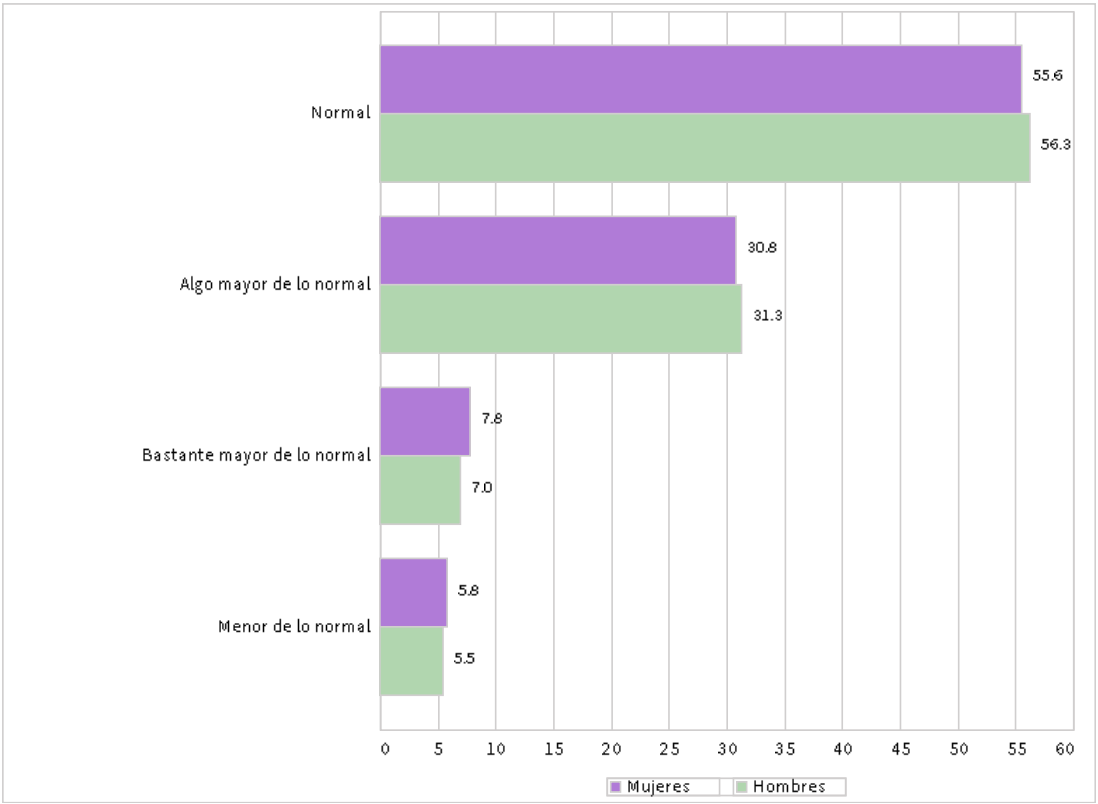


Fuente: Elaboración propia, con datos de la Encuesta Andaluza de Salud 2023

Respecto a la clase social, en el caso de las mujeres la frecuencia de sobrepeso u obesidad aumenta conforme disminuye en nivel social, con una prevalencia máxima en el grupo menos privilegiado (grupo VII), en el que la brecha de género es claramente positiva. En el caso de los hombres esta tendencia no está tan clara, de modo que son los grupos IV y V los que presentan una mayor prevalencia de exceso de peso.

A pesar de que la frecuencia global de sobrepeso-obesidad es bastante similar entre mujeres y hombres, son más las mujeres que perciben que su peso es "bastante mayor de lo normal" en relación a su talla.

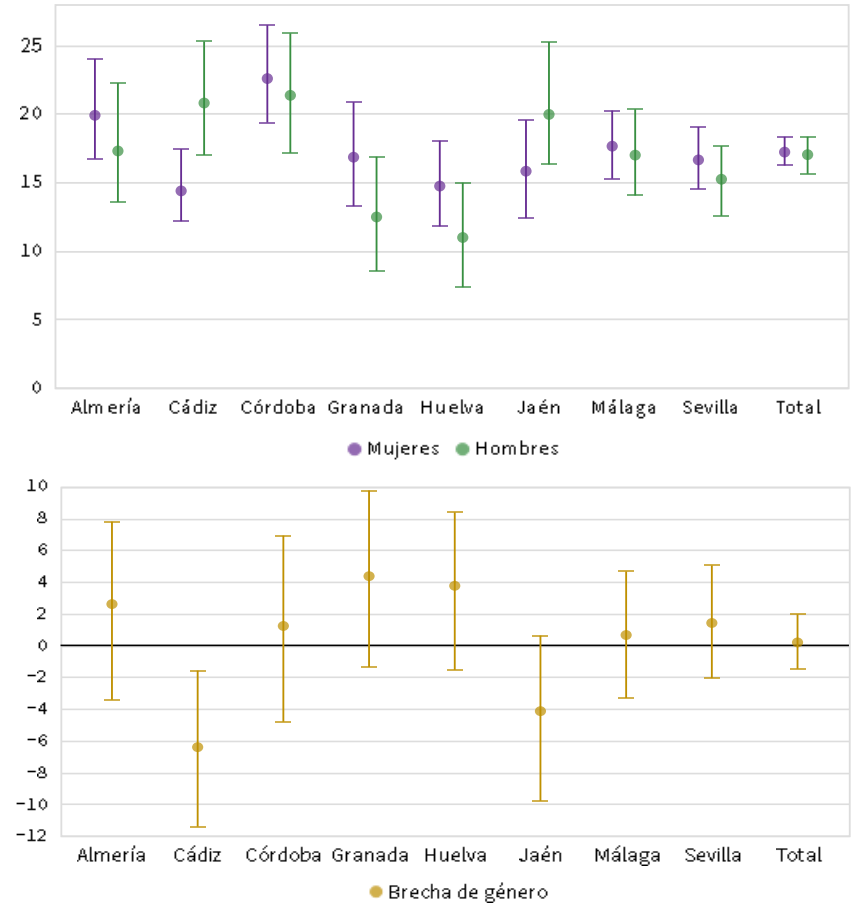
Gráfico 82. Población adulta (>15 años) según la percepción de su peso en relación con su talla por sexo (porcentaje). Andalucía 2023



Fuente: Elaboración propia, con datos de la Encuesta Andaluza de Salud 2023

En el gráfico siguiente se muestran las prevalencias de exceso de peso por provincias. Córdoba es la que muestra una mayor frecuencia de sobrepeso-obesidad en ambos sexos, y Huelva la provincia en la que se observa una frecuencia menor. En todas las provincias, salvo Cádiz y Jaén, la brecha de género es positiva, es decir, predominan las mujeres con sobrepeso-obesidad frente a los hombres, aunque la diferencia solo es estadísticamente significativa en Cádiz, donde predominan los hombres con exceso de peso.

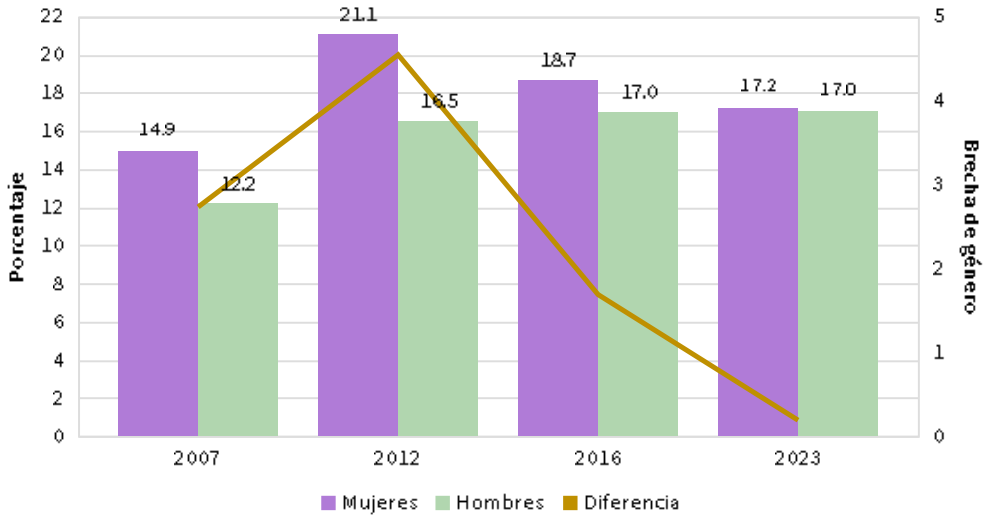
Gráfico 83. Población adulta (>15 años) con diagnóstico de sobrepeso u obesidad por sexo y provincia de residencia (porcentaje y brecha de género e IC 95%). Andalucía 2023



Fuente: Elaboración propia, con datos de la Encuesta Andaluza de Salud 2023

Si analizamos la evolución temporal, se observa en las mujeres una tendencia descendente desde 2012 hasta 2023, mientras que en los hombres prácticamente las prevalencias se han mantenido. De esta manera, la brecha de género, positiva en 2007 y máxima en 2012, ha ido reduciéndose hasta llegar a ser prácticamente cero en 2023.

Gráfico 84. Población adulta (>15 años) con diagnóstico de sobrepeso u obesidad por sexo y año (porcentaje y brecha de género e IC 95%). Andalucía 2007, 2012, 2016 y 2023



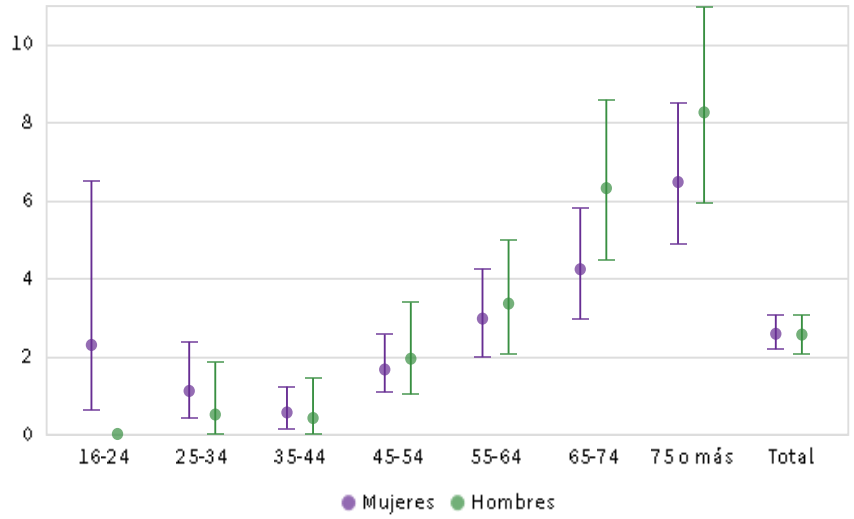
Fuente: Elaboración propia, con datos de la Encuesta Andaluza de Salud 2007, 2012, 2016 y 2023

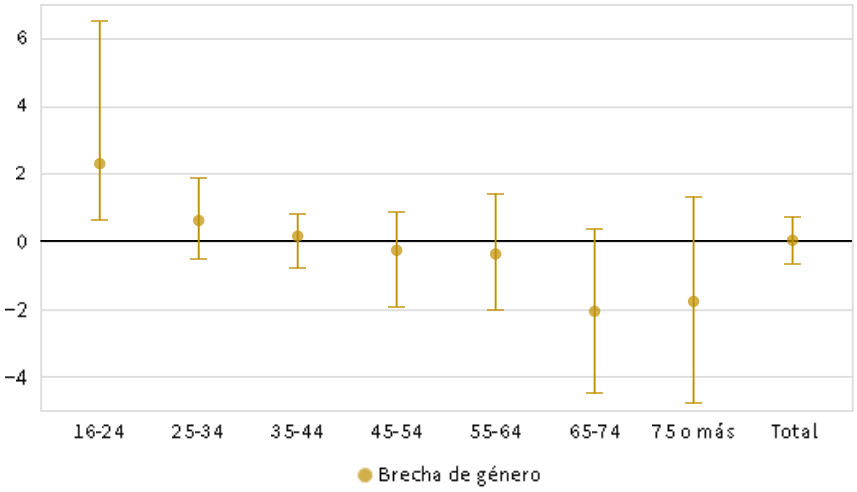
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

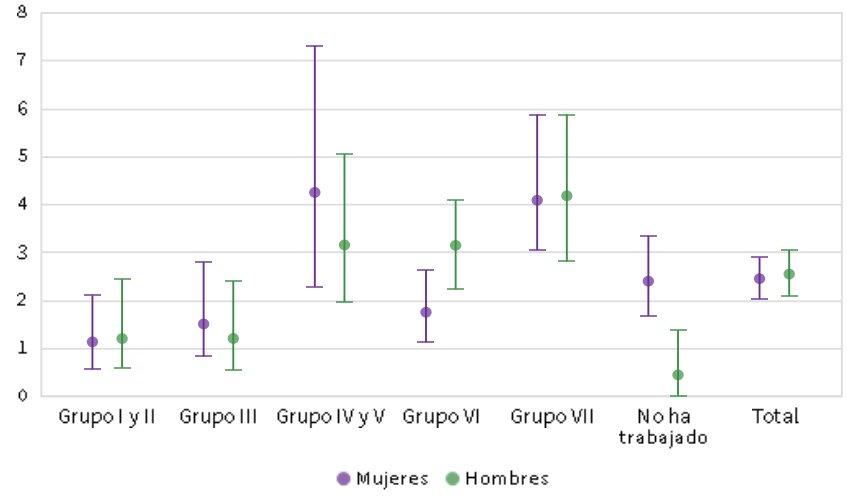
La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) engloba dos formas principales: bronquitis crónica y enfisema, que en la mayoría de los casos se presentan en combinación. La causa principal de EPOC es el tabaquismo. Tradicionalmente se ha considerado a la EPOC una enfermedad de hombres, ligada a la mayor prevalencia de tabaquismo en ellos. Sin embargo, las tendencias parecen estar cambiando en la actualidad. La EPOC constituye un problema sociosanitario de primera magnitud, debido al gran coste económico y social que conlleva, su morbimortalidad y su elevada prevalencia. Según el Plan Andaluz de atención a las personas con enfermedades respiratorias crónicas (Arnedillo-Muñoz et al., 2023), se estima que la EPOC afecta a más de 200 millones de personas en el mundo y se sitúa en la tercera causa de mortalidad tras las enfermedades cardíacas isquémicas y los accidentes cerebrovasculares. Los síntomas a menudo son subestimados por pacientes, lo que lleva a que se diagnostique normalmente en estadios avanzados. Se sabe que existe un importante infradiagnóstico del 74,7%, mayor en las mujeres (80,6% que en los hombres (70,4%) (Grupo de uso racional del medicamento en el tratamiento farmacológico de la EPOC, 2023). Por esto, las cifras obtenidas por encuesta o incluso por los registros clínicos se deben mirar con cautela.

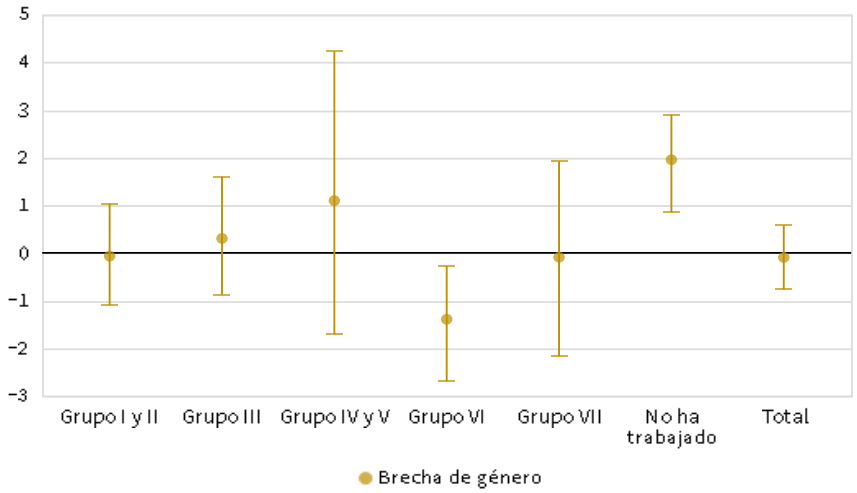
Según datos de la EAS 2023, el 2,6% de las mujeres y el 2,5% de los hombres han sido diagnosticados de EPOC, cifras inferiores a las informadas por la BPS del mismo año: 3,7% de mujeres y 5,4% de hombres (lo que supone 392.836 casos). La distribución por edad muestra una tendencia creciente conforme la edad aumenta. La brecha de género es positiva en las edades más jóvenes (16 a 34 años) y se va haciendo negativa (predominio de hombres) en grupo mayores, donde la mayor brecha se muestra a partir de los 65 años.

Gráfico 85. Población adulta (>15 años) con diagnóstico de EPOC por sexo, edad y clase social (porcentaje y brecha de género e IC 95%). Andalucía 2023







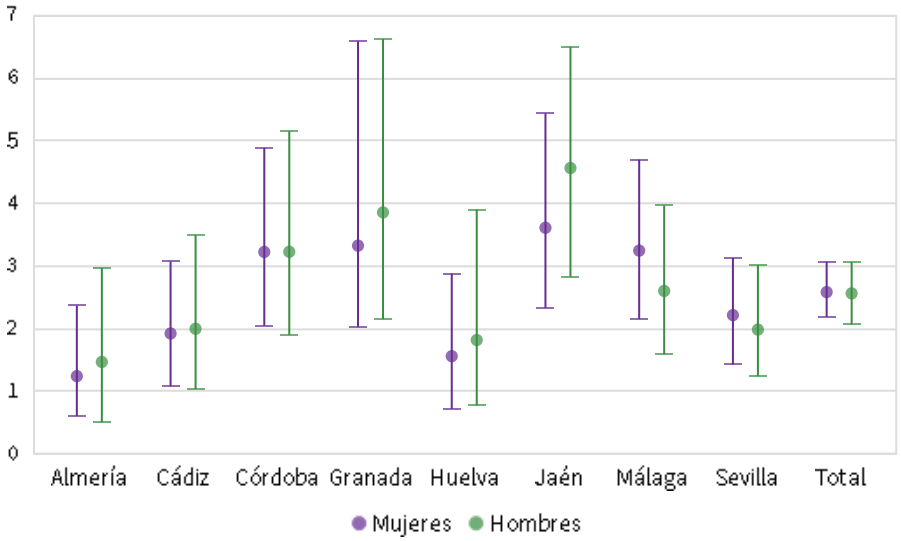


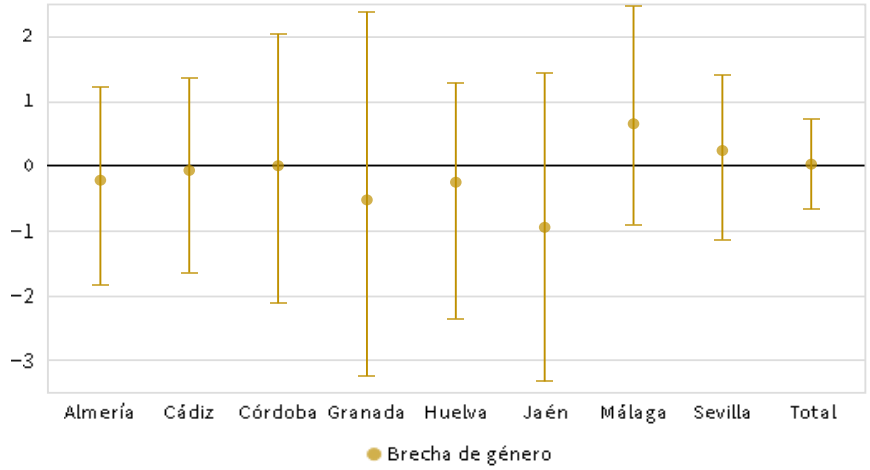
Fuente: Elaboración propia, con datos de la Encuesta Andaluza de Salud 2023

Las clases sociales más privilegiadas presentan las cifras más bajas, sin brechas de género significativas. En los niveles más bajos (grupos IV y V, brecha de género positiva; grupo VII, brecha de género negativa). La frecuencia es mayor en personas con estudios primarios donde predominan las mujeres, y menor en niveles más altos de estudios donde la brecha es prácticamente cero.

Las provincias con mayor prevalencia son Granada y Jaén, para ambos sexos, y, aunque las Málaga y Sevilla muestran brechas de género positivas, en ninguna de las provincias las diferencias son significativas.

Gráfico 86. Población adulta (>15 años) con diagnóstico de EPOC por sexo y provincia de residencia (porcentaje y brecha de género e IC 95%). Andalucía 2023

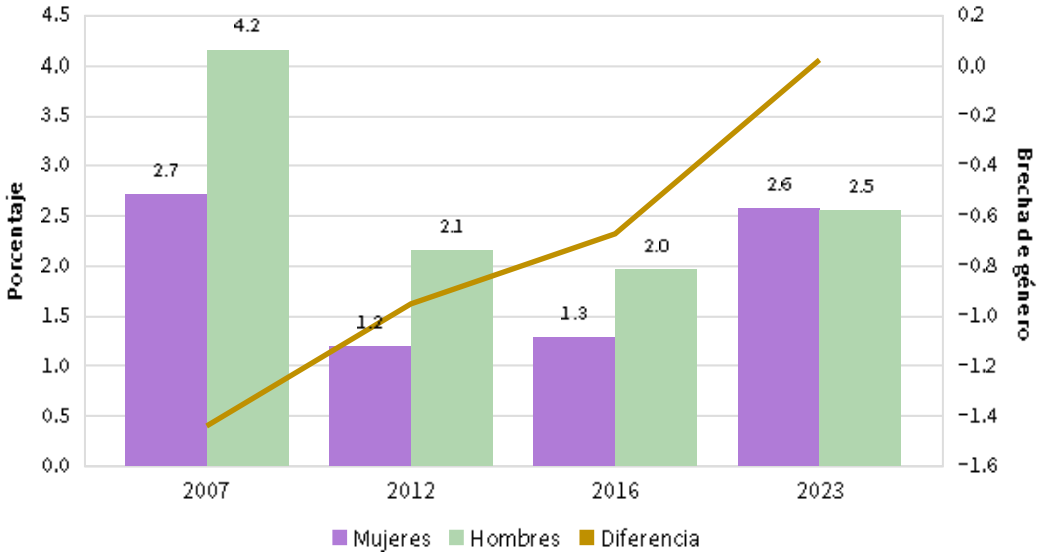




Fuente: Elaboración propia, con datos de la Encuesta Andaluza de Salud 2023

La evolución de la EPOC en las últimas encuestas andaluzas de salud muestra datos interesantes. La mayor prevalencia se observa en hombres para el año 2007, con una brecha de género de -1,4. Estas cifras disminuyen en 2012 (se mantiene la brecha de género negativa), para ir aumentando sobre todo en mujeres en 2016 y 2023. Aunque en este último año también aumentó la frecuencia de EPOC en hombres, el aumento fue mayor en mujeres de tal forma que la brecha de género fue reduciéndose hasta prácticamente cero.

Gráfico 87. Población adulta (>15 años) con diagnóstico de EPOC por sexo y año (porcentaje y brecha de género e IC 95%). Andalucía 2007, 2012, 2016 y 2023



Fuente: Elaboración propia, con datos de la Encuesta Andaluza de Salud 2007, 2012, 2016 y 2023

Según el Plan Andaluz de Enfermedad Pulmonar Crónica (Arnedillo-Muñoz et al., 2023), en los últimos años se observa un incremento importante de la EPOC en mujeres, sobre todo en las edades más tempranas, probablemente debido al aumento de tabaquismo en las mismas. El Plan señala que es importante tener en cuenta esta evolución, ya que todavía existe un infradiagnóstico muy importante de esta enfermedad, especialmente en las mujeres.

Existen diferencias en el perfil de los padecimientos y patologías crónicas entre mujeres y hombres

En este apartado hemos analizado algunas de las condiciones crónicas de salud que pueden afectar de manera diferencial a mujeres y a hombres.

El dolor crónico es el padecimiento más frecuente: un 38,8% de las mujeres y un 21,4% de los hombres lo padecen en Andalucía. La prevalencia de dolor aumenta con la edad y es mayor en las clases sociales menos favorecidas, mientras que disminuye en las clases más privilegiadas. La mayor prevalencia de dolor crónico en mujeres se da en todas las edades y en todas las clases sociales. El dolor de espalda y la cefalea son los tipos de dolor crónico más frecuentes, ambos con mayor prevalencia en mujeres. La fibromialgia es una de las causas de dolor crónico generalizado en la que la brecha de género es más llamativa: hay 10 veces más de mujeres que de hombres con diagnóstico de fibromialgia en Andalucía y su frecuencia se ha duplicado en 2023 para mujeres, mientras que en los hombres las cifras se mantienen estables. Se observa una tendencia creciente del dolor crónico de diferentes orígenes en el año 2023, con un incremento de la brecha de género en este último año. El dolor crónico es una de las patologías en la que se han evidenciado importantes sesgos de género: aunque se considera una patología de mujeres, éstas no reciben el esfuerzo diagnóstico y terapéutico que necesitan ya que los estereotipos de género imperantes consideran que las mujeres son más proclives a la "queja" que los hombres y padecen condiciones menos graves que producen dolor (Gil y Cáceres, 2020).

Las enfermedades cardiovasculares son un paradigma de patologías consideradas tradicionalmente "masculinas", y los datos de la EAS así lo indican. Sin embargo, este patrón no es el mismo en todas las condiciones ni en todos los grupos de edad. Por ejemplo, en la angina de pecho la BG se torna positiva en el grupo de 55 a 64 años (sin significación estadística). Para el ICTUS, en mujeres jóvenes la frecuencia es superior a la de los hombres del mismo grupo. Los roles tradicionales de género asignados a las mujeres suponen uno de los factores de riesgo cardiovascular en ellas (O' Neil et al., 2018). Sin embargo, las enfermedades cardiovasculares en mujeres siguen siendo poco estudiadas, poco reconocidas, infradiagnosticadas y poco tratadas, según la Comisión de Mujeres y ECV de The Lancet (Vogel et al., 2021). En este tipo de patologías se ha evidenciado la existencia de sesgos de género en el diagnóstico y en el tratamiento desde que empezaron a surgir investigaciones específicas en la década de los 90 del siglo pasado. A pesar de ello, por lo general, las mujeres con enfermedad cardiovascular suelen estar infradiagnosticadas e infratratadas (Bueno y Peláez, 2022). Es muy importante concienciar tanto a las mujeres y allegados como a profesionales sanitarios de estos sesgos para mejorar la calidad de la atención a estas condiciones que tienen un elevado potencial de mortalidad y discapacidad.

Las enfermedades musculoesqueléticas son tres veces más frecuentes en las mujeres, y esta brecha de género amplia va aumentando con la edad. Su frecuencia es mayor en las clases sociales más desfavorecidas, especialmente en las mujeres de grupos más vulnerables. En el año 2023 su frecuencia aumentó, especialmente en las mujeres, como vemos en otras condiciones crónicas.

La diabetes es una patología de predominio en hombres y relacionada con la edad, aunque en mayores de 75 años crece la frecuencia en mujeres, y especialmente de clase social menos favorecida, y se reduce la brecha de género. La evolución de la brecha de género ha invertido el signo, de positivo en 2007 y 2012 (predominio de mujeres), a negativo en 2016 y 2023 (predominio de hombres). El exceso de peso es el factor de riesgo principal para desarrollar diabetes, y su frecuencia es similar en ambos sexos para 2023, la brecha de género se comporta de manera diferente en cada franja etaria: en las edades más jóvenes, predominan las mujeres (brecha de género positiva), así como de los 65 años en adelante. Sin embargo, en las edades medias entre 45 y 64 años la brecha es negativa, con predominio de los hombres. Si analizamos la evolución temporal, se observa una tendencia descendente en las mujeres desde 2012 hasta 2023, mientras que en los hombres prácticamente las prevalencias se han mantenido.

La prevalencia de EPOC según los datos de la EAS 2023 es similar en hombres y en mujeres, sin embargo, no es homogénea en todas las edades. La brecha de género es positiva en las edades más jóvenes (16 a 34 años) y se va haciendo negativa (predominio de hombres) en grupo mayores, donde la mayor brecha se muestra a partir de los 65 años. La evolución temporal resulta interesante: las cifras disminuyen en 2012 (se mantiene la brecha negativa), para ir aumentando sobre todo en mujeres en 2016 y 2023. Aunque en este último año también aumentó la frecuencia de EPOC en hombres, el aumento fue mayor en mujeres de tal forma que la brecha de género fue reduciéndose hasta prácticamente cero. Diversos estudios señalan que en los últimos años se observa un incremento importante de la EPOC en mujeres, sobre todo en las edades más tempranas, probablemente debido al aumento de tabaquismo en las mismas. Se señala que es relevante tener en cuenta esta evolución, ya que todavía existe un infradiagnóstico muy importante de esta enfermedad, especialmente en las mujeres (Arnedillo-Muñoz et al., 2023). Persisten importantes sesgos de género en la atención a este tipo de patología, a pesar de que las enfermedades respiratorias en las mujeres se manifiestan de forma más grave que en los varones, con mayor expresión sintomática y más afectación de la calidad de vida (Alonso, Girón y Cisneros, 2019).

3.3. Desigualdades de género en la atención sanitaria

Dado que mujeres y hombres ven afectada su salud de diferente manera por razones biológicas y sociales, sus necesidades de atención sanitaria también son diferentes. Identificar sesgos de género en la atención sanitaria supone identificar en qué medida se ponen a disposición recursos sanitarios pertinentes y se realizan esfuerzos diagnósticos y terapéuticos ajustados a tales necesidades diferenciales, considerando que los procesos de atención dependen tanto de profesionales de la salud (de la interpretación del tipo de síntomas y de su gravedad, de la consideración de condicionantes biológicos y sociales de la salud), como de las mujeres y hombres como pacientes y de sus diferentes formas de aproximarse a la salud y enfermedad.

A continuación, se analiza la situación de la Atención Sanitaria en Andalucía, observando, con enfoque de género, múltiples datos sobre cobertura y acceso a servicios sanitarios; promoción de salud y prevención de riesgos; atención sanitaria primaria, hospitalaria y urgente; así como prescripción y consumo de medicamentos.

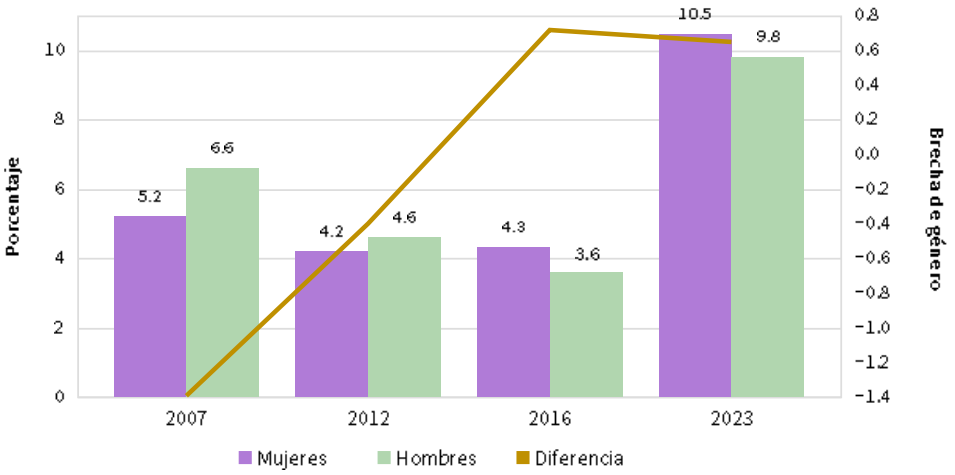
3.3.1. Cobertura y acceso a servicios sanitarios

El acceso a los servicios sanitarios públicos de forma universal y en condiciones de equidad es un derecho de todas las personas y una condición necesaria de salud. La garantía de tales recursos públicos y la posibilidad de acceder a éstos según necesidades, supone el principal amortiguar de desigualdades en salud que pudieran derivarse de las diferentes oportunidades económicas de la población para recurrir a servicios sanitarios privados alternativos. Resulta necesario analizar en qué medida el acceso a los servicios sanitarios públicos disponibles están atravesados por condicionamientos sociales y de género.

Cobertura sanitaria

Según datos de la Encuesta de Salud de Andalucía (2023), el 10,5% de mujeres y el 9,8% de hombres tienen una cobertura sanitaria mixta, pública y privada. Desde el año 2007 al 2023, el porcentaje de población andaluza con cobertura sanitaria mixta se ha incrementado. Del año 2016 al 2023, el porcentaje de cobertura sanitaria mixta se incrementó en más del doble, aumentando un 6,5% en mujeres y un 6,2% en hombres. Las brechas de género fueron favorables a los hombres en 2007 (-1,4) y 2012 (0,4), y favorables a las mujeres en 2016 (0,7) y 2023 (0,6).

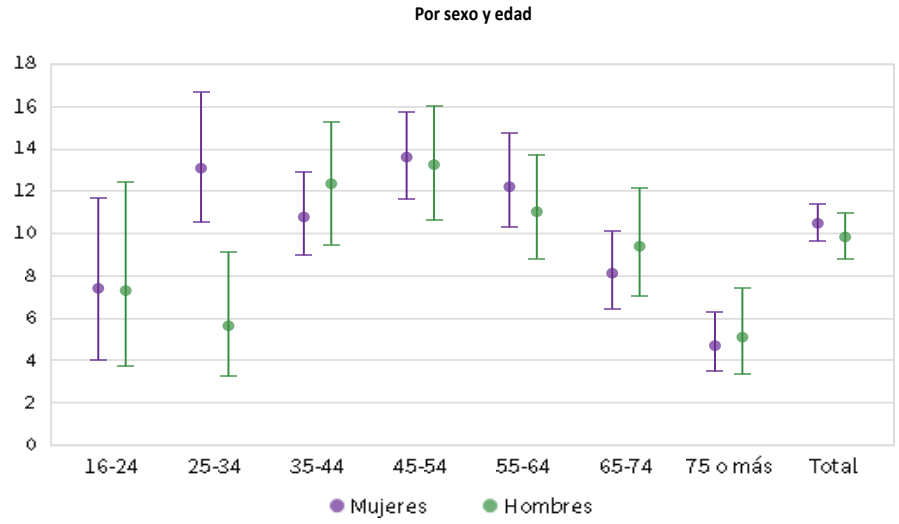
Gráfico 88. Porcentaje de población con cobertura sanitaria mixta, pública y privada, por sexo. Andalucía (2007-2023)



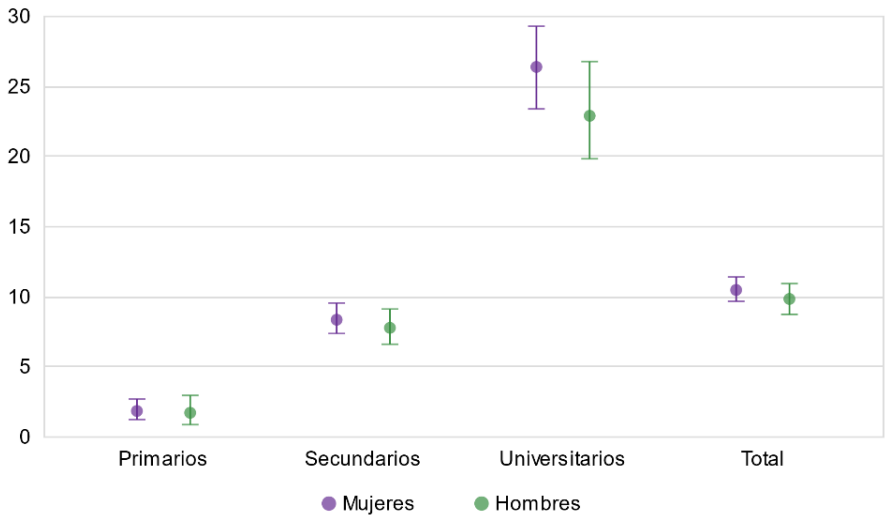
Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Andaluza de Salud (2007 – 2023)

En el año 2023, había un mayor porcentaje de cobertura sanitaria mixta en mujeres y en hombres de edades medias (45 a 54 años), con estudios universitarios, de clases sociales más altas (I y II), que residen en capitales, y sobre todo en la provincia de Málaga. Por país de nacimiento, tienen más coberturas mixtas las mujeres nacidas fuera de España y los hombres autóctonos del país. Cabe señalar mayores brechas de género favorables a las mujeres entre quienes tienen de 25 a 34 años de edad, así como son favorables a los hombres, entre quienes residen en la provincia de Granada.

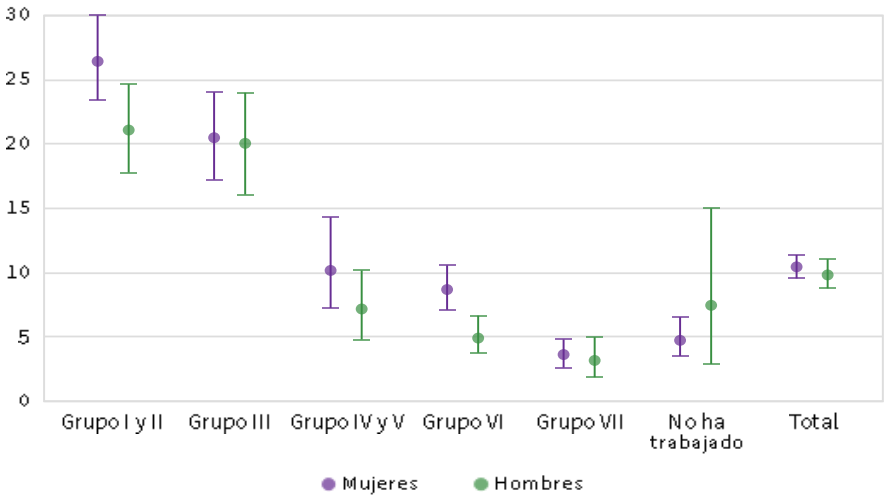
Gráfico 89. Porcentaje de población con cobertura sanitaria mixta, pública y privada. Andalucía (2023)



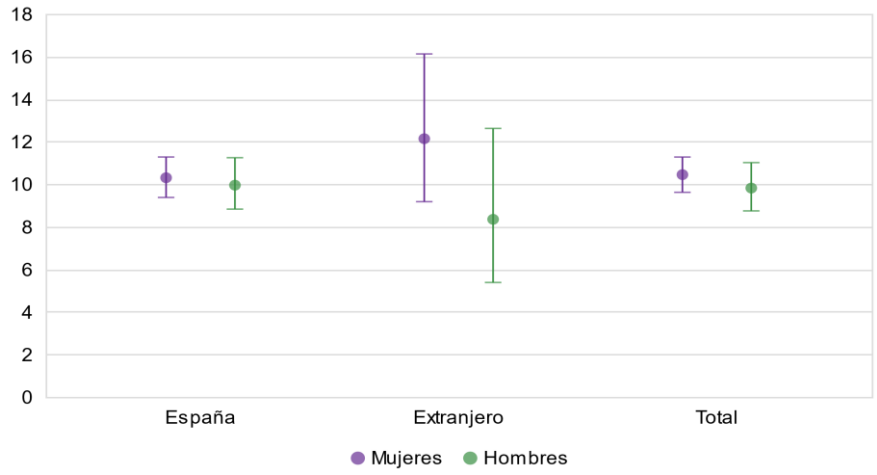
Por sexo y nivel de estudios

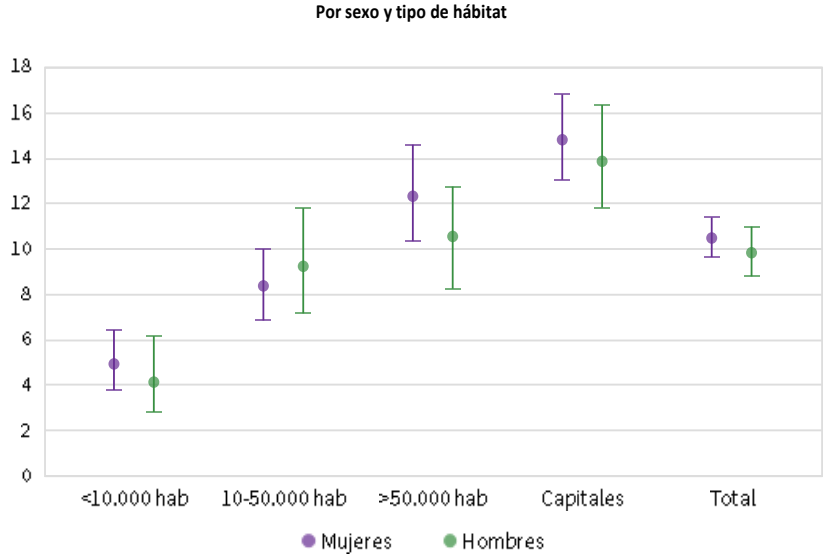


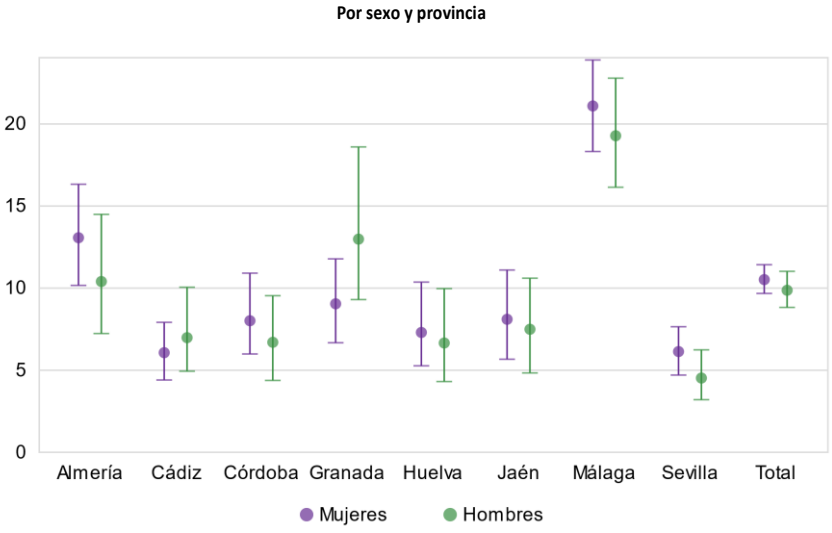
Por sexo y clase social



Por sexo y país de nacimiento







Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Andaluza de Salud (2007 – 2023)

Acceso general a servicios sanitarios públicos y privados

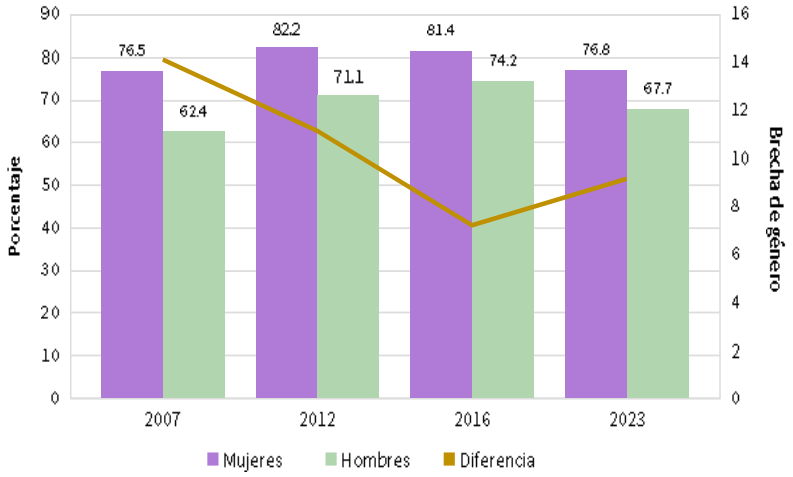
Acceso a servicios sanitarios para cubrir necesidades de salud propias o ajenas

Se conoce que, durante el año 2023, el 76,8% de las mujeres y el 67,7% de los hombres recurrieron a un centro sanitario público por un problema de salud propio. Así como el 20,1% de las mujeres y el 14,8% de los hombres acudieron acompañando a otra persona.

Se observa una disminución desde el año 2012 hasta el 2023, en el uso de recursos sanitarios públicos tanto por motivos propios como ajenos. Del año 2016 al 2023, la utilización por problemas propios disminuyó un 4,6% en mujeres y un 6,5% en hombres. Así como el acompañamiento a otra persona disminuyó un 2,9% en mujeres y un 3,4% en hombres.

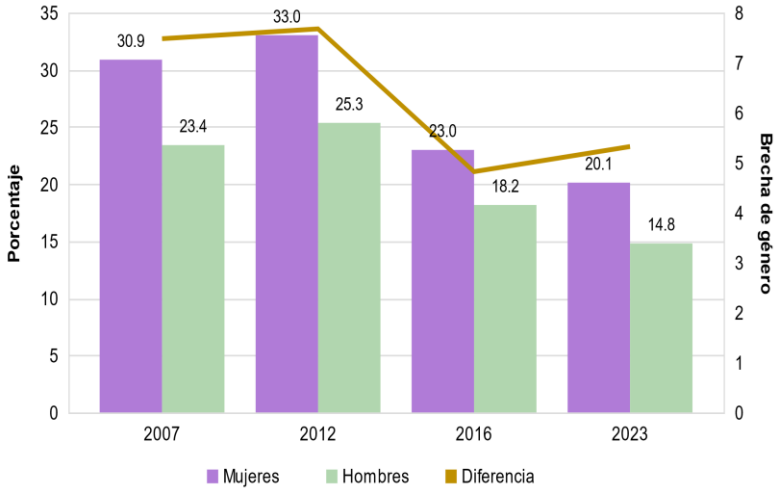
Las brechas de género son favorables a las mujeres tanto por un motivo propio como ajeno. Aun con un incremento entre el año 2016 y 2023, las brechas de género tienen una tendencia descendente en el periodo total observado (2007-2023). En el año 2023 se identifica un 9,1% más de mujeres que de hombres que utilizan los centros sanitarios públicos por necesidades propias y un 5,3% más de mujeres que hombres por problemas ajenos.

Gráfico 90. Porcentaje de población que acude a un centro sanitario público acompañando a otra persona, por sexo. Andalucía (2007-2023)



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Andaluza de Salud (2007 – 2023)

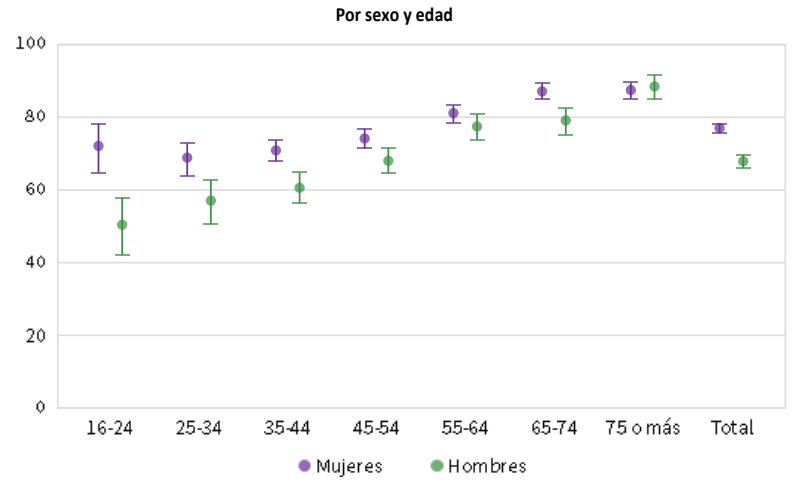
Gráfico 91. Porcentaje de población que acude a un centro sanitario público por un problema propio en el último año, por sexo (2007-2023)

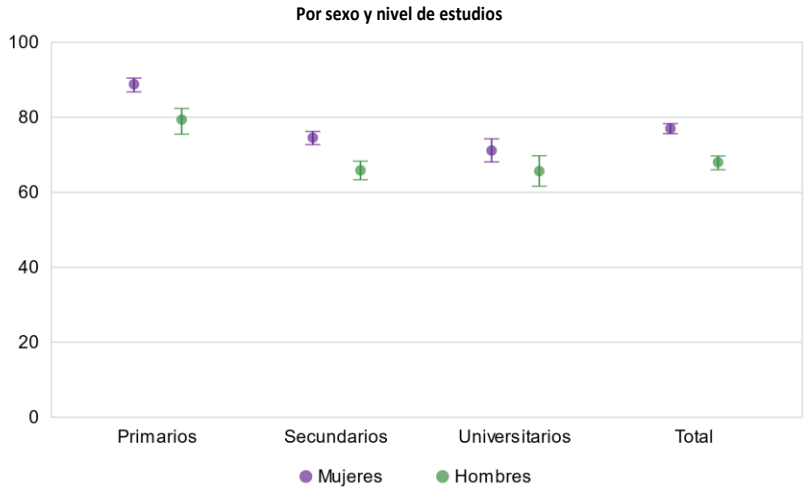


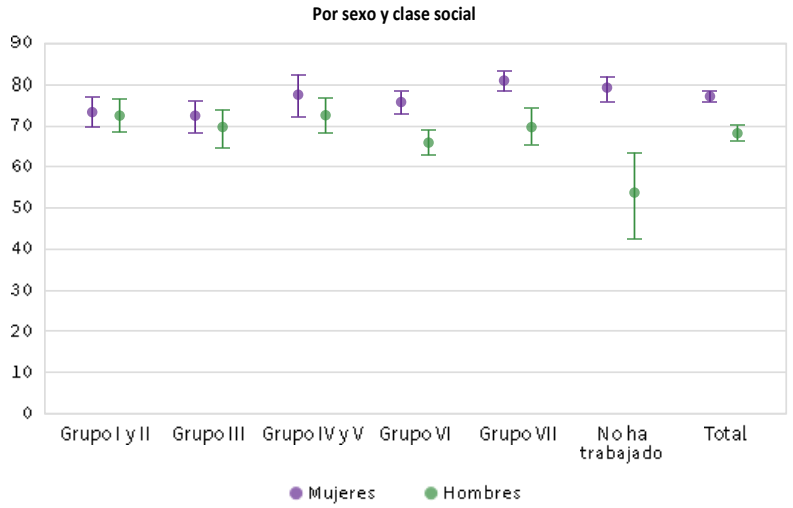
Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Andaluza de Salud (2007 – 2023)

Hay un mayor porcentaje de mujeres y hombres que utilizaron en el año 2023 un servicio sanitario público para cubrir necesidades propias de salud, a mayor edad, entre quienes tienen estudios primarios y nacieron en España y quienes residen en Almería, Córdoba, Jaén o Sevilla. Así como también hay un mayor porcentaje de uso de servicios públicos en mujeres de clase baja (VII) y que no trabajan, y entre hombres de clases altas y medias. Las brechas de género son favorables a las mujeres en la mayoría de categorías de las variables analizadas, siendo mayores las brechas entre quienes tienen menos edad, sobre todo entre los 16 y 24 años y entre quienes no trabajan.

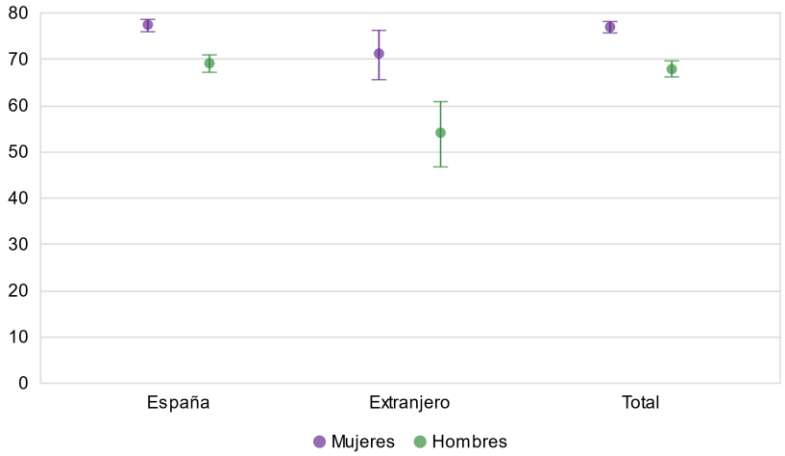
Gráfico 92. Porcentaje de población que utiliza servicios públicos para cubrir necesidades de salud propias. Andalucía (2023)

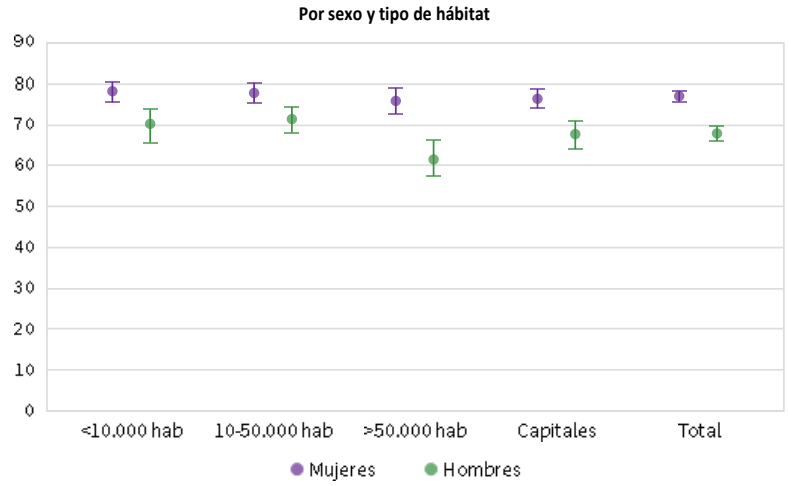


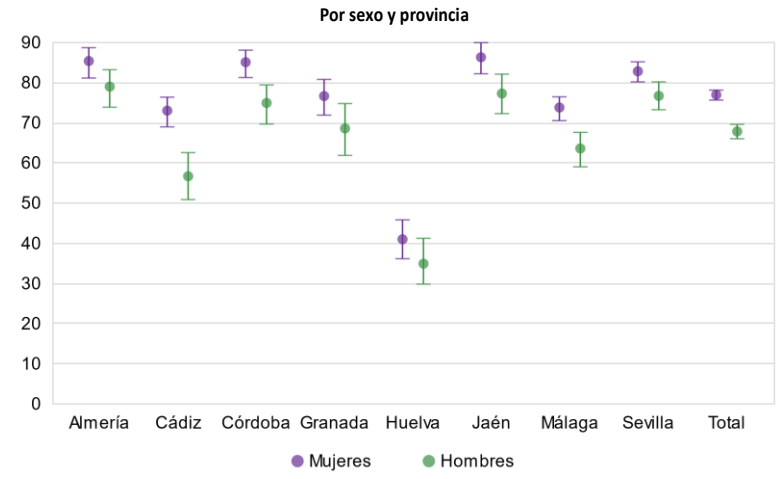




Por sexo y país de nacimiento



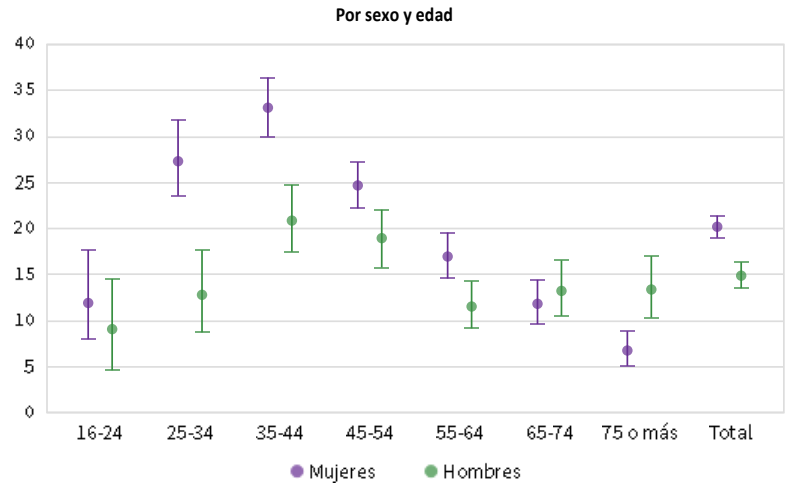


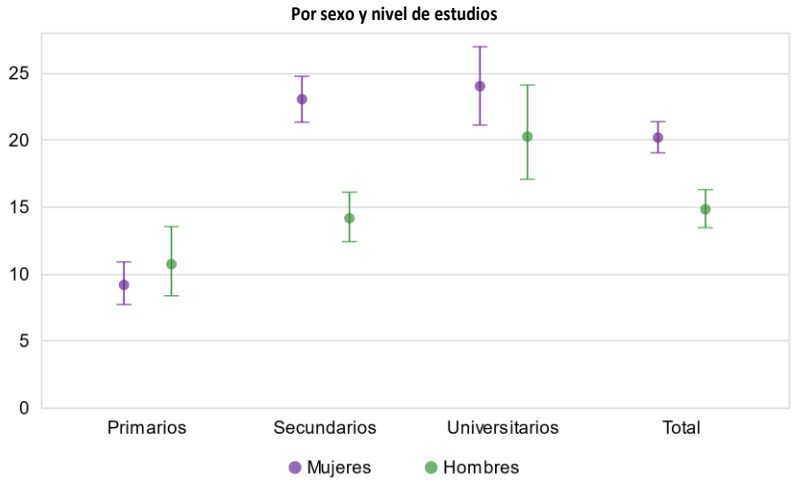


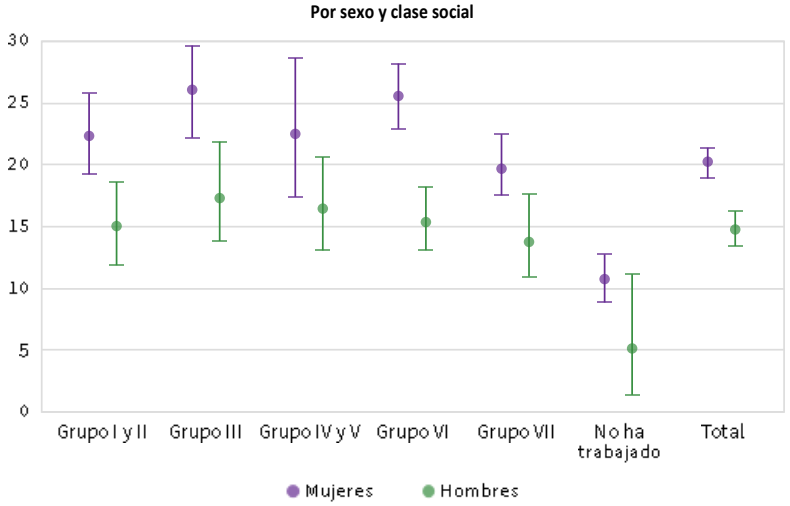
Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Andaluza de Salud (2007 – 2023)

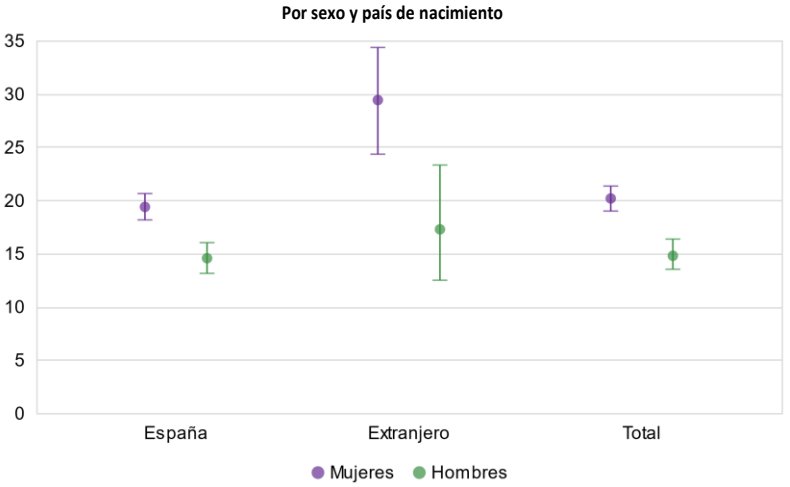
En cuanto la población andaluza que accedió en el año 2023 a un servicio sanitario público acompañando a otra persona, se identifica un mayor porcentaje de mujeres y hombres que tienen de 35 a 44 años, estudios universitarios, que nacieron fuera de España y viven en poblaciones de más de 50.000 habitantes. Las brechas de género son favorables a las mujeres en casi todas las variables analizadas, a excepción de un mayor porcentaje de uso de los servicios sanitarios públicos como acompañantes entre hombres que tienen estudios primarios y más de 75 años, así como entre quienes residen en las provincias de Almería, Huelva y Jaén. Las mayores brechas de género favorables a las mujeres se identifican en las edades de 25 a 44 años, entre quienes tienen estudios secundarios, en las clases sociales altas y medias, entre quienes nacieron fuera de España y en poblaciones de más de 50.000 habitantes.

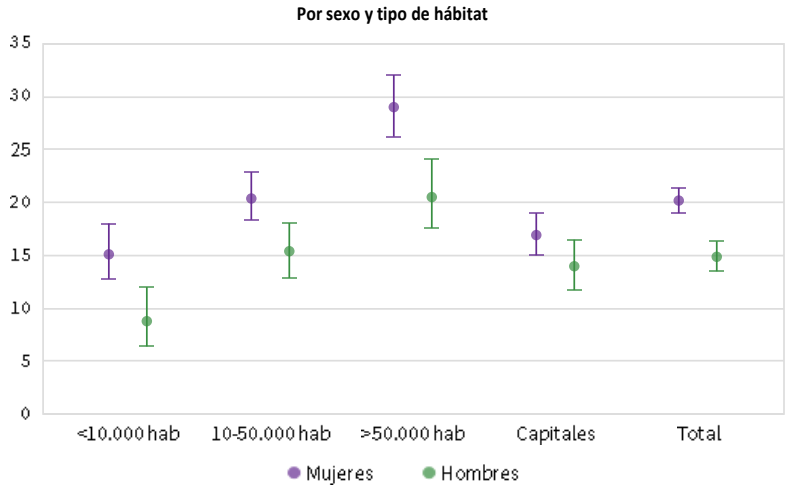
Gráfico 93. Porcentaje de población que utiliza servicios sanitarios públicos acompañando a otras personas. Andalucía (2007-2023)

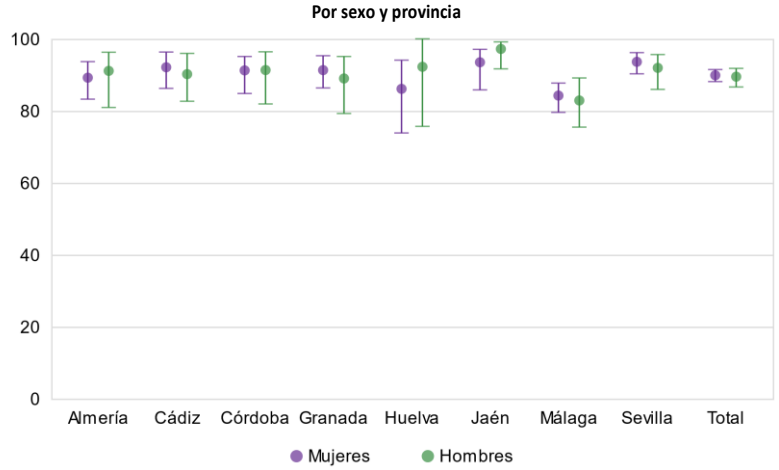





Por sexo y clase social
30
25
20
15
10
5
0
Grupo I y II
Grupo III
Grupo IV y V
Grupo VI
Grupo VII
No ha trabajado
Total
Mujeres
Hombres


Por sexo y país de nacimiento
35
30
25
20
15
10
5
0
España
Extranjero
Total
Mujeres
Hombres


Por sexo y tipo de hábitat
35
30
25
20
15
10
5
0
<10.000 hab
10-50.000 hab
>50.000 hab
Capitales
Total
Mujeres
Hombres

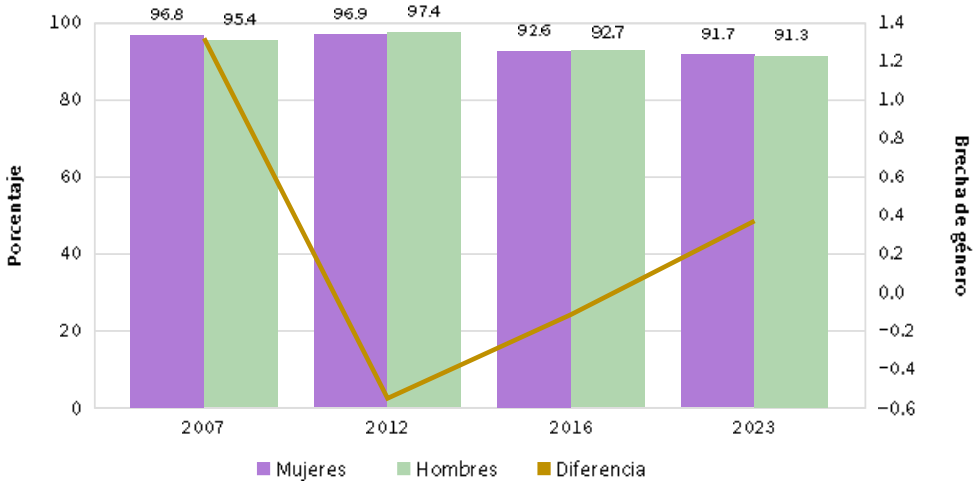


Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Andaluza de Salud (2007 – 2023)

Acceso a servicios sanitarios para cubrir necesidades de atención urgente

Comparando con las consultas sanitarias generales, son mayores las cifras sobre el porcentaje de población andaluza que realizó su última consulta urgente en algún centro sanitario público. No obstante, como se observaba al respecto de las consultas generales, también se identifica un descenso en el tiempo del porcentaje de población andaluza que realiza tales consultas urgentes en servicios públicos. Del año 2007 al 2023 hubo un 5,1% menos de mujeres que visitaron urgencias sanitarias públicas, y un 4,1% menos de hombres. Del año 2016 al 2023 el descenso fue mayor en los hombres, disminuyendo el uso de consultas urgentes en centros públicos un 1,4% y un 0,9% en mujeres. Las reducidas brechas de género, que oscilan de 0,1 a 1,3 puntos de diferencia, fueron favorables a las mujeres en el año 2007 y vuelven a serlo en 2023, mientras en los años 2012 y 2016 fueron favorables a los hombres.

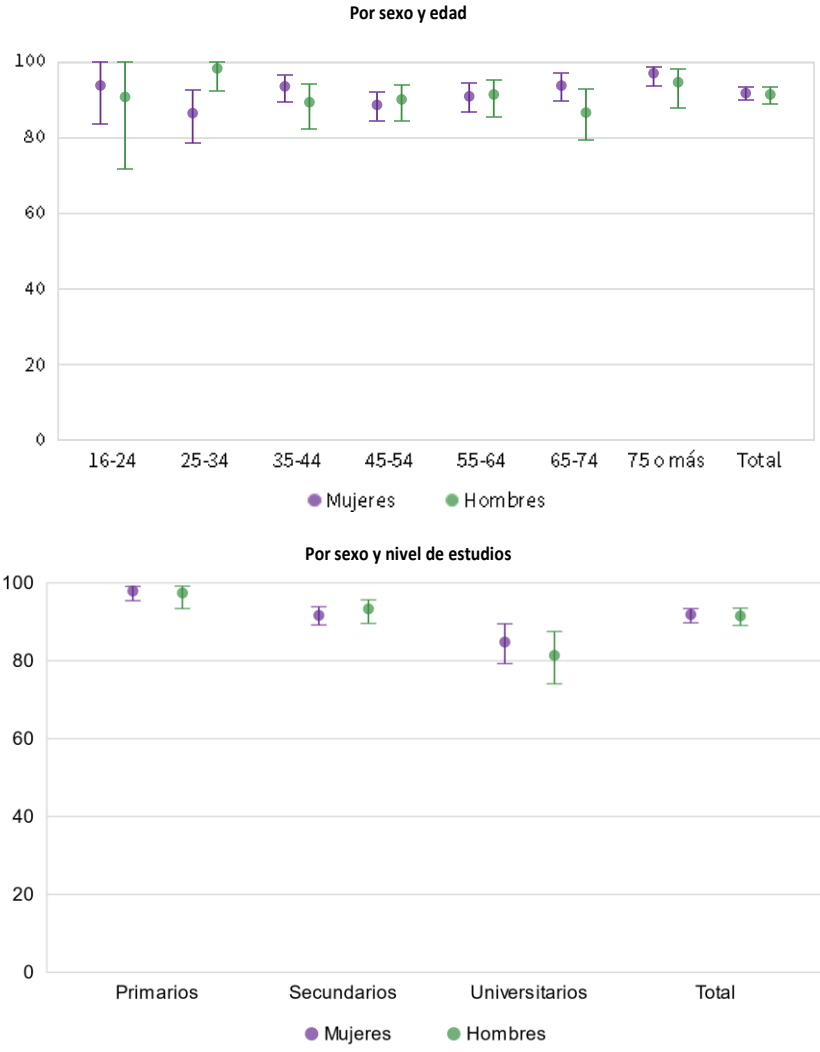
Gráfico 94. Porcentaje de población que acude en su última visita a urgencias a un centro sanitario público, por sexo. Andalucía (2007-2023)

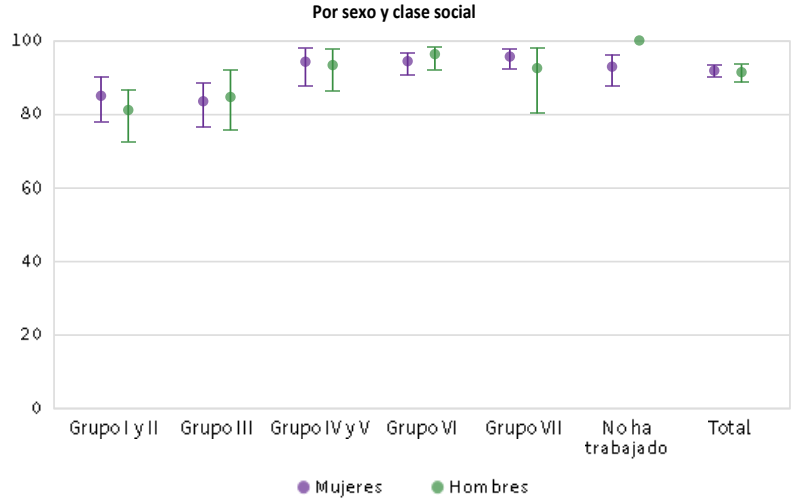


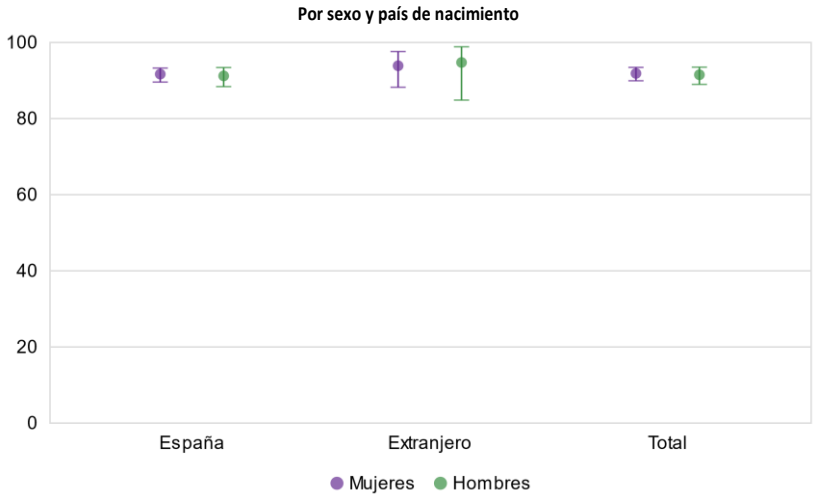
Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Andaluza de Salud (2007 – 2023)

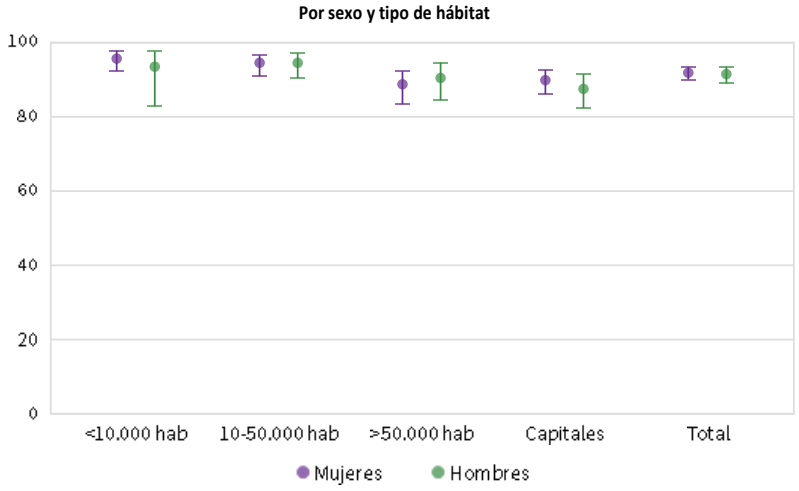
Al analizar cómo se comporta el uso de servicios públicos para consultas urgentes en función de diferentes características sociales, no se observan grandes diferencias entre las categorías de las distintas variables analizadas ni en las brechas de género. Hubo un menor porcentaje de uso entre mujeres y hombres con estudios universitarios y de clases sociales más altas. Las mayores brechas de género favorables a las mujeres se observan entre quienes tienen de 65 a 74 años y quienes viven en Huelva. Y las mayores brechas favorables a los hombres se detectan entre quienes tienen de 25 a 34 años y entre quienes no trabajan.

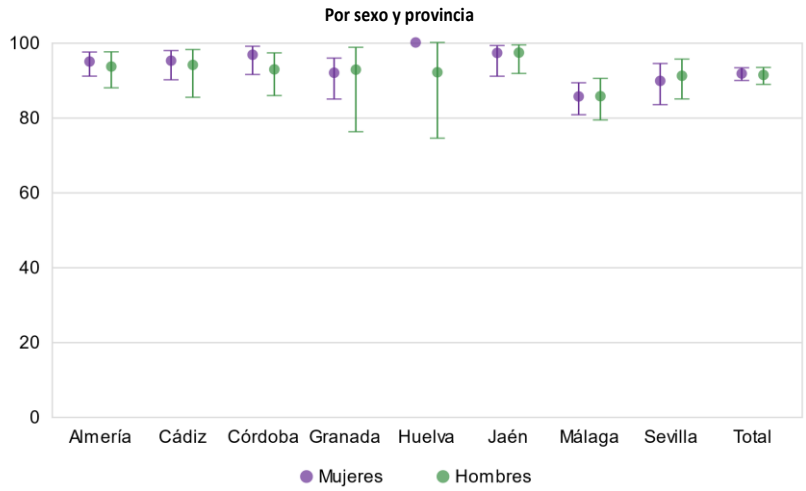
Gráfico 95. Porcentaje de población que utilizó un servicio sanitario público en su última consulta urgente. Andalucía (2023)




Por sexo y clase social
100
80
60
40
20
0
Grupo I y II
Grupo III
Grupo IV y V
Grupo VI
Grupo VII
No ha trabajado
Total
Mujeres
Hombres


Por sexo y país de nacimiento
100
80
60
40
20
0
España
Extranjero
Total
Mujeres
Hombres


Por sexo y tipo de hábitat
100
80
60
40
20
0
<10.000 hab
10-50.000 hab
>50.000 hab
Capitales
Total
Mujeres
Hombres



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Andaluza de Salud (2007 – 2023)

Acceso a servicios sanitarios para cubrir necesidades de atención ginecológica

Abundando en la utilización de servicios sanitarios públicos específicos, cabe analizar el caso de las consultas ginecológicas. Según datos de la Encuesta Andaluza de Salud, se ha incrementado en el tiempo el porcentaje de personas identificadas como mujeres que dicen haber acudido alguna vez a un servicio de ginecología, habiendo aumentado tal porcentaje de un 79,1% en el año 2007, a un 87,2% en 2012 y 2016, y llegando al 83,7% en 2023. Ahora bien, la utilización de los recursos sanitarios públicos para tales consultas ginecológicas fue del 75,7% en el año 2023. La utilización de consultas ginecológicas públicas ha descendido un 8,8% del año 2016 al 2023.

En los últimos años 2016 y 2023, hubo un mayor uso de los recursos sanitarios públicos para la realización de mamografías que para consultas ginecológicas o para la realización de citologías.

Tabla 49. Porcentaje de mujeres que realizan consultas ginecológicas, mamografías y citologías en servicios sanitarios públicos

	Consulta ginecológica % (n)	Mamografía % (n)	Citología % (n)
2012	76,1 (1.936)	85,7 (1.290)	77 (1.606)
2016	84,5 (2.218)	87,6 (1.345)	83,6 (1.711)
2023	75,7 (2.468)	81,6 (2.061)	75,4 (1.858)

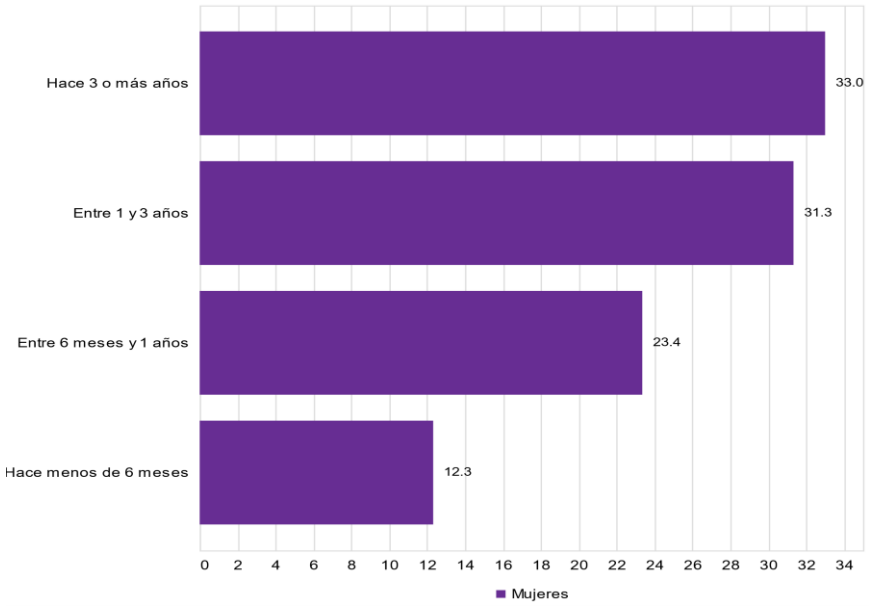
Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Andaluza de Salud (2007 – 2023)

El porcentaje de personas identificadas como mujeres a quienes se han realizado mamografías por prescripción médica se incrementó un 14,4% del año 2007 (37,9%) al año 2023 (52,3%). En 2023, la mayor parte de quienes tenían alguna mamografía realizada señalaron que había transcurrido más de un año, y sobre todo más de 3 años, desde la última prueba.

Gráfico 96. Porcentaje de mujeres a quienes se realizó alguna mamografía por prescripción médica. Andalucía (2007-2023)

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Andaluza de Salud (2007 – 2023)

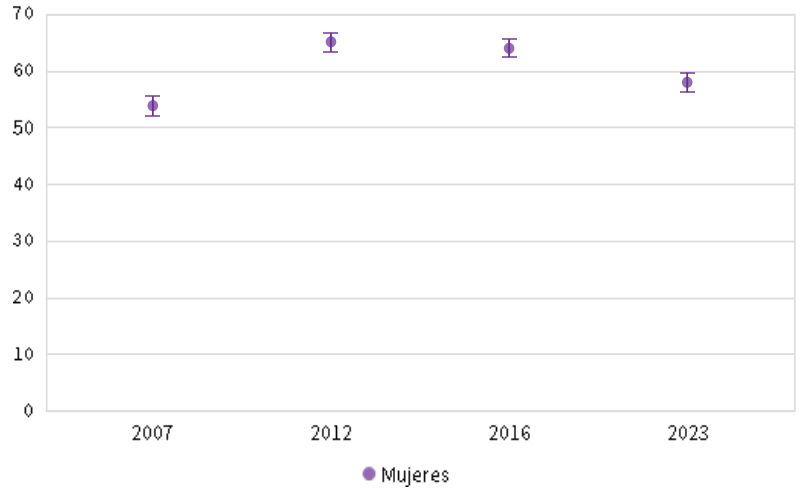
Gráfico 97. Tiempo transcurrido desde la última mamografía realizada. Andalucía (2007-2023)



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Andaluza de Salud (2007 – 2023)

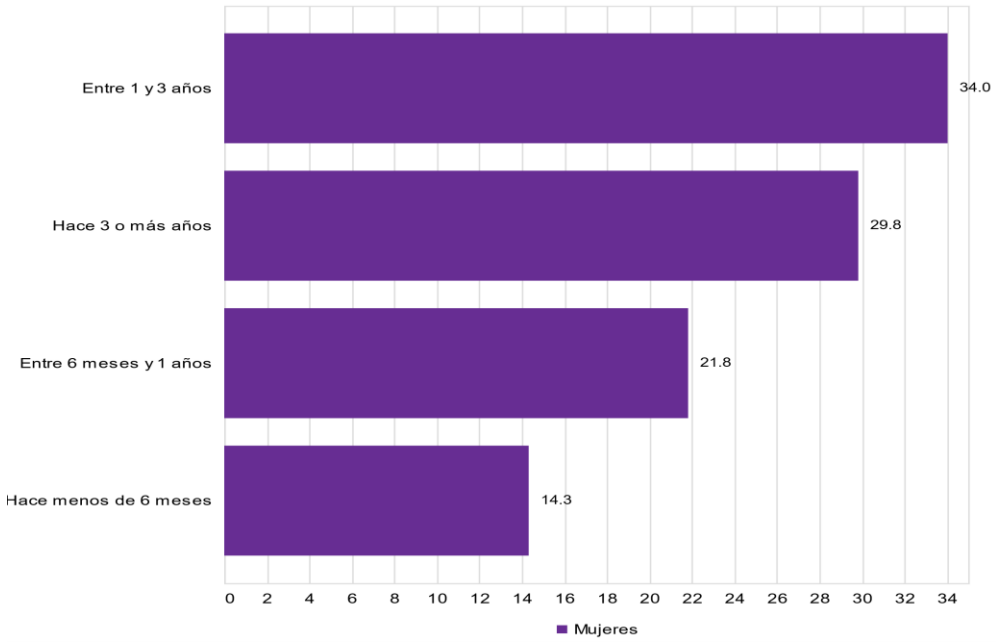
El porcentaje de personas identificadas como mujeres a quienes se han realizado citologías vaginales por prescripción médica ha disminuido progresivamente del año 2012 (65,1%), al 2016 (63,9%) y sobre todo respecto al año 2023 (57,9%). En cuanto al tiempo transcurrido desde la última citología vaginal, se informó en mayor medida de 1 a 3 años, seguido de más de 3 años.

Gráfico 98. Porcentaje de mujeres con alguna citología vaginal realizada por prescripción médica. Andalucía (2007-2023)



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Andaluza de Salud (2007 – 2023)

Gráfico 99. Tiempo transcurrido desde la última citología vaginal realizada. Andalucía (2007-2023)



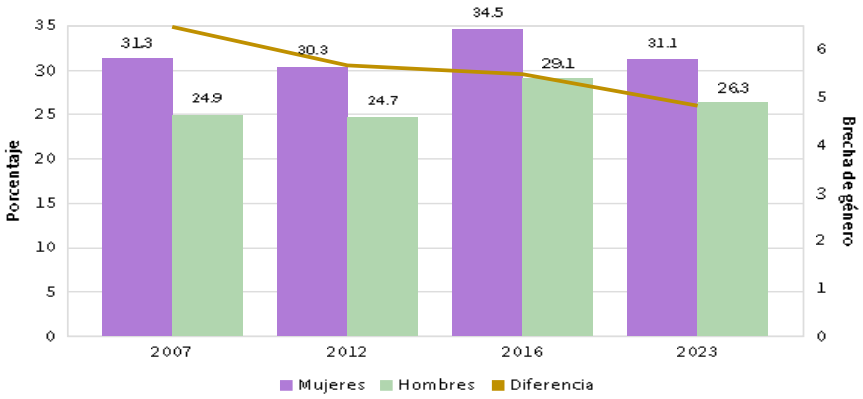
Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Andaluza de Salud (2007 – 2023)

Acceso a servicios sanitarios para cubrir necesidades de atención odontológica

En otro ámbito de especialidades como la odontológica, se conoce que, en el año 2023, el 31,1% de mujeres y el 26,3% de hombres decían haber acudido a alguna consulta de dentista en los últimos 6 meses. El porcentaje de población andaluza que realiza tales consultas ha ido oscilando en el tiempo, observándose cifras superiores en los últimos años 2016 y 2023. Las brechas de género favorables a las mujeres han ido descendiendo en el periodo observado, situándose en 2023 en un 4,8% más de mujeres que de hombres que acuden al dentista.

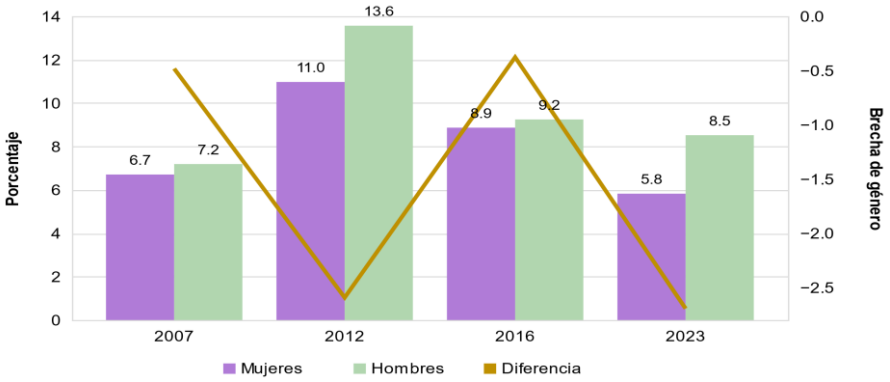
Analizando el tipo de centro sanitario utilizado en tales consultas, se identifica un mayor porcentaje de consultas dentales en servicios privados que en públicos. En el año 2023, el 5,8% de mujeres y el 8,5% de hombres utilizaron un centro sanitario público en su última consulta al dentista. El uso de este recurso público ha disminuido desde el año 2012, y concretamente, del año 2016 al 2023, la realización de consultas dentales en el ámbito público disminuyó un 3,1% en las mujeres y, en menor medida, un 0,7% en los hombres. Las brechas de género favorables a los hombres en todos los años observados, aumentaron en 2016 y sobre todo en 2023, con un 2,7% menos de mujeres que hombres que acuden a centros públicos para consultas dentales.

Gráfico 100. Porcentaje de población que acudió al dentista en los últimos seis meses. Andalucía (2007-2023)



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Andaluza de Salud (2007 – 2023)

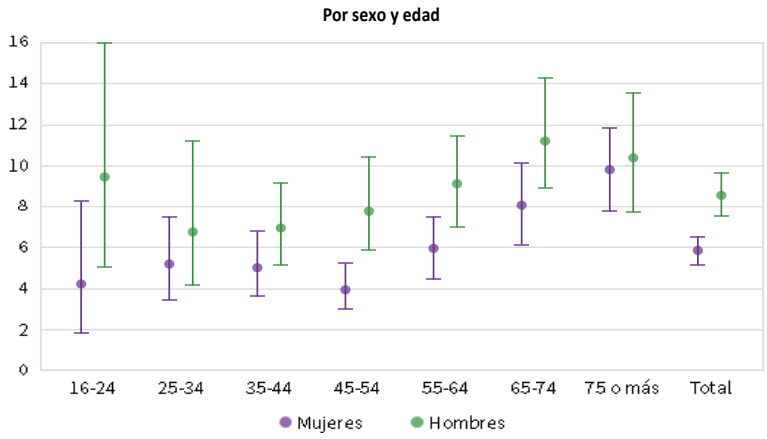
Gráfico 101. Población que en su última visita al dentista acudió a un centro sanitario público, por sexo. Andalucía (2007-2023)

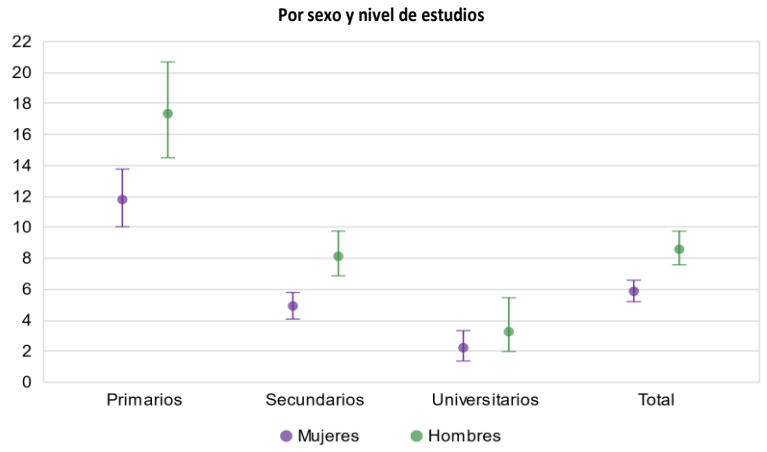


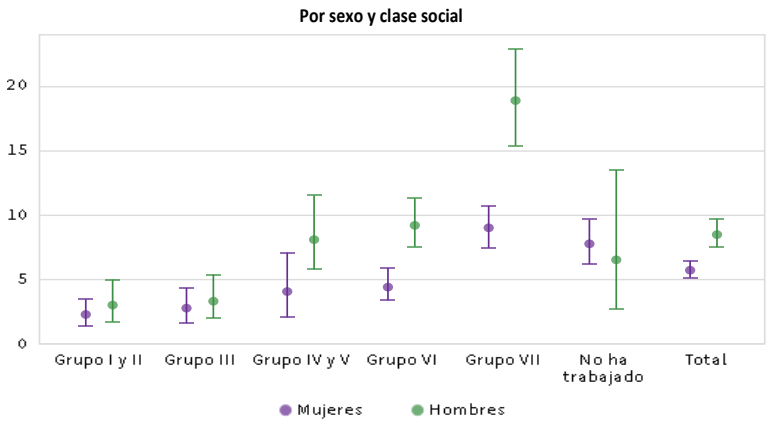
Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Andaluza de Salud (2007 – 2023)

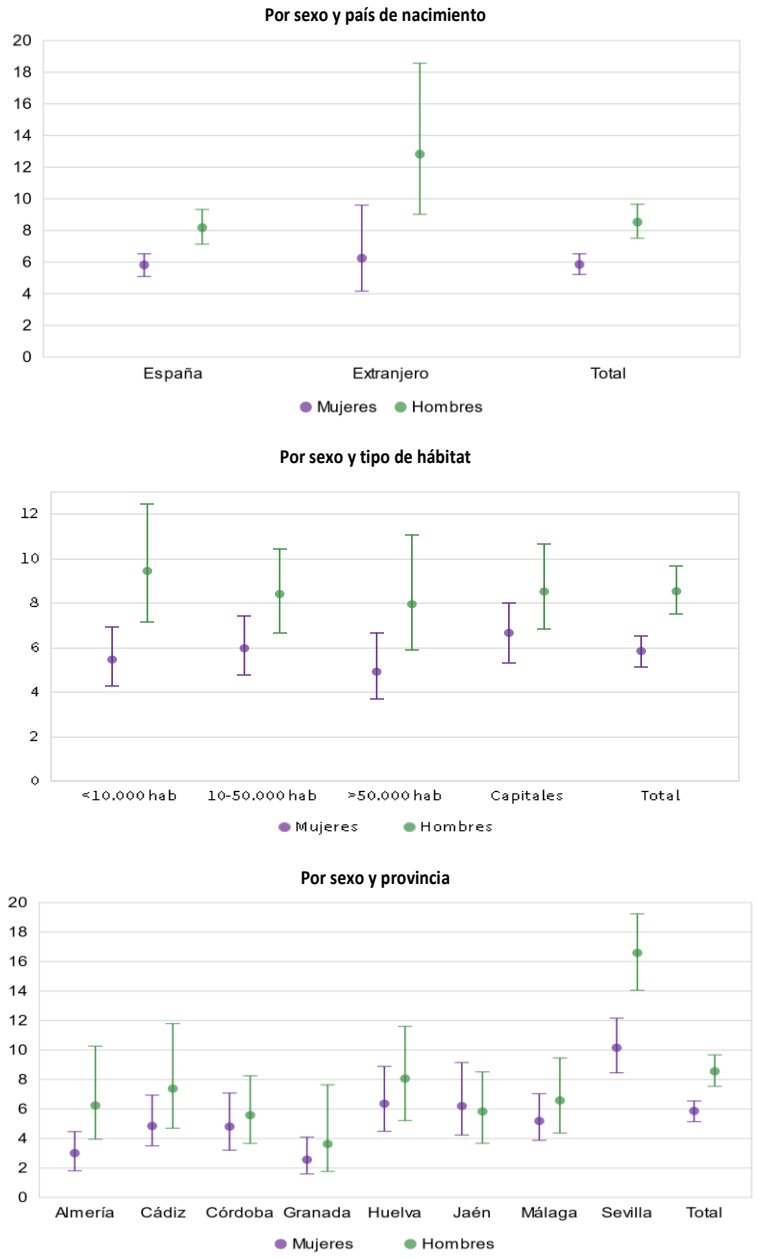
Hubo un menor porcentaje de uso de consultas odontológicas públicas entre mujeres y hombres de 65 años o más, con estudios primarios, de clase social más baja (VII) o sin trabajo, y de la provincia de Sevilla. Las brechas de género son favorables a los hombres en todas las categorías de las distintas variables analizadas, siendo mayores entre quienes tienen de 16 a 24 años, estudios primarios, clase ocupacional baja (VII), nacieron fuera de España, residen en poblaciones pequeñas de menos de 10.000 habitantes y en la provincia de Sevilla.

Gráfico 102. Porcentaje de población que utilizó un servicio sanitario público en su última consulta odontológica. Andalucía (2023)









Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Andaluza de Salud (2007 – 2023)

En 2023 se observa una cifra ligeramente superior de mujeres que de hombres que no recibieron atención odontológica en el ámbito público y tampoco tuvieron la oportunidad de financiar servicios privados para cubrir sus necesidades al respecto (2,4% y 2,1% respectivamente).

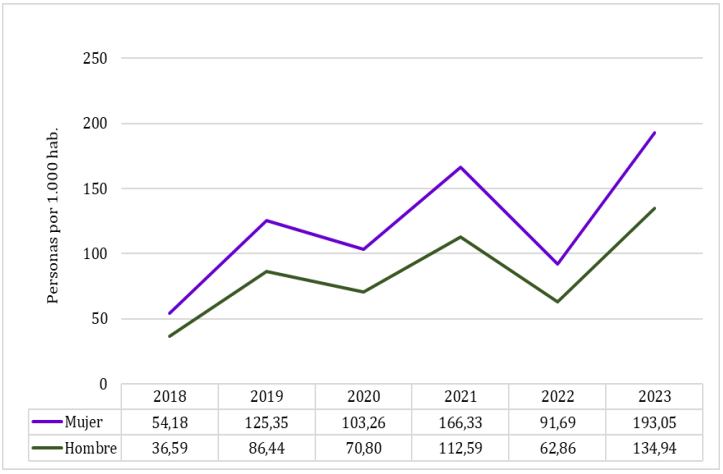
Acceso a servicios sanitarios de atención especializada en consultas externas hospitalarias

La atención especializada en consultas externas hospitalarias garantiza la continuidad de la atención integral a las necesidades de salud, una vez superadas las posibilidades por parte de las especialidades sanitarias en Atención Primaria. Su acceso depende de las derivaciones pertinentes desde la puerta de entrada a los servicios sanitarios públicos o entre servicios especializados, así como de la disponibilidad de recursos en relación a la demanda.

Población en espera de atención externa hospitalaria y tiempo medio de acceso

A continuación, se analiza la evolución del año 2018 al 2023 en el acceso a primeras consultas externas hospitalarias procedentes específicamente de Atención Primaria. En cuanto al volumen de población en espera de atención especializada en consultas externas hospitalarias, procedente de Atención Primaria, se observa una tendencia creciente en la tasa de mujeres y hombres. Del año 2018 al 2023, la tasa de mujeres en lista de espera aumentó de 54,2 a 193 por mil, y la tasa de hombres se incrementó de 36,6 a 135 por mil. En el periodo observado, las tasas de mujeres en espera de consultas especializadas son superiores a las de hombres, incrementándose esta brecha de 17,6 en 2018 a 58,1 en 2023.

Gráfico 103. Evolución de las tasas de pacientes en espera de primera consulta externa hospitalaria procedente de Atención Primaria, por sexo. Andalucía 2018-2023

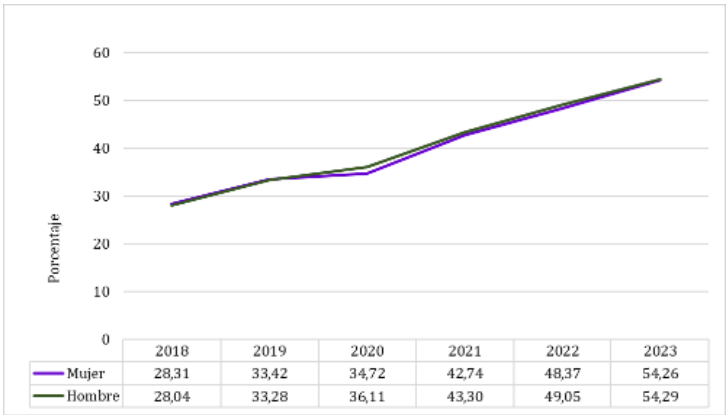


	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Mujer	54,18	125,35	103,26	166,33	91,69	193,05
Hombre	36,59	86,44	70,80	112,59	62,86	134,94

Fuente: Elaboración propia a partir de Memoria estadística y cartográfica de la Consejería de Salud
*Incluye número de pacientes que se encuentran pendientes de una consulta externa hospitalaria, con garantía de plazo a 60 días, solicitada desde Atención Primaria.

También se identifica un incremento del año 2018 al 2023 en el volumen de población en espera de atención especializada procedente de Atención Primaria que está fuera de plazo garantizado. No se aprecian apenas brechas de género, oscilando en todo el periodo entre 0,3 y -0,03.

Gráfico 104. Evolución del porcentaje de pacientes en espera, fuera de garantía de plazo, para una primera consulta externa hospilaria procedente de Atención Primara, por sexo. Andalucía 2018-2023

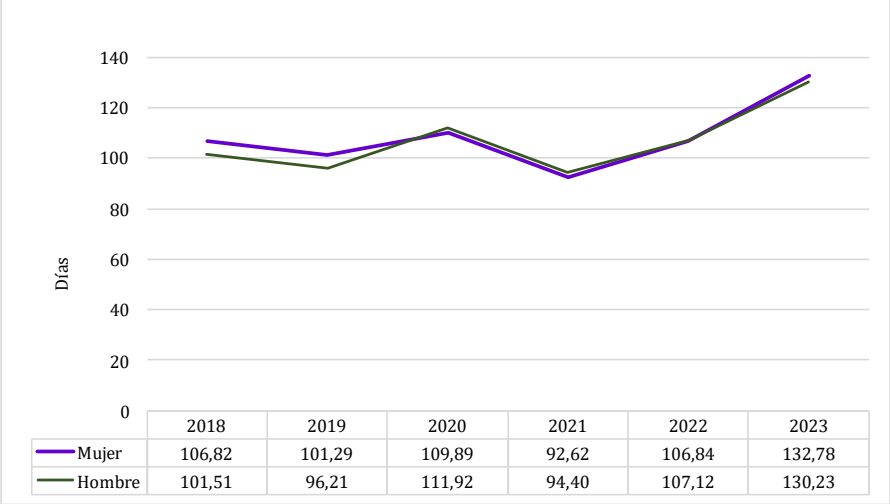


	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Mujer	28,31	33,42	34,72	42,74	48,37	54,26
Hombre	28,04	33,28	36,11	43,30	49,05	54,29

Fuente: Elaboración propia a partir de Memoria estadística y cartográfica de la Consejería de Salud
*Incluye número de pacientes que se encuentran pendientes de una consulta externa hospitalaria, con garantía de plazo a 60 días, solicitada desde Atención Primaria.

El número de días en espera para primera consulta externa hospitalaria derivada desde Atención Primaria también se incrementó en el periodo 2018-2023. El tiempo medio de espera en las mujeres aumentó de 106,8 días en 2018 a 132,8 en 2023. El tiempo medio de espera en los hombres aumentó de 101,5 días en 2018 a 130,2 en 2023. Las brechas de género en el número de días de demora, aunque fueron favorables a las mujeres en 5 días respecto a los hombres en los años 2018 y 2019, dejan de apreciarse el resto del periodo hasta el año 2023.

Gráfico 105. Evolución del número medio de días de demora para primera consulta de especialidades procedente de Atención Primaria, por sexo*. Andalucía 2018-2023.



	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Mujer	106,82	101,29	109,89	92,62	106,84	132,78
Hombre	101,51	96,21	111,92	94,40	107,12	130,23

Fuente: Elaboración propia a partir de Memoria estadística y cartográfica de la Consejería de Salud
*Incluye número de pacientes que se encuentran pendientes de una consulta externa hospitalaria, con garantía de plazo a 60 días, solicitada desde Atención Primaria.

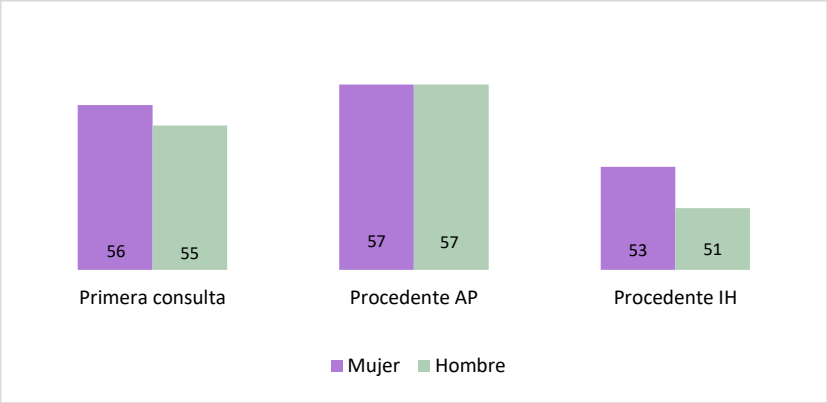
A continuación, se analiza en el año 2023 específicamente, el acceso a primeras consultas externas hospitalarias procedentes tanto de Atención Primaria como de Interconsulta. En el año 2023 se registraron 303.602 personas con cita para una primera consulta externa hospitalaria, de las cuales, el 41% son hombres (123.654 usuarios) y el 59% mujeres (178.948 usuarias). El 75% (228.543 personas) de las citas proceden de Atención Primaria y el 25% restante de interconsultas hospitalarias (75.059 personas). El 77% (138.585) de las mujeres y el 73% (89.958) de los hombres son derivados desde Atención Primaria. Así mismo, el 23% (41.363) de las mujeres y el 27% (33.696) de los hombres proceden de las Interconsultas Hospitalarias.

El 56% (128.364) de las personas que acudieron a la primera consulta externa hospitalaria registraron una demora mayor a 60 días para ser atendidas, siendo mayor entre las consultas procedentes de Atención Primaria (57%) que entre las derivadas de las Interconsultas Hospitalarias (52%). No existe diferencias entre mujeres y hombres en la lista de espera procedente de Atención Primaria. Sin embargo, entre las derivaciones por Interconsulta Hospitalaria las mujeres registran un 2% más de mujeres en lista de espera que hombres (53% mujeres, 51% hombres).

En cuanto al tiempo demorado para acceder a especialidades de atención externa hospitalaria, en el año 2023 existe una diferencia de 3 días entre mujeres y hombres en la lista de espera, alcanzando los 105 días de media en ellas y los 102 días en ellos. Según la procedencia de las citas para acceder a atención externa hospitalaria, no existen brechas de género en el tiempo medio de espera en las citas derivadas

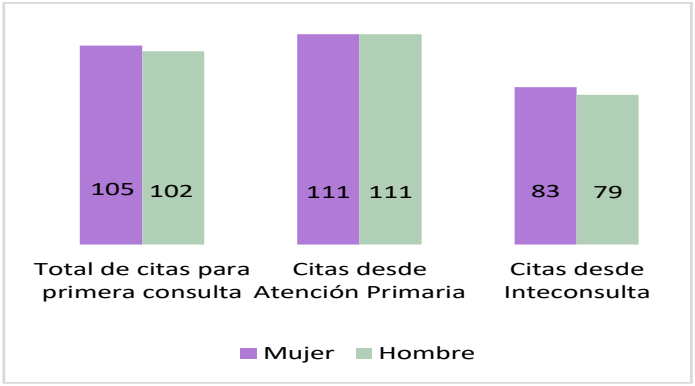
desde Atención Primaria, siendo en ambos 111 días. Sin embargo, las mujeres procedentes de Interconsulta Hospitalaria presentan mayor tiempo medio de espera que los hombres, con 83 días de media en contraposición con los 79 días de espera en los hombres.

Gráfico 106. Porcentaje de población en espera de atención externa hospitalaria durante más de 60 días. Andalucía (2023)



Fuente: Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2024

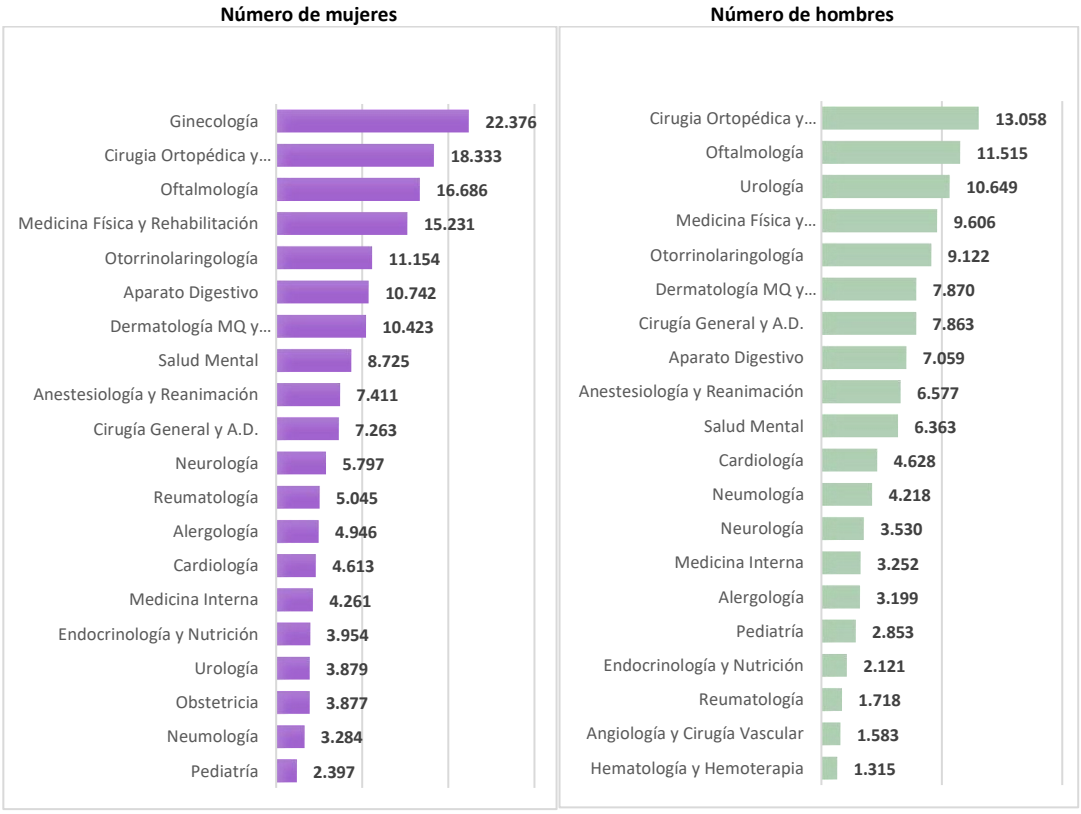
Gráfico 107. Nº medio de días en espera de acceso a atención externa hospitalaria, por procedencia y sexo. Andalucía (2023)



Fuente: Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2024

A continuación, se analiza en el año 2023, el acceso a primeras consultas externas hospitalarias procedentes tanto de Atención Primaria como de Interconsulta, por tipo de especialidad. En 2023, las consultas de atención externa hospitalaria que acumulan más citas son, por orden de frecuencia: Cirugía Ortopédica y Traumatología (31.391 personas), Oftalmología (28.201 personas), y Medicina Física y Rehabilitación (24.837 personas). Por sexo, las especialidades con mayor número de mujeres en espera de ser atendidas son: Ginecología (22.376 usuarias), Cirugía Ortopédica y Traumatología (18.333 usuarias) y Oftalmología (16.686 usuarias). Entre los hombres destacan: Cirugía Ortopédica y Traumatología (13.058 usuarios), Oftalmología (11.515 usuarios) y Urología (10.649 usuarios).

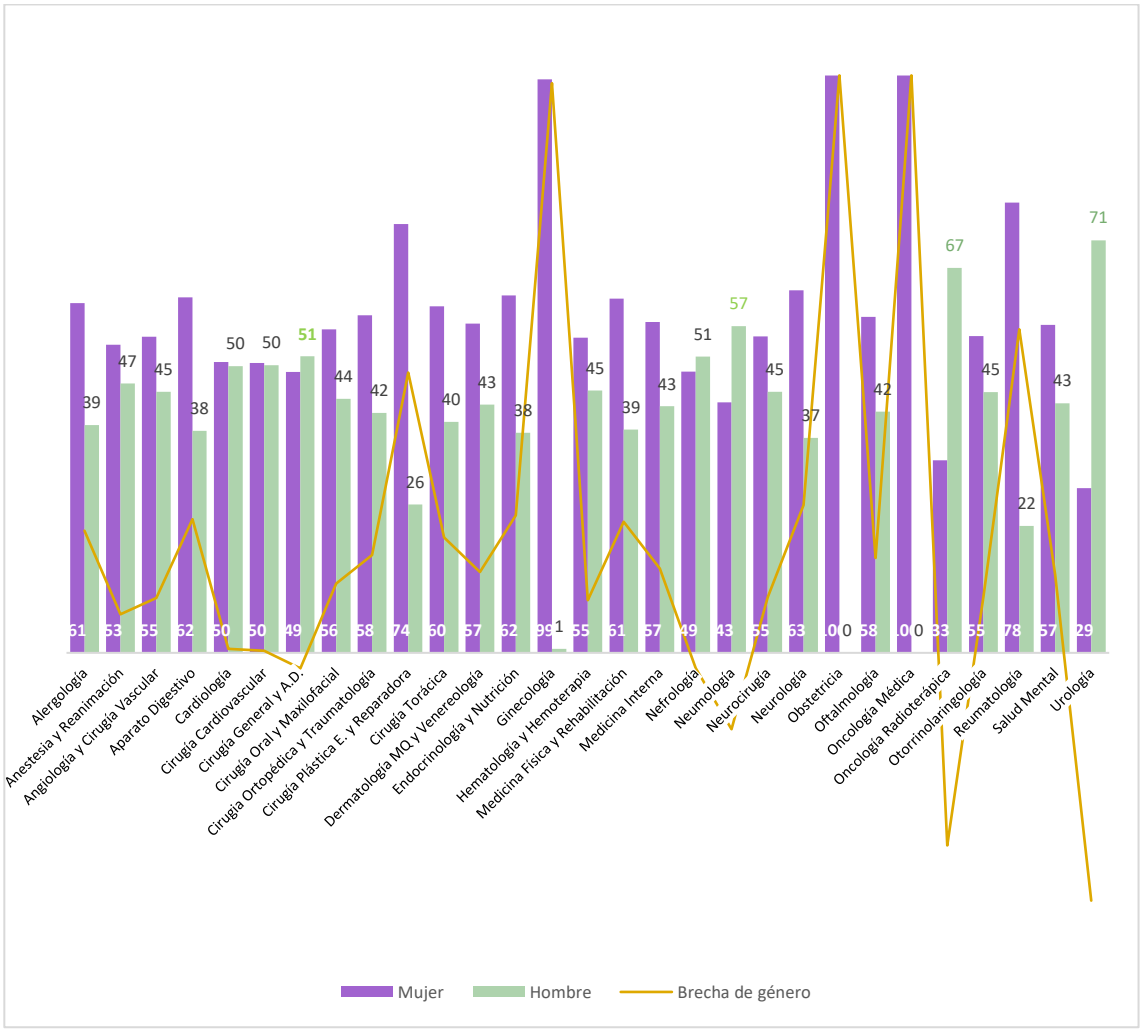
Gráfico 108. Número de mujeres y hombres en espera de atención externa hospitalaria. Andalucía 2023*



Fuente: Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2024
*Se refieren las 20 consultas con más usuarias y usuarios en espera de atención externa hospitalaria

Cabe señalar que las brechas de género relativas al porcentaje de población en lista de espera para una primera consulta de atención externa hospitalaria, son positivas a las mujeres en todas las especialidades exceptuando algunas favorables a los hombres, como son: Urología (-43%), Oncología radioterápica (-33%), Neumología (-13%), y Nefrología (-3%). Las mayores brechas de género favorables a las mujeres destacan en: Oncología médica (100%), Reumatología (56%), Cirugía plástica y reparadora (49% más de mujeres que hombres), Neurología (26%), Endocrinología y nutrición (24%), Aparato digestivo (23%), Medicina Física y rehabilitación (23%), Alergología (21%9, junto a las especialidades de Obstetricia (100%) y Ginecología (99%).

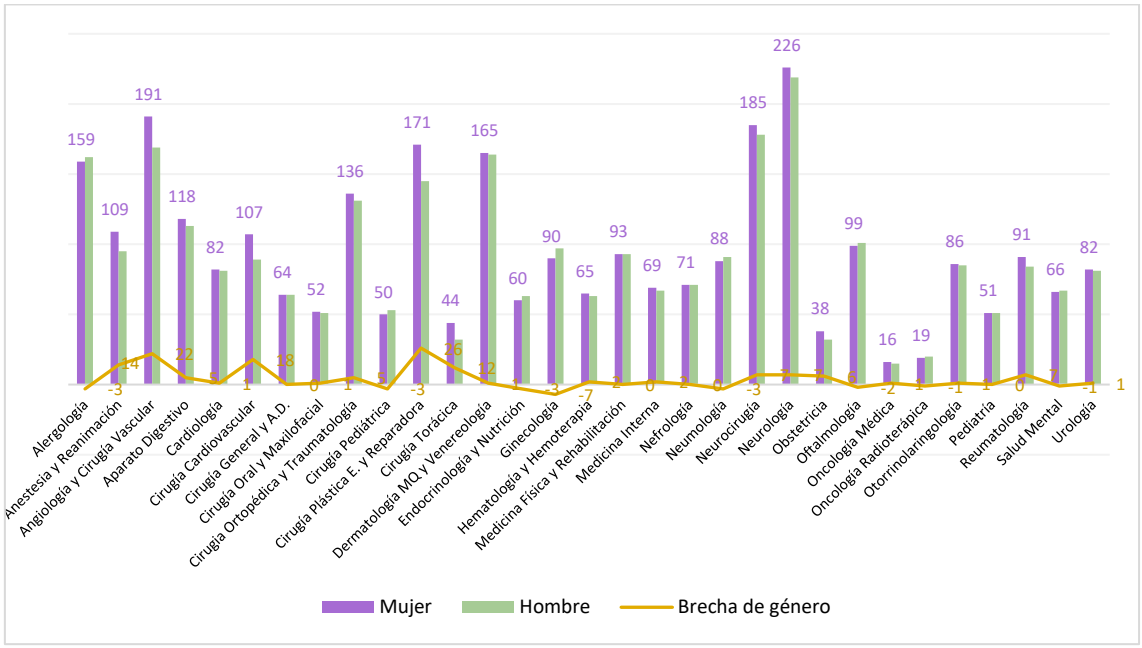
Gráfico 109. Porcentaje de población en lista de espera con cita para una primera consulta, por sexo y especialidad. Andalucía 2023



Fuente: Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2024

Acumulan un mayor tiempo en espera de una primera consulta externa hospitalaria, las especialidades de Neurología con 445 días de demora (226 días entre las mujeres y 219 días en hombres) y Neurocirugía con 363 días (185 días en mujeres y 178 días en hombres). Entre las mujeres, la segunda especialidad con mayor tiempo medio de demora es Angiología y cirugía vascular con 191 días de tiempo medio (en hombres el tiempo medio es de 169 días, 22 días menos con respecto a las mujeres). Otra especialidad con diferencias en el tiempo medio de demora entre mujeres y hombres mayor de dos semanas son las especialidades de: Cirugía Plástica E. y Reparadora con 26 días de diferencia (171 días de demora en mujeres vs 145 días en hombres) y Cirugía Cardiovascular con 18 días (107 días en mujeres vs 89 días en hombres).

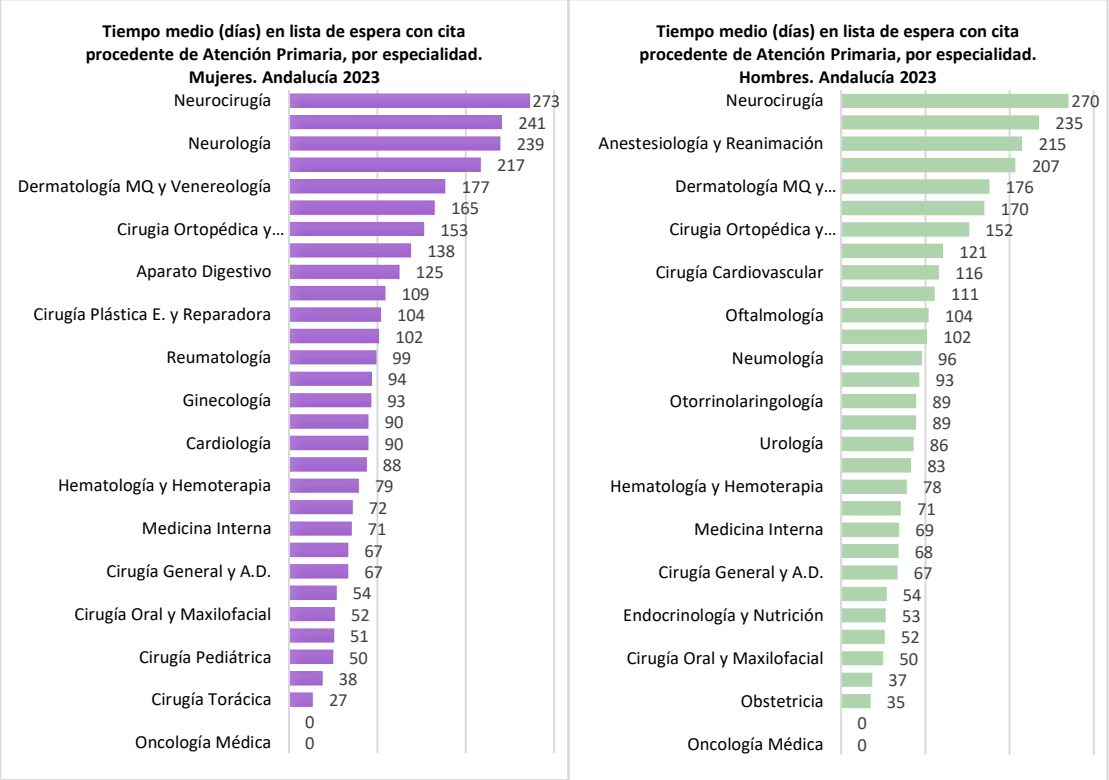
Gráfico 110. Tiempo medio (días) en lista de espera para acceder a primera consulta, por sexo y especialidad. Andalucía 2023



Fuente: Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2024

Por procedencia se observa que las personas con cita para una primera consulta externa hospitalaria procedente de Atención Primaria registran un tiempo medio de demora mayor a los 60 días en casi todas las especialidades, excepto en las consultas de Oncología Médica y Oncología Radioterápica con 0 días en lista de espera. Por el contrario, las especialidades como Neurocirugía (543 días), Neurología (474 días), Anestesiología y Reanimación (456 días) y Angiología y Cirugía Vascular (424 días) registran una lista de espera de casi un año y medio en ambos sexos. Esta demora es mayor entre las mujeres con cita en las especialidades de Anestesiología y Reanimación, con 26 días de diferencia con respecto a los hombres (241 días en mujeres vs 215 en hombres), Cirugía cardiovascular con 22 días (138 días en mujeres vs 116 en hombres) y Cirugía Plástica y Reparadora con 21 días (104 días en mujeres vs 83 en hombres).

Gráfico 111. Tiempo medio (días) en lista de espera con cita procedente de Atención Primaria, por especialidad. Mujeres y hombres. Andalucía, 2023



Fuente: Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2024

A continuación, se analiza la evolución en el acceso a primeras consultas externas hospitalarias procedentes de Atención Primaria en dos especialidades concretas. En primer lugar, la especialidad de Cirugía Ortopédica y Traumatología que acumula mayor número de personas en espera de ser atendidas, tanto mujeres como hombres. En segundo lugar, la especialidad de Neurología, con mayor tiempo en espera de primera consulta, en hombres y mujeres.

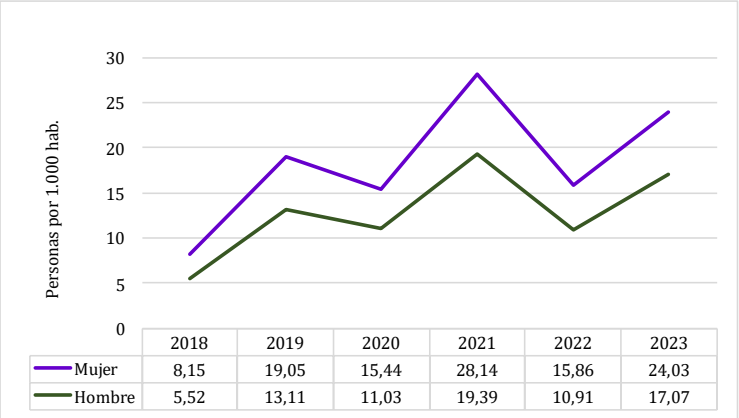
Población en espera de acceso a Cirugía Ortopédica y Traumatología y tiempo de demora

Del año 2018 al 2023 las tasas de mujeres en espera de primera consulta son superiores a las de hombres en espera, siendo en 2023 de 24 mujeres por mil y 17,1 hombres por mil. Las brechas de género favorables a las mujeres han ido aumentando de 2,6 en 2018 a 7 pacientes por mil en 2023.

El porcentaje de pacientes fuera de plazo del total en espera de consulta de cirugía ortopédica y traumatología se ha incrementado del año 2018 al 2023. En 2023, un 62,7% de mujeres y un 62,5% de hombres estaban en espera fuera de plazo. No se aprecian brechas de género (o muy reducidas), oscilando en el tiempo entre 0,2 y 0,8 puntos porcentuales.

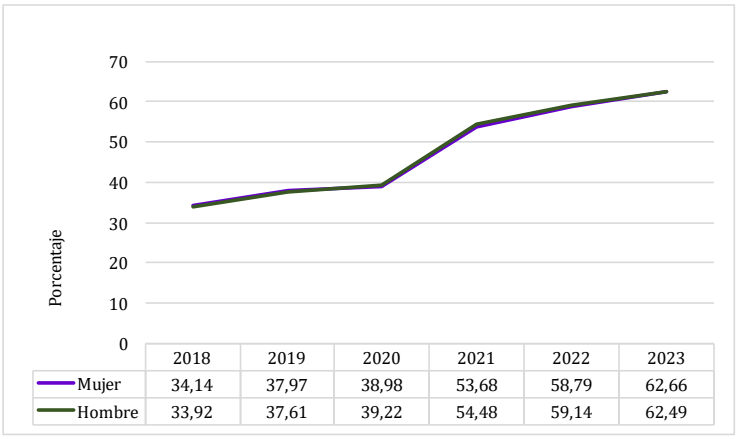
También cabe señalar un incremento en el número medio de días de espera de consulta de cirugía ortopédica y traumatología del año 2018 hasta el 2023 cuando ya se registran 154,3 y 154 días de espera de mujeres y hombres, respectivamente. En el periodo señalado hubo un aumento de 68,8 días en el caso de las mujeres y 70 días en el caso de los hombres. Las brechas de género pasaron de ser positivas o favorables a las mujeres en los años 2018, 2019 y 2023 (1,6, 0,7 y 0,3 días, respectivamente) a ser favorables a los hombres en 2020 (-0,5) y 2021 (-1,5).

Gráfico 112. Pacientes en espera primera consulta de Cirugía Ortopédica y Traumatología procedente de Atención Primaria por población según sexo. Andalucía 2018-2023*



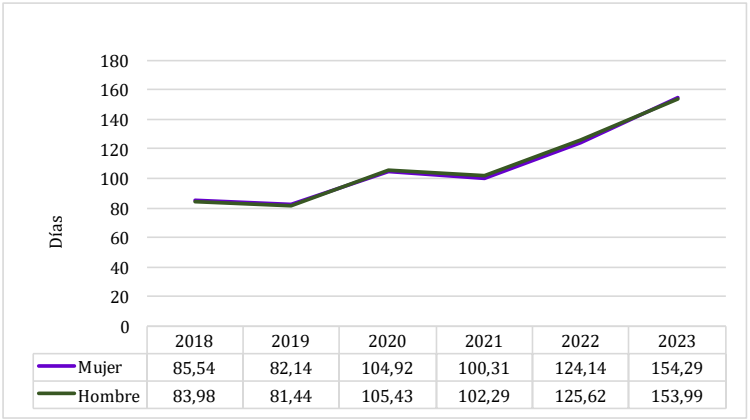
	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Mujer	8,15	19,05	15,44	28,14	15,86	24,03
Hombre	5,52	13,11	11,03	19,39	10,91	17,07

Gráfico 113. Pacientes fuera de plazo para primera consulta de Cirugía Ortopédica y Traumatología procedente de Atención Primaria en relación al total de pacientes en espera según sexo. Andalucía 2018-2023*



	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Mujer	34,14	37,97	38,98	53,68	58,79	62,66
Hombre	33,92	37,61	39,22	54,48	59,14	62,49

Gráfico 114. Nº medio de días de demora para primera consulta de Cirugía Ortopédica y Traumatología procedente de Atención Primaria según sexo. Andalucía 2018-2023*



	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Mujer	85,54	82,14	104,92	100,31	124,14	154,29
Hombre	83,98	81,44	105,43	102,29	125,62	153,99

Fuente: Elaboración propia a partir de Memoria estadística y cartográfica de la Consejería de Salud

*Incluye nº pacientes que, inscritos en el Registro correspondiente, se encuentran pendientes de una consulta externa hospitalaria, con garantía de plazo a 60 días, solicitada desde Atención Primaria

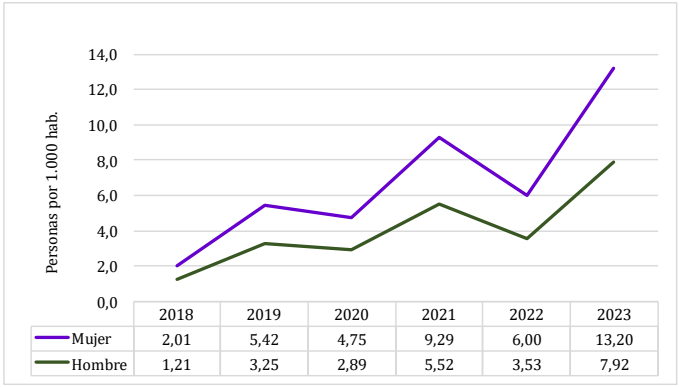
Población en espera de acceso a Neurología y tiempo de demora

Desde el año 2018 al 2023, las tasas de mujeres en espera de primera consulta son superiores a las de hombres, siendo en 2023 de 13,2 mujeres por mil y 7,9 hombres por mil. Las brechas de género favorables a las mujeres han ido aumentando de 0,8 en 2018 a 5,3 en 2023.

El porcentaje de pacientes fuera de plazo del total en espera de consulta de neurología se ha incrementado del año 2018 al 2023. En 2023 un 74,5% tanto de mujeres como de hombres estaban en espera fuera de plazo. No se aprecian brechas de género, manteniéndose éstas en cifras por debajo de 1 en todo el periodo observado.

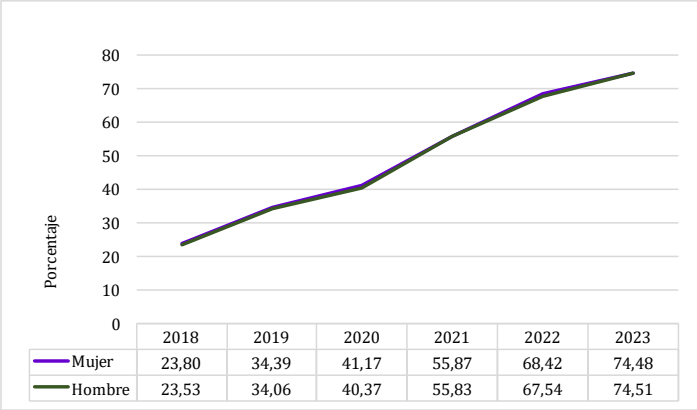
También cabe señalar un incremento en el número medio de días de espera de consulta de neurología del año 2018 hasta el 2023 cuando ya se registran 229,3 y 225 días de espera de mujeres y hombres, respectivamente. En el periodo señalado hubo un aumento de 157,9 días en el caso de las mujeres y 158,5 días en el caso de los hombres. Las inapreciables o reducidas brechas de género favorables a las mujeres en los años observados se mantienen estables en el tiempo.

Gráfico 115. Población en espera de primera consulta de Neurología procedente de Atención Primaria, por sexo. Andalucía 2018-2023*



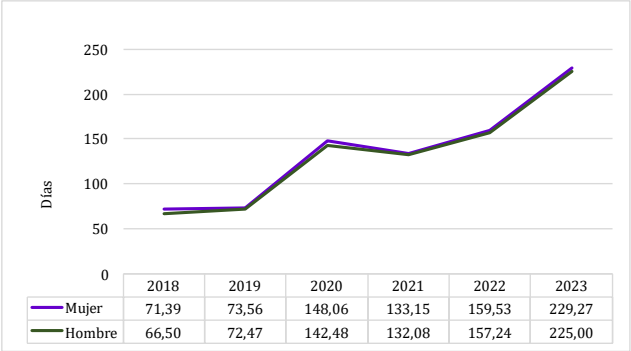
	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Mujer	2,01	5,42	4,75	9,29	6,00	13,20
Hombre	1,21	3,25	2,89	5,52	3,53	7,92

Gráfico 116. Pacientes fuera de plazo para primera consulta de Neurología procedente de Atención Primaria en relación al total de pacientes en espera según sexo. Andalucía 2018-2023*



	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Mujer	23,80	34,39	41,17	55,87	68,42	74,48
Hombre	23,53	34,06	40,37	55,83	67,54	74,51

Gráfico 117. Nº medio de días de demora para primera consulta de Neurología procedente de Atención Primaria según sexo. Andalucía 2018-2023*



	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Mujer	71,39	73,56	148,06	133,15	159,53	229,27
Hombre	66,50	72,47	142,48	132,08	157,24	225,00

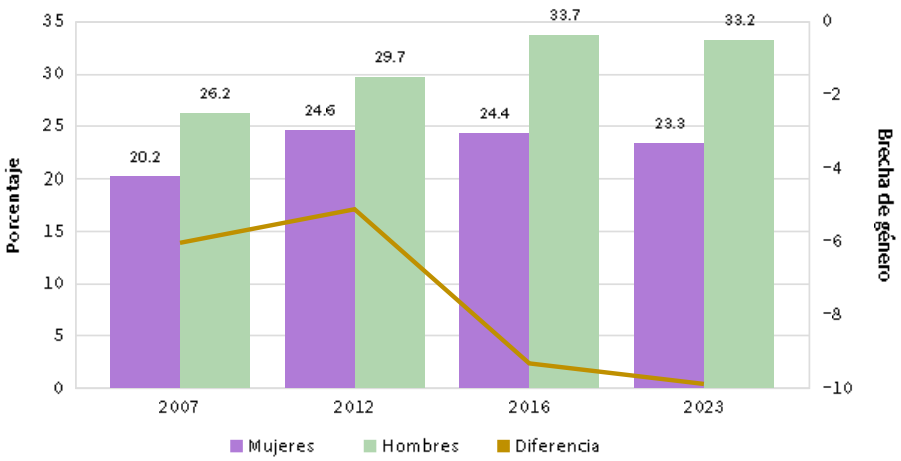
Fuente: Elaboración propia a partir de Memoria estadística y cartográfica de la Consejería de Salud
*Incluye nº pacientes que, inscritos en el Registro correspondiente, se encuentran pendientes de una consulta externa hospitalaria, con garantía de plazo a 60 días, solicitada desde Atención Primaria

Acceso a servicios sanitarios públicos de atención hospitalaria y quirúrgica

Acceso a hospitalizaciones

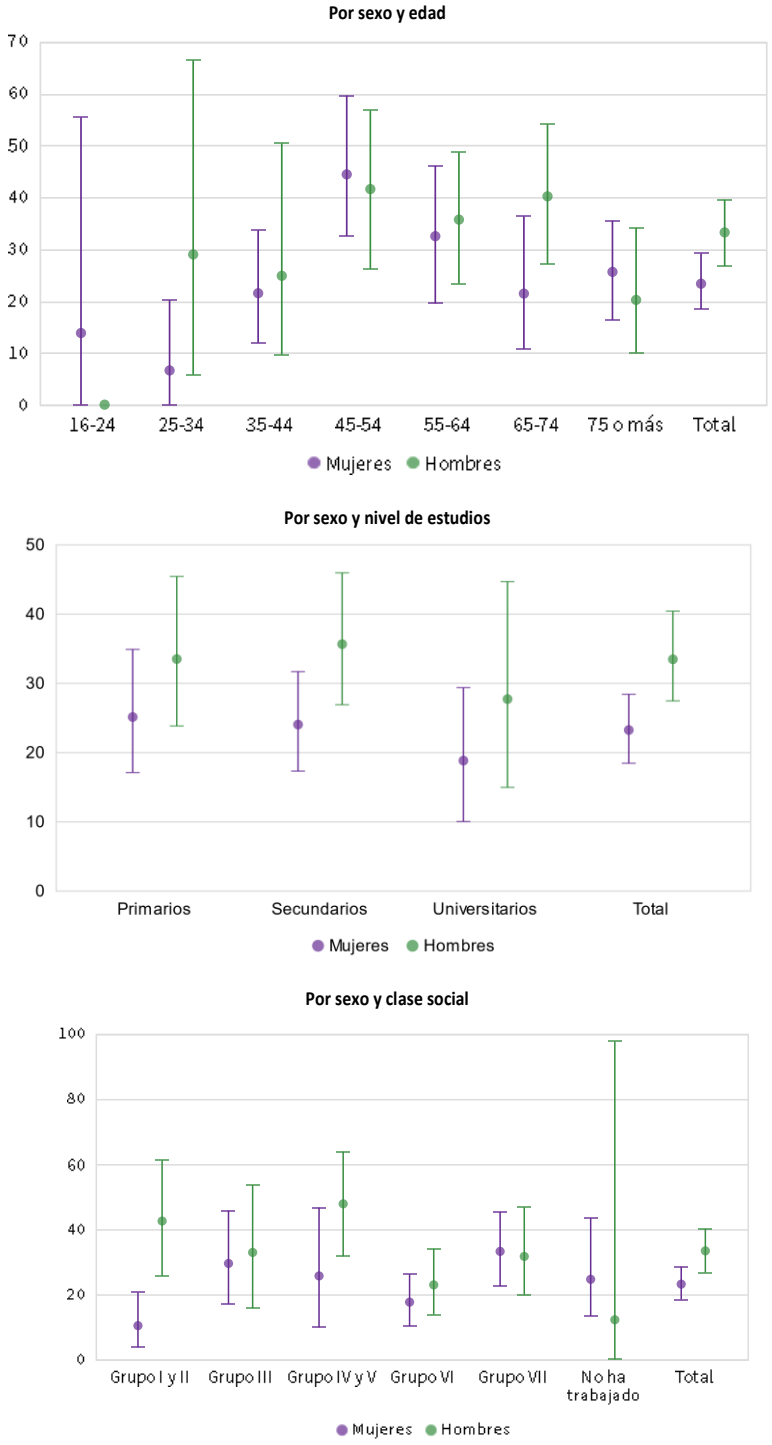
Según datos de la Encuesta Andaluza de Salud, en el año 2023, un 23,3% de mujeres y un 33,2% de hombres decían haber estado en lista de espera para hospitalización, informando las mujeres 6 meses de tiempo medio de espera y los hombres 7,5 meses. Se ha incrementado en el tiempo el porcentaje de población que dice estar en espera para hospitalización. Desde el año 2007 al 2023, el porcentaje de mujeres que informa estar en lista de espera se ha incrementado en un 3,1% y el de los hombres en un 7%. Las brechas de género, favorables a los hombres en todos los años observados, han aumentado del año 2007 (-6) al 2023 (-9,9).

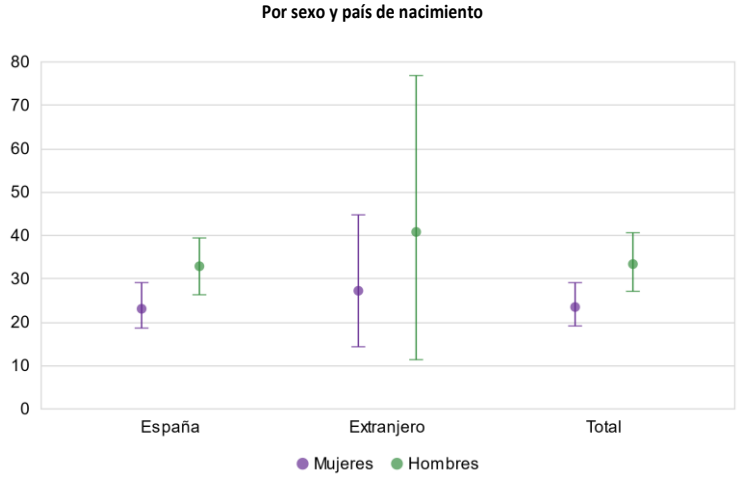
Gráfico 118. Porcentaje de población que dice haber estado en lista de espera para hospitalización, por sexo. Andalucía (2007-2023)

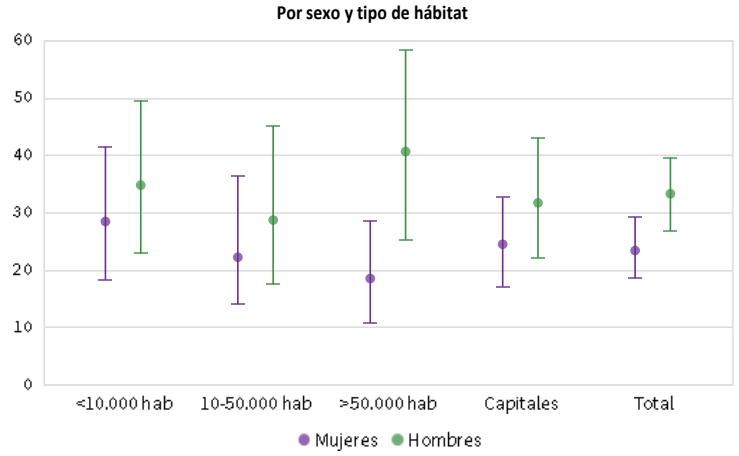


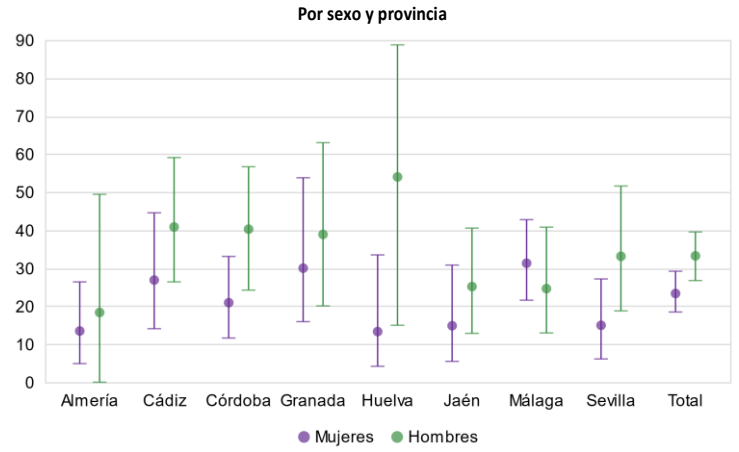
En cuanto a la prevalencia de población en lista de espera para hospitalización en función de diferentes características, cabe señalar un mayor porcentaje de hombres que de mujeres de clase alta I y II.

Gráfico 119. Porcentaje de población que dice haber estado en lista de espera para hospitalización. Andalucía (2007-2023)









Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Andaluza de Salud (2007 – 2023)

Acceso a intervenciones quirúrgicas

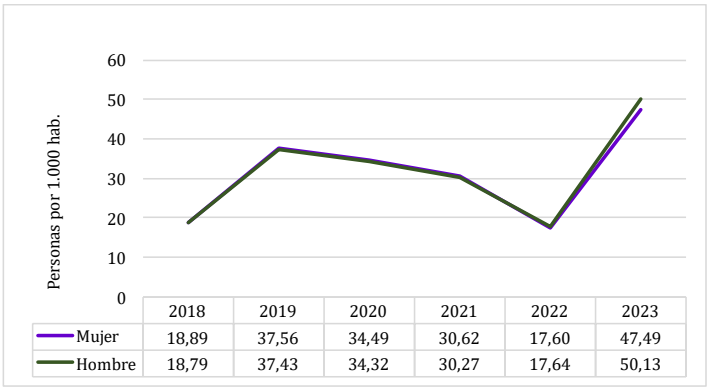
Espera para intervenciones quirúrgicas sin garantía de plazo

En el año 2023, la tasa de pacientes en espera de una intervención quirúrgica sin garantía de plazo es de 13,2 mujeres por mil y de 7,9 hombres por mil. Desde el año 2018 al 2023, la tasa de mujeres en espera se ha incrementado en un 28,6 por mil y la de los hombres en un 31,3 por mil. No se aprecian brechas de género significativas, no obstante, fueron favorables a las mujeres en los años 2018 (0,1), 2019 (0,1) y 2020 (0,2), y favorables a los hombres en 2022 (-0,04) y 2023 (-2,6).

El porcentaje de pacientes en espera de intervención quirúrgica superior a 365 días se ha incrementado del año 2018 al 2023. En el año 2023, un 27,4% de mujeres y un 25,9% de hombres se encontraban en una espera superior a 1 año. Las brechas de género favorables a las mujeres en todo el periodo observado, pasaron de 1,6 puntos porcentuales de diferencia en el año 2018 a 1,5 en 2023.

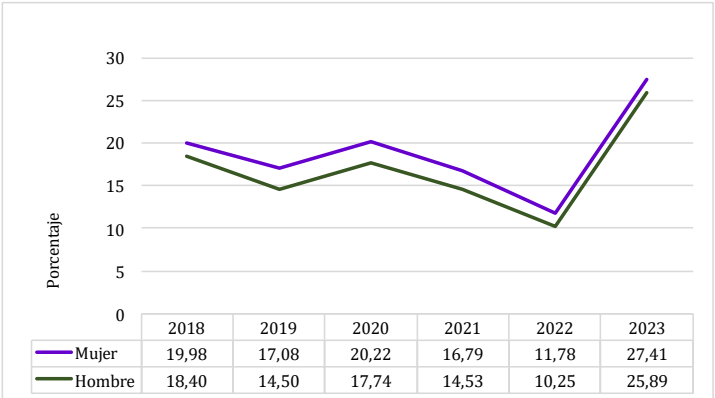
Ha tenido lugar un descenso en el número medio de días de espera para intervenciones quirúrgicas sin plazo garantizado desde el año 2018 hasta el 2023 cuando ya se registran 167,3 días de espera en mujeres y 158,1 en hombres. En el periodo señalado hubo un descenso de 56,2 días en el caso de las mujeres y 34,6 días en el caso de los hombres. Las brechas de género son favorables a las mujeres en todos los años, disminuyendo ésta de 30,8 días de diferencia en el año 2018 a 9,2 días en 2023.

Gráfico 120. Pacientes en espera para intervención quirúrgica por población según sexo. Andalucía 2018-2023*



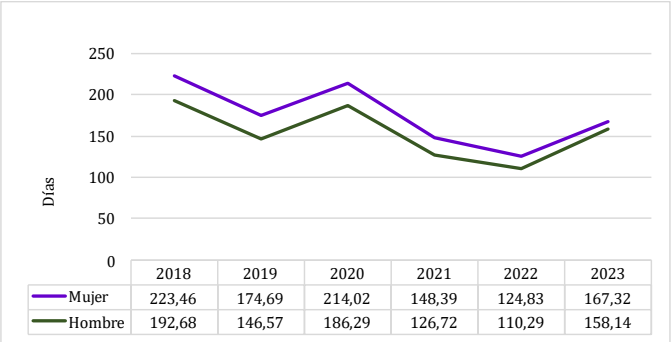
	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Mujer	18,89	37,56	34,49	30,62	17,60	47,49
Hombre	18,79	37,43	34,32	30,27	17,64	50,13

Gráfico 121. Pacientes fuera de plazo (más de 365 días) intervención quirúrgica en relación al total de pacientes en espera según sexo. Andalucía 2018-2023*



	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Mujer	19,98	17,08	20,22	16,79	11,78	27,41
Hombre	18,40	14,50	17,74	14,53	10,25	25,89

Gráfico 122. Demora media para intervención quirúrgica según sexo. Andalucía 2018-2023*



	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Mujer	223,46	174,69	214,02	148,39	124,83	167,32
Hombre	192,68	146,57	186,29	126,72	110,29	158,14

Fuente: Elaboración propia a partir de Memoria estadística y cartográfica de la Consejería de Salud

*Incluye número de pacientes que, inscritos en el Registro de demanda quirúrgica, se encuentran pendientes de una intervención (IQ). No se incluyen los pacientes cuya intervención no puede programarse por motivos clínicos o por petición propia (no programables). En los procedimientos sin plazo garantizado, el número de pacientes fuera de plazo corresponde a las personas que están esperando más de 365 días para su intervención.

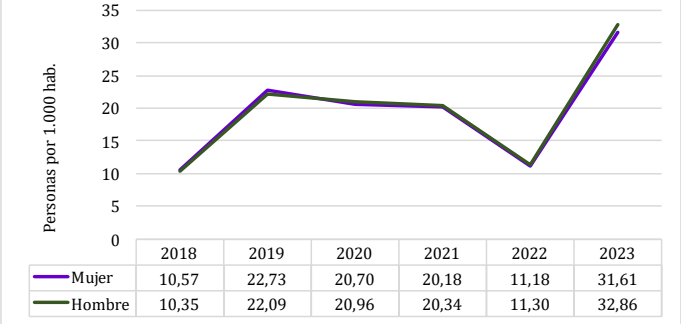
Espera para intervenciones quirúrgicas con garantía de plazo

En el año 2023, la tasa de pacientes en espera de una intervención quirúrgica con garantía de plazo fue de 31,6 mujeres por mil y de 32,9 hombres por mil. Desde el año 2018 al 2023, la tasa de mujeres en espera se ha incrementado en un 21 por mil y la de los hombres en un 22,5 por mil. Las reducidas brechas de género han ido oscilando en el tiempo, siendo favorables a las mujeres en los años 2018 (0,2) y 2019 (0,6), y favorables a los hombres en 2021 (-0,2), 2022 (-0,1) y 2023 (-1,3).

El porcentaje de pacientes en espera de intervención quirúrgica superior a 90, 120 o 180 días se ha incrementado del año 2018 al 2023. En el año 2023 un 32,5% de mujeres y un 31,8% de hombres se encontraban en espera fuera de plazo de alguna intervención con garantía al respecto. Las brechas de género favorables a las mujeres en todo el periodo observado, pasaron de 1,2 puntos porcentuales de diferencia en 2018 a apenas 0,7 en 2023.

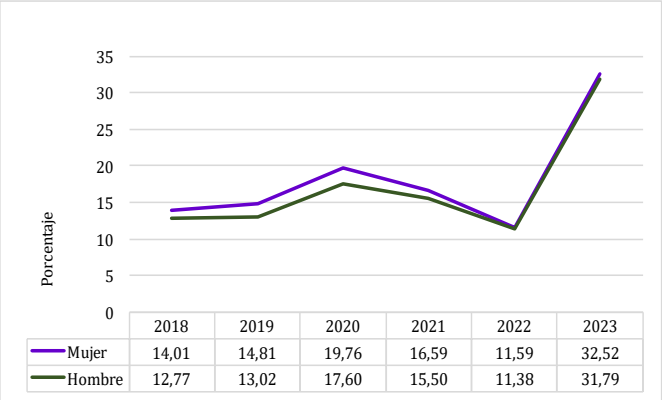
El número medio de días de espera para intervenciones quirúrgicas con plazo garantizado se ha incrementado desde el año 2018, y sobre todo desde el 2022 hasta el 2023 cuando ya se registran 136,6 días de espera en mujeres y 133 en hombres. En el periodo señalado hubo un incremento de 49,4 días en el caso de las mujeres y 50,9 días en el caso de los hombres. Las brechas de género son favorables a las mujeres en todos los años, pasando de 5 días de espera más en las mujeres que en los hombres en 2018 a 3, 5 días de diferencia en 2023.

Gráfico 123. Pacientes en espera para intervención quirúrgica por población según sexo. Andalucía 2018-2023*



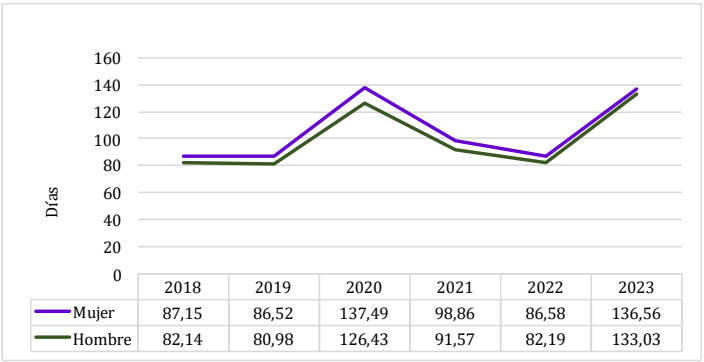
	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Mujer	10,57	22,73	20,70	20,18	11,18	31,61
Hombre	10,35	22,09	20,96	20,34	11,30	32,86

Gráfico 124. Pacientes fuera de plazo intervención quirúrgica en relación al total de pacientes en espera según sexo. Andalucía 2018-2023*



	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Mujer	14,01	14,81	19,76	16,59	11,59	32,52
Hombre	12,77	13,02	17,60	15,50	11,38	31,79

Gráfico 125. Demora media para intervención quirúrgica según sexo. Andalucía 2018-2023*



	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Mujer	87,15	86,52	137,49	98,86	86,58	136,56
Hombre	82,14	80,98	126,43	91,57	82,19	133,03

Fuente: Elaboración propia a partir de Memoria estadística y cartográfica de la Consejería de Salud
*Incluye número de pacientes que, inscritos en el Registro de demanda quirúrgica, se encuentran pendientes de una intervención (IQ) con plazo garantizado (180 días, 120 días o 90 días). No se incluyen los pacientes cuya intervención no puede programarse por motivos clínicos o por petición propia (no programables).

Más mujeres que hombres llegan a la puerta de entrada de los servicios sanitarios públicos, y menos acceden a la atención externa hospitalaria

Aunque los servicios sanitarios públicos son el principal recurso de la población andaluza para cubrir sus necesidades de salud, en los últimos años se han incrementado las coberturas sanitarias mixtas (público-privado), y ha habido un descenso en el uso que hace la población de los recursos públicos por motivos propios o como acompañantes. Estos cambios podrían deberse a que la pandemia en su fase inicial se caracterizó por una gran incertidumbre, lentitud en la respuesta y falta de recursos materiales y humanos, que persistió durante las siguientes fases, unido a la mayor concienciación de la población sobre la importancia de los riesgos vinculados a la salud, como han señalado informes de referencia en el ámbito nacional (Satué de Velasco et al., 2022; Consejo Económico y Social España, 2024).

Más mujeres que hombres hacen uso de los servicios sanitarios públicos disponibles y tienen coberturas sanitarias mixtas. Su mayor acercamiento a

tales servicios sanitarios como acompañantes se puede entender por razones de género y de los roles que tienen marcados socialmente como principales sustentadoras de los cuidados, la salud y el bienestar global (Arias de la Torre et al., 2019), algo que se vio acusado en los años posteriores a la pandemia (Semere et al., 2022).

Además, el mayor uso que hacen las mujeres por problemas propios podría apuntar a mayores necesidades de salud ligadas a razones sociales y de género, y también por sus características biológicas y funciones reproductivas. El hecho de que las mujeres tengan coberturas sanitarias mixtas en mayor medida que los hombres también puede explicarse ante la premisa de mayores necesidades de salud que no resultan totalmente cubiertas en el ámbito público. Además, el descenso en las brechas de género favorables a las mujeres en los últimos años podría apuntalar la idea de una mayor desviación de las mujeres a los recursos privados para intentar dar respuesta a sus problemas.

La mayor utilización de los recursos sanitarios públicos por parte de las mujeres, sobre todo de menor nivel de estudios y peor estatus laboral ocupacional, permite señalar cómo la intersección del género con otras categorías sociales, configura peores condiciones de vida, más problemas propios de salud, más carga de cuidados y, por tanto, mayor proximidad a los servicios sanitarios disponibles para buscar ayuda al respecto (Covan, 2021; Iyer, Sen & Östlin, 2008).

Las mujeres llegan en mayor medida que los hombres a la puerta de entrada de los servicios sanitarios más accesibles (tanto consultas generales y urgentes en centros sanitarios públicos, como consultas privadas entre quienes, de manera desigual, pueden asumir mayores costes económicos sanitarios). De manera contraria, menos mujeres que hombres tienen acceso a la atención externa hospitalaria en el ámbito público, que depende de las actuaciones desde dentro del sistema sanitario, ya sea por derivaciones desde la Atención Primaria como de Interconsultas hospitalarias.

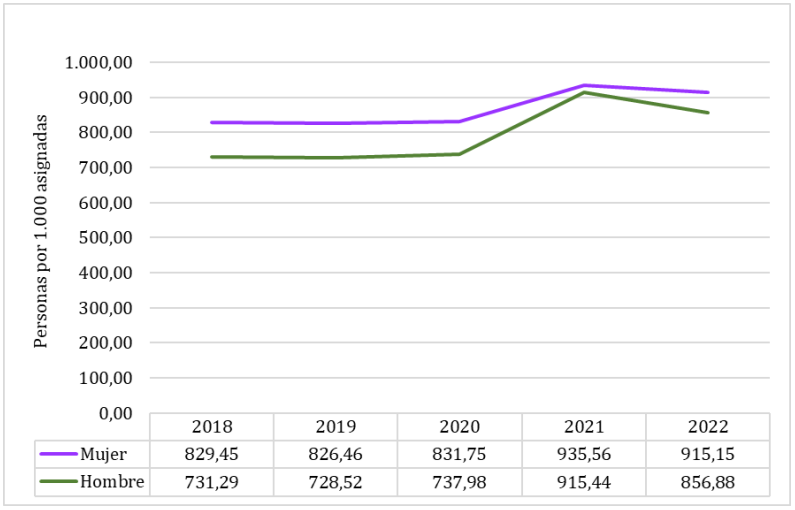
Las listas de espera para una primera consulta de atención externa hospitalaria se han incrementado en los últimos años, sobre todo entre las mujeres, así como desde el año 2018 al 2023 ha aumentado 28 y 26 días el tiempo de demora para la atención en hombres y mujeres, respectivamente. Los hombres esperan más tiempo y más mujeres parecen presentar dificultades para acceder a la atención externa hospitalaria, sobre todo desde interconsultas sanitarias. Si bien las cargas de enfermedad diferentes por sexo pueden explicar el fenómeno, se sigue planteando la necesidad de revisión de posibles sesgos de género en la asignación de recursos sanitarios y en la agilidad para asignar éstos. Es necesario conocer cómo se adaptan las desigualdades de género a un contexto socioeconómico cambiante para responder de forma efectiva a las diferentes necesidades y realidades de mujeres y hombres, para evitar que los determinantes de género aumenten las desigualdades en salud de la población (Sánchez-Recio et al., 2021).

3.3.2. Atención primaria, hospitalaria y urgente

Consultas en Atención Primaria

Los datos sanitarios apuntan que del año 2018 al 2021 hubo un incremento en la población que visita al menos una vez al año a algún profesional de Atención Primaria, con un descenso posterior del año 2021 al 2022, sobre todo entre los hombres. Del año 2018 al 2022, aumentó la tasa de mujeres que realizaron al menos una visita a los centros de salud de Atención Primaria en 85,7 mujeres por mil asignadas a tales servicios, y la tasa de hombres aumentó aún más en 125,6 hombres por mil. Las brechas de género favorables a las mujeres descendieron en 2020 y 2021 para aumentar de nuevo en 2022.

Gráfico 126. Personas con al menos una visita al año a alguno de los profesionales del centro de salud por cada 1.000 asignadas según sexo



	2018	2019	2020	2021	2022
Mujer	829,45	826,46	831,75	935,56	915,15
Hombre	731,29	728,52	737,98	915,44	856,88

Fuente: Elaboración propia a partir de Base de Datos Clínicos de Atención Primaria - BDCAP

Según el perfil profesional, cabe señalar que guardan similitudes las cifras sobre el total de personas que visitan a profesionales de medicina de familia y de enfermería de centros sanitarios de Atención Primaria en el año 2022. Sin embargo, las tendencias en el tiempo son diferentes, con mayor descenso en las consultas a medicina de familia que en las consultas a enfermería.

La tasa de mujeres que visitaron alguna vez a profesionales de la medicina de familia descendió del año 2018 al 2022 en 1,5 por mil mujeres asignadas a estos servicios, y en menor medida descendió la tasa de mujeres que visitan a profesionales de enfermería en 0,3 por mil.

La tasa de hombres que visitan a profesionales de la medicina de familia descendió del año 2018 al 2022 en 1,3 por mil asignados a estos servicios, y en menor medida descendió la tasa de hombres que visitan a profesionales de enfermería en 0,6 por mil.

En el caso de las consultas a medicina de familia, las brechas de género son favorables a las mujeres en todo el periodo observado, habiendo disminuido en décimas del año 2018 (1,1) al año 2023 (0,8). En el caso de las consultas a enfermería, no hubo brechas de género en los años 2018 y 2019, para pasar a ser favorables a las mujeres, en décimas, en los años 2020 (0,1), 2021 (0,4) y 2022 (0,3).

Gráfico 127. Frecuentación a medicina de familia por personas asignadas y sexo. 2018-2022

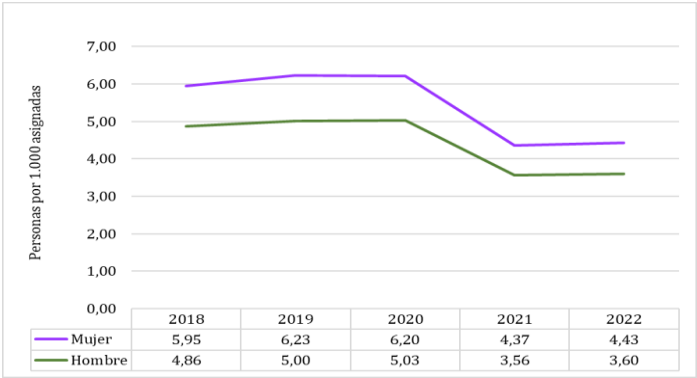
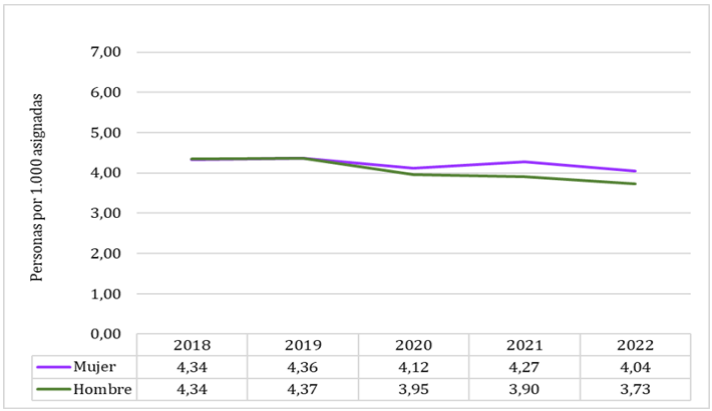


Gráfico 128. Frecuentación a enfermería por personas asignadas y sexo. 2018-2022



Fuente: Elaboración propia a partir de Memoria estadística y cartográfica de la Consejería de Salud

Durante los años 2018 y 2019 (prepandemia por COVID-19), tanto en hombres como en mujeres, la mayoría de consultas a medicina de familia fueron presenciales en el centro sanitario y un pequeño porcentaje fueron consultas a domicilio. En el año 2020 se mantienen los menores porcentajes de visitas a domicilio, y junto a las consultas presenciales aparecen las teleconsultas. En 2021 aumenta el porcentaje de teleconsultas y disminuye en 2022.

En el caso de las consultas de enfermería, la mayoría son presenciales del año 2018 al 2022. También aparecen las teleconsultas de enfermería en el año 2020 (en menor porcentaje que en caso de la medicina de familia), manteniéndose en cifras poco variables hasta el año 2022. A la inversa, las consultas a domicilio son más frecuentes en enfermería que en medicina de familia, con un descenso en 2021 y 2022 respecto a años previos.

Las reducidas brechas de género en el porcentaje de teleconsultas son favorables a las mujeres en medicina de familia y también en enfermería, con un leve incremento en el año 2022.

Gráfico 129. Porcentaje de consultas a medicina de familia, por lugar de atención y sexo. Andalucía (2018-2022)

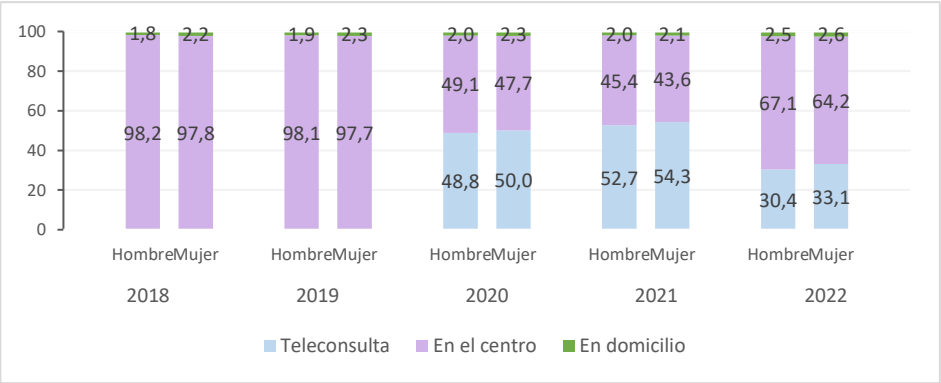
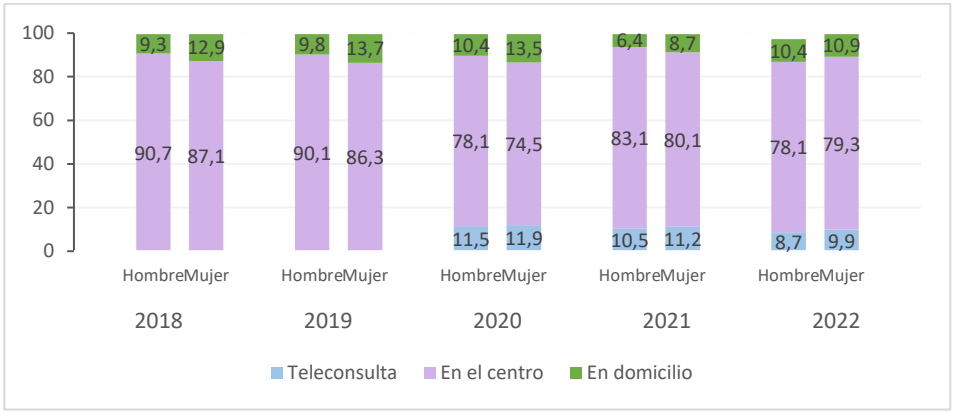


Gráfico 130. Porcentaje de consultas a enfermería, por lugar de atención y sexo. Andalucía (2018-2022)

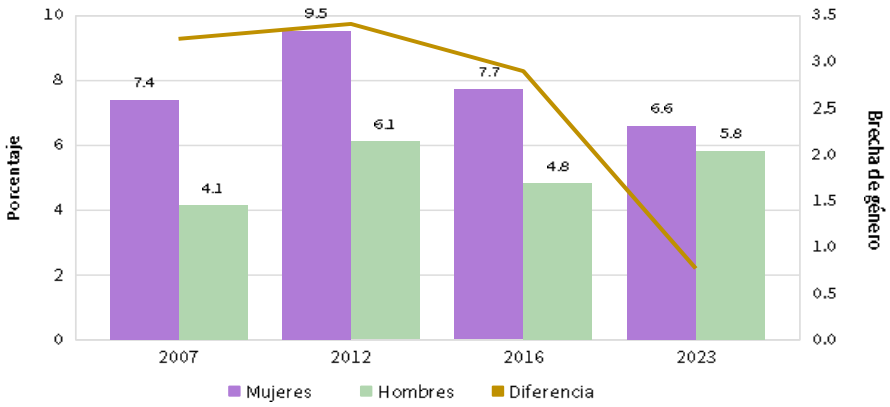


Fuente: Elaboración propia a partir de Memoria estadística y cartográfica de la Consejería de Salud y Consumo

Ingresos y altas hospitalarias

En el año 2023, según datos de la Encuesta Andaluza de Salud, el 6,6% de las mujeres y el 5,8% de los hombres estuvieron ingresados en un hospital al menos durante una noche. Del año 2016 al 2023 descendió un 1% el porcentaje de mujeres ingresadas en un hospital, y aumentó un 1% entre los hombres. Las brechas de género, favorables a las mujeres en todos los años, disminuyeron del año 2007 (3,3% más de mujeres que de hombres) al año 2023 (0,8%).

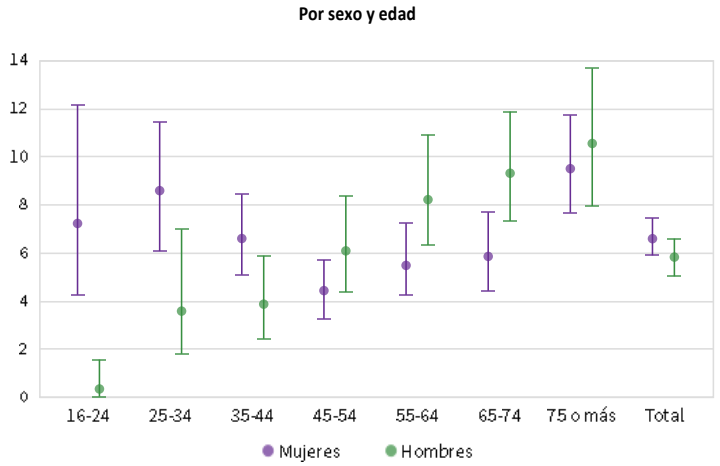
Gráfico 131. Porcentaje de población que ha tenido un ingreso hospitalario en el último año, por sexo (2007-2023)

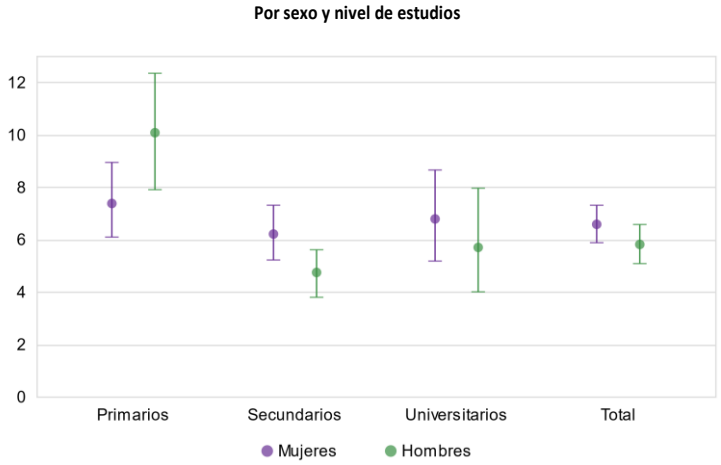


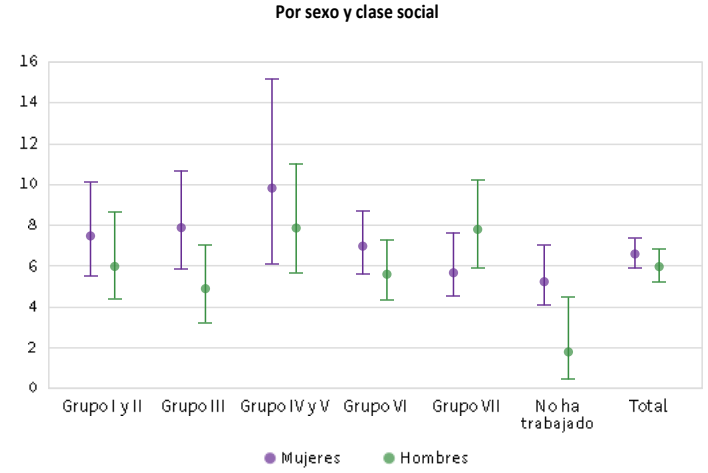
Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Andaluza de Salud (2023)

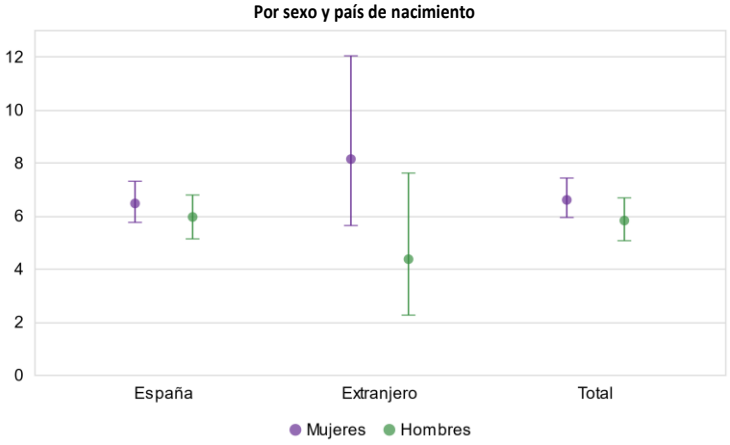
En cuanto al porcentaje de población que tuvo un ingreso hospitalario en el último año según diferentes características, cabe señalar un mayor porcentaje de mujeres que de hombres de 16 a 24 años.

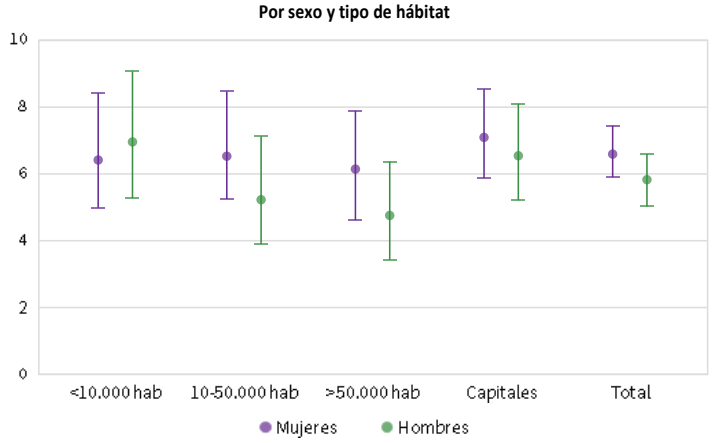
Gráfico 132. Porcentaje de población que ha tenido un ingreso hospitalario en el último año (2023)

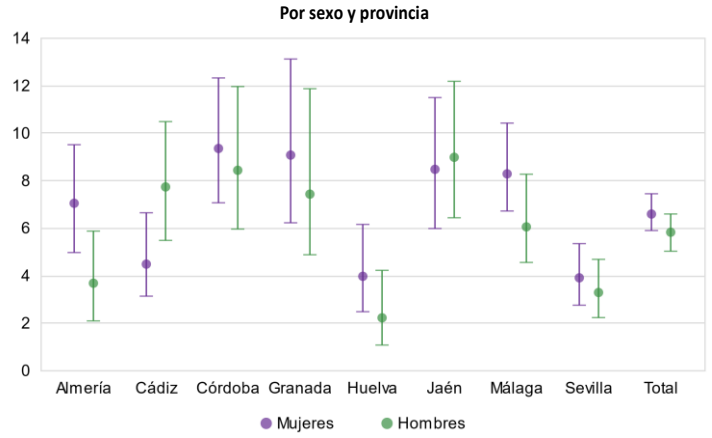










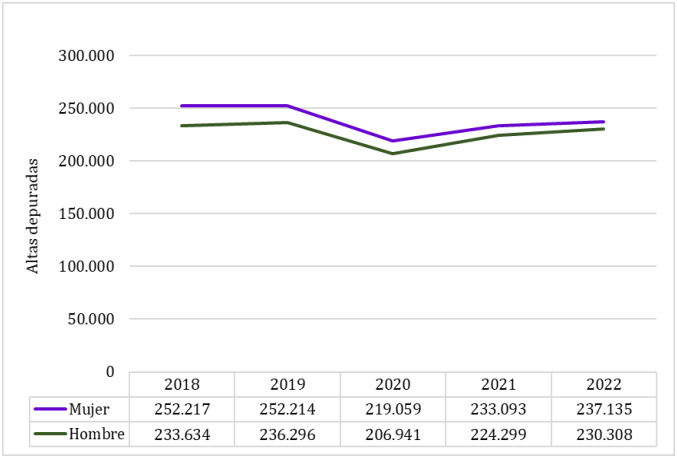


Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Andaluza de Salud (2023)

En cuanto a la frecuencia de hospitalizaciones, la Encuesta Andaluza de Salud, informa de 0,1 ingresos anuales por término medio, tanto en hombres como en mujeres de manera idéntica, y también siendo constante la cifra en todos los años observados (2007, 2012, 2016 y 2023).

Considerando los datos de registros sanitarios, cuando se analiza el número de altas hospitalarias excluyendo las altas relacionadas con partos (principal causa de ingresos y específica sólo en mujeres), se observa el mismo patrón en las brechas de género favorables a las mujeres para los años 2018 a 2022. Las brechas de género relacionadas con el número de altas hospitalarias también disminuyen del año 2018 (18.583 altas hospitalarias más en mujeres que en hombres) al 2022 (6.827 altas hospitalarias de diferencia). Respecto al 2018, en 2022 hubo 15.082 altas menos en mujeres, y 3.326 en hombres.

Gráfico 133. Altas de hospitalización (excluyendo partos). Hospitales de Agudos. SSPA. 2018-2022



	2018	2019	2020	2021	2022
Mujer	252.217	252.214	219.059	233.093	237.135
Hombre	233.634	236.296	206.941	224.299	230.308

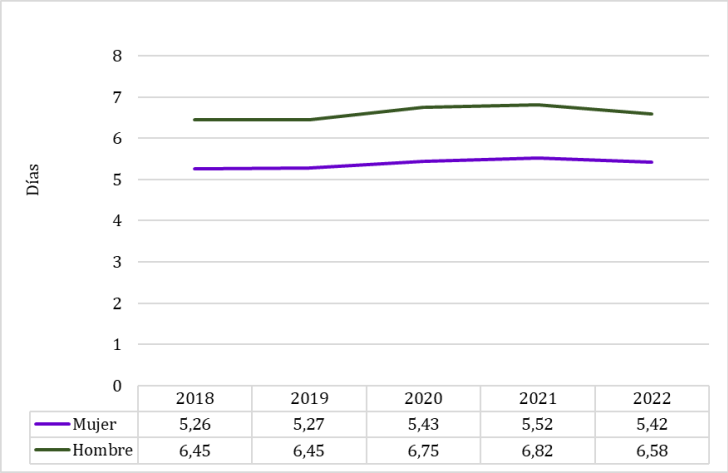
Fuente: Elaboración propia a partir de Ministerio de Sanidad. Subdirección General de Información Sanitaria. Registro de Actividad de Atención Especializada – RAE-CMBD

Estancias hospitalarias

En cuanto al tiempo de estancia en los ingresos hospitalarios, el número medio de días de hospitalización en hombres aumenta una décima del año 2018 (6,5 días) al 2022 (6,6). El número de días por hospitalización en mujeres aumentó también una décima de 2018 (5,3) a 2022 (5,4) respecto al total de ingresos incluyendo partos, y aumentó dos décimas de 2018 (5,3) a 2022 (5,5) respecto al total de ingresos excluyendo partos.

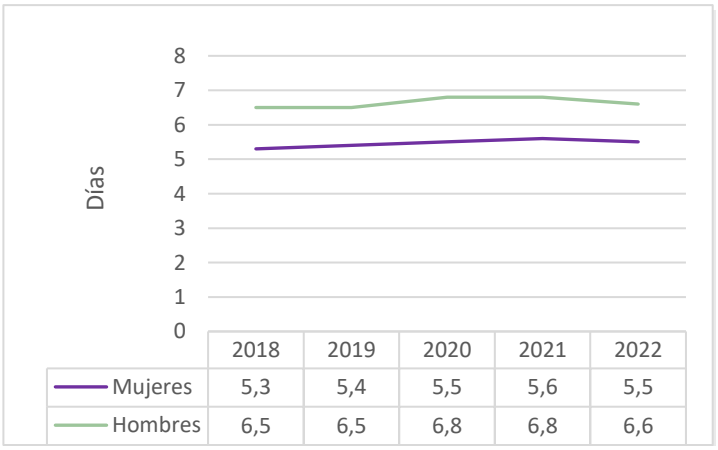
Las estancias medias en las mujeres son algo superior en ingresos que excluyen partos frente a los ingresos que los incluyen. En los dos tipos de ingreso, las brechas de género se mantienen estables en el tiempo con cifras en torno a 1,2 días de estancia media más en hombres que en mujeres, tanto en 2018 como en 2022.

Gráfico 134. Estancias medias por sexo. Hospitales de Agudos. SSPA. 2018-2022



	2018	2019	2020	2021	2022
Mujer	5,26	5,27	5,43	5,52	5,42
Hombre	6,45	6,45	6,75	6,82	6,58

Gráfico 135. Estancias medias (excluyendo partos y cesáreas) por sexo. Hospitales de Agudos. SSPA. 2018-2022



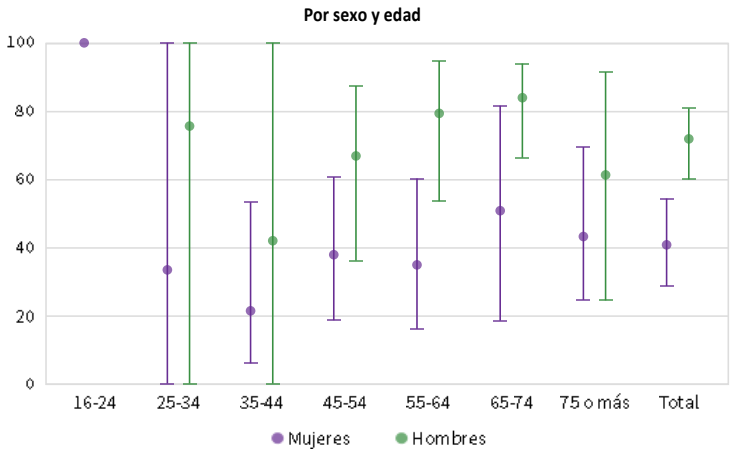
	2018	2019	2020	2021	2022
Mujeres	5,3	5,4	5,5	5,6	5,5
Hombres	6,5	6,5	6,8	6,8	6,6

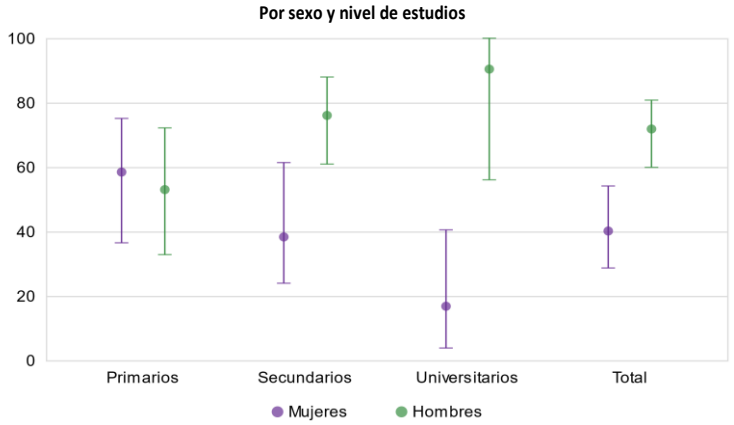
Fuente: Elaboración propia a partir de Ministerio de Sanidad. Subdirección General de Información Sanitaria. Registro de Actividad de Atención Especializada – RAE-CMBD

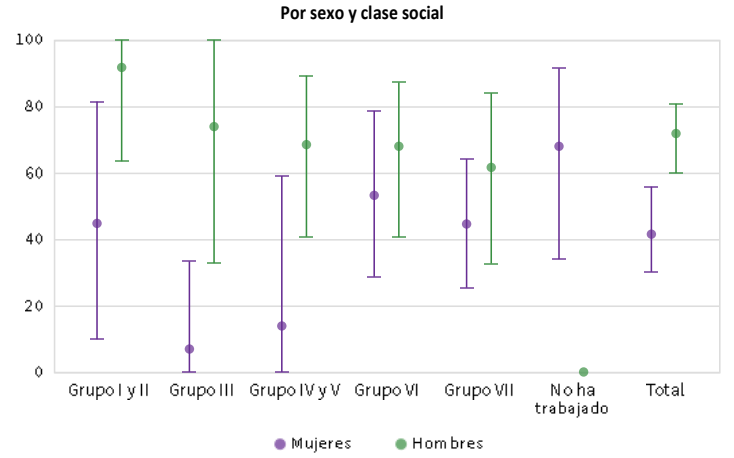
La Encuesta Andaluza de Salud (2023) arroja información complementaria acerca del cuidado informal en los ingresos hospitalarios. Se conoce que el 71,8% de los hombres y el 40,7% de las mujeres contaron con el acompañamiento de una mujer todo o casi todo el tiempo en su último ingreso hospitalario, lo que supone una brecha de género favorable a los hombres de -31,1.

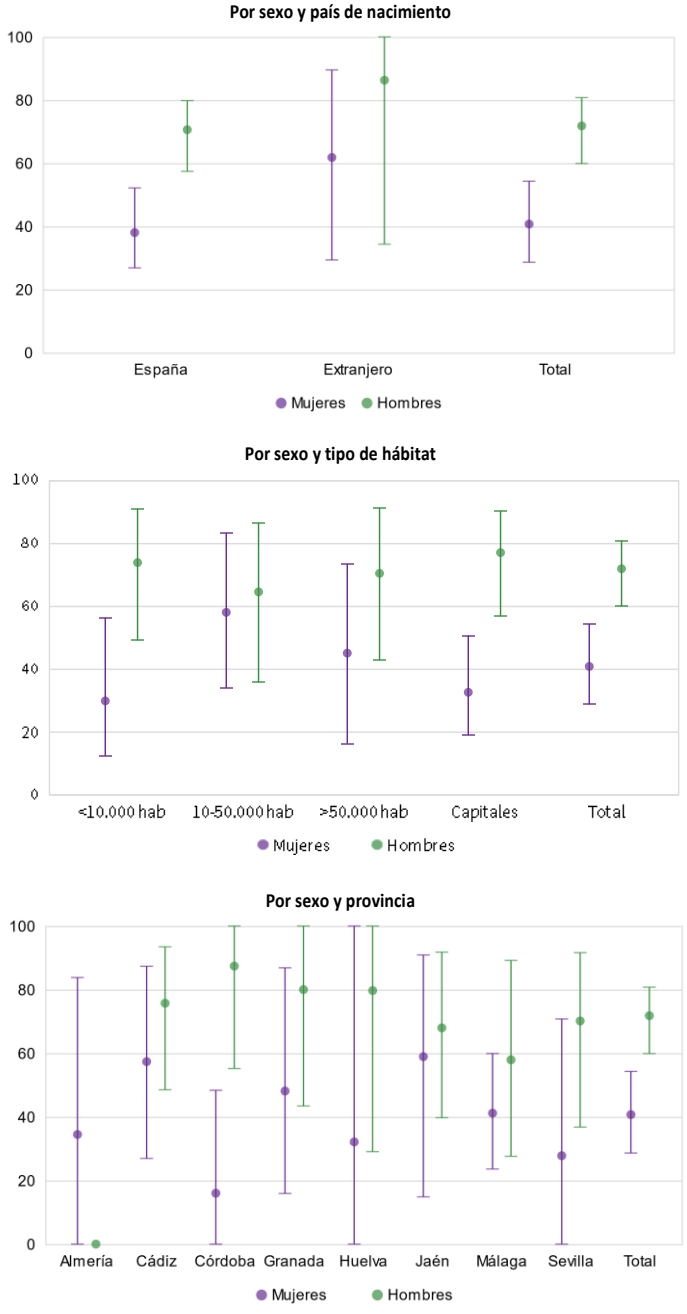
Las mujeres que no trabajaban fueron quienes en mayor medida contaron con el acompañamiento de una mujer durante sus ingresos hospitalarios. Y los hombres que contaron con el acompañamiento de una mujer fueron en mayor medida los universitarios, los nacidos en España y los residentes en capitales.

Gráfico 136. Porcentaje de población que estuvo acompañada por una mujer todo o casi todo el tiempo de su último ingreso hospitalario. Andalucía (2023)







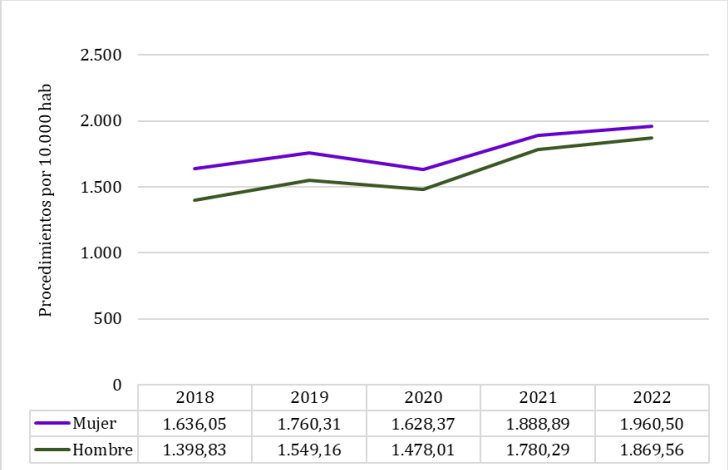


Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Andaluza de Salud (2023)

Procedimientos hospitalarios y ambulatorios

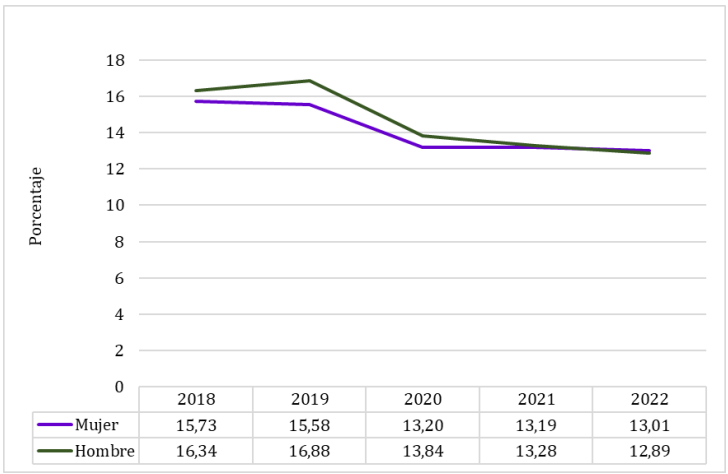
En el año 2022, 1.960 mujeres y 1.869 hombres por cada 10.000 fueron hospitalizados por intervención quirúrgica. Del año 2018 al 2022, la tasa de utilización quirúrgica se incrementó en 324,4 hospitalizaciones en el caso de las mujeres y 470,7 en el caso de los hombres. Las brechas de género son favorables a las mujeres todos los años, habiendo disminuido del año 2018 (237,3 hospitalizaciones quirúrgicas más en mujeres que en hombres) al año 2022 (63,9).

Del total de procedimientos realizados, se observa que en el año 2022 se realizaron un 13% de procedimientos ambulatorios a mujeres y un 12,9% a hombres. Del año 2018 al 2022, el porcentaje de procedimientos ambulatorios disminuyó un 2,7% en mujeres y un 3,5% en hombres. Las reducidas brechas de género favorables a los hombres (menores a un punto porcentual) fueron disminuyendo del año 2018 (-0,6) hasta llegar a no ser perceptibles en 2022. Tasa de utilización **quirúrgica** según sexo. Hospitales de Agudos. SSPA. 2018-2022



	2018	2019	2020	2021	2022
Mujer	1.636,05	1.760,31	1.628,37	1.888,89	1.960,50
Hombre	1.398,83	1.549,16	1.478,01	1.780,29	1.869,56

Gráfico 137. Tasa de ambulatorización, por sexo. Hospitales de Agudos. SSPA. 2018-2022



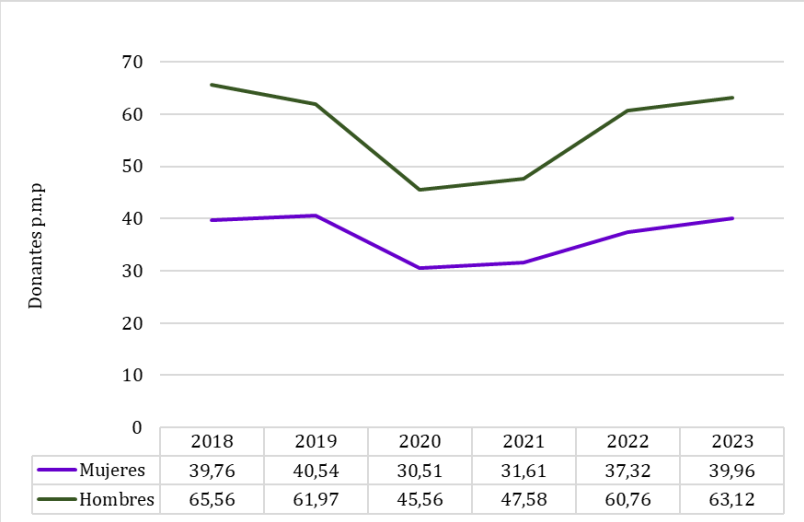
	2018	2019	2020	2021	2022
Mujer	15,73	15,58	13,20	13,19	13,01
Hombre	16,34	16,88	13,84	13,28	12,89

Fuente: Elaboración propia a partir de Ministerio de Sanidad. Subdirección General de Información Sanitaria. Registro de Actividad de Atención Especializada – RAE-CMBD

Donación de órganos y trasplantes

En el año 2023, hubo 40 mujeres y 63 hombres donantes de órganos por millón de población. Se observa estabilidad o un muy ligero aumento temporal en las cifras de donantes mujeres, y un descenso en donantes hombres. Del año 2018 al 2022, la tasa de donantes se incrementó en 0,2 donantes mujeres por millón, y disminuyó en 2,5 donantes hombres por millón. Las brechas de género son favorables a los hombres en todos los años observados, habiendo disminuido del año 2018 (25,8 mujeres menos que hombres) al 2022 (-23).

Gráfico 138. Tasa poblacional de donantes de órganos según sexo. Andalucía 2018-2023



	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Mujeres	39,76	40,54	30,51	31,61	37,32	39,96
Hombres	65,56	61,97	45,56	47,58	60,76	63,12

Fuente: Elaboración propia a partir de Memoria estadística y cartográfica de la Consejería de Salud

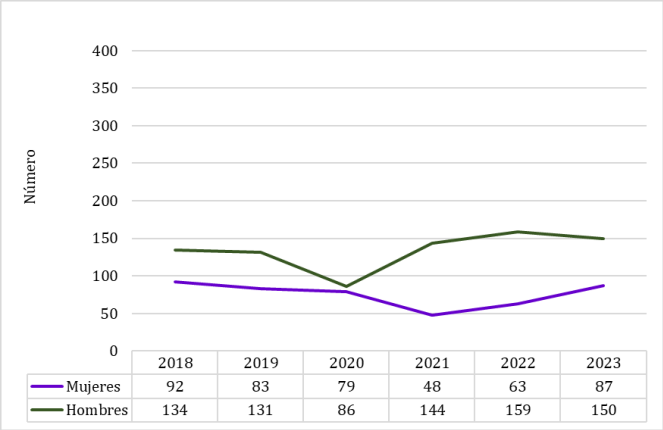
En cuanto a trasplantes de órganos, en el año 2023 se registró un mayor número de trasplantes de riñón, seguido de trasplantes de hígado, pulmón, corazón y páncreas.

En todos los órganos analizados se observa un aumento del número de trasplantes del año 2018 al 2023, tanto en mujeres como en hombres, exceptuando un descenso en los trasplantes de hígado a mujeres, así como cabe señalar que fue idéntico el número de trasplantes de páncreas en hombres en los años 2018 y 2023.

En todos los años analizados y en todos los tipos de trasplantes, las brechas de género son favorables a los hombres, excepto en los trasplantes de pulmón de los años 2018 y 2020 cuando se realizaron más trasplantes a mujeres que a hombres, así como en los trasplantes de páncreas del año 2019, en el que no se identifican brechas de género.

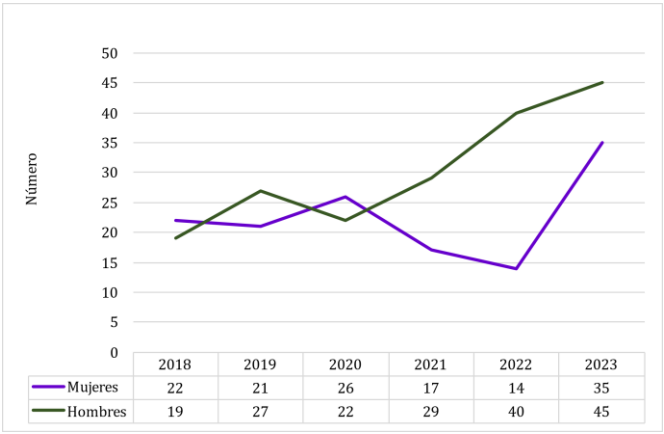
Respecto a los cambios temporales en las brechas de género, en el caso de los trasplantes de hígado, tales brechas aumentaron en 21 casos, del año 2018 (42 trasplantes más en hombres que en mujeres) al año 2022 (63). Las brechas de género en los trasplantes de pulmón aumentaron en 13 casos del año 2018 (3 trasplantes más en mujeres) al 2022 (-10). Las brechas de género en trasplantes de riñón aumentaron en 3 casos del año 2018 (111 trasplantes más en hombres que en mujeres) al año 2022 (108). Las brechas de género en los trasplantes de corazón aumentaron en un caso, del año 2018 (11 trasplantes más en hombres que en mujeres) al 2022 (12). Sólo las brechas de género en los trasplantes de páncreas disminuyeron en 4 casos del año 2018 (6 trasplantes más en hombres que en mujeres) al 2022 (2 trasplantes más en hombres).

Gráfico 139. Trasplantes de hígado, por sexo. Andalucía (2018-2023)



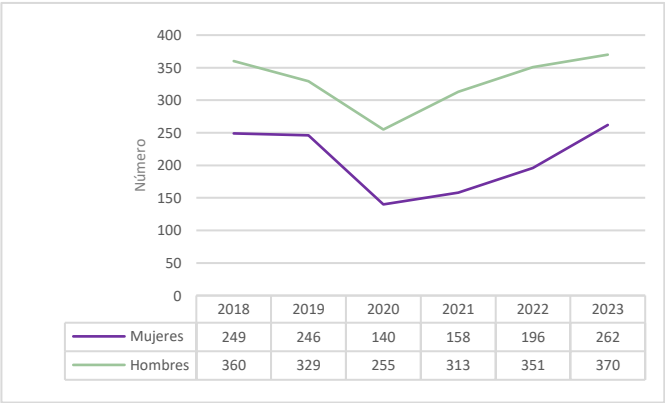
	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Mujeres	92	83	79	48	63	87
Hombres	134	131	86	144	159	150

Gráfico 140. Trasplantes de pulmón, por sexo. Andalucía (2018-2023)



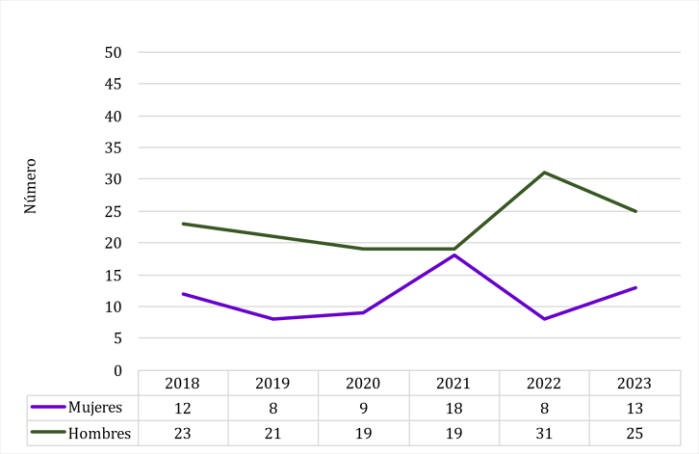
	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Mujeres	22	21	26	17	14	35
Hombres	19	27	22	29	40	45

Gráfico 141. Trasplantes de riñón, por sexo. Andalucía (2018-2023)



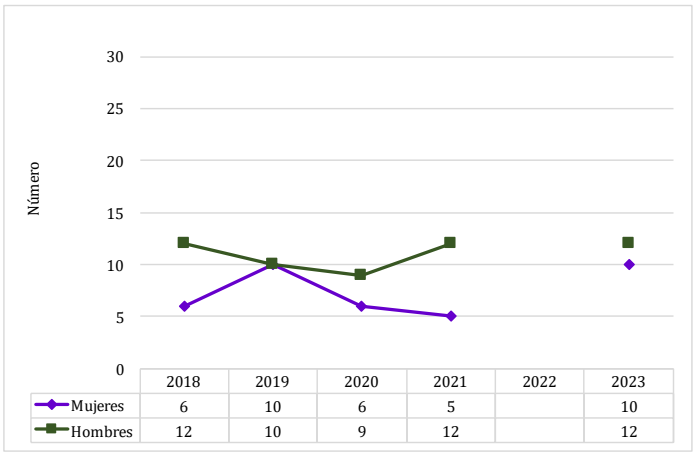
	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Mujeres	249	246	140	158	196	262
Hombres	360	329	255	313	351	370

Gráfico 142. Trasplantes de corazón, por sexo. Andalucía (2018-2023)



	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Mujeres	12	8	9	18	8	13
Hombres	23	21	19	19	31	25

Gráfico 143. Trasplantes de páncreas, por sexo. Andalucía (2018-2023)



	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Mujeres	6	10	6	5		10
Hombres	12	10	9	12		12

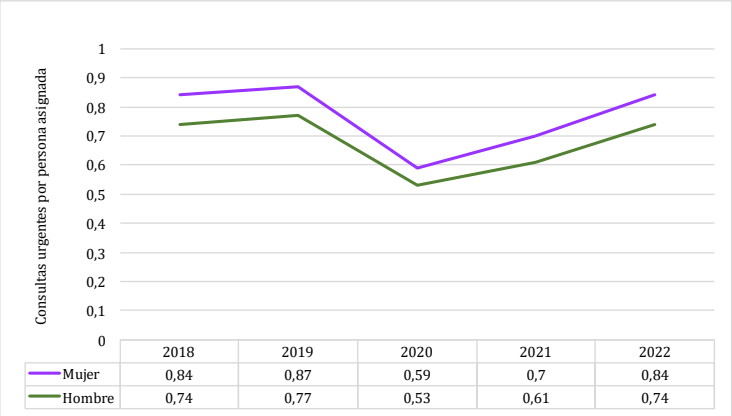
Fuente: Elaboración propia a partir de Memoria estadística y cartográfica de la Consejería de Salud

Atención urgente

Consultas urgentes en Atención Primaria

Del año 2018 al 2022 se mantienen estables las cifras de frecuencia de consultas urgentes en Atención Primaria. En mujeres se registran tanto en 2018 como en 2022, 0,8 consultas urgentes por persona asignada a tales servicios sanitarios, y en hombres 0,7 consultas. Las brechas de género son favorables a las mujeres, en una décima o menos, durante el período observado.

Gráfico 144. Consultas urgentes por persona asignada a profesionales de Atención Primaria, por sexo. Andalucía 2018-2023



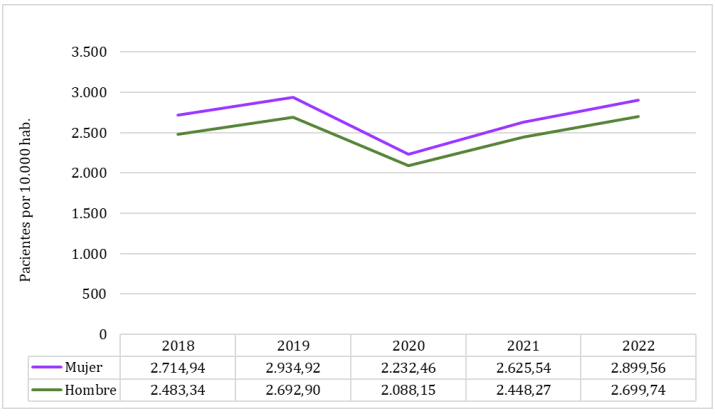
	2018	2019	2020	2021	2022
Mujer	0,84	0,87	0,59	0,7	0,84
Hombre	0,74	0,77	0,53	0,61	0,74

Fuente: Elaboración propia a partir del Sistema de Información de Atención Primaria-SIAP.

Consultas urgentes en Atención Hospitalaria

En el año 2022, 2.899 mujeres y 2.699 hombres por cada 10.000 habitantes realizaron consultas urgentes en servicios sanitarios de atención hospitalaria. Se observa un aumento temporal en el número de personas que realizan consultas urgentes hospitalarias. Del año 2018 al 2022, hubo un incremento de 184,7 consultas urgentes hospitalarias de mujeres y un aumento de 216,4 consultas urgentes en el caso de los hombres. Las brechas de género son favorables a las mujeres en todos los años observados, habiendo disminuido del año 2018 (231,6 mujeres más que hombres que realizan consultas urgentes por 10.000 habitantes) al año 2022 (199,8 consultas más en mujeres).

Gráfico 145. Tasa de utilización de urgencias hospitalarias, por sexo. Hospitales de agudos. Andalucía (2018-2022)

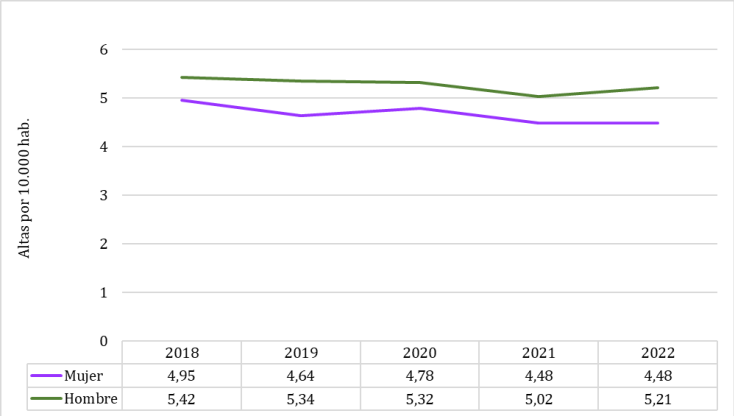


	2018	2019	2020	2021	2022
Mujer	2.714,94	2.934,92	2.232,46	2.625,54	2.899,56
Hombre	2.483,34	2.692,90	2.088,15	2.448,27	2.699,74

Fuente: Elaboración propia a partir de Ministerio de Sanidad. Subdirección General de Información Sanitaria. Subdirección General de Información Sanitaria. Registro de Actividad de Atención Especializada – RAE-CMBD.

Analizando los exitus que tienen lugar durante la atención urgente hospitalaria, en el año 2022 se registraron 4,5 exitus en mujeres y 5,2 en hombres por cada 10.000 habitantes. Se identifica un ligero aumento temporal en las tasas de exitus. Del año 2018 al 2022 hubo un incremento de 0,5 exitus por 10.000 en mujeres, y de 0,2 exitus por 10.000 en hombres. Las brechas de género en las tasas de exitus son favorables a los hombres en todos los años observados, habiendo aumentado en dos décimas desde el año 2018 (0,5 exitus más en hombres que en mujeres por cada 10.000) hasta el año 2022 (0,7 exitus más en hombres).

Gráfico 146. Exitus en urgencias hospitalarias, por sexo. Hospitales de agudos. SSPA 2018-2022



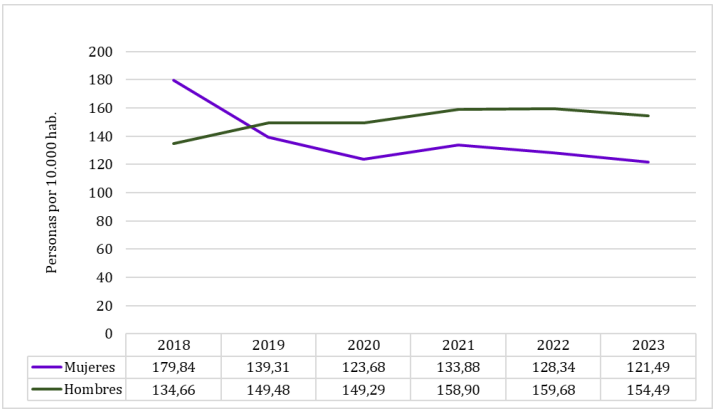
	2018	2019	2020	2021	2022
Mujer	4,95	4,64	4,78	4,48	4,48
Hombre	5,42	5,34	5,32	5,02	5,21

Fuente: Elaboración propia a partir de Ministerio de Sanidad. Subdirección General de Información Sanitaria. Subdirección General de Información Sanitaria. Registro de Actividad de Atención Especializada – RAE-CMBD.

Emergencias del servicio 061

En cuanto al número de personas atendidas por los equipos de emergencias del servicio 061, se registran en el año 2023 un total de 121,5 mujeres y 154,5 hombres atendidos por cada 10.000. En 2023 se atendieron 58,4 mujeres menos y 19,8 hombres más que en el año 2018. Las brechas de género eran favorables a las mujeres en 2018 para posteriormente ser favorables a los hombres, habiéndose incrementado éstas del 2019 (10,2 hombres más que mujeres atendidas por 10.000) al año 2023 (-33).

Gráfico 147. Personas atendidas por los equipos de emergencias del 061 por 10.000 hab. según sexo. Andalucía 2018-2023

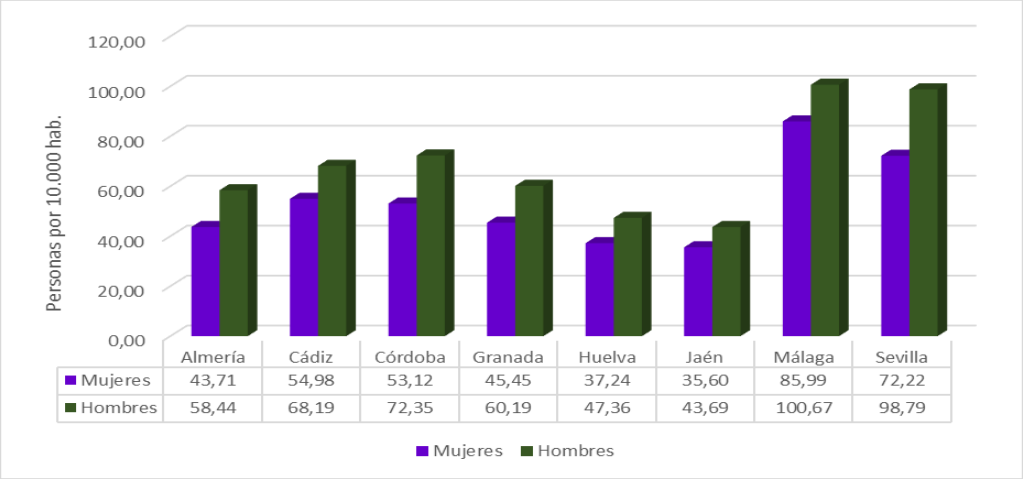


	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Mujeres	179,84	139,31	123,68	133,88	128,34	121,49
Hombres	134,66	149,48	149,29	158,90	159,68	154,49

Fuente: Elaboración propia a partir de Memoria Estadística y Cartográfica de la Consejería de Salud

En el año 2023, las brechas de género son favorables a los hombres en todo el territorio andaluz, con diferencias entre provincias, siendo mayores tales brechas en las provincias de Sevilla (26,6 hombres más que mujeres atendidas por 10.000), Córdoba (-19,2), Almería, Granada y Málaga (-14,7), seguido de las provincias de Huelva (-10,1) y Jaén (-8,1).

Gráfico 148. Personas atendidas por los equipos de emergencias del 061 por 10.000 hab. según sexo. Provincias de Andalucía 2023



	Almería	Cádiz	Córdoba	Granada	Huelva	Jaén	Málaga	Sevilla
Mujeres	43,71	54,98	53,12	45,45	37,24	35,60	85,99	72,22
Hombres	58,44	68,19	72,35	60,19	47,36	43,69	100,67	98,79

Fuente: Elaboración propia a partir de Memoria Estadística y Cartográfica de la Consejería de Salud

La pandemia de COVID-19 ha modificado las tendencias estables que se venían registrando en mujeres y hombres en relación al volumen de consultas, la frecuentación y el uso de servicios sanitarios en Atención Primaria y Hospitalaria

En Andalucía, los años posteriores al inicio de la pandemia alteraron los datos que se venían registrando de forma estable en el volumen de visitas realizadas a los centros de atención primaria, con brecha de género favorable a las mujeres. En 2020 y 2021 aumentó considerablemente la realización de al menos una consulta al año en ambos sexos, más en hombres, lo que hizo que la brecha en este indicador se estrechara de forma notable. En 2022, se observa una nueva bajada de estos datos, que están retornando a los niveles previos. Esta tendencia fluctuante se relacionaría con la tensión que sufrió la atención primaria en los primeros años de la crisis, que requirió un esfuerzo extraordinario de atención de los casos leves y de detección precoz de los casos potencialmente graves por parte de los centros de salud (Satué de Velasco et al., 2022).

En cambio, en el periodo de 2018 a 2022 descendió la frecuentación a consultas de atención primaria tanto en mujeres como en hombres, y lo hizo más en consultas de medicina de familia que en las de enfermería. Esto puede estar relacionado con las restricciones durante la pandemia y el uso de teleconsulta, que como muestran los registros, fueron más usados por las mujeres que por los hombres.

Los datos de la Encuesta Andaluza de Salud más reciente (2023) indican que más mujeres que hombres han estado ingresadas en un hospital al menos durante una noche. Las brechas de género han sido favorables a las mujeres (han ingresado más que los hombres) en toda la serie de encuestas desde 2007.

En 2023, tanto las mujeres como los hombres aumentan la probabilidad de tener algún ingreso hospitalario a medida que aumenta la edad y disminuye el nivel educativo. Otros factores interaccionan de manera diferente con el género. Entre las mujeres, se observa un aumento en este indicador en la población extranjera y residentes de capitales, mientras que en hombres es más probable que esto ocurra si han nacido en España y si residen en poblaciones pequeñas. En cuanto a la frecuencia de hospitalizaciones no hay diferencias destacables por sexo. Las estancias hospitalarias medias son superiores en los hombres que en las mujeres en todo el periodo desde 2018 a 2022, tanto si incluimos como si excluimos partos en las mujeres.

Respecto a los cuidados informales en los ingresos hospitalarios, la encuesta de 2023 señala amplias brechas de género en el acompañamiento durante el ingreso (el 72% de los hombres y el 41% de las mujeres estuvieron acompañados de una mujer durante su ingreso), lo que apuntala la idea repetida a lo largo del informe de que son las mujeres quienes continúan asumiendo en mayor medida los roles de cuidados.

Se pone de manifiesto que el género y otras variables con las que interacciona, como la edad, el nivel socioeconómico o el cuidado de personas dependientes siguen determinando la existencia de desigualdad en el uso de recursos del sistema sanitario (Sánchez-Recio et al. 2021; Haeberer et al., 2020; García-Mochón et al., 2019).

La donación de órganos y trasplantes es superior en los hombres que en las mujeres en todos los años observados. Desde 2020 a 2023 se ha producido un aumento paulatino en ambos sexos.

Respecto a la atención urgente, la brecha de género es favorable a las mujeres (más consultas urgentes por persona asignada que los hombres) tanto en Atención Primaria como en Hospitalaria, en todos los años observados. En 2020 se produjo una bajada en este indicador, en ambos sexos, que pudo responder a las restricciones derivadas del confinamiento durante la pandemia, aunque estos datos volvieron a recuperarse en 2021 y 2022. Las mujeres acuden más a las urgencias, mientras los hombres utilizan más las emergencias del servicio 061.

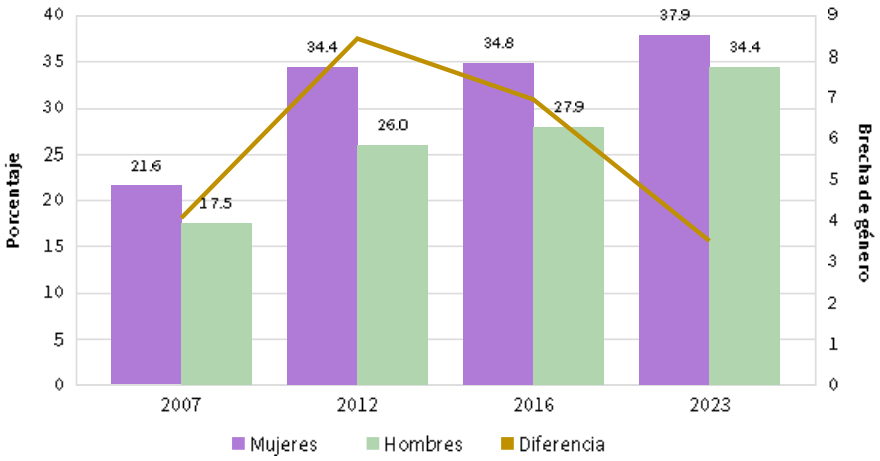
3.3.3. Promoción de salud y prevención de riesgos

Consejo sanitario sobre hábitos saludables

En el año 2023, el 64% de las mujeres y el 64,8% de los hombres en Andalucía decían no haber recibido ningún consejo sobre hábitos alimentarios. Un mayor porcentaje de mujeres que de hombres decían haber recibido consejo médico (25,8% y 24%, respectivamente) o consejo de otro/a profesional de la salud (3,1% y 2,8%, respectivamente), y más hombres que mujeres dijeron recibir algún consejo alimentario de otra persona (8,4% y 7,2%, respectivamente).

En cuanto a la práctica de ejercicio físico como hábito saludable, en el año 2023, el 37,9% de mujeres y el 34,4% de hombres decían haber recibido consejo médico al respecto. Se observa un incremento en el tiempo del asesoramiento recibido para realizar ejercicio físico. Desde el año 2007 al 2023, el porcentaje de mujeres que dice haber recibido consejo sobre este hábito se ha incrementado en un 16,3% y el de los hombres en un 16,9%. Las brechas de género, favorables a las mujeres en todos los años observados, ha descendido desde el año 2007 (4,1%), 2012 (8,4%), 2016 (6,9%) hasta el año 2023 (3,5%).

Gráfico 149. Población que ha recibido consejo médico para realizar ejercicio por sexo (2007-2023)



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Andaluza de Salud (2007-2023)

Controles de parámetros metabólicos

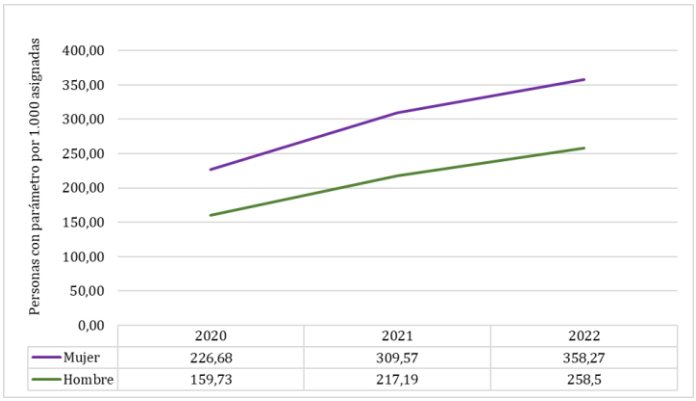
Las métricas de los parámetros metabólicos permiten determinar cuál es la proporción de personas que tienen al menos una determinación de éstos a lo largo de un año.

Control del nivel de colesterol

En el año 2023, a través de la Encuesta Andaluza de Salud, el 86,7% de mujeres y el 79,9% de hombres informan de algún control médico del nivel de colesterol en sangre.

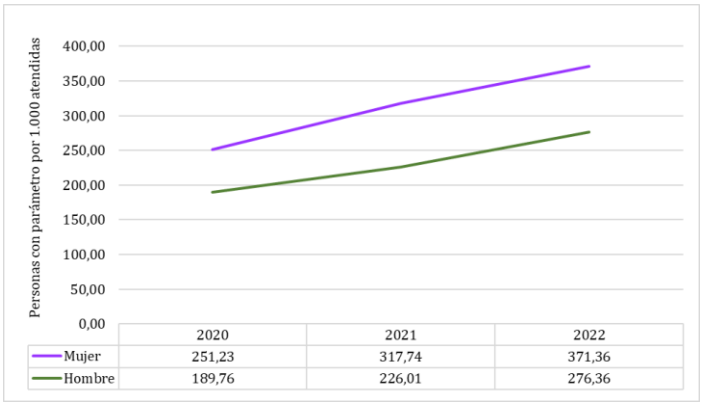
Desde otras fuentes de información, en el año 2022, los registros sanitarios indican que la tasa de mujeres a quien se mide el nivel de colesterol en sangre fue de 226,7 y 251,2 por mil mujeres asignadas y atendidas en centros de Atención Primaria, respectivamente. La tasa de los hombres con control de colesterol en el mismo año fue 159,7 y 189,8 por mil hombres asignados y atendidos, respectivamente. Desde el año 2020 al 2022, la tasa de mujeres a quien se mide el colesterol se ha incrementado en 131,6 mujeres por mil asignadas a centros de atención primaria y en 120,2 mujeres por mil atendidas. La tasa de los hombres con control de colesterol también aumentó en 98,8 hombres por mil asignados y en 86,6 por mil atendidos. Las brechas de género favorables a las mujeres en los tres años observados, se han incrementado del año 2020 (67 mujeres más que hombres por mil asignadas y 61,5 por mil atendidas), hasta el año 2022 (99,8 por mil asignadas y 95 por mil atendidas).

Gráfico 150. Personas con nivel de colesterol registrado por mil personas asignadas según sexo 2020-2022



	2020	2021	2022
Mujer	226,68	309,57	358,27
Hombre	159,73	217,19	258,5

Gráfico 151. Personas con nivel de colesterol registrado por mil personas atendidas según sexo 2020-2022



	2020	2021	2022
Mujer	251,23	317,74	371,36
Hombre	189,76	226,01	276,36

Fuente: Elaboración propia a partir de Base de Datos Clínicos de Atención Primaria – BDCAP

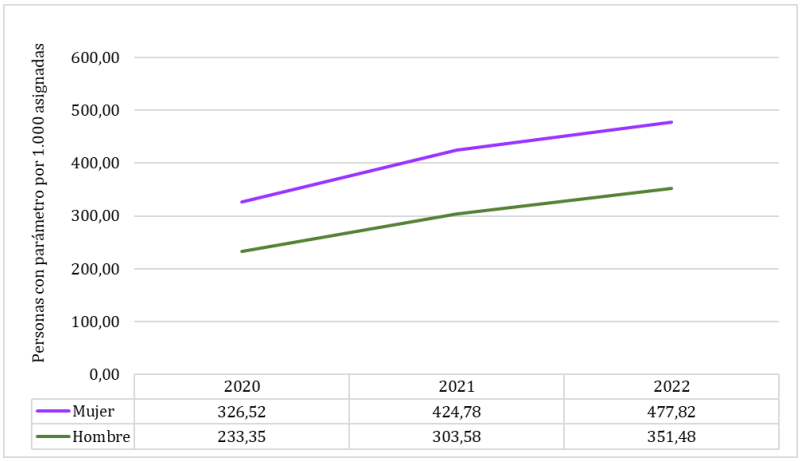
Control del nivel de glucosa

En el año 2023, a través de la Encuesta Andaluza de Salud, el 86,5% de mujeres y el 79,4% de hombres informan de algún control médico del nivel de glucosa en sangre.

En el año 2022, los registros sanitarios indican que la tasa de mujeres a quien se mide el nivel de colesterol en sangre fue 477,8 y 495,3 por mil mujeres asignadas y atendidas en centros de Atención Primaria, respectivamente. La tasa de los hombres con control de colesterol en el mismo año fue 351,5

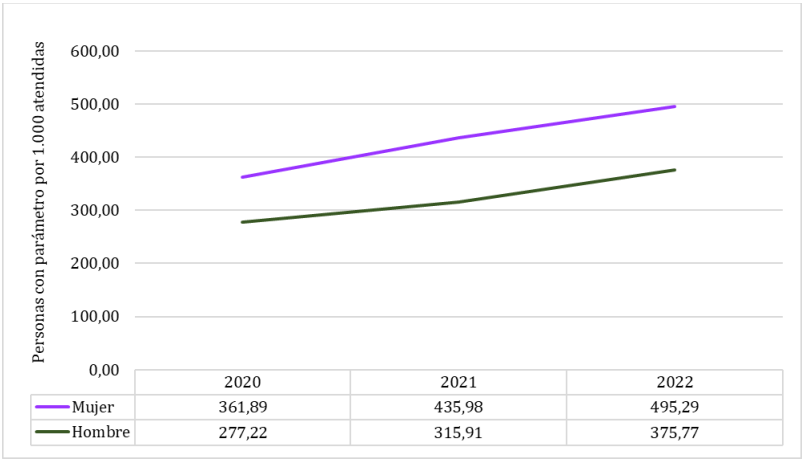
y 375,8 por mil hombres asignados y atendidos, respectivamente. Desde el año 2020 al 2022, la tasa de mujeres a quien se mide la glucosa se ha incrementado en 151,3 mujeres por mil asignadas a centros de atención primaria y en 133,4 mujeres por mil atendidas. La tasa de los hombres con control de glucosa también aumentó en 118,1 hombres por mil asignados y en 98,6 por mil atendidos. Las brechas de género favorables a las mujeres en los tres años observados, se han incrementado del año 2020 (93,2 mujeres más que hombres por mil asignadas y 84,7 por mil atendidas), al 2023 (126,3 por mil asignadas y 119,5 por mil atendidas).

Gráfico 152. Personas con nivel de glucosa registrado por mil personas asignadas según sexo 2020-2022



	2020	2021	2022
Mujer	326,52	424,78	477,82
Hombre	233,35	303,58	351,48

Gráfico 153. Personas con nivel de glucosa registrado por mil personas atendidas según sexo 2020-2022



	2020	2021	2022
Mujer	361,89	435,98	495,29
Hombre	277,22	315,91	375,77

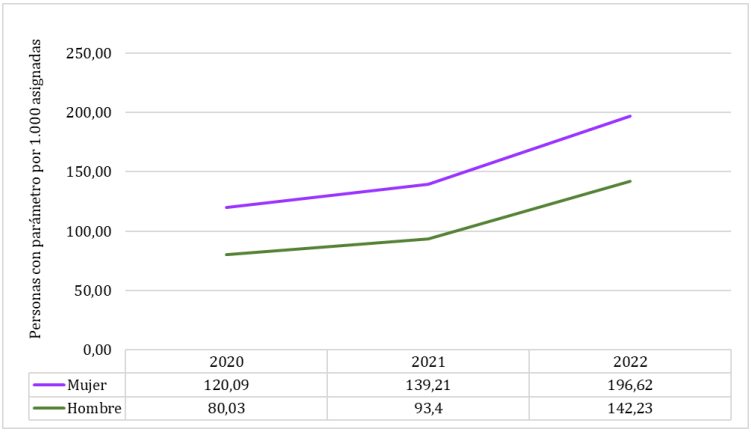
Fuente: Elaboración propia a partir de Base de Datos Clínicos de Atención Primaria – BDCAP

Control de la presión arterial

En el año 2023, a través de la Encuesta Andaluza de Salud, el 88,5% de mujeres y el 82,7% de hombres informan de algún control médico de la presión arterial.

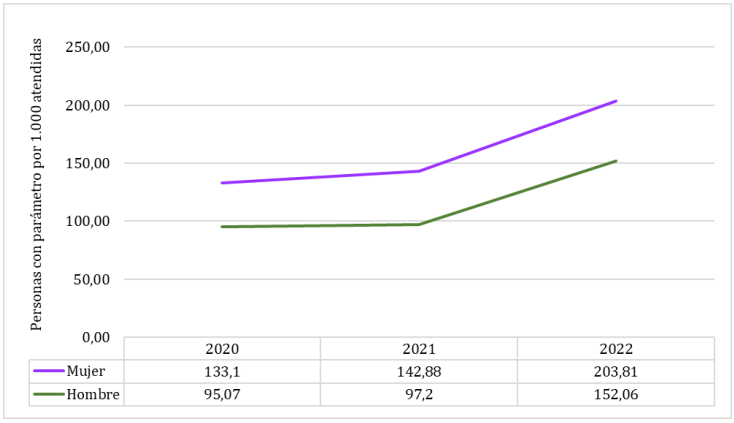
En el año 2022, los registros sanitarios indican que la tasa de mujeres a quien se mide la presión arterial fue 196,6 y 203,8 por mil mujeres asignadas y atendidas en centros de Atención Primaria, respectivamente. La tasa de los hombres con control de la presión arterial en el mismo año fue 142,2 y 152,1 por mil hombres asignados y atendidos, respectivamente. Desde el año 2020 al 2022, la tasa de mujeres a quien se mide la presión arterial se ha incrementado en 76,5 mujeres por mil asignadas a centros de atención primaria y en 70,7 mujeres por mil atendidas. La tasa de los hombres con medición de presión arterial también aumentó en 62,2 hombres por mil asignados y en 57 por mil atendidos. Las brechas de género favorables a las mujeres en los tres años observados, se han incrementado del año 2020 (40 mujeres más que hombres por mil asignadas y 38 por mil atendidas), al 2023 (54,4 por mil asignadas y 51,8 por mil atendidas).

Gráfico 154. Personas con nivel de presión arterial registrado por mil personas asignadas según sexo 2020-2022



	2020	2021	2022
Mujer	120,09	139,21	196,62
Hombre	80,03	93,4	142,23

Gráfico 155. Personas con nivel de presión arterial registrado por mil personas atendidas según sexo 2020-2022



	2020	2021	2022
Mujer	133,1	142,88	203,81
Hombre	95,07	97,2	152,06

Fuente: Elaboración propia a partir de Base de Datos Clínicos de Atención Primaria – BDCAP

Cribado de cáncer de colon

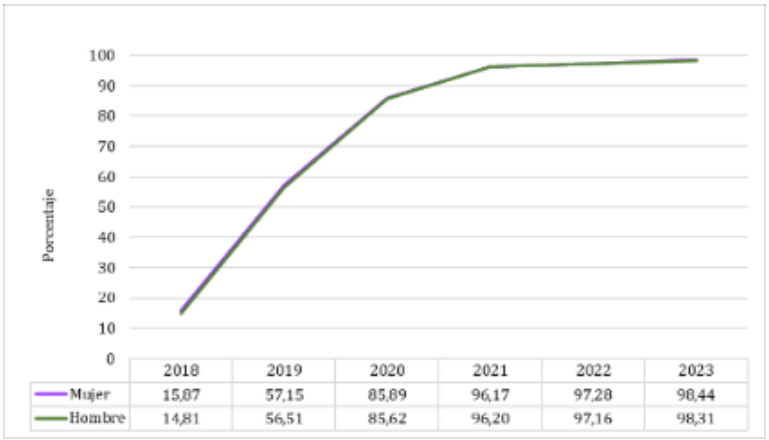
En el año 2023, a través de la Encuesta Andaluza de Salud, el 30,3% de mujeres y el 36,1% de hombres mayores de 50 años informan de la realización de alguna prueba de detección de cáncer de colon-recto.

En el mismo año, los registros sanitarios indican que el 98,4% de las mujeres y el 98,3% de hombres de la población diana recibieron una invitación para participar en el cribado al respecto. Cabe señalar que las provincias de Granada, Jaén y Sevilla fueron las únicas en las que no toda la población recibió la invitación para el cribado. Considerando el total de personas que recibieron invitación para participar en el cribado, cabe señalar que el 40,6% de las mujeres entregaron efectivamente el test ofertado a los servicios sanitarios, así como también lo hicieron el 38,9% de los hombres.

Del año 2018 al 2023, el porcentaje de mujeres que recibió invitación para el cribado aumentó un 82,6% y el porcentaje de hombres con invitación un 83,5%. Las reducidas brechas de género al respecto cambiaron en el tiempo, siendo favorables a las mujeres en los años 2018 (1,1), 2019 (0,6) y 2020 (0,3); sin diferencias en 2021; y favorables a los hombres en 2022 y 2023 (-0,1).

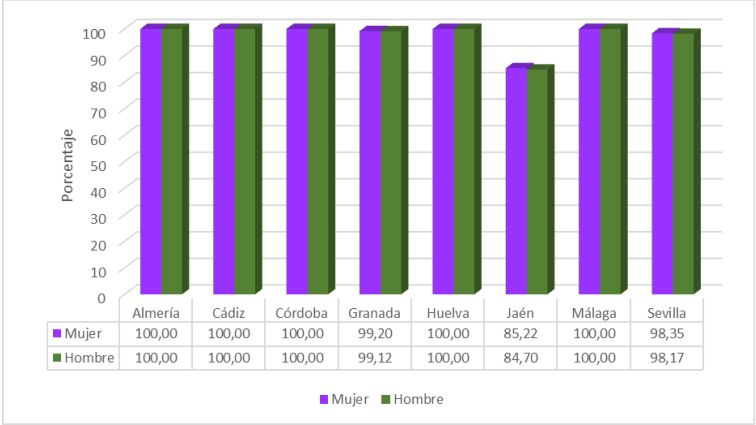
Del año 2018 al 2023, también se incrementó hasta un 30% el porcentaje de mujeres que entregó el test recibido, así como aumentó un 27,9% en el caso de los hombres. Las brechas de género favorables a las mujeres en todos los años observados (excepto en 2018 que fue favorable a los hombres [-0,4]), se han ido incrementando del año 2019 (0,1) hasta el 2023 (1,7).

Gráfico 156. Personas que han recibido una invitación válida a participar en el cribado sobre la población diana. 2018-2023



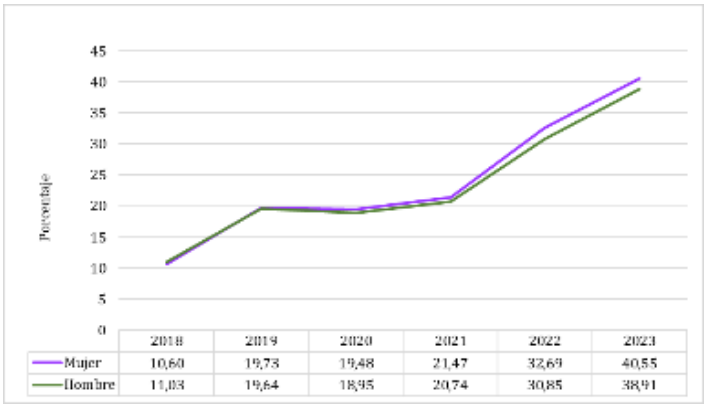
	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Mujer	15,87	57,15	85,89	96,17	97,28	98,44
Hombre	14,81	56,51	85,62	96,20	97,16	98,31

Gráfico 157. Personas que han recibido una invitación válida a participar en el cribado sobre la población diana, por provincia. Andalucía (2023)



	Almería	Cádiz	Córdoba	Granada	Huelva	Jaén	Málaga	Sevilla
Mujer	100,00	100,00	100,00	99,20	100,00	85,22	100,00	98,35
Hombre	100,00	100,00	100,00	99,12	100,00	84,70	100,00	98,17

Gráfico 158. Personas que han entregado efectivamente el test de sangre oculta en heces sobre el total de personas que recibieron una invitación válida. 2018-2023



	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Mujer	10,60	19,73	19,48	21,47	32,69	40,55
Hombre	11,03	19,64	18,95	20,74	30,85	38,91

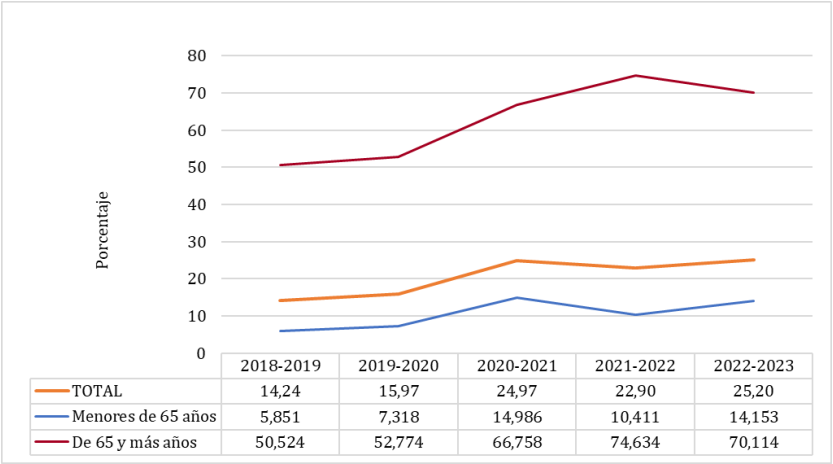
Fuente: Elaboración propia a partir de Memoria estadística y cartográfica de la Consejería de Salud

Vacunación de gripe

Respecto a la estrategia sanitaria de vacunación general, según datos de la Encuesta Andaluza de Salud (2023), se conoce que la mayoría de población andaluza opina que las vacunas son efectivas. El 95% de las mujeres y el 92,8% de los hombres están totalmente o bastante de acuerdo; el 4,1% de mujeres y el 5,8% de hombres no están ni de acuerdo ni en desacuerdo; y el 0,9% de mujeres y 1,4% de hombres están bastante o totalmente en desacuerdo. La misma Encuesta andaluza de Salud (2023) informa que el 36% de mujeres y el 30,9% de hombres dicen haberse vacunado de la gripe.

Según los registros sanitarios, y respecto a la campaña de gripe 2022-2023, los registros sanitarios indican que se vacunó el 25,2% de la población. Por edad, se vacunó el 70,1% de la población de 65 años o más, y el 14,2% de la población menor de 65 años. Respecto a la campaña del año 2018-2019 se observa un incremento del porcentaje de población vacunada en ambas franjas de edad. Sin embargo, respecto a la campaña previa de los años 2021-2022 hubo un incremento de personas menores de 65 años vacunadas, así como un descenso entre la población de 65 años o más.

Gráfico 159. Cobertura vacunal de gripe según edad. Campaña 2018-2019 a 2022-2023

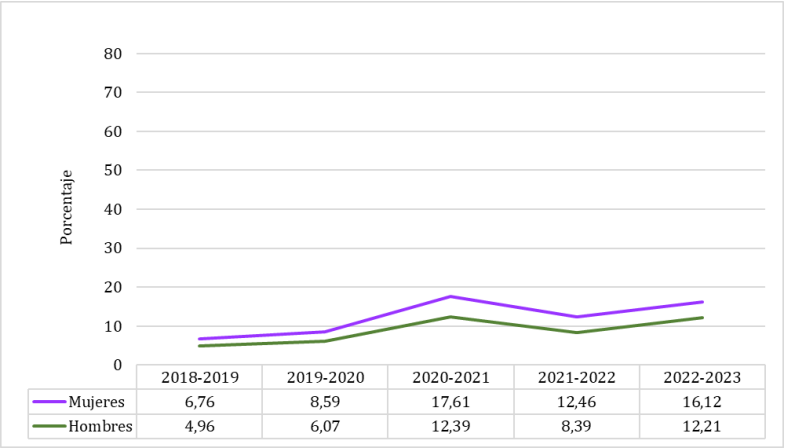


	2018-2019	2019-2020	2020-2021	2021-2022	2022-2023
TOTAL	14,24	15,97	24,97	22,90	25,20
Menores de 65 años	5,851	7,318	14,986	10,411	14,153
De 65 y más años	50,524	52,774	66,758	74,634	70,114

Fuente: Elaboración propia a partir de Memoria estadística y cartográfica de la Consejería de Salud

En el grupo de población menor de 65 años, el 16,1% de mujeres y el 12,2% de hombres recibieron la vacuna de la gripe en la última campaña 2022-2023. Del año 2018 al 2023, el porcentaje de mujeres que se vacunó aumentó un 9,4% y el porcentaje de hombres también aumentó un 7,3%. Las brechas de género, favorables a las mujeres todos los años, también se incrementaron desde la campaña 2018-2019 (1,8) hasta la campaña 2022-2023 (3,9).

Gráfico 160. Cobertura vacunal de gripe en personas menores de 65 años, según sexo. Campaña 2018-2019 a 2022-2023

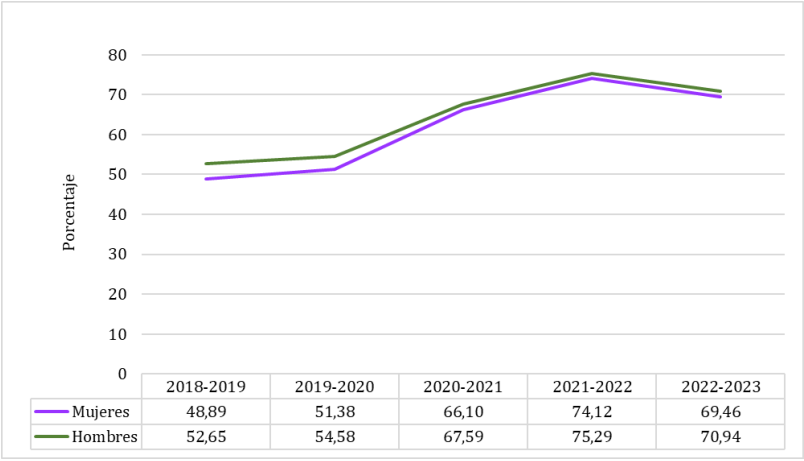


	2018-2019	2019-2020	2020-2021	2021-2022	2022-2023
Mujeres	6,76	8,59	17,61	12,46	16,12
Hombres	4,96	6,07	12,39	8,39	12,21

Fuente: Elaboración propia a partir de Memoria estadística y cartográfica de la Consejería de Salud

En el grupo de población con 65 años o más de edad, el 69,5% de mujeres y el 70,9% de hombres recibieron la vacuna de la gripe en la última campaña 2022-2023. Del año 2018 al 2023, el porcentaje de mujeres que se vacunó aumentó un 20,6% y el porcentaje de hombres aumentó en menor medida, en un 18,3%. Las brechas de género, favorables a los hombres todos los años, han disminuido desde la campaña 2018-2019 (-3,8) hasta la campaña 2022-2023 (-1,5). En la campaña 2022-2023, las brechas de género favorables a las mujeres en todo el territorio andaluz, son mayores en las provincias de Cádiz (-2,9), Córdoba (-2,2), Sevilla (-1,4) y Almería (-1,1), seguido de las provincias de Jaén (-1), Huelva (-0,8), Málaga (-0,5) y Granada (-0,04).

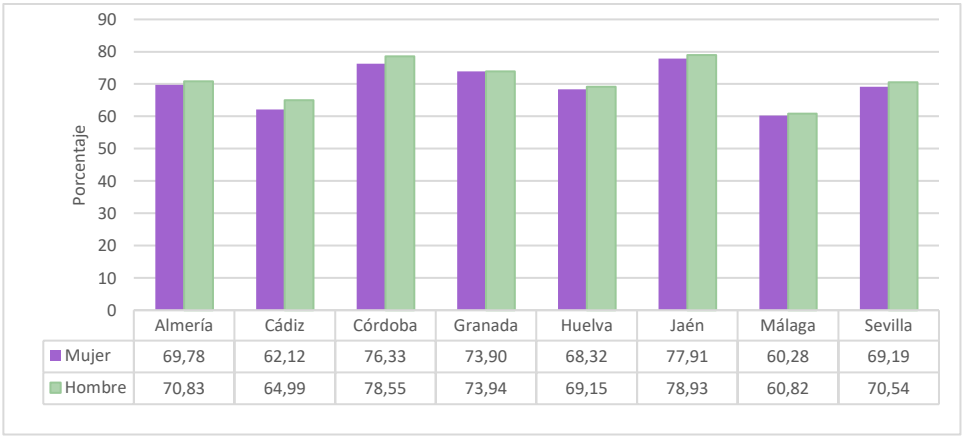
Gráfico 161. Cobertura vacunal de gripe en personas de 65 años o más, según sexo. Campaña 2018-2019 a 2022-2023



	2018-2019	2019-2020	2020-2021	2021-2022	2022-2023
Mujeres	48,89	51,38	66,10	74,12	69,46
Hombres	52,65	54,58	67,59	75,29	70,94

Fuente: Elaboración propia a partir de Memoria estadística y cartográfica de la Consejería de Salud

Gráfico 162. Cobertura vacunal de gripe en mayores de 64 años por sexo y provincia. Campaña 2022-2023



	Almería	Cádiz	Córdoba	Granada	Huelva	Jaén	Málaga	Sevilla
Mujer	69,78	62,12	76,33	73,90	68,32	77,91	60,28	69,19
Hombre	70,83	64,99	78,55	73,94	69,15	78,93	60,82	70,54

Fuente: Elaboración propia a partir de Memoria estadística y cartográfica de la Consejería de Salud

Las mujeres reciben más consejo médico sobre hábitos saludables, predominan en los controles médicos metabólicos y muestran más aceptación a la vacunación y pruebas de cribado.

Las mujeres reciben más que los hombres consejo médico y de profesionales de la salud sobre hábitos alimentarios, y los hombres lo reciben más que las mujeres de otras personas ajenas al ámbito sanitario. Por otra parte, el consejo sobre la práctica de ejercicio físico ha seguido una tendencia ascendente desde 2007 en ambos sexos, más acusada en las mujeres que en los hombres, lo que ha reducido la brecha de género paulatinamente. No obstante, sigue siendo amplio el margen de mejora en el consejo médico que se realiza sobre estos importantes aspectos, ya que en ningún caso han alcanzado al 40% de la población andaluza. Es bien conocido que los programas de promoción de la salud son una herramienta clave para instaurar hábitos de vida saludables en la población de forma equitativa y amortiguar las desigualdades de género en salud (Fisher and Makleff, 2022; Pederson, Greaves, and Poole, 2015).

Las actuaciones dirigidas a la prevención de riesgos desde el sistema sanitario de Andalucía también han seguido una tendencia generalizada al alza en los últimos años. Los controles médicos de parámetros metabólicos, como el nivel de colesterol, de la glucosa y de la presión arterial, se han realizado más en las mujeres que en los hombres. Estos tipos de controles han aumentado en los últimos tres años en ambos sexos, de forma que las brechas de género favorables a las mujeres se han mantenido bastante estables.

Actualmente, el cribado de cáncer de colon es una prioridad en las actuaciones de prevención del sistema sanitario de Andalucía, con un aumento muy considerable en los últimos cinco años en las personas que han sido invitadas a realizarlo, similar en ambos sexos. La totalidad de la población diana ha recibido en 2023 una invitación a participar en este cribado (con la excepción de las provincias de Granada, Jaén y Sevilla, que no han llegado al 100%). De las personas invitadas, el 41% de las mujeres y el 39% de los hombres lo han completado. Esto se halla en consonancia con la evidencia de una mayor adherencia de las mujeres a los programas de cribado y un mayor nivel de conocimiento sobre los riesgos y síntomas asociados a los mismos (Molina-Barceló et al., 2018), que no siempre se acompañan de una mayor efectividad en las mujeres (Kim et al., 2015). Estas evidencias sugieren que el cribado de cáncer colorrectal en las mujeres, como otras pruebas diagnósticas, necesitan mayor atención y que se deben monitorizar las diferencias entre los sexos.

Los datos de la encuesta andaluza más reciente ofrecen un amplio consenso entre la población sobre la efectividad de las vacunas, con una aceptación superior en las mujeres que en los hombres (el 95 y el 93% respectivamente están total o bastante de acuerdo). En torno a un tercio de la población, más mujeres que hombres, declaran haberse vacunado de la gripe en la campaña 2022-2023. Los registros sanitarios también muestran este predominio en las mujeres, así como la tendencia al alza en ambos sexos en la última campaña. Merece especial atención el sentido de las brechas de género en función de la edad. Aunque son ajustadas, las mujeres menores de 65 años predominan en la cobertura vacunal de gripe, mientras que los hombres lo hacen en la franja superior a esa edad.

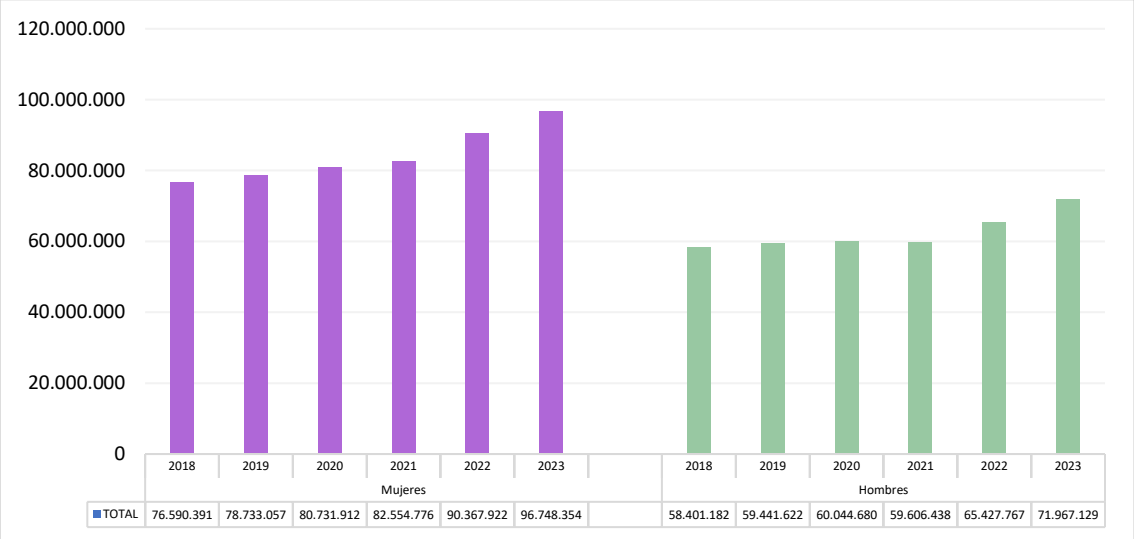
3.3.4. Medicamentos

Medicamentos dispensados

Cantidad y tipo de medicamentos dispensados

En Andalucía ha habido un incremento en la dispensación de medicamentos en oficinas de farmacia desde el año 2018 hasta el año 2023 (134.991.573 y 168.715.483 envases, respectivamente). Si bien el transcurso de la pandemia por Covid-19 afectó a toda la población, cabe señalar un mayor número de envases dispensados a mujeres que a hombres en todos los años observados. Las brechas de género favorables a las mujeres han oscilado entre un 13,5% y un 16,1%. En el año 2018 se identifica la brecha de género más baja y en los años 2021 y 2022 las brechas más altas. En 2023 hubo un 14,7% más de mujeres que hombres a quienes se dispensó medicamentos.

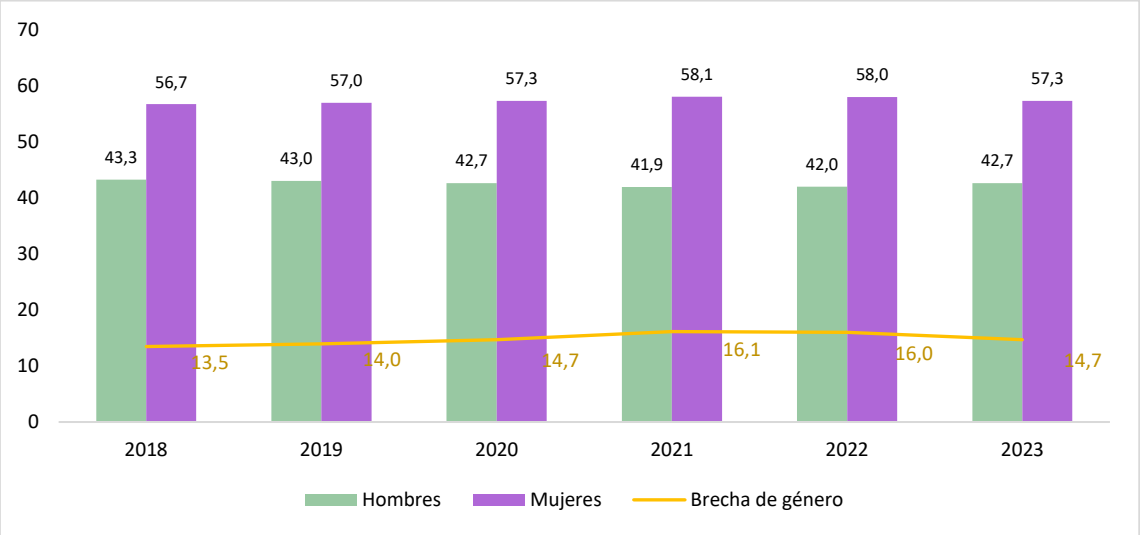
Gráfico 163. Evolución del número de envases prescritos con receta médica y dispensados en farmacia con cargo al SAS, por sexo. Andalucía (2018-2023)



	Mujeres						Hombres					
	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2018	2019	2020	2021	2022	2023
TOTAL	76.590.391	78.733.057	80.731.912	82.554.776	90.367.922	96.748.354	58.401.182	59.441.622	60.044.680	59.606.438	65.427.767	71.967.129

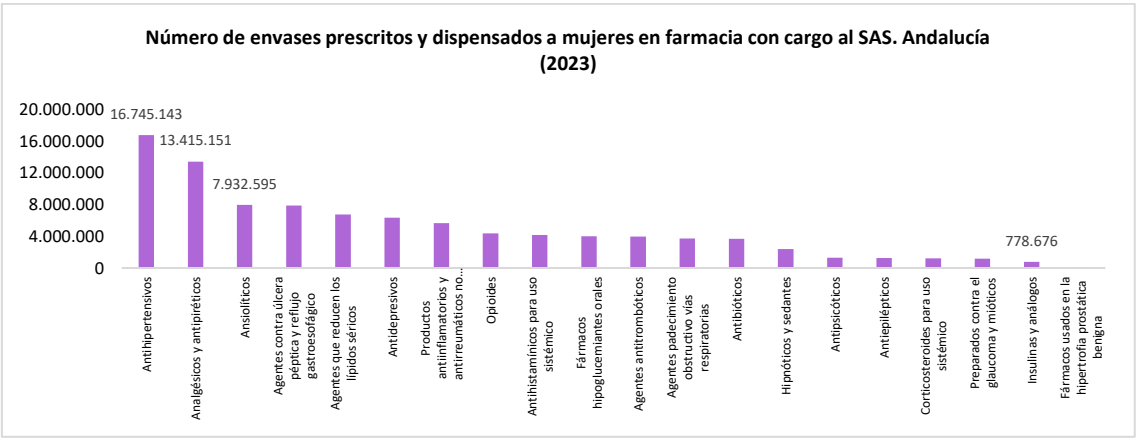
Fuente: Elaboración propia a partir de Memoria Estadística y Cartográfica de la Consejería de Salud

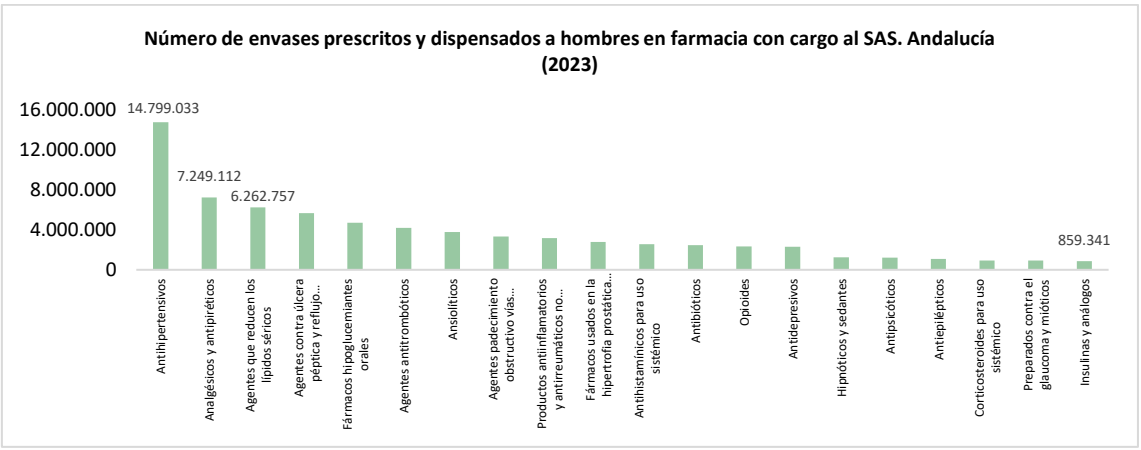
Gráfico 164. Evolución del porcentaje de envases prescritos y dispensados (con cargo al SAS) a mujeres y hombres y brecha de género. Andalucía (2018-2023)

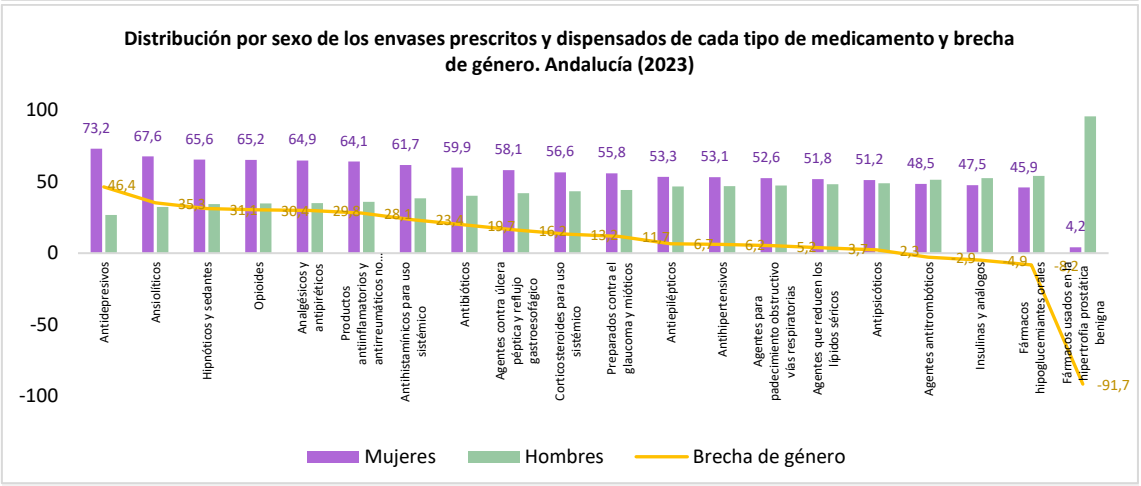


Fuente: Elaboración propia a partir de Memoria Estadística y Cartográfica de la Consejería de Salud

En cuanto al tipo de medicamentos, en el año 2023, el mayor número de envases dispensados en primer y segundo lugar de frecuencia, tanto a mujeres como a hombres, fueron hipertensivos y, analgésicos y antipiréticos. En tercer lugar, se dispensaron más envases de ansiolíticos a mujeres, y más agentes que reducen los lípidos séricos a hombres. Las brechas de género son favorables a las mujeres en todos los tipos de medicamentos excepto en agentes antitrombóticos, insulinas y análogos y, fármacos hipoglucemiantes, todos más dispensados a hombres que a mujeres, así como los fármacos usados en la hipertrofia prostática benigna.





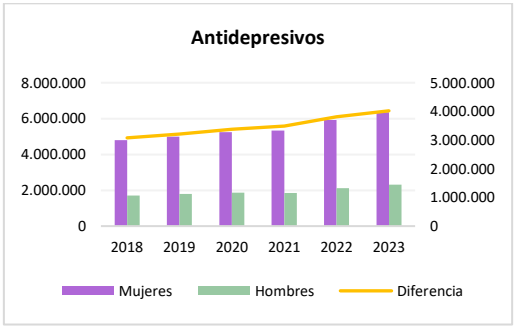


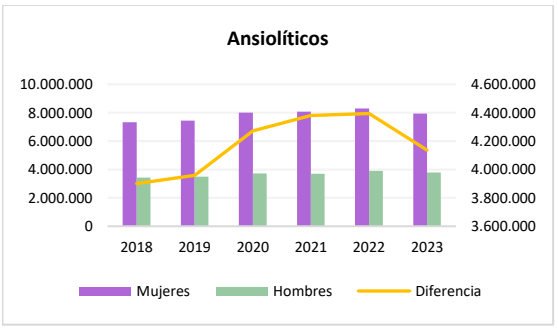
Las brechas de género favorables a las mujeres han aumentando del año 2018 al 2023 en el caso de antidepresivos, productos antiinflamatorios y antirreumáticos, antihistamínicos, corticoesteroides, antibióticos, antipsicóticos, y, opioides sobre todo en el último año. La tendencia ha sido ascendente hasta el año 2022 con algún descenso posterior en 2023, en el caso de ansiolíticos, hipnóticos y sedantes, analgésicos y aintipiréticos, agentes contra la úlcera péptica y reflujo gastroesofágico, antiepilépticos, antihipertensivos, agentes para el padecimiento obstructivo de las vías respiratorias y agentes que reducen lípidos séricos.

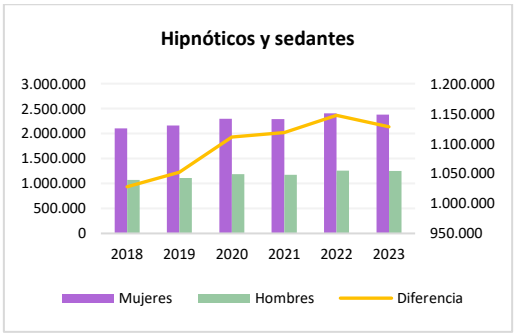
Las brechas de género en el caso de los preparados para el glaucoma y mióticos han ido oscilando anualmente, siendo ya en el año 2023 favorables a los hombres.

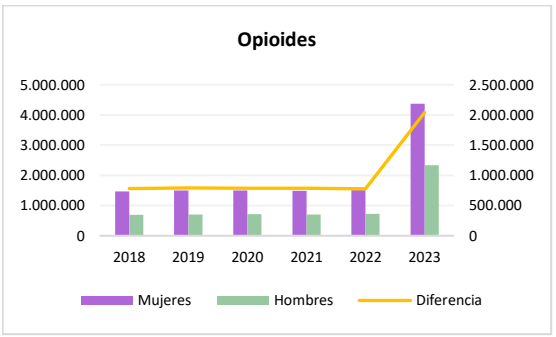
Y en cuanto al cambio en las brechas de género en medicamentos más dispensados a hombres que a mujeres se observa una tendencia descendente, sobre todo desde el año 2021 o 2022, en el caso de todos ellos (antitrombóticos, insulinas y análogos, hipoglucemiantes y fármacos usados en la hipertrofia prostática benigna).

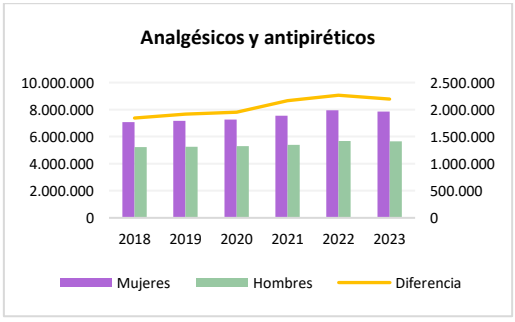
Gráfico 165. Evolución del número de envases prescritos y dispensados en farmacia con cargo al SAS, de diferentes tipos de medicamentos y brecha de género. Andalucía (2018-2023)

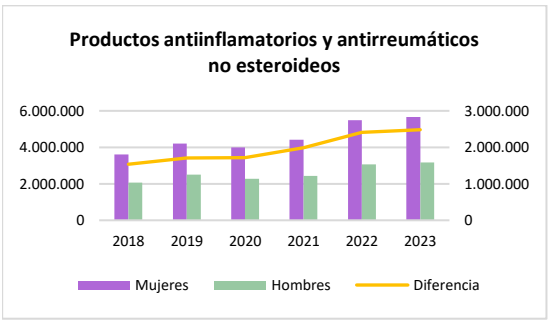


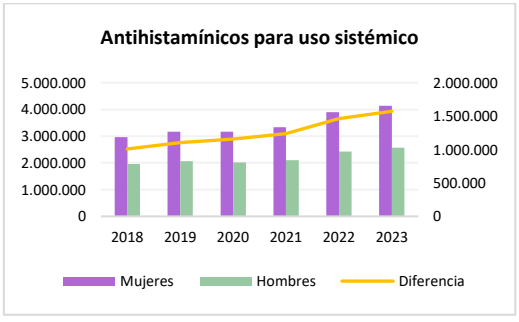


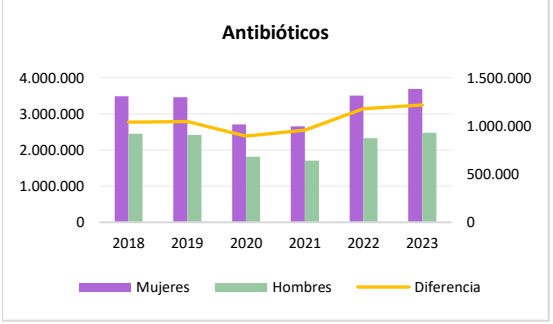


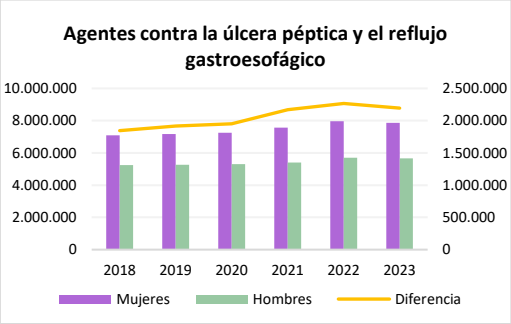


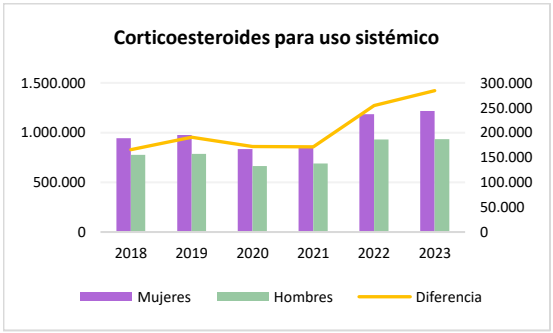


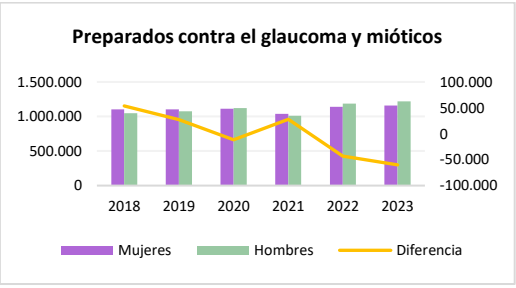


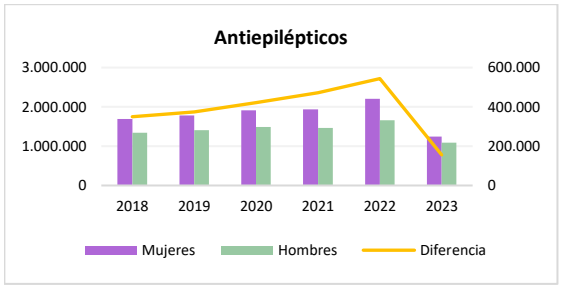


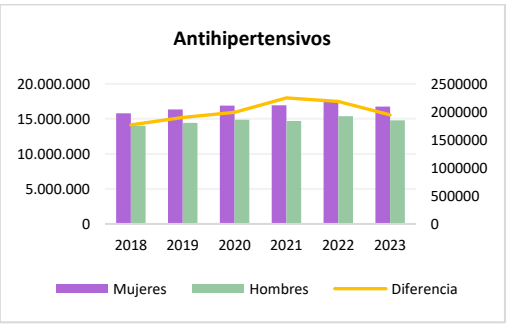


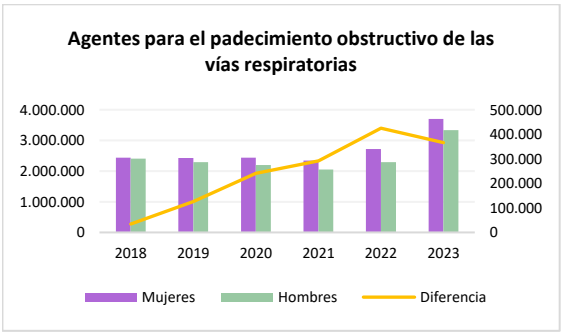

Agentes contra la úlcera péptica y el reflujo gastroesofágico
10.000.000
8.000.000
6.000.000
4.000.000
2.000.000
0
2.500.000
2.000.000
1.500.000
1.000.000
500.000
0
2018 2019 2020 2021 2022 2023
Mujeres
Hombres
Diferencia

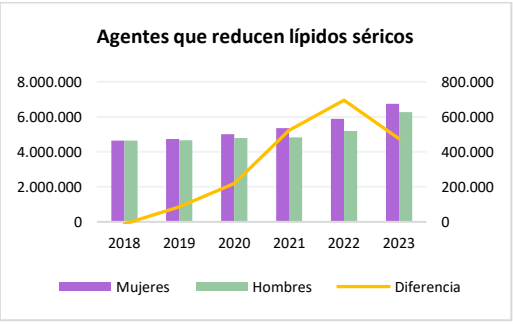

Corticoesteroides para uso sistémico
1.500.000
1.000.000
500.000
0
300.000
250.000
200.000
150.000
100.000
50.000
0
2018 2019 2020 2021 2022 2023
Mujeres
Hombres
Diferencia

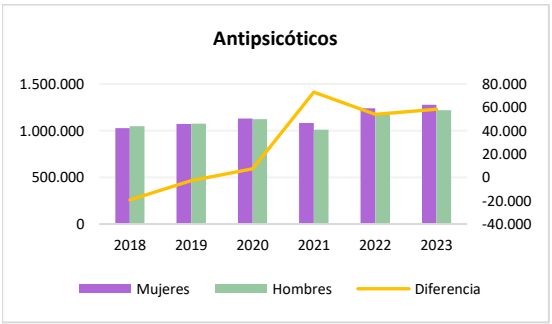

Preparados contra el glaucoma y mióticos
1.500.000
1.000.000
500.000
0
100.000
50.000
0
-50.000
-100.000
2018 2019 2020 2021 2022 2023
Mujeres
Hombres
Diferencia

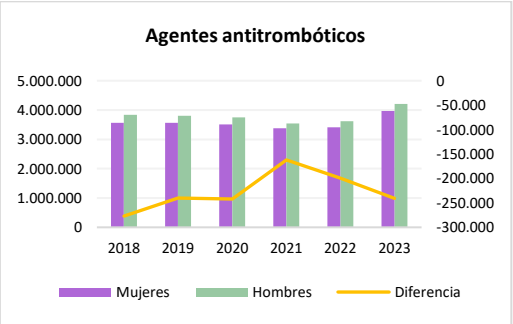

Antiepilépticos
3.000.000
2.000.000
1.000.000
0
600.000
400.000
200.000
0
2018 2019 2020 2021 2022 2023
Mujeres
Hombres
Diferencia

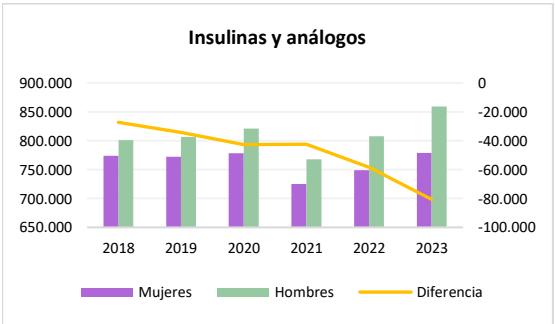

Antihipertensivos
20.000.000
15.000.000
10.000.000
5.000.000
0
2500000
2000000
1500000
1000000
500000
0
2018 2019 2020 2021 2022 2023
Mujeres
Hombres
Diferencia

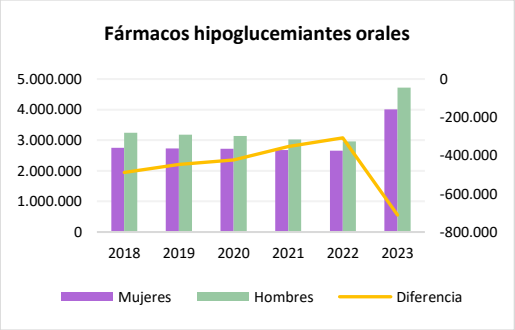

Agentes para el padecimiento obstructivo de las vías respiratorias
4.000.000
3.000.000
2.000.000
1.000.000
0
500.000
400.000
300.000
200.000
100.000
0
2018 2019 2020 2021 2022 2023
Mujeres
Hombres
Diferencia

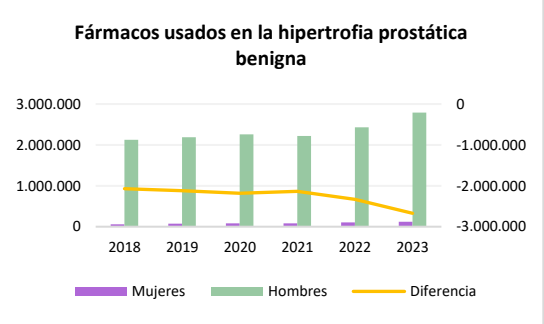

Agentes que reducen lípidos séricos
8.000.000
6.000.000
4.000.000
2.000.000
0
800.000
600.000
400.000
200.000
0
2018 2019 2020 2021 2022 2023
Mujeres
Hombres
Diferencia


Antipsicóticos
1.500.000
1.000.000
500.000
0
80.000
60.000
40.000
20.000
0
-20.000
-40.000
2018 2019 2020 2021 2022 2023
Mujeres
Hombres
Diferencia


Agentes antitrombóticos
5.000.000
4.000.000
3.000.000
2.000.000
1.000.000
0
0
-50.000
-100.000
-150.000
-200.000
-250.000
-300.000
2018 2019 2020 2021 2022 2023
Mujeres
Hombres
Diferencia


Insulinas y análogos
900.000
850.000
800.000
750.000
700.000
650.000
0
-20.000
-40.000
-60.000
-80.000
-100.000
2018 2019 2020 2021 2022 2023
Mujeres
Hombres
Diferencia

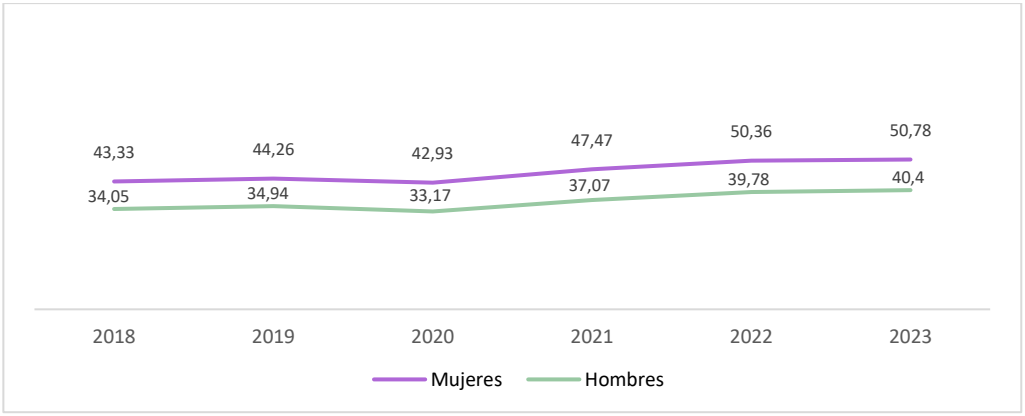




Personas a quien se dispensa medicamentos

Según datos del Servicio Andaluz de Salud, del año 2018 al 2023 se incrementó el porcentaje de personas a quien se ha dispensado algún medicamento anualmente, exceptuando el año 2020 cuando hubo un descenso, coincidiendo con la pandemia por Covid-19. En el periodo observado, es superior el porcentaje de mujeres frente a hombres con dispensación de algún medicamento. El incremento anual en la dispensación fue mayor en mujeres (7,5 puntos porcentuales más del año 2018 al 2023), que en hombres (6,4). También aumentaron las brechas de género. En el 2018 ésta fue 9,28 (favorable a las mujeres), y en 2023 se incrementó a 10,4 puntos.

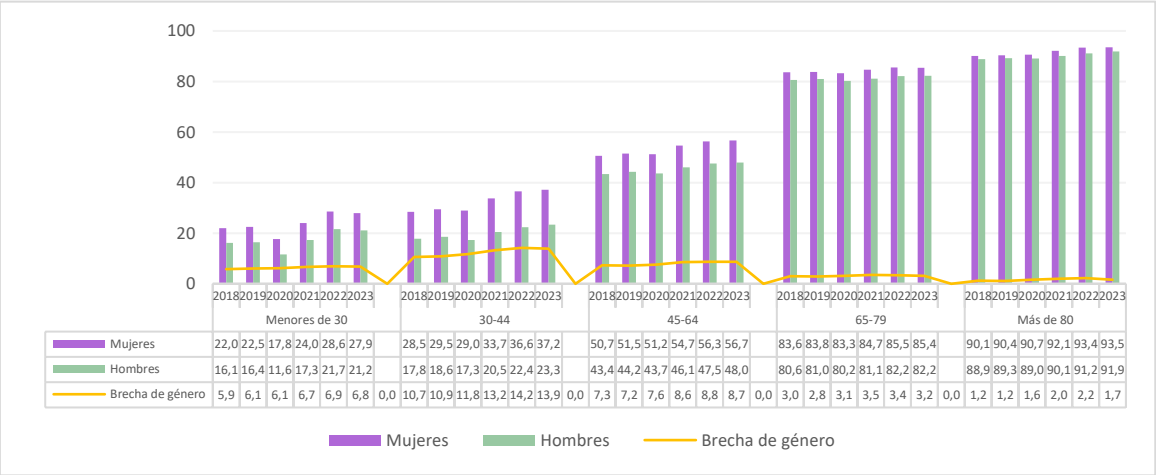
Gráfico 166. Evolución del porcentaje de mujeres y hombres a quien se ha dispensado al menos un medicamento al año. Andalucía (2018-2023)



Fuente: Elaboración propia a partir de la información facilitada Servicio de Promoción del Uso Racional del Medicamento. Subdirección de Farmacia y Prestaciones. Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud

Se identifica una mayor dispensación de algún medicamento a medida que aumenta la edad, tanto en mujeres como en hombres. En todas las edades es superior la dispensación a mujeres que a hombres. La brecha de género disminuye a partir de los 65 años, siendo ésta superior en las etapas centrales de la vida, sobre todo de los 30 a 44 años, seguido de los 45 a 64 años.

Gráfico 167. Evolución del porcentaje de personas a quienes se ha dispensado algún medicamento, por sexo y edad. Andalucía (2018-2023)



	2018	2019	2020	2021	2022	2023		2018	2019	2020	2021	2022	2023		2018	2019	2020	2021	2022	2023		2018	2019	2020	2021	2022	2023
	Menores de 30							30-44							45-64							65-79							Más de 80						
Mujeres	22,0	22,5	17,8	24,0	28,6	27,9		28,5	29,5	29,0	33,7	36,6	37,2		50,7	51,5	51,2	54,7	56,3	56,7		83,6	83,8	83,3	84,7	85,5	85,4		90,1	90,4	90,7	92,1	93,4	93,5
Hombres	16,1	16,4	11,6	17,3	21,7	21,2		17,8	18,6	17,3	20,5	22,4	23,3		43,4	44,2	43,7	46,1	47,5	48,0		80,6	81,0	80,2	81,1	82,2	82,2		88,9	89,3	89,0	90,1	91,2	91,9
Brecha de género	5,9	6,1	6,1	6,7	6,9	6,8	0,0	10,7	10,9	11,8	13,2	14,2	13,9	0,0	7,3	7,2	7,6	8,6	8,8	8,7	0,0	3,0	2,8	3,1	3,5	3,4	3,2	0,0	1,2	1,2	1,6	2,0	2,2	1,7

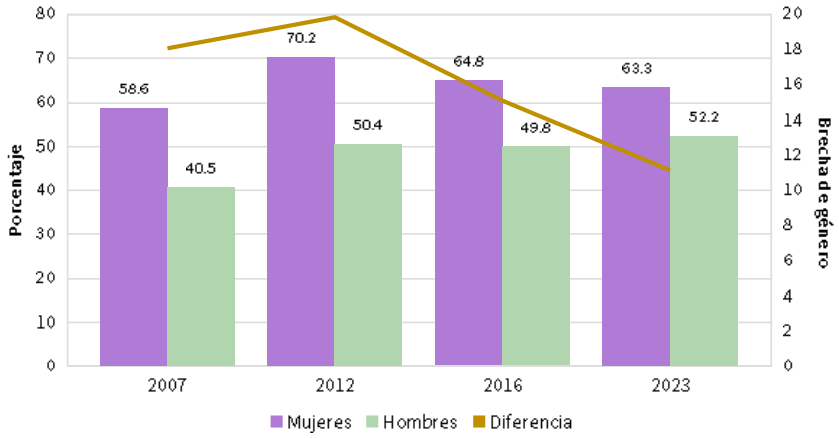
Fuente: Elaboración propia a partir de la información facilitada Servicio de Promoción del Uso Racional del Medicamento. Subdirección de Farmacia y Prestaciones. Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud

Medicamentos consumidos

Consumo y poli consumo general de medicamentos

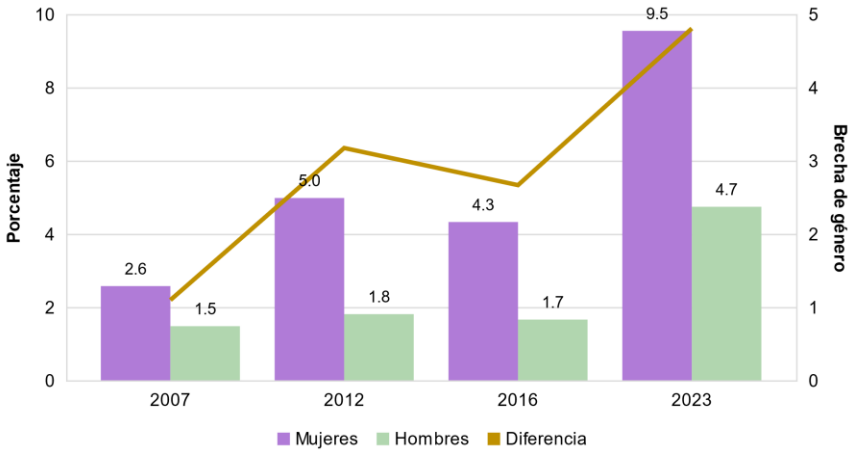
Considerando la información proporcionada directamente por la población a través de la Encuesta Andaluza de Salud, se identifican algunas similitudes en los patrones de género ya observados en los datos sanitarios de dispensación farmacéutica. El consumo de algún medicamento "en las últimas dos semanas", es también superior en las mujeres que en los hombres en todas las encuestas realizadas desde 2007 a 2023, y sobre todo es superior el poli consumo de cinco o más medicamentos en mujeres que en hombres. Se observa una tendencia a la disminución en la brecha entre mujeres y hombres en el consumo de algún medicamento a partir del año 2012, pasando de 19,8 puntos (la mayor cifra alcanzada en toda la serie) a 11,11 en 2023. Sin embargo, se ha incrementado la brecha de género en el poli consumo de más de cinco. En el año 2007 hubo un 1,1% más de mujeres que de hombres consumidores. En el año 2012 pasó a 3,2 puntos de diferencia, bajó en 2016 a 2,7; y ya en 2023 se identifica un nuevo aumento de casi dos puntos, con un 4,8% más de mujeres que de hombres con poli consumo.

Gráfico 168. Población que ha utilizado algún medicamento en las dos últimas semanas, por sexo. Andalucía (2018-2023)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta Andaluza de Salud (2023)

Gráfico 169. Población que ha utilizado cinco o más medicamentos en las últimas dos semanas, por sexo. Andalucía (2018-2023)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta Andaluza de Salud (2023)

En el año 2023 hay un mayor consumo de algún medicamento en las mujeres que en los hombres en todas las edades, y se observa una tendencia ascendente de utilización de algún fármaco según aumenta la edad. Es superior la brecha de género en las edades tempranas (13,4 puntos de diferencia en el grupo de 16 a 24 años y 12,3 puntos en el de 35 a 44 años), así como entre la población mayor de 75. Respecto al poli consumo de cinco o más medicamentos ocurre algo similar, éste aumenta con la edad, excepto en la franja de 25 a 34 años, con cifras bajas de un 0,4% en mujeres y 0,5% en hombres. La mayor brecha entre mujeres y hombres con poli consumo se identifica en el grupo 75 o más años (13,9 puntos favorables a las mujeres).

Gráfico 170. Consumo de algún medicamento en las últimas dos semanas por sexo y edad. Andalucía (2023)

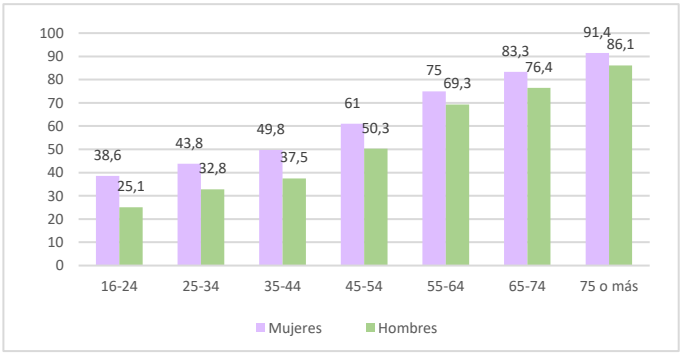


Gráfico 171. Consumo de 5 o más medicamentos en las últimas dos semanas por sexo y edad. Andalucía (2023)

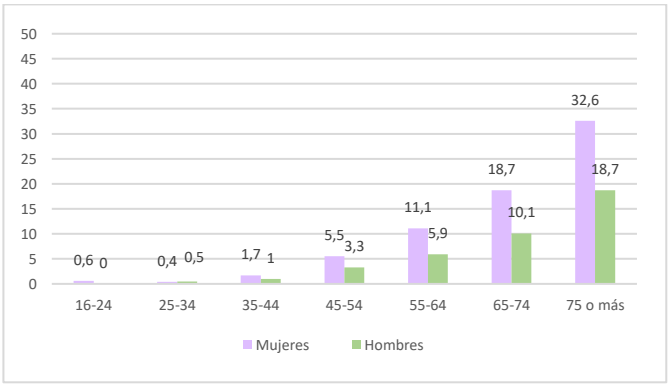


Gráfico 172. Brecha de género entre la población que utilizó algún medicamento, por edad. Andalucía (2023)

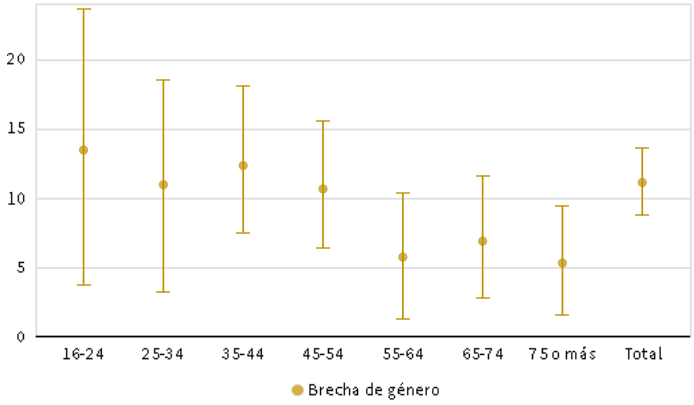
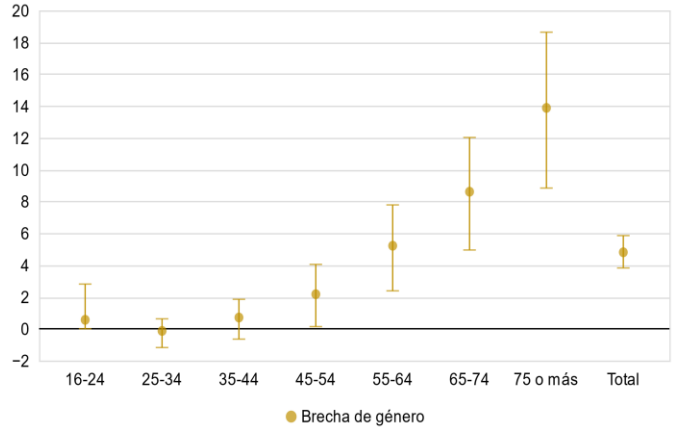


Gráfico 173. Brecha de género entre la población que utilizó cinco medicamentos por edad. Andalucía (2023)



En general, en el año 2023 hubo un mayor consumo de algún medicamento, y poli consumo de cinco o más medicamentos, en mujeres que en hombres en todas las categorías de distintas variables (clase social, nivel de estudios, país de nacimiento, tamaño de hábitat y provincia).

Por clase social, el consumo de medicamentos es mayor sobre todo entre las mujeres de los grupos sociales IV y V, VII y que no han trabajado, y menor entre los hombres desempleados.

Hay un mayor consumo de medicamentos entre mujeres y hombres con estudios primarios, siendo las brechas de género superiores también en esta categoría (12,4 puntos más de poli consumo en mujeres que en hombres con estudios primarios).

El consumo de medicamentos es superior en personas nacidas en España respecto a las personas nacidas fuera del país, y es mayor en mujeres que en hombres en cualquier caso. Las brechas de género son superiores en población extranjera, respecto al consumo de algún medicamento.

Respecto al tipo de población, el mayor consumo de medicamentos se observa en las capitales, aunque las brechas de género favorables a las mujeres son superiores en las poblaciones de 10.000 a 50.000 habitantes, así como en las provincias de Córdoba, Huelva y Málaga.

3.4. Profundización en situaciones y ámbitos específicos de salud

3.4.1. Salud mental

Según la Organización Mundial de la Salud, "la salud mental es un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, aprender y trabajar adecuadamente e integrarse en su entorno". Igualmente, es sabido que hay una serie de factores individuales, familiares, ambientales y estructurales que, en conjunto, protegen o socavan la salud mental. Las desigualdades sociales, en cualquiera de sus dimensiones ya sea económica, social, educativa y por supuesto de género, pertenecen a este último grupo y suponen un riesgo para la salud de quienes la sufren. Además, los sistemas de salud juegan un papel destacado en la respuesta que se ofrece a las personas con algún problema de salud mental y la calidad de la atención prestada es clave para facilitar procesos de recuperación para lo cual es necesario una correcta dotación de recursos, y evitar procesos de discriminación y estigmatización donde el género también juega un papel fundamental.

Así pues, el presente capitulo pretende analizar la situación de desigualdad social y vital de las mujeres con problemas de salud mental, así como el abordaje desde los servicios sanitarios y los recursos existentes.

Desigualdades de género en la salud mental

Los datos procedentes de la Encuesta Europea de Salud de 2020 muestran brechas de género en los ítems relativos a salud mental en prácticamente todos los países de la Unión Europea. Sirviéndonos como ejemplo del indicador de "síntomas depresivos actuales", los datos para España señalan un 3% para los hombres y un 6,5% para las mujeres. Aunque ciertamente hay países con peores puntuaciones (más porcentaje de hombres y mujeres que reportan síntomas depresivos) sí merece la pena señalar que, en el caso de España, y para este indicador, los casos de las mujeres duplican a los de los hombres.

En el contexto español, el informe "Salud y género 2022. Aproximación multidisciplinar a la pandemia por COVID-19" (Ministerio de Sanidad, 2022) dedicó un capítulo a la salud mental mostrando cómo los efectos de la pandemia incidieron de manera desigual en hombres y en mujeres (siendo más negativos para ellas) y el papel que los roles de género, vivenciados en un contexto de confinamiento y emergencia sanitaria, tuvieron en este empeoramiento de la salud mental de las mujeres.

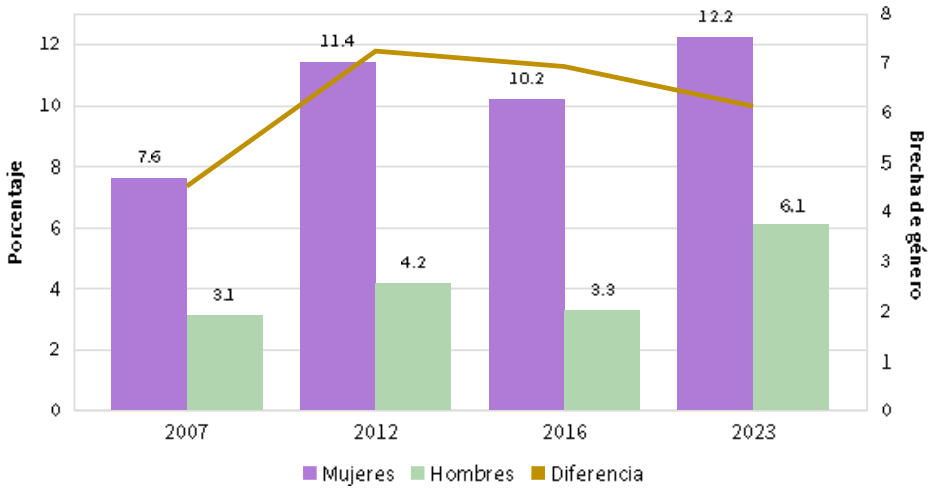
A nivel andaluz, la Encuesta Sanitaria y Social de Andalucía (ESSA) permitió monitorizar algunas variables referidas a la salud mental en el periodo de pandemia realizando distintas mediciones en ese periodo. Los datos mostraron que el porcentaje de personas que indicaron a principios del estado de alarma que su salud mental era regular o mala estaba en torno al 18%, viéndose una diferencia estadísticamente significativa entre hombres y mujeres (13% frente a 23%).

Según esta misma fuente, el porcentaje de personas que refirieron tener diagnóstico de trastorno depresivo se situó en torno al 8% para las tres mediciones siendo mayor en mujeres que en hombres

(10.5% frente a 5.5%). Las diferencias entre hombres y mujeres aumentaron conforme aumentó la edad, siendo las mujeres mayores de 55 años las que presentaron porcentajes superiores.

Esta información es coherente con la evolución observada en la Encuesta Andaluza de Salud, que en 2023 mostró un aumento de los porcentajes tanto de mujeres como de hombres que afirman tener un diagnóstico de "depresión o ansiedad", siendo el doble el porcentaje de mujeres que el de hombres. En esta última medición, la diferencia entre hombres y mujeres es de 6,1 puntos porcentuales, algo menor que la que se ha venido observando en las muestras de 2012 y 2016, que han sido de 7,2 y 6,9 respectivamente.

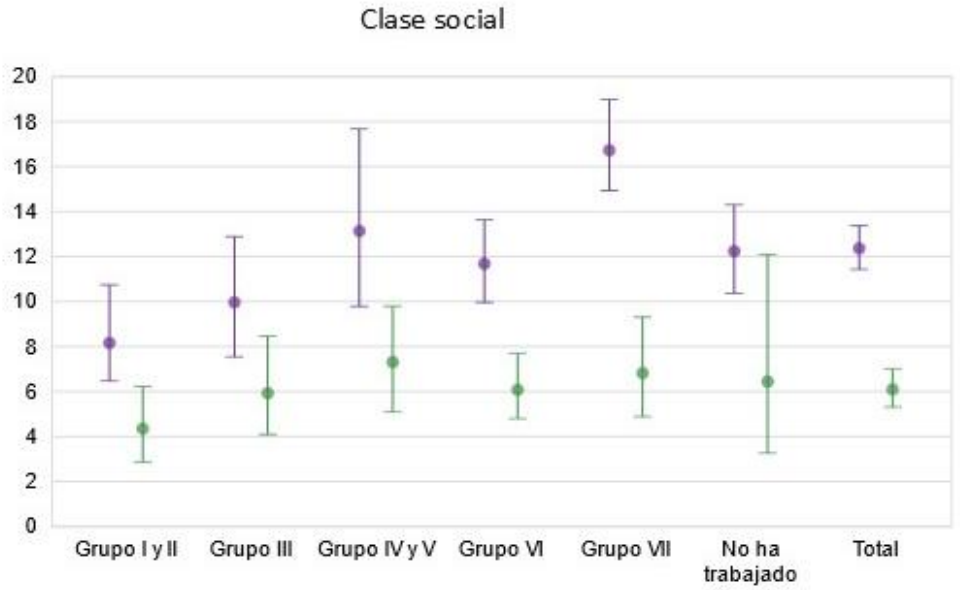
Gráfico 174. Diagnóstico de depresión/ansiedad por sexo. Porcentaje y Brecha. Andalucía 2007-2023

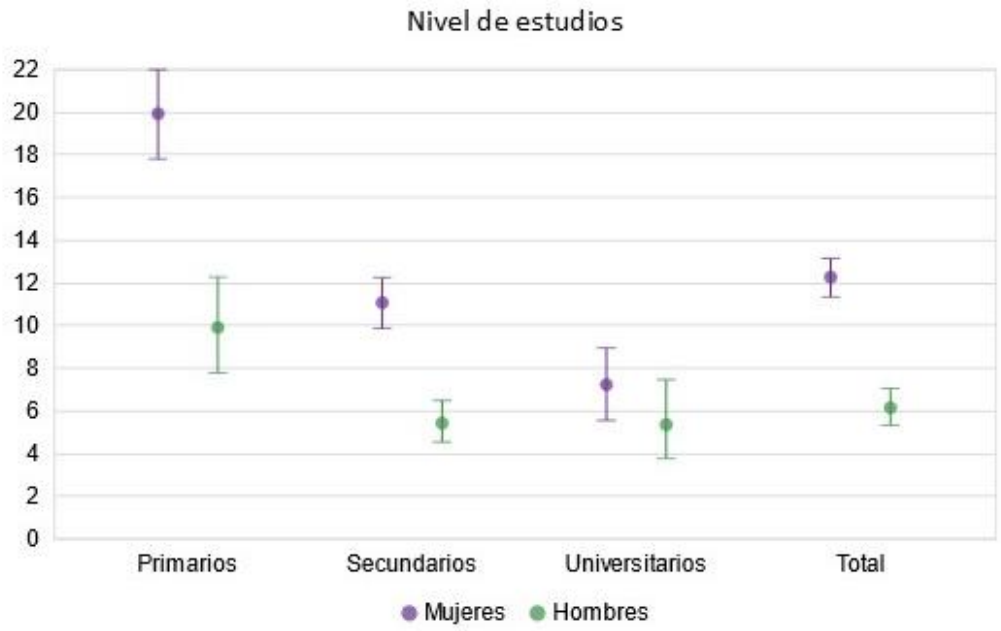


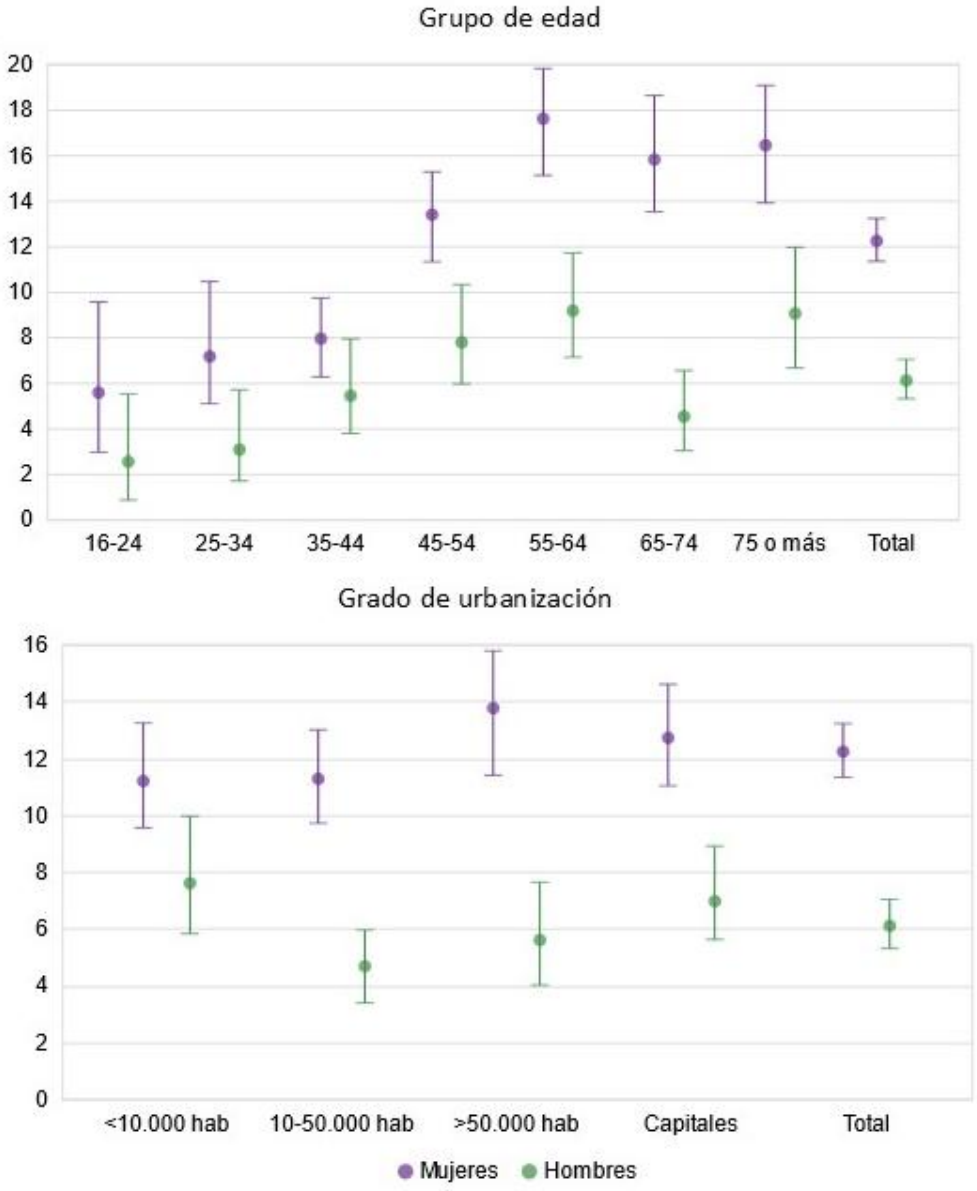
Fuente: Elaboración propia, con datos de la Encuesta Andaluza de Salud 2007, 2012, 2016 y 2023

El valor mayor en mujeres que en hombres se mantiene de forma continua en todos los grupos de clase social, edad, nivel de estudios, grado de urbanización de la población y provincia, siendo las diferencias más acusadas en las clases sociales más desfavorecidas, los grupos de edad mayores de 55 años o los niveles de estudios primarios y secundarios.

Gráfico 175. Diagnóstico de depresión/ansiedad. Segmentación por clase, edad, estudios y grado de urbanización. Andalucía 2023

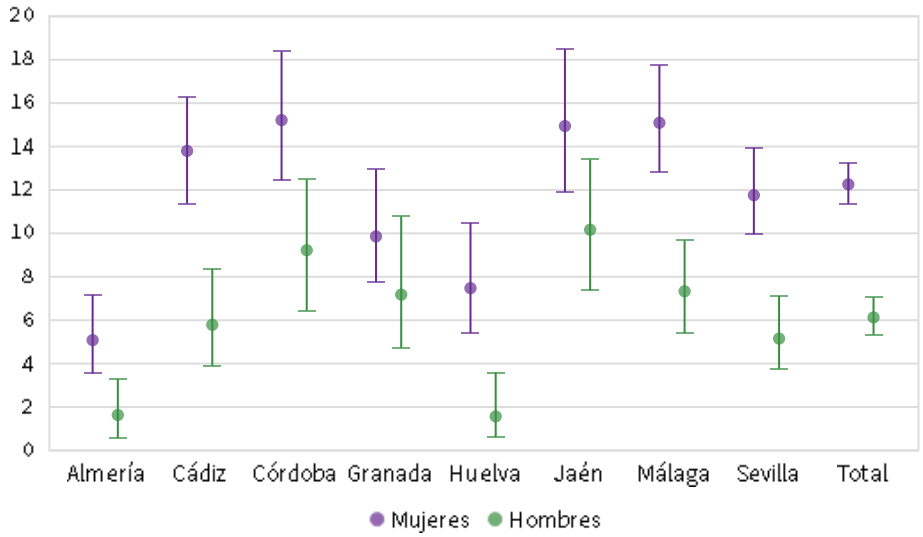






Fuente: Elaboración propia, con datos de la Encuesta Andaluza de Salud 2023

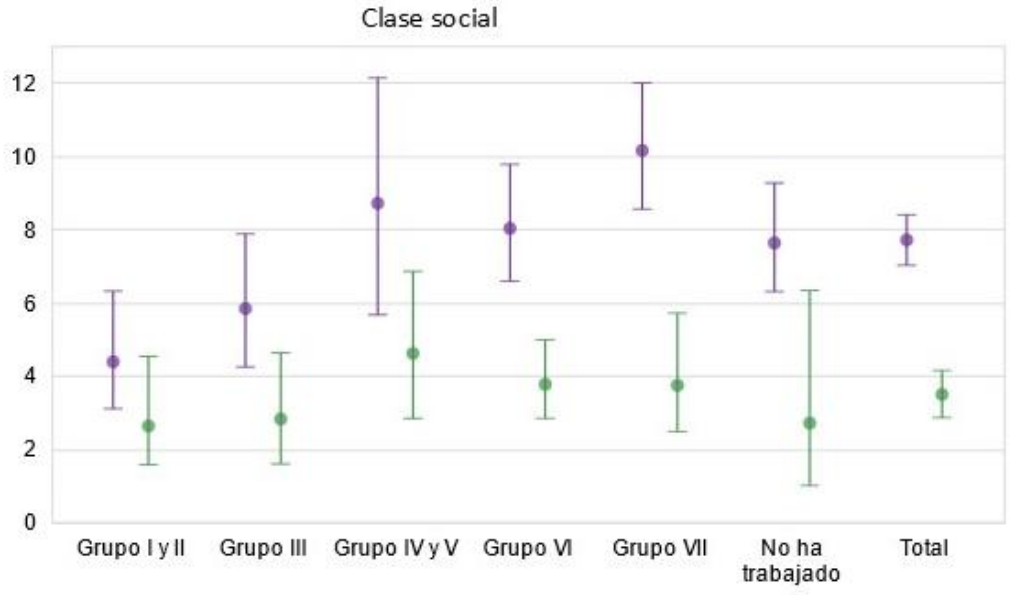
Gráfico 176. Gráfico. Diagnóstico de depresión/ansiedad. Provincias de Andalucía 2023

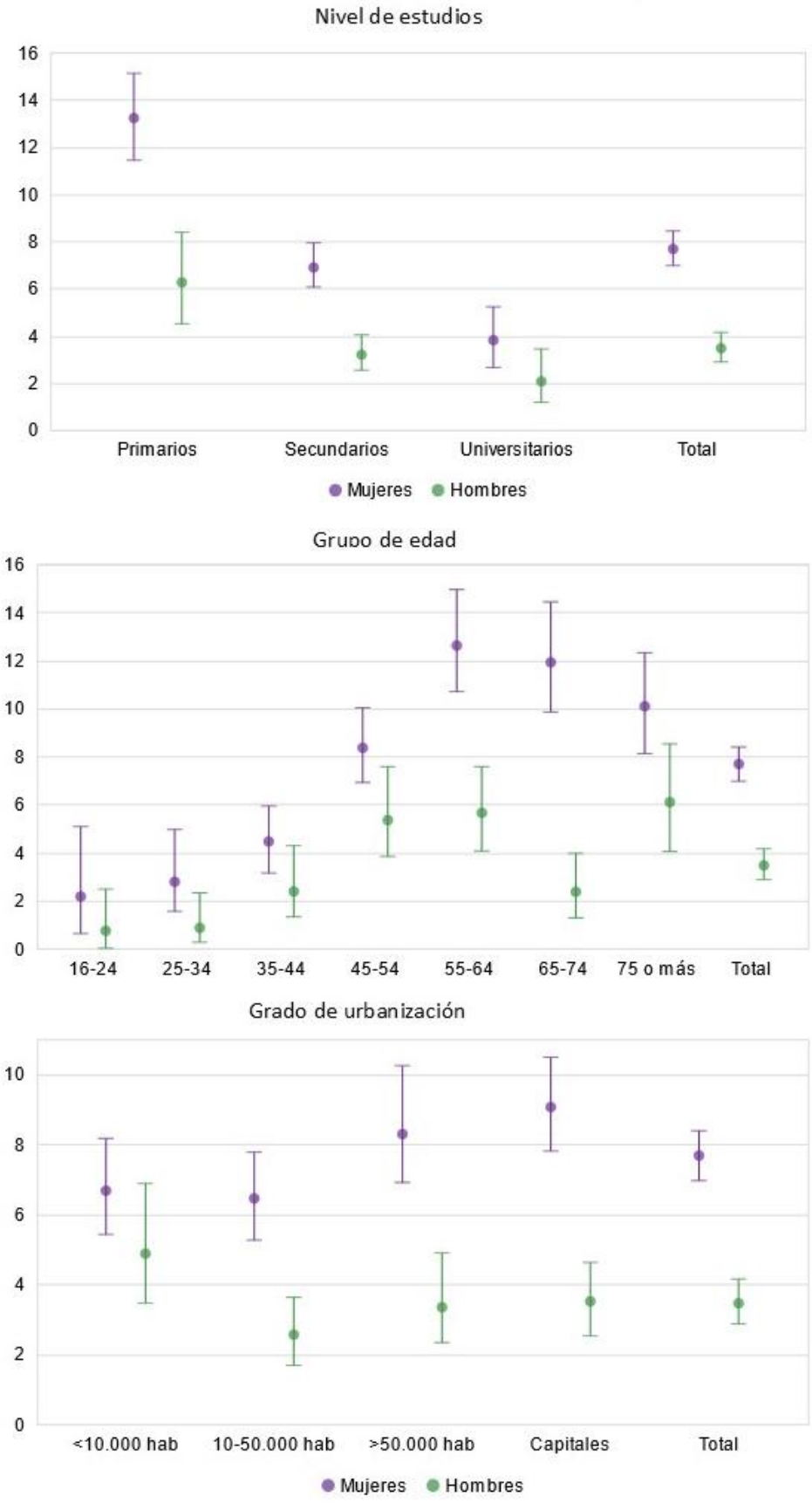


Fuente: Elaboración propia, con datos de la Encuesta Andaluza de Salud 2023

La información observada anteriormente proporciona cierta coherencia a los datos recogidos en la última Encuesta Andaluza de Salud (2023) acerca de las personas que afirman haber consumido medicamentos antidepresivos durante las últimas 2 semanas previas a la realización del cuestionario. Igualmente, el consumo es mayor en mujeres que en hombres, siguiendo el patrón en todas las provincias de Andalucía y con diferencias mayores entre hombres y mujeres de clases sociales más desfavorecidas, grupos de edad mayores y niveles de estudios más bajos.

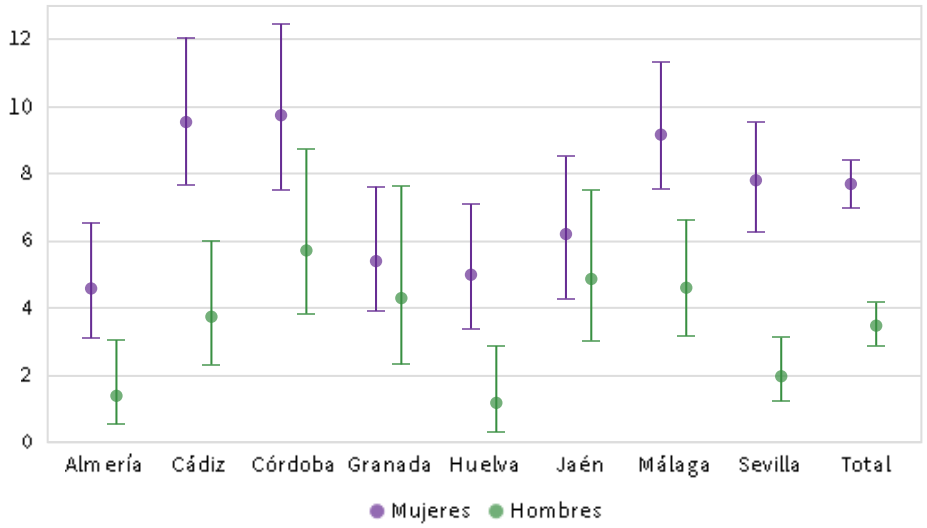
Gráfico 177. Consumo de antidepresivos en las últimas 2 semanas. Segmentación por clase social, edad, nivel de estudios y grado de urbanización. Andalucía 2023





Fuente: Elaboración propia, con datos de la Encuesta Andaluza de Salud 2023

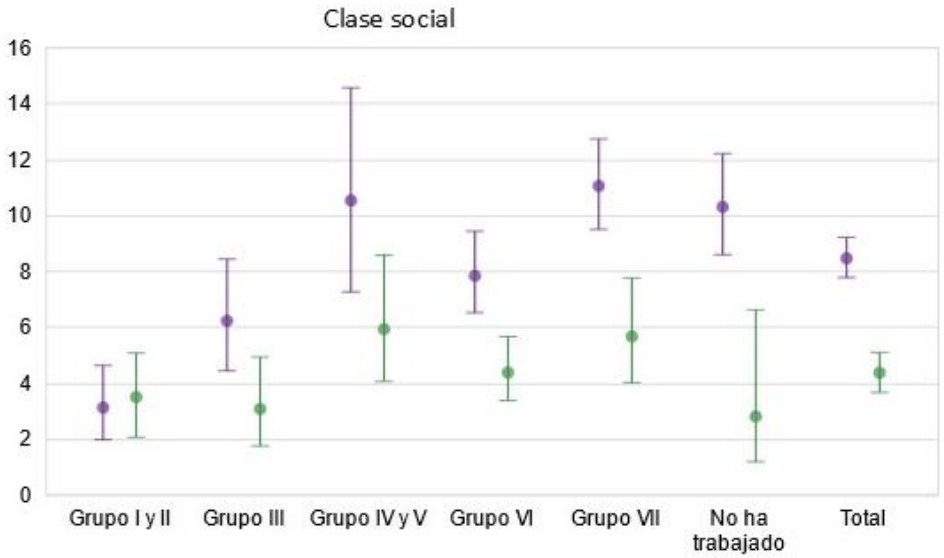
Gráfico 178. Consumo de antidepresivos últimas 2 semanas. Provincias de Andalucía 2023

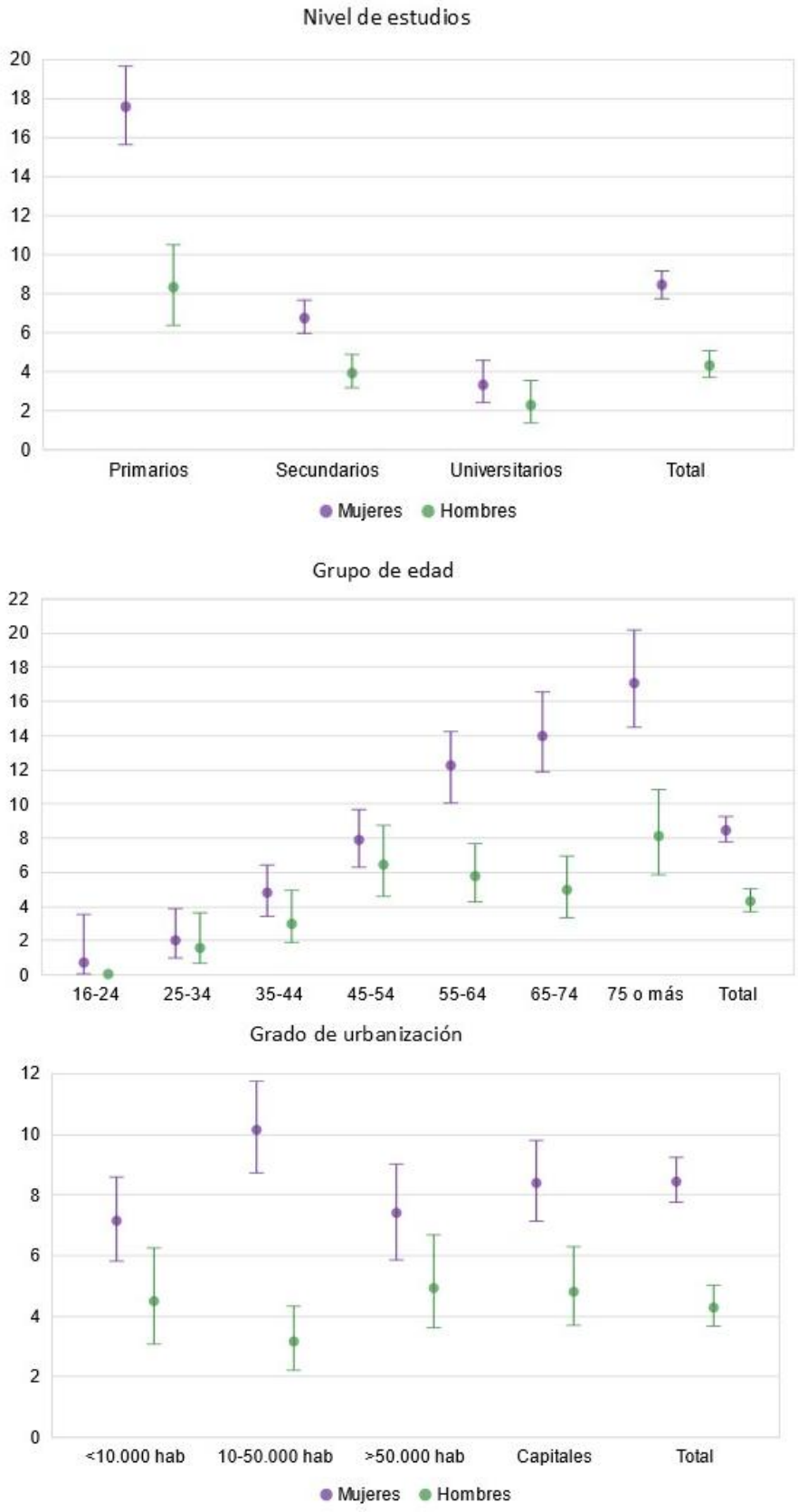


Fuente: Elaboración propia, con datos de la Encuesta Andaluza de Salud 2023

El patrón de consumo autodeclarado de otros tipos de medicamentos relacionados con distintos problemas de salud mental es bastante similar, como se puede observar en la información autodeclarada de consumo de medicamentos tranquilizantes o sedantes.

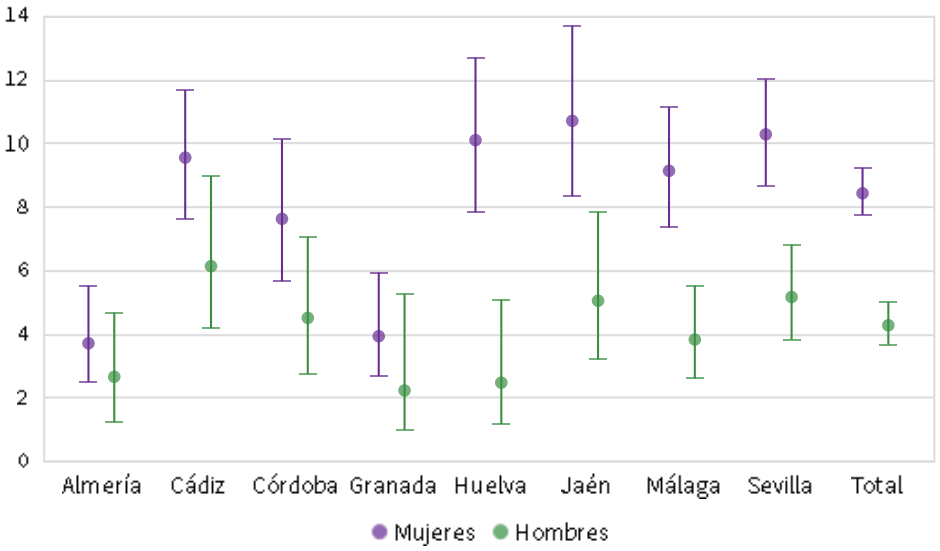
Gráfico 179. Consumo de tranquilizantes últimas 2 semanas. Segmentación por clase social, edad, nivel de estudios y grado de urbanización. Andalucía 2023





Fuente: Elaboración propia, con datos de la Encuesta Andaluza de Salud 2023

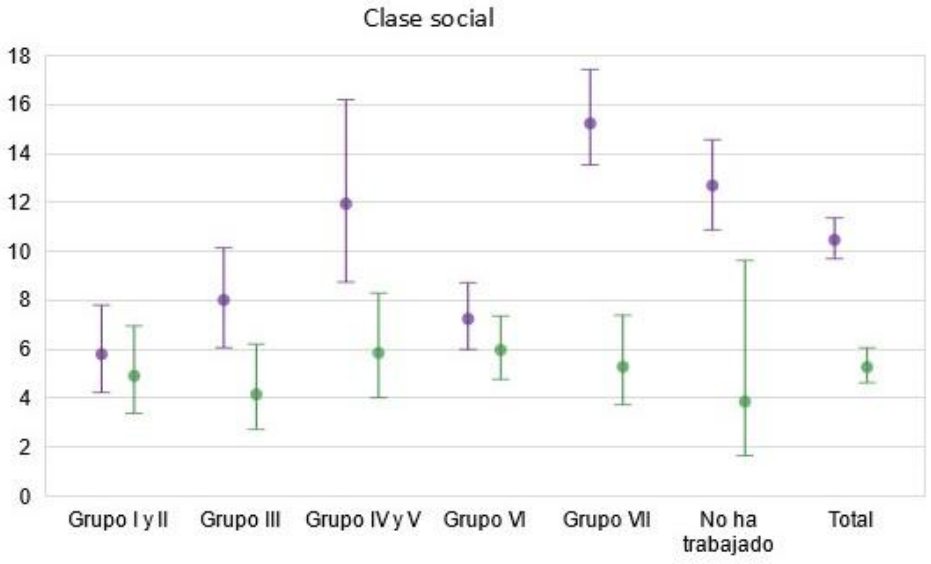
Gráfico 180. Consumo de tranquilizantes últimas 2 semanas. Provincias de Andalucía 2023

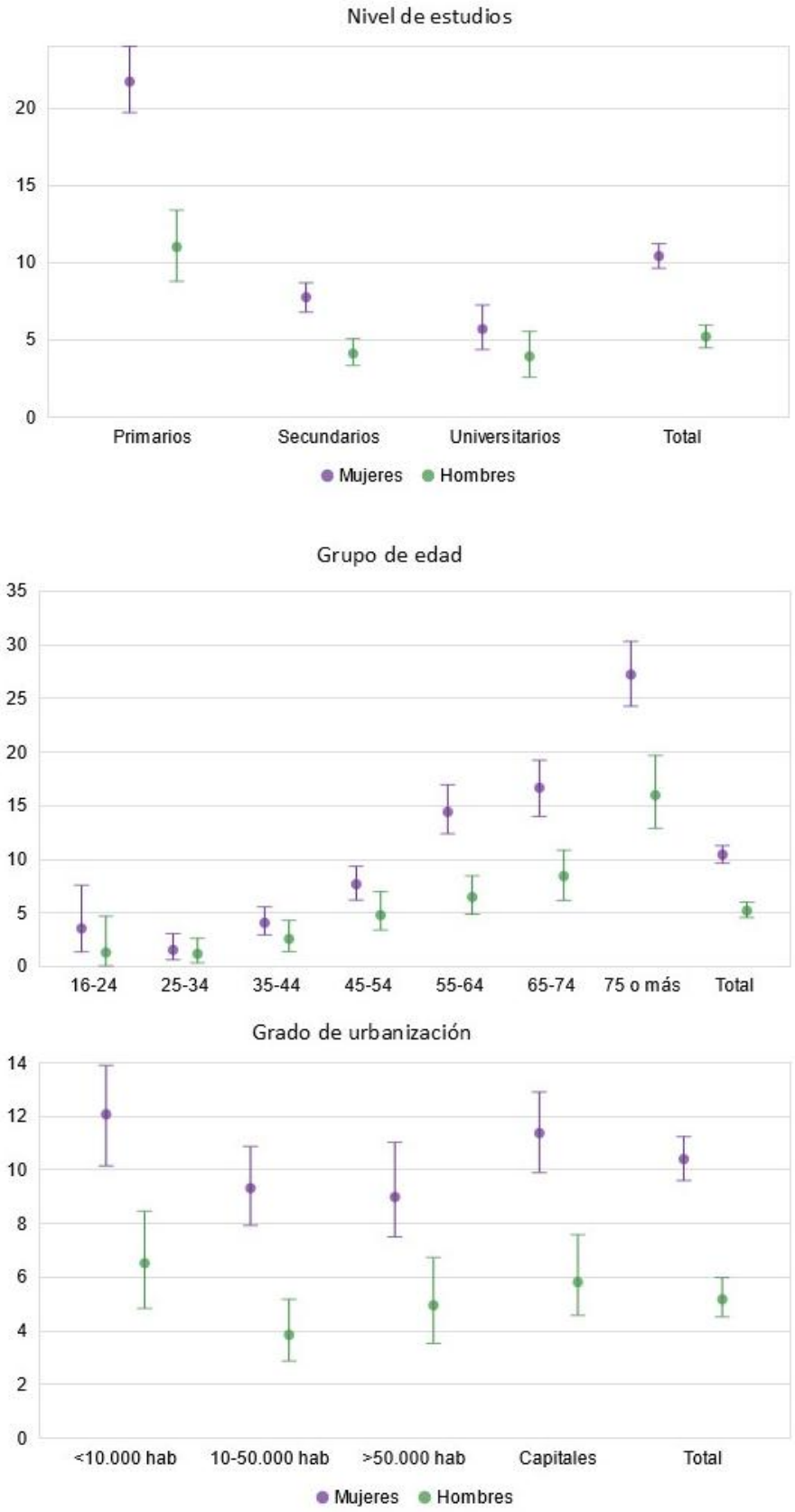


Fuente: Elaboración propia, con datos de la Encuesta Andaluza de Salud 2023

Al igual que en antidepresivos, o tranquilizantes, el consumo de pastillas para dormir es ampliamente superior en mujeres que en hombres, en todos los ámbitos de clase social, edad, nivel de estudios o grado de urbanización y provincias, destacando las brechas más altas en los grupos de clases sociales más desfavorecidas, edad a partir de 55 años y nivel de estudios primarios.

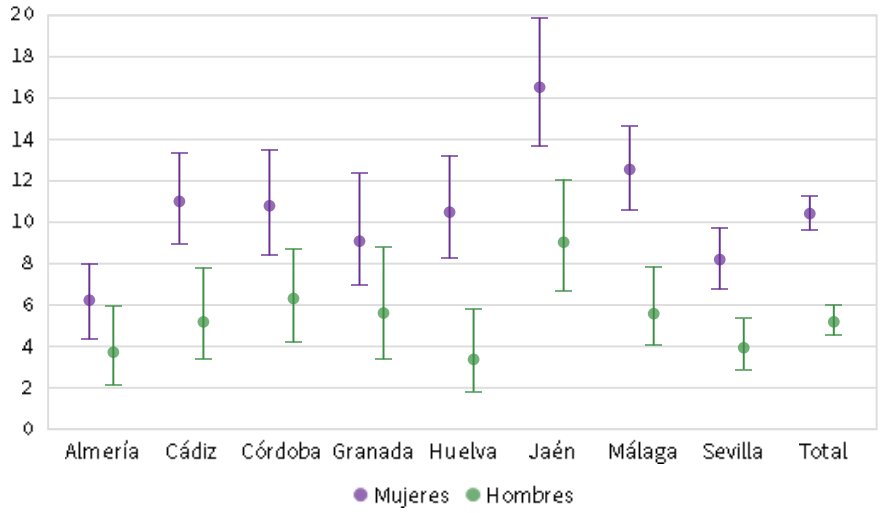
Gráfico 181. Consumo de pastillas para dormir últimas 2 semanas. Segmentación por clase social, edad, nivel de estudios y grado de urbanización. Andalucía 2023





Fuente: Elaboración propia, con datos de la Encuesta Andaluza de Salud 2023

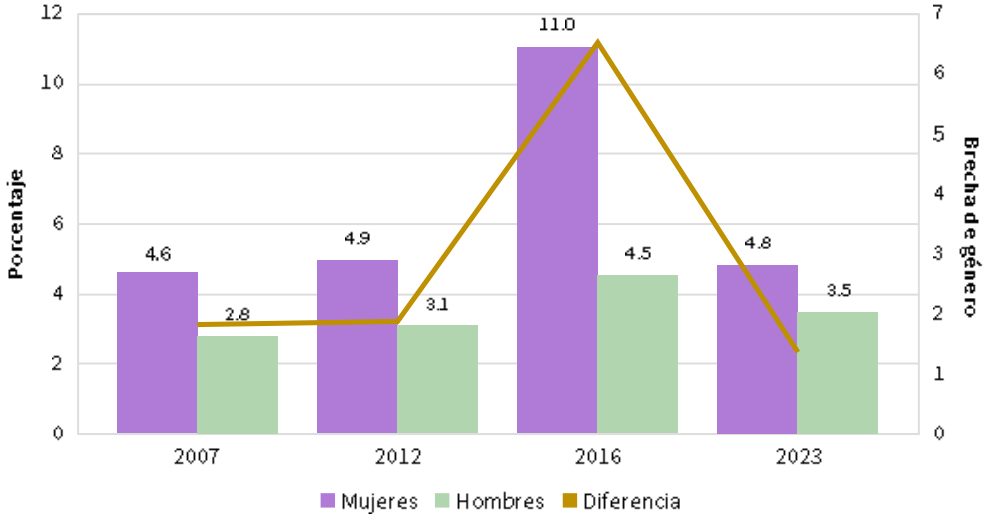
Gráfico 182. Consumo de pastillas para dormir, últimas 2 semanas. Provincias de Andalucía 2023



Fuente: Elaboración propia, con datos de la Encuesta Andaluza de Salud 2023

Si nos centramos en la información proporcionada por la Encuesta Andaluza de Salud acerca de las personas que viven en hogares en los que hay alguien con problemas de nervios, depresión o enfermedad mental, también es mayor el porcentaje de mujeres que el de hombres en 2023 (4,8% mujeres y 3,5% de hombres). En cuanto a la evolución en el tiempo, las cifras de 2023 son similares a las observadas en 2007 y 2012, si bien en 2016 se percibió un aumento en el porcentaje de mujeres en esta situación.

Gráfico 183. Porcentaje de mujeres y hombres en hogares con alguna persona con problemas de nervios, depresión o salud mental, Andalucía, 2007-2023

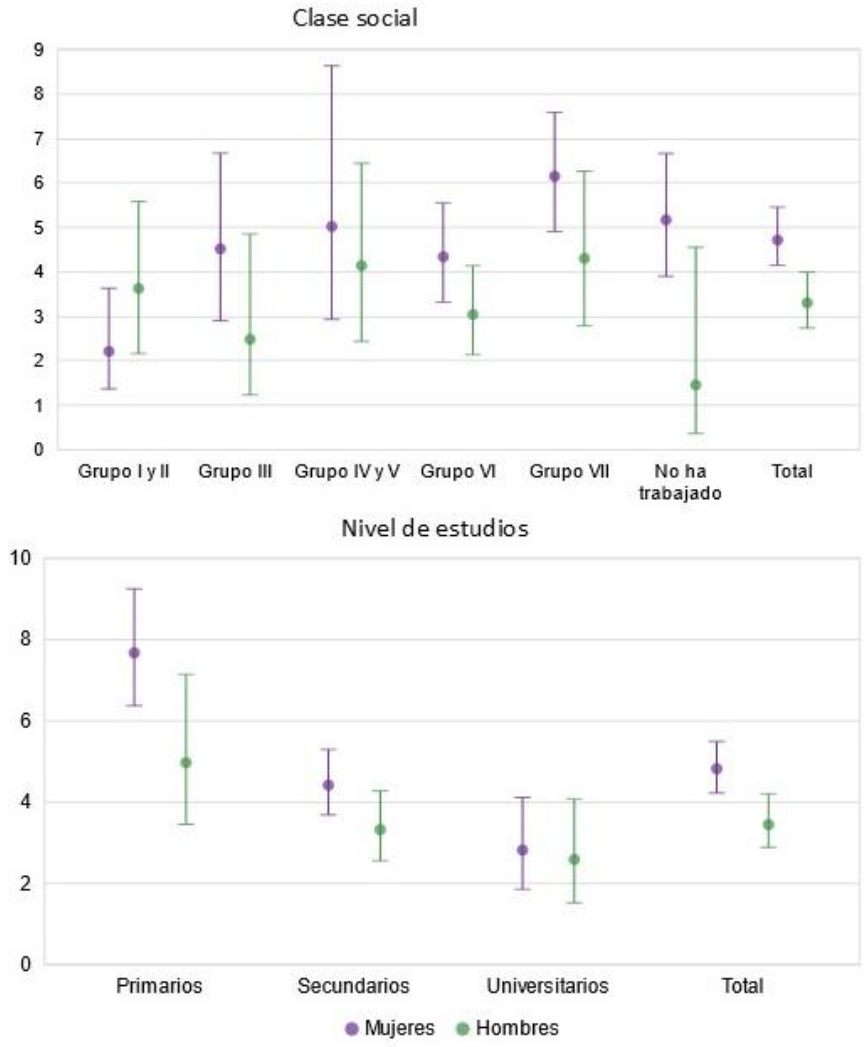


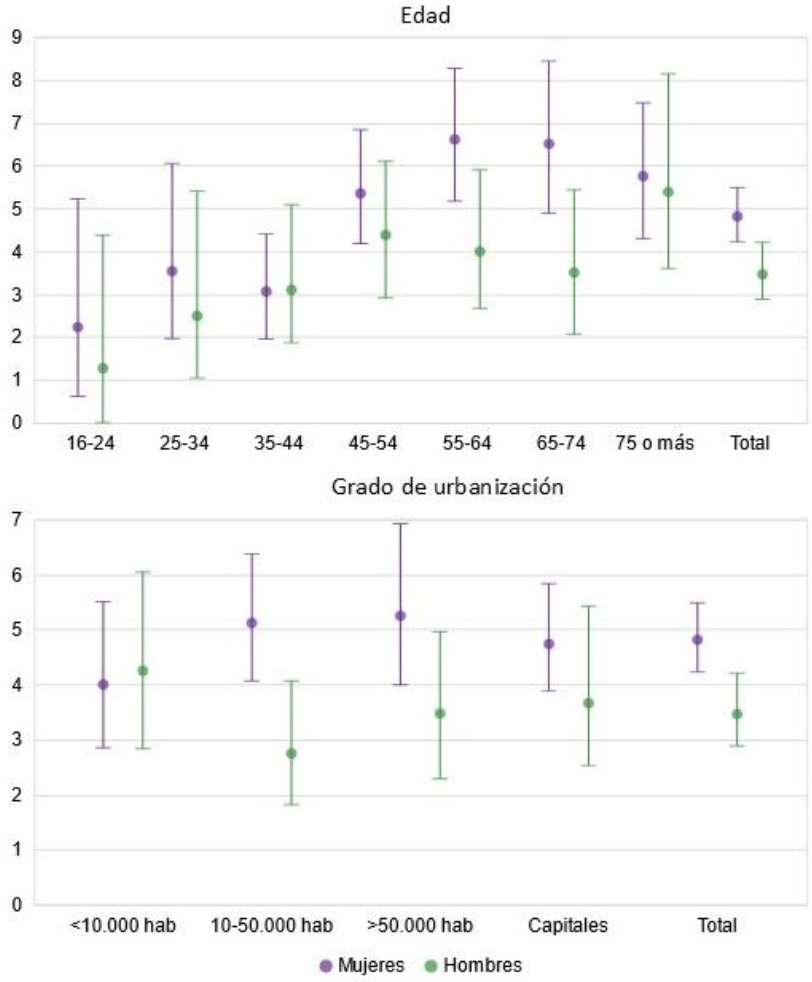
Fuente: Elaboración propia, con datos de la Encuesta Andaluza de Salud 2007, 2012, 2016 y 2023

Analizando la información relativa a la edición de 2023, se observó mayor porcentaje de mujeres que de hombres en todos los grupos de clase social, con diferencias mayores en las clases más desfavorecidas. En cuanto a la edad, las mujeres presentan mayor porcentaje en todos los intervalos de edad, si bien son los de 55-64 años y 65-74, los que muestran una diferencia mayor en el porcentaje de mujeres con respecto del de hombres que viven en hogares con algún tipo de problema de salud mental.

En cuanto al nivel de estudios, son más mujeres que hombres con estudios primarios o secundarios que viven en hogares con problemas de salud mental.

Gráfico 184. Porcentaje de mujeres y hombres que viven en hogares con alguna persona con problemas de nervios, depresión o salud mental (por clase social, edad, nivel de estudios y grado de urbanización). Andalucía 2023

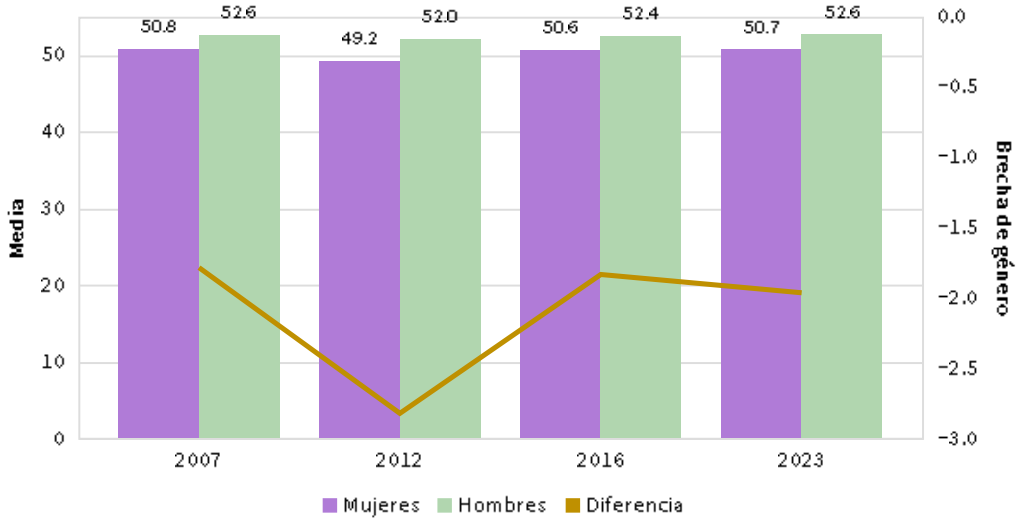




Fuente: Elaboración propia, con datos de la Encuesta Andaluza de Salud 2023

En cuanto al análisis de salud, desde una perspectiva cuantitativa, utilizamos el cuestionario SF-12, que proporciona información útil para estudiar la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud. En la evolución desde 2007, se observa cómo se repite el patrón en el que las mujeres reflejan una puntuación al menos 2 puntos más baja que los hombres, por lo que se deduce que perciben una peor calidad de vida relacionada con su salud.

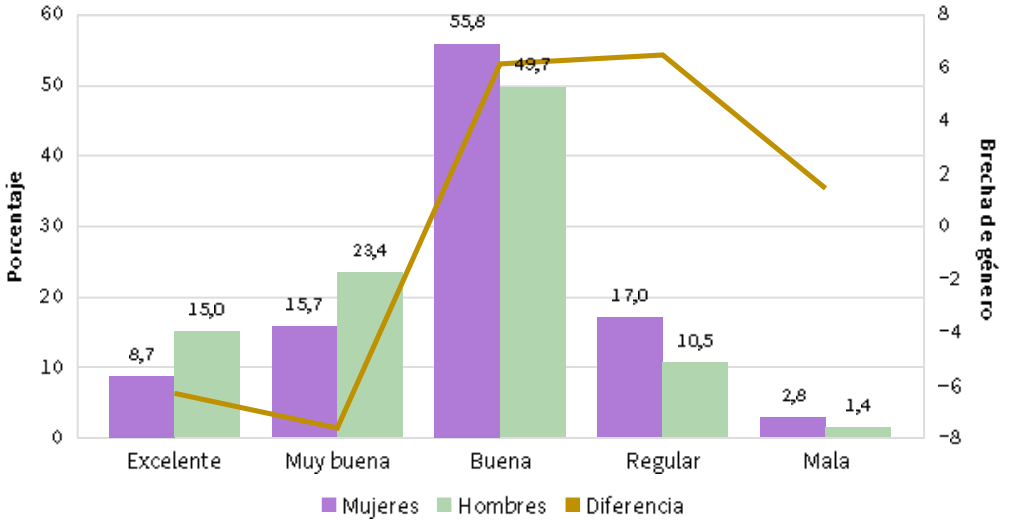
Gráfico 185. Calidad de vida relacionada con la salud (Puntuación SF12). Datos por sexo y brecha de género. Andalucía 2023



Fuente: Elaboración propia, con datos de la Encuesta Andaluza de Salud 2007, 2012, 2016 y 2023

Recuperando la información de la Encuesta Sanitaria y Social (2021), se observó que el 19,8% de las mujeres declaran que su salud mental es regular o mala, frente al 11,9% de los hombres. Esto supone una brecha de género de 7,9 puntos en ese indicador.

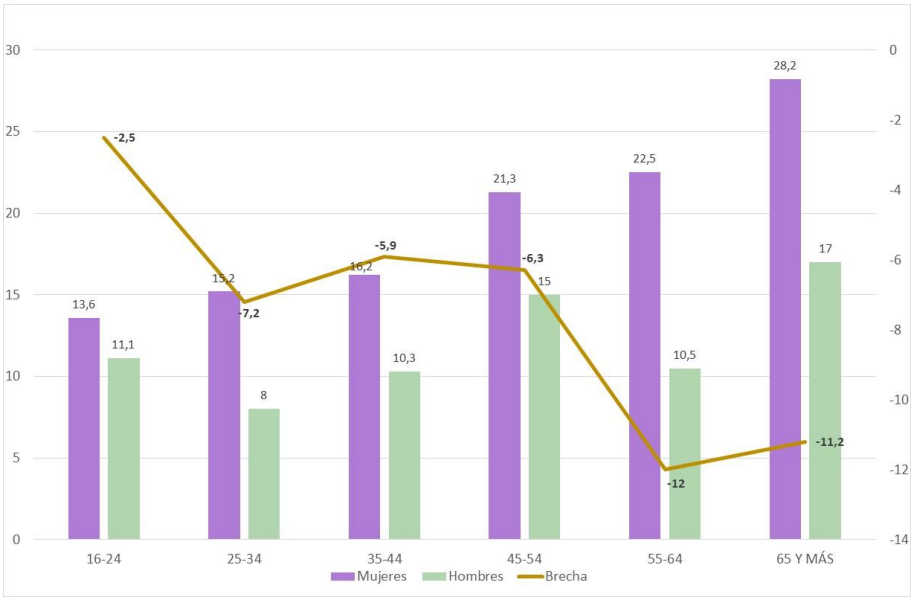
Gráfico 186. Percepción de salud mental población adulta (>15 años) por sexo y brecha de género. Andalucía 2021



Fuente: Encuesta Sanitaria y Social de Andalucía, 2021

Al igual que ocurre con la percepción de salud en general, el porcentaje de mujeres con mala salud mental percibida va aumentando con la edad, y son las mayores de 64 años las que presentan peor salud (28,2%), más de diez puntos porcentuales que los hombres de la misma franja de edad (17%).

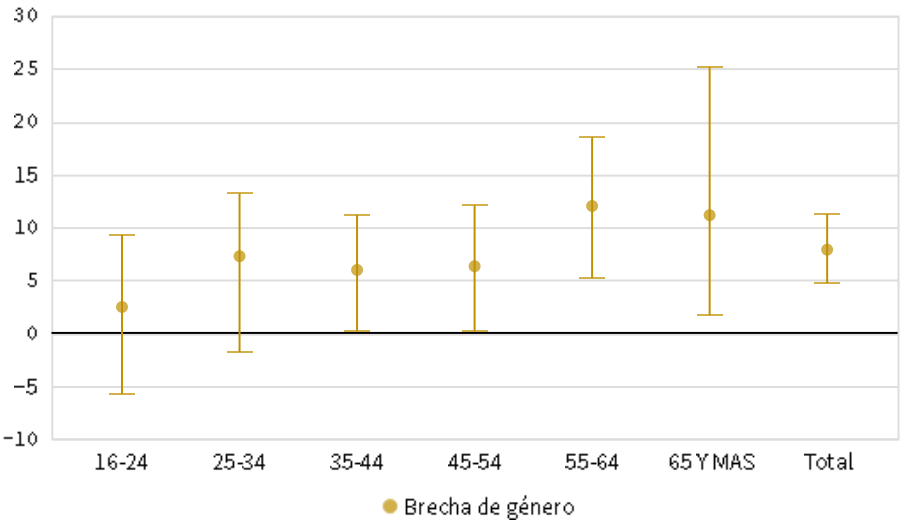
Gráfico 187. Salud mental percibida regular o mala. Porcentaje por sexo. Andalucía 2021



Fuente: Encuesta Sanitaria y Social de Andalucía, 2021

La brecha de género es menor en las edades jóvenes, entre 16 y 24 años es de -2.5, y se alcanza la máxima en el grupo de 55 a 64 años (-12 puntos porcentuales), edad a partir de la cual la diferencia es estadísticamente significativa.

Gráfico 188. Brechas de género en población adulta con salud mental percibida regular o mala. (% e IC). Andalucía 2021



Fuente: Elaboración propia, con datos de la Encuesta Sanitaria y Social de Andalucía, 2021

Como se puede observar en la siguiente tabla, si analizamos la salud mental percibida según el lugar de residencia, son las mujeres que viven en entornos rurales las que presentan una peor salud (21%), al igual que ocurre con los hombres (16,2%). La mayor brecha de género se observa en personas que viven en entornos urbanos (9,8). Para el nivel de estudios, se observa un gradiente tanto en mujeres como en hombres, de modo que son las mujeres (31,2%) y hombres (16,9%) con estudios primarios quienes presentan peor salud mental. La brecha de género es máxima en este grupo (14,3), y las diferencias son estadísticamente significativas para los tres niveles de educación.

Tabla 50. Porcentaje de personas con salud mental percibida regular o mala. por sexo, lugar de residencia y nivel de estudios. Andalucía 2021

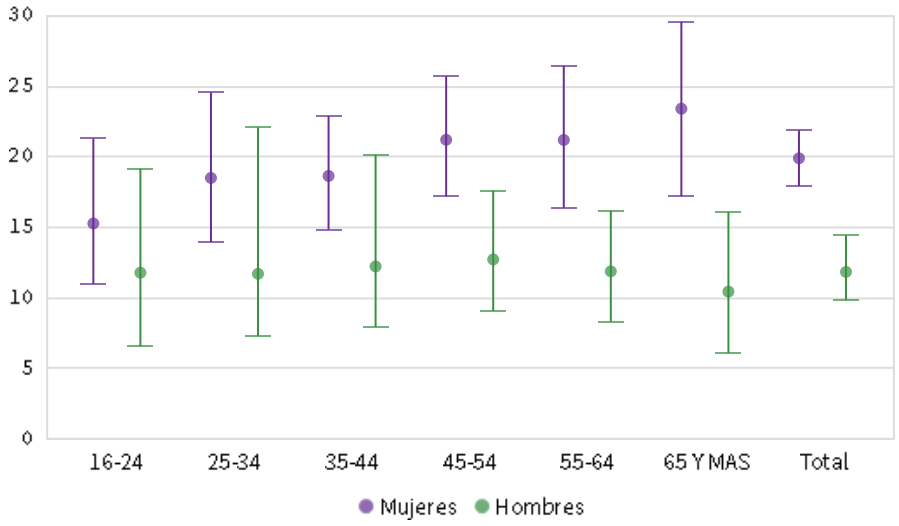
		Mujeres			Hombres			Diferencia		
		Porcentaje	Lím. inf.	Lím. sup.	Porcentaje	Lím. inf.	Lím. sup.	Porcentaje	Lím. inf.	Lím. sup.
Lugar de residencia	Urbano	20,2	17,0	26,4	10,5	8,2	13,4	9,8	5,6	16,0
	Intermedio	18,9	16,0	22,4	12,4	9,3	17,1	6,5	1,2	10,7
	Rural	21,0	15,1	27,1	16,2	10,8	23,1	4,8	-3,9	13,6
	Total	19,8	17,5	22,9	11,9	10,1	14,3	7,9	4,7	11,2
Nivel de estudios	Hasta primaria	31,2	25,9	41,6	16,9	12,3	22,7	14,3	6,7	24,5
	Secundaria/ FP superior	16,7	14,0	19,8	11,4	8,9	15,3	5,3	1,0	9,6
	Universitarios o más	14,4	11,4	17,6	9,1	6,6	12,6	5,3	0,3	9,3
	Total	19,7	17,7	22,9	11,8	10,1	14,2	7,9	5,0	11,8

Fuente: Elaboración propia, con datos de la Encuesta Sanitaria y Social de Andalucía, 2021

Otro de los indicadores que nos permite acercarnos al estado de salud y muy relacionado con la dimensión mental es el bienestar emocional. El Índice de Bienestar Socioemocional, IBSE – Socioemotional Well-being Index (SEWBI) utilizado en la ESSA es un indicador compuesto que constituye un nuevo modelo de la medición de felicidad, desarrollado por Eduardo Bericat en 2013 y validado con los datos de la Encuesta Social Europea de 2006 (Bericat, 2015). Este modelo muestra las cuatro dimensiones sobre las que se sustenta el nivel de felicidad que experimenta cualquier ser humano: estatus (depresión y soledad), poder (energía, tranquilo y relajado), situación (felicidad y disfrute de la vida) y persona (optimista con el futuro y sentir orgullo).

Si consideramos el porcentaje de población que declara un índice de bienestar emocional bajo, observamos que hay una mayor proporción de mujeres (19,8%) que de hombres (11,8%) en este indicador, con una brecha de género de 8 puntos porcentuales. Como se muestra en el gráfico siguiente, en mujeres existe un gradiente en relación con la edad, de forma que las jóvenes (16 a 24 años) declaran en menor proporción un índice bajo de bienestar emocional (15,2%) que las mayores, con un empeoramiento progresivo de bienestar conforme aumenta la edad, hasta las edades mayores de 64 años (23,4%). En los hombres, este gradiente no se observa, de modo que los que muestran un mejor bienestar son los mayores de 64 años (10,4%) y los que declaran un peor bienestar son los de 45 a 54 años (12,7%).

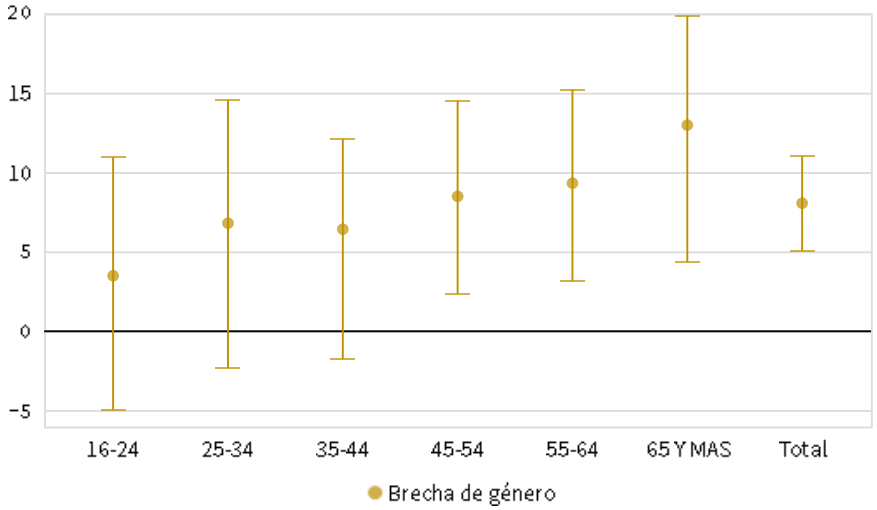
Gráfico 189. Proporción de población con índice de bienestar emocional bajo, por sexo y edad (porcentajes e intervalos de confianza al 95%). Andalucía 2021



Fuente: Elaboración propia, con datos de la Encuesta Sanitaria y Social de Andalucía, 2021

La brecha de género en este indicador también va aumentando con la edad, siendo máxima en el grupo de 65 y más años (13), y las diferencias son significativas a partir de los 45 años en adelante.

Gráfico 190. Brechas de género en población con índice de bienestar emocional bajo, según edad (porcentajes e intervalos de confianza al 95%). Andalucía 2021



Fuente: Elaboración propia, con datos de la Encuesta Sanitaria y Social de Andalucía, 2021

Si analizamos el bienestar emocional según el lugar de residencia, se observa un gradiente en las mujeres, de tal manera que las que residen en zonas urbanas tienen peor bienestar (20,4%) que las que lo hacen en zonas intermedias y rurales. Este gradiente no se observa en el caso de los hombres, como se puede ver en la tabla siguiente. Las diferencias por sexo son significativas para las zonas urbanas, donde la brecha de género es mayor (9,6).

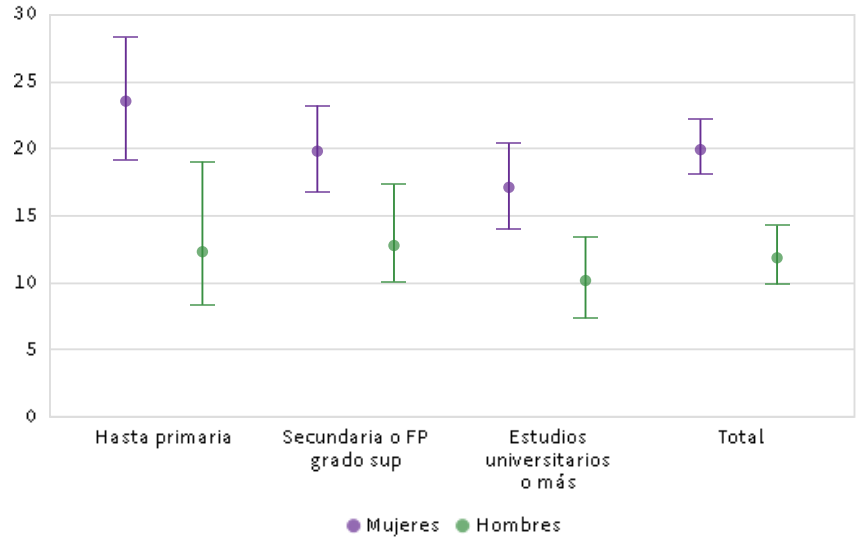
Tabla 51. Proporción de población con índice de bienestar emocional bajo, por sexo y brechas de género, según lugar de residencia y nivel educativo (porcentajes e intervalos de confianza al 95%). Andalucía 2021

		Mujeres			Hombres			Brecha de género		
		Porcentaje	Lím. inf.	Lím. sup.	Porcentaje	Lím. inf.	Lím. sup.	Porcentaje	Lím. inf.	Lím. sup.
Lugar de residencia	Urbano	20,4	17,7	23,3	10,8	8,2	13,5	9,6	5,9	13,5
	Intermedio	19,4	16,2	23,0	13,4	10,0	19,1	6,0	-0,1	11,3
	Rural	18,8	12,9	25,3	10,1	5,8	15,6	8,7	0,8	16,4
Nivel de estudios	Hasta primaria	23,5	19,1	28,3	12,3	8,3	19,0	11,2	3,9	17,4
	Secundaria o FP superior	19,8	16,7	23,2	12,7	10,0	17,3	7,0	2,3	11,7
	Universitarios o más	17,1	13,9	20,4	10,1	7,3	13,4	7,0	2,4	11,3
TOTAL		19,9	18,1	22,1	11,8	9,8	14,2	8,1	5,0	11,0

Fuente: Elaboración propia, con datos de la Encuesta Sanitaria y Social de Andalucía, 2021

Los datos se comportan de forma similar para el nivel educativo, según el cual observamos un gradiente en las mujeres, con menor bienestar en las que tienen un nivel de estudios más bajo (23,5%) que mejora en las que tienen estudios superiores (17,1%). En los hombres no se observa tan claramente este gradiente. La brecha de género es mayor en los grupos con menor nivel educativo (11,2).

Gráfico 191. Proporción de población con índice de bienestar emocional bajo, por sexo y nivel educativo (porcentajes e intervalos de confianza al 95%). Andalucía 2021



Fuente: Elaboración propia, con datos de la Encuesta Sanitaria y Social de Andalucía, 2021.

Centrándonos en la población infantil y juvenil, y según el Estado Mundial de la Infancia publicado por UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2021), la ansiedad y la depresión representan alrededor del 40% de los trastornos de salud mental diagnosticados para este grupo de edad.

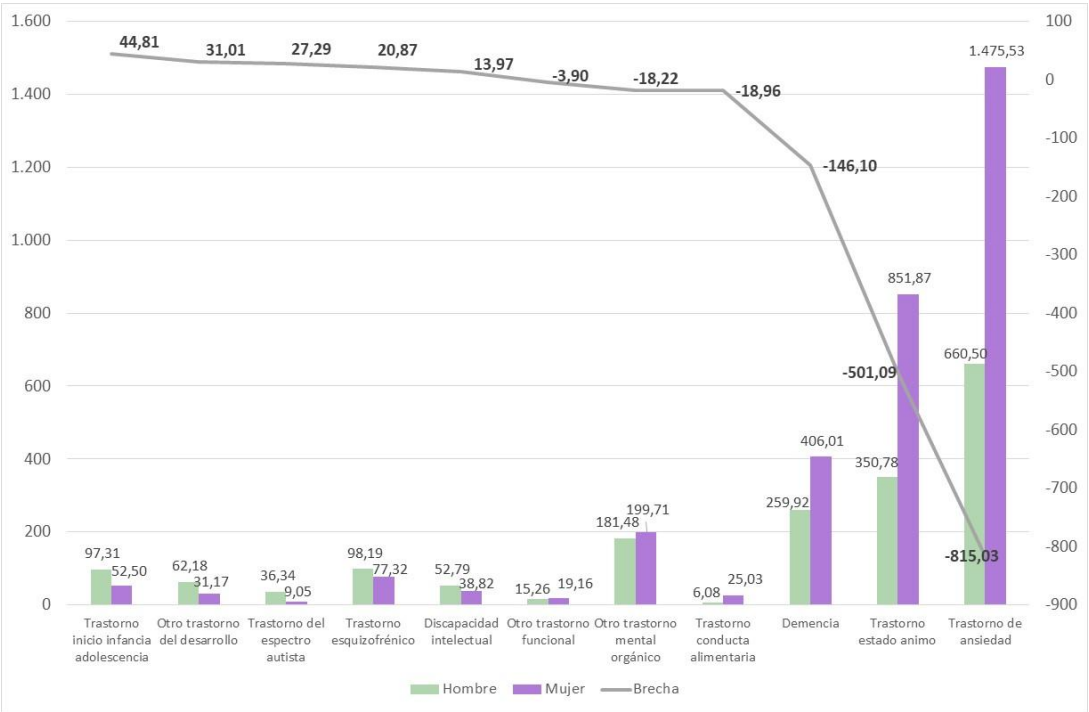
En el estudio "Health Behaviour in School-aged Children" (HBSC), que se realiza cada 4 años en distintos países europeos, se consultan aspectos relacionados con la satisfacción en la vida diaria de la población adolescente. En el último informe publicado del estudio HBSC 2022 (Cosma et al., 2023) se confirman las

diferencias de género establecidas en la salud mental en la adolescencia. Las chicas informaron sistemáticamente peor salud mental que los chicos en todos los indicadores (salud autopercibida, satisfacción con la vida, bienestar mental, autoeficacia, problemas de salud y soledad), observándose además un aumento de la brecha de género con respecto a años anteriores. Se aprecia que los indicadores de salud mental empeoraron con la edad, con efectos más fuertes en las niñas que en los niños. Además, los hallazgos muestran marcadas desigualdades socioeconómicas en la salud mental de personas adolescentes en todos los países observándose diferencias significativas entre los grupos de baja y alta renta familiar. Aún no se dispone de los datos relativos a Andalucía, pero la consistencia de la tendencia global y los datos asistenciales disponibles no parecen augurar grandes diferencias.

Desigualdades de género en la atención sanitaria a la salud mental

La información facilitada por el Programa de Salud Mental de la Consejería de Salud y Consumo referidos a 2023 sobre prevalencias en trastornos de salud mental en Andalucía indica importantes diferencias entre hombres y mujeres en los distintos diagnósticos registrados. Aquellos en los que las brechas son favorables a los hombres (en los que hay más hombres que mujeres) son los relativos a los trastornos de inicio en la infancia y adolescencia (brecha de 44,8), otros trastornos del desarrollo (brecha de 31,0), trastornos del espectro autista (27,3) y trastorno esquizofrénico (20,9) y discapacidad intelectual (14,0). En los demás diagnósticos, las mujeres son el grupo mayoritario, siendo especialmente significativas las brechas que se producen en los trastornos de ansiedad, trastorno del estado de ánimo, demencia y trastorno de la conducta alimentaria.

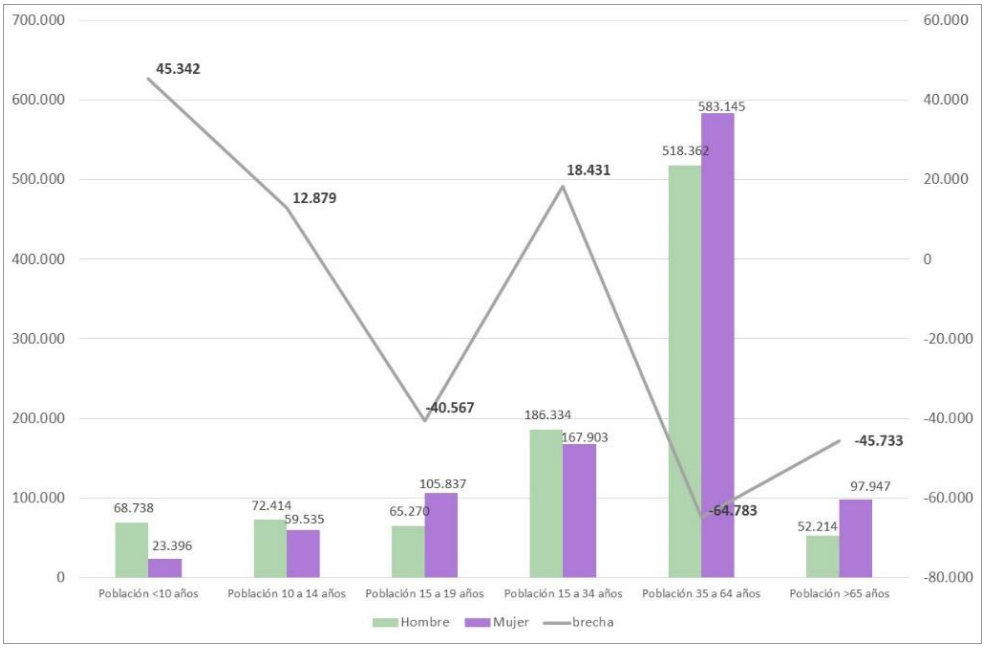
Gráfico 192. Diagnósticos salud mental por sexo. Prevalencia x 10.000 habitantes y brecha de género. Andalucía 2023



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Infoweb

Los datos referidos a la actividad asistencial (citas en las Unidades de Gestión Clínica de Salud Mental) también muestran diferencias por sexo, siendo las mujeres las que más citas tuvieron en estas unidades. Las brechas de género son igualmente significativas, sobre todo al contemplarlas por tramos de edad. De este modo, se ve que en las etapas iniciales de la vida (de 0 a 14 años) más niños que niñas asisten a estas consultas. La brecha se invierte entre los 15 y los 19 años a favor de las mujeres, y a partir de los 35, las mujeres tienen más citas en las Unidades de Salud Mental Comunitaria. Estos datos confirman la necesidad de considerar también una perspectiva de ciclo vital y su intersección con el género.

Gráfico 193. Población atendida en cada grupo de edad por sexo. Citas y brecha. Andalucía 2023

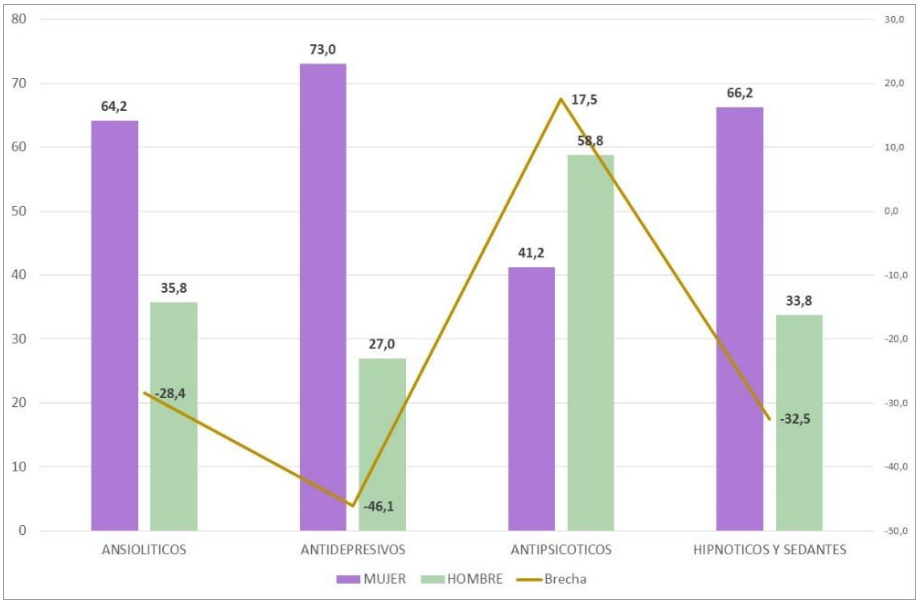


Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Infoweb

En relación a los datos disponibles de 2023 sobre prescripción de fármacos, se observa que más del 50% de las prescripciones de medicamentos antidepresivos, ansiolíticos e hipnóticos son realizadas a mujeres. Sólo los antisicóticos son más prescritos a los hombres.

Esta información corrobora el análisis de los datos autodeclarados de la EAS narrado anteriormente, que mostraba un consumo de tranquilizantes mayor en mujeres que en hombres.

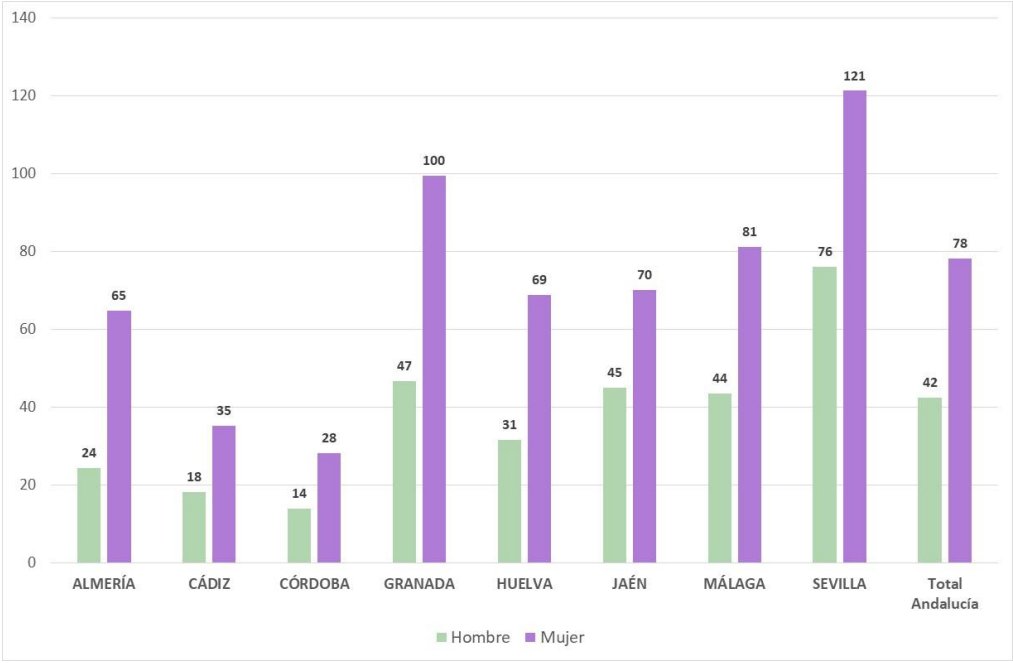
Gráfico 194. Distribución porcentual de la prescripción farmacológica por sexo. Andalucía 2023



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Infoweb

Otro de los indicadores relacionados con la atención en salud mental, de vital importancia en nuestro contexto, son las tentativas de suicidio registradas por los sistemas de información de atención sanitaria. En este caso, se observaron que las tentativas de suicidio en mujeres son mayores que en hombres en todas las provincias de Andalucía.

Gráfico 195. Número de personas mayores de 18 años con tentativas de suicidio por cada 100.000 habitantes. Datos provinciales andalucía 2023



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Infoweb

Además de la información que se puede extraer de los registros asistenciales, es interesante conocer la perspectiva de profesionales que trabajan en el ámbito de la salud mental. En un reciente artículo publicado en la revista de Atención Primaria (Bacigalupe et al., 2022) en el que se consultaba a personas expertas sobre la existencia desigualdades de género en salud mental, se establecieron cuatro categorías principales que podrían explicarlas: La subordinación material y simbólica de las mujeres, el papel de las ciencias "psi" en la patologización de lo femenino, los sesgos epistemológicos y androcéntricos en la biomedicina y la agencia activa de las mujeres en los procesos de medicalización.

En el informe SESPAS 2020 dedicado a la salud mental se pueden encontrar fácilmente datos para ilustrar cada una de estas categorías (Alonso, Cabasés y Puig-Barrachina, 2020). Así, estudios realizados a partir de datos de la Encuesta Nacional de Salud de 2017 (Bacigalupe et al., 2020) concluyen que las mujeres tienen más del doble de probabilidad de ser diagnosticadas de depresión o ansiedad que los hombres y las probabilidades son siempre mayores incluso ajustando por diagnósticos de salud mental y visitas a atención primaria. Igualmente, se constata que la prevalencia de "mala salud mental" aumenta a medida que desciende la clase social y el nivel educativo.

Además, se señala un posible proceso de sobrediagnóstico y medicalización en las mujeres dado que los y las profesionales están etiquetando con más frecuencia como depresión y ansiedad estados de salud mental similares en hombres y mujeres, lo que a su vez supone una mayor prescripción de psicofármacos a mujeres a igual necesidad. La influencia de los estereotipos de género en la práctica clínica de los y las profesionales ha quedado documentada desde hace años (Gil García et al., 2005), habiendo estudios más recientes que demuestran como hay más probabilidad de recibir psicofármacos si la paciente es mujer y el prescriptor varón (McIntyre et al., 2021). Esta situación se relaciona con los sesgos androcéntricos en medicina (Valls-Llobet, 2020) y el papel de las ciencias "psi" que han favorecido la creación de un "doble estándar de enfermedad mental" (Chesler, 2019). Según este estándar, los elementos propios del rol de género femenino (dependencia, sumisión, emotividad-pasividad) son factores que promueven la subordinación y provocan sufrimiento mental, mientras que los valores de socialización para los hombres (autonomía, independencia) se consideran saludables y a la vez favorecen su permanencia en una posición social dominante. De esta forma, para las mujeres, tanto la adecuación a las expectativas de género (y expresar conductas pasivas, de llanto, etc.) como su no adecuación (expresar ira, agresividad) son definidas como patológicas. Estos elementos contribuyen a que los y las profesionales se vean afectados y perpetúen los estereotipos de género en su práctica clínica y prescriptora.

Si a esto se le añade el hecho de que, según la Encuesta Europea de salud de 2022, (Encuesta Europa de Salud en España 2020, INE-MSCBS) las mujeres españolas acuden más a las consultas de primaria que los hombres (29,2% frente a 21%), con diferencias más amplias en el grupo de edad de los 45 a los 55 años (brecha de 11,5 puntos porcentuales), es de suponer que el mayor contacto con el sistema sanitario, también favorezca las mayores tasas de diagnóstico por problemas de salud mental en las mujeres. Conviene reflexionar sobre el papel que la etiqueta diagnóstica supone sobre las mujeres, habiendo trabajos que señalan que ésta puede operar a veces como legitimación del sufrimiento sirviendo como "permiso" para estar exentas de las obligaciones asignadas o como una vía para acceder a medicación que permita poder seguir realizándolas (Bacigalupe et al., 2022).

Todo lo visto hasta ahora, se podría resumir en esta frase de Clara Benedicto, al afirmar que "la definición y el abordaje de la salud mental en nuestra sociedad son patriarcales tanto como nuestra misma forma de enfermar" (Benedicto, 2018).

En el contexto andaluz, en el marco de la elaboración del futuro Plan Estratégico de Salud Mental y Adicciones de Andalucía, se realizó un estudio cualitativo a través de cuatro grupos focales específicos de salud mental en los que participaron más de 40 profesionales de este ámbito, que reconocieron la existencia de diferencias entre hombres y mujeres (también en población infantil y adolescente) en lo que a diagnósticos, tratamientos y acceso a los recursos se refiere. Se destacó la prescripción y el consumo de psicofármacos a las mujeres como una cuestión claramente mediatizada por el género y la importancia que la violencia de género tiene como variable mediadora en la salud mental, entre otros. Finalmente, las personas consultadas señalaron la necesidad de recibir formación en perspectiva de género para mejorar su práctica profesional, y que esto vaya acompañado de un rediseño de los servicios y programas, destacando la importancia de trabajar en promoción de salud mental y en la prevención de sus posibles complicaciones.

Las fuentes citadas hasta ahora no reportan datos de población LGTBI, pero los estudios realizados en el contexto de la pandemia por COVID-19 (Ministerio de Sanidad, 2022) aportaron evidencia internacional del impacto de esta en la salud mental y bienestar emocional de las personas de este colectivo. Describieron circunstancias que generalmente se vieron agravadas con el estrés causado por la ocultación de la orientación afectivo-sexual, causando mayores niveles de depresión, así como, mayor consumo de sustancias y problemas de salud mental en jóvenes LGBTI.

El reciente estudio publicado "La situación de la salud mental en España" (Confederación Salud Mental España y Fundación Mutua Madrileña, 2023) sí contempla de manera específica al colectivo de personas LGTBI, concluyendo que pertenecer a este grupo está relacionado con una mayor probabilidad de ser población con experiencia propia en salud mental, de ir a consultas de psicología o psiquiatría y de consumir psicofármacos. Mientras que un 62,5% de las personas cishetero califican su salud mental como buena o muy buena, este porcentaje desciende a 43,6% en el caso de las personas LGTBI. No obstante, en este informe no se ofrecen datos desagregados por sexo dentro del colectivo LGTBI, que permitirían tener un mayor conocimiento de la intersección entre género y orientación sexual o identidad de género.

3.4.2. Salud sexual y salud reproductiva

Aunque la salud sexual y la salud reproductiva son dimensiones centrales del bienestar integral de toda persona y del desarrollo de una sociedad, no siempre se han considerado relevantes. Su importancia en la actualidad, y la forma en que se defienden como objetivos de equidad y justicia social, son fruto de un largo camino recorrido en el que se han logrado consensuar una serie de derechos sexuales y reproductivos. Entre éstos, cabe destacar el derecho a disponer de recursos y servicios de salud adecuados que permitan satisfacer las necesidades en este ámbito, considerando la pluralidad de circunstancias y condicionantes que intervienen en él.

A pesar del compromiso de la mayoría de gobiernos internacionales con la protección de tales derechos internacionales, su cumplimiento aún no se termina de alcanzar plenamente. Múltiples riesgos para la salud y para el acceso a una atención sanitaria apropiada se derivan, no sólo de las características biológicas diferenciales de mujeres u hombres (por ejemplo, las mujeres y personas que viven en sus cuerpos el embarazo, parto y puerperio tienen necesidades específicas que deben ser consideradas), sino también de condicionantes sociales y de género. Las normas, valores y roles esperados en las

personas en función de su sexo al nacer influyen en la experiencia de la sexualidad y los procesos reproductivos y, en la oportunidad de cuidar personal y profesionalmente los problemas en este ámbito. Así pues, el género, junto a otros estratificadores sociales (nivel económico y cultural, identidad sexual, edad, etc), afectan de manera crucial el bienestar sexual y reproductivo.

Es fundamental tener en cuenta la perspectiva de género tanto en el análisis de la situación de la salud sexual y salud reproductiva de la población andaluza, como en el de las actuaciones sanitarias que se realizan para permitir el acceso de la población a una atención adecuada.

A continuación, se describen algunos indicadores relacionados con la salud sexual y la salud reproductiva de la población andaluza, así como con los recursos institucionales sanitarios disponibles y con la atención prestada a la comunidad. Se han tenido en cuenta diferentes variables de segmentación que puedan apuntar situaciones de desigualdad en este ámbito.

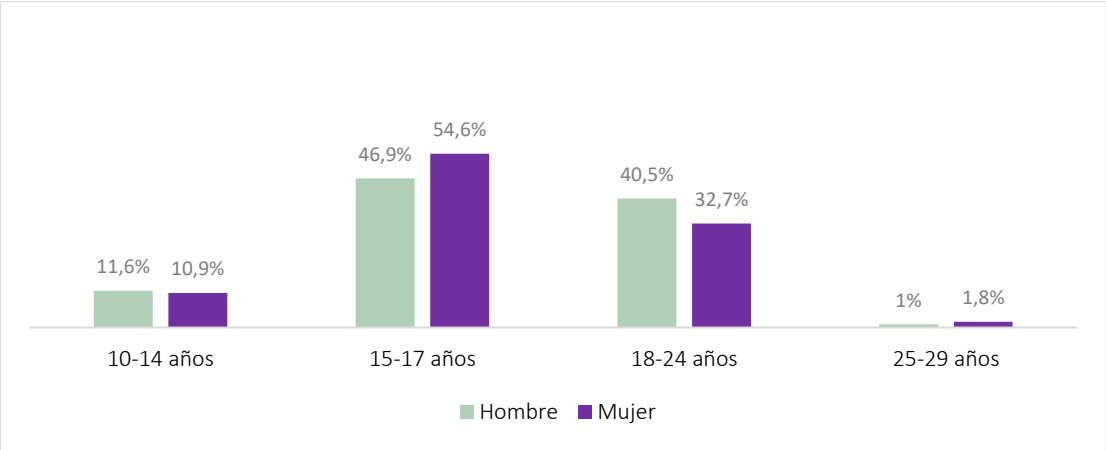
Desigualdades de género en la Salud Sexual y la Salud Reproductiva

Sexualidad y prácticas sociales

La sexualidad es un aspecto inherente a las personas durante toda su vida, desde la concepción hasta la muerte, ahora bien, la construcción del sí mismo sexual y las relaciones íntimas se convierten en elementos claves del desarrollo en la adolescencia y juventud (Fuertes y González, 2019). A continuación, se describen estilos de comportamiento sexual de jóvenes en Andalucía.

En Andalucía son más las mujeres que los hombres de 18 a 34 años que dicen haber tenido relaciones sexuales), el 77% y 67%, respectivamente. La mayoría de jóvenes informan haber iniciado éstas entre los 15 y 17 años (sobre todo las chicas con una brecha de género del 7,7%); y en torno a un 11% de chicos y de chicas dicen haber iniciado a edades más tempranas entre los 10 y 14 años (Ayuso, 2021)

Gráfico 196. Porcentaje de jóvenes de 18 a 34 años, según la edad en su primera relación sexual, por sexo Andalucía (2021)



Fuente: Encuesta: "Jóvenes andaluces 2021". Centro de Investigación Social Aplicada (CISA). Universidad de Málaga. Andalucía 2021.

En el trabajo reciente del Instituto de las Mujeres (2022)se señala como dato preocupante que más de la mitad de las jóvenes españolas (58%) declaran tener relaciones sin deseo sexual o por compromiso, y un 38% de chicas dicen no estar satisfechas con sus relaciones sexuales en pareja, lo que podría apuntar cómo la priorización del deseo sexual masculino, puede afectar negativamente el bienestar de las mujeres. En Andalucía, el 12% de las mujeres adultas y el 11% de los hombres señalan que sus relaciones sexuales no son satisfactorias, aumentando la brecha de género favorable a las mujeres a partir de los 55 años (Encuesta Andaluza de Salud, 2023).

La imagen tradicional de la mujer entregada y sólo encaminada a dar afecto y complacer (parte de los valores del sistema tradicional de género), está siendo reemplazada por una imagen hipersexualizada y erótica de las mujeres (y niñas, ya desde la infancia), que persigue construir un ideal de feminidad más moderno, empoderado y autónomo. Sin embargo, algunos datos muestran que, a pesar de una mayor visibilidad de la sexualidad de las mujeres, tal ideal no parece estar suplantando la subordinación femenina en relaciones heterosexuales. El doble estándar esperado en las mujeres ("sexys aunque no demasiado sexuales") tiene múltiples riesgos para su salud y bienestar, a la par que resulta un beneficio para la masculinidad dominante, como muestran los datos de hombres heterosexuales que ahora inician relaciones sexuales de forma más accesible, tienen mayor nivel de actividad sexual con diferentes personas y participan en mayor medida en relaciones sexuales casuales (Blanco et al, 2022).

Respecto al tipo de parejas sexuales en Andalucía, según Ayuso et al. (2021), la mayoría de jóvenes informa tener relaciones sexuales con su pareja afectiva (83%); un 8% dicen que con una sola persona que no es su pareja; un 5% dice con distintas personas; y un 4% informa haber tenido relaciones con la pareja y ocasionalmente con otras personas.

Y en cuanto a la forma de buscar pareja y/o sexo, junto a otros medios tradicionales (a través de amigos/amigas, en lugares de ocio, etc.), un 61% de chicos y un 53% de chicas de 18 a 34 años dicen usar internet "para ligar" (Ayuso, 2021). El uso de las tecnologías de la información y comunicación es ya central en el ámbito sexual de la población. Según Ayuso (2021), el 37% de personas de 18 a 34 años practican sexting en Andalucía (intercambio de conversaciones, imágenes y contenidos sexuales a través de mensajería instantánea o redes sociales). Entre la población más joven, lo hace un 4% de chicos y un 2% de chicas de 11 a 18 años. Sobre todo, chicos de 13 a 16 años y chicas de 15 a 18, y más frecuente en jóvenes con capacidad adquisitiva familiar baja (Moreno et al, 2020). En un trabajo reciente de ámbito nacional se reconocen algunos beneficios del cibersexo como forma de relación accesible, así como inconvenientes relacionados con su uso incontrolado y patrones adictivos (Castro-Calvo et al, 2020).

Entre las actividades de "cibersexo en solitario", cabe destacar el consumo de pornografía, hoy por hoy muy extendido independientemente del sexo y la edad. Según Save the Children (2020), el 88% de chicos y el 33% de chicas de 13 a 17 años han visto pornografía, y un 34% dicen consumirla más de lo que les gustaría. Más chicos que chicas en Andalucía dicen haber imitado alguna escena de videos pornográficos (51% y 33% respectivamente). Y, al contrario, son más las chicas que los chicos quienes están muy de acuerdo en que los contenidos del porno a veces son violentos (46% y 20% respectivamente). Al respecto del consumo precoz de pornografía, el Informe del Defensor del Menor en Andalucía (2019) destaca que: 1) un 71% de jóvenes reconoce que en los últimos cinco años ha mirado pornografía; 2) la edad media de inicio de visualización es de 14 años con un rango inferior de 8 años; 3) los chicos comienzan a mirar porno a edades inferiores a las chicas; 4) ven porno para masturbarse (44%), por curiosidad (40%) y para aprender (25%); 5) Un 27% acceden buscando en internet, y un 15% lo encuentran "de manera fortuita";

6) El 59% solo lo mira ocasionalmente o alguna vez a la semana, y un 8% de jóvenes, una o más veces al día. Respecto a las consecuencias del consumo pornográfico, se conoce que puede crear expectativas irreales y creencias erróneas sobre la sexualidad; normaliza y favorece la violencia sexual, aumenta conductas sexuales de riesgo; afecta la satisfacción sexual y las relaciones sexuales directas y puede generar adicción afectando a la salud y la vida cotidiana (Asociación Dale Una Vuelta; Román García et al, 2021).

Existen numerosos retos en materia de educación sexual, sobre todo considerando los importantes vacíos al respecto en el ámbito familiar. Entre los temas que las familias hablan con sus hijos e hijas, la sexualidad es el aspecto referido con menos frecuencia (21% de jóvenes lo refieren), priorizándose temas como el trabajo o los estudios (73%); las relaciones personales (54%); la diversión y el tiempo libre (52%) y las drogas (24%) (Ayuso, 2021).

El consumo de drogas en relación con las relaciones sexuales es un tema de importante preocupación social y sanitaria, en la medida en que muchos encuentros bajo los efectos de las drogas conducen a prácticas sexuales sin protección o mal uso de métodos (Burgos-Jiménez et al, 2020), entre otros numerosos riesgos como abusos sexuales y violencia, sobre todo hacia las mujeres (ver violencia sexual en capítulo de Violencia de género).

Cabe señalar que el consumo sexualizado de drogas ha crecido entre hombres gais, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres. El Chemsex, o consumo recreativo de drogas (popper, cocaína, MDMA, drogas inyectables, etc.) para mantener relaciones sexuales durante periodos prolongados de tiempo (desde horas hasta varios días), tiene una prevalencia aún imprecisa en España. Se han referido cifras entre el 29% y el 77% en subgrupos de hombres que tienen sexo con hombres en Madrid (Ministerio de Sanidad, 2020). En la encuesta EMIS-2017 de hombres españoles que mantienen relaciones sexuales con hombres se identificaba que entre quienes se inyectaban esteroides anabólicos, el 54% había utilizado una aguja o jeringa previamente usada por otra persona, y entre quienes habían consumido drogas estimulantes para tener relaciones, el 51% lo hicieron con más de un hombre (trío o grupo) (Ministerio de Sanidad, 2020). Este fenómeno chemsex genera consecuencias negativas asociadas a las sustancias consumidas, además de consecuencias sociales y psicológicas y un aumento de infecciones de transmisión sexual (Sánchez-Sánchez, 2023).

Diversidad sexual

La identidad sexual de una persona se definir a partir de su orientación sexual e identidad de género, como construcciones sociales no directamente relacionadas. La identidad de género hace referencia a los roles con los que se identifica alguien, independientemente de haber nacido con un sexo u otro. Y, la orientación sexual hace referencia a la atracción hacia otra persona (de otro sexo, del mismo sexo, de ambos, o quizás de nadie -asexualidad-). La sociedad ha pautado históricamente normas y valores sobre la atracción y sobre los aspectos identitarios y relacionales, y aún hoy se margina a quienes no siguen éstas, mediante actitudes de desprecio y agresiones directas o encubiertas (Maroto Navarro y Luque Martín, 2020).

La autoaceptación de la propia identidad sexual y la posibilidad de vivir ésta sin discriminación, coacción, ni violencia, son requisitos imprescindibles para el logro de la salud de toda persona. Cuando los entornos son contrarios al reconocimiento libre de la diversidad sexual, es más probable desarrollar

homofobia/transfobia internalizada, y sufrir las consecuencias del rechazo y la estigmatización afectándose la salud mental (Instituto de la Juventud, 2021).

En Andalucía el 72% de jóvenes de 18 a 34 años se define heterosexual, el 9% bisexual, el 6% homosexual y un 1% asexual, entre otras. Por sexo, un mayor porcentaje de chicos indican homosexualidad y más chicas apuntan la bisexualidad (Ayuso, 2021). La edad es un factor importante en relación con la manifestación de la orientación sexual. Socialmente ha ido aumentando progresivamente el número de personas que se manifiestan como no heterosexuales, por una mayor tolerancia hacia la diversidad y una mayor socialización de las generaciones más jóvenes en la libertad afectivo-sexual. Los miembros de la generación Z (personas nacidas entre 1998 y 2010) tienen el doble de probabilidades que los millennials (1980-1998) y cuatro veces más que los de la generación X (1965-1979) de identificarse como bisexuales, pansexuales/omnisexuales y asexuales (Ipsos, 2023).

En cuanto a la diversidad de identidades de género, en el ámbito nacional se identifica un 3% de jóvenes de 16 a 25 años que no se reconocen en el género asignado en función del sexo al nacer. (Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva de la Sociedad Española de Contracepción, 2019).

Se apunta una mayor naturalización social de la diversidad sexual. Más la homosexualidad entre chicas que entre chicos, y más la homosexualidad frente la bisexualidad y la pansexualidad, siendo menos abierta la comprensión de la diversidad de género. Esto sitúa a las personas que así se expresan en una situación de mayores riesgos de salud (Ministerio de Sanidad, 2019).

Respecto a las actitudes de rechazo, en Andalucía se ha identificado un 12% de jóvenes que no están de acuerdo en "El matrimonio entre personas del mismo sexo" o en que "Las personas homosexuales puedan adoptar o acoger niños/as" (Ayuso, 2021). Y en cuanto a agresiones directas, en el año 2023, Andalucía fue la comunidad autónoma con mayor número de delitos de odio por razones de orientación sexual e identidad de género, con 79 casos registrados (20 en Málaga, 19 en Sevilla, 11 en Granada, 9 en Cádiz, 8 en Huelva, 5 en Jaén, 4 en Almería y 3 en Córdoba). El total de estos casos suponen el 24% del total de delitos de odio por otras razones (racismo, discapacidad, etc.), (Ministerio del interior, 2023).

La protección del derecho a la libertad sexual se hace efectiva a nivel sanitario a través de la respuesta a las demandas ciudadanas en la atención trans específica integrada en el Sistema Sanitario Público Andaluz. Ahora bien, junto a esta atención, se hace necesario erradicar numerosas discriminaciones que generan desigualdades en salud, visibilizando, considerando y cuidando transversalmente la diversidad sexual en las consultas sanitarias de cualquier especialidad. También es imprescindible abordar las necesidades específicas de salud sexual y salud reproductiva que se puedan derivar de la propia identidad sexual en intersección con otras características (edad, diversidad funcional, ser migrante...).

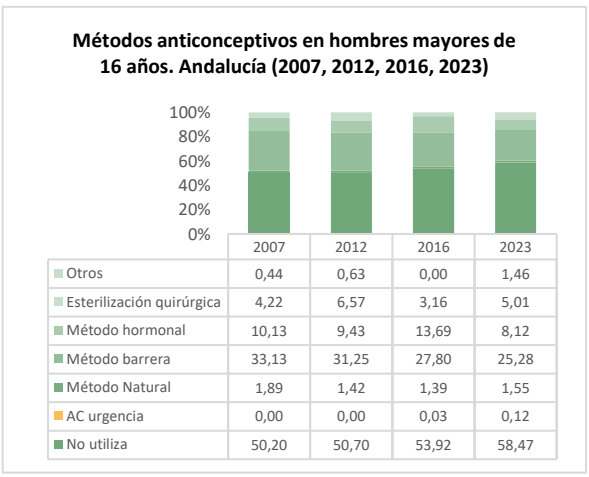
Conductas preventivas informadas por la población andaluza

En la actualidad se ha señalado un descenso en el uso de protección en las relaciones sexuales, una percepción de invulnerabilidad frente a infecciones de transmisión sexual (ITS) en prácticas sexuales entre chicas, y la práctica frecuente del barebacking o sexo sin protección en hombres que tienen sexo con hombres, como forma de "liberación gay" o manifestación de una masculinidad hipersexual (Gómez-Bueno y cols, 2022). Según la encuesta EMIS-2017 (Ministerio de Sanidad, 2020), "el 73,3% de hombres con pareja estable no utiliza siempre el condón en prácticas de penetración anal, ni el 60,4% entre parejas ocasionales masculinas".

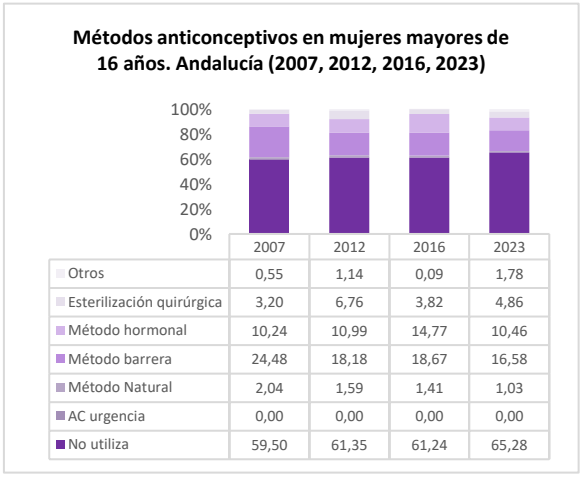
En relaciones heterosexuales, el uso del preservativo parece sustituirse por la "marcha atrás" o la anticoncepción hormonal. La lógica de cuidarse que tienen las mujeres (de embarazos no deseados más que de ITS), las lleva a intentar negociar métodos de protección en los primeros encuentros, para después dejarse llevar confiando en el otro (Gómez Bueno et al, 2020).

Según la Encuesta Andaluza de Salud (2023), el 62% de la población mayor de 16 años afirma no utilizar ningún método anticonceptivo en sus relaciones sexuales, habiendo aumentado en 7 puntos porcentuales desde el año 2007 (55%). El método de barrera es el elegido con mayor frecuencia en 2023 (21%), aunque disminuyó 3 puntos porcentuales desde el año 2016. Al contrario, aumentaron las esterilizaciones quirúrgicas. Por sexo, es mayor el porcentaje de mujeres que no utiliza métodos anticonceptivos (65%) que hombres (59%). Más hombres que mujeres dicen utilizar métodos barrera (25% y 17%, respectivamente).

Gráfico 197. Métodos anticonceptivos. Andalucía.



	2007	2012	2016	2023
Otros	0,44	0,63	0,00	1,46
Esterilización quirúrgica	4,22	6,57	3,16	5,01
Método hormonal	10,13	9,43	13,69	8,12
Método barrera	33,13	31,25	27,80	25,28
Método Natural	1,89	1,42	1,39	1,55
AC urgencia	0,00	0,00	0,03	0,12
No utiliza	50,20	50,70	53,92	58,47



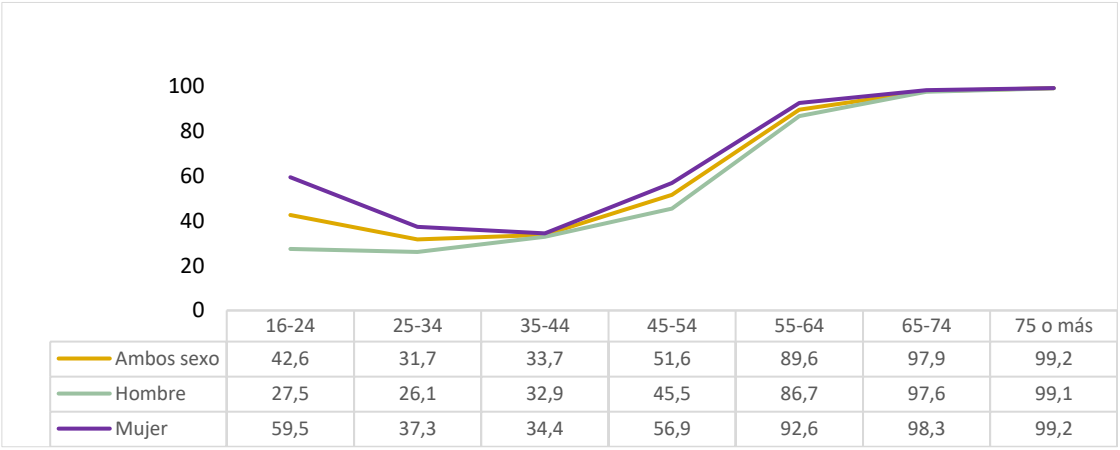
	2007	2012	2016	2023
Otros	0,55	1,14	0,09	1,78
Esterilización quirúrgica	3,20	6,76	3,82	4,86
Método hormonal	10,24	10,99	14,77	10,46
Método barrera	24,48	18,18	18,67	16,58
Método Natural	2,04	1,59	1,41	1,03
AC urgencia	0,00	0,00	0,00	0,00
No utiliza	59,50	61,35	61,24	65,28

Fuente: Encuesta Andaluza de Salud, 2023

Por edad, hay un aumento considerable del no uso de métodos a partir de los 45-54 años (52%). Las brechas de género son mayores y desfavorables para las mujeres en tal franja de edad, con 11 puntos de diferencia con los hombres, y sobre todo en las edades más jóvenes, con más del doble de puntos diferenciales entre los 16 y 24 años (60% mujeres y 26% hombres), y 11 puntos de diferencia de los 25 a los 34 (37% mujeres y 26% hombres).

Por nivel educativo, situación laboral y económica, se observa un menor uso de métodos anticonceptivos en población con estudios primarios (87%), que no ha trabajado (65%) y que presenta dificultad para llegar a fin de mes (65%), confirmándose así que el acceso a la utilización de métodos anticonceptivos es otro factor más de desigualdad entre la población andaluza.

Gráfico 198. Porcentaje de población que no utiliza ningún método anticonceptivo por grupo de edad y sexo. Andalucía 2023



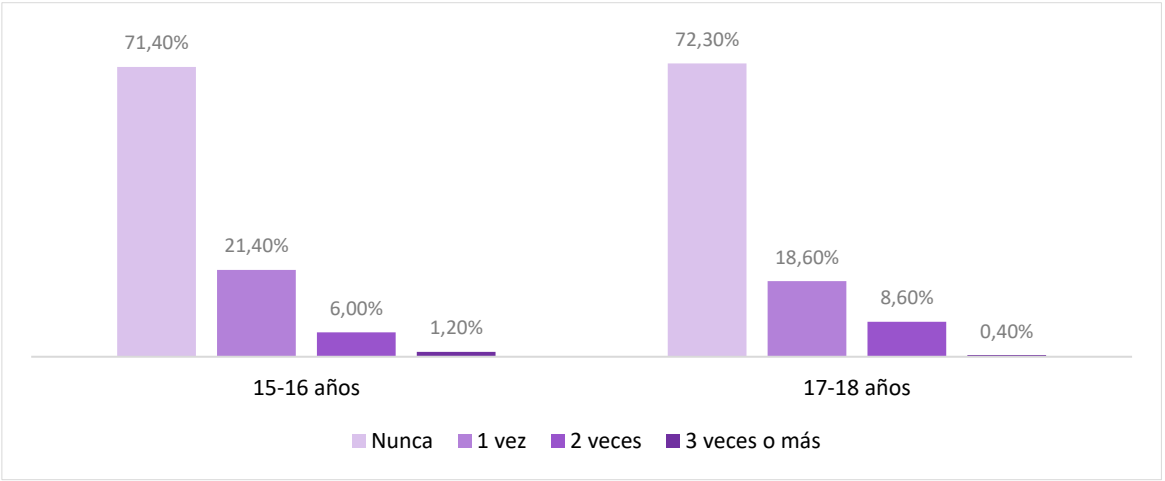
	16-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75 o más
Ambos sexo	42,6	31,7	33,7	51,6	89,6	97,9	99,2
Hombre	27,5	26,1	32,9	45,5	86,7	97,6	99,1
Mujer	59,5	37,3	34,4	56,9	92,6	98,3	99,2

Fuente: Encuesta Andaluza de Salud (2023)

En cuanto a la población más joven, el estudio Save the Children (2020) refiere que un 16% de adolescentes de 13 a 17 años dice no usar protección nunca o casi nunca en sus relaciones sexuales "completas", y un 7% señala que sólo lo usa alguna vez.

Respecto a la decisión ante un embarazo no buscado, se ha informado que el 42% de jóvenes de 18 a 34 años deciden continuar con el embarazo, en mayor medida las mujeres (44%) frente a los hombres (40%) (Ayuso, 2021). Un 28% de chicas informa haber utilizado alguna vez "la píldora del día después". Un 19% dijo haberla tomado 1 vez, el 8% 2 veces, y el 1% de chicas la usaron 3 veces o más. El 29% de chicas hicieron uso de ésta a los 15-16 años, y el 28% a los 17-18. Es más frecuente su empleo entre quienes tienen capacidad adquisitiva familiar media (29%) o alta (24%) (Moreno et al, 2020).

Distribución de la frecuencia de uso de la "píldora del día después" en chicas de 15 a 18 años. Andalucía (2021)



Fuente: Estudio Health Behaviour in School-aged Children (HBSC-2018) en Andalucía

Infecciones de transmisión sexual

A nivel mundial existe una preocupación importante por el aumento de las Infecciones de Transmisión Sexual en los últimos años. En Andalucía, como en el resto de España, es similar esta situación de incremento significativo. Según el Servicio de Vigilancia Epidemiológica de la Consejería de Salud y Consumo (2024), "De enero a junio de 2023, respecto al mismo periodo de 2022, se incrementaron las Clamidias un 92,9%; Gonococo un 74,7%; Herpes un 69,1%; Linfogranuloma Venéreo un 214,3% y Sífilis un 74,6%. El incremento global medio es 82%". En 2023 se registraron 142,5 casos de ITS por 100.000 habitantes. Por provincias, Sevilla, Cádiz y Granada encabezan las tasas más altas. Por sexo, el Plan Andaluz de ITS, VIH y SIDA informa: Sífilis (8,6 casos en hombres por cada caso en una mujer); Infección gonocócica (4,8 hombres por 1 mujer); Chlamydia Trachomatis (1,6 en hombres por 1 mujer); Linfogranuloma venéreo (100% de casos en hombres); Herpes Genital (1,8 en mujeres por 1 hombre).

Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)

En el periodo 2013-2023 se han registrado 7.171 nuevos diagnósticos de VIH, con una tendencia a la estabilización de las tasas de incidencia. No obstante, cabe destacar un descenso en 2020 y 2021 y un ascenso posterior en 2022. Tales cambios pueden explicarse por retrasos en el diagnóstico y su posterior recuperación en la pandemia por COVID-19.

Durante el periodo observado, el número de casos y tasas es mayor en hombres que en mujeres y el grupo etario con mayores tasas es el de 25 a 29 años.

La vía sexual es el mecanismo de transmisión predominante, con la mayor parte de los casos asociados a transmisión sexual HSH (hombres que tienen sexo con hombres).

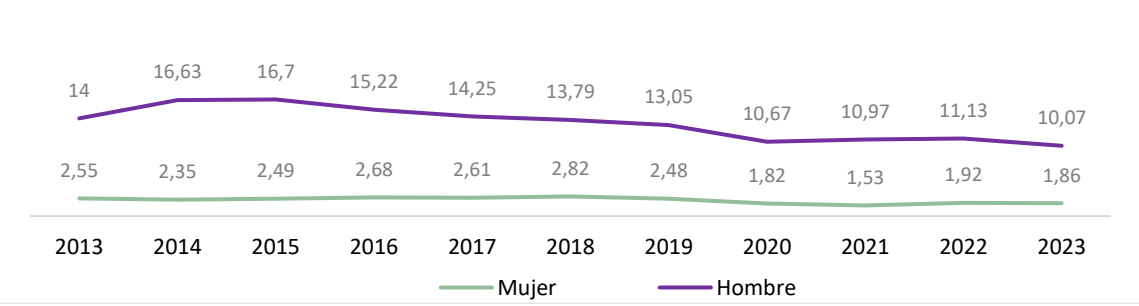
Tabla 52. Número de casos de VIH por sexo y año. Andalucía (2013-2023)

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Total
Hombre	584	690	692	630	589	570	541	445	459	467	426	6093
Mujer	109	100	106	114	111	120	106	78	66	83	81	1074
Ambos sexos	693	790	801	745	700	690	647	523	525	550	507	7171

Fuente: Elaboración propia con datos del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía (2024)

La tasa máxima en hombres se observa en 2015 y la mínima en 2023. La máxima en mujeres se observa en 2018 y la mínima en 2021, con un incremento posterior en 2022 y 2023.

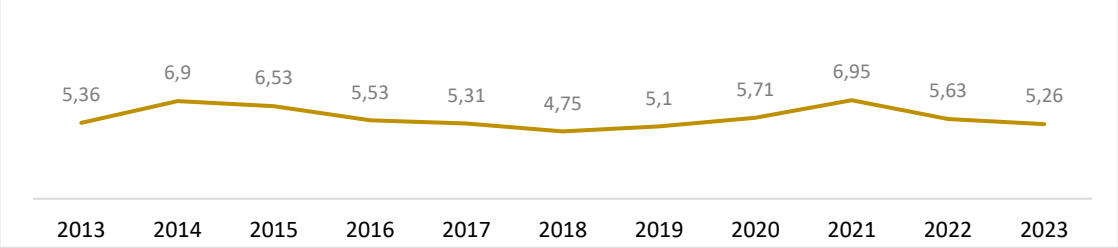
Gráfico 199. Evolución de tasas de incidencia de nuevos diagnósticos de infección por VIH por 100.000 hab., según sexo Andalucia (2013-2023)



Fuente: Elaboración propia con datos del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía (2024)

La razón hombre/mujer disminuye entre 2014 y 2018. Posteriormente tiene lugar un incremento de 2 puntos hasta 2021, con otro descenso posterior que corresponde al incremento de casos en mujeres. En 2023 hay 5,3 casos en hombres por cada caso en mujer.

Gráfico 200. Razón hombre/mujer de los casos de VIH. Andalucía (2013-2023)



Fuente: Elaboración propia con datos del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía (2024)

En 2023 se notificaron 507 nuevos casos (5,9 casos por 100.000 habitantes). El 34,9% corresponde a personas nacidas fuera de España. Los hombres representan el 84% de los casos. La mediana de edad es de 36 años en hombres (rango 15-80) y 41 en mujeres (rango 10-68). El mecanismo de transmisión más frecuente en los hombres fue el HSH (55%) y en mujeres la relación heterosexual (57%). Los hombres presentan tasas más altas que las mujeres en todas las provincias. En Huelva, Málaga y Sevilla se observan las tasas más altas en hombres. En el caso de las mujeres, las tasas son más altas en Almería, Cádiz y Córdoba.

Gráfico 201. Número de nuevos diagnósticos de infección por el VIH y tasas por 100.000 hab., por provincia y sexo. (Andalucía, 2023)

	Hombre		Mujer		Totales	
	Casos	Tasas 10^5	Casos	Tasas 10^5	Casos	Tasas 10^5
Almería	35	9,1	16	4,4	51	6,8
Cádiz	61	9.9	15	2.4	76	6.1
Córdoba	33	8.7	8	2.0	41	5.3
Granada	32	6.9	7	1.5	39	4.2
Huelva	33	12.5	4	1.5	37	6.9
Jaén	14	4.6	2	0.6	16	2.6
Málaga	104	12.1	15	1.7	119	6.8
Sevilla	114	11.9	14	1.4	128	6.5
Andalucía	426	10.1	81	1.9	507	5.9

Fuente: Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía (2024)

Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)

Desde 1981 a 2023 el número de casos acumulados de SIDA en Andalucía asciende a 13.109, representado la tercera comunidad autónoma con mayor prevalencia en España (16%). El mecanismo de transmisión más frecuente en ambos sexos fue el de personas que se inyectan drogas (PID) (63%). La transmisión heterosexual es mayor en las mujeres (39,9%) que en los hombres (11,6%). Entre los hombres, el segundo modo de transmisión es HSH (14%).

Tabla 53. Número de casos de SIDA, por modo de transmisión y sexo. Andalucía (1981-2023)

	Hombre		Mujer		Totales	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
HSH	1.521	14,0	--	--	1.521	12
Heterosexual	1.261	11,6	909	39,9	4.446	17
PID	7.126	65,8	1.104	48,5	8.230	63
Materno-Infantil	64	0,6	65	2,9	129	1
Hemoderivados	143	1,3	14	0,6	157	1,2
Transfusión	26	0,2	25	1,1	51	0,4
Desconocido/N.C.	692	6,4	159	7,0	851	
Total	10.833	82,6	2.276	17,4	13.109	100

Fuente: Registro Nacional de Casos de SIDA. Dirección General de Salud Pública y Equidad en Salud. Sistemas Autonómicos de Vigilancia Epidemiológica. Ministerio de Sanidad. 2024

En el año 2023, se han notificado en Andalucía 67 casos de VIH en fase SIDA (una tasa de 0,8 casos por 100.000 habitantes). El 76,1% son hombres, siendo la razón hombre/mujer de 3,2. La mediana de edad es de 43 años para los hombres y de 46 años para las mujeres.

En la última década, la mayoría de los casos tuvieron como mecanismo de transmisión las relaciones HSH, superadas en 2013, 2014 y 2016 por las relaciones sexuales heterosexuales.

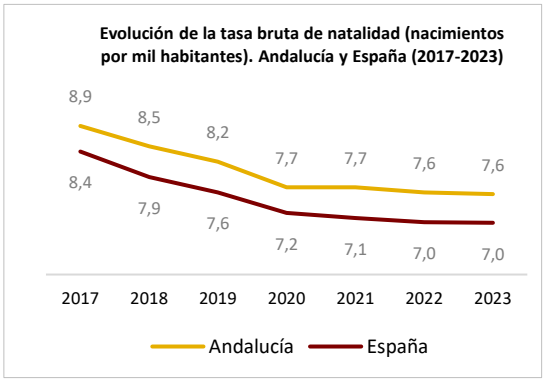
Las cifras de ITS apuntan un problema de salud pública (más frecuente en hombres, según tipología), pero, en cualquier caso, atravesado por riesgos de carácter social y de género. Debe tenerse en cuenta la mayor vulnerabilidad biológica de las mujeres ante la transmisión de ITS (relacionada con las características genitales y de los tejidos, sobre todo a edades más tempranas), la mayor vulnerabilidad sexual (relacionada con la mermada capacidad de decisión de las mujeres en las relaciones o mayor probabilidad de vivir situaciones indeseadas) y la mayor vulnerabilidad social teniendo en cuenta la feminización de la pobreza y la violencia y su influencia en la exposición a situaciones de explotación y/o de baja protección.

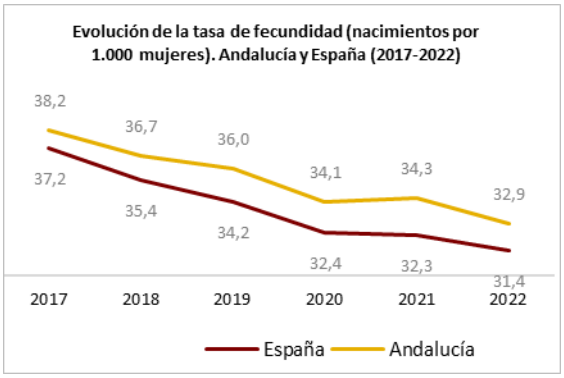
Natalidad y fecundidad

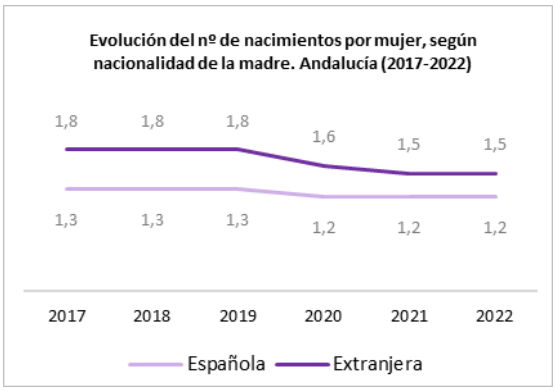
En materia reproductiva, el número de nacimientos en Andalucía tiene una tendencia descendente, como en el resto de España. En 2023, la tasa bruta de natalidad (TBN) es de 7,6 nacidos por 1.000 habitantes, casi un punto por encima de la tasa nacional (6,9). Las tasas más altas corresponden a Almería (9,5) y Huelva (7,9), seguidas de Sevilla y Córdoba (7,8), Granada (7,6), Málaga y Jaén (7,2) y Cádiz (6,9). Las mujeres extranjeras tienen TBN más altas respecto a las españolas, con 12,1 nacimientos por 1.000 habitantes y 6,9, respectivamente, en el año 2022.

Igualmente, hay una disminución de la tasa general de fecundidad (TGF), pasando del 2017 al 2022, de los 38,2 nacimientos por 1.000 mujeres en edad fértil, a 32,9, (5,3 puntos menos). Por otro lado, las mujeres españolas presentan TGF mucho más bajas (aproximadamente 10 puntos menos) que las extranjeras (31,7 vs 42,7) en el año 2022.

El número medio de nacimientos por mujer en Andalucía también ha descendido, siendo en 2022 1,2 por mujer. Las mujeres extranjeras tienen más hijos o hijas que las españolas (1,5 y 1,2 respectivamente). Las mujeres andaluzas de origen nacional los tienen con una mayor edad media que las de origen extranjero (28 años y 31,2 años, respectivamente).



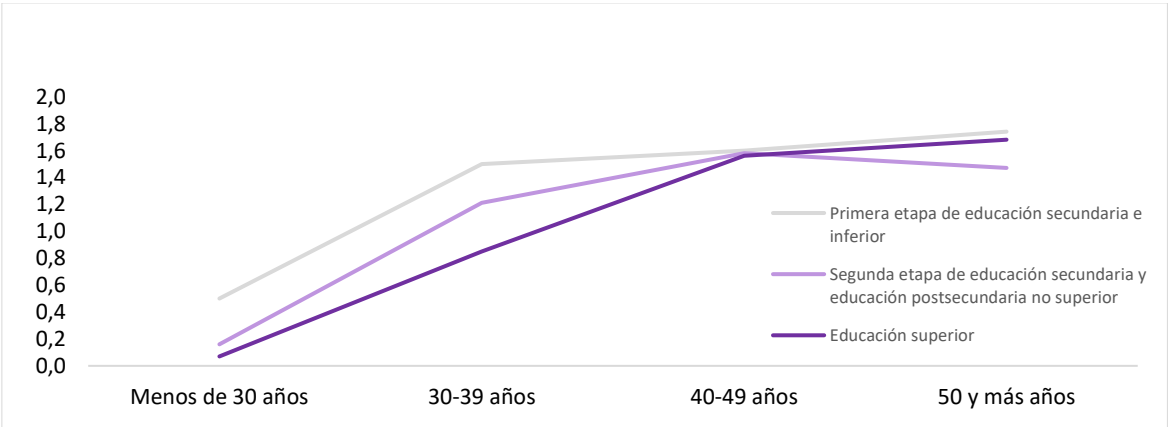




Fuente: Instituto Nacional de Estadística 2024

A partir de los 30 años, las mujeres residentes en el área urbana tienen menos hijos e hijas que las del área rural, así como las mujeres con nivel de estudios superior tienen menos que las mujeres con nivel de estudios primarios y/o secundarios, aunque a partir de los 40 años el número de hijos e hijas aumenta entre las mujeres con educación superior.

Gráfico 202. Número medio de hijos por mujer según nivel de estudios alcanzados y edad. Andalucía (2022)



Fuente: Instituto Nacional de Estadística. 2024

En Andalucía muchas familias no cuentan con ingresos suficientes para cubrir el coste de la crianza. El informe Save the Children (2024) señala muy recientemente que el coste de criar ha subido un 13% respecto al año 2022, llegando a 758 euros de media. Y aunque ya en el año 2022 se señalaba que tal coste es hasta 27,8% más barato en Andalucía que en otras comunidades autónomas, el 28,5% de niños y niñas en Andalucía, se encuentran en riesgo de pobreza o exclusión. El incremento en la cifra de carencia material severa en la infancia pocas veces antes se había visto en el pasado reciente andaluz (5,9% en 2020; 9,3% en 2021).

La factura de criar a un niño o niña disuade a buena parte de quienes quieren ser padres o madres, pero no pueden afrontar el elevado coste. La tendencia descendente de la natalidad en España y Andalucía desde los años setenta, y sobre todo en las últimas décadas, se ha explicado por razones económicas y pocas ayudas a las familias durante la crianza, así como por el elevado desempleo, por condiciones laborales poco flexibles, o dificultades de acceso a vivienda. No obstante, se ha argumentado que junto a estas razones cabe indagar más acerca de otros factores clave como es la ausencia de corresponsabilidad en la crianza infantil (Sánchez-Marcos, 2023; Maroto-Navarro, 2020). Falta evaluar las políticas de apoyo a la crianza vigentes, para robustecer éstas en aras de un impulso positivo de la natalidad andaluza.

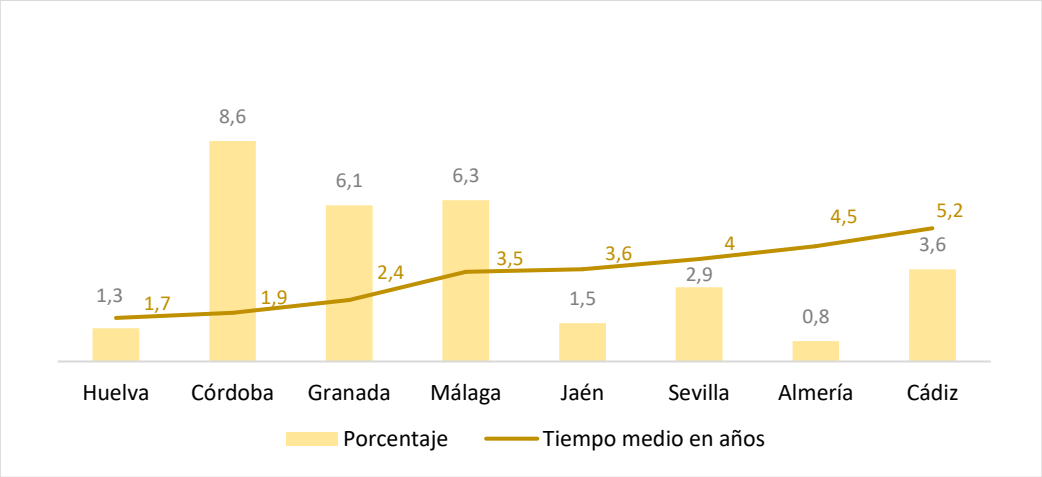
Fertilidad

A causa del aumento de la edad de la maternidad, cada vez son más las mujeres que acuden a clínicas de reproducción asistida para someterse a diferentes tratamientos. Y también son más las mujeres que en edad fértil no pueden permitirse un embarazo por diferentes motivos y acuden a crio preservar sus óvulos para poder utilizarlos en un futuro (Ayuso et al., 2023).

En Andalucía se calcula que 1 pareja por año y por cada 1.000 habitantes consultará por esterilidad, es decir, unas 8.500 parejas nuevas al año. Según la última Encuesta Andaluza de Salud (2023), el 4,1% de personas que buscan un embarazo dice haber tenido dificultades para conseguirlo, en mayor porcentaje la población de 35 a 44 años, sin diferencias significativas entre hombres y mujeres. En el grupo de 25 a 34 años, la estimación de la brecha de género asciende a un 16,6% más de mujeres que de hombres que expresan dificultades de embarazo. La prevalencia es mayor en población con estudios universitarios (7,2%), siendo las mujeres universitarias las que informan dificultades en mayor porcentaje, con una brecha de género del 19,9%. Los hombres con estudios secundarios tienen mayor prevalencia en relación a las mujeres del mismo nivel de estudios (-23,9% de brecha de género). Y por provincias, Córdoba, Málaga y Granada presentan las prevalencias mayores (8,6%, 6,3% y 6,1% respectivamente).

El tiempo medio en conseguir un embarazo entre quienes señalaron dificultades fue 3,2 años, aumentando esta cifra con la edad. En el grupo de 25 a 34 años tardaron por término medio 0,9 años en conseguir un embarazo, 2,6 años en el grupo de 35 a 44, y hasta 4,9 años de los 45 a 54. Mujeres y hombres con estudios universitarios informan menos tiempo medio en conseguir un embarazo (2,5 y 1,8 años respectivamente) en comparación con las mujeres con estudios primarios (3,6 años) o secundarios (4,2 años) y los hombres con nivel de estudios secundarios (3,7 años). La población de Cádiz tarda 5,2 años en conseguir un embarazo, dos puntos más que la media andaluza, siendo la provincia con mayor tiempo medio seguido de Almería y Sevilla.

Gráfico 203. Porcentaje de población mayor de 16 años con dificultad para conseguir un embarazo y tiempo medio (años) en conseguirlo, por provincias. Andalucía (2023)



Fuente: Encuesta Andaluza de Salud (2023). Consejería de Salud y Consumo. Junta de Andalucía.

Las mujeres con dificultades para llegar a fin de mes tardan más tiempo en conseguir un embarazo (4,3 años) que quienes tienen facilidades económicas (2,4 años). Y al contrario, los hombres con más dificultades para llegar a fin de mes informan una media de tiempo menor en conseguir un embarazo (1,4 años) respecto a quienes tienen facilidades (4,4 años).

Como apuntan los datos, el acceso a un embarazo se ve mediado por condicionantes biológicos como la edad, así como también por otros determinantes como el nivel educativo y la capacidad económica de la población, lo que vislumbra inequidades potencialmente mejorables. En la actualidad, ante los numerosos y rápidos cambios socioculturales, de estilos de vida y salud de la población, los avances tecnológicos en el ámbito de la reproducción, dan respuesta a dificultades biológicas y nuevas demandas y exigencias sociales. Ahora bien, los procedimientos artificiales para la procreación, además de conllevar compromisos éticos y legales, generan un debate amplio e inacabado aún sobre la capacidad lucrativa de instituciones privadas y el papel de las mujeres (y personas que menstrúan y tienen útero). Desde diferentes enfoques de género, algunas controversias se sitúan entre la posibilidad de agencia que tienen ahora las mujeres para poder decidir sobre sus cuerpos, su autonomía y sus tiempos (postergando la maternidad o accediendo a ella sin necesidad de pareja), y, la opresión social para que sigan reproduciéndose a pesar de las dificultades, continuando un sistema desigual de cuidados y asumiendo los costes en sus cuerpos y en su salud.

Embarazo, parto y postparto

Violencia obstétrica

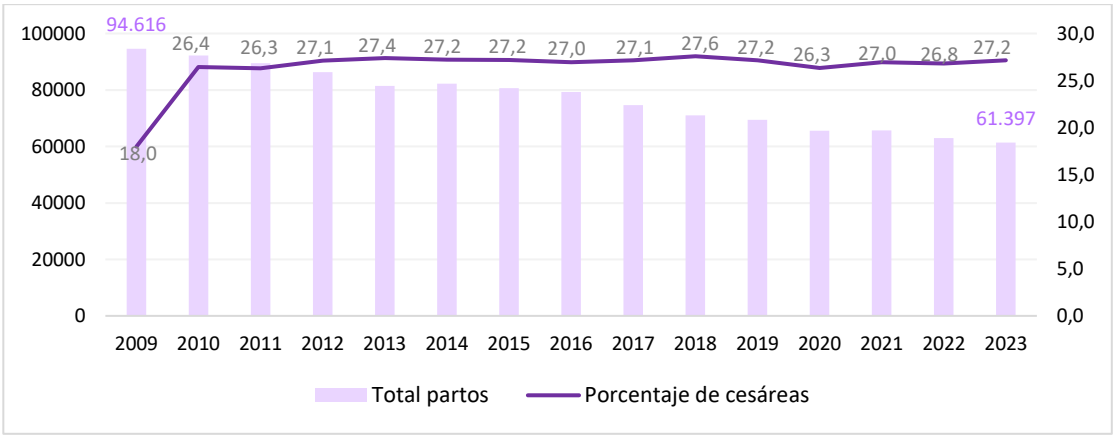
La violencia obstétrica es un tipo de violencia de género que expresa la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres en el ámbito sanitario, con un trato deshumanizador, abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, y que conlleva la pérdida de la capacidad de decidir libremente sobre el propio cuerpo, todo ello con un impacto negativo en la calidad de vida que puede llegar a ser grave afectando a la salud física y emocional del binomio madre-bebé a corto y largo

plazo (Bellón-Sánchez, 2015). La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha caracterizado como violaciones de los derechos humanos cualquier forma de cuidado irrespetuoso y abusivo durante el parto, la denegación de la atención y medicación o utilización de medidas coercitivas y procedimientos médicos no consentidos, como los que se imponen a las mujeres como rutina sin fundamento científico (Iglesias y col, 2019).

Desde el año 2007, el Ministerio de Sanidad a través de la Estrategia de Atención al Parto Normal, y la Consejería de Salud y Consumo en Andalucía, a través del Proyecto de Humanización de la Atención Perinatal, se planteó la necesidad de mejorar la calidad de la atención al parto desde un modelo más natural con enfoque de género, que implicaba analizar las rutinas hospitalarias para transformar una atención tecnocrática que despojaba a las mujeres de cualquier decisión. Se pretendía disminuir las intervenciones innecesarias y complicaciones asociadas y, promover la satisfacción del proceso desde la autonomía de las mujeres (Aceituno-Velasco, 2014).

En Andalucía, aun cuando hay una disminución del número de partos del año 2009 a 2023, se observan elevados porcentajes de cesáreas, por encima de la recomendación de la OMS (15%). El porcentaje de cesáreas ha pasado del 18% en 2009 al 27,2% en 2023, una de las cifras más altas de la serie, sólo por debajo de lo registrado en 2013 y 2018.

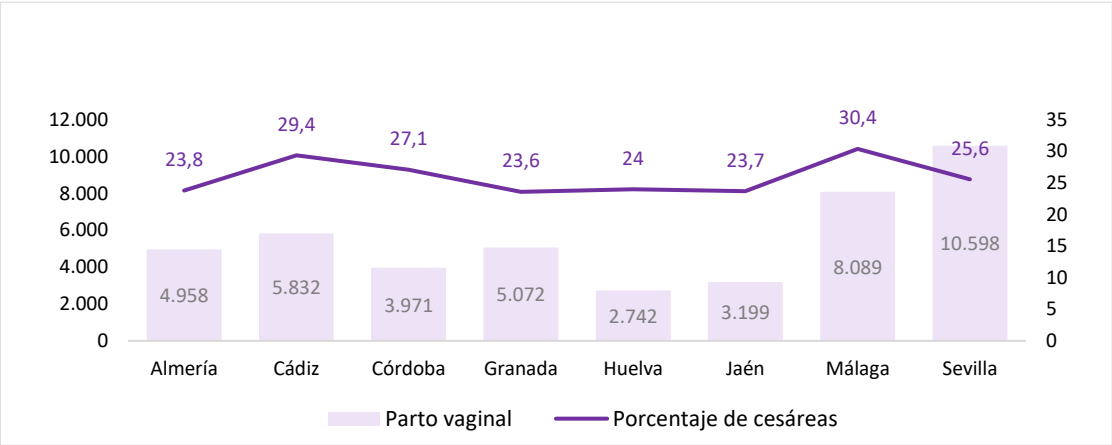
Gráfico 204. Evolución del número de partos y porcentaje de cesáreas. Andalucía (2009-2023



Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto Nacional de Estadística. 2024

En el año 2023, todas las provincias superan el nivel recomendado por la OMS, siendo Málaga, Cádiz, y Sevilla las que registran el mayor número de partos por cesárea con un 30,4%, 29,4% y 25,6% respectivamente (Instituto Nacional de Estadística, 2024).

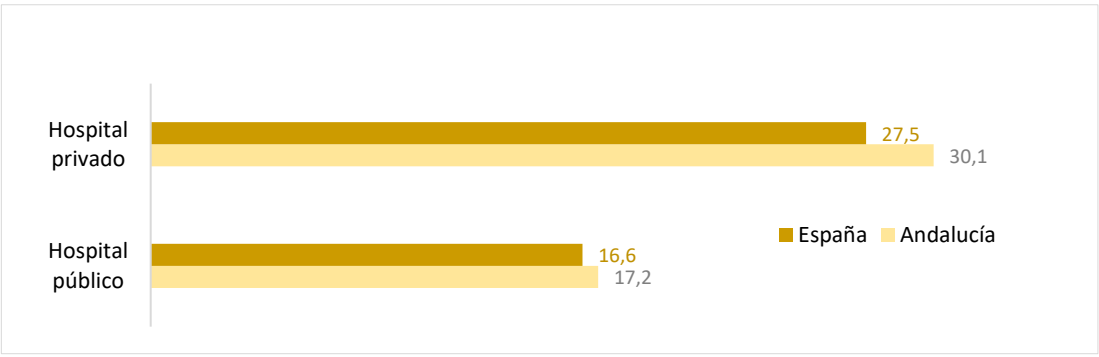
Gráfico 205. Número de partos vaginales y porcentaje de cesáreas por provincias. Andalucía (2023)



Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto Nacional de Estadística. 2024

Por otro lado, la OMS también recomienda no superar el 15% de partos instrumentales y en este aspecto, en Andalucía se alcanza el 17,2% en los hospitales públicos, aproximadamente un punto porcentual por encima de la media nacional, sin llegar a ser la comunidad con mayor porcentaje. En cambio, según los datos del Ministerio de Sanidad, los hospitales privados andaluces informan el 30,1% de partos instrumentales, casi tres puntos por encima de la media nacional.

Gráfico 206. Porcentaje de partos instrumentados por tipo de financiación de los centros de atención especializada. Andalucía (2021)



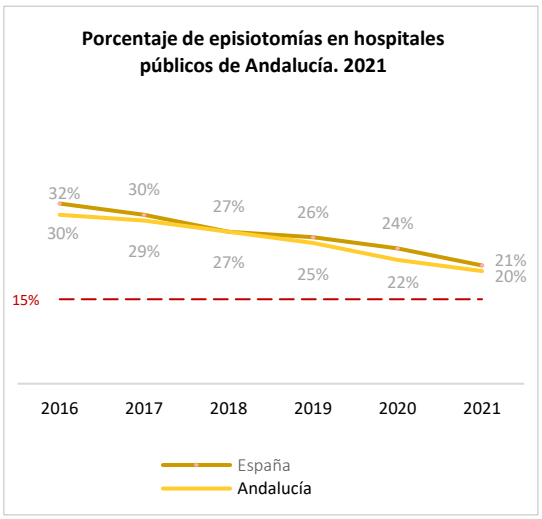
Fuente: Ministerio de Sanidad. Gobierno de España. 2024

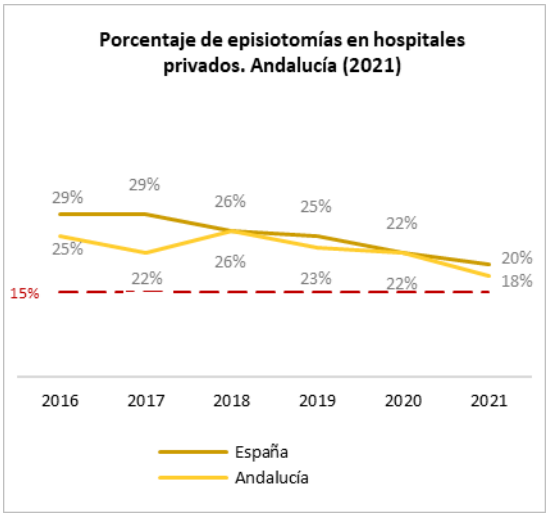
La anestesia epidural es recomendada por la OMS para embarazadas sanas que soliciten alivio del dolor durante el trabajo de parto y dependiendo de sus preferencias, por ello las administraciones autonómicas han fomentado y regulado el uso de ésta en el trabajo de parto. En el caso andaluz, la legislación recoge como derecho de la madre la reducción del dolor por medios anestésicos, si así es consentido por ella. Sin embargo, el empleo masivo de esta anestesia ha desencadenado numerosas revisiones y editoriales, ya que, a pesar de su popularización, gran cantidad de profesionales referentes en salud reproductiva discrepan acerca de las ventajas de esta práctica, advirtiendo de los inconvenientes que su utilización plantea tanto para la mujer como para el feto (Odent, 2004; Spencer, 2004). En Andalucía, según datos del Servicio Andaluz de Salud, la utilización de la anestesia epidural en los partos naturales ha aumentado, pasando del 68,2% en 2017 hasta el 70% en 2022.

En otro orden, pocos procedimientos han sido objeto de tanta controversia en los últimos años como la episiotomía, que ha sido adoptada como un indicador de la "humanización del parto" (Jurado y Baena, 2021). La evidencia científica muestra el fuerte impacto de la episiotomía en la morbilidad postparto, ya que la lesión perineal que se realiza al practicarla es equiparable a los desgarros de segundo grado destacándose además su fuerte asociación con los desgarros perineales de III y IV grado (Corrêa y Passini, 2016), sin olvidar la predisposición a desarrollar laceraciones perineales severas fuertemente asociadas con la dehiscencia de la episiotomía y a la formación de fístulas recto-vaginales (Jiang et al, 2017).

En Andalucía, al igual que en el resto de España esta práctica ha ido disminuyendo en los últimos años, pero continúa estando muy por encima de lo recomendado por la OMS (15%). El mayor porcentaje en Andalucía, según algunos datos disponibles, lo presentaron los hospitales públicos que en 2021 alcanzaron el 20% en comparación con el 18% presentado por los hospitales con financiación privada. En ambos casos, la comunidad autónoma se encuentra en uno y dos puntos porcentuales por debajo de la media nacional.

Gráfico 207. Porcentajes de episiotomías en hospitales públicos y privados. Andalucía. 2021





Fuente: Montilla, Lucía. (2023). Los tratos deshumanizados en el parto. DatosRTVE

El proceso de embarazo, parto y puerperio conlleva una serie de riesgos para las mujeres, tanto por lo que naturalmente el proceso biológico puede suponerde acuerdo a múltiples factores de salud, así como por el tipo de atención prestada. Esta circunstancia, además tiene un reflejo en el coste sanitario. En términos de estancias hospitalarias, en el año 2022 hubo 71.601 altas de mujeres con diagnóstico principal "1500 Complicaciones del embarazo, parto y puerperio o00-o9a", de las cuales el 66,5% corresponden al diagnóstico "1503 Complicaciones del embarazo, principalmente en el período antenatal O10-O48". El 17% de estas altas hospitalarias correspondían a complicaciones del parto y del trabajo de parto. La estancia media hospitalaria de las complicaciones del embarazo, el parto y puerperio en Andalucía para el año 2022 fueron 2,9 días y de 8,8 días (Instituto Nacional de Estadística, 2024b).

Resultados obstétricos y neonatales adversos

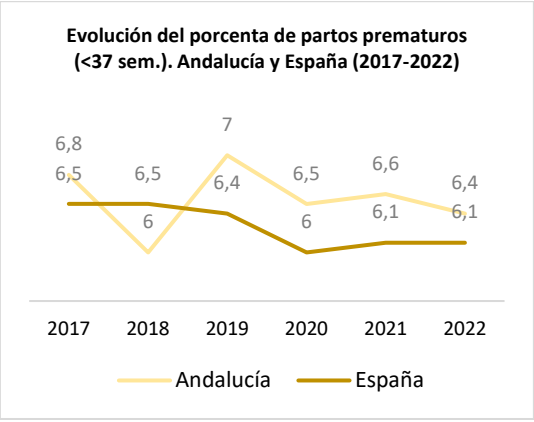
• Prematuridad y bajo peso al nacer

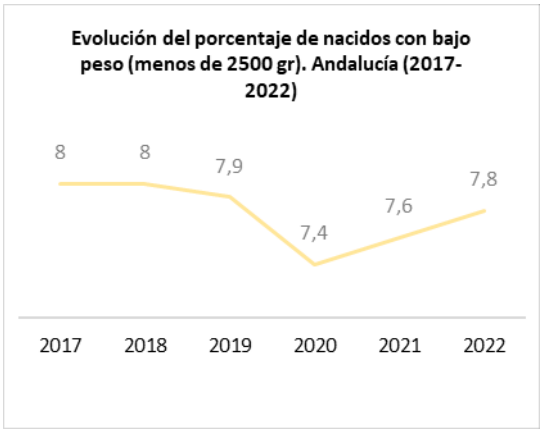
La prematuridad y el bajo peso al nacer son dos importantes problemas de salud pública, que tienen enormes consecuencias, no sólo por su impacto sobre la morbi-mortalidad infantil, sino por los múltiples problemas que se pueden derivar a medio y largo plazo. Sus determinantes son múltiples, desde factores genéticos y relacionados con enfermedades maternas asociadas al embarazo, hasta hábitos y estilos de vida (alimentación, consumo de tabaco, etc.) u otros factores sociales relacionados con el nivel educativo y socioeconómico, el nivel de apoyo social, la ausencia de cuidados prenatales, el periodo intergenésico corto o el estrés laboral y personal, entre otros (Escobar-Escobar et al., 2019; Cobo-Cobo et al., 2024). Factores, todos ellos, sobre los que el sistema de género actúa determinando las condiciones de vida de las mujeres y sus consecuencias desiguales de largo alcance en salud.

En Andalucía, la evolución de los partos por prematuridad se mantiene estable desde el año 2017, llegando a un 6,4% en 2022. En toda la serie, las cifras andaluzas están algo por encima de las nacionales (de 0,3 a 0,6 puntos). Las provincias con mayor porcentaje de prematuridad son: Sevilla (6,8%) y Huelva (6,7%), seguidas de Granada (6,5%), Málaga (6,4%), Cádiz y Jaén (6,3%), Córdoba (6,2%) y Almería (6,1%) (INE, 2024).

El peso al nacer se mantiene en cifras relativamente estables del 2017 al 2022 con alguna oscilación mayor de 1 o 2 puntos porcentuales en 2020 (coincidente con la pandemia por COVID-19). En el año 2022 se registra un 7,8% de nacidos con bajo peso al nacer (4.912 recién nacidos [RN]), similar a la media nacional. En las provincias de Jaén y Sevilla, el porcentaje neonatal con bajo peso al nacer es mayor que la media andaluza, 8,5% y 8,4% respectivamente, seguido de Granada (7,8%), Córdoba, Huelva y Málaga (7,7%), Cádiz (7,3%) y Almería (7%).

Gráfico 208. Porcentajes de partos prematuros y nacidos con bajo peso.





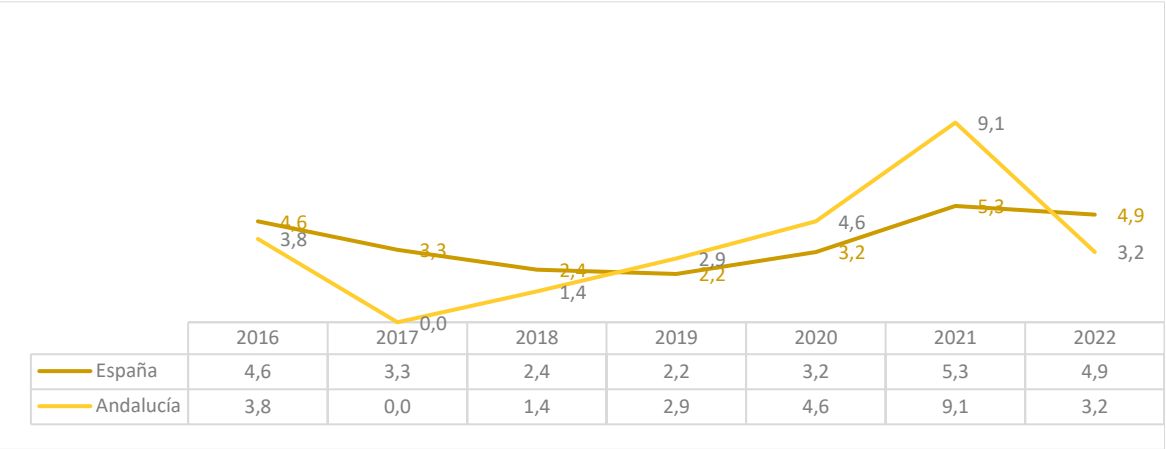
Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto Nacional de Estadística (2024)

- Mortalidad materna, perinatal, neonatal y postnatal

Las tasas de mortalidad en torno al parto y nacimiento constituyen un conjunto de indicadores que permiten una visión sobre múltiples condicionantes que pueden estar actuando, y en los que además interviene la atención perinatal recibida. A nivel mundial, la tasa de mortalidad materna (muerte de una mujer ocurrida durante el curso del embarazo o en los 42 días posteriores después del parto, no por razón de accidente), "es inaceptablemente alta, relacionándose con el nivel de ingresos de un país, con factores de inestabilidad del contexto externo, con fallos del sistema de atención sanitaria y con determinantes sociales y normas de género perjudiciales y/o desigualdades que provocan que no se prioricen como es debido los derechos de las mujeres a unos servicios de salud sexual y reproductiva seguros, de calidad y asequibles" (Organización Mundial de la Salud, 2014c).

En Andalucía, a pesar de unas cifras relativamente estables en las pasadas décadas, desde la institucionalización del parto se observan algunas oscilaciones recientes en los registros oficiales. Ha tenido lugar un aumento desde el año 2018 (1,4 madres fallecidas por 100.000 nacidos vivos) hasta el 2022 (3,2 muertes), por debajo de las cifras nacionales en ambos momentos. Es muy notable el incremento en el año 2021 (9,1) (coincidiendo con la recién postpandemia de COVID), sobre todo en Andalucía. Desde el año 2016 al año 2022 distan 6 décimas porcentuales. En el año 2022 los casos de muerte se acumularon en mujeres de 30–39 años con una tasa de 5,2 muy similar a los datos a nivel nacional (5,8).

Gráfico 209. Evolución de la tasa de mortalidad materna (madres fallecidas por cada 100.000 nacidos vivos). Andalucía y España (2016-2022)



	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
España	4,6	3,3	2,4	2,2	3,2	5,3	4,9
Andalucía	3,8	0,0	1,4	2,9	4,6	9,1	3,2

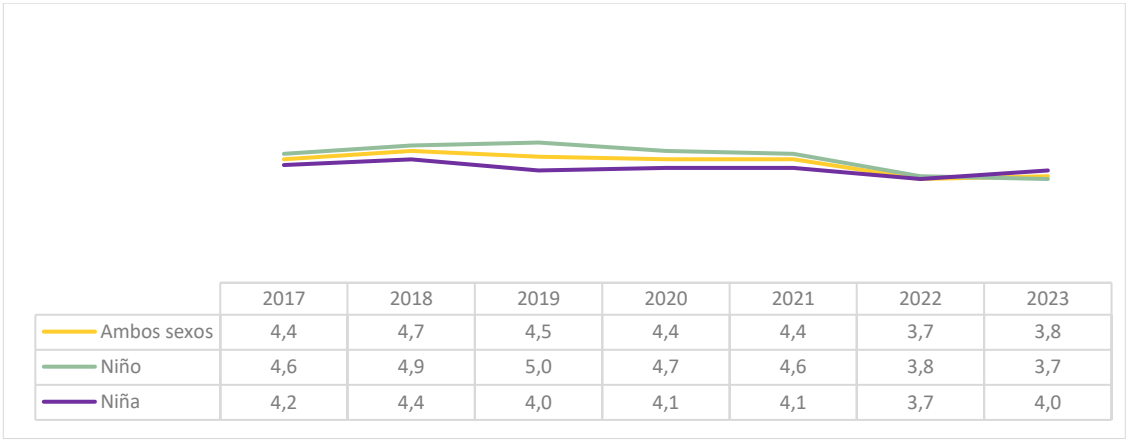
Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía. 2024

La mortalidad perinatal en Andalucía para 2023 es de 3,8 defunciones entre la semana 22 de gestación hasta los 28 días post nacimiento, por cada 1.000 nacidos vivos. Esta cifra es mayor en las niñas (4 por 1.000 nacidas vivas) que en los niños (3,7). La evolución de la tasa refleja una tendencia a la disminución desde el año 2017 de casi medio punto porcentual, sin embargo, el análisis por sexo señala una tendencia al aumento entre las niñas y a la disminución entre los niños. La provincia de Córdoba tiene la tasa más alta (5,1), seguida de Almería y Cádiz (4,2), Sevilla (4,1), Málaga (3,7), Granada (3), Jaén (2,8) y Huelva (2,7).

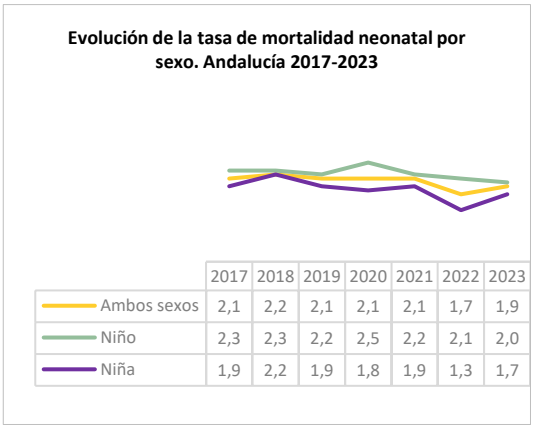
La mortalidad neonatal en este mismo año es de 1,9 defunciones en menores de 28 días por cada 1.000 nacidos vivos. Por sexo, los niños presentan una mayor tasa en comparación con las niñas. La evolución de la tasa del 2017 al 2023 refleja una tendencia a la disminución de 2,1 a 1,9 defunciones, con un repunte en 2023 en el caso de las niñas.

La tasa de mortalidad post neonatal es de 0,9 defunciones en menores de un año (con más de 27 días de vida cumplidos) por 1.000 nacidos vivos, siendo también mayor en niños que en niñas. En ambos sexos, se observa una tendencia relativa a la estabilización a partir del año 2020.

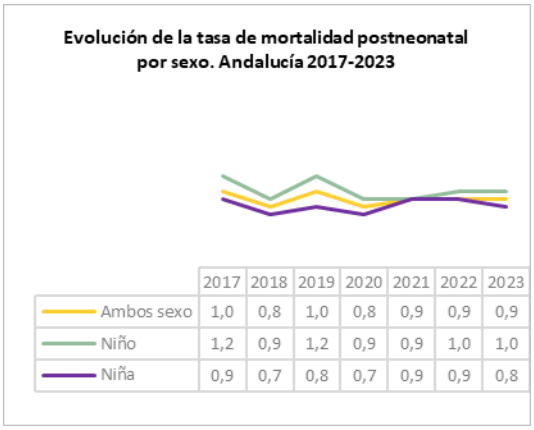
Gráfico 210. Evolución de la tasa de mortalidad perinatal por sexo. Andalucía 2017-2023



	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Ambos sexos	4,4	4,7	4,5	4,4	4,4	3,7	3,8
Niño	4,6	4,9	5,0	4,7	4,6	3,8	3,7
Niña	4,2	4,4	4,0	4,1	4,1	3,7	4,0



	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Ambos sexos	2,1	2,2	2,1	2,1	2,1	1,7	1,9
Niño	2,3	2,3	2,2	2,5	2,2	2,1	2,0
Niña	1,9	2,2	1,9	1,8	1,9	1,3	1,7



	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Ambos sexo	1,0	0,8	1,0	0,8	0,9	0,9	0,9
Niño	1,2	0,9	1,2	0,9	0,9	1,0	1,0
Niña	0,9	0,7	0,8	0,7	0,9	0,9	0,8

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (2024)

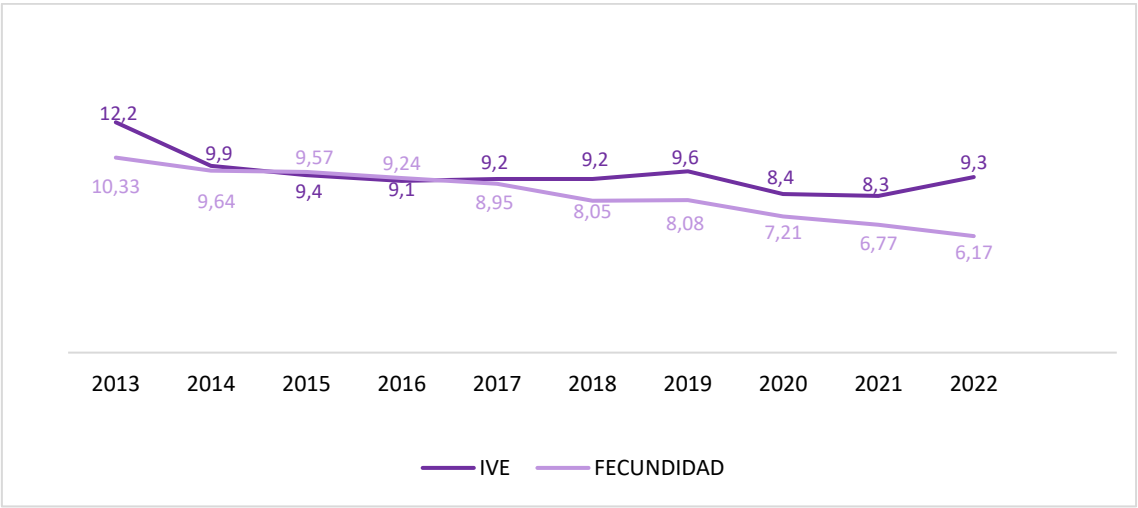
Embarazos adolescentes

Según la Organización Mundial de la Salud, el 11% de todos los embarazos a nivel mundial tienen lugar en la franja de edad de los 15 a los 19 años (OMS, 2024a). Aunque no todos los embarazos adolescentes se producen de forma "no intencional" o "no deseada", sí una gran parte de éstos. En cualquier caso, las consecuencias de un embarazo adolescente son muy amplias, desde las relacionadas directamente con el nacimiento, aborto inducido o espontáneo, mayores riesgos de morbimortalidad materna e infantil y de incidencia de enfermedades, hasta repercusiones de largo alcance a nivel educativo, económico, social, laboral y otras en relación al proyecto vital de las jóvenes, su entorno, y su descendencia, si deciden tenerla.

En las últimas dos décadas, los embarazos adolescentes han descendido mundialmente (OMS, 2024b) y también en España, donde las tasas de 15 a 19 años se redujeron a la mitad, pasando de 8,8 embarazos por mil mujeres adolescentes en el año 2000 a 4,6 en 2021. Las tasas de embarazos de 10 a 14 años se mantuvieron estables con cifras de 0,1 a 0,2 embarazos por 1.000.

También en Andalucía han descendido las tasas de fecundidad en chicas de 15 a 19 años, pasando de 10,3 embarazos por 1.000 en 2013 a 6,2 en 2022. Las tasas de los 10 a 14 años oscilan entre 0,06 a 0,17 casos por 1.000, en distintos años del mismo periodo (IECA, 2024). Por otro lado, en los últimos años también ha tenido lugar un descenso general en la tasa de IVE en chicas de 15 a 19 años, habiendo pasado de 12,2 casos por 1.000 en 2013 a 9,3 en 2022. No obstante, se observa un incremento desde el año 2017 en relación a años previos, a medida que descienden las tasas de fecundidad. De las 19.474 IVE registradas en 2023, el 11,8% corresponde a chicas de 15 a 19 años. Se identifican más casos en Sevilla (27) y Málaga (16), seguido de Cádiz (12), Almería (8), Granada (7), Huelva y Jaén (5 en cada provincia) y Córdoba (3).

Gráfico 211. Evolución de las tasas de fecundidad e IVE adolescente por cada 1000 mujeres de 15 a 19 años. Andalucía (2013-2022)



Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía. 2024

Salud mental perinatal

Tradicionalmente, la atención sanitaria al embarazo, parto y postparto, así como los cuidados posteriores, se ha centrado en el plano más físico, tanto en relación a la salud de la madre como a la del bebé, dejando la salud mental en la etapa perinatal sin atención y apoyo. Históricamente se ha normalizado el sufrimiento de muchas madres que socialmente eran animadas a no quejarse y que ha conllevado al ocultamiento por estigmatización de problemas emocionales alrededor del nacimiento y las consecuentes dificultades de acceso a atención al respecto.

En 2022. la OMS, en relación con la publicación de la Guía para la Integración de la Salud Mental Perinatal en los servicios de salud materno infantil, estima que el 25% de las mujeres embarazadas experimenta algún tipo de malestar psíquico y 1 de cada 5 madres primerizas padecerá algún trastorno mental durante el embarazo y el posparto. El proceso de nacimiento es una etapa de enorme vulnerabilidad en

las que pueden aparecer dificultades emocionales. Entre múltiples condicionantes sociales, éstas también se ven mediatizadas por conflictos de género en el ajuste de roles cuidadores en una pareja (Maroto-Navarro, 2019).

Durante el embarazo, la depresión y la ansiedad son los problemas de salud mental más comunes (12%-13%). El malestar prenatal tiene efectos sobre la salud materna e infantil a largo plazo (en Cabanes-Oltra, 2021). Según Ilieva-Kovacheva (2024), distintos estudios en España revelan una elevada prevalencia de depresión mayor postparto (7,7%-14,8%), llegando la sintomatología al 30%. Aunque es más común en mujeres, también se han citado en los hombres tensiones y dificultades emocionales en parte relacionadas con el nuevo rol paterno (Morales et al., 2018).

Falta mayor investigación y conocimiento acerca de la salud mental en torno al proceso del embarazo, parto y nacimiento. En el contexto andaluz, y en el marco de la elaboración del futuro Plan Estratégico de Salud Mental y Adicciones de Andalucía, se realizó un estudio cualitativo con más de 40 profesionales que señalan un déficit en la atención en Salud Mental Perinatal en Andalucía. Aunque en algunas zonas se están desarrollando iniciativas en este sentido, no existe una estrategia de formación ni recursos homogéneos para esta atención en todo el territorio. Igualmente, se señala la necesidad de potenciar las interconsultas en este ámbito.

Ciclo reproductivo

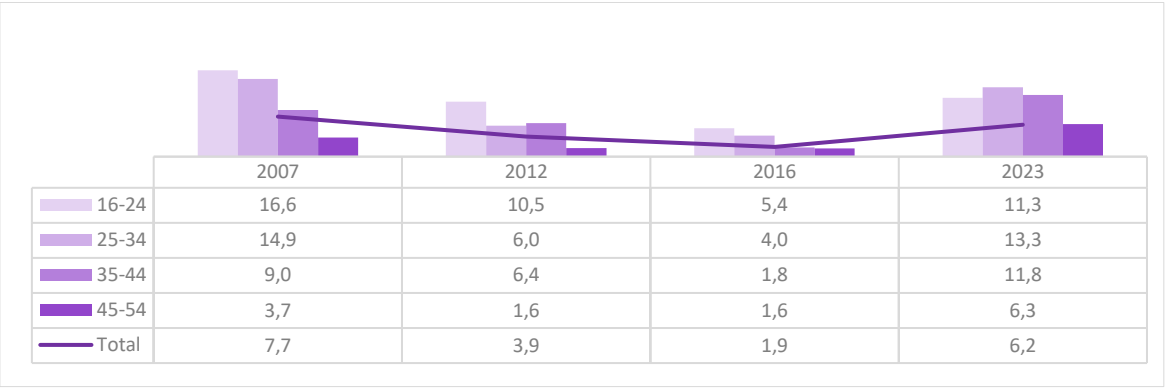
Menstruación

La menstruación es un proceso biológico de las mujeres que se ha considerado un estigma desde tiempos inmemoriales. Ha sido ocultada a pesar de que su ciclo ocurre durante un largo período de tiempo vital (desde los 12 a los 47 años aproximadamente), a pesar de que en ocasiones transcurre con dolencias y problemas que impactan en la vida cotidiana, y, a pesar de la importancia social que tiene la capacidad reproductiva como requisito de perpetuación humana.

El dolor y el sangrado son síntomas y signos asociados al ciclo menstrual, existiendo varios procedimientos para cuantificarlos y clasificarlos. Uno de ellos es el recuento de los productos para la recogida del sangrando menstrual (compresas, tampones, copas menstruales) y que, según la literatura científica, no debería superar el número de 2 a 3 productos diarios, en caso de compresas y/o tampones y los 170 cm^3 aproximadamente en el caso de las copas menstruales. Un sangrando abundante se asocia a problemas de carencias de hierro que mantenido en el tiempo ocasionaría cansancio, anemia o síndrome de fatiga crónica (García-Toyo, 2022). Por otro lado, la presencia del dolor durante el ciclo menstrual no debería ser considerado normal en ninguna de las fases del ciclo. Sin embargo, es frecuente que se normalice y medicalice indicando antiinflamatorios y/o píldoras anticonceptivas, sin considerar las situaciones de la vida y el entorno de las mujeres como el estrés (familiar o laboral) y/o la falta de autocuidado que pudieran estar incidiendo en el equilibrio hormonal.

En Andalucía, según la Encuesta Andaluza de Salud (2023), la prevalencia del dolor menstrual entre las mujeres residentes en Andalucía ha descendido aproximadamente en un 20% respecto a ediciones anteriores entre las mujeres de 25 a 34 años (13,3%). Sin embargo, en las ediciones anteriores (2007, 2012 y 2016) las mujeres entre 16 a 24 años son las que mayor porcentaje de prevalencia presentan en comparación con el resto de grupos etarios.

Gráfico 212. Evolución del porcentaje de mujeres mayores de 16 años que sufren dolor menstrual. Andalucía (2007-2012-2016-2023)



	2007	2012	2016	2023
16-24	16,6	10,5	5,4	11,3
25-34	14,9	6,0	4,0	13,3
35-44	9,0	6,4	1,8	11,8
45-54	3,7	1,6	1,6	6,3
Total	7,7	3,9	1,9	6,2

Fuente: Encuesta Andaluza de Salud (2023). Consejería de Salud y Consumo. Junta de Andalucía.

Las mujeres andaluzas con estudios universitarios (10,0%), de clases sociales ocupacionales más altas (grupo I y II) (8,8%) y con facilidad para llegar a fin de mes (9,7%) presentan mayor prevalencia de dolor menstrual. El 3,2% de andaluzas afirman que el dolor menstrual les ha limitado a la hora de realizar sus actividades de la vida diaria. De éstas, las mujeres menores de 35 años, con estudios universitarios, con facilidad para llegar a fin de mes y de clases sociales medias (grupo III) son las que presentan mayores limitaciones. En cambio, quienes informan de menor limitación por dolor menstrual son mujeres de 45-54 años, con estudios primarios, con cierta dificultad para llegar a fin de mes y de clase sociales ocupacionales más bajas.

En Andalucía, el estudio de Martos-García et al. (2019) informa que el 44% de las mujeres andaluzas utilizan toallas sanitarias durante el ciclo menstrual, el 36,09% utilizan toallas sanitarias y tampones y sólo tampones el 19,88%. El número medio de productos de higiene menstrual utilizados por ciclo es de 20,3. De ellos, 15,6 son toallas sanitarias y 13,5 tampones. Diariamente el número medio de productos desechados en general es de 4. Esta media aumenta conforme aumenta el grado de saturación o intensidad del sangrado menstrual. Este contexto muestra la necesidad, no solo de concienciar a la población sobre la existencia de la pobreza menstrual, sino de entender que se trata de una situación de desigualdad en salud que requiere ser erradicada. En el ámbito legal se ha modificado la Ley Orgánica 2/2010 con la Ley Orgánica 1/2023 en la que se garantiza «la gratuidad de los productos de gestión menstrual en centros educativos, en las situaciones en que resulte necesario, así como también el acceso gratuito de dichos productos a mujeres en riesgo de exclusión, en los centros que ofrecen servicios sociales, así como en los centros y lugares con personas privadas de libertad».

Existen muchos mitos sobre la menstruación como la utilización de anticonceptivos para aliviar el dolor menstrual, incluso se siguen prescribiendo tratamientos al respecto. De hecho, en la encuesta de la Sociedad Española de Contracepción del año 2022 se observa que el 20,4% de las mujeres utiliza anticonceptivos como tratamiento para el dolor y/o sangrado durante la menstruación, un porcentaje que alcanza su máximo (31%) entre las mujeres de 20 a 24 años.

Se requiere mayor y mejor formación en el sistema sanitario alrededor de la menstruación con un abordaje menos medicalizado y con un enfoque biopsicosocial (García-Toyos, 2020).

Menopausia

También por mucho tiempo se ha entendido la menopausia como un periodo de declive por el enfoque meramente reproductivo de la mujer relacionándola con la pérdida de su capacidad reproductiva. En España, la mayoría de las mujeres entre los 45 y los 55 años llegan a la menopausia, situándose la media de edad en torno a los 47 años. Sin embargo, el aumento de la esperanza de vida de las mujeres andaluzas (más de ochenta años para las mujeres) hace que un tercio de ésta corresponda al periodo posmenopáusico. Si además se considera que la reproducción no es la función principal de las mujeres, se hace imprescindible redefinir el significado de este periodo como un cambio u otra fase más del ciclo vital de las mujeres.

En Andalucía, en 2023 se estima una población de 1.029.609 mujeres con más de 45 años (Sistema Nacional de Salud, 2023) que posiblemente se encuentran alrededor del período climatérico. Aunque la menopausia puede no causar problemas significativos, algunas mujeres experimentan dificultades considerables en su vida personal y laboral, por razones físicas y también por malestares emocionales ligados a expectativas y presiones sociales hacia las mujeres en relación a estándares estéticos y de significado y función social. Esta etapa del ciclo biológico de las mujeres, y otras personas que menstrúan, con frecuencia coincide con cambios vitales a nivel familiar y condiciones de vida atravesadas por el género que afectan el bienestar en la etapa de menopausia (sobrecarga de trabajo, cuidados y relaciones con hijos e hijas, con padres y madres ancianas, adaptación al proceso de envejecer, etc.).

A nivel mundial se estima que el 57% de las mujeres entre 40 y 64 años reconocen haber tenido sofocos y/o sudores nocturnos, problemas para dormir, fatiga, ansiedad y depresión, así como un mayor riesgo cardiovascular, de acuerdo a la evidencia científica. La Encuesta Andaluza de Salud (2023) refleja que el 1,3% de mujeres entre 45-54 años han consumido tratamiento hormonal para la menopausia prescrito por personal médico. Este porcentaje aumenta entre las mujeres con dificultades para llegar a fin de mes, lo que podría interpretarse, entre otras posibles explicaciones, desde la ausencia de recursos alternativos para gestionar el malestar en la menopausia por parte de este perfil de mujeres, apuntándose así hacia desigualdades en salud, también en esta etapa, relacionadas con determinantes sociales.

En el caso de los hombres, el término andropausia (Síndrome de Déficit de Testosterona o ADAM (de las siglas en inglés, *Androgen Deficency Aging Male*), se refiere al proceso caracterizado por la disminución de la producción de testosterona, cuya edad de inicio es variable, aunque se conoce que a partir de los 45-50 años aparecen los primeros signos en el 50% de los hombres El descenso de testosterona provoca una disminución de las capacidades sexuales, problemas de erección, pérdida de masa muscular, energía y alteraciones del sueño (Trolice et al., 2023).

Por otro lado, una de las enfermedades prevalentes en los hombres es la prostatitis (hinchazón e inflamación de la próstata) que provoca dificultad al orinar, así como también dolores en el suelo pélvico. En Andalucía, según los datos de la EAS (2023), la prevalencia de hombres con trastornos prostáticos diagnosticados por profesionales de la salud es del 5,5%. Ésta avanza con la edad, desde el 0,2% a los 35-44 años, pasando por el 1,5%, 4,6% y 16,1% (a los 45-54 años, 55-64 y 65-74 años, respectivamente), hasta el 28,7% de prevalencia a partir de los 75 años. El 5,4% de los hombres de 75 años o más y el 2,3% de entre 65 y 74 años ven limitada su actividad cotidiana por el diagnóstico de trastornos prostáticos. La andropausia, al igual que la menopausia y todo lo relacionado con el

envejecimiento humano, supone una preocupación en salud que requiere atención sanitaria e investigadora en aras del bienestar integral de toda la población. Parece necesario abordar los obstáculos culturales de género relacionados con la proyección negativa, social y sanitaria de las mujeres durante la menopausia, a la vez que atender adecuadamente los síntomas, trastornos o necesidades específicas de salud relacionadas con el momento del ciclo vital y reproductivo.

Atención sanitaria a la salud sexual y salud reproductiva

Cumpliendo con las normativas vigentes, entre otras, la Ley Orgánica 1/2023 de 28 de febrero de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, el Servicio Andaluz de Salud recoge en su Cartera de Servicios una serie de actividades y recursos para garantizar la salud sexual y salud reproductiva de la población andaluza, así como cuenta con procesos, protocolos y programas para organizar y potenciar la mejor atención en este ámbito. Seguidamente se presenta información más detallada del tipo de recursos y características de la atención prestada en diferentes ámbitos específicos.

Promoción y prevención de la salud sexual

Para la promoción de la salud sexual y prevención de riesgos se realiza en Andalucía una amplia variedad de actividades y campañas y, se dispone de materiales informativos en las diferentes plataformas de la Consejería de Salud y Consumo. Además, se cuenta con recursos telemáticos, centros de información y teléfonos de contacto donde consultar de forma gratuita.

En el año 2022, en el servicio telefónico de Salud Responde se atendieron 319 consultas sobre salud sexual. La mayoría las hicieron mujeres (40,4%) frente a un 19,4% de hombres (considerando un 40,1% de casos que no se identificaron por sexo). Se registró la edad de las personas solicitantes en el 53,3% de los casos. La mayor parte de solicitantes con edad registrada corresponde a la franja de 19 a 24 años (22,3%), seguido de personas con menos de 18 años (20,6%), de 25 a 29 (15%), de 30 a 34 (14%), además del grupo amplio de 35 a 85 años o más (27,6%). En todas las franjas de edad consultaron más mujeres que hombres, excepto en los extremos de 0 a 14 y de 45 a 54 años, en las que consultaron más hombres que mujeres.

Consultaron el mismo o igual número de mujeres que de hombres con diferentes niveles de estudio, excepto entre quienes tenían algún ciclo formativo de grado medio, con mayor número de consultas de hombres que de mujeres. Por tipo de hábitat, hay un mayor porcentaje de solicitudes de hábitat urbano (80%) frente al rural (20%), tanto en hombres como en mujeres. Las mujeres solicitaron información en mayor medida sobre métodos anticonceptivos y aborto (30% y 25,4% del total de solicitudes de mujeres). Los hombres sobre todo información del VIH y recursos de sexualidad (21,6% y 16,2% respectivamente del total de solicitudes de hombres).

Los datos señalan una distribución desigual por sexo y otros condicionantes sociales, en cuanto al tipo de demandas, intereses, preocupaciones y necesidades, interpretable desde un reparto desigual de asunción de responsabilidades y riesgos en este ámbito.

Abordaje sanitario de la Anticoncepción e Interrupción voluntaria del embarazo

En Andalucía se cuenta con 351 servicios públicos para la atención de la anticoncepción, de los cuales el 80% son recursos públicos y el 20% privados. Por provincia, hay 109 servicios en Sevilla, 57 en Córdoba, 43 en Cádiz, 41 en Almería, 19 en Málaga, 5 en Granada y Jaén y 2 en Huelva. Es menor el rango en la distribución de recursos privados, situándose Jaén como la provincia con menos recursos privados (1) hasta Málaga con 29 (Consejería de Salud y Consumo, 2024).

Para la atención directa a las IVE en mujeres hasta las 14 semanas de gestación, se cuenta con 17 dispositivos privados acreditados (Málaga tiene 5 centros, Granada y Almería 3 por provincia, Sevilla y Cádiz 2 por provincia, y, Córdoba y Huelva 1 por provincia). Además, hay 6 dispositivos privados acreditados que atienden a las mujeres con más de 14 semanas de gestación (3 en Málaga, 2 en Sevilla y 1 en Cádiz). Sevilla cuenta con el único centro público de la comunidad que atiende directamente a mujeres que desean realizar una IVE, y Jaén es la única provincia que no cuenta con ningún dispositivo para la atención directa a la IVE (ni público ni privado).

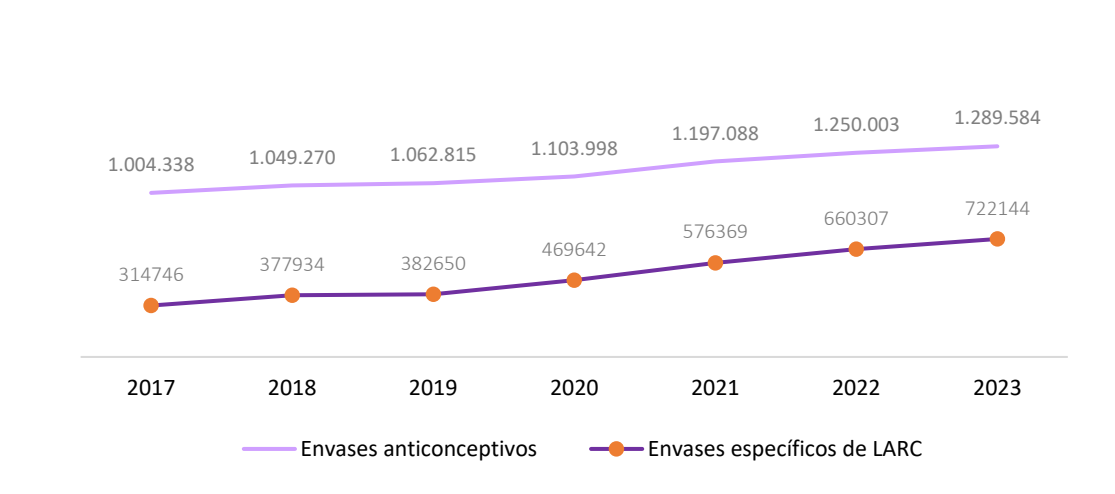
Las diferencias de cobertura entre áreas geográficas, produce desigualdades que constituyen un importante obstáculo para el acceso a la anticoncepción por un lado y para la IVE por otro, que pueden sufrir particularmente las mujeres en situaciones de mayor vulnerabilidad.

Dispensación de anticonceptivos

Según datos proporcionados por el Servicio Andaluz de Salud (2024), desde el año 2017 al 2023, el número de envases de anticonceptivos dispensados en centros sanitarios públicos ha ido en progresivo aumento, hasta un total de 1.289.584 envases en el último año observado (el 16% de dispensaciones en todo el periodo). En 2023 hubo un mayor porcentaje de dispensaciones en Sevilla y Cádiz (25,4% y 20,3% respectivamente), seguido de Málaga (17,2%), Granada (9,5%), Almería (8,5%), Córdoba (6,8%), Jaén y Huelva (6,3% y 6%).

Respecto a la dispensación de anticonceptivos de larga duración (LARC), también ha habido un incremento en el período 2017-2023, llegando a 722.144 envases dispensados en 2023 (el 21% de dispensaciones de LARC en todo el periodo, 3.503.792 en total). En 2023, el porcentaje de dispensaciones por provincia es de: Sevilla (27,2%), Cádiz (17,7%), Málaga (17,5%), Almería y Granada (8,8%), Córdoba (7,6%), Jaén y Huelva (6%). En el periodo observado, ha sido mayor el incremento en dispensaciones de LARC que de envases anticonceptivos en general.

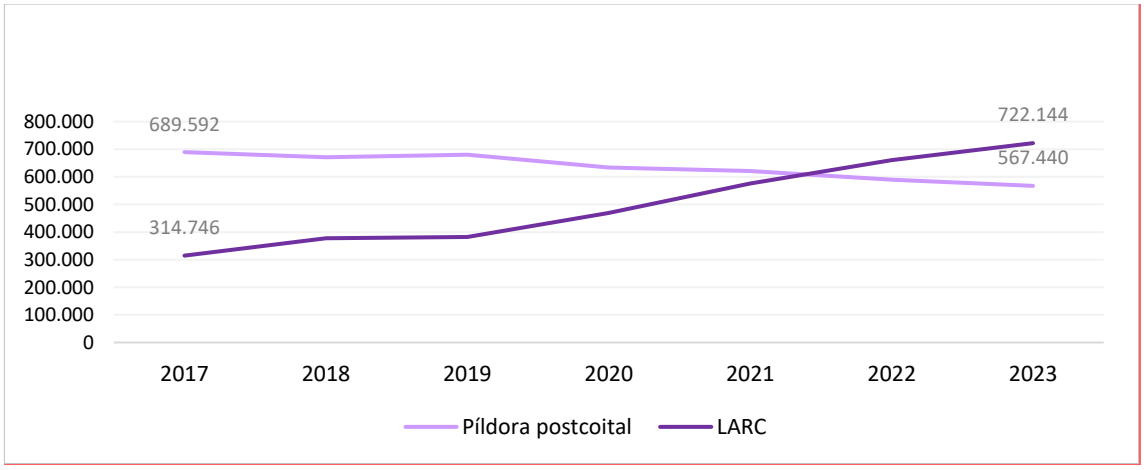
Gráfico 213. Evolución del número de envases de anticonceptivos dispensados en los centros sanitarios públicos. Andalucía (2017-2023)



Fuente: Servicio Andaluz de Salud (2024). Dirección de Farmacia

El número de envases de Levonorgestel (o píldora postcoital) dispensados en centros de urgencias ha descendido de 689.592 envases en 2017 a 567.440 en 2023, en contraste con el aumento de utilización de anticonceptivos de larga duración (LARC) que pasó de 314.746 en 2017 a 722.144 en el año 2023. Sobre todo, después del año 2020 se ha invertido el orden de los recursos utilizados. Del año 2017 al 2020 había una mayor dispensación de Levonorgestrel y en los dos últimos años prevalece la utilización de LARC sobre la píldora postcoital. En 2023 hubo un mayor porcentaje de dispensaciones en Cádiz (23,6%), Sevilla (22,5%), Málaga (16,9%) y Granada (10,3%), seguido de Almería (8,2%), Jaén (6,6%), Huelva (6,2%) y Córdoba (5,7%).

Gráfico 214. Evolución del número de envases de Levonorgestrel dispensados en los servicios de urgencias. Andalucía (2023)

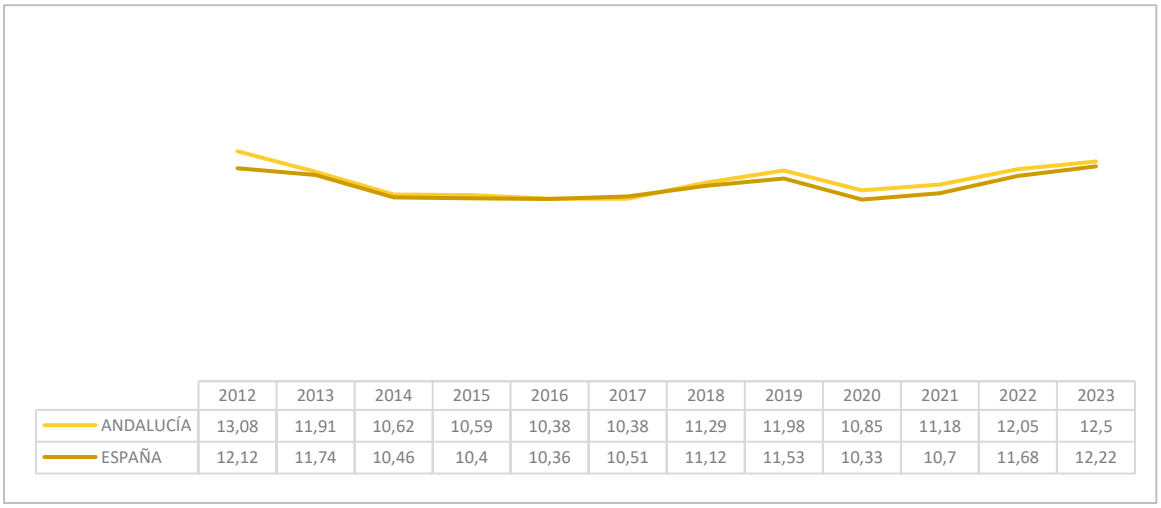


Fuente: Servicio Andaluz de Salud (2024). Dirección de Farmacia

Interrupción Voluntaria del Embarazo

En cuanto a la evolución de las tasas de IVE en mujeres de 15 a 44 años, se observan oscilaciones durante el periodo 2012-2023, tanto en España como en Andalucía. En el año 2012, Andalucía supera en un punto la tasa nacional (con 13,08 y 12,12 casos por 1.000 mujeres respectivamente). Desde el año 2018 hasta el 2023 las cifras andaluzas superan las cifras nacionales con mayor distancia. Hay un descenso en el año 2020 (coincidente con la pandemia por COVID-19, pudiendo responder a infra registros) y un incremento posterior entre 2021 a 2023. En 2023, la tasa nacional es de 12,22, y en Andalucía 12,5 (Ministerio de Sanidad, 2024).

Gráfico 215. Evolución de las tasas de IVE por 1000 mujeres de 15 a 44 años. España y Andalucía (2012-2023)



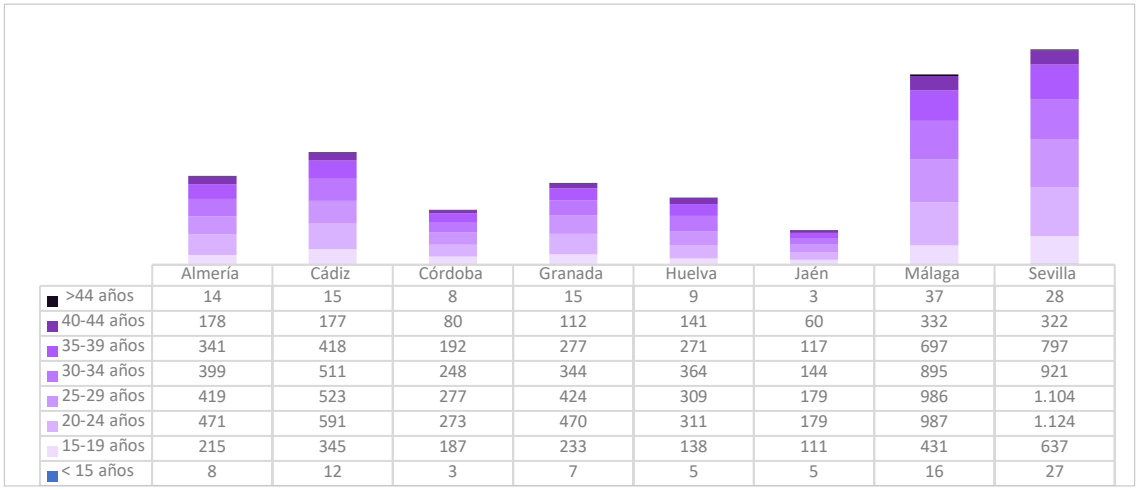
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
ANDALUCÍA	13,08	11,91	10,62	10,59	10,38	10,38	11,29	11,98	10,85	11,18	12,05	12,5
ESPAÑA	12,12	11,74	10,46	10,4	10,36	10,51	11,12	11,53	10,33	10,7	11,68	12,22

Fuente: Ministerio de Sanidad (2024)

Las 19.474 IVE registradas en el año 2023, se distribuyen como sigue:

Por provincia, el mayor porcentaje de IVE se observa en Sevilla (26%), seguido de Málaga (23%), Cádiz (13%), Almería y Granada (10%), Huelva (8%), Córdoba (6%) y Jaén (4%). Por provincia de residencia y edad, el mayor número de casos corresponde a la franja de edad de los 20 a los 24 años, excepto en Córdoba donde hay mayor frecuencia de IVE en la franja de 25 a 29 años, y en Jaén donde se observa igual cifra en los 20-24 y los 25-29 años.

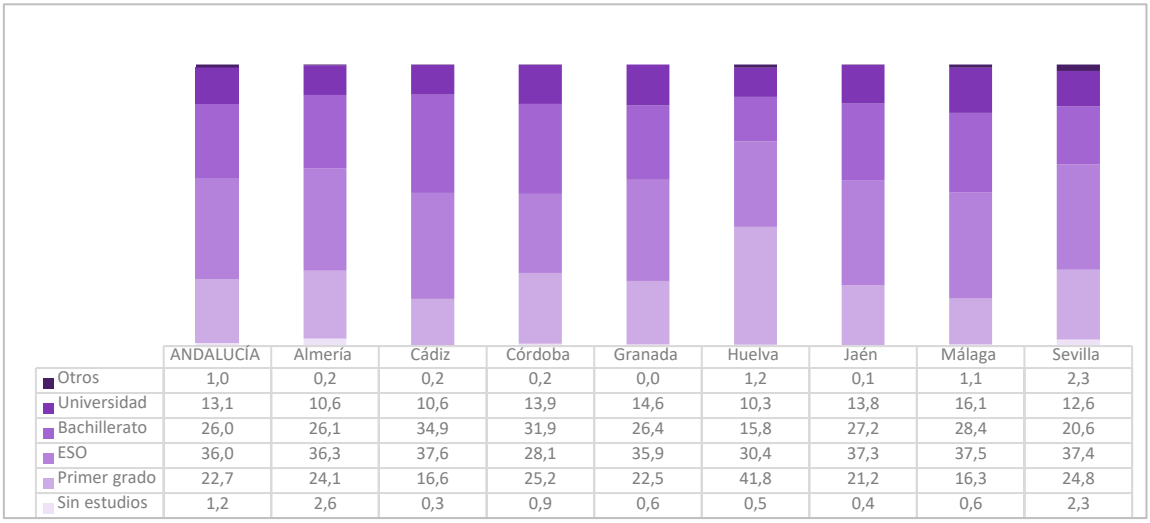
Gráfico 216. Número de IVEs según provincia de residencia y grupo de edad. Andalucía (2023)



	Almería	Cádiz	Córdoba	Granada	Huelva	Jaén	Málaga	Sevilla
>44 años	14	15	8	15	9	3	37	28
40-44 años	178	177	80	112	141	60	332	322
35-39 años	341	418	192	277	271	117	697	797
30-34 años	399	511	248	344	364	144	895	921
25-29 años	419	523	277	424	309	179	986	1.104
20-24 años	471	591	273	470	311	179	987	1.124
15-19 años	215	345	187	233	138	111	431	637
< 15 años	8	12	3	7	5	5	16	27

Por nivel de estudios, el mayor porcentaje de IVE corresponde a mujeres con un nivel de ESO o equivalente en la mayoría de provincias, exceptuando en Córdoba donde el mayor porcentaje corresponde a mujeres con bachillerato (31,9%) y en Huelva, donde el mayor porcentaje corresponde a mujeres con primer grado educativo (41,8%). Málaga (16,1%) y Granada (14,6%) son las provincias con mayor porcentaje de IVE entre mujeres universitarias. Los menores porcentajes de casos se observan entre mujeres sin estudios.

Gráfico 217. Porcentaje de IVEs por provincia y nivel de estudios. Andalucía (2023)



	ANDALUCÍA	Almería	Cádiz	Córdoba	Granada	Huelva	Jaén	Málaga	Sevilla
Otros	1,0	0,2	0,2	0,2	0,0	1,2	0,1	1,1	2,3
Universidad	13,1	10,6	10,6	13,9	14,6	10,3	13,8	16,1	12,6
Bachillerato	26,0	26,1	34,9	31,9	26,4	15,8	27,2	28,4	20,6
ESO	36,0	36,3	37,6	28,1	35,9	30,4	37,3	37,5	37,4
Primer grado	22,7	24,1	16,6	25,2	22,5	41,8	21,2	16,3	24,8
Sin estudios	1,2	2,6	0,3	0,9	0,6	0,5	0,4	0,6	2,3

Por situación laboral, la mayoría de casos corresponden a mujeres que trabajan por cuenta ajena (52%), seguido de mujeres desempleadas (22%), estudiantes (15%), trabajo doméstico no remunerado (6%), trabajadora por cuenta propia (4%) y otros (1%).

Por situación de convivencia, el mayor porcentaje de IVE corresponde a mujeres que viven con pareja e hijos/as (34,8%), seguido de mujeres que viven con sus padres o familiares sin hijos/as (26,4%), mujeres que viven en pareja sin hijos/as (11,7%), mujeres que viven con padres/familiares y con hijos/as (8%), mujeres que viven solas con hijos/as (8%), mujeres que viven solas sin hijos/as (5,6%), o con otras personas con o sin hijos/as (5,4%).

Por nacionalidad, la mayoría son mujeres de nacionalidad española (79%), seguido de mujeres de América central y del sur (9%), África (6%), Europa (4,8%), Asia (1%) y Norteamérica (0,2%).

Por número de hijos/as, es superior el porcentaje entre mujeres sin hijos/as (46,4%), con un hijo/a (23,8%) o con 2 (19,9%).

Por número de abortos voluntarios previos, es superior el porcentaje entre mujeres sin abortos previos (62,8%), con un aborto previo (22,9%), con 2 (8,1%), con 5 (1,6%), y con 4 (1,3%).

Por tipo de métodos anticonceptivos utilizados, en la mayoría de casos no se había utilizado ningún método (42,5%), seguido de uso de métodos barrera (26%) o métodos hormonales (16,7%) frente a métodos naturales (6%), mecánicos (0,8%) u otros (8%).

Por semanas de gestación, la mayoría se practicaron a las 8 semanas de gestación o menos (76,3%), seguido de las 9 a 14 (17,4%), y un 4,4% después de las 14 semanas de gestación.

Por centros de atención, la mayoría de IVE se atendieron en centros extrahospitalarios privados (el 99,8% de los casos), seguido de 23 casos en centro hospitalario público (0,1%), 14 casos en centros hospitalarios privados (0,07%) y 3 en centro extrahospitalario público (0,02%). Un solo caso de IVE de 23 semanas o más fue atendido en un hospital público.

Por lugar donde recibe información sobre el procedimiento, es mayoritario el acceso a través de un centro sanitario público (91,2%), seguido de internet (3,9%), centro privado (3,8%), amigos y familiares (0,9%), medios de comunicación (0,1%) y teléfono de información ciudadana (0,1%).

Por tipo de método IVE utilizada, Andalucía es una de las comunidades con menos uso del método farmacológico, ocupando el puesto trece del total de comunidades, con un porcentaje de uso de 11,4% del total de casos.

Atención a la fertilidad

De acuerdo a la información disponible del Servicio de Gestión y Evaluación de la Subdirección de Asistencia Sanitaria de la Consejería de Salud (2023), a continuación, se describe la distribución de centros que atienden problemas de fertilidad en Andalucía:

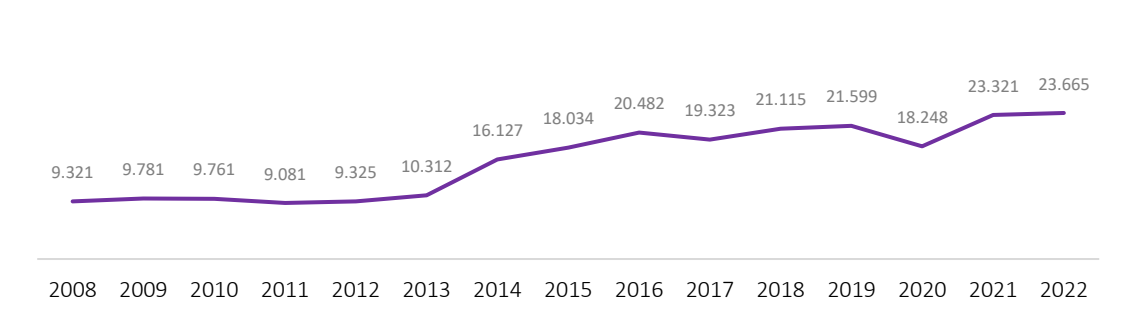
- Dispositivos para inseminación artificial: 78 (31% públicos y 69% privados).
- Dispositivos para fecundación in vitro: 63 (16% públicos y el 84% privados).
- Banco de semen: 64 (19% públicos y 81% privados).
- Laboratorio de semen: 78 (30,8% públicos, 69,2% privados).
- Banco de preembriones: 61 (14,7% públicos, 85,3% privados).

- Servicios de recuperación de ovocitos: 62 (16,1% públicos y el 83,9% privados).
- Banco de ovocitos: 58 (13,8% públicos y 86,2% privados).

La distribución de estos recursos públicos oscila entre 1 y 4 por provincia, y los recursos privados oscilan entre 0 y 17 por provincia, (según el tipo de dispositivo).

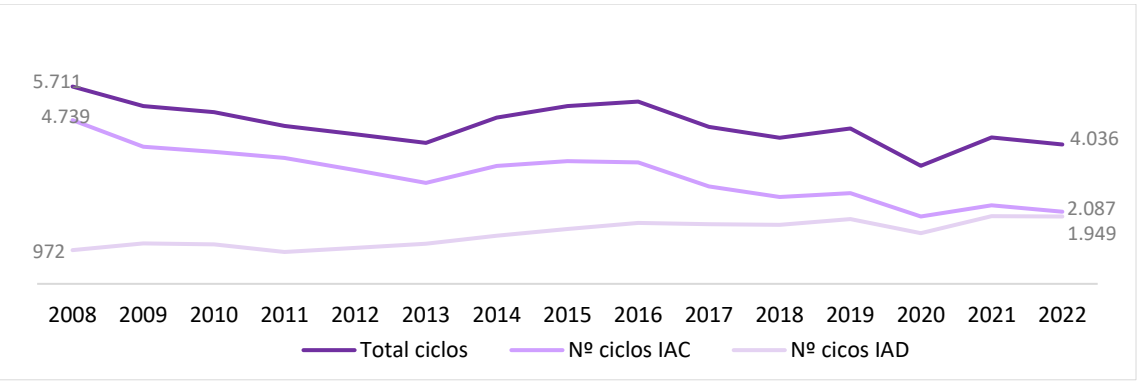
En cuanto a la atención prestada, en el año 2022 se practicaron un total de 4.036 ciclos de Inseminación Artificial (51,7% con el semen de la pareja y 48,3% con el semen de donante anónimo) y 23.665 ciclos de fecundación in vitro. Desde 2008 ha aumentado el número de ciclos de fecundación in vitro, así como la Inseminación Artificial con donante anónimo (IAD) (en un 50%). Mientras, ha disminuido en un 29% los casos de Inseminación Artificial Conyugal (IAC).

Gráfico 218. Evolución del número de ciclos de FIV/ICSI realizados en centros públicos y privados. Andalucía (2008-2022)



Fuente: Elaboración propia con datos del Registro Nacional de Actividad de la Sociedad Española de Fertilidad. 2024

Gráfico 219. Evolución del número de ciclos de Inseminación Artificial realizados en centros públicos y privados. Andalucía (2008-2022)



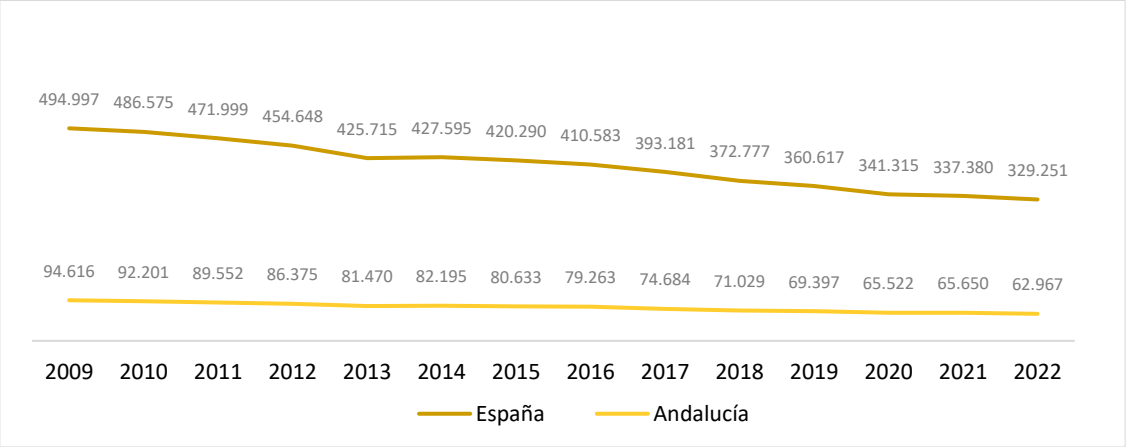
Fuente: Elaboración propia con datos del Registro Nacional de Actividad de la Sociedad Española de Fertilidad. 2024

Atención del embarazo, parto y puerperio

El primer Proceso Asistencial Integrado del Embarazo, Parto y Puerperio consolidó un modelo de atención compartida (primaria y hospitalaria), teniendo en cuenta expectativas de gestantes y profesionales (Aceituno, 2014). Este proceso empezó a marcar la hoja de ruta a desarrollar.

El número de partos atendidos en Andalucía en el sistema sanitario público ha ido descendiendo en las últimas décadas. Del año 2009 al año 2022 se observa un descenso de casi 32 mil partos.

Gráfico 220. Evolución del número de partos. España y Andalucía (2009-2022)



Fuente: Instituto Nacional de Estadística. 2024

Desde el año 2007, el Proyecto de Humanización de la Atención Perinatal en Andalucía, en línea con la Estrategia Nacional de Atención al Parto (2007), así como actuaciones posteriores como la "Iniciativa de Parto Normal" (Sánchez Díaz et al., 2021), impulsaron un modelo de atención al parto con enfoque positivo y biopsicosocial, basado en evidencia científica, y personalizado, donde el trato, la comunicación y el protagonismo de las mujeres fueran centrales. En un nuevo contexto de reducción de partos, se desconoce el nivel de implementación del modelo de atención humanizada promovido hace una década. "Es relevante conseguir que las mujeres ganen empoderamiento en el acceso a la información y toma de decisiones, en el acceso a recursos, y, en definitiva, en el control de su propio proceso de embarazo y parto. En este cambio necesario de enfoque sanitario debería reflexionarse acerca de cómo debe ser incorporada también la figura del padre o acompañante. Si bien su presencia puede ser un indicador positivo en la medida en que supone integrar la dimensión psicosocial a la atención perinatal, también es cierto que resulta necesario valorar el lugar que han de ocupar los hombres dentro de los servicios sanitarios de atención al nacimiento, y con qué fin último (social y de salud) han de incorporarse" (Maroto-Navarro, 2019).

Atención de la menstruación y menopausia

En los centros de atención primaria del Servicio Andaluz de Salud se oferta dentro de la cartera de servicios, atención al climaterio en relación a la prevención, detección y atención a los problemas de la mujer en esta etapa, así como también con signos y síntomas de trastornos o síndromes menstruales y a los hombres con sospecha de HBP o cáncer de próstata.

Según datos del Conjunto Mínimo Básico de Datos (2023), constan un total de 1.015 altas hospitalarias de mujeres con alguna enfermedad menstrual o del aparato reproductor femenino, siendo mayoritarias las clasificadas en grado 1 (76,2%) y grado 2 (21,4%) frente a los grados 3 y 4 de severidad.

Según datos del "Informe de la inspección de los servicios sanitarios para el análisis del estado actual de la atención de la salud sexual y etapa reproductiva" (Consejería de Salud y Consumo, 2022), de 240

centros de salud evaluados, en el 95%, la atención a la menopausia no patológica la realizan profesionales de medicina. Las provincias de Sevilla, Córdoba, Granada, Huelva y Jaén presentan el 100% de atención a la menopausia por profesionales de medicina siendo más bajos los porcentajes en Cádiz, Málaga y sobre todo Almería (89% y 88%, respectivamente). El 96% de profesionales de la medicina prescriben tratamiento para la menopausia y el 4% deriva a otro nivel asistencial.

El 6% de los centros de salud andaluces evaluados cuentan con programas sobre menopausia, y el 10% disponen de protocolos específicos al respecto. La distribución del porcentaje de centros de salud con programas sobre menopausia varía por provincia. La mitad de provincias cuentan con este servicio y la otra mitad no. En Cádiz destaca el mayor porcentaje con tales programas (22%), seguida de Granada y Sevilla (12%) y Málaga (4%), sin contar con ningún centro con tales programas en Almería, Córdoba, Huelva y Jaén.

Es relevante revisar en qué medida la desigualdad territorial en los recursos sanitarios disponibles para la atención reproductiva está dando respuesta equitativa a las necesidades plurales de las mujeres, considerando distintas características sociales y estructurales de género.

3.4.3. Salud y migraciones

Este capítulo se centra en la relación entre género, migraciones y salud, con un enfoque particular en la situación de las mujeres migrantes en Andalucía.

La migración es considerada uno de los determinantes sociales de la salud, en tanto en cuanto el hecho de migrar y su proceso puede situar a las personas en situaciones de vulnerabilidad respecto a su salud y bienestar (Ruiz Álvarez, 2022). Estos determinantes generan desigualdades por diferentes ejes, entre los cuales se encuentra el género. Así mismo, en este ámbito como en todos los abordados en este informe, también opera la interseccionalidad, entendida como el fenómeno por el cual cada persona sufre opresión u ostenta privilegio en base a su pertenencia a múltiples categorías sociales (Jiménez Rodrigo,2022). En el caso de las mujeres y niñas migrantes, esas categorías son fundamentalmente el género, la educación, la cultura, el idioma, las creencias religiosas, el empleo y las condiciones de trabajo.

En las últimas décadas se está produciendo un incremento de las migraciones forzosas, en las que se encuentran aquellas cuya causa es la pobreza, los conflictos bélicos, las persecuciones, la violación de derechos humanos o los desastres naturales. En esta gran realidad, las mujeres representan casi la mitad de las personas que migran en el mundo y la mitad de las personas que buscan protección fuera de sus países (CEAR, 2023). En general, las mujeres que migran son jóvenes y sanas. Suelen tener mejor salud que las mujeres autóctonas y hábitos más saludables. Las niñas, adolescentes, mujeres migrantes y refugiadas figuran también como colectivos especialmente vulnerables a la exclusión en diferentes ámbitos, desde el educativo al laboral, donde son víctimas de diferentes tipos de violencia. Su especial vulnerabilidad se produce por las condiciones de vida (nivel de ingresos, acceso al sistema educativo, al mercado laboral, a la vivienda), el desarraigo cultural y familiar, la falta de redes sociales de apoyo, el desconocimiento del funcionamiento del sistema sanitario y administrativo en general, y de la lengua para algunos colectivos (Leralta Piñan et al, 2022).

En general, en las mujeres migrantes concurren condiciones sistémicas y circunstancias de mayor vulnerabilidad, mayor desventaja social y menores oportunidades tanto en las sociedades de origen como en las de acogida. Su proyecto migratorio va acompañado, a menudo, de mortalidad materna evitable y violencia sexual y de género (Pastor-Moreno et al, 2023). A la infravaloración social y económica de los trabajos remunerados a los que acceden muchas mujeres, se suman la discriminación y los prejuicios que a menudo sufren las mujeres migrantes.

El riesgo de pobreza de las personas migrantes en general es muy relevante. Hay un alto índice de riesgo entre la población que proviene de fuera de la UE y que reside en Andalucía, mientras que las personas nacidas dentro de la Unión Europea (UE) tienen un riesgo parecido a las personas nacidas en Andalucía. No se encuentran datos en relación a un mayor riesgo entre las mujeres migrantes que viven en Andalucía, más allá de que la probabilidad de riesgo de pobreza para un hogar con menores a cargo y con nacionalidad española es del 14%, mientras que en familias de origen extranjero ese porcentaje llega al 48% (Romero Peñalver et al, 2024). Estas condiciones hacen que las niñas y mujeres migrantes estén más expuestas a riesgos para la salud. Es el caso, por ejemplo, de las mujeres en situación administrativa irregular, las niñas y adolescentes migrantes no acompañadas o "mal acompañadas", las víctimas de formas específicas de violencia de género como la Mutilación genital femenina o la trata de seres humanos, las mujeres con necesidades de protección internacional o refugiadas y las mujeres en centros de internamiento (Pastor-Moreno et al, 2023).

No obstante, las mujeres migrantes contribuyen de forma sustancial al bienestar global de cualquier sociedad por su papel predominante y central en el cuidado y su aportación a la economía. Para las mujeres migrantes en particular, y pese a las dificultades que deben enfrentar, esta contribución es mayor por las remesas que envían a sus lugares de origen, mejorando los medios de vida y la salud de sus familias y fortaleciendo la economía local. Su aportación a sectores como el de los cuidados en el lugar de destino constituye un papel fundamental en la incorporación de las mujeres autóctonas al mercado laboral y al bienestar de las personas dependientes. Además, a menudo juegan un papel de agentes de salud como puente de comunicación entre servicios sanitarios y población migrante, poniendo el foco en la riqueza que aporta la diversidad cultural a nuestra sociedad (Leralta Piñan et al, 2022).

Desigualdades de género en la salud de las personas migrantes

A nivel global, según los últimos datos proporcionados por la Organización Internacional de Migraciones (OIM) en su informe del 2022 (OIM, 2022), la proporción de migrantes de sexo femenino ha venido disminuyendo desde el año 2000, mientras que la de migrantes varones ha aumentado en 1,4 puntos porcentuales. La falta de oportunidades económicas o la búsqueda de salarios más altos y de mejores condiciones de trabajo explican la mayor parte de las migraciones. En muchas regiones del mundo, los efectos del cambio climático (fenómenos extremos como inundaciones y sequías, la degradación ambiental y los desastres naturales) y el incremento de la violencia en sus múltiples formas (guerras, crimen organizado, extremismo violento, altos niveles de terror político, violencia contra mujeres y niñas), están influyendo en los movimientos y desplazamientos de personas tanto locales como transfronterizos e internacionales. También se consideran consecuencias del cambio climático la pobreza y la inseguridad alimentaria, que interseccionan con conflictos armados, inseguridad ciudadana y falta de servicios básicos. Pero también hay otras circunstancias que influyen en la decisión de migrar de las mujeres, niñas y adolescentes, como reunirse con sus familias, para proseguir su

educación o huir de prácticas como el matrimonio forzado, precoz y servil. Si bien la migración laboral ha ayudado a algunos países a reducir el desempleo exportando el exceso de mano de obra y aumentando así la entrada de remesas, también ha dificultado la vida y contribuido a la ruptura de muchas familias (OIM, 2022).

En regiones como África Occidental, casi la mitad de las personas que migran dentro y hacia fuera son mujeres o niñas, que afrontan una serie de dificultades y riesgos, tanto durante la migración como tras la llegada a los países de destino. La violencia y la explotación sexual durante los viajes migratorios, las condiciones de empleo precarias en los países de destino y la baja remuneración son algunos de los más frecuentes.

Caracterización sociodemográfica en el contexto nacional y andaluz

Según datos del Padrón Municipal de Habitantes (INE, 2022) en España, las nacionalidades de origen de las personas extranjeras más frecuentes son Marruecos, Rumanía y Colombia. En Andalucía también predomina la población de origen marroquí, seguida de nacionales de Reino Unido y Rumanía.

La distribución de la población en España presenta retos derivados del acusado envejecimiento poblacional, como evidencia la pirámide poblacional. La distribución por edad y sexo de las personas migrantes se puede representar también en forma de pirámide de población comparando el volumen de personas en función de su situación administrativa. La situación administrativa irregular supone afrontar a diario el riesgo de ser detenida y sancionada con la expulsión del territorio, además de condicionar el acceso a servicios públicos y prestaciones. Aunque no existen en España registros específicos del número de personas que residen en situación irregular y de sus características principales, se puede estimar el número a partir de comparativas del padrón municipal, el volumen de tarjetas sanitarias y los permisos de residencia oficiales. También se suelen usar datos de la Encuesta de Población Activa (EPA, 2024) y el número de afiliaciones a la Seguridad Social, para identificar la actividad laboral en la economía sumergida. Así, las fuentes consultadas calculan una tasa entre un 10% y un 13% del total de personas migrantes, lo que supone que entre 390.000 y 470.000 personas migrantes permanecen en situación administrativa irregular, bien porque no han conseguido cumplir los requisitos para acceder a la residencia, o por situaciones sobrevenidas, por ejemplo, cuando una solicitud de asilo es rechazada, o no se ha podido renovar el permiso de residencia. La mayoría de personas sin documentación en regla son mujeres (55%) y cerca del 20% de las mujeres tienen más de 40 años. Hay diferencias evidentes entre la pirámide poblacional de las personas migrantes en situación regular y las que se encuentran en situación irregular. Por sexo, la tasa de mujeres en situación administrativa irregular en España es más alta que la de los hombres (Gálvez-Iniesta, June 24, 2020b).

En el contexto andaluz, a fecha 1 de enero de 2023 había aproximadamente 810.000 personas sin nacionalidad española y en torno a los 7,7 millones de personas con nacionalidad española. Esto supone que un 10.5% de la población residente en Andalucía son personas migrantes, siendo la cuarta comunidad autónoma con mayor porcentaje de población migrante de España.

En el siguiente cuadro encontramos la presencia de mujeres migrantes según los datos del INE más recientes (INE, 2023).

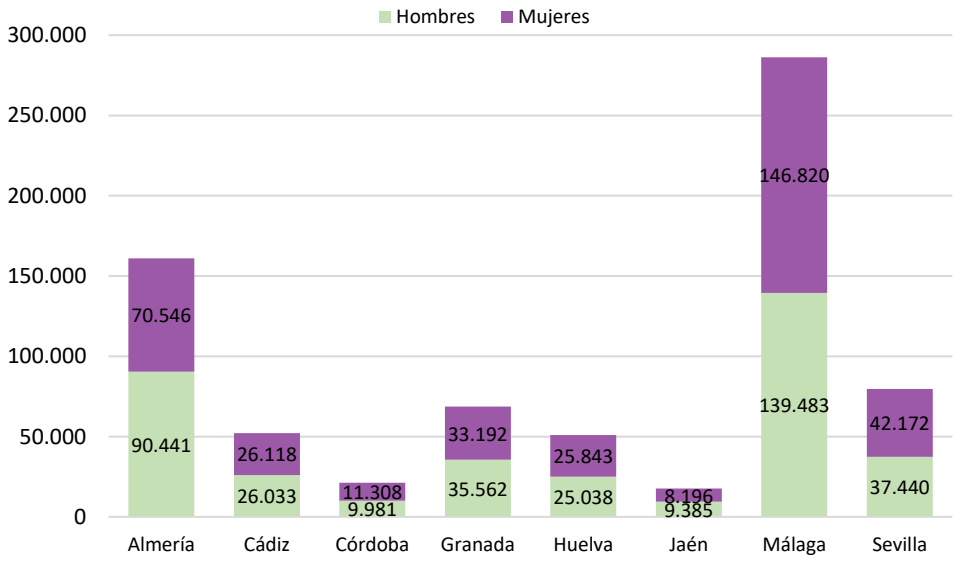
Tabla 54. Población migrante, varios indicadores. Andalucía 2023

Indicadores de Andalucía	Valor Andalucía 2023	Fuente
Población total	8.584.147	INE – Censo anual de población 2023
Población con nacionalidad española	7.770.423 Hombres: 3.819.161 Mujeres: 3.951.262	INE – Censo anual de población 2023 y Cifras de población (1 de enero de 2023). Población residente por nacionalidad
Población migrante	813.724 Hombres: 410.670 Mujeres: 403.054	INE – Censo anual de población 2023 y Cifras de población (1 de enero de 2023). Población residente por nacionalidad
Porcentaje de población migrante	10,5%	INE – Censo anual de población 2023 y Cifras de población. Población residente por nacionalidad (1 de enero de 2022)
Porcentaje de población migrante nacida fuera de UE27	73,5%	INE – Cifras de población. Población residente por lugar de nacimiento (1 de enero de 2022)
Porcentaje de población migrante con nacionalidad extracomunitaria diferente a UE27	68,1%	INE – Cifras de población. Población residente por nacionalidad (1 de enero de 2022)

Fuente: INE 2023

La distribución de la población de nacionalidad extranjera según sexo y provincia se muestra en la siguiente gráfica.

Gráfico 221. Gráfico. Población de nacionalidad extranjera según sexo y provincia. Andalucía 2022.



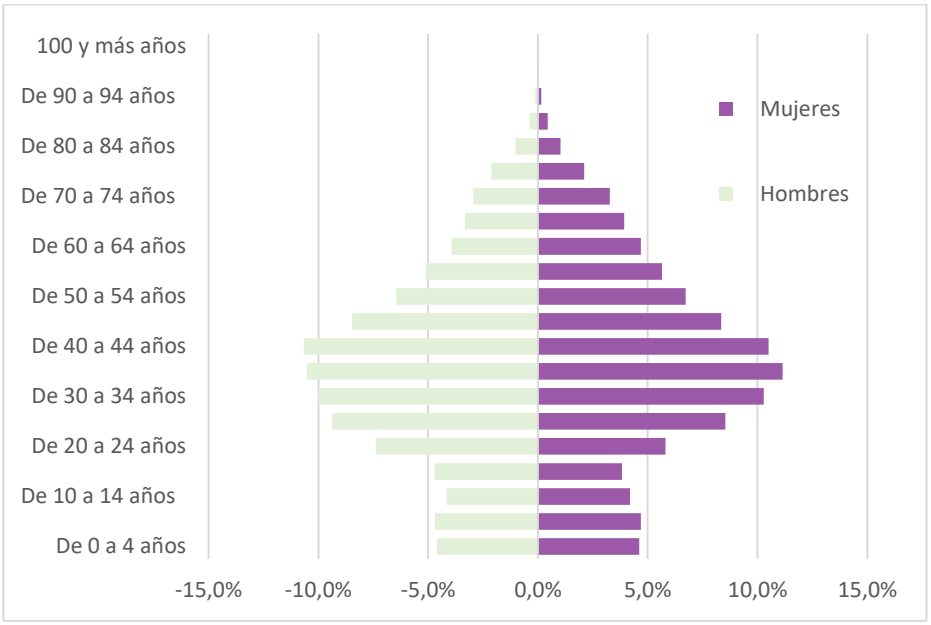
Fuente: Elaboración de Amalia Romero a partir del Padrón Municipal de Habitantes. INE, 2022.

Según estos datos, Málaga es la provincia andaluza con mayor número de personas de nacionalidad extranjera. Málaga y Sevilla tienen más mujeres que hombres de nacionalidad extranjera. También (en menor medida) Córdoba, Huelva y Cádiz.

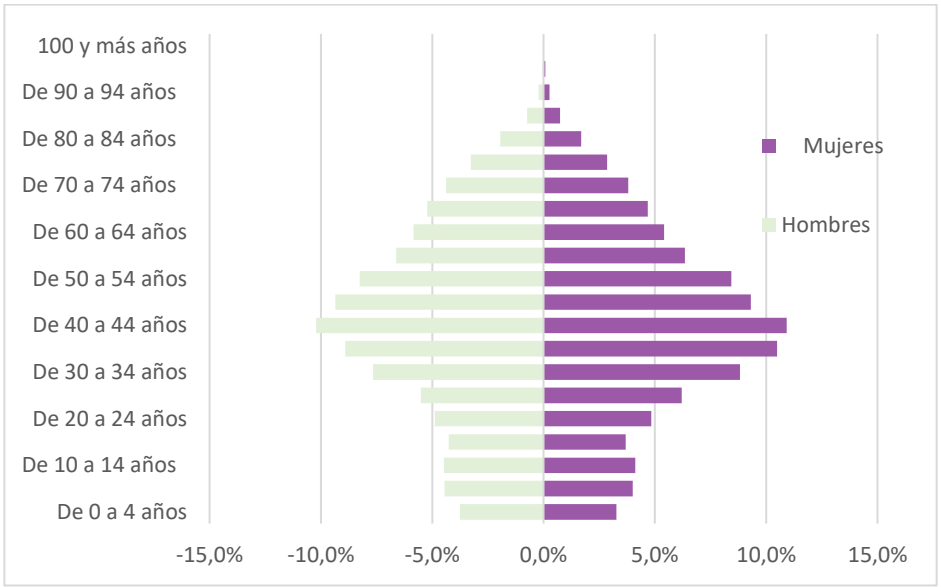
Partiendo de la situación generalizada de envejecimiento poblacional y las diferencias según nacionalidad, la representación para Andalucía se presenta a continuación.

Figura 2. Pirámide de población de personas fuera de la UE27 y de la UE27, 2022

Fuera de la UE27



De la UE27



Fuente: Romero Peñalver, A., Jiménez Pernett, J. (2024). La salud de migrantes internacionales en Andalucía. Informe técnico Red Isir.

Determinantes sociales de la salud

El lugar de residencia de las mujeres migrantes, influenciado por factores económicos y sociales, puede tener un impacto más significativo en su salud que sus condiciones fisiológicas, evidenciado por las diferencias en esperanza de vida y salud mental entre distintos grupos (Campos et al., 2021). Además, la interseccionalidad de ejes como clase social, género y etnia contribuye a la vulnerabilidad social, afectando especialmente la salud de las mujeres migrantes (Ruiz et al., 2022). No obstante, hay una circunstancia especial en la que los rasgos fisiológicos causa una importante influencia en la vida de las mujeres, y son los rasgos racializados. La raza es una construcción social que se utiliza para identificar, diferenciar y marginalizar algunos grupos de población, clasificados en función de su aspecto físico, factores sociales y antecedentes culturales. La raza se utiliza tanto por quienes justifican genocidios, limpiezas étnicas y la eugenesia, como por quienes buscan mejorar la vigilancia de las enfermedades. Las desigualdades en materia de salud entre las minorías racializadas son pronunciadas, persistentes y generalizadas, según las investigaciones llevadas a cabo, sobre todo, en países anglosajones y del norte de Europa. En general, la discriminación se asocia con peor estado de salud, de manera más pronunciada en el caso de la salud mental. En el caso de las mujeres, la violencia obstétrica que históricamente han sufrido las mujeres racializadas, con quienes se experimentaron técnicas ginecológicas sin anestesia en mujeres esclavas, ha alimentado el estereotipo de menor dolor o exageración del mismo y ha provocado un aumento del sufrimiento y de la muerte perinatal y materna.

En otras especialidades médicas, las mujeres racializadas comparten con los hombres las consecuencias negativas del sesgo racial en la atención médica. Ofrecemos algunos ejemplos que muestran la necesidad de revisar el currículum y la práctica profesional desde una perspectiva antirracista. En el ámbito de la dermatología, los estudios centrados en la tez blanca han revelado la limitación de conocimiento de patologías en pieles no blancas, provocando sesgos en diagnósticos por desconocimiento médico. El uso de la "raza" como variable en ecuaciones de estimación de la función renal, ha restringido el acceso a tratamientos. Persisten creencias falsas como que la piel de las personas negras es más gruesa o que la sangre de las personas negras se coagula más rápidamente, lo que conduce a diferencias en el tratamiento del dolor.

En relación a los **estilos de vida,** en cuanto a los hábitos de alimentación, no se proporcionan datos específicos sobre el consumo de fruta fresca o zumos naturales por parte de las mujeres migrantes, pero se menciona que la población nacida en el extranjero consume más fruta que la nacida en España (Romero-Peñalver y Jiménez-Pernett, 2024).

En relación al consumo de tabaco casi el 79% de las personas nacidas en el extranjero nunca han fumado, lo que sugiere que un porcentaje significativo de mujeres migrantes no fuma. Además, se menciona una brecha de sexo en la población española, con un 67% de mujeres que nunca han fumado frente al 46% de hombres, lo que podría indicar una tendencia similar entre las mujeres migrantes (Campos et al., 2021).

En general, el consumo de alcohol es menor entre las personas migrantes que entre las españolas. Dentro de las personas migrantes, se observa una diferencia de sexo, siendo los hombres migrantes los que más beben (6,4%). Esto implica que las mujeres migrantes tienen un consumo de alcohol más bajo. (Romero Peñalver y Jiménez Pernett, 2024).

En relación al consumo de medicamentos, existe cierta diferencia de sexo donde las mujeres son las que consumen más medicamentos tanto en población migrante como autóctona, lo que podría indicar que las mujeres migrantes también consumen más medicamentos que los hombres migrantes. (Romero Peñalver y Jiménez Pernett, 2024).

En lo que respecta al **empleo y condiciones de trabajo**, según datos desagregados por lugar de nacimiento y sexo de Eurostat (Eurostat, 2024), en Andalucía, la tasa de empleo más alta es la de las personas nacidas en la Unión Europea (UE) (65,7%), por encima de la población española (57,9%) y mayor que la de la población nacida fuera de la UE (55,3%). En el caso de las personas nacidas en la UE, los hombres cuentan con una tasa de empleo del 70,9% y las mujeres del 60,6% (20 puntos de diferencia). En la población de fuera de la UE, un 61% en hombres y un 50,5% en mujeres. Que la tasa de empleo sea menor para las mujeres en todos los grupos poblacionales indica una brecha de género en el empleo, observándose especiales dificultades para el acceso al mercado laboral de las mujeres migrantes.

En la distribución de profesiones de las mujeres migrantes, el trabajo doméstico es una de sus principales profesiones. Según un estudio de 2023, el 98% de las personas que trabajan en este sector son mujeres y el 68%, migrantes, de las cuales el 25% se encuentra en situación administrativa irregulares. Esa misma fuente señala que el 36% trabaja sin contrato ni alta en la Seguridad Social y más del 80% han padecido problemas de salud relacionados con el ejercicio de su trabajo (Universidad de La Coruña, Encuesta de salud laboral 2024).

En el caso de las trabajadoras migrantes, se han identificado formas específicas de discriminación laboral referidas al trato desigual e injusto, que se manifiesta en la forma de contratación, salarios más bajos, falta de promoción o acceso a promoción laboral, acoso laboral o cualquier otra forma de discriminación racial. Además de amplias jornadas, incluidas las jornadas nocturnas sin descansos o disponibilidad completa, no hay diferenciación profesional entre cuidados de personas y del hogar, que perjudica a la hora de la remuneración porque no cuentan con la especialización correspondiente. Todo ello supone un importante impacto en la salud de las propias mujeres migrantes.

La agricultura, y especialmente la agricultura intensiva de exportación, juega un papel básico en la inserción sociolaboral de las personas migrantes, y también de las mujeres. El abandono del campo por las personas autóctonas, debido a las condiciones laborales, derivan en condiciones que sí son aceptables por las personas migrantes (Castillero-Quesada, 2022), que necesitan ingresos y ofertas de trabajo para conseguir o renovar su residencia en España. Además, la tasa de economía sumergida en el sector agrícola ha supuesto un incremento de la participación de personas migrantes, al igual que sucede en sectores como el turismo y otros servicios. En este contexto, la contratación en origen para trabajar como temporeras ha incrementado la presencia de mujeres migrantes tanto en trabajos agrícolas como en los asentamientos en determinados territorios. Esta política de contratación en origen busca que la tasa de retorno sea alta partiendo del supuesto de que las mujeres retornan más (García Mora et al., 2022).

En relación a la **vivienda y el entorno físico**, las personas migrantes, en general, se ven especialmente afectadas por la segregación urbana, viviendo en áreas dañadas con problemas de accesibilidad y baja calidad de las viviendas. No se dispone de datos específicos sobre la tenencia de vivienda por parte de las mujeres migrantes, sin embargo, sí sabemos para muchas mujeres migrantes sin empleo o con empleos precarios, los recursos sociales limitados y mercados de vivienda alejados de su poder adquisitivo y acceder a un lugar adecuado para vivir está fuera de su alcance. Las estrategias para

acceder a una vivienda pasan por la cohabitación forzosa en espacios reducidos, el uso como vivienda de espacios no destinados para tal fin, insalubres o en pésimas condiciones de habitabilidad, y otras formas de alojamiento no deseadas, como los asentamientos informales/irregulares, que, todas ellas, son consideradas formas de "sinhogarismo oculto" que afectan particularmente a las mujeres migrantes, que quedan fuera de los análisis estadísticos. Este tipo de sinhogarismo es producto de la intersección entre desigualdades de género, el estatus migratorio, la segregación laboral y las características raciales, étnicas o rasgos culturales que les hacen sufrir discriminación, también en el acceso a la vivienda.

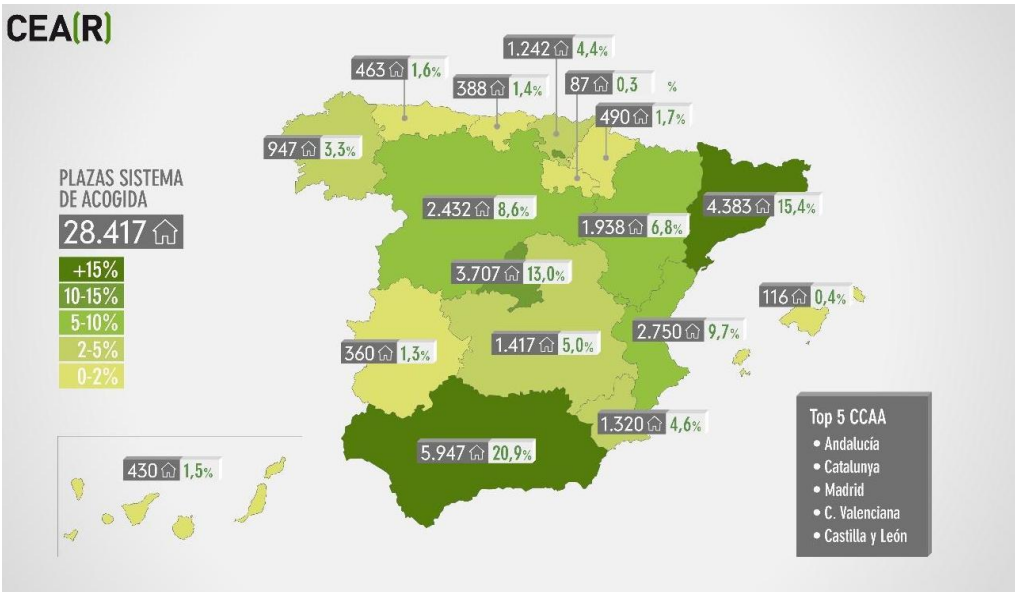
La especialización productiva de algunas zonas agrícolas en Andalucía conlleva una alta concentración de migrantes viviendo en condiciones precarias. Algunos asentamientos chabolistas en zonas dedicadas a campañas agrícolas de temporada se han convertido en asentamientos permanentes (Leralta-Piñán et al., 2022).

Uno de los problemas más importantes en relación a la salud de las mujeres migrantes es encontrarse en **situación administrativa** irregular. Las mujeres y niñas constituyen una proporción importante de la migración en situación irregular que llega a Europa. Entre 2018 y 2020, las mujeres representaron el 20% de las casi 77.000 personas que llegaron a Europa por tierra y mar utilizando las rutas del Mediterráneo oriental, central y occidental, así como la ruta atlántica de África Occidental. El 21% de mujeres y niñas llegaron a España en esos años cruzando el Mediterráneo occidental y por la ruta atlántica de África Occidental. En 2020, el número de mujeres que migraron a Europa de forma irregular disminuyo debido principalmente a la pandemia de COVID-19.

El deterioro de la salud mental en situación de privación de libertad está ampliamente constatado (Von Werthern et al., 2018). El internamiento no sólo exacerba problemas de salud mental previos, sino que contribuye a la aparición de otros nuevos. La mayoría de estudios sobre la salud en centros de detención se centran en hombres. En aquellos que incorporan a mujeres, no se incluye la perspectiva de género, por lo que las consecuencias de la detención en la salud mental de las mujeres permanecen desconocidas. Como en otros ámbitos, también en éste hay escasez de estudios centrados en las mujeres. No obstante, se sabe que, en el caso de personas que parten de una situación vulnerable previa, como las víctimas de persecución o de violencias, la detención supone una experiencia traumática más (CEAR, 2023).

Cada vez son más las mujeres que buscan refugio en España. En 2023, un 47.4% de las solicitudes fueron presentadas por mujeres, en comparación con el 46% del año anterior. Los cinco primeros países de origen son latinoamericanos. Andalucía ha pasado a ser la segunda comunidad autónoma con más solicitantes de asilo, precedida por Madrid y por delante de Cataluña. Málaga es la segunda provincia con más solicitantes de asilo después de Madrid y por delante de Barcelona.

Figura 3. Plazas en el sistema de acogida por comunidades autónomas en España, 2023



Fuente: CEAR, 2023. Datos del Ministerio del Interior.

La comunidad andaluza es la primera en lo que respecta a plazas del sistema de acogida con 5.947 plazas en 2023 (1.923 en 2021), lo que supone un 20.9% del total nacional. En cuanto a las provincias que encabezan las plazas del sistema de acogida, la provincia andaluza de Málaga se encuentra en tercer lugar con 1.709 plazas de acogida, precedida por Madrid y Barcelona.

Aunque el **acceso al Sistema Sanitario** Español y Andaluz, en concreto, es de consideración universal y gratuita, está determinada, en gran medida, de la regularización administrativa, así como de la superación de múltiples barreras, tales como las económicas, geográficas, culturales, educativas, digitales, así como barreras provocadas por la discriminación y xenofobia. Las mujeres migrantes constituyen un grupo que se encuentra en un marco de vulnerabilidad que, a menudo, se enfrentan a barreras adicionales en el acceso a la atención sanitaria.

En el caso de las mujeres migrantes, la injusticia estructural y los determinantes sociales que afectan a su salud confieren una especial relevancia al acceso a los recursos sociales y sanitarios, que deben ir acompañadas de acciones complementarias que modifiquen la estructura social y la distribución inequitativa del poder y los recursos. Como ejemplo, podemos pensar en el impacto que tiene en las mujeres migrantes la dedicación a los cuidados formal e informal y sus dificultades asociadas a su condición para acceder al sistema sanitario.

Las barreras de acceso más importantes son el idioma, horarios y tiempos de espera, el desconocimiento de la legislación actual y los trámites administrativos requeridos. Otras dificultades son la complejidad para navegar por el sistema de salud, la dificultad para acceder a especialistas y a la atención de enfermedades diferentes o diagnósticos graves (Ruiz-Azarola et al. 2020). La obtención de la tarjeta sanitaria, estrechamente ligados al empadronamiento, difícil de cumplir por las mujeres migrantes que tienen alta movilidad, por ejemplo, en mujeres temporeras. La competencia intercultural y la comunicación entre profesionales y mujeres migrantes es también una barrera crítica: algunas mujeres se sienten ignoradas y les gustaría contar con una atención más cuidadosa.

En cuanto a la interacción de las mujeres migrantes con el Sistema Sanitario público, las mujeres acuden a las consultas de primaria y especializada con una frecuencia ligeramente mayor que los hombres tanto migrantes como autóctonos. Como ejemplo de caso, en el informe publicado en el año 2022 las principales barreras que enfrentan las mujeres migrantes con VIH en España, (Granés et al., 2022) se incluyen las mismas barreras, anteriormente mencionadas, a las que se enfrentan las mujeres migrantes en general. No obstante, en este caso y en otros de situaciones eminentemente de mujeres, aparece el temor a los costos de atención médica, en especial a aquellos costos asociados con la atención prenatal y el parto, lo que puede llevarlas a evitar buscar atención médica.

Otra circunstancia de especial vulnerabilidad está en aquellas mujeres que sufren de Violencia de género y estigmatización asociada al VIH, lo que puede dificultar aún más su acceso a la atención.

Entre las dificultades específicas en el proceso de asilo, las mujeres solicitantes de asilo pueden enfrentar desafíos adicionales relacionados con su género, como la violencia sexual o la discriminación, que pueden complicar su acceso a la atención durante el proceso de reconocimiento de su condición.

A **nivel educativo**, en Andalucía existe una diferencia considerable entre la población nacida en España, en la Unión Europea (UE27) o extracomunitaria. Las mujeres migrantes que residen en Andalucía, tienen mayor nivel de estudios que los hombres migrantes, lo que se corresponde con la situación de las mujeres y hombres autóctonas. Las mujeres nacidas fuera de la UE tienen menor nivel de estudios que las mujeres autóctonas y las nacidas en la UE. (Fanjun et al., 2021).

La **edad** también supone un importante determinante de la salud de las mujeres migrantes. Las asociaciones profesionales recomiendan conocer el estado de salud de niñas, niños y adolescentes a su llegada, así como sus factores de riesgo, detección y tratamiento de enfermedades, actualización de vacunas y aplicación el Protocolo de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud adecuado a su edad (Masvidal Aliberch et al., 2024). Los exámenes complementarios deben individualizarse según la procedencia, la exploración física y los factores de riesgo, pero hay algunos que son recomendables realizar a niñas y niños procedentes de países de baja renta y que no han recibido una asistencia sanitaria similar a la del país receptor.

Andalucía es la cuarta comunidad autónoma con mayor número de niños y niñas migrantes en situación administrativa irregular. En 2019, la cifra ascendía a 14.000 de 84.380 niños y niñas migrantes que viven en la comunidad, el 16,6%. Suponen el 9,6% del total de 147.000 menores de 19 años en situación administrativa irregular que había en España ese año. La tasa de irregularidad en este grupo está por encima de la del conjunto de la población migrante en esa situación, un 20,4% frente al 13% en personas adultas. En Andalucía, el 16,6% de los niños y niñas migrantes en Andalucía está en situación administrativa irregular. Por franja de edad, la población infantil y adolescente migrante en situación irregular se concentra en el tramo de edad de 0-4 años (20,2%) y de 15-18 años (19,0%). (UNHCR, UNICEF e IOM, 2022)

Su situación administrativa les convierte en un grupo especialmente vulnerable por la acumulación de factores estresores y supone una barrera para recursos del tipo Renta Mínima de Inserción Social, acceso a becas, reclamación del título de la Educación Secundaria Obligatoria o a matriculación en etapas no obligatorias (infantil, bachillerato y ciclos formativos), donde el INE es requisito *sine qua non*.

Las niñas o chicas menores de edad migrantes no acompañadas o "mal acompañadas", sin referentes familiares en la sociedad receptora, se encuentran en situaciones de especial riesgo o vulnerabilidad. Tanto en la Unión Europea como en España o en Andalucía, se estima que son 1 o 2 de cada 10 menores migrantes o solicitantes de asilo no acompañados/as. Entre 2020 y 2022 se ha incrementado el número de menores que llegan a España respecto del total de personas (4.369), un incremento del 5% entre 2021 y 2022. El porcentaje de quienes llegan solos, ha disminuido en ese periodo, pasando del 86% en 2020 al 79% en 2022. (UNHCR, UNICEF e IOM, 2022)

Mientras que las niñas y las mujeres constituyen aproximadamente el 43 % de la población migrante internacional en África del Norte, son relativamente menos las que llegan a Europa a través de esas vías (OIM: representaron apenas el 20 % del total de las llegadas por tierra y mar entre 2018 y 2020, y que las niñas representan aproximadamente entre el 6 % y el 38 % de todas las llegadas de menores en función de la ruta). En 2019, las chicas representaron el 10 % de todas las llegadas a través de estas rutas (34 % de los menores), disminuyendo al 2 % de todas las llegadas en 2020 (11 % de los menores). En el caso de las niñas y adolescentes, la explotación y los abusos sexuales basados en el acceso a la protección, la alimentación y otras necesidades básicas durante el tránsito, son habituales (INE, 2022).

La mayoría de estas chicas acogidas en el sistema de protección de menores andaluz son de origen marroquí y el número de solicitantes de asilo no acompañadas suele ser bajo. Un número indeterminado de adolescentes están fuera del sistema de protección de menores, pudiendo encontrarse prostituidas o trabajando como empleadas domésticas internas, sin protección laboral.

La trata con fines de explotación sexual es una de las situaciones más graves de vulneración de derechos para las niñas y jóvenes migrantes no acompañadas y —en ocasiones— se ha asociado a su desaparición de los centros de protección de menores. Incluso se han encontrado víctimas de trata menores de edad detenidas en Centros de Internamiento de Extranjeros, tras errores en la determinación de su edad. Asimismo, niñas y adolescentes migrantes también pueden ser víctimas de trata con fines de explotación laboral, delincuencial o de otro tipo.

Según el origen, entre los riesgos que corren dentro de España, y Andalucía, están los matrimonios forzados, la mutilación genital femenina o ablación.

También pueden manifestar síntomas relacionados con la salud mental o emocional: nostalgia de la vida en origen, duelo migratorio (Achótegui, 2000), afectación emocional o estrés postraumático a consecuencia de las violaciones de derechos humanos que hayan podido sufrir, inestabilidad o bloqueos emocionales, ansiedad y frustración, cuadros depresivos en los procesos de espera para su regularización administrativa, somatizaciones (en forma de diarreas, dolor de cabeza, insomnio, etc.). Entre las víctimas de trata o explotación sexual puede observarse indefensión aprendida, depresión y problemas de adicciones, entre otros síntomas (Sayed-Ahmad, 2008). La invisibilización de las niñas y chicas no acompañadas conlleva que los servicios sociales y de salud no estén del todo preparados para responder a sus necesidades específicas y garanticen sus derechos.

Según datos de OIM, en España, el 19% de jóvenes de menos de 20 años llegados en 2022 a España por vía marítima eran mujeres.

Las jóvenes ex tuteladas, por su parte, tienen que hacer frente al riesgo de exclusión al finalizar el período de protección oficial, cuando por edad tienen que salir de los centros de acogida sin recursos que les permitan iniciar una vida autónoma.

Problemas de salud que afectan especialmente a las mujeres migrantes y sesgos de género en la atención sanitaria

Los principales problemas de salud que enfrentan las mujeres migrantes se dan durante todo el proceso migratorio, desde el país de origen hasta en la adaptación y estancia en el país de destino. Estos problemas incluyen el acceso limitado a servicios de salud, la violencia de género y el impacto físico y psicológico asociado a la experiencia migratoria.

La autopercepción del estado de salud es mejor entre las mujeres migrantes que entre las españolas, y también es superior a los hombres migrantes, con un 44% de mujeres migrantes que perciben su salud como buena, frente al 33% de los hombres migrantes.

Los principales problemas se asocian a los determinantes sociales comentados anteriormente, como en el ámbito de la salud laboral, donde su inserción en los sectores peor reconocidos y remunerados (servicio doméstico, hostelería, agricultura) les hace sufrir mayor accidentalidad, discriminación y abusos en el trabajo. Largas jornadas sin descansos, exposición a productos tóxicos de uso agrícola, cambios de temperatura en invernaderos, inestabilidad laboral, y ausencia de derechos laborales si carecen de contrato.

En otros aspectos como la salud reproductiva (Requena, 2024), se ve afectada por dificultades de acceso a programas de cribado de cáncer de mama y cérvix y otros programas preventivos. Así mismo, se produce un gran número de embarazos no controlados y una mayor mortalidad perinatal y materna.

En relación a resultados en salud, en general, las mujeres migrantes y mujeres autóctonas en Andalucía tienen una distribución de problemas de salud similar. En la actualidad no se dispone de datos específicos sobre las causas de muerte para las mujeres migrantes. En cuanto a morbilidad no hay datos sobre factores de riesgo cardiovasculares para las mujeres migrantes en particular, ni sobre los tipos de cáncer que padecen las mujeres migrantes en Andalucía. No obstante, se observa que las mujeres migrantes tienen una prevalencia mayor de infecciones respiratorias agudas del tracto superior en comparación con los hombres migrantes.

Salud mental y bienestar emocional

Las necesidades específicas en el ámbito de la salud mental de las mujeres migrantes vienen marcadas por una mayor dificultad de accesibilidad y conocimiento de los recursos sanitarios, mayores barreras idiomáticas, carencia de red familiar o social que les apoye en la búsqueda de ayuda, niveles socio-económicos precarios, vivencias y creencias de sus países de origen en torno a la enfermedad mental, su tratamiento y cuidado.

Las mujeres sufren mayor riesgo de sufrir doble estigmatización, tanto por migrante como por tener enfermedad mental, lo que conlleva mayor riesgo de exclusión social, (Sortzen, 2024) de estrés postraumático, somatizaciones, ansiedad, depresión. Las mujeres y niñas refugiadas pueden haber

sufrido en sus países experiencias traumáticas, por lo que a menudo presentan más patologías relacionadas con esas vivencias.

El proceso migratorio, como todo cambio social y personal, supone renuncias y pérdidas que provocan el duelo migratorio (Achótegui, 2000): Este duelo se suele manifestar con síntomas depresivos relacionados con las pérdidas, y con síntomas de ansiedad y confusionales debidos al estrés del proceso adaptativo y a la lucha por conseguir alcanzar los objetivos del proyecto migratorio. Es un proceso lento y acumulativo que tiene diferentes gradientes en función del impacto de los estresores migratorios: soledad, aislamiento afectivo y lingüístico, miedo al fracaso y a perder lo conseguido, situación administrativa, falta de trabajo y condiciones laborales precarias, condiciones de la vivienda, dificultades de arraigo debido a la movilidad excesiva, esfuerzo adaptativo, hostilidad del entorno, xenofobia, racismo y/o red social y familiar ausente o frágil.

Las madres migrantes suman a su duelo migratorio el estrés, la angustia y el dolor que genera cuidar desde la distancia o desde la cercanía en un entorno distinto, en el que se enfrentan al estigma compasivo o de reproche sobre su manera de ejercer la maternidad (González Tomé et al., 2013).

Salud sexual y salud reproductiva

Según Requena (2024), las disparidades en las tasas de IVE entre mujeres españolas y migrantes están mediadas por los niveles educativos. Mientras que las tasas de IVE en mujeres españolas disminuyen a medida que aumenta el nivel educativo, para las mujeres migrantes esta relación es curvilínea. Se destaca la importancia de desarrollar políticas de salud reproductiva bien adaptadas a los perfiles educativos específicos de las poblaciones objetivo.

Enfermedad de Chagas

Se trata de una enfermedad parasitaria causada por el protozoo hemoflagelado *Trypanosoma cruzi* (T. cruzi), endémica en 21 países de las Américas, que afecta a unos 6 millones de personas, provoca alrededor de 12.000 muertes y cerca de 9.000 bebés infectados durante la gestación al año (OPS, 2019).

La enfermedad de Chagas fue la patología más diagnosticada en personas migrantes entre 2009 y 2015, según datos de la Red cooperativa para el estudio de las enfermedades importadas por viajeros e inmigrantes (www.redivi.es), alcanzando el 40% de los registros (Redivi, 2024).

Según informes de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2019), la transmisión por transfusiones y trasplantes están controladas en España, pero una mujer embarazada puede transmitir el parásito en cualquier estadio de la infección y en cualquier momento del embarazo, incluso durante el parto. Además, una hija infectada podrá transmitir en un futuro la infección a sus descendientes, lo que se conoce como *Chagas congénito de segunda generación*. Por tanto, la vía de transmisión materno-fetal puede propagar la infección en áreas no endémicas e incluso en personas que nunca han vivido en área endémica. Para evitar la transmisión congénita, se realiza cribado a todas las embarazadas de origen latinoamericano (a excepción de las islas de Caribe), las que han vivido en una zona endémica durante periodos prolongados (en especial en áreas rurales) y aquellas con madres procedentes de Sudamérica (salvo que su madre haya sido cribada y sea negativa).

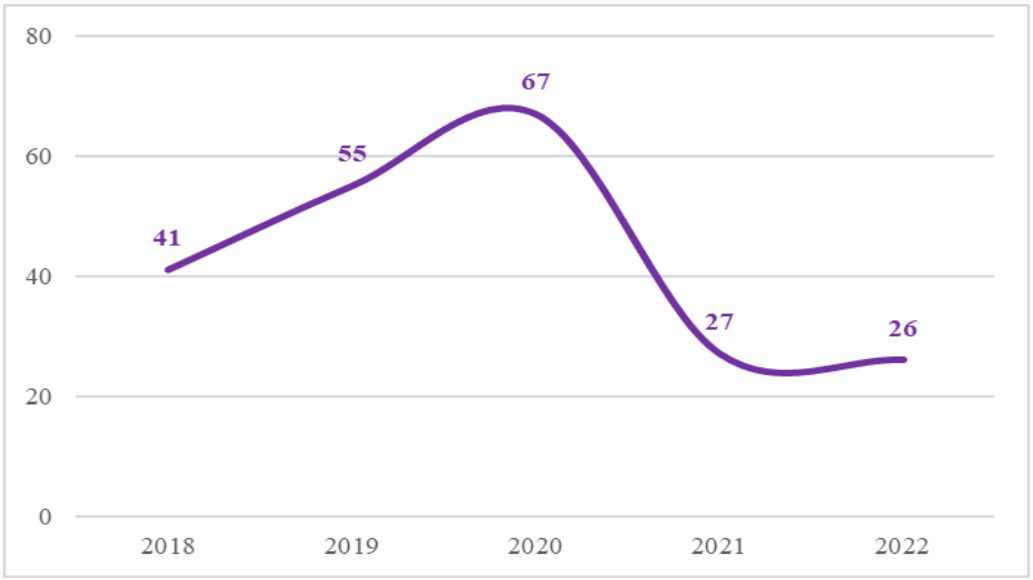
Trata con Fines de Explotación Sexual

La disponibilidad e indicadores sobre Trata con Fines de Explotación Sexual (TFES) es limitada, debido a la complejidad del problema y las dificultades para detectar e identificar a las víctimas. En España, son la Policía o la Fiscalía quienes disponen de registros sobre el número de víctimas formalmente identificadas.

Entre 2018 y 2023, el número oficial de víctimas de TFES en Andalucía ha fluctuado de manera notable. En 2018 se registraron 41 víctimas, aumentando a 55 en 2019 y a 67 en 2020. Sin embargo, en 2021 el número de víctimas descendió significativamente a 27, y en 2022 se mantuvo casi constante con 26 víctimas.

Es necesario aclarar que este número de víctimas incluye a hombres y mujeres, si bien a nivel global el 96% de las víctimas de TFES son mujeres (Pastor-Moreno et al., 2023).

Gráfico 222. Víctimas de Trata con Fines de Explotación Sexual en Andalucía, 2018 a 2022.



Fuente: Pastor-Moreno, a partir del Boletín Estadístico Anual del Ministerio de Igualdad, 2022.

Pero, además, dentro del mismo territorio andaluz, la realidad de la trata de mujeres y niñas es muy compleja, pues hay explotación sexual, pero a la vez hay otras explotaciones laborales y agresiones sexuales fuera del ámbito de la trata.

Otro de los problemas específicos de Andalucía es que las estancias de las víctimas son muy cortas, no suelen permanecer demasiado tiempo en la comunidad, pues las redes de trata las trasladan hacia el norte del estado o al resto de Europa. Esto dificulta la atención sanitaria integral y el seguimiento de las mujeres (Pastor-Moreno et al., 2023).

Mutilación Genital Femenina (MGF)

La MGF es una práctica que implica la alteración o lesión de los genitales femeninos por motivos no médicos. Su práctica es anterior a la aparición de las religiones monoteístas y es practicada por población musulmana, cristiana y animista, sin que se encuentre referencia que la justifique en el Corán ni en la Biblia (Medicus Mundi Andalucía, 2008).

Según el último Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España (Kaplan Marcusán et al., 2006) en Andalucía la población femenina procedente de países donde se practica la MGF asciende a 8.911 mujeres, con un incremento de 1.091 mujeres (14%) en el periodo 2016-2021. Además, la población en riesgo de MGF (niñas de 0 a 14 años) es de 1.858 niñas, con una variación de 117 niñas (6,7%). Los principales orígenes de esta población femenina son Senegal, Nigeria, Ghana, Guinea-Bissau y Malí, representando el 67,7% de esta población.

Hay que tener en cuenta que Almería es la 9ª provincia con mayor población femenina de origen MGF en España, y Málaga la 11ª. En Málaga predomina la población de origen nigeriano y en Almería de Senegal. En los municipios de la costa de las dos provincias se concentra la mayor parte de la población femenina MGF de la región.

Tabla 55. Población en riesgo de sufrir MGF en Andalucía, 2021.

Población	Numero	Variación 2016-2021	Posición CCAA
Población origen MGF	43.219	7.147 (19,8%)	2
Población femenina MGF	8.911	1.091 (14,0%)	3
Población femenina 0-14 MGF	1.858	117 (6,7%)	3
Principales orígenes población femenina: Senegal, Nigeria, Ghana, Guinea-Bissau, Malí (67,7%)			

Fuente: Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2021 de la Fundación Wassu-UAB, 2022.

Las consecuencias para la salud de las mujeres sometidas a la mutilación genital femenina (MGF) incluyen riesgos inmediatos como hemorragias, shock e infecciones, así como complicaciones a largo plazo que abarcan infecciones urinarias, infertilidad, dolor durante la menstruación y relaciones sexuales, y problemas en el parto, como un aumento en cesáreas y mortalidad materna. Además, la MGF está asociada con trastornos mentales y psicosomáticos, y las mujeres migrantes enfrentan desafíos adicionales debido a la estigmatización y revictimización en sus nuevos entornos. (OMS, 2008).

Sesgos de género en la atención sanitaria

Los **problemas de comunicación** dificultan la realización de una actividad asistencial de calidad a las mujeres migrantes. Además del desconocimiento del idioma o del uso de diferentes registros del castellano, es necesario tener en cuenta que los sistemas sanitarios del país de origen no son similares al andaluz, y que existen conocimientos tradicionales sobre enfermedades y tratamientos muy valorados por parte de las mujeres migrantes.

A menudo, se encuentran historias clínicas de mujeres migrantes en las que faltan datos y donde no se han registrado antecedentes ginecológicos y obstétricos. Se valora como incapacidad comunicativa de la paciente lo que en realidad son barreras lingüísticas, desconocimiento del sistema sanitario, diferencias en la expresión de síntomas o falta de habilidades comunicativas del personal sanitario. Existen profesionales que tienden a ignorar a las mujeres que no hablan castellano y que no se esfuerzan por comprender los valores y comportamientos de sus pacientes y familiares de origen cultural diferente.

Existen **prácticas culturales y religiosas** que suponen un desafío para el personal sanitario, como es el caso del Ramadán, que supone la práctica del ayuno durante las horas diurnas del mes, una variación en la composición de la dieta y ajustarse a 2 comidas principales diarias. Las mujeres embarazadas musulmanas y pacientes con diabetes, son colectivos que suelen ocultar su intención de ayunar en el contexto sanitario, y prefieren hablar con la familia o con sus líderes religiosos por miedo a la incomprensión, falta de respeto o a que les digan que no ayunen, o por no sentir la necesidad de buscar asesoramiento profesional. En el caso de las migrantes embarazadas o en periodo de lactancia que lo practican, aun no estando obligadas a ello, no existe evidencia que muestre que ponga en riesgo su salud o la de los lactantes. No obstante, se han constatado pérdidas de peso y de IMC, y posibles efectos negativos en forma de alteraciones metabólicas maternas, como la hipoglucemia y la cetosis, y posible menor peso al nacer, cuando el ayuno coincide con el primer trimestre de embarazo, aunque algunos autores afirman que hay poca o ninguna relación entre la exposición al Ramadán durante el embarazo y los resultados del parto. El personal sanitario tiene que respetar la decisión de la gestante en caso de que decida ayunar, estableciendo las recomendaciones nutricionales que minimicen el riesgo de sufrir posibles efectos adversos del ayuno.

3.4.4. Salud y discapacidad

El análisis de la situación de las personas con discapacidad en Andalucía revela una serie de tendencias y brechas significativas, especialmente en términos de género. Basado en los datos más recientes de la última Encuesta Andaluza de Salud (EAS 2023) y complementado por la Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (EDAD 2020) del Instituto Nacional de Estadística (INE), este capítulo examina el panorama actual de las limitaciones físicas, mentales o sensoriales de estas personas en la Comunidad Autónoma. En particular, se observa una notable brecha de género que afecta tanto a la prevalencia de la discapacidad como al acceso y uso de servicios sanitarios, entre otros aspectos, que pasan a detallarse a continuación.

Además, existen desigualdades o sesgos de género en la atención sanitaria a las mujeres con discapacidad a tener en cuenta, como barreras y facilitadores en la accesibilidad, factores relacionados con su derecho a la salud sexual y salud reproductiva, el impacto de las desigualdades de género en la atención a su salud mental, las estrategias de promoción o la violencia de género. Todo ello es objeto de análisis en la segunda parte de este capítulo.

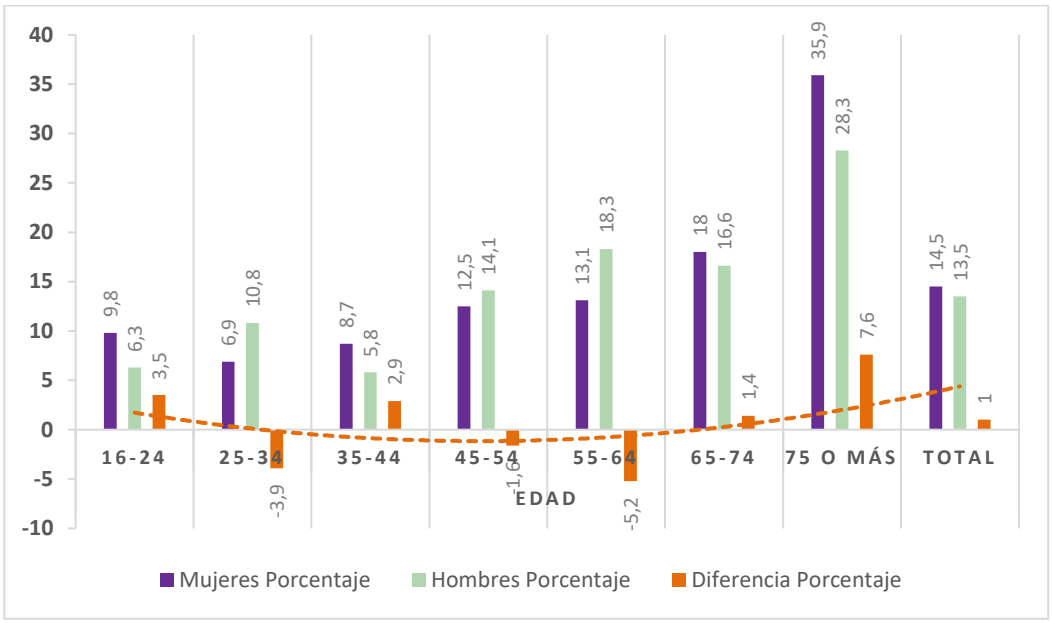
Desigualdades de género en la salud de las personas con discapacidad

En los hogares andaluces viven más mujeres que hombres con alguna limitación física, mental o sensorial. Así lo muestran los resultados de la Encuesta Andaluza de Salud (2023), donde se concluye que existe un 14,5% de hogares andaluces donde viven mujeres con alguna limitación frente al 13,5% de hogares con hombres.

Desglosados estos datos por edades, se identifica una brecha de género en las franjas de edad de los 16 a 24 años (diferencia de 3,5 puntos porcentuales), de 35 a 44 años (diferencia de 2,9), de 65 a 74 años (diferencia de 1,4) y de 75 o más años (con la máxima diferencia de 7,6). En el otro lado, los hogares donde son más los hombres con limitaciones se sitúan en las franjas de edad de 25 a 34 años (diferencia de -3,9), de 45 a 54 años (diferencia de -1,6) y de 55 a 64 años (diferencia de -5,2).

Se puede concluir por tanto que, como ya sabemos, las mujeres en Andalucía viven más años, pero a medida que aumentan los años, presentan más discapacidad o limitaciones que los hombres, sobre todo de los 65 años en adelante, y de los 75 años donde la brecha de género es significativa.

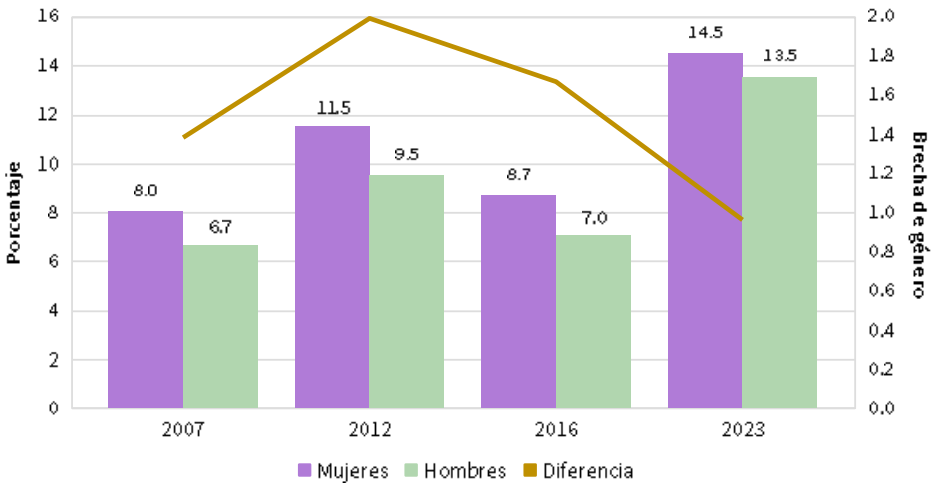
Gráfico 223. Porcentaje de hogares con alguna persona con limitación física, mental o sensorial por edad y sexo. Andalucía 2023



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Andaluza de Salud 2023

Si comparamos las encuestas anteriores, desde 2007, con la EAS más reciente de 2023, el porcentaje de hogares con mujeres con limitaciones ha aumentado. Concretamente, la comparativa entre las dos últimas encuestas muestran que existe un importante aumento y diferencia, un 6,2% más de hogares con mujeres que viven con alguna limitación y un 6,5% más en hombres. Sin embargo, los datos de la última encuesta muestran como la brecha de género es la menor de todos los años (1 punto porcentual) si la comparamos con las anteriores.

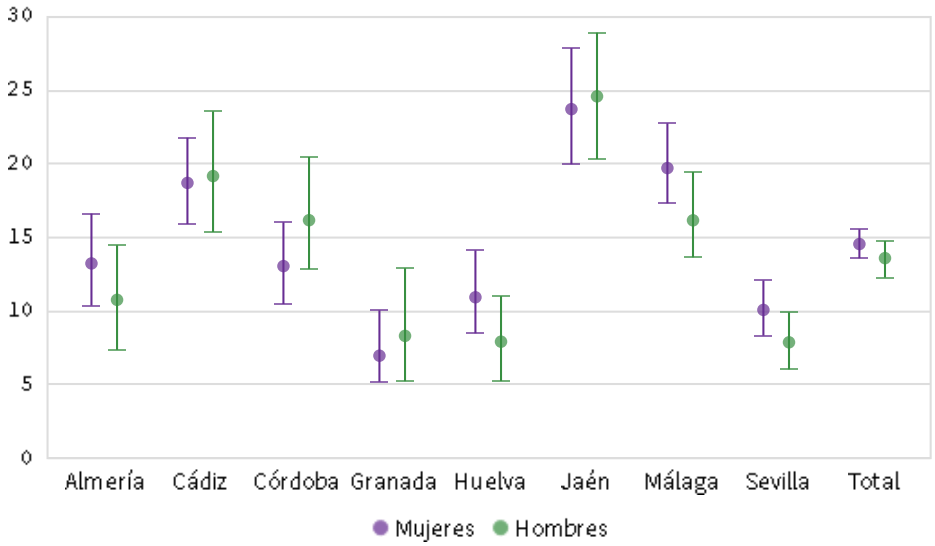
Gráfico 224. Porcentaje de hogares con alguna persona con limitación (física, mental o sensorial). Andalucía 2007-2023



Fuente: Encuesta Andaluza de Salud 2023

Los resultados de la EAS 2023 indican, además, que las tres provincias andaluzas que tienen mayor porcentaje de hogares con personas con limitaciones son Jaén (23,7% mujeres vs. 24,5% hombres), Málaga (19,7% mujeres vs. 16,1% hombres) y Cádiz (18,7% mujeres vs. 19,1% hombres). En cuanto a la brecha de género, la mayor se da en Málaga (3,6), donde hay más hogares con mujeres que viven con alguna limitación que con hombres, Huelva (la brecha es 3) y Almería (2,5). La diferencia es negativa en Córdoba (-3,1), Granada (-1,3), Jaén (-0,9) y Cádiz (-0,9).

Gráfico 225. Porcentaje de hogares con alguna persona con limitación (física, mental o sensorial) y brechas de género. Provincias de Andalucía 2023.



Fuente: Encuesta Andaluza de Salud 2023

Además, son los municipios de más de 50.000 habitantes donde el porcentaje de hogares donde viven personas con alguna limitación es mayor, seguido de las poblaciones de entre 10.000 y 50.000 habitantes y de los de menos de 10.000 habitantes. Las capitales son las que cuentan con menor porcentaje de hogares con personas que viven con limitaciones según los datos de esta encuesta.

Tabla 56. Porcentaje de hogares con alguna persona con limitación (física, mental o sensorial). Datos por hábitat, núcleo de habitantes y sexo. Andalucía 2023

		Mujeres	Hombres	BG
Hábitat	<10.000 hab	14,1	13,8	0,3
	10-50.000 hab	15,9	14,1	1,8
	>50.000 hab	16,1	15,3	0,8
	Capitales	12,3	11,3	1

Fuente: Encuesta Andaluza de Salud 2023

Las mujeres con alguna limitación (física, mental o sensorial) que viven en los hogares andaluces cuentan con mayor nivel de estudios a nivel primario que los hombres con estas mismas limitaciones según la EAS de 2023. Sin embargo, los datos muestran que en cuanto a estudios secundarios hay más hogares con hombres con limitaciones con estudios secundarios (la BG es 0,2) y, de forma significativa, con estudios universitarios (1,2), existiendo una brecha de género a destacar, si tenemos en cuenta los determinantes sociales de la salud.

Tabla 57. Porcentaje de hogares de Andalucía con alguna persona con limitación (física, mental o sensorial). Datos por nivel de estudios y sexo. Andalucía 2023

		Mujeres	Hombres	BG
Estudios	Primarios	26,9	24,1	2,8
	Secundarios	12	12,2	0,2
	Universitarios	7,9	9,1	1,2

Fuente: Encuesta Andaluza de Salud 2023

Poniendo el foco en la procedencia, la Encuesta Andaluza de Salud 2023 señala que existe mayor porcentaje de hogares entre la población que ha nacido en España con alguna limitación que aquella que ha nacido en el extranjero. Y, además, que el porcentaje de hogares donde viven mujeres nacidas fuera de España y que cuentan con alguna limitación es mayor que el de hombres (brecha de 4,9).

Tabla 58. Porcentaje de hogares con alguna persona con limitación (física, mental o sensorial). Datos por nacimiento y sexo. Andalucía 2023

		Mujeres	Hombres	BG
Nacimiento	España	14,5	14	0,5
	Extranjero	13,9	9	4,9

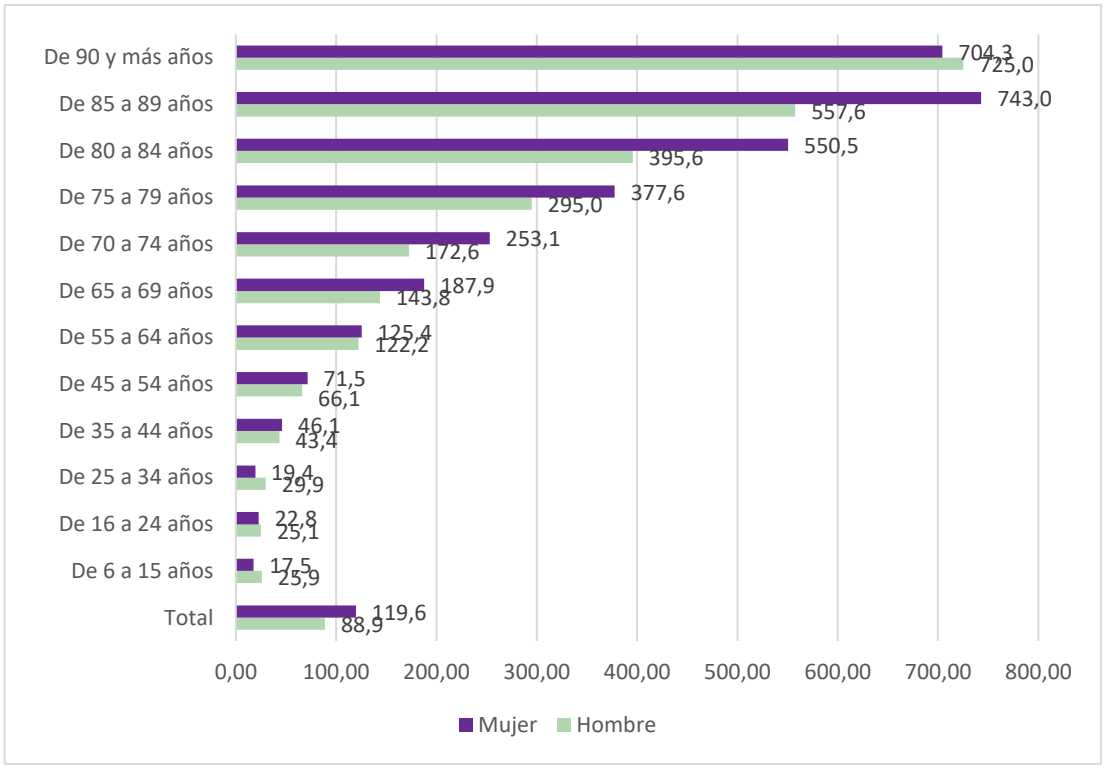
Fuente: Encuesta Andaluza de Salud 2023

Por otro lado, si atendemos a otras fuentes de información, según cifras del Sistema Integrado de Servicios Sociales de Andalucía (SISS) el número de personas con discapacidad en Andalucía, a 31 de diciembre de 2021, recogido en el III Plan de Acción Integral para las personas con Discapacidad en Andalucía (Consejería de Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación, 2022), era de 578.509 personas. Este número se corresponde únicamente al total de personas valoradas en los Centros de Valoración y Orientación de Andalucía con un grado de discapacidad igual o superior al 33%. Esto es, un 6,8% de la población andaluza en el año 2021. En atención al sexo, existe una ligera mayoría de hombres (298.663) que de mujeres (279.846). Además, un 56,8% de dicha población reside en ciudades y un 10,0% en zonas rurales. El 33,2% restante reside en zonas de densidad intermedia.

Toda esta información se complementa y completa con los resultados de otras encuestas realizadas a nivel nacional en todas las Comunidades Autónomas, con el foco en los datos de Andalucía. Según la Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia 2020 (EDAD 2020) del Instituto Nacional de Estadística (INE), la última realizada en toda España con población general, en el 18,8% de los hogares andaluces vive una persona con discapacidad, y en el 3,5% de los hogares dos o más personas con discapacidad. Andalucía es dentro del contexto nacional, la séptima Comunidad Autónoma en cuanto a tasas de discapacidad de personas de más de seis años por cada mil habitantes (104,5).

En Andalucía, las mujeres presentan una tasa de discapacidad por mil habitantes (119,6) significativamente más alta que los hombres (88,9). Es en las edades comprendidas entre los 35 años y 89 años donde la brecha de género está presente. En edades anteriores (de 6 a 34 años) la brecha de género es negativa. Se confirma, como en encuestas anteriores, que las brechas de género tienden a aumentar con la edad, y es en el grupo de 80 a 84 años donde las tasas por mil reflejan la mayor brecha (395,6 hombres frente a 550,5 mujeres) y en el grupo de 85 a 89 años (557,6 hombres frente a 742,9 mujeres). Estos datos confirman la paradoja de la mortalidad, y los resultados señalados anteriormente en la Encuesta Andaluza de Salud de 2023.

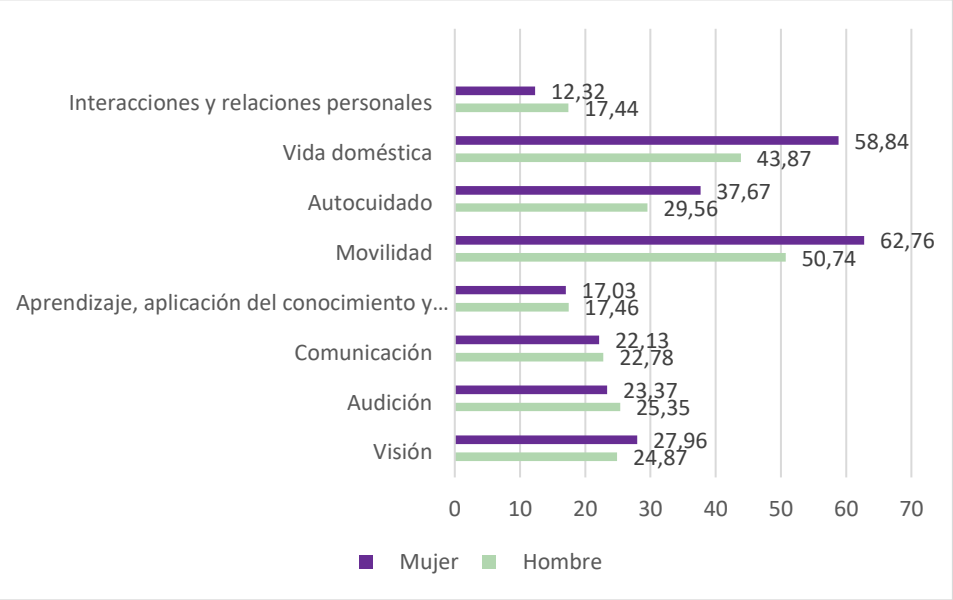
Gráfico 226. Tasa de población de 6 y más años con alguna discapacidad, por sexo y edad. Tasas por mil habitantes. Andalucía 2020



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia 2020. INE.

Por grupo de discapacidad, los más frecuentes en Andalucía para ambos sexos son la movilidad en primer lugar, seguida la vida doméstica y el autocuidado. El porcentaje más alto en ambos sexos se corresponde con movilidad (62,7% de mujeres con discapacidad y el 50,7% de los hombres), donde la brecha de género es de signo positivo (12). Le siguen la discapacidad para la vida doméstica (58,8% de las mujeres y un 43,8% de los hombres) con la mayor brecha (15); y la discapacidad para el autocuidado (37.6% en mujeres frente a 29,5% en hombres), con una brecha de 8,1. En lo que respecta a la visión, existen también más mujeres que hombres con discapacidad visual (27,9% en mujeres, frente a 24,8% en hombres). Los hombres, sin embargo, presentan más discapacidad que las mujeres en lo relacionado con la comunicación (brecha de -0,7), el aprendizaje (-0,4) y las interacciones y relaciones sociales (-5,1). En general se refleja que la brecha de género en positivo ha aumentado con respecto a la anterior EDAD 2008 y se ha reducido en lo que tiene que ver con aquellos tipos de discapacidad donde los hombres superan en porcentaje a las mujeres.

Gráfico 227. Porcentaje de población de 6 y más años con discapacidad según grupo de discapacidad y sexo. Andalucía 2020



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia. 2020. INE.
Notas: Una persona puede tener discapacidades de más de un grupo de discapacidad.

A continuación, se recogen los porcentajes por grupo de discapacidad y sexo, desglosados por franjas de edad, donde la brecha de género es mayor entre los 65 a 79 años en lo que se refiere a discapacidad para la vida doméstica (16,7) y entre los 6 y los 44 años en la discapacidad relacionada con el autocuidado (13,5).

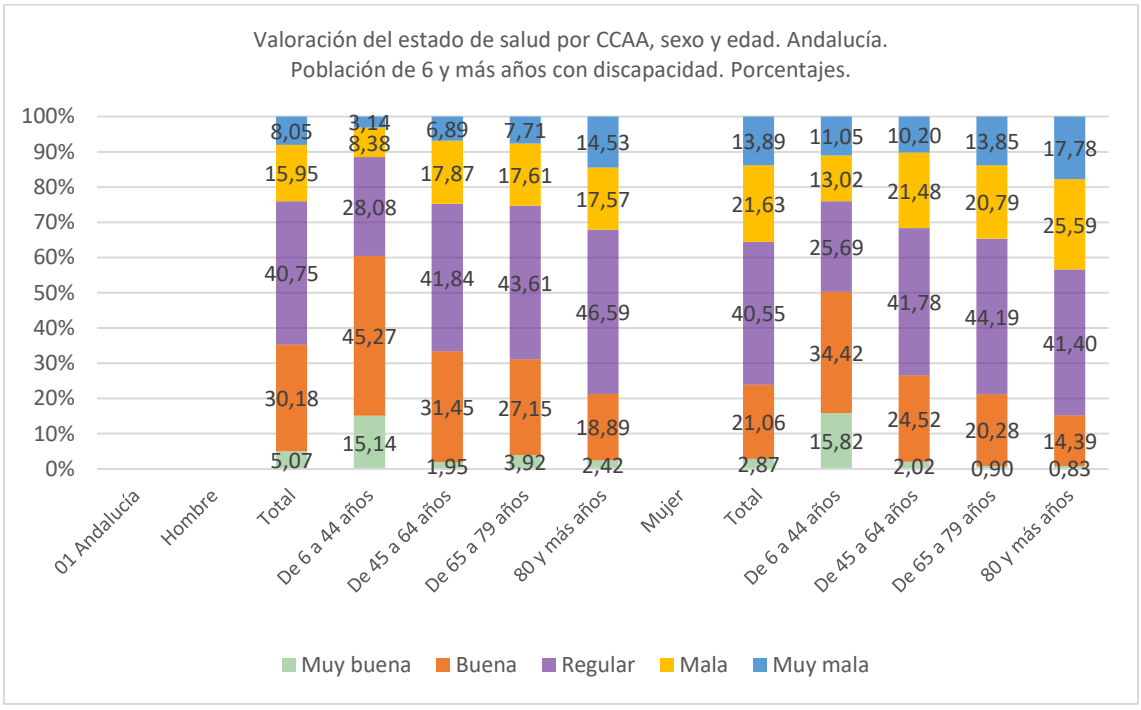
Tabla 59. Porcentaje de población de 6 y más años con discapacidad según grupo de discapacidad, sexo y edad (personas mayores de 6 años). Andalucía 2020.

	De 6 a 44 años			De 45 a 64 años			De 65 a 79 años		
	Hombre	Mujer	BG	Hombre	Mujer	BG	Hombre	Mujer	BG
Visión	15,2	16,3	1,1	22,6	29,5	6,8	24,4	28,1	3,7
Audición	12,7	13,9	1,2	21,3	19,8	-1,5	30,1	24,9	-5,1
Comunicación	30,5	34,1	3,6	16,2	12,1	-4	22,4	14,2	-8,2
Aprendizaje, aplicación del conocimiento y desarrollo de tareas	26,5	28,3	1,8	12,6	8,17	-4,5	15,4	11	-4,3
Movilidad	38,7	43,6	4,9	51	52	0,9	53,1	66,2	13,1
Autocuidado	21,7	35,2	13,4	24,2	18,3	-5,9	31,2	33,7	2,4
Vida doméstica	39,7	46,6	6,8	36,1	44,7	8,6	38,9	55,6	16,7
Interacciones y relaciones personales	36,9	33,5	-3,4	14,3	9,12	-5,1	12,3	5,2	-7

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia. 2020. INE.
Notas: Una persona puede tener discapacidades de más de un grupo de discapacidad

La Encuesta EDAD 2020 proporciona además datos sobre la valoración que hacen las personas con discapacidad sobre su propio estado de salud. En general, la mayoría de la población con discapacidad en Andalucía la califica mayoritariamente en una escala que va desde "Regular" a "Muy mala". Los resultados muestran como la mayor parte de mujeres y hombres con discapacidad mayores de 6 años consideran su estado de salud como "regular" (40,5% de mujeres y 40,7% de hombres). Las mujeres con discapacidad consideran que su estado de salud es "malo" o "muy malo" en mayor medida que los hombres (21,6% de mujeres frente a 15,9% de hombres valoran su estado de salud como "mala" y 13,8% de mujeres frente a 8% de hombres como "muy mala"). Además, el grupo de edad de 80 y más años, tanto en hombres como en mujeres, tiene un número considerable de personas con una valoración de salud "muy mala" (17,7% mujeres/14,5% hombres), y de "mala" (25,5% de mujeres / 17,5% de hombres). A mayor edad, la valoración es más negativa y significativamente mayor en mujeres.

Gráfico 228. Valoración del estado de salud por CCAA, sexo y edad. Andalucía. Población de 6 y más años con discapacidad



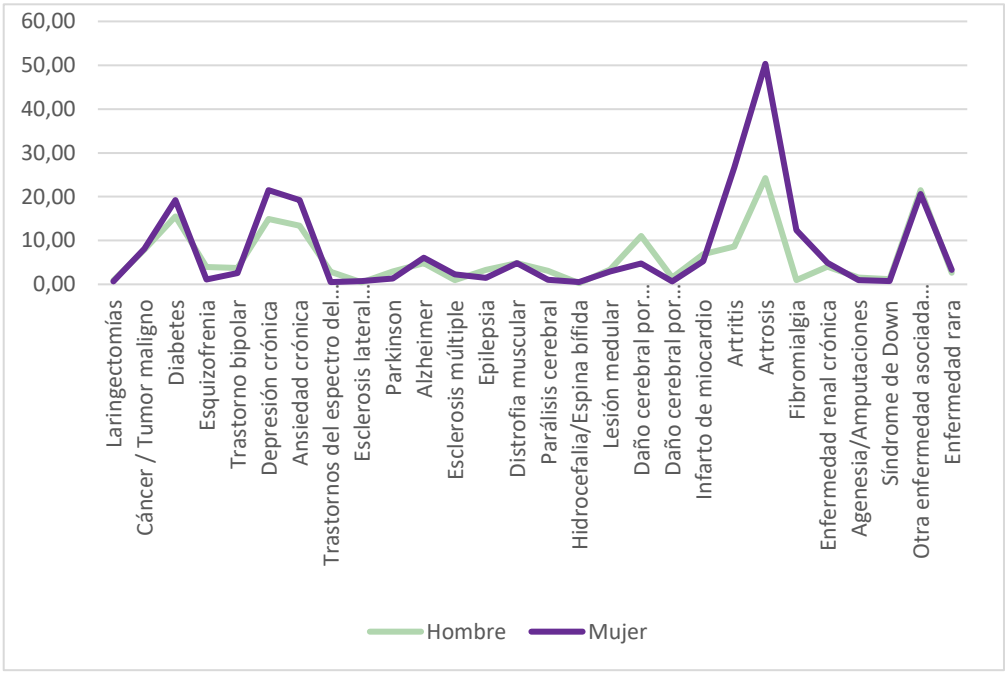
Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia. 2020. INE.

Estado de salud

En cuanto al estado de salud, según la Encuesta EDAD 2020, las mujeres con discapacidad en Andalucía presentan mayoritariamente las siguientes enfermedades: artrosis (50,3%), artritis (26,7%), depresión crónica (21,4%), otra enfermedad asociada a la discapacidad (20,5%), ansiedad crónica (19,2%), diabetes (19,2%), entre otras. Los hombres con discapacidad por su parte, presentan las siguientes enfermedades en mayor porcentaje: artrosis (24,2%), otra enfermedad asociada a la discapacidad (21,4%), diabetes (15,5%), depresión crónica (14,9%), ansiedad crónica (13,3%) y daño cerebral por

accidente cerebrovascular (11,0%). La mayor brecha de género se da en los porcentajes relacionados con la enfermedad de artrosis (brecha de 26), artritis (18), fibromialgia (11,3), depresión crónica (6,5) y ansiedad crónica (5,9). Por su parte los hombres con discapacidad presentan mayores porcentajes que las mujeres en enfermedades como el daño cerebral por accidente cerebrovascular (brecha de -6,2), esquizofrenia (-2,8), trastornos del espectro autista (-2,3), parálisis cerebral (-2,1), epilepsia (-1,8), parkinson (-1,5) y trastorno bipolar (-1,1).

Gráfico 229. Enfermedades crónicas diagnosticadas en Andalucía por sexo. Población de 6 y más años con discapacidad



Fuente: Elaboración propia a partir de la EDAD 2020. INE.
Nota: Una persona puede tener más de una enfermedad crónica diagnosticada

Cabe concluir de estos datos que la mayor carga de enfermedad crónica se sitúa en las mujeres andaluzas con discapacidad, superando a los hombres.

Uso de los servicios sanitarios

En lo referente al uso de los servicios sanitarios, y teniendo en cuenta porcentajes del global de la población con discapacidad en Andalucía, las mujeres con discapacidad mayores de 6 años de Andalucía han hecho mayor uso de los servicios sanitarios (95,0%), frente a un 91,9% de los hombres. Los datos reflejan que en todos los tipos de atención son las mujeres más demandantes, o han hecho mayor uso de los mismos, lo que puede reflejar un peor estado de su salud, especialmente en lo que tiene que ver con el uso de la atención sanitaria a domicilio (13,8% de mujeres del total de mujeres con discapacidad en Andalucía, frente a 8,5% de hombres), de las urgencias (30,9% de mujeres frente a 25,4%); de medicina de familia y/o enfermería (88,4% de mujeres, frente a 84,1% de hombres).

Tabla 60. Porcentaje de personas de 6 y más años con discapacidad que han recibido servicios sanitarios en los últimos 12 meses por sexo. Andalucía 2020

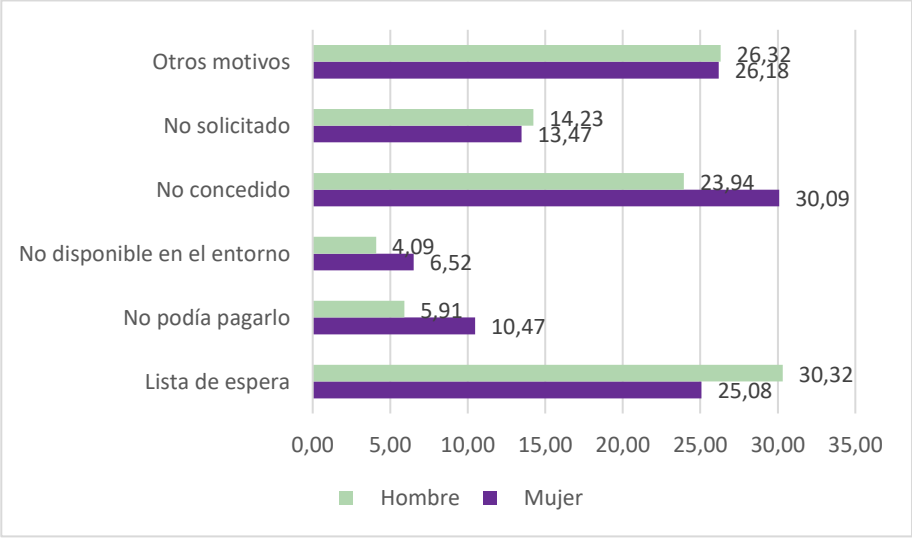
	Total de personas que han recibido un servicio sanitario	Médico de familia y/o enfermería	Especialista y/o pruebas diagnósticas	Urgencias	Rehabilitación (física o cognitiva)	Psicólogo, psicoterapeuta, psiquiatra	Atención sanitaria a domicilio	Servicios especiales de transporte a domicilio	Otros servicios sanitarios	No han recibido ninguno de los servicios sanitarios anteriores
Mujer	95,0	88,5	53,8	30,9	9,2	9,87	13,9	5,6	2,4	5,0
Hombre	91,2	84,1	52,5	25,4	9,3	11,0	8,6	5,4	2,5	8,8

Fuente: Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia. 2020. INE.
Notas: 1) Una misma persona puede haber recibido más de un servicio. 2) Una persona puede tener discapacidades de más de un grupo de discapacidad.

Esta misma encuesta recoge también los servicios sanitarios declarados como necesitados y no recibidos en los 12 últimos meses de la población de 6 y más años con discapacidad de Andalucía y los motivos. En este sentido, se recoge como del total, un 13,1% de personas lo han necesitado y no lo han recibido (12,5% hombres y 13,4% de mujeres). Los motivos expresados tienen que ver en su mayoría con que no ha sido concedido el servicio (27,6%), las listas de espera (27,1%) y otros motivos no especificados (26,2%). Otros motivos señalados son: no fue solicitado (13,7%), no podía pagarlo (8,6%), o no está disponible en el entorno (5,5%).

Si diferenciamos por sexo, para las mujeres el principal motivo es no haber sido concedido el servicio (30,1%) frente al 23,9% de los hombres. Para los hombres el principal motivo es el de las listas de espera (30,3% frente a 25,1% de las mujeres). Llama la atención también que en el motivo "no podía pagarlo", las mujeres con discapacidad prácticamente duplican el porcentaje de hombres que ha manifestado este motivo (10,4% mujeres frente a 5,9% hombres). También en el motivo "no disponible en el entorno", son las mujeres las que lo expresan en mayor medida que los hombres (6,5% mujeres/ 4,1% hombres).

Gráfico 230. Porcentaje de personas de 6 y más años con discapacidad que no han recibido algún servicio sanitario, según el motivo, por CCAA y sexo. Andalucía 2020

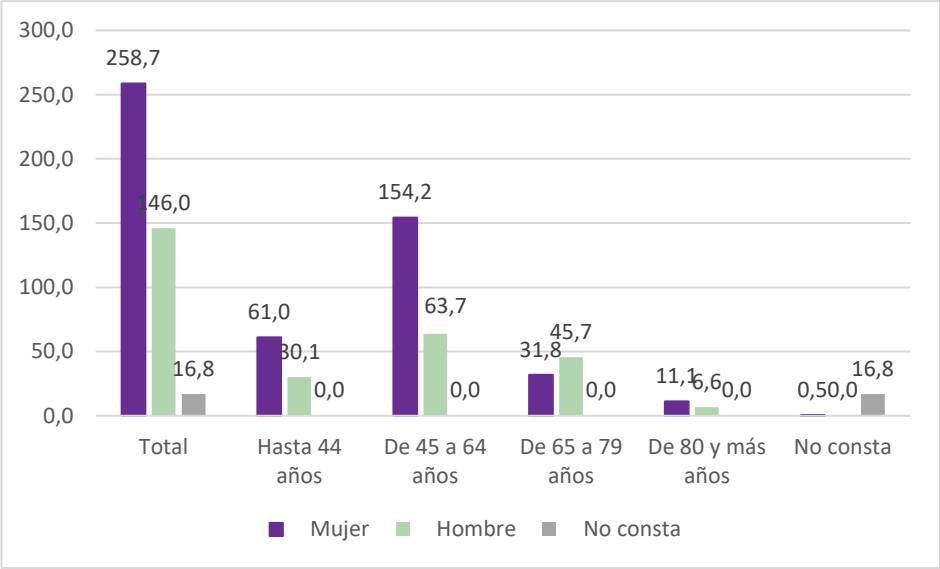


Fuente: Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia. 2020. INE.

Los datos de la EDAD 2020 concluyen también que las mujeres son las principales cuidadoras de las personas con discapacidad, de modo que continúa existiendo una brecha importante de género en la provisión de cuidados a estas personas.

El perfil de la persona que presta cuidados personales a personas con discapacidad es mayoritariamente mujer de entre 45 y 64 años, que reside en el mismo hogar que la persona a la que cuida. Es en esta franja de edad donde las mujeres superan significativamente a los hombres en la prestación de cuidados a personas con discapacidad de más de 6 años (154,2 miles de mujeres frente a 63,7 miles de hombres). Las mujeres de menos de 44 años también superan a los hombres como cuidadoras (61,1 miles de mujeres frente a 30,1 miles de hombres). Tan solo en la franja de 65 a 79 años, los hombres superan a las mujeres en la prestación de cuidados (11,1 miles de hombres frente a 6,6 miles de mujeres).

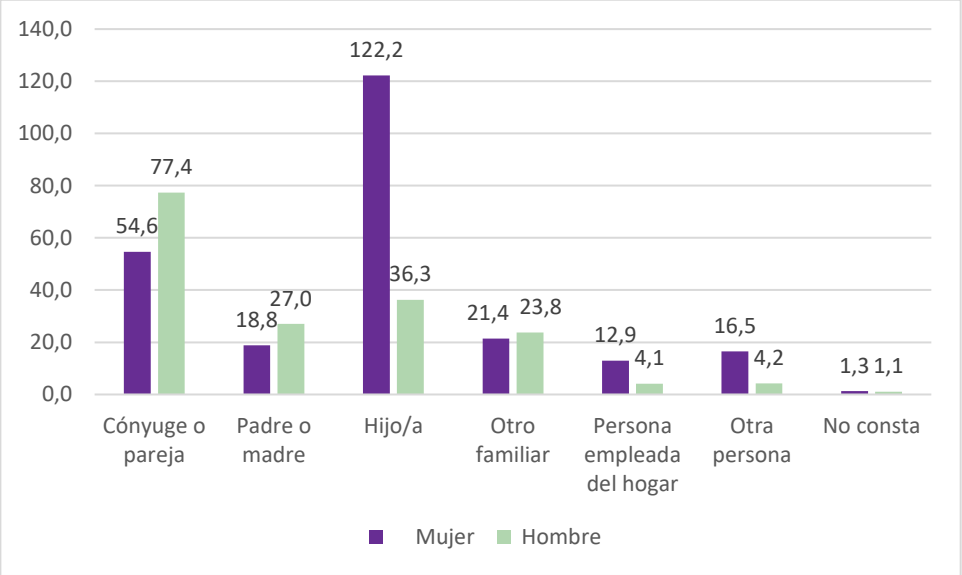
Gráfico 231. Población de 6 y más años con discapacidad (en miles de personas) que recibe cuidados según la CCAA, edad y sexo de la persona cuidadora principal. Andalucía 2022



Fuente: Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia. 2020. INE.
Notas: Tabla actualizada con fecha 28/09/2022.

Las mujeres con discapacidad de más de seis años son cuidadas fundamentalmente por sus hijos/as (122,2 miles de personas), y por su cónyuge o pareja (54,6 miles de personas), y 12,9 miles de mujeres son cuidadas por personas empleadas del hogar. En el caso de los hombres, son cuidados fundamentalmente por su cónyuge o pareja (54,6) y por su hijo e hija (36,3), y tan solo 4,1 miles son cuidados por personas empleadas del hogar, lo que indica que, si tal y como hemos señalado antes la mayoría de las personas cuidadoras son mujeres (en total 258,7 miles de mujeres cuidadoras, frente a 46,0 miles de hombres cuidadores), estas prestan los cuidados con menor apoyo de personas externas que los hombres.

Gráfico 232. Población de 6 y más años con discapacidad (en miles de personas) que recibe cuidados según el parentesco/relación de la persona cuidadora principal por CCAA, sexo y edad de la persona con discapacidad. Andalucía 2022



Fuente: Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia. 2020. INE.
Notas: Tabla actualizada con fecha 28/09/2022.

Desigualdades de género en la atención sanitaria a las personas con discapacidad

Barreras y facilitadores en la accesibilidad al sistema sanitario

La Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, en su artículo 9, proclama la importancia de la accesibilidad al entorno físico, social, económico y cultural, a la salud y la educación y a la información y las comunicaciones para que las personas con discapacidad puedan gozar plenamente de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales.

En Andalucía, son 390 los Ayuntamientos adheridos al Pacto Andaluz por la accesibilidad, según datos recogidos en el III Plan de Acción Integral para las Personas con Discapacidad en Andalucía.

Tabla 61. Ayuntamientos adheridos al Pacto Andaluz por la Accesibilidad. (Listado actualizado a 25/01/2024)

Almería	Cádiz	Córdoba	Granada	Huelva	Jaén	Málaga	Sevilla	Andalucía
62	23	67	65	37	58	29	49	390

Fuente: III Plan de Acción Integral para las Personas con Discapacidad en Andalucía

Sin embargo, y según la Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad (2016), las mujeres con discapacidad encuentran barreras de diferentes tipos en el acceso a los servicios de salud. **Barreras económicas**: por la precariedad derivada de la baja tasa de actividad laboral, el precio de medicamentos o inequidades en la cartera de servicios. **Barreras arquitectónicas:** obstáculos físicos y en el acceso a

edificios o equipos de diagnóstico/tratamiento. **Barreras territoriales:** como es la accesibilidad en el ámbito rural, la falta de especialización y la necesidad de trasladarse para ser diagnosticadas, intervenidas o tratadas, la mayor demanda de movilidad hace necesario el transporte privado. Falta de ortopedias cercanas con servicio técnico propio y aparatos adaptados en ginecología y mamografía. **Barreras actitudinales:** basadas en los prejuicios de profesionales, falta de empatía o buen trato, especialmente a las mujeres con discapacidades psicosociales o intelectuales, las mujeres sordas y sordociegas y las que viven en centros residenciales. Desde Atención Primaria no se deriva a las mujeres con discapacidad a los servicios especializados para realizar detección precoz de cáncer de mama, útero u ovarios, entre otros. **Barreras de comunicación:** que dificultan que las mujeres con discapacidad puedan hacerse entender y ser entendidas sobre el estado de salud y aquello que les preocupe.

Frente a las barreras, como destaca el informe de la Fundación CERMI (2019), es importante destacar **facilitadores en la accesibilidad al sistema sanitario**, en términos de infraestructura, equipos, información y comunicaciones (por ejemplo, pantallas numéricas para acceder a las consultas), especialmente el acceso a Atención Primaria y a medicamentos esenciales.

Por otro lado, la atención temprana favorece una adecuada prevención de discapacidades y enfermedades, y minimiza gastos futuros para los sistemas de atención sanitaria y social relacionados con una mala salud. Según datos del sistema de información Alborada, en 2022 publicados en el diagnóstico y marco del I Plan integral de Atención Temprana de Andalucía, en proceso de elaboración, fueron atendidas 32.239 personas menores de seis años (22.535 niños y 9.704 niñas) en los Centros de Atención Infantil Temprana (CAIT), existiendo un predominio de niños (69,9%) respecto al número de niñas (30,1%). Según la distribución por distritos sanitarios, la menor proporción de personas menores atendidas corresponde a la provincia de Almería, y en segundo lugar, la provincia de Huelva y las zonas rurales de interior. La mayor proporción está en el distrito Sevilla Sur y Campo de Gibraltar Este.

En la Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad, los artículos 16, 23 y 25 hacen referencia a la salud sexual y salud reproductiva. Destacan que la imagen social errónea sobre las mujeres con discapacidad no permite que disfruten de sus derechos. En el imaginario compartido siguen presentes estereotipos patriarcales, como la idea de que mujeres con discapacidad física son pasivas sexualmente y las mujeres con discapacidades intelectuales y/o psicosociales tiene conductas sexuales descontroladas. También el desconocimiento y concepciones preconcebidas que se encuentran entre profesionales y que estrechan la vigilancia y realizan intervenciones innecesarias.

Educación afectivo-sexual y conocimiento del propio cuerpo

Según el informe de la Fundación CERMI (2020) una de las principales dificultades para el disfrute de los derechos de salud sexual y salud reproductiva de las mujeres con discapacidad es la falta de formación, que tendría que ofrecerse de acuerdo a su discapacidad y edad, incluyendo también a sus familias e involucrando a profesionales de salud. Es importante conocer cómo funciona el cuerpo, qué es el ciclo menstrual y métodos de manejo del sangrado, cómo se produce y se puede evitar el embarazo, cómo hacer una relación sexual placentera y cómo evitar ITS, de la mano de personas expertas. Esta carencia las hace más vulnerables a la explotación sexual, la violencia, embarazos no deseados y a infecciones de transmisión sexual (ITS), incluido el VIH-sida.

Consultas ginecológicas para mujeres con discapacidad

Según datos recogidos en el III Plan de Acción Integral para las personas con Discapacidad, en Andalucía se disponen de 28 centros con consultas ginecológicas adaptadas distribuidas por cada una de las provincias andaluzas, 14 de ellas incompletas al no disponer de grúa (pero sí con mesa adaptada que permite regulación en altura), 20 centros no disponen de consultas de ginecología adaptada. Granada es la provincia peor dotada y Cádiz la provincia mejor dotada al existir consultas de ginecología adaptada en 5 de sus 6 centros.

Además de la adaptación del mobiliario de las consultas, también es necesaria la adaptación de los plazos de citación y los tiempos de consulta. En el III Plan de Acción Integral para las personas con Discapacidad en Andalucía no se dispone de información acerca de la implementación de estas medidas para atender las necesidades de las mujeres con discapacidad.

El Cuaderno de Salud de las Mujeres nº10 sobre discapacidad, editado por el Instituto Andaluz de la Mujer (Castellanos-Torres, Vales-Hidalgo y Caballero-Pérez, 2022) explica que las mujeres con discapacidades a menudo experimentan exclusiones y desigualdades específicas que son un factor de riesgo añadido frente a la salud mental. De otro lado, los problemas de salud mental pueden dar lugar a una discapacidad psicosocial. En cualquier caso, sufren una doble discriminación: por ser mujer y tener problemas de salud mental.

Discapacidad intelectual y acceso a recursos sanitarios

La detección del trastorno mental en población con discapacidad intelectual es un tema complejo, que depende del nivel de discapacidad, la pericia clínica, la presencia o no de conductas alteradas que pueden dificultar el diagnóstico, así como otros factores externos como el lugar de residencia y la organización del sistema sanitario. Según datos de la Dirección General de Cuidados Sociosanitarios referidos al año 2020, recogidos en el III Plan de Acción Integral para las personas con Discapacidad en Andalucía, el número total de mujeres atendidas en las Unidades de Salud Mental Comunitaria (USMC) y Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIJ) con discapacidad intelectual fue de 1.534 personas, representando el 61% de las personas atendidas. Con un claro predominio masculino (61,0%) frente al número de mujeres (39,0%). Y se detecta un sesgo de género en la detección de ciertas discapacidades como TEA.

Tabla 62. Personas con discapacidad intelectual atendidas en Unidades de Salud Mental. Año 2020

Provincia	Hombre	Mujer	Total
Almería	89	57	146
Cádiz	121	78	199
Córdoba	85	68	153
Granada	136	85	221
Huelva	56	45	101
Jaén	81	47	128
Málaga	145	78	223
Sevilla	223	140	363
Andalucía	936	598	1534

Fuente: III Plan de Acción Integral para las Personas con Discapacidad en Andalucía

Estrategias de promoción de salud dirigidas a las mujeres con discapacidad

Las personas con discapacidad suelen tener una vida sedentaria con los inconvenientes y riesgos que conlleva, pueden beneficiarse tanto de las acciones de prevención y promoción de la salud dirigidos a la población general como de intervenciones específicas ya que mejoran su salud en general, aumentan la participación y acceso a los recursos sanitarios. El III Plan de Acción Integral para las personas con Discapacidad en Andalucía enumera una serie de programas relacionados con la promoción de la salud como el derecho a la vida independiente de las personas con discapacidad, la accesibilidad universal a la oferta de cultura, a los espacios naturales de Andalucía, a la práctica deportiva, o la participación de personas jóvenes con discapacidad en iniciativas sociales, de los que sería interesante realizar una evaluación con perspectiva de género.

Además, cabe señalar, la aprobación de la Estrategia de Promoción de una Vida Saludable en Andalucía, donde se tiene en cuenta la discapacidad y la diversidad funcional como un eje trasversal en los programas y líneas de actuación propuestos en los diferentes entornos.

Violencia de género hacia las mujeres con discapacidad

Las mujeres con discapacidad son más vulnerables a ser las víctimas habituales de violencia. El II Manifiesto los Derechos de las Mujeres y Niñas con Discapacidad de la Unión Europea aprobado por la Asamblea General del Foro Europeo de la Discapacidad (2011), denuncia que "las mujeres y niñas con discapacidad pueden sufrir actos de violencia de maneras particulares, cometidos en sus hogares o en instituciones por miembros de la familia, por personas encargadas de su cuidado o por desconocidos".

En el contexto español, la última Macroencuesta de violencia contra las mujeres (2019) detecta una mayor prevalencia de violencia contra las mujeres con discapacidad, con independencia del tipo de violencia que se considere: física, psicológica, sexual, emocional. En 2020 el Instituto Andaluz de la Mujer en Andalucía atendió a 3.228 mujeres con discapacidad, de las cuales 957 fue por violencia de género, lo que supone casi el 30% del total (29,7%).

Entre las barreras añadidas encontramos la autoestima mermada y deteriorada, la falta de información, dificultad para acceder a los recursos, la poca credibilidad, la perpetuación del amor romántico, la imposibilidad de defenderse físicamente del agresor. A lo que se suma la falta de concienciación y estereotipos nocivos por parte del funcionariado público, la judicatura, la fiscalía o la policía. El trabajo en sensibilización, detección y coordinación es fundamental.

3.4.5. Violencia de género

La violencia de género (VG) es el máximo ejemplo de la expresión de desigualdad entre mujeres y hombres. Ha sido reconocida como un importante problema de Salud Pública por la Organización Mundial de la Salud, lo que implica que atajar este problema es tan importante como reducir la incidencia de cualquier otra enfermedad. Las estimaciones mundiales indican que dos de cada tres mujeres sufren violencia física/sexual a lo largo de su vida (Organización Mundial de la Salud, 2021).

La VG tiene graves secuelas en la salud de las mujeres y en la de su entorno, especialmente en la salud de niños y niñas que la presencian durante su infancia. Estas consecuencias negativas para la salud pueden persistir mucho tiempo después de que haya cesado el maltrato (Ruiz Pérez y Pastor-Moreno, 2019).

Los servicios sanitarios son considerados como una de las puertas de entrada al sistema público de las mujeres que sufren VG. Por tanto, hay que incidir en mejorar la atención sanitaria a las mujeres, y para ello es fundamental incorporar la perspectiva de género en las intervenciones, mejorar la detección precoz de la violencia, actualizar y mejorar los protocolos, así como buscar nuevas vías para la formación y la sensibilización de profesionales.

Para acercarse a la magnitud y consecuencias de la VG en España y en especial en Andalucía, se requieren estudios, informes y fundamentalmente sistemas de información completos y detallados sobre la incidencia del problema, las formas que adopta, los factores que se relacionan y las consecuencias en la salud.

El dato más difundido son los feminicidios (víctimas mortales), pero para conocer las diferentes manifestaciones y dimensiones del problema debemos revisar otros indicadores, como las cifras de casos activos de VG, las denuncias interpuestas y las órdenes de protección. Además, la VG tiene importantes repercusiones en la salud de las mujeres que deben ser conocidas.

En este capítulo se abordan diferentes dimensiones de análisis relacionadas con la VG en Andalucía. La VG analizada es, por una parte, la recogida en la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. Es decir, aquella ejercida por hombres sobre las mujeres mediando una relación afectiva. Además, por su relevancia, se aborda la violencia sexual.

Existen otras formas de VG que afectan a poblaciones específicas y que son relevantes en Andalucía, como la Mutilación Genital Femenina o la Trata de Mujeres con Fines de Explotación Sexual, y que son abordados en el capítulo dedicado a la salud de las mujeres migrantes.

La prevalencia de violencia de género en Andalucía es del 29,2%, lo que implica que una de cada tres mujeres residentes en Andalucía ha sufrido violencia en el ámbito de la pareja a lo largo de su vida (Delegación del Gobierno para la Violencia de Género, 2020). Pero además de esta cifra, revisaremos algunos de los principales indicadores disponibles en los registros oficiales.

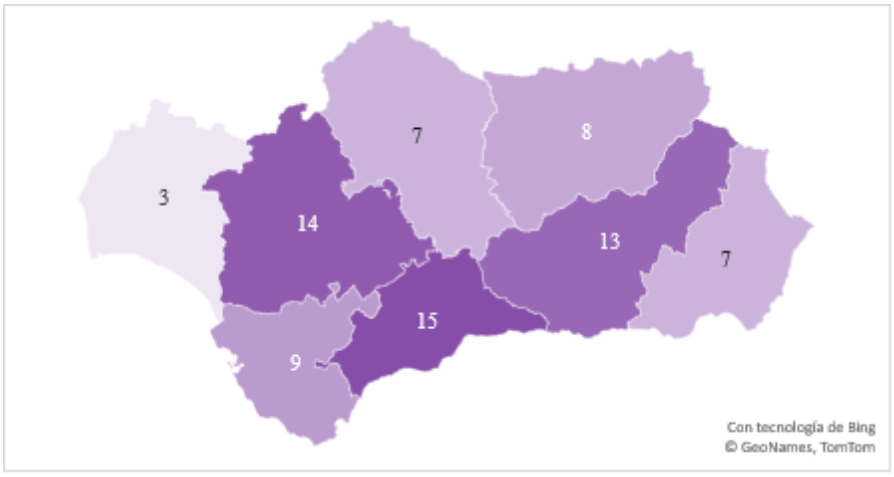
Análisis de situación de la violencia de género

Víctimas mortales

La información sobre mujeres asesinadas a manos de sus parejas o exparejas, así como a menores de edad víctimas mortales por VG procede de la DGVG.

En el período de estudio se registraron 73 mujeres víctimas mortales de VG en Andalucía. El año más cruento fue 2023, con 16 asesinatos. Málaga y Sevilla son las provincias con el mayor número de víctimas acumuladas en el periodo, con 15 y 14 respectivamente (Figura 4). En cuanto a menores fueron asesinados y 62 quedaron huérfanos/as en Andalucía. Almería y Málaga registran el mayor número de menores huérfanos/as, con 12 cada una.

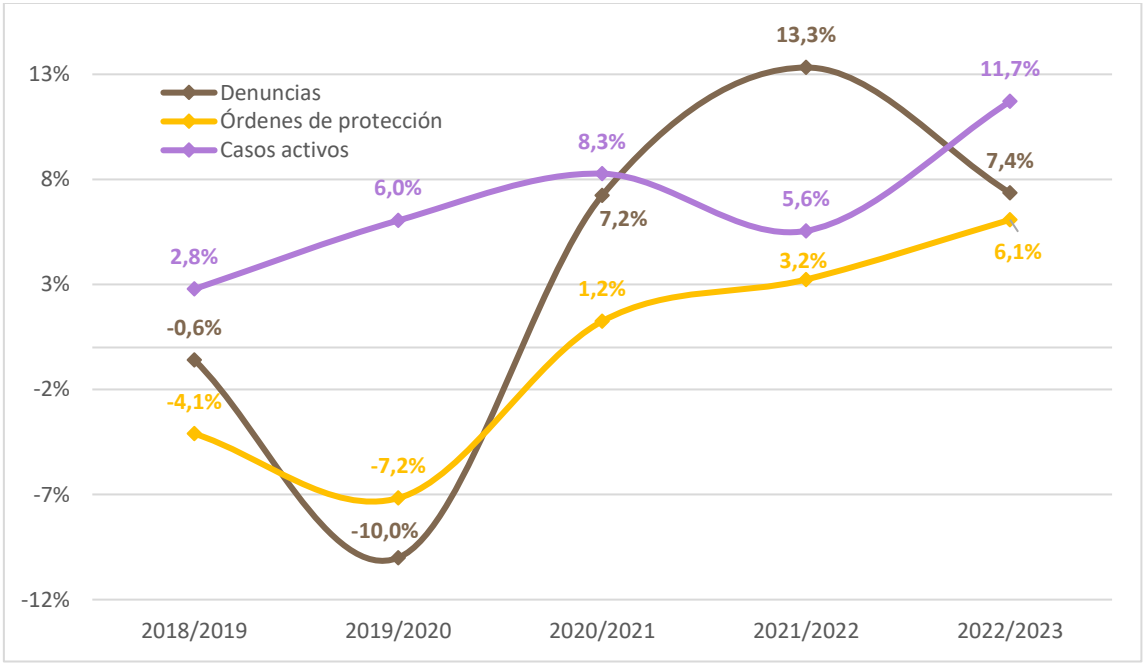
Figura 4. Víctimas mortales por VG en las provincias de Andalucía, 2018 a 2023.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos extraídos del Portal Estadístico de DGVG.

La variación interanual de los indicadores contemplados como casos activos de VG, denuncias y órdenes de protección para toda Andalucía se muestra en el siguiente gráfico y la información de cada indicador se incluye en el apartado correspondiente.

Gráfico 233. Variación interanual de casos activos de VG, denuncias y órdenes de protección, Andalucía, 2018 a 2023.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos extraídos del Portal Estadístico de la DGVG e INE

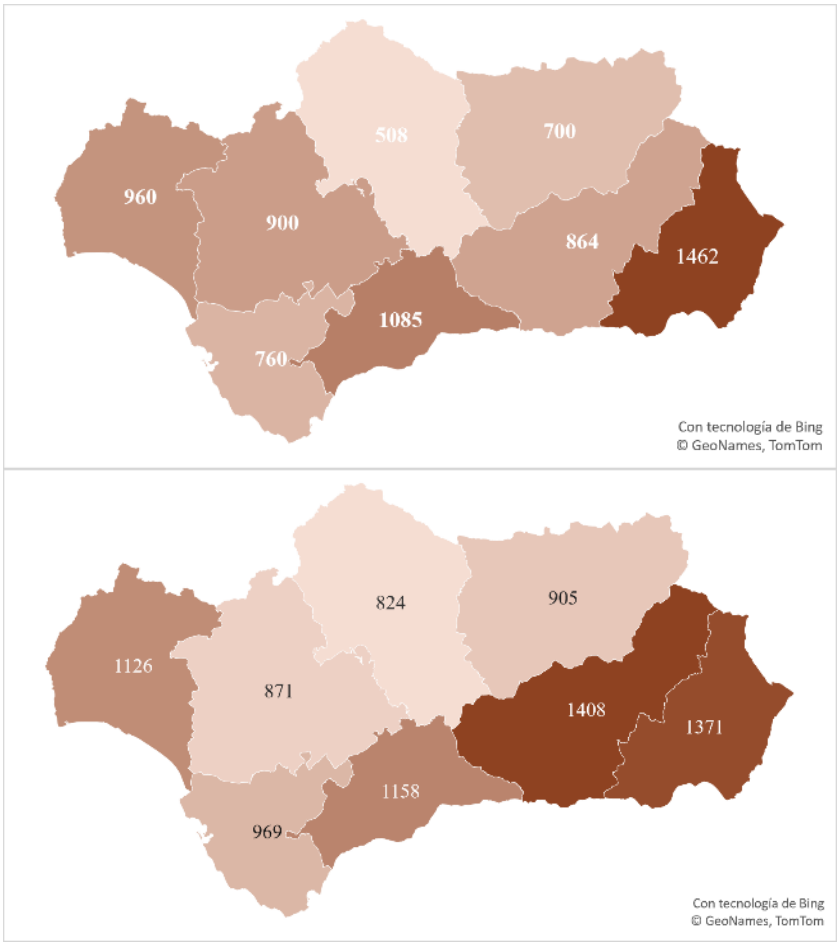
Denuncias

La información sobre denuncias por delitos relacionados con VG procede Consejo General del Poder Judicial. Se refiere al número de denuncias interpuestas, de manera que una misma mujer puede haber interpuesto más de una denuncia.

Andalucía presenta una tendencia de crecimiento de las denuncias en el período de análisis, tras una caída inicial. La tasa de denuncias fue de 907 en 2018 y de 1058 en 2023 por cada 100.000 mujeres, lo que supone una variación del 13% en dicho periodo. La mayor variación se produjo en 2022.

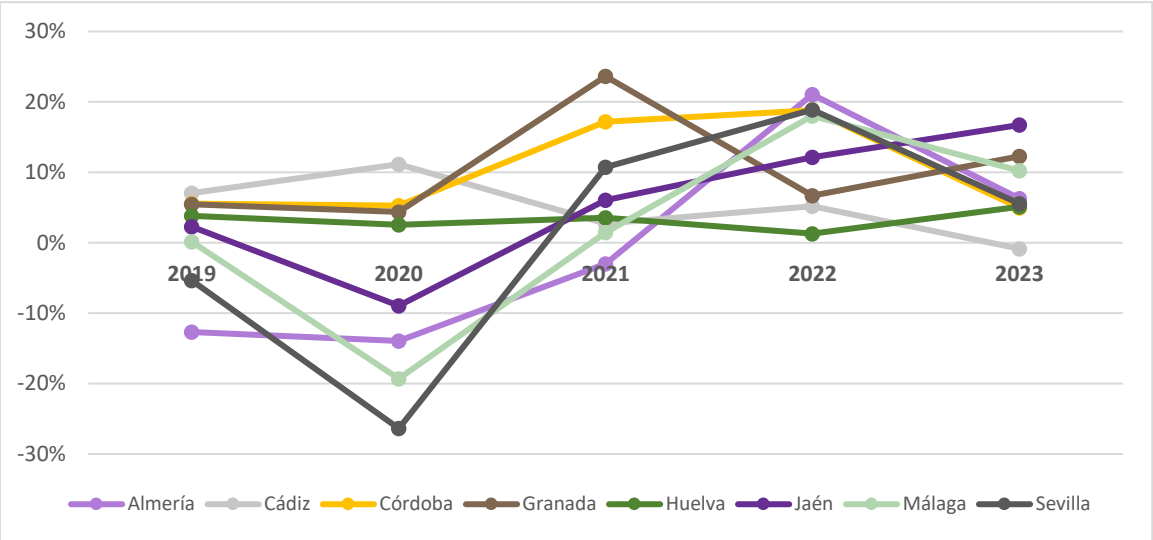
Las provincias con mayor tasa de denuncias en 2018 fueron Almería, Málaga y Huelva por ese orden. En 2023 pasaron a ser Granada, Almería y Málaga. Las variaciones interanuales de las tasas de denuncias disminuyeron en 2020 en todas las provincias, con descensos en torno al 20% en Sevilla, Málaga y Almería. Solamente en Cádiz se aprecia un ligero incremento en ese año. Todas las provincias recuperan el crecimiento entre 2021 y 2022, siendo bastante acentuado en Granada y en Córdoba. En 2023 algunas provincias, como Granada y Jaén, experimentan una disminución en la tasa de denuncias, mientras que otras muestran variaciones menores, indicando un retorno a valores más moderados o estables en comparación con los picos de crecimiento de años anteriores.

Figura 5. Tasas de denuncias/100.000 mujeres por provincia, 2018 y 2023



Fuente: Elaboración propia a partir de datos extraídos del Portal Estadístico de la DGVG e INE

Gráfico 234. Variación interanual de las tasas de denuncias por VG por provincia, 2018 a 2023.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos extraídos del Portal Estadístico de la DGVG e INE

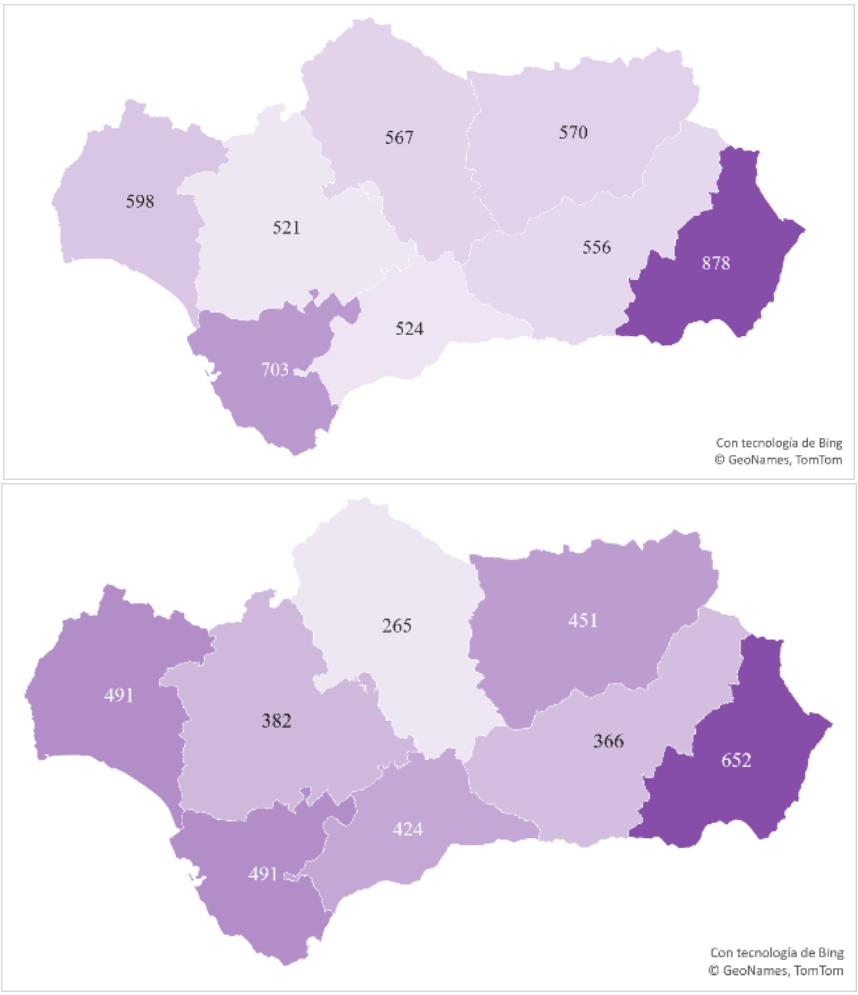
Casos activos de violencia de género objetos de atención policial

La información de casos activos objetos de atención policial se obtiene del Sistema de Seguimiento Integral en los casos de Violencia de Género (Sistema VioGén) (Ministerio del Interior, 2024). El dato aportado relaciona a una víctima con un único agresor, pudiendo una misma mujer aparecer contabilizada tantas veces como casos tenga asociados.

En Andalucía, la tendencia general ha sido al alza con tasas de 427/100.000 mujeres en 2018 y de 594/100.000 mujeres en 2023, lo que supone una variación del 39% en dicho periodo. La mayor variación se produce en 2023.

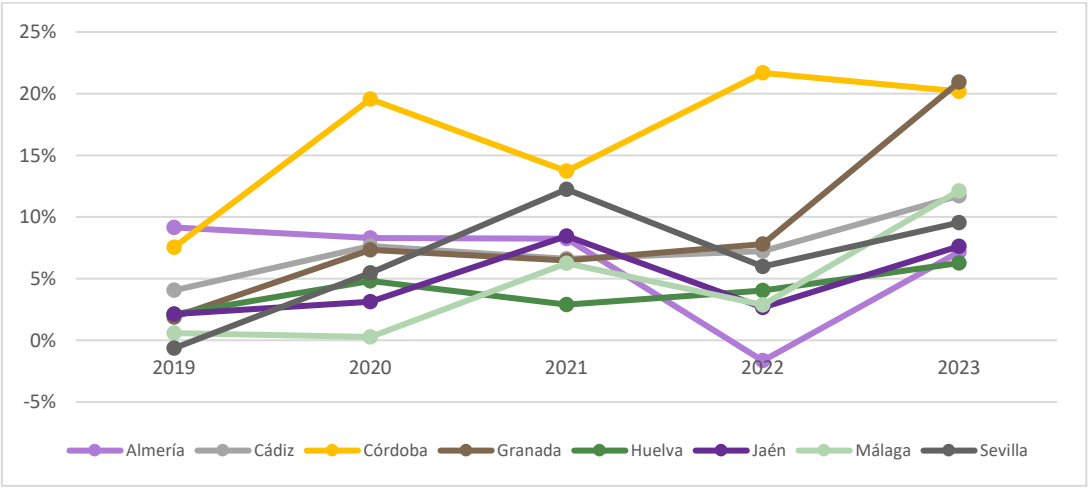
Las provincias con las tasas más elevadas tanto en 2018 como en 2023 son Almería, Cádiz y Huelva. Las variaciones interanuales en las tasas de casos activos para cada provincia muestran picos notables en 2020 y 2023 para Córdoba y Granada, superando el 20% de variación. Otras provincias, como Cádiz y Almería, mantienen variaciones más moderadas, con porcentajes entre el 0% y el 10%. En 2022, la mayoría de las provincias tuvieron una variación en torno al 5% indicando una disminución en los casos activos de VG ese año, antes de volver a aumentar en 2023. Córdoba es la única provincia que incrementa el número de casos activos entre 2021 y 2022.

Figura 6. Tasas de casos de VG activos/100.000 mujeres por provincia, 2018 y 2023



Fuente: Elaboración propia a partir de datos extraídos del Portal Estadístico de la DGVG e INE

Gráfico 235. Variación interanual de las tasas de casos activos de VG por provincia, 2018 a 2023.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos extraídos del Portal Estadístico de la DGVG

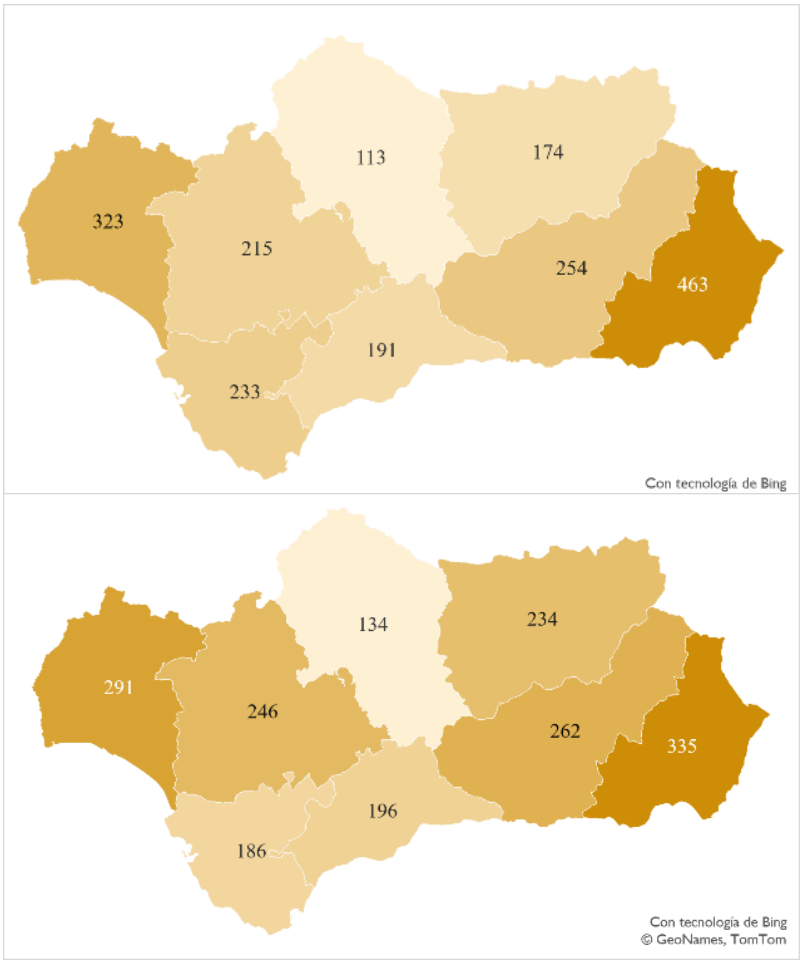
Órdenes de protección

La información procede del Registro Central para la Protección de las Víctimas de la Violencia Doméstica y de Género que depende de la administración de Justicia. Se refiere a los asuntos con medidas cautelares dictadas, por lo que ofrece información sobre el número de mujeres víctimas de VG con orden de protección.

La tendencia general de las órdenes de protección en Andalucía es de variaciones significativas en algunos años, con un incremento gradual. La tasa de órdenes de protección del total de Andalucía fue de 231 en 2018 y de 228 en 2023 por cada 100.000 mujeres, lo que supone un incremento del -1,3% en el período (tasas anuales en Anexo). El año en el que se dio un mayor incremento fue 2023.

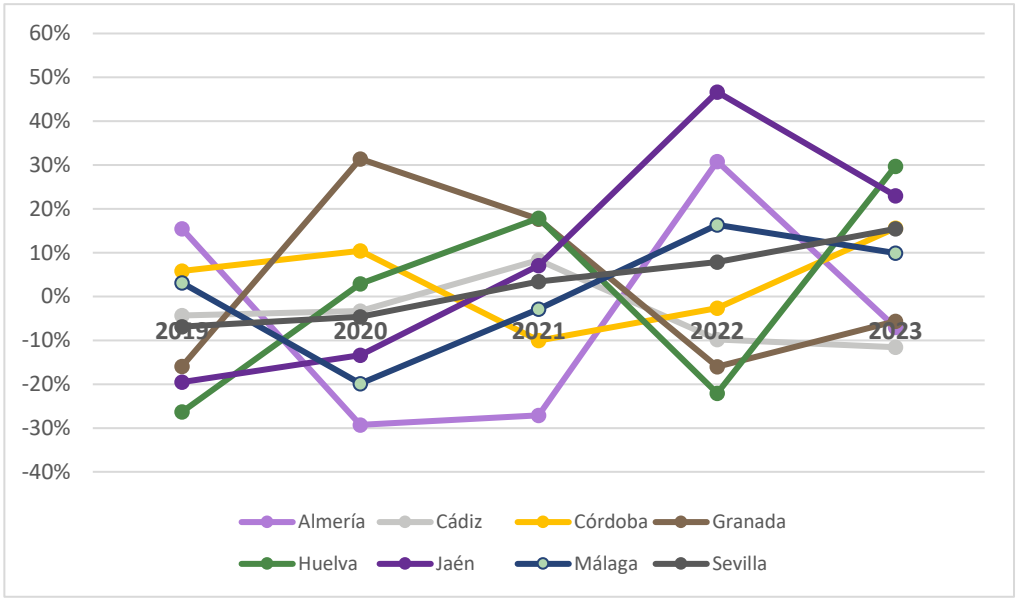
Las fluctuaciones entre años y provincias presentan más variabilidad que los anteriores indicadores. Se producen disminuciones en la etapa de pandemia, un aumento posterior y una estabilización al final del periodo. Sin embargo, esta tendencia general no se produce en todas las provincias a la vez. En general, el período se inicia con un crecimiento negativo o cercano al 0%, salvo en Almería, donde la tasa aumenta entre 2018 y 2019. A partir de 2021, se observa un aumento generalizado en las tasas de órdenes de protección en varias provincias, alcanzando picos especialmente altos en 2022 en provincias como Jaén y Almería.

Figura 7. Tasas de órdenes de protección/100.000 mujeres por provincia, 2018 y 2023.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos extraídos del Portal Estadístico de la DGVG e INE

Gráfico 236. Variación interanual de las tasas de órdenes de protección por provincia, 2018 a 2023.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos extraídos del Portal Estadístico de la DGVG

Tabla 63. Tasas anuales de denuncias, casos activos y órdenes de protección por violencia de género en Andalucía y provincias, periodo 2018 a 2023.

	Denuncias					
	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Almería	1.462	1.276	1.098	1.066	1.290	1.371
Cádiz	760	814	904	929	977	969
Córdoba	508	536	564	661	785	824
Granada	864	911	951	1.176	1.255	1.408
Huelva	960	996	1.022	1.058	1.072	1.126
Jaén	700	716	652	692	776	905
Málaga	1.085	1.087	877	890	1.050	1.158
Sevilla	900	851	627	694	825	871
ANDALUCÍA	**907**	**902**	**811**	**870**	**986**	**1.059**

	Casos activos VG					
	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Almería	652	711	770	833	820	878
Cádiz	491	511	550	587	629	703
Córdoba	265	285	341	388	472	567
Granada	366	373	400	426	460	556
Huelva	491	501	526	541	562	598
Jaén	451	461	475	516	529	570
Málaga	424	427	428	455	468	524
Sevilla	382	379	400	449	475	521
ANDALUCÍA	**427**	**439**	**465**	**504**	**532**	**594**

	Órdenes de protección					
	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Almería	463	535	378	275	360	335
Cádiz	233	223	215	233	210	186
Córdoba	113	119	132	119	116	134
Granada	254	214	281	330	277	262
Huelva	323	238	244	288	225	291
Jaén	174	140	121	130	190	234
Málaga	191	197	157	153	178	196
Sevilla	215	200	191	198	213	246
ANDALUCÍA	**231**	**221**	**205**	**208**	**215**	**228**

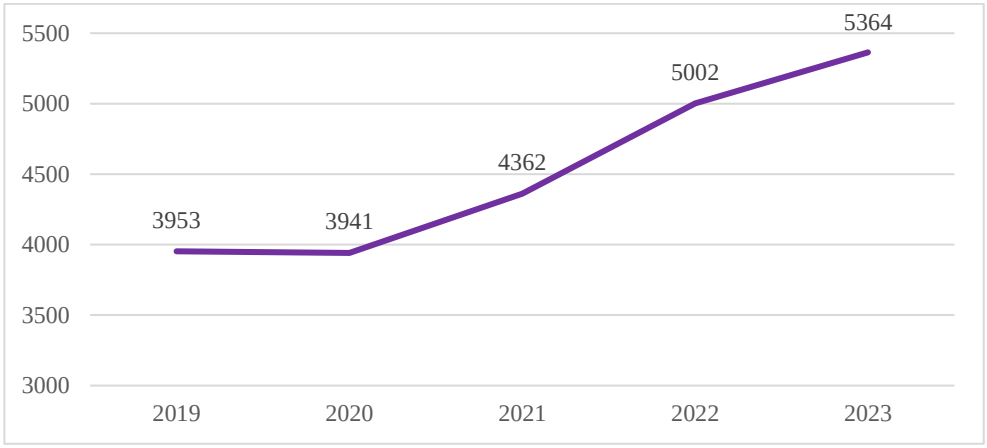
Detección de Violencia de Género en el SSPA a partir de Partes al Juzgado

La comunicación del maltrato a las autoridades judiciales mediante el Parte al Juzgado e informe médico si fuera necesario, permite poner en marcha las medidas legales dirigidas a la protección de la mujer y además evita que el delito quede impune. Es muy importante identificar en el Parte al Juzgado los casos de violencia de género como tal, para que en Decanato se tenga conocimiento de que ha de tramitar la causa un juzgado con competencias en materia de violencia de género.

En Andalucía, el sistema SIPLES centraliza toda la información recogida en el ejemplar estadístico del "Parte al Juzgado" proveniente de centros sanitarios públicos y privados. Para este informe se incluyen datos a partir de 2019, ya que previamente los datos de instituciones públicas no se remitían de forma regular.

El número de Partes emitidos ha aumentado anualmente: de 3953 partes emitidos en 2019 a 5364 emitidos en el año 2023. Este incremento podría explicarse por varias razones; en 2019 se crea y regula un nuevo modelo de Parte al Juzgado, que hace más explícita la diferencia entre "maltrato" a personas y VG. Además, esta diferencia se detalla en los Protocolos de Atención Sanitaria publicados desde ese momento, y, además, se incluye un contenido específico sobre la correcta cumplimentación de Partes al Juzgado por VG en toda la formación impartida.

Gráfico 237. Número de casos de VG comunicados mediante Parte al Juzgado en Andalucía, 2019 a 2023.



Fuente: Elaboración propia a partir de SIPLES

Características de los casos identificados mediante Partes al Juzgado en el año 2023

En el año 2023 se volcaron un total de 153.761 Partes al Juzgado en el sistema, de los cuales 5.362 (3,5%) tuvieron como origen la VG.

Entre las características de las víctimas detectadas, destacan mujeres entre 30 a 49 años, de origen español y con un pronóstico leve por la agresión sufrida. Los tipos de VG identificados son principalmente la física y la sexual, y el agresor es, con mayor frecuencia, la pareja de la mujer (no hay separación previa).

Tabla 64. Características de las mujeres detectadas con VG a partir de Partes al Juzgado, 2023

Edad	N	%
10-29 años	1449	27,2%
30-49 años	3049	57,2%
50-69 años	742	13,9%
70 y más años	89	1,7%
Relación con el agresor	**N**	**%**
Pareja	3152	58,8%
Ex pareja	1484	27,7%
No especificado	726	13,5%
Tipo de violencia detectada*	**N**	**%**
Física	3456	64,5%
Psicológica	177	3,3%
Sexual	2257	42,1%
No Consta	1129	21,1%
Origen	**N**	**%**
España	3407	63,5%
Extranjero	1471	27,4%
No consta	484	9,0%
Pronóstico de la lesión sufrida	**N**	**%**
Leve	4099	76,4%
Moderado	636	11,9%
Grave	87	1,6%
Muy grave	23	0,4%
No consta	517	9,6%

Fuente: Elaboración propia a partir de SIPLES
*Categorías no excluyentes entre sí. Una misma mujer puede sufrir varios tipos de VG.

Es importante señalar que en el año 2023 se identificaron 1.051 (19,5%) partes al Juzgado mal clasificados por la/el facultativo responsable de la atención sanitaria, que no se reportaron como partes por VG sino como agresión o maltrato. Por lo tanto, hay una infraestimación de la VG en el sistema sanitario.

La salud de las víctimas de violencia de género

Existe numerosa bibliografía que muestra el empeoramiento de la salud de las mujeres víctimas de VG (García-Montes et al., 2022; Pastor-Moreno et al., 2020; White et al., 2024). Para analizar la salud de las mujeres que sufren VG en este informe, se han empleado datos de la Macroencuesta de Violencia contra la Mujer del año 2019 (submuestra de mujeres residentes en Andalucía), que es el último publicado y realizada por el Ministerio de Igualdad en mujeres mayores de 16 años. Se analizan diferentes indicadores:

- **Uso de servicios de salud:** un 75,9% de las víctimas ha acudido al centro de salud y un 39% ha tenido que acudir a un servicio de urgencias durante el año previo; el 15% ha visitado a algún profesional de salud mental y el 11,2% ha requerido ingreso hospitalario.

- **Problemas de salud más frecuentes:** ansiedad o angustia (44,4%), insomnio o falta de sueño (40%), cambios de ánimo (41,5%). Además, un 37,3% de las mujeres se ha visto obligada a quedarse en la cama algún día por motivos de salud. Un 27,4% ha mencionado haber tenido pensamientos suicidas alguna vez en su vida y un 6,6% haberlos tenido en los últimos 12 meses. Un 5,4% ha intentado suicidarse alguna vez.
- **Consumo de medicamentos:** un 68,0% de las mujeres que han sufrido VG ha utilizado analgésicos para calmar los dolores, un 23,7%, ha utilizado tranquilizantes para los nervios y un 18,3% antidepresivos para mejorar el ánimo.

Tabla 65. Síntomas de salud en mujeres con VG, Andalucía, 2019

Síntoma	N	%
Ansiedad o angustia	107	44,4%
Insomnio, falta de sueño	106	44,0%
Cambios de ánimo	100	41,5%
Se ha visto obligada a quedarse algún día en la cama por motivos de salud	90	37,3%
Irritabilidad	68	28,2%
Tenencia pensamientos suicidas	38	27,4%
Tristeza porque pensaba que no valía nada	60	24,9%
Ganas de llorar sin motivos	60	24,9%
Fatiga permanente	45	18,7%
Tenencia pensamientos suicidas en los últimos 12 meses	16	6,6%
Intento de suicidio	13	5,4%
Intento de suicidio en los últimos 12 meses*	4	1,7%

Fuente: Macroencuesta de Violencia contra las Mujeres, 2019
*Diferencias estadísticamente no significativas en relación a las mujeres que no experimentan VG.

Violencia sexual

En España, las fuentes de datos sobre la violencia sexual incluyen registros policiales y estudios de entornos clínicos y organizaciones no gubernamentales. Sin embargo, se notifica o denuncia solo una proporción pequeña de casos, por lo que se obtienen cifras subestimadas de violencia sexual (Organización Panamericana de la Salud, 2013).

La prevalencia de violencia sexual a lo largo de la vida en mujeres residentes en Andalucía es de 3,4% (Delegación del Gobierno para la Violencia de Género, 2020).

En 2023 Andalucía fue la segunda Comunidad Autónoma con mayor número de delitos contra la libertad sexual, con 3.463 hechos conocidos, y solo por detrás de Cataluña. Las provincias de Málaga y Sevilla, con 822 casos en cada una de ellas, están entre las provincias del estado con mayor número de delitos de violencia sexual conocidos. Ahora bien, al analizar la información en Tasas, teniendo en cuenta la población residente en cada Comunidad Autónoma, Andalucía no es de las más afectadas.

La tasa de delitos sexuales ha aumentado entre 2018 y 2022 en todas las provincias con un descenso en el año 2020. Almería es la provincia que acumula mayores tasas todos los años, seguida de Málaga.

Tabla 66. Tasas de delitos contra la libertad sexual conocidos/10.000 mujeres por provincia, 2018 a 2023

Provincia	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Almería	3,1	3,9	3,7	3,7	4,5	5,5
Cádiz	2,7	2,9	2,4	3,4	3,6	3,9
Córdoba	2,3	2,6	2,9	2,7	3,1	3,5
Granada	3,0	2,6	2,3	2,9	3,2	3,6
Huelva	2,8	3,4	2,4	3,9	3,9	3,4
Jaén	2,0	2,2	1,8	2,2	2,4	2,5
Málaga	3,3	3,4	2,7	3,4	4,1	4,7
Sevilla	2,6	2,8	2,6	3,1	3,5	4,2
Total Andalucía	**2,8**	**3,0**	**2,6**	**3,2**	**3,6**	**4,1**

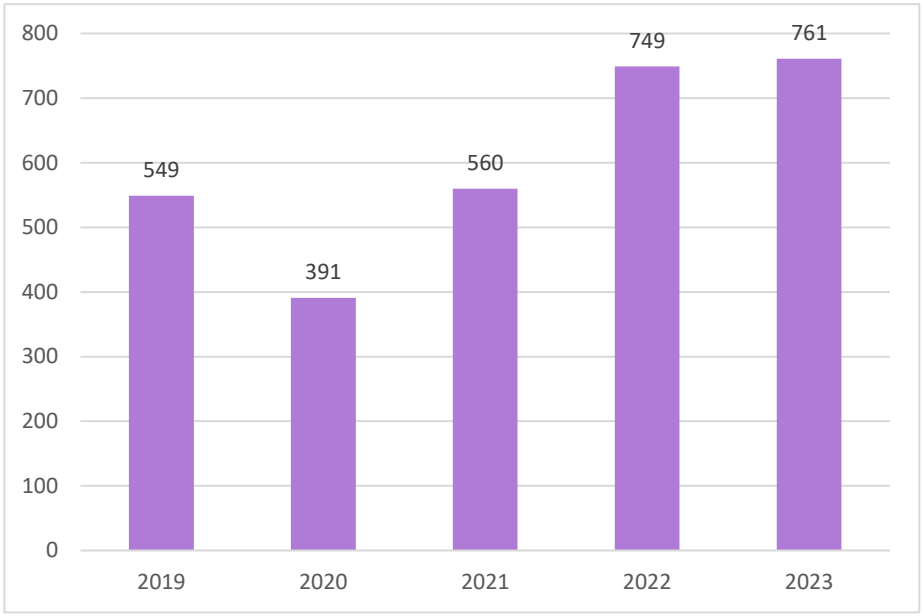
Fuente: Informes sobre delitos contra la libertad e indemnidad sexual. Ministerio del Interior, 2018 a 2023

En el periodo de 2018 a 2023, en Andalucía se tuvo conocimiento de 651 delitos sexuales cometidos por dos o más responsables. Nuestra comunidad es la que más hechos de esta tipología acumula, y supone el 20,4% sobre el total de España.

Es posible que el aumento de los delitos producido en los últimos años esté relacionado con la aprobación de la Ley Orgánica de Garantía Integral de la Libertad Sexual en 2022. Esta ley puede haber supuesto un aliciente a la concienciación social que impulsa a las mujeres a denunciar los hechos de violencia sexual.

En cuanto a los datos procedentes de SIPLES, en 2019 se notificaron 549 Partes al Juzgado con causa "agresión sexual", y esta cifra se incrementó anualmente (a excepción del año 2022) hasta llegar a 761 partes en el año 2023.

Gráfico 238. Número de Partes al Juzgado con agresión sexual como causa de la lesión, Andalucía, 2018 a 2023



Fuente: Elaboración propia a partir de SIPLES

Herramientas para el abordaje de la violencia de género

Ante un problema de estas dimensiones y características, en Andalucía se han desarrollado y puesto en marcha estrategias e instrumentos para tratar de prevenir y paliar, tanto la incidencia, como las consecuencias sobrellevadas de la VG.

- **Protocolos de Actuación Sanitaria.** Desde el 2008 se han desarrollado diferentes protocolos de actuación sanitaria que son el marco de referencia de las y los profesionales para el abordaje de casos de VG en el SSPA y que son revisados periódicamente para su actualización normativa y de procedimiento. Actualmente los disponibles son:
    - Protocolo Andaluz para la actuación sanitaria ante la violencia de género (Cuarta edición 2024).
    - Protocolo de Actuación Sanitaria desde el ámbito de las Urgencias ante la violencia de género en Andalucía (Tercera edición 2024).
    - Protocolo de Actuación y Coordinación Sanitaria ante Agresiones Sexuales en Andalucía (Segunda edición 2024).
    - Abordaje integral de víctimas de sumisión química y/o agresión por objeto punzante (Primera edición 2023)
- **Módulo de Violencia de Género en la Historia Clínica Digital.** Desde el año 2019 se facilita la recogida estructurada de información y el seguimiento de los casos de VG detectados con dos herramientas incluidas en el sistema de Historia Clínica del SSPA: "Valoración inicial del maltrato contra las mujeres" y "Seguimiento del maltrato". Para más información se han generado una serie de vídeos de ayuda (Servicio Andaluz de Salud, 2020).

- **Equipos de Atención a la Mujer y a la Familia en el Servicio Andaluz de Salud. Se** crearon en 2019 y son equipos multidisciplinares (Psicología, Enfermería y Trabajo Social) que realizan desde el ámbito sanitario una valoración exhaustiva de las necesidades de las mujeres y un acompañamiento continuado desde la detección hasta el comienzo de su nuevo proyecto de vida.

- **Red Andaluza de Formación Contra el Maltrato a las Mujeres (Red Formma).** La Red Formma **(www.redformma.org/)** se creó en el año 2008 por iniciativa de Consejería de Salud para dar cumplimiento a la legislación, y tiene como finalidad formar al personal del SSPA para que preste la atención adecuada a las mujeres que están en situación de maltrato. Para cubrir ese objetivo, la Red está constituida por un grupo de profesionales que se encargan de impartir la formación. Esta red fue reconocida como una buena práctica en el Sistema Nacional de Salud desde el año 2012.

- **PRASSVA, Portal Andaluz de Atención Socio-Sanitaria a la Violencia de Género de Andalucía (https://www.prassva.es):** Es una web que integra los diferentes recursos que existen actualmente en el ámbito de la Consejería de Salud y Consumo, incorporando nuevas funcionalidades de utilidad para profesionales de ámbito sanitario de Andalucía, con el objetivo de incrementar el conocimiento, la prevención y la sensibilización en violencia de género.

- **Corazones sin Miedo.** Es una campaña de sensibilización dirigida a profesionales que trabajan en el ámbito sanitario andaluz, con el fin de sensibilizar frente a la VG e incentivar la formación. Todo en contenido de dicha campaña está incluido en la web **www.corazonessinmiedo.es,** en la que se incluyen píldoras audiovisuales y diferentes materiales de ayuda al abordaje de la VG.

- **Centros comprometidos contra la VG.** El Pacto de Estado contra la Violencia de Género propone en su medida 246, la creación del distintivo "Centros Comprometidos contra la Violencia de Género", y Andalucía ha sido la primera Comunidad Autónoma que impulsa este programa de certificación a través de la Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica (DGSPOF) de la Consejería de Salud y Consumo tras la evaluación de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, con el objetivo de formar una red de centros especializados en la atención integral a mujeres víctimas de violencia de género. Hasta la fecha hay 48 centros acreditados.

- **Comisiones Interdisciplinares de VG en los centros sanitarios.** Son órganos de representación, incluidos en el plan de cada centro sanitario, para abordar los problemas relacionados con la detección y la actuación ante los casos de VG.

- **Comisiones Intersectoriales de VG.** Tienen como objetivo integrar todos los factores organizativos del proceso de atención en los casos de VG con los diferentes organismos (Juzgado, Fiscalía, Policía, Guardia Civil, Educación, Sistema Sanitario, Turno de Abogacía de Oficio de V, Ayuntamientos, etc.), a nivel de municipio (Mesas Locales) y a nivel de Diputaciones provinciales (Mesas Comarcales).

- **Comisión de Coordinación y Colaboración en Materia de Violencia de Género en el Sistema Sanitario Público de Andalucía.** En 2023 se aprobó el decreto que crea y regula el funcionamiento de esta comisión como órgano colegiado de carácter decisorio, para la gestión y coordinación de las actuaciones e iniciativas de prevención e intervención en materia de violencia de género en el ámbito del Sistema Sanitario Público de Andalucía.
- **Comités Territoriales contra la Violencia de Género.** Estos comités de ámbito provincial están compuestos por personal adscrito a la Delegación Territorial competente en materia de salud, al Servicio Andaluz de Salud y a la Delegación Territorial competente en materia de VG en cada provincia andaluza. Funcionan como grupo de trabajo de carácter técnico de la Comisión, con el objeto de realizar estudios y análisis sobre las actuaciones o materias que le sean encomendadas por la misma, dentro de su ámbito territorial.

Formación en Violencia de Género para profesionales de ámbito sanitario

La formación en VG para profesionales de ámbito sanitario es un elemento clave en la detección de esta violencia, ya que las mujeres acuden a los servicios sanitarios buscando ayuda en una proporción elevada, y estos profesionales se encuentran en una posición ideal para la detección de las situaciones de violencia.

La formación que se imparta a los y las profesionales debe ser una formación orientada a mejorar la detección y prevención de la VG. Para ello el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) aprobó en 2008 unos criterios comunes de calidad e indicadores de evaluación de la formación para todas las Comunidades Autónomas (Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, 2008).

En Andalucía, la formación en VG en el sistema sanitario procede de diferentes líneas:

- **Formación continuada que realiza el SAS.** Esta es impartida por las y los profesionales de la Red Formma y en la modalidad de Sensibilización (10 horas o menos de duración) y Formación Básica (actividades sobre prevención y detección precoz de la VG, de más de 10 horas).
- **Actividades formativas a iniciativa de la DGSPOF.** Se incluyen Jornadas, Seminarios Formativos, y cursos especializados que tienen como objetivo la capacitación de profesionales de un ámbito asistencial determinado, o en determinados aspectos de la atención a este problema.
- **Formación para Formar:** Este curso permite formar a profesionales en el abordaje sanitario del maltrato contra las mujeres y en las herramientas metodológicas necesarias que los capaciten para dar respuesta a las necesidades formativas en materia de VG. Facilita la formación en red para llegar a profesionales de más centros y servicios sanitarios.

La información sobre la formación se publica anualmente en los Informes sobre Violencia de Genero del Ministerio de Sanidad. Tanto el número de actividades formativas como el número de profesionales que se forman aumentó a lo largo del tiempo de análisis, con un descenso en el número de actividades ofertadas en año 2020.

Tabla 67. Actividades realizadas y profesionales con formación en VG en el SSPA 2018 a 2022

	2018	2019	2020	2021	2022
Nº de actividades formativas	89	196	57	186	135
Nº de profesionales participantes	1668	1852	2381	4773	4649

Fuente: Informes Anuales de Violencia de Género. Ministerio de Sanidad, 2019-2022

En cuanto al perfil de participantes, en todas las modalidades de formación en torno al 80% son mujeres, y apenas el 14% son profesionales de Medicina.

Cuadro 6. Formación específica en VG ofertada a profesionales del SSPA, 2018 a 2023

- Abordaje sanitario de las víctimas de trata con fines de explotación sexual.
- Violencia de género en parejas jóvenes. Herramientas para la prevención.
- Mutilación genital femenina en el contexto sanitario. Prevención e intervención.
- Maltrato contra la mujer en parejas jóvenes. Herramientas para la prevención.
- Violencia de género en el embarazo, parto y puerperio. Sensibilización para profesionales del sistema sanitario público de Andalucía.
- Abordaje integral de víctimas de sumisión química y/o por agresión por objeto punzante.
- Violencia de género y discapacidad: sensibilización y abordaje para profesionales del sistema sanitario público de Andalucía.
- Sensibilización ante la violencia de género para profesionales de salud mental.
- Curso de violencia de género para especialistas internos residentes MIR con metodología basada en la simulación.
- Curso de violencia de género mujeres mayores/ rural con metodología basada en la simulación.
- Curso de violencia de género y multiculturalidad con metodología basada en la simulación.
- Curso de formación para la acreditación de centros comprometidos contra la violencia de género (básico y avanzado).
- Procedimientos Sanitarios en casos de Violencia de Género: Aplicación del Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria.
- Abordaje de la violencia de género en urgencias: aplicación del protocolo de actuación sanitaria desde el ámbito de las urgencias ante la violencia de género.
- Guía para el abordaje sanitario de la violencia de género en mujeres con problemas de salud mental.
- Actuación coordinada en casos de agresión sexual: implementación del protocolo sanitario de Andalucía.
- Actualización en aspectos psicológicos y jurídicos ante la Violencia de Género.
- Jornadas autonómicas de ámbito sanitario ante la violencia de género 2018 a 2022.
- Jornadas provinciales de ámbito sanitario ante la violencia de género 2023.
- Seminario RedFormma Protección a la infancia y a la adolescencia.
- Seminario RedFormma Violencia(s) y discapacidad.
- Seminario RedFormma el efecto socializador de la pornografía y sus consecuencias en la adolescencia.
- Seminario RedFormma Mutilación Genital Femenina. Abordaje Sanitario.
- Seminario RedFormma Los hombres jóvenes ante las violencias machistas.
- Formación para formar en violencia de género (ed 2018 y ed 2022).

Fuente: Informes anuales sobre formación en VG. DGSPOF

Principales dificultades detectadas en la atención sanitaria a la violencia de género

Aunque Andalucía dispone de varios protocolos específicos de actuación sanitaria y de otras herramientas que facilitan la detección de VG, todavía existen diferentes barreras y desafíos pendientes en el abordaje del problema. La principal dificultad es la presión asistencial en la asistencia sanitaria y especialmente en Atención Primaria que dificulta la detección precoz de la VG. La saturación de recursos puede dificultar su aplicación en cada caso. Esto, a su vez, afecta la capacidad del sistema para actuar como una "puerta de entrada" confiable para la atención de víctimas de VG.

Por otra parte, si tenemos en cuenta el número de casos activos contabilizados por las fuerzas y cuerpos de seguridad en cada provincia y el número de Partes al Juzgado, se aprecia una notable infraestimación de los casos de VG detectados por el sistema sanitario.

Además, se dan errores de clasificación sobre la causa de la lesión, lo cual sugiere una falta de precisión en la identificación de estos casos, y lo que es más importante, un retraso en la tramitación de la causa en el sistema judicial.

Existen algunas diferencias entre provincias, tanto en la tasa de denuncias como en órdenes de protección y casos activos de VG. Estas disparidades sugieren que algunas provincias, tienen fluctuaciones anuales que pueden dificultar una respuesta homogénea y coordinada. Por otra parte, Andalucía es una comunidad autónoma con numerosas áreas rurales y diferencias entre dispositivos asistenciales. El abordaje de la VG en mujeres en zonas rurales tiene connotaciones diferenciadas como se recoge en el Protocolo de Actuación Sanitaria.

En cuanto a la formación en VG, ha aumentado, aunque con una notable caída en 2020, un año clave, lo que podría haber reducido la efectividad del personal sanitario en la identificación temprana y en la atención apropiada a las víctimas. Por otra parte, la formación ha ido evolucionando desde un formato presencial a un formato virtual por necesidades del sistema, y este no es el formato idóneo para cambiar actitudes y creencias y promover y desarrollar habilidades de detección de VG.

Por otra parte, la tasa de feminización tanto en las profesionales que imparten como en el alumnado que asiste a la formación es enorme. Y también se aprecia una brecha en los perfiles profesionales que se forman, con una minoría de personal de Medicina. Se mantiene el reto de conseguir la implicación de los hombres y del personal de Medicina en esta formación, y por tanto su participación activa en la prevención y detección de la VG.

3.5. Percepciones de profesionales sobre el sistema sanitario: un estudio cualitativo

3.5.1. Mujeres y hombres en la plantilla de profesionales del Sistema Andaluz de Salud

El sector sanitario público andaluz en general y el Servicio Andaluz de Salud en particular está compuesto por una población trabajadora cada vez más feminizada. A lo largo de los años, ha ido aumentando el porcentaje de mujeres en prácticamente todos los grupos profesionales.

Según datos de los sistemas de información del SAS del año 2023, la plantilla del SAS estaba compuesta por 110.450 profesionales, con un índice de feminización del 2.51. Las 79.002 mujeres representan el 71,5% del total la plantilla y los hombres el 28,5%.

Además, como en el resto de ocupaciones, existe una segregación horizontal y vertical del trabajo. En relación a la segregación horizontal, ésta se pone de manifiesto especialmente en los puestos de trabajo de enfermería y auxiliar de enfermería, que son ocupados mayoritariamente por mujeres. Por cada hombre en estas categorías hay 5 mujeres. En los grupos de personal sanitario facultativo y personal no sanitario la sobrerrepresentación de las mujeres es menor (aproximadamente hay 1,5 mujeres por cada hombre).

En relación a la segregación horizontal, esta tiene que ver con una mayor ocupación de puestos de dirección y cargos intermedios por parte de los hombres. En el SAS, en el año 2023 el número de profesionales que ocupan puestos directivos son de 1.386 mujeres y 1.472 hombres. Y considerando tanto los puestos de dirección como los cargos intermedios, el 51% de estos puestos son ocupados por mujeres y el 49% por hombres. Por tanto, con un índice de feminización de 1,03, cuando se compara esta información con datos del año 2014 y 2016 aparece que, en términos absolutos, por primera vez es mayor el número de mujeres que el de hombres en puestos de responsabilidad (0,8 tanto en 2014 como en 2016).

Sin embargo, si se considera la distribución por sexo del total de la plantilla del SAS, el 2,4% de la plantilla mujeres son directivas o cargos intermedios, mientras que el 7% de los hombres ocupan estos niveles. Es decir, el porcentaje de hombres con puestos directivos es 3 veces mayor que el de mujeres con puestos de responsabilidad.

Una vez contextualizada la sobrerrepresentación femenina en el Servicio Andaluz de Salud y esbozada la segregación horizontal y vertical existente en este ámbito, pasamos a presentar los resultados del estudio cualitativo realizado ad hoc con profesionales para este Informe de Salud y Género. Para recoger los discursos profesionales se ha tenido en cuenta una variabilidad de perfiles por sexo, categoría profesional y cargo de responsabilidad como se explica en la metodología (punto 2.3.4.).

3.5.2. Aproximación a la transversalización del enfoque de género en el sistema sanitario

La aplicación del enfoque de género en la atención sanitaria implica identificar y abordar las disparidades sociales y culturales que impactan de manera diferenciada en la salud de mujeres, hombres y personas de diversas identidades de género. Este enfoque trasciende las diferencias biológicas y se focaliza en cómo los roles de género, las expectativas sociales y las dinámicas de poder influyen tanto en los resultados en salud como en el acceso equitativo a los servicios sanitarios.

En relación con los **factores biológicos**, las y los profesionales participantes en este estudio coinciden en señalar que existen diferencias inherentes entre los sexos, dado que cada organismo es más susceptible a desarrollar ciertas patologías específicas, lo que resulta en una diferenciación en términos de salud. Esta diferenciación biológica, principalmente la hormonal, tiene un impacto directo en las necesidades de cada sexo, generando demandas específicas en la atención médica. La evidencia recogida en los testimonios resalta que el profesional sanitario reconoce estas variaciones y las considera fundamentales para un enfoque diagnóstico y terapéutico adecuado.

> *"...Bueno, es verdad que nosotros en ciertas patologías sí que vemos más predisposición a las mujeres por el hecho de ser mujeres, por el tema de hormonales, etcétera".* (Participante 7, mujer, Reumatología).

> *"Bueno, la principal es el tema ginecológico, creo yo, diría yo. La mujer es verdad que el tema ginecológico, tanto de embarazos como de posteriormente la menopausia y temas hormonales, temas de pastillas anticonceptivas, de desajustes menstruales y tal, creo que es algo que diferencia, que requiere más demanda en cuanto a la mujer, que es algo que no tiene el hombre, por ejemplo".* (Participante 19, hombre, Enfermería).

Además, se reconoce que el sistema de salud es androcéntrico y pese a las diferencias biológicas entre hombres y mujeres, la construcción científica del conocimiento médico sigue sin tenerlas en cuenta. Esto provoca que haya enfermedades con comportamientos diferentes en mujeres y hombres, cuyos abordajes, ciegos al género, ocasionan problemas de detección.

> *"Además, desde las cosas objetivas, por ejemplo, los criterios de diagnóstico, las escalas de medición... Casi todas se han hecho cuando se van en estudio. Se han validado, digamos, en hombres. Después está el fármaco, estudio, ensayo clínico, etcétera. Entonces, la atención está dirigida, como la medida estándar, al varón. Y después, la atención a la mujer se ve en detrimento, pero por esta circunstancia, porque realmente hay muchísimas cosas. Infradiagnosticamos, infratratamos, porque la presentación es diferente, porque al final los cuerpos son diferentes y, por tanto, hay diferentes respuestas a fármacos...".* (Participante 3, mujer, Reumatología).

> *"Pero sobre todo lo que afecta más en el tema de la atención en cuanto a hombres y mujeres, sí es en cómo diagnosticamos nosotros a hombres y mujeres. Eso sí existe diferencia. Existe en ciertas áreas un infradiagnóstico, sobre todo en las mujeres... En las mujeres se presenta de otra forma distinta. Entonces sí, nos falta, creo yo, entender que no existe la misma presentación clínica del mismo agente biológico".* (Participante 16, hombre, Dirección de Distrito).

Por otro lado, se identifica que los **factores sociales** juegan un papel significativo en el impacto sobre la salud. En este sentido, se destacan las obligaciones familiares y de cuidado, que recaen predominantemente en las mujeres, son fuentes de mayor presión, lo que contribuye a diferencias en la manifestación y gravedad de las afecciones.

> *"Claro, lo que he comentado antes, que yo pienso que, si la mujer y más en un ámbito rural está dedicada más a las actividades diarias de la casa, al cuidado de la casa, a lo que es llevar a cabo..., cuidar de la familia, ¿vale? La mujer siempre ha tenido un rol de cuidadora y entonces, al tener el rol de cuidadora, muchas veces se descuida ella a la salud, ¿vale? Por ejemplo, si alguien mayor, hay un mayor en casa que está enfermo, el cuidador suele ser una cuidadora, de hecho, son cuidadoras las que lo hacen".* (Participante 23, mujer, Epidemiología).

> *"Yo creo que impacta más el tema de factores psicosociales o familiares y los roles que juegan las mujeres creo que impacta de fondo, de base, mucho más que los temas puramente biológicos. Las mujeres cuando son cuidadoras, las mujeres que trabajan en el campo y aparte de los problemas musculares y esqueléticos propios de tener que estar recogiendo lechugas, recogiendo cajas pues después tienen sobrecarga de trabajo en la casa porque a lo mejor tienen que cuidar de la familia o tienen que hacer la comida, tienen que lavar los platos, tienen ese doble trabajo que es un rol que le han asignado y que ya han aceptado más o menos a regañadientes que efectivamente impacta en su salud aunque no sea solamente la salud física, sino también la salud emocional, estar más agobiada, dormir menos y todo es probablemente por ese problema, por esas características sociales… Pero también es cierto que el rol de hombre fuerte que no se pone nunca malo y que no tiene que preguntar por su salud porque es fuerte y es hombre y los hombres no lloran, ni se ponen malos eso también afecta negativamente porque a veces podemos estar llegando tarde a las diagnósticas según qué enfermedades y a poner en marcha medidas preventivas".* (Participante 1, hombre, Medicina de familia).

> *"Entonces, claro, ahí hay una diferencia importante con el hombre. O sea, que a nivel laboral se siente menos protegida o con más restricciones que puede tener un hombre que en ese... Vamos, incluso a la hora de cuando ya forma una familia, tema de la casa, la mujer siempre está más pendiente de la casa, con lo cual tiene una sobrecarga además del tema laboral que es el cuidado de la casa y de los hijos".* (Participante 9, mujer, enfermería especialista en Ginecología y Obstetricia).

Sin embargo, en relación con los **factores socioeconómicos**, se considera que su impacto es, independiente del sexo de quienes acceden a los servicios sanitarios.

> *"Hay una relación directa entre lo que es nivel socioeconómico y niveles de salud. Y dentro de eso incluso hay acceso distinto, tanto a lo económico como a la profesión, como al trabajo, entre mujeres y hombres sí hay diferencias. Entendemos que son diferencias necesarias, no solo en lo que es el ámbito de las mujeres".* (Participante 16, hombre, Dirección de Distrito).

Por último, hay que señalar en relación con la atención, que la mayoría de las personas entrevistadas coinciden en afirmar que atienden al paciente indiferentemente del género al que pertenezca, poniendo el foco exclusivamente en la patología.

> *"Es que a mí en mi trabajo no me interfiere que mi paciente sea un hombre o una mujer porque el tratamiento, los seguimientos son iguales".* (Participante 4, hombre, Oncología).

Ahora bien, esta aparente neutralidad enmascara la presencia de estereotipos de género que, de forma implícita, moldean la percepción y la respuesta de las y los profesionales ante las necesidades de salud. Así, aunque en principio se intenta evitar la diferenciación por razones de género, los testimonios evidencian que algunos profesionales hacen interpretaciones específicas, especialmente cuando la evaluación clínica revela que factores sociales, culturales y biológicos impactan de manera diferenciada en la salud de hombres y mujeres.

> *"Pues más bien que sean diferentes las necesidades, a veces no es tanto que sean necesidades diferentes, sino el abordaje tiene que ser distinto. Es verdad que las mujeres, y dependiendo, como hemos hablado antes, del ámbito urbano y del ámbito rural, pues a veces se presentan*

> *situaciones distintas, por trabajo, incluso por nivel socioeconómico. En fin, esas variables hay que tenerlas muy en cuenta. Y yo creo que más que en sí, las necesidades, es cómo las abordamos".* (Participante 2, mujer, Medicina de familia).

> *"Mira, de lo que me estoy acordando, de mi experiencia, de lo que yo atiendo, sí hay diferencias, sobre todo, hay dos tipos de diferencias. Uno de cómo lo percibe el hombre, la salud, y cómo percibe la mujer la salud. ¿Vale? Cómo se cuida el hombre y cómo se cuida la mujer. Y otra diferencia es cómo, que no sé, a veces hay diferencia en cómo se atiende. Yo creo que incluso se da de manera inconsciente, no tan intencionada, cómo se atiende, dependiendo de, claro, cómo yo entiendo la salud, cómo se atiende a los profesionales de salud, al hombre y cómo se atiende a la mujer, porque lo perciben de manera diferente".* (Participante 18, mujer, Trabajo social).

Este discurso de neutralidad convive con un discurso de concienciación, impulsado por la demanda de atender las necesidades específicas de las y los pacientes.

> *"Sí, sobre todo en personas que tienen problemas de tipo de orden de problemas de sueño se intenta indagar a ver si hay factores que puedan afectarle para ello y en general pues si se considera más la..., aunque a veces se puede, a veces se banaliza, ¿no? Se banaliza, ¿no? Por ejemplo, la patología como son fibromialgias, cosas así que afectan más a las mujeres se suele banalizar, se suele banalizar, pero tanto por compañeros de uno y otro sexo y yo creo que eso solo se puede superar con el conocimiento, con una mayor digamos formación en el ámbito de las diferencias de género que existen por ejemplo en cuanto a problemas como la depresión, el insomnio, patología funcional. Ahí sí que hay que concienciar más a los profesionales de que esas diferencias tienen un soporte digamos una base emocional pero que también muchas de ellas los factores digamos de tipo social les afecta, ¿no? O como pues por ejemplo, como puede ser problemas relacionales, tensión emocional en el ámbito familiar todo eso hay que, ese enfoque hay que tenerlo en cuenta para llegar a no banalizar la patología funcional".* (Participante 11, hombre, Medicina de familia).

> *"Es decir, los factores de género hacen que las personas tengan un tipo de enfermedad o otra y que podemos reaccionar a esa enfermedad".* (Participante 14, mujer, Medicina de Urgencias).

De acuerdo con este segundo discurso, las diferencias derivadas de factores sociales y culturales afectan de manera desproporcionada a las mujeres y se constituyen como determinantes en su salud; aumentando la probabilidad de que experimenten problemas de salud mental, como la ansiedad, la depresión o el estrés crónico. Esta mayor predisposición, identificada en varios discursos, revela la existencia de necesidades diferenciadas en cuanto al tratamiento y abordaje de estas condiciones.

> *"Las necesidades en salud mental sí que son importantes porque es verdad que hay más frecuencia y más prevalencia de enfermedad mental algún tipo, por ejemplo, depresiones. La depresión y la ansiedad son más, el doble más frecuente, más prevalente en mujeres que en hombres".* (Participante 15, mujer, Psiquiatría).

> *"Hombre, siempre hay diferencias en cuanto al tipo de demanda y sobre todo en cómo van accediendo a los sistemas clínicos. Las mujeres, en la práctica, muy habitualmente se dedican a la familia. Entonces, sí existe una honda preocupación por temas de salud mental".* (Participante 16, hombre, Dirección de Distrito).

> *"Y también, bueno, quizás las mujeres son más dadas a los centros de salud, el tema de los ansiolíticos, un poquito las crisis de ansiedad son más habituales las mujeres en auxilios de urgencias, yo creo que sí que los problemas de salud de mujeres y hombres tienen, en muchos casos, una clara diferencia."* (Participante 24, mujer, Enfermería).

La presencia del discurso neutral de forma mayoritaria entre las y los profesionales de la salud participantes en el estudio se puede explicar a partir de la falta de **conocimiento y sensibilidad de género.** En este sentido, destaca el escaso interés en realizar este tipo de formación.

> *"Hoy por hoy diría que en los últimos años sí que veo que realmente como esto al final se ha hecho de masas y ya el conocimiento este está en todas partes, ya buscas en internet, de lo que sea y te aparece que realmente hay diferencias, entonces yo creo que cada vez se tiende a interesarse más en estos asuntos y después el pico del iceberg, que es la violencia de género, creo que últimamente cada vez hay más información, pero de momento hay mucha, o sea, quizá hay más información, pero acción hay poca".* (Participante 3, mujer, Reumatología).

Por tanto, en el sistema andaluz de salud nos encontramos con profesionales que reconocen la influencia del género y otros factores como la religión, el origen, la discapacidad, etc. en el abordaje de la salud junto a otros profesionales que minimizan su influencia.

A continuación, se determinará la relación de estas posturas con la formación y la sensibilización en torno a la perspectiva de género.

3.5.3. Formación y sensibilización de profesionales en la perspectiva de género

En relación con lo expuesto en el párrafo anterior, se observan diferencias en los discursos sobre la salud y la atención sanitaria en función de la formación y sensibilidad en género de los/las profesionales.

Así**, las y los profesionales con formación y sensibilidad en género:**

- **Reconocen la influencia de los estereotipos de género en la salud:** Identifican cómo las normas de género pueden influir en la percepción de la salud, la búsqueda de atención médica y la adherencia a los tratamientos.

> *"Las mujeres cuando son cuidadoras [...] tienen ese doble trabajo que es un rol que le han asignado y que ya han aceptado más o menos a regañadientes que efectivamente impacta en su salud".* (Participante 1, hombre, Medicina de familia).

- **Enfatizan la importancia del análisis interseccional:** Consideran que las desigualdades de género se ven agravadas por otros factores de discriminación, como la raza, la clase social o la orientación sexual.

> *"Al tratarse de mujeres discapacitadas se ve incrementada esa desigualdad, por ejemplo..., una mujer que tiene el rol de cuidadora y encima una discapacidad..., eso sería donde se notaría la desigualdad más grande con las personas con discapacidad".* (Participante 21, hombre, Epidemiología).

- **Se muestran más críticos/as con el sistema sanitario:** Señalan las deficiencias en la atención a la violencia de género y la falta de protocolos con perspectiva de género.

> *"Ahora hay mucha formación enfocada a eso, a la sensibilización, a ese primer contacto a decidir, oye, ¿sabes que esto existe? Antes de meterse en cosas de más profundidad. Mira, por ejemplo, cuando organizábamos las jornadas para residentes de enfermería y medicina, pero medicina son más, era muy curioso porque le poníamos talleres para que ellos apuntaran voluntariamente al que quisieran, se tenían que apuntar a el de soporte vital básico, el de arritmia, avanzada, el trauma, eso, a rebosar. Todo lo que son de sensibilización, de género y demás, muchas veces tenemos que decir, hombre, que no os cogéis en este, apuntaros alguno".* (GF2 participante 4, hombre, Jefatura del bloque de enfermería).

> *"Muchas de las plantillas ni siquiera manejan bien el protocolo y, además, que aplicarlos tarda muchísimo. Si tú realmente coges los criterios que pone alto riesgo, riesgo vital, hay que avisar, hay que poner un parte al jugado de guardia, etcétera. Hay que llamar a la policía. Si tú te tomas en serio ese protocolo y lo aplicas como deberíamos hacer, no podríamos trabajar, digamos, de una forma tan rápida como se hace. Entonces, yo creo que, por un lado, el propio protocolo no lo aplicamos y, encima, no se aplica como se debería y, encima, hay muchísimo desconocimiento. Y, después, las herramientas que se tienen son nulas".* (Participante 3, mujer, Reumatología).

- **Proponen medidas concretas para la equidad de género:** Plantean la necesidad de una mayor sensibilización, formación específica, desarrollo de protocolos con perspectiva de género y participación de las mujeres en la toma de decisiones.

> *"Habría que hacer más estudios, más estudios, bueno aparte de estudios e indagar en los determinantes que pueden afectar a la salud en función del sexo. Por ejemplo, cómo afectan de forma diferente las cargas emocionales o los problemas sobre todo las tensiones emocionales mantenidas, cómo afectan más a la mujer o de una forma más específica a la mujer porque la tensión emocional acaba afectando a todos".* (Participante 11, hombre, Medicina de familia).

> *"Hay más hombres en puestos de responsabilidad, más hombres que mujeres. Eso es un hecho. Y las mujeres que hay en puestos de responsabilidad, pues, a veces están muy condicionadas por lo que serían roles de género, ¿no? Y a veces no se les hace mucho caso".* (Participante 3, mujer, Reumatología).

> *"Yo creo que es importante que las mujeres participen en la toma de decisiones porque tienen una visión diferente de la salud. Ellas están más en contacto con las necesidades de las personas, con los problemas del día a día".* (Participante 18, mujer, Trabajo Social).

> *"Yo creo que es fundamental que haya una mayor diversidad en la toma de decisiones. No solo mujeres, sino también personas de diferentes razas, culturas, orientaciones sexuales... Cuanto más diversa sea la toma de decisiones, más se van a tener en cuenta las necesidades de todas las personas".* (Participante 6, hombre, Medicina de Familia).

Sin embargo, las y los profesionales sin formación o con baja sensibilidad en género:

- **Tienden a minimizar las desigualdades de género:** Consideran que el acceso a la salud es equitativo para hombres y mujeres y, además, se ignoran las barreras que pueden enfrentar ciertos grupos de mujeres para acceder a la atención médica, como las mujeres migrantes o las mujeres en situación de pobreza.

> *"Yo creo que en general no hay diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a acceso a los servicios sanitarios".* (Participante 12, hombre, Medicina de Familia).

- **No identifican la influencia de los estereotipos de género:** Atribuyen las diferencias en salud a factores biológicos o individuales, sin considerar la influencia de las normas de género.

> *"Pues evidentemente los factores biológicos determinan que las mujeres tengan algunas necesidades distintas que los hombres, simplemente por biología, el aparato reproductor es distinto, con lo cual las necesidades ginecológicas son algo que no tienen los hombres. Y ciertamente afectan a la salud en cuanto a las diferencias de ese tipo".* (Participante 2, mujer, Medicina de Familia).

- **Muestran menor interés en la formación en género:** Perciben la formación en género como una obligación o un trámite burocrático.

> *"En general no. Entonces fíjate que te he sido aquí muy explícita. De hecho, yo me encuentro y le pongo articulillos diferentes a los residentes... Pero no se forman. Ahora hay una formación institucional de la reforma que poco menos que es cumplir expediente".* (Participante 2, mujer, Medicina de Familia).

- **No suelen proponer medidas para la equidad de género:** Se centran en la atención a la enfermedad, sin considerar las desigualdades sociales que pueden influir en la salud.

> *"Es que a mí en mi trabajo no me interfiere que mi paciente sea un hombre o una mujer porque el tratamiento, los seguimientos son iguales".* (Participante 10, hombre, Oncología).

En definitiva, la formación y sensibilidad en género influye en la forma en que los/las profesionales de la salud perciben y abordan las desigualdades de género en la atención sanitaria. Así, los/las profesionales con mayor formación en género tienden a ser más críticos/as con el sistema y a proponer medidas para la equidad.

Por tanto, es fundamental fortalecer la formación en género de las y los profesionales de la salud para avanzar hacia un sistema sanitario más justo e igualitario.

3.5.4. Equidad de género en el acceso a los servicios sanitarios y en la cobertura sanitaria

La equidad de género en el acceso a los servicios sanitarios y en la cobertura sanitaria implica no solo la igualdad de oportunidades para acceder a los servicios, sino también un enfoque diferenciado y equitativo que considere las particularidades biológicas, sociales, económicas y culturales que afectan de manera distinta a hombres, mujeres y personas de diversas identidades de género.

En relación con el acceso a los servicios sanitarios, la mayor parte de las personas entrevistadas y participantes en los grupos de discusión señalan que no existen diferencias significativas entre mujeres y hombres en cuanto al acceso a los servicios sanitarios.

> *"Yo creo que en general no hay diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a acceso a los servicios sanitarios".* (Participante 12, hombre, Medicina de Familia)
>
> *"En general, el acceso es igual a hombres que a mujeres".* (Participante 13, hombre, Medicina de Familia)
>
> *"Yo creo que el acceso es igual para todos, independientemente del género".* (Participante 19, hombre, Enfermería).
>
> *"No, no, el acceso es igual para hombres y mujeres."* (Participante 21, mujer, Medicina de Familia).
>
> *"En general no hay diferencias en el acceso a los servicios sanitarios entre hombres y mujeres".* (Participante 24, mujer, Enfermería).

Sin embargo, las y los profesionales sanitarios que cuenta con formación en género si identifican diferencias entre los sexos. En particular, señalan que las mujeres tienden a acceder más frecuentemente a los servicios de salud debido a su rol predominante como cuidadoras y a una mayor

implicación en el cuidado de la salud de familiares, mientras que los hombres suelen mostrar una menor involucración en estos aspectos.

> *"Yo creo que existen factores que limitan el acceso de las mujeres, pues también determinados por las condiciones sociales, como estamos diciendo, ¿no? Una persona que tiene que trabajar y que aparte tiene que cuidar en general queda menos tiempo, ¿no? Entonces, hay factores sociales que hacen que consulten menos. Y, sin embargo, quizá por el hecho de que son cuidadoras conocen más el sistema sanitario, ¿no? Porque han tenido que consultar muchas veces por personas a las que cuidan, o bien por sus hijos o bien por personas familiares mayores, ¿no? Entonces, paradójicamente se da esa situación que yo creo que el sistema es menos accesible para las mujeres, pero lo conocen más".* (Participante 6, hombre, Medicina de Familia)

> *"Son más las mujeres, si tú miras la lista de trabajo, hay más nombres de mujeres que de hombres. Aunque mires la lista de trabajo, luego en la sala de espera ves más mujeres que hombres. Porque son las mujeres las que vienen muchas veces en nombre de padres, hermanos, tíos, primos y maridos".* (Participante 2, hombre, Epidemiología)

> *"Del acceso incluso yo creo que las mujeres están mejor informadas de cómo acceder a las consultas, a las citas médicas, a todo lo que es el sistema sanitario. Por el mismo rol que estamos hablando, que puede haber un sesgo ahí, que las mujeres están más al cuidado de los niños, del tema de vacunación, en llevarlos al pediatra y a los cuidados de los mayores, yo creo que ahí ese sesgo existe. Y tienen más conocimiento de cómo funciona y de cómo acceder a ellos. Ah, y... Y sin embargo cuando es para ellas mismas, pues a lo mejor lo demoran más en llegar a...".* (Participante 21, hombre, Epidemiología).

Por otro lado, **el uso diferencial de los servicios sanitarios entre mujeres y hombres** se debe a una combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales que influyen en la frecuencia y tipo de demanda.

Por un lado, las mujeres acuden a los servicios sanitarios por necesidades relacionadas con el ciclo vital femenino, como los controles reproductivos, las consultas ginecológicas y los trastornos hormonales, así como por una mayor prevalencia de trastornos psicológicos, como la ansiedad y la depresión.

> *"Entonces la mujer acude más porque tiene la mamografía, tiene la citología, tiene una serie de cosas. Y cosa que el hombre no lo tiene… por la lógica de la ginecología, porque hay hombres, por ejemplo, que las mujeres van al hospital porque tienen que parir y hay hombres que no han ido nunca a un hospital porque no se han puesto malos, ¿me entiendes de lo que te digo? Ya el ir al hospital, el controlar el embarazo y tal, ya está yendo al médico. Y si no las revisiones anuales, la citología, la mamografía cada equis tiempo".* (Participante 8, hombre, Enfermería especialista en Ginecología y Obstetricia)

> *"Y también, bueno, quizás las mujeres son más dadas a los centros de salud, el tema de los ansiolíticos, un poquito las crisis de ansiedad son más habituales las mujeres en auxilios de urgencias, yo creo que sí que los problemas de salud de mujeres y hombres tienen, en muchos casos, una clara diferencia".* (Participante 24, mujer, Enfermería).

Por otro lado, las mujeres, debido a su rol tradicional como cuidadoras y a su mayor implicación en el cuidado y la salud familiar.

> *"Sí, aunque haya casos puntuales que no, pero en general yo observo un mayor uso y mayor frecuentación por parte de mujeres que de hombres…observo que la carga de los factores psicológicos, la tensión emocional en mujeres ya menores, o sea no tan mayores, pues es mayor y también usan más los servicios sanitarios".* (Participante 11, hombre, Medicina de familia).

> *"Vienen por ellas y vienen también informando un poco si hay alguna situación de patología a nivel de la familia. De los hijos, incluso del marido. Eso es bastante frecuente, sí".* (Participante 15, mujer, Psiquiatría).

En contraste, los hombres tienden a hacer un uso menos frecuente de los servicios sanitarios, limitando su demanda principalmente a situaciones en las que presentan patologías agudas o condiciones que requieren atención inmediata.

> *"Los hombres consultan cuando ya están muy mal, cuando ya no pueden más".* (Participante 1, hombre, Medicina de Familia).

Cuando la enfermedad interfiere con su trabajo o vida cotidiana:

> *"El hombre va al médico cuando la enfermedad le impide trabajar o hacer su vida normal".* (Participante 9, mujer, Enfermería especialista en Ginecología y Obstetricia).

Cuando sus parejas les aconsejan acudir:

> *"Muchas veces, los hombres acuden al médico porque las mujeres les obligan".* (Participante 18, mujer, Trabajo social).

Este comportamiento responde, en parte, a normas sociales que promueven una percepción de invulnerabilidad en los hombres y desalientan la búsqueda proactiva de atención médica para problemas percibidos como menores.

> *"Hombre, el acceso, nosotros la consulta, ya te hablo de percepciones y de lo que ocurre, acceden más a nosotros o consultan más mujeres que hombres. Eso es bastante frecuente. Y los hombres que consultan muchas veces son consultas ya casi obligadas por la circunstancia, porque vamos persiguiendo".* (Participante 16, hombre, Dirección de Distrito).

En segundo lugar, estas normas sociales conllevan que no se entienda como prioridad el cuidado de las personas del entorno familiar, especialmente, cuando se trata de la pareja.

> *"Creo que hay más mujeres que acceden y demandan asistencia, que hombres… También es verdad que no es igual que esté enfermo o dependiente un hombre, a que esté enferma o dependiente una mujer. Pues a la mujer le atiende otra mujer casi siempre. Es muy raro, muy raro ver a un hombre demandando más asistencia de recursos porque su mujer se ha puesto enferma".* (Participante 18, mujer, Trabajo Social).

En cuanto al **tiempo de atención recibido por hombres y mujeres en los servicios sanitarios**, no existen diferencias notables, ya que ambos sexos son tratados de manera equitativa. Los tiempos de espera y la calidad de la atención se gestionan de manera uniforme, sin discriminación explícita por género.

> *"Yo creo que, en general, no hay diferencias significativas en el tiempo que tardan hombres y mujeres en recibir atención".* (Participante 14, mujer, Medicina de Urgencias).
>
> *"En mi experiencia, no he notado diferencias en los tiempos de atención entre hombres y mujeres".* (Participante 17, hombre, Medicina de Familia).
>
> *"En general, los tiempos de atención son similares para hombres y mujeres".* (Participante 22, mujer, Reumatología).

No obstante, ciertos discursos aportan una perspectiva crítica, sugiriendo que sí existen diferencias en la atención, especialmente en relación con el infra diagnóstico de las mujeres. Este fenómeno ocurre porque algunas patologías físicas y psicológicas, que afectan de manera más frecuente o visible a las

mujeres, tienden a ser normalizadas o minimizadas en el contexto clínico. Por ejemplo, trastornos como el dolor crónico, la fatiga o ciertos problemas emocionales son más frecuentemente atribuidos a causas "naturales" o inevitables en las mujeres (como los ciclos hormonales o el estrés asociado a su rol de cuidadoras), lo que puede llevar a una subestimación de la gravedad de estos indicios.

> *"Y luego hay algunas enfermedades en las cuales se manifiestan de diferente manera la enfermedad, entonces puede costar más trabajo diagnosticarla en un sexo u otro. Por ejemplo, la insuficiencia cardíaca, eso está altamente estudiado, que la mujer se queja mucho de cansancio, de malestar, de tal, síntomas poco definidos y a menudo no se les presta toda la atención que se debería o porque se asume que son relacionados con otros problemas, la menopausia, el trabajo, en fin, todo otro tema de problemas. Y en el hombre sí que cuando se queja de cansancio o de ese malestar puede ser que el médico se alerte un poco antes que con las mujeres".* (Participante 22, mujer, Reumatología).

> *"Y se vio que, en la aplicación de pruebas diagnósticas, en concreto era en realización de cocardio, cateterismo, según la guía clínica, es decir, estaba indicado hacerlo si se hacía a la misma hora en hombres y en mujeres. Y se vio que había un retraso en las mujeres que no estaba justificado por la clínica... al de los hombres parece que se le tiene más en cuenta, y eso nos conlleva a tomar decisiones con respecto, por ejemplo, realizar pruebas diagnósticas y a las mujeres a veces se infraestima, o sea, pensamos que realmente como que ellas maximizan el dolor o lo que sea y realmente si puede haber un retraso".* (Participante 3, mujer, Reumatología).

Los hombres, al presentar síntomas que no se alinean con las expectativas tradicionales de género, tienden a recibir una atención más rápida cuando se trata de patologías consideradas inusuales en su sexo. Este sesgo inverso favorece un diagnóstico más ágil cuando presentan síntomas que no se ajustan a los estereotipos de salud masculina, como ciertos trastornos emocionales o condiciones relacionadas con el dolor crónico.

> *"Se deriva mucho antes al varón, a salud mental, al segundo nivel, que a la mujer. No me preguntéis por qué, pero se deriva mucho antes. La mujer empieza, venga, pues le pones tratamiento, la sigues en consulta, no sé qué, es como que la aguantas mucho más en primaria. No quiero decir que lo que esté bien sea derivar. Sin embargo, el varón al hombre se le deriva antes a salud mental".* (Participante 2, mujer, Medicina de Familia).

Desigualdades de acceso entre la población joven

Respecto a las **dificultades o barreras** organizacionales, personales, sociales y culturales que pueden encontrar las mujeres y que pueden encontrar los hombres en el acceso sanitario, en distintas etapas y circunstancias vitales, la mayor parte de las personas participantes en las entrevistas y grupos de discusión coinciden en términos generales, en que no existen diferencias significativas en el acceso de **jóvenes y adolescentes** a los servicios sanitarios relación a la población adulta. Sin embargo, se observa una diferencia notable entre los diferentes grupos de jóvenes en las consultas y demandas específicas que realizan en función de su ciclo vital. Así, en el contexto de la salud sexual y reproductiva, las mujeres jóvenes muestran una mayor proactividad e independencia a la hora de buscar atención médica.

> *"Yo creo que a los chicos les cuesta más que a las chicas. Llega a servicios sanitarios y expresa que tienen un problema de cualquier índole. Ellas vienen más incluso... Yo no sé si es por el grado de madurez. Ellos casi siempre, los adolescentes y demás, vienen acompañados con las madres y ellas no. Ellas incluso quieren entrar ya a consultas solas y demás... También es verdad que, claro, a nivel de la sexualidad, receta de anticonceptivos, barra libre... El cuerpo*

de la mujer se ha patologizado tantísimo que, claro, la menstruación parece como un monstruo. Entonces hay consultas por esto". (Participante 10, mujer, Medicina de Familia)

Esto puede deberse, en parte, a una mayor conciencia sobre los riesgos asociados a la salud sexual y a una socialización que fomenta en ellas un mayor cuidado de su bienestar físico y reproductivo.

"Normalmente, las chicas tienden a acudir más porque tienen problemas de la menarquia que los niños no tienen… y tienden a ir más pronto, a lo mejor a los 10-12 años son más demandantes… A lo mejor la diferenciación es que acuden antes las mujeres, después los hombres. Es una diferenciación que puede ser por eso. Las mujeres tienden a preguntar más, están más preocupadas de ese tipo de enfermedades que los niños (ETS)". (Participante 14, mujer, Medicina de Urgencias).

Las jóvenes acuden a consultas de manera autónoma, buscando información y tratamiento con más frecuencia que sus pares varones, lo que podría estar relacionado con la mayor carga social que las mujeres suelen llevar en términos de responsabilidad sobre la prevención de embarazos no deseados y el manejo de enfermedades de transmisión sexual.

Lo que sí podría decir, a lo mejor, es que las chicas a lo mejor acuden más por temas suyos, personales, incluso en los casos de una violación, etcétera. Entonces, hay quien acude es la mujer, no el hombre". (Participante 9, mujer, Enfermería especialista en Ginecología y Obstetricia).

Por otro lado, los jóvenes varones muestran un comportamiento más retraído en lo que respecta a la demanda de servicios sanitarios, especialmente en temas sensibles como las ETS. Además, se señala como habitual que acudan a consultas médicas acompañados por sus progenitores (sobre todo madres), lo que puede generar inhibición en la expresión de síntomas o preocupaciones relacionadas con su salud sexual, debido al pudor o la incomodidad que sienten al abordar estos temas en presencia de figuras parentales y /o sanitarias. Esta reticencia no solo limita su acceso a una atención oportuna, sino que también puede contribuir a un subdiagnóstico de problemas de salud.

"Vamos, no lo sé, pero yo te diría que igual las mujeres como que tenemos más fácil acceso, o somos por lo menos más abiertas o nos cuesta menos, por ejemplo, cuando hay que comentar un problema de salud o eso, yo a veces a los chicos adolescentes los veo un poquito más, pues que vienen más con los padres o que vienen así un poquito más tímidos, más que les cuesta trabajo expresarse o relacionarse en ese sentido, sí". (Participante 7, mujer, Reumatología).

"Creo que por la misma regla de atrás las chicas tienen más facilidad para expresar la demanda, entonces tienen más facilidad para acceder en todo caso. Los chicos son lo mismo de siempre. Tienen más dificultad para expresar la necesidad por lo que a lo mejor acceden menos o demandan menos... Que a la mujer yo creo que a la adolescente le cuesta a lo mejor menos hablar entre ellas, demandar las consultas que se hacen… De lo que yo entiendo, por ejemplo, a veces vienen las chicas solas, no viene el chico. La mayoría de las veces viene solo acompañada de la madre". (Participante 18, mujer, Trabajo Social).

Por tanto, en relación con el acceso de la población joven, se observa una diferencia notable entre los diferentes grupos de jóvenes en las consultas y demandas específicas que realizan en función de su ciclo vital. Así, las mujeres jóvenes muestran una mayor proactividad e independencia a la hora de buscar atención médica en el contexto de la salud sexual y reproductiva, mientras que los hombres jóvenes muestran un comportamiento más retraído en lo que respecta a la demanda de servicios sanitarios, especialmente en temas sensibles como las ETS.

Desigualdades de acceso entre las personas mayores

Las dificultades que experimentan las **personas mayores** en el acceso a los servicios sanitarios están principalmente asociadas con barreras arquitectónicas, geográficas y digitales. Estas barreras comprenden la dificultad de movilidad debido a infraestructuras no adaptadas a sus necesidades, la distancia a los centros de salud y la falta de familiaridad con tecnologías como aplicaciones de salud y sistemas de citas electrónicas. Estas limitaciones tecnológicas impiden que muchas personas mayores utilicen de manera autónoma los servicios digitales de salud, lo que provoca retrasos en la atención o dependencia de terceros para gestionar sus citas y consultas.

Por otro lado, los factores culturales y de género juegan un papel relevante en el acceso a la atención sanitaria en la vejez. En muchas sociedades, la mujer mayor asume el rol tradicional de cuidadora, no solo ocupándose de sus propias necesidades de salud, sino también de las de su cónyuge, el hogar y otros familiares. Este rol implica que las mujeres mayores tienden a acudir con mayor frecuencia a los servicios de salud, tanto para ellas como acompañantes de personas de su entorno. La dependencia del hombre mayor en este contexto es notable, ya que los varones, en general, no asumen el rol de cuidadores en la misma medida y suelen requerir la presencia de otra persona para gestionar sus necesidades de salud. Esto puede derivar en que los hombres mayores solo acudan a los servicios sanitarios en situaciones de urgencia, cuando el problema de salud ya se ha agravado.

> *"La mujer, cuando viene el hombre enfermo, la mujer es la que toma la iniciativa y muchas veces lo tengo que parar, digo déjeme usted escuchar al paciente, pero lo hago los dos. El marido suele estar más prudente, pero es verdad que la mujer toma mucho más la iniciativa, y dile, y dile, y la semana pasada, y esto, y has comido aquello, y tal, y entonces muchas veces tienes que parar y decir, señora, déjeme hablar con el paciente a ver qué es lo que siente él".* (Participante 17, hombre, Medicina de Urgencias).

En definitiva, las principales dificultades de acceso de la población mayor a los servicios sanitarios están relacionadas con las barreras arquitectónicas, geográficas y digitales.

Por otro lado, se destaca diferencias por género. Así, mientras las mujeres mayores tienden a acudir con mayor frecuencia a los servicios de salud, tanto para ellas como acompañantes de personas de su entorno; los hombres mayores solo acuden a los servicios sanitarios en situaciones de urgencia, cuando el problema de salud ya se ha agravado.

Desigualdades de acceso entre las personas con discapacidad

En cuanto, a las **personas con discapacidad**, tanto hombres como mujeres, experimentan múltiples dificultades para acceder a los servicios sanitarios, siendo las barreras arquitectónicas y lingüísticas las más relevantes. Esta problemática se agrava en ausencia de la persona cuidadora, lo que puede ocasionar malentendidos en la valoración de la condición de salud del/de la paciente.

Las y Los profesionales de la salud que trabajan con un enfoque de género han destacado que las mujeres con discapacidad han de afrontar un conjunto adicional de obstáculos en el acceso a la atención médica, debido a los roles de género y, especialmente, al relacionado con el cuidado de las personas del entorno.

> *"Al tratarse de mujeres discapacitadas se ve incrementada esa desigualdad, por ejemplo..., una mujer que tiene el rol de cuidadora y encima una discapacidad..., eso sería donde se*

notaría la desigualdad más grande con las personas con discapacidad". (Participante 21, hombre, Epidemiología)

"Porque la discapacidad en la mujer se vive casi peor que en el hombre. Porque, además, depende de la edad también a la que se tenga la discapacidad, en el entorno. Como sea una mujer mayor con discapacidad, el supuesto de pareja mayor, que se hacen mayores los dos, y el hombre tiene algún grado de discapacidad, y la mujer es la cuidadora, siempre va a ser mejor para el hombre, que, si es al revés, en general. Luego hay casos excepcionales, ¿no? Pero el tema de la discapacidad, bueno, pues las mujeres, que luego, bueno, lo que implica la red de cuidadores, y cuidadoras, es compleja. Y las mujeres jóvenes, mi impresión, y no sé muy bien por qué, por qué no lo hacemos bien, es que quizás llegamos más tarde a los recursos a las mujeres que a los hombres con discapacidad, de cualquier tipo". (Participante 2, mujer, Medicina de Familia)

Además, las mujeres con discapacidad pueden experimentar limitaciones adicionales en cuestiones biológicas, como las relacionadas con la maternidad, que pueden agravar sus necesidades de atención sanitaria y, a su vez, complicar su acceso a los servicios.

"El hombre no sé tanto, pero que la mujer, de las personas que yo he conocido, sí que tienen dificultad, incluso ha habido especialistas con el tema del embarazo, con el tema de la accesibilidad a las consultas". (Participante 18, mujer, Trabajo Social).

"Con discapacidad, bueno, es que la discapacidad en las mujeres yo creo que es una pequeña, un pequeño punto más…, en algunos aspectos sí, sobre todo, bueno, no sé, en el caso de que una persona con discapacidad quiera ser madre o quiera tener acceso a unas determinadas cuestiones, pues yo creo que al menos sí tienen alguna barrera añadida más". (Participante 24, mujer, Enfermería).

Desigualdades de acceso entre las personas migrantes

Las barreras lingüísticas y culturales constituyen obstáculos significativos para que las **personas migrantes** accedan a los servicios sanitarios. Además, el desconocimiento del sistema de salud local y de los procedimientos administrativos puede agravar esta problemática, generando desconfianza y reticencia a buscar atención médica.

"Las mujeres tienen un obstáculo muy importante y es que muchas de ellas es la barrera lingüística, porque ellos no, es menos. Te voy a explicar por qué…, ahí te encuentras con la barrera de que muchas veces son los maridos los que la acompañan y es el marido el que te explica lo que le ocurre a ella con las connotaciones que hay en la traducción, la interpretación de los síntomas que te haga el marido de lo que le ocurre a ella". (Participante 2, mujer, medicina de familia).

Desde una perspectiva cultural, se observa que, en algunas comunidades, particularmente en la cultura musulmana, las mujeres enfrentan restricciones adicionales en la expresión de síntomas y en la presentación a consultas médicas. Estas limitaciones pueden estar relacionadas con normas culturales, lo que a menudo lleva a que las mujeres migrantes acudan a los servicios de salud acompañadas por sus maridos o familiares varones.

"Ahí sí considero yo que la mujer tiene como, yo creo que es cultural, como más dificultad del acceso al sistema, pero no es porque el sistema no le brinde la oportunidad de entrar, sino es por algo cultural. La cultura, sobre todo, la cultura árabe, la mujer queda arriesgada y como el segundo y tercer plano. Y es verdad que consultan más los hombres. Tú vas a la cola y las colas sobre todo son hombres, que a lo mejor van incluso a consultar para la mujer, pero

como que sigue siendo cultural, que la mujer se tiene que quedar en casa, haciendo la comida con los niños". (GF1 participante 4, hombre, Dirección de Distrito Hospitalario).

"Depende de la cultura. La cultura musulmana, por excelencia, vamos. Pues muy fácil, a la hora de intentar explorar a una señora con el marido delante, tienes problemas. Le tienes que quitar la ropa, el marido no quiere, te dicen que la toques como si fuera tu madre, todos los prejuicios que tiene el Islam, pues ahí los tenemos. Sin embargo, por ejemplo, tenemos varias congregaciones de monjas por aquí, que son católicas todas, pero de diferentes razas, y ellas tienen bastante menos pudor a la hora de las exploraciones que la población musulmana, y eso sí es verdad que se nota". (Participante 17, hombre, Medicina de Urgencias).

El acceso de las personas que sufren violencia de género

En situaciones de **violencia de género** hay una serie de patrones comunes en la atención, destacando diversas limitaciones en su detección y abordaje, especialmente en ámbitos rurales. En estas áreas, se observa una menor identificación de casos debido a factores sociales, ideológicos y económicos, que dificultan que las víctimas comuniquen su situación.

"Ahí te tengo que decir una cosa. No es lo mismo una mujer con un alto nivel socioeconómico o con un estatus alto en la sociedad que una mujer con un nivel bajo para la credibilidad. Eso sí lo he visto y lo he vivido en mis carnes. Entonces, es duro, ¿eh? Es duro ser mujer y pobre. Y que te pegue tu marido. Sí, sí que hay dificultades. Hay dificultades porque no se las creen. Porque hay dudas. Luego, pero hay confusión porque hay muchas cosas que las tenemos muy normalizadas. Entonces, cuesta mucho el acoso, sobre todo, sí". (Participante 10, mujer, Medicina de Familia).

Las víctimas de violencia de género a menudo experimentan dificultades para pedir ayuda, debido al miedo, la vergüenza o el control ejercido por el agresor. En muchas ocasiones, las mujeres no comunican su situación, incluso cuando tienen acceso a servicios sanitarios, lo que subraya la necesidad de una mayor sensibilidad y capacitación del personal sanitario para identificar signos de violencia de género de manera proactiva. Sin una exploración profunda durante las consultas, las y los profesionales de la salud pueden pasar por alto estos casos, dejando a las víctimas sin el apoyo necesario.

"Y ahí somos muy responsables los servicios de atención primaria, ¿no? Porque es el sitio donde es más fácil llegar. O sea, para pedirte..., para tener DNI en este país, tienes que tener una cita y pagar dinero. Y ni se te ocurra ir sin el dinero ni ir sin la cita. Pero un médico de familia puedes ir cuando te salga de los mismísimos, ¿no? Entonces, ahí somos el recurso, yo creo, más importante en estos casos. Y hay un problema de detección, detectamos tarde. Y tenemos un poco la sensación de que el sistema de apoyo es engorroso". (Participante 6, hombre, Medicina de Familia).

"Entonces, entre la poca información que hay dentro de los compañeros, porque eso no se detecta, porque no se informa, y que, realmente, los recursos de tiempo, fundamentalmente, son muy limitados, pues, todas las barreras". (Participante 3, mujer, Reumatología).

Además, a pesar de la implementación de protocolos de actuación en casos de violencia de género, tanto el personal sanitario como las víctimas a menudo desconocen su existencia o no saben cómo aplicarlos de manera adecuada. Esto se ve exacerbado por la falta de integración entre las entidades que gestionan estos sucesos, lo que provoca una fragmentación de los recursos disponibles y dificulta el acceso a una atención coordinada y eficaz. La ausencia de una respuesta interdisciplinaria integrada impide que se brinde una atención integral a las víctimas.

"Muchas de las plantillas ni siquiera manejan bien el protocolo y, además, que aplicarlos tarda muchísimo. Si tú realmente coges los criterios que pone alto riesgo, riesgo vital, hay que avisar, hay que poner un parte al jugado de guardia, etcétera. Hay que llamar a la policía. Si tú te tomas en serio ese protocolo y lo aplicas como deberíamos hacer, no podríamos trabajar, digamos, de una forma tan rápida como se hace. Entonces, yo creo que, por un lado, el propio protocolo no lo aplicamos y, encima, no se aplica como se debería y, encima, hay muchísimo desconocimiento. Y, después, las herramientas que se tienen son nulas.

Con respecto a tiempo, con respecto a personal, cada vez que nos hemos enfrentado a un caso de violencia de género, sobre todo en el servicio de urgencia, es un descontrol. No hay espacio, muchas veces los circuitos no están establecidos. Entonces, cuando a muchas veces vienen acompañados del maltratador, entonces, tienes que sacarlo de la consulta, no hay un sitio para ponerlo…, como que los circuitos no están realmente…, aunque todos los servicios de trabajo tienen un propio protocolo, que eso se agradece, que tenga algo por escrito para saber cómo actuar, pero hay desconocimiento y no se aplica.

Y, después, en consulta, barreras todas, porque muchas veces, pues, realmente no se abre desde la primera consulta, porque suelen venir con otros motivos que son como más urgentes o que ellas identifican que realmente el motivo de consulta, por ejemplo, dolor o lo que sea, ¿no?, o trastornos del ánimo en urgencia o cualquier tipo de cosas. Y tienes que, realmente, hacer un trabajo de tiempo para poder saber que, realmente, lo que hay de base es eso, que el tiempo que no tienes, porque en urgencia tienes dos minutos para ir corriendo, porque la demora es tremenda, y en consulta muchas veces también. Entonces, entre la poca información que hay dentro de los compañeros, porque eso no se detecta, porque no se informa, y que, realmente, los recursos de tiempo, fundamentalmente, son muy limitados, pues, todas las barreras". (Participante 3, mujer, Reumatología).

Otras barreras de acceso

Por último, la mayor parte de las y los profesionales participantes en las entrevistas y grupos focales señalan la coincidencia de las barreras en el acceso al sistema sanitario por parte de **mujeres y hombres pertenecientes a colectivos vulnerables**. Según su percepción, tanto hombres como mujeres en situación de vulnerabilidad enfrentan limitaciones similares, aunque reiteran que hay una mayor proporción de hombres que mujeres viviendo en la calle, generalmente debido a problemas de adicciones (drogas o alcohol), la pérdida de su red familiar o la falta de alguien que se encargue de su cuidado.

"Muchas veces, ellos acuden a servicios de urgencia, cuando tienen un problema que, realmente, no pueden posponer y demás, necesitan atención, pero, después, no tienen ningún tipo de continuidad. No acuden al médico de cabecera para un seguimiento. Entonces, eso ya destruye todo lo demás que pueda ser atención, que puedan recibir para su salud… No tenían ningún tipo de seguimiento longitudinal, sino que era, en plan, ahora me pasa esto, acudo por este motivo, ahora me pasa esto, acudo por este motivo... Pero, realmente, es difícil. Además, son pacientes que no tienen domicilio fiscal, muchas veces no tienen teléfono, entonces, para darles citas es una locura. (Participante 3, mujer, Reumatología)

"Sí, la verdad es que hay muy pocos recursos para la gente que no tiene hogar, porque no puede acceder a uno y eso nosotros nos condiciona muchísimo los tratamientos. De vez en cuando, desgraciadamente, tenemos pacientes ingresados en la planta que no podemos darle continuidad a su tratamiento porque es que no tenemos sitio donde reciben. No podemos ponerle una quimioterapia a un paciente en la calle". (Participante 5, mujer, Medicina de Familia).

Sin embargo, profesionales con una mayor sensibilidad de género señalan que las mujeres en estas circunstancias enfrentan dificultades adicionales, particularmente relacionadas con contextos de violencia de género y prostitución. Estas mujeres no sólo lidian con la falta de recursos, sino también

con el estigma social y la exposición a riesgos de violencia, lo que agrava sus barreras de acceso a los servicios sanitarios. Además, la falta de recursos adecuados para atender tanto a hombres como mujeres, sobre todo aquellas que no tienen hogar ni estabilidad para mantener una continuidad en las visitas médicas, refuerza el ciclo de marginación.

> *"Pues..., Hombre..., el tema de la gente de la calle. La gente que vive en la calle, pero quizá haya más... Bueno, hay menos mujeres también, posiblemente. Pero sí, sí hay diferencias en el sentido de que, bueno, viven mal, porque a esta gente luego muchas veces les pegan, le hacen de todo y quizá las mujeres... Y el tema de que todavía queda un resto grande de los toxicómanos, ¿no? Los que están con metadona, en los programas de metadona y tal, hay también mujeres, aunque quizá haya menos, ¿eh? Pero también están en peores condiciones siempre, claro. Sí, las agresiones y... El tema de lo que es la prostitución, que también ha cambiado mucho, porque hoy en día ya no hay prostíbulos como tal, pero ahí... Yo qué sé, es que hay un montón de cosas. Mira, yo soy presidente de la Cruz Roja también. Por ejemplo, ahí tenemos un cati de mujeres, subsaharianas, y hay que tener mucho cuidado con ellas también, ¿sabes? Ellas salen a la puerta.*
>
> *Normalmente vienen por redes de trata. Claro. Son muy difíciles que se queden, porque inmediatamente de que llegan a la partera ya la están llamando.*
>
> *Pero a pesar de eso, tienes que tener mucho cuidado con ellas. Sí. Sobre todo, porque están en un barrio malo y... Y muchas veces esta gente, pues, por nada, hace, ¿no? Cosas sexuales por nada, pero porque están también adentro de su mundo acostumbrados. El mundo ese de la gente de la calle es una cosa desconocida".* (Participante 8, hombre, Enfermería especialista en Ginecología y Obstetricia).
>
> *"O sea, cuando se aplican ejes de desigualdad, es como que a más situaciones que te están afectando a la igualdad de oportunidades, más jodido estás, ¿no? Entonces, si eres una persona migrante que vive en la calle y que además eres mujer, ¿no? Es que el hombre migrante que vive en la calle ya lo tiene muy difícil, ¿no? La mujer migrante que vive en la calle yo creo que casi no existe en nuestro imaginario, ¿no?*
>
> *Casi no existe en nuestro imaginario, ¿no? Entonces, como ves diferencias, las hay, las veo. Están ahí".* (Participante 6, hombre, Medicina de Familia).

La identificación del acceso de los grupos poblacionales (jóvenes, mayores, personas con discapacidad, migrantes, víctimas de violencia de género, personas en riesgo de vulnerabilidad y/o exclusión social) al sistema andaluz de salud pone de manifiesto la existencia de mayores dificultades por parte de quienes pertenecen a estos grupos. Además, se identifican mayores desigualdades en el acceso por parte de las mujeres. Por tanto, resulta necesario la aplicación del enfoque interseccional de forma transversal en todo el sistema. La aplicación de este sistema permitirá la identificación de dichas situaciones de desigualdad y la puesta en marcha de medidas de corrección.

3.5.5. Equidad Equidad de género en la promoción y prevención de salud

Las **estrategias de prevención y promoción de la salud** se desarrollan con el propósito de abarcar a la población en su totalidad, sin una segmentación estricta basada en el género.

> *"Pero en el resto de las cosas, obesidad, diabetes, tabaquismo, todo eso es para todos iguales, sin tener en cuenta el género. Para las campañas de prevención y todas esas cosas, para todos son las mismas. Campañas de vacunación y todas esas cosas, para todos son las mismas".* (Participante 1, hombre, Medicina de Familia).

Ahora bien, las mujeres suelen estar más implicadas en actividades relacionadas con la prevención y el autocuidado de la salud, especialmente en áreas como la salud reproductiva, la detección precoz de cánceres ginecológicos y la salud materno-infantil.

Esta mayor participación responde, en parte, a su rol sociocultural tradicional como cuidadoras y a su mayor conciencia de la importancia de la prevención en la salud. Como resultado, la visibilidad de las mujeres en programas de salud preventivos es más alta en contraste, con los hombres muestran una menor implicación en actividades de prevención, lo que se traduce en una menor asistencia a estos programas.

> *"Lo que sí veo es que hay los problemas que son los programas de salud que son de cribados, que son comunes a hombres y mujeres. Las mujeres suelen aceptarlos, por ejemplo, en el tema del cáncer de colon, suelen aceptar la participación en estos programas de mejor grado que los hombres".* (Participante 11, hombre, Medicina de Familia).

En relación con la **ruptura de roles y estereotipos de género** en el ámbito sanitario, el análisis de los discursos revela que los programas e intervenciones sanitarias actuales, si bien toman en cuenta las diferencias biológicas entre hombres y mujeres, no necesariamente abordan de manera explícita la desconstrucción de los estereotipos de género. Así, existen iniciativas destinadas a tratar condiciones específicas de género, como enfermedades cardiovasculares en hombres o la violencia de género en mujeres, entre otras, pero que no están diseñadas con el objetivo de modificar los roles sociales asociados a cada sexo.

> *"Bueno, en sí los programas tienen previsto que se aborden esos roles de género y que se rompan con ellos. Pero no hay ninguno que específicamente vaya dirigido a romper esos roles de género. Yo entiendo que, de forma transversal, en todos esos programas se trata de que los hombres y mujeres sean diferentes en cuanto a salud, en lo que respecta a sus diferencias, pero que también sean iguales en el tratamiento, ¿vale? Pero que yo creo que lo hacen de forma transversal. Que no hay ningún programa de promoción de la salud dirigido a romper esos roles, ¿no? Pero de forma transversal se visibilizan totalmente".* (Participante 23, mujer, Epidemiología).

En cuanto a los programas orientados a identificar y abordar adecuadamente las **diferencias en los riesgos y modos de enfermar de cada sexo**, se refleja una falta de constancia en la implementación de estrategias específicas que contemplen estas diferencias de manera integral. Comúnmente, las actividades que se llevan a cabo están diseñadas de forma generalizada para ambos sexos, sin una diferenciación clara de las vulnerabilidades y necesidades particulares de cada uno, lo que genera una subvaloración o infradiagnóstico en el otro.

> *"Depende del tipo de promoción. En las que no, no se tiene en cuenta el enfoque de género. Claro, es que hay unos factores de género. Es que, por ejemplo, el alcoholismo ahora antes era más de hombre, pero ahora también hay muchísimas mujeres con problemas de alcoholismo porque al final la depresión, la fibromialgia, los dolores musculares, todo eso te lleva a lo mejor al alcoholismo, cosa que antes solamente era problema de hombre, entre comillas. Si nos centramos en eso, sí. No hay un protocolo específico de hombre y mujer, sino hay un protocolo. En general. Al final los estudios son los que hay, no hay nuevo".* (Participante 14, mujer, Medicina de Urgencias).

Las **estrategias preventivas y promocionales dirigidas a grupos vulnerables** en el sistema sanitario, como personas con discapacidad, migrantes y personas en exclusión social, están enfocadas en aspectos generales de salud, sin una diferenciación clara entre los riesgos y modos de enfermar de mujeres y hombres dentro de estos colectivos. Esto puede tener implicaciones negativas, ya que las

barreras de acceso a los servicios de salud, las necesidades específicas y las formas en que las patologías se manifiestan pueden variar considerablemente entre géneros en estos contextos.

> *"Especialmente, parece que el riesgo cardiovascular siempre es el de los hombres. Las mujeres no tienen riesgo cardiovascular. De hecho, si miramos la historia clínica, hay muchos más hombres que tienen riesgo cardiovascular que las mujeres. Se infraestima, se infraestima y se infra..., registra y se infra todo... Y en otros riesgos, pues yo te digo que los riesgos que puedan suponer, pues mira, se sobre-diagnostica algunos de otros riesgos, como el riesgo de osteoporosis en las mujeres, porque ya menopausia es sinónimo de osteoporosis y entonces te pido la vitamina D y te pongo vitamina D. Es una lucha que llevamos nosotros, ¿no? Entonces hay muchas más mujeres tomando vitamina D que hombres".* (Participante 2, mujer, Medicina de Familia).

Por último, hay referencias a la implementación de actividades específicas para migrantes o personas con discapacidad, pero estos esfuerzos son casos aislados y no representan una política generalizada ni un enfoque sistemático que tenga en cuenta las diferencias de género dentro de estos grupos. Estas intervenciones tienden a ser muy localizadas y se limitan a situaciones muy concretas, lo que evidencia la falta de una estrategia integral que aborde de manera equitativa las necesidades de salud de hombres y mujeres dentro de los colectivos vulnerables.

> *"No, no es para todos lo mismo. Vamos, que no están segmentadas las actividades de prevención y promoción de salud, no están segmentadas en cuanto a la diferencia variable de todos los que componemos la sociedad. No están segmentadas. No hay una actividad de promoción y prevención exclusiva...".* (Participante 1, hombre, Medicina de Familia).

En resumen, si bien las estrategias de prevención y promoción de la salud buscan abarcar a toda la población, existe una brecha en la forma en que hombres y mujeres participan e interactúan con el sistema de salud. Las mujeres, debido a roles de género y una mayor conciencia sobre la salud preventiva, tienden a involucrarse más activamente en estas iniciativas. No obstante, la falta de un enfoque de género explícito en los programas de salud, que aborde los estereotipos y las diferencias en los riesgos y modos de enfermar de cada sexo, puede perpetuar desigualdades en el acceso y la atención. Esta carencia se observa también en las estrategias dirigidas a grupos vulnerables, donde la falta de diferenciación por género puede invisibilizar las necesidades específicas de hombres y mujeres en estos contextos, perpetuando disparidades en salud.

3.5.6. Sesgos de género en el esfuerzo diagnóstico y terapéutico y en la prescripción de medicamentos

En cuanto a **las pruebas diagnósticas básicas**, como los análisis sanguíneos y otras evaluaciones rutinarias, no se aprecian diferencias entre géneros. Sin embargo, las disparidades de género se hacen evidentes al diagnosticar enfermedades más complejas, como las cardiopatías isquémicas, donde se han identificado debido al androcentrismo en el diagnóstico.

> *"Pues lo primero es que la ciencia y la medicina está estudiada en varones blancos de mediana edad. Todo lo que nos sea ser varón blanco de mediana edad estamos trabajando sin tener muy claro cómo se presenta la enfermedad, ¿no?, ¿cómo se presenta el infarto en las mujeres? Pues no lo sabes, en frecuencia, porque no está estudiado. Entonces, claro, eso ya determina todo. Las posibilidades que catalogues un infarto como una crisis de ansiedad en la mujer, altas. Las posibilidades de que se te pase un infarto, altas. Y eso condiciona lo que prescribes, lo que tratas y la salud de esa persona".* (Participante 6, hombre, Medicina de Familia).

Asimismo, este modelo androcentrista ha supuesto una menor precisión en el reconocimiento de las manifestaciones clínicas de las patologías en las mujeres, lo cual conlleva una sub detección de enfermedades. Este sesgo afecta la derivación a pruebas diagnósticas adicionales y, en última instancia, el tratamiento adecuado.

> *"Pues probablemente, en el conjunto global del sistema sanitario, en el conjunto global, si estamos prejuzgando que las mujeres, muchos de los achaques que tienen son una cuestión emocional, probablemente en el global entero, no te voy a negar que posiblemente en la suma de todo, las mujeres tengan más dificultad en acceder a diferentes pruebas diagnósticas, a diferentes tratamientos, incluidos las intervenciones, por el hecho de que prejuzgamos los síntomas que tienen, las enfermedades que tienen, como cosas propias del rol de la mujer de enfermiza o emocionalmente lo que sea. Sí, no te lo voy a negar".* (Participante 1, hombre, Medicina de Familia).

En este sentido, en las entrevistas se ha destacado que existen enfermedades que afectan más frecuentemente a las mujeres, mientras que otras son más comunes en hombres, lo que a veces influye en la intensidad del tratamiento o en la priorización de derivaciones.

> *"Eso no tiene tanto que ver con el sexo como el tipo de enfermedad. Que hay enfermedades más frecuentes en hombres que en mujeres. Algunas son más de hombres, otras son más de mujeres. En el caso de mamas es de mujer, ¿no? En el caso de próstata es de hombre. Entonces el tratamiento y demás es diferente por el tipo de enfermedad, no porque sea un sexo u otro".* (Participante 14, mujer, Medicina de Familia).

En el ámbito de la prescripción farmacológica, se señala que las mujeres tienden a recibir más prescripciones de benzodiacepinas, antidepresivos y otros medicamentos relacionados con trastornos psicológicos y emocionales. Este fenómeno sugiere un patrón de medicalización de los problemas de salud mental en el sexo femenino, posiblemente debido a una mayor frecuencia de consultas por ansiedad o depresión y a una mayor sensibilidad diagnóstica hacia estos trastornos en mujeres.

> *"Entonces, benzodiazepinas en mujeres se llevan la palma. Antidepresivos también. Pero sobre todo benzodiazepinas y opioides. Es una burrada. Y hay una diferencia bastante grande. Y ellos, con respecto a la prescripción, eso sería como lo más marcado, la verdad".* (Participante 10, mujer, Medicina de Familia).

En contraste, los hombres suelen enfrentar más dificultades para adherirse adecuadamente a los tratamientos prescritos, lo que podría deberse a una menor adherencia en el seguimiento de su propia salud.

En definitiva y, a modo de conclusión de este apartado, hay que señalar que el androcentrismo en la medicina y la falta de enfoque de género afectan la atención médica, especialmente en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades conlleva una subdetección de patologías en mujeres debido a sesgos y falta de investigación específica. Por otro lado, la prescripción farmacológica tiende a medicalizar sus problemas de salud mental.

Por tanto, aunque se busca neutralidad, los estereotipos de género influyen en la atención, evidenciando la necesidad de un enfoque que considere las diferencias de género en la salud.

3.5.7. Equidad de género en la relación de profesionales y pacientes

En el contexto de la equidad de género en la relación entre profesionales de la salud y pacientes, se han identificado diferencias notables **en el tratamiento y la percepción de las y los profesionales según su sexo,** tanto desde la perspectiva del/la paciente como en las dinámicas laborales entre profesionales.

> *"Por ejemplo, sin mencionar el pecador, pero sí el pecado, en que, de dos cupos médicos queridos, uno por una compañera y otro por un compañero, y sí había diferencia en cuanto al comportamiento de la población cuando accedía con el profesional dependiendo si era mujer, peor, y con menos respeto y con un machismo, cualificando actitudes machistas. Realmente eso sí se ve. Es decir, la sociedad sí ve todavía a nuestras compañeras a veces en un plano inferior".* (Participante 16, hombre, Dirección de Distrito).

> *"Mira, pues, por ejemplo, y es muy ilustrativo, en un pueblecito nuestro que tenemos aquí al lado había dos cupos, y uno era Don Manuel y el otro era la Regina. Un número para Don Manuel y el otro, un número para la Regina".* (GF2 Participante 1, hombre, Dirección de Distrito de Unidad Hospitalaria).

Las médicas reportan una menor autoridad percibida en comparación con sus compañeros masculinos, situación que se ve exacerbada en aquellas de menor edad, las cuales experimentan con mayor frecuencia comportamientos de subestimación y acoso por parte de los pacientes.

> *"Sí, sí, ahí sí claramente hay diferencias, sobre todo, lo voy notando menos conforme tengo más experiencia, porque cuando encima era más joven, ahí ya el rechazo de los pacientes hombres era total y absoluto, ya vamos, a la manera de tratar, falta de respeto, "niñas", cualquier tipo de cosa, sobre todo en urgencias más, y se nota muchísimo más en consulta, la verdad que como el ambiente es menos tenso, la relación médico-paciente es diferente, se establece de forma diferente del principio, también hay alguna falta de respeto y más, pero es diferente, pero en urgencias es una locura y sobre todo de pacientes hombres hacia compañeras a todos los niveles, celadora, enfermera, era...".* (Participante 3, mujer, Reumatología).

> *"Pero sobre todo una más joven de veintipico años y tal. Ay, niña. ¿Sabes lo que te digo? Que parece que le quitan un grado de profesional y la pones como, no sé. Y en cuanto a agresiones también. No sé los datos como están de quién se ha agredido, pero yo creo que los médicos, por ser mujeres, tienen más fácil el que les agreda. Yo creo que sí, porque al final, de hecho, sin tirar de datos como te he dicho, pero creo que al final se envalentona más con una mujer que con un hombre".* (Participante 19, hombre, Enfermería).

Esto se traduce en actitudes despectivas hacia ellas, lo que afecta la relación profesional-paciente y a su capacidad de ejercer un papel predominante en la toma de decisiones clínicas, a pesar de tener la misma formación y rango que sus compañeros.

Esta situación refleja no solo un problema de subvaloración de las mujeres en el ámbito sanitario, sino también una desigualdad estructural en la relación entre profesional y paciente, influenciada por estereotipos de género profundamente arraigados.

A nivel de **la interacción con los pacientes existe un comportamiento diferencial debido a factores generacionales y culturales**.

Se observa una tendencia a que los hombres prefieran ser atendidos por médicos varones, ya que se sienten más cómodos cuando son explorados por alguien de su mismo sexo. Este fenómeno es más evidente en pacientes adultos o de contextos socioculturales conservadores.

> *"Yo creo que cuesta más trabajo que un hombre hable con una profesional sanitaria de determinado tema que, y sobre todo a determinadas edades, que si fuese mujer. Yo creo que nos seguimos sintiendo más cómodos... Hombre, hombre, a lo mejor la mujer no tanto, pero el hombre está más incómodo con una sanitaria que con un hombre. Esa yo pienso que es la percepción, al menos la mía. La mujer deposita su confianza en un hombre o en una mujer. Pero, por ejemplo, ir al urólogo y que te tropiece ahí una mujer y que sepas que la que te va a meter el dedito en el "culete" es una mujer, es como que hay un poco más de reticencia a que sea un hombre".* (GF1 participante 4, hombre, Jefatura del Bloque de Enfermería).

> *"Yo creo que sí, que a un hombre de 70 años le daría mucha fatiga o mucha vergüenza que yo tuviese que hacerle un tacto rectal, por ejemplo, que al final se lo hace. Pero es verdad que te pone más reticencia, igual que una mujer más mayor con un médico más joven. Pero conforme va disminuyendo la edad y nos vamos acercando a la franja de los 40, que ya, por lo visto, estamos todos ahí, yo creo que no, que no hay tanta diferencia".* (GF1 participante 2, mujer, Dirección de Distrito de Unidad Hospitalaria).

> *"Estamos hablando de patología testicular, patología ginecológica, pues ahí sí es verdad que hay mayor pudor entre el paciente pidiendo. Y algunos compañeros te dicen, ¿te importa verme este que viene con una enfermedad testicular? O le dices tú, oye, mira, que hay que explorar a esta señora, y esta señora viene con un poquito que la veo un poquito que está tal y cual, o se explora entre los dos. No, y del paciente... Mire usted, yo estaría más cómodo si me viera una señorita, sin problema, ¿vale? Y vas a la consulta al lado y está tu compañera, que por cierto son mayores en mi servicio. Entonces, pues, te lo cambia el paciente por este, o voy yo y te lo veo, no te preocupes. En eso es la verdad que funcionamos también".* (Participante 17, hombre, Medicina de Urgencias).

En contraste, las mujeres pacientes muestran una mayor flexibilidad y adaptación a ser atendidas por profesionales de ambos sexos, aunque también manifiestan algunas preferencias dependiendo de la situación. En las generaciones más jóvenes, aunque persiste algo de incomodidad, se observa una mayor neutralidad respecto al sexo del profesional, aunque no desaparece por completo.

> *"...si vienen hombres y son situaciones comprometidas, imagínate, por eso traen relaciones sexuales de contacto o algo relacionado con el sexo, piden que lo vean hombre. No es que nosotros le tratemos diferente siendo hombre o mujer, sino que ellos demandan que le trate un hombre o una mujer."* (Participante 14, mujer, Medicina de Urgencias).

En relación con las **diferencias en la interacción profesional-paciente según el sexo del/de la paciente, l**os testimonios sugieren que, en términos generales, el trato proporcionado por el personal sanitario hacia mujeres u hombres es similar

La atención sanitaria se describe como un proceso más relacionado con la profesionalidad y la capacidad del personal de tener en cuenta las particularidades socioculturales y contextuales de cada paciente, independientemente de su género. En este contexto, se enfatiza la importancia de que la profesional o el profesional sanitario posea sensibilidad y formación en perspectiva de género, lo que resulta crucial en contextos específicos, como en el caso de inmigrantes, donde las preferencias culturales o religiosas pueden influir en la interacción con el sistema sanitario o de factores generacionales, como previamente se ha mencionado.

> *"Yo creo que es cuestión de sensibilidad y de formación, ¿sabes? Yo creo que al final el tipo de relación que tú establezcas con un paciente o con un usuario, en este caso, dependerá de tu sensibilidad y de la formación que puedas tener en muchos aspectos, ¿no? O esa entrevista motivacional, de ser más empático, pero eso ya también lo da la formación de tu vida profesional que tú hayas tenido, ¿sabes? Que no depende, no creo que dependa del género que tenga el sanitario frente al paciente o al usuario".* (Participante 23, mujer, Epidemiología).

> *"No es cada cual, porque ahí interviene todo, ahí interviene tu personalidad, ahí interviene tu cultura, ahí interviene todo. Entonces, si tú sí eres consciente de tus defectos y de lo que no sabes, y de lo que limitas y todas esas cosas, pues atenderás un poquito mejor a la gente. Pero si no eres consciente, pues saldrá todo lo que eres tú".* (Participante 16, hombre, Dirección de Distrito).

> *"Ahí está la cuestión profesional. Porque también el profesional debe ser muy respetuoso. Y debemos de entender las cosas. Y hay que respetar la cultura. Si a ti te llega una señora árabe que para ella en la que la explora un varón es muy agresivo pues tampoco pasa nada y no es falta de confianza ni falta de nada y se nos da el caso. Quieres echarle un vistazo a esta mujer y le resulta agresivo. No hay problema. Entonces voy yo y le hago la exploración ginecológica. O le hago lo que sea. Y le digo, pues no tienes nada. Y sigue con su médico. Entonces siempre que se aborden las cosas con respeto y eso no debe de tener ningún problema. Las semanas de equipo es que estamos de todo".* (Participante 5, mujer, Medicina de Familia).

No obstante, se señala que los médicos de mayor edad tienden a mostrar menor empatía hacia las necesidades de pacientes más jóvenes, lo cual parece estar menos relacionado con el género y más con una brecha generacional en la percepción de las necesidades de salud.

Por otra parte, se han señalado comentarios internos o percepciones sobre la/el paciente, relacionados con su presentación o características físicas, aunque enfatizan que estos no suelen influir directamente en la atención que se proporciona. Sin embargo, la sensibilidad del profesional frente a estos factores puede variar considerablemente y en algunos casos, podría condicionar el trato de manera más sutil.

> *"De la gente mayor, de los médicos mayores hacia las personas jóvenes. Tú no tienes edad para eso. Tú eso, nada. Tú lo que tienes que hacer, bueno... ya se folla más. Eso se ha visto incluso en las noticias, esa cosa".* (Participante 20, hombre, Medicina de Urgencias).

> *"Lo he vivido alguna vez, muy esporádicamente, pero en plan, mira esta que viene aquí a pincharse con un tanga puesto, o mira que viene con esta ropa, o que viene muy provocativa, o que no sé qué. En ese sentido, no hablo en general, que no es que se esté allí diciendo todos los días eso, pero en algún sitio que he trabajado sí he escuchado algún comentario de esos esporádicos y tal. En cuanto al género masculino, es más, mira qué buena esta tía cómo viene, o en cuanto al género femenino, mira qué guarra esta cómo viene. Más en plan, un tono sátiro y otro como envidia o juzgando. Sí, al final cada uno tenemos nuestra experiencia".* (Participante 19, hombre, Enfermería).

Reconocen que los estereotipos de género les hacen asumir que los cuidados a personas dependientes los realizarán las mujeres de las familias y se dirigen principalmente a las mujeres acompañantes, presuponiendo implícitamente que ellas son las encargadas principales de la labor. Esto es particularmente evidente en el caso de familiares cercanos, como descendientes, donde se tiende a comunicarse directamente con las hijas en lugar de los hijos, reforzando la percepción de que el cuidado es una responsabilidad mayoritariamente femenina.

> *"Yo, incluso cuando nos dirigimos a familias, hijos, hijos, siempre, miras más a la hija que al hijo, ¿no? Jorge ha hablado del caso de un cuidador identificado, pero cuando no está identificado claramente, nosotros, por lo menos, hablo con gente de mi experiencia, me voy a la hija antes que al hijo".* (GF2 participante 2, mujer, Dirección de Distrito Unidad Hospitalaria).

Este fenómeno se relaciona con el hecho de que la proporción de mujeres en roles de cuidado, tanto en contextos informales (familiares o allegadas) como en el ámbito profesional (personal sanitario), es notablemente superior. Esta tendencia está generalmente influenciada por normas socioculturales que les asignan esta responsabilidad.

En contraposición, los hombres que desempeñan funciones de cuidado, tanto en el ámbito formal como informal, son significativamente menos numerosos y tienden a mostrar mayor resistencia o desinterés en estas tareas. Además, suelen buscar más apoyo o delegar estas responsabilidades.

> *"es que hay menos cuidadores entonces los cuidadores consultan menos, tienen menos relación y las cuidadoras tienen muchísima relación con la enfermería y además son sus pies y sus manos y es verdad que la enfermería ahí hace una labor y los cuidadores pues a mojar a mojar es más continua hace más es como que se familiariza más con el tema de consultarte rompe más esa barrera de comunicación y el hombre menos pero es cierto que cuando tenemos tan poquitos, y más en el medio rural porque siempre va a haber si no es la madre, la tía, la cuñada la amiga, la vecina que se convierte en cuidadora porque también es un pueblo entonces la red de cuidado se tiende y es muy raro que aun habiendo varones que se haga el cuidador principal".* (Participante 2, mujer, Medicina de Familia).

> *"Es que yo no he tenido ningún hombre cuidador, bueno, miento, perdón, sí, hay un hombre cuidador ahí, sí, se les tiene mucha más empatía a ellos que a ellas. O sea, se les reconoce un montón el trabajo. Es como, claro, porque como ves que es una raya en el agua, pues dices, dios, ¿no? Este hombre, si es verdad, sí. Cuando son hijos, cuando son padres, sí, pero hay muchos menos, pero los que hay tienen un reconocimiento, cosa que ellas no, que es lo que ellas piden muchas veces".* (Participante 10, mujer, Medicina de Familia).

Sin embargo, en este contexto, tanto en esferas profesionales como familiares, se observa que los hombres que asumen estas funciones reciben una mayor valoración y reconocimiento social y laboral. Esta percepción positiva conlleva una menor presión y juicio hacia ellos, en comparación con las mujeres, quienes enfrentan mayores expectativas y críticas en su desempeño como cuidadoras. Las mujeres, debido a los estereotipos de género, soportan una carga de responsabilidad implícita que perpetúa la desigualdad en este ámbito.

> *"Si hay un hombre que lo hace estupendamente, tú no sabes nada de alabanzas que le hacen. Hay que ver qué hombre, un hijo que lo hace igual que la hija. Igual, pero la hija no recibe tanta, parece que es su obligación. Sí, hay un montón de diferencias. Sin embargo, si tenemos a una mujer que es cuidadora y que es torpe en alguna cosa, ¿qué voy a decir de torpeza porque no lo sabe hacer? La torpeza en el hombre se le perdona, la torpeza en la mujer no se le perdona, por ponerte un ejemplo. Hay diferencias, pero vamos, es que de eso sí que... Mucho. Te pondría ese ejemplo, te pondría... Si la mujer no tiene habilidad, ¿por qué no la tiene? ¿Por qué no la ha hecho nunca? Es como yo le estoy exigiendo, ¿y cómo que no tiene la habilidad para cambiar un pañal, para una sábana, para el tema de cuidados y que sea, para lavarle la cara? Si el hombre no la tiene es que se le perdone todo y lo enseño con total agrado. Y si la tiene y lo hace muy bien, cómo que se le alaba, Cualquier tema que tenga referencia a los cuidados. Dos profesionales. Es más, cuando los profesionales buscamos, o las personas buscamos, trabajo seguro tienen las mujeres, el hombre no lo tiene tan claro. En temas de cuidados".* (Participante 18, mujer, Trabajo Social).

De acuerdo con lo expuesto, se concluye que, aunque se busca neutralidad en el trato, los estereotipos de género influyen en la percepción de los roles de cuidado, recayendo mayormente en las mujeres, quienes enfrentan mayor presión y menos reconocimiento que los hombres en estas tareas.

Por otro lado, las relaciones entre profesionales de la salud y pacientes se ven afectadas por desigualdades de género. Así, las médicas, especialmente las jóvenes, experimentan subestimación, acoso y menor autoridad que sus colegas masculinos.

Por último, los pacientes hombres muestran resistencia a ser atendidos por mujeres en ciertas situaciones, mientras que las mujeres son más flexibles.

3.5.8. Equidad de género en la atención sanitaria en la pandemia por COVID-19

Aunque no se han resaltado diferencias explícitas entre mujeres y hombres en la atención sanitaria durante la pandemia por COVID-19, si se han señalado algunas dinámicas subyacentes que pueden influir en la experiencia de cada sexo.

Así, la aproximación neutra en la planificación de salud pública durante la pandemia ha supuesto la aplicación generalizada de programas de prevención y vacunación sin que haya habido un análisis profundo sobre cómo estos programas podrían haber impactado de manera diferencial a hombres y mujeres. Por tanto, se ha generado una brecha de conocimiento en la comprensión de cómo las medidas adoptadas afectaron a cada uno, particularmente en términos de carga de enfermedad, morbilidad o mortalidad.

> *"Yo en prevención trabajé a nivel de fomentar la vacunación, a nivel de salud pública y fomentar, ayudar mucho en ese aspecto. Pero ahí no se hacían diferencias entre hombres y mujeres porque ahí tampoco daba tiempo a hacer muchos estudios de si eran menos las mujeres que acudían, más los hombres... Porque ahí no creo que entrara un factor de sexo por género. Ahí entraban otros factores como podía ser el miedo, el miedo a esos efectos secundarios que podía producir la vacuna. Y eso eran independientes de hombres y mujeres. ¿Sabes lo que te digo? No creo que... Fue una situación tan especial que creo que... No creo que hubiera diferencias de género. Si las hubiera, no dio tiempo ni tan siquiera ni a analizarlas, ¿sabes?".* (Participante 23, mujer, Epidemiología).

Por otro lado, aunque no se identifican disparidades generalizadas en el **acceso o los programas de salud,** si se ha destacado destaca que las personas adultas mayores, especialmente las mujeres que viven solas sufrieron un impacto considerable.

> *"Yo creo que la pandemia nos ha puesto a todos delante, pues, la vulnerabilidad de las personas, sobre todo de las mujeres mayores, o sea, en el aspecto de, bueno, pacientes que están solas, que están institucionalizadas muchas y en su casa otras y que en este caso se han encontrado sin tener unos dispositivos o personas de apoyo en el caso de necesitar realmente la ayuda por problemas de salud".* (Participante 24, mujer, Enfermería).

No obstante, esto ha fomentado una ruptura de patrones generacionales, al tener que enfrentar cada sexo la atención sanitaria de manera individual.

> *"Y eso sí, igual que el señor mayor que siempre quiere ir con su señora, tiene que pasar solo y tiene que ser responsable de su tratamiento, de su enfermedad, tiene que contarte lo que le pasa porque no puede pasar el acompañante. Han tenido que hacerse más independientes, más conscientes de su enfermedad. Los hombres han tenido que hacerse más conscientes de su enfermedad. Y las mujeres han podido liberarse de tener que ser siempre acompañadas".* (Participante 14, mujer, Medicina de Urgencias).

Por otro lado, se ha puesto de manifiesto que tanto hombres como mujeres de diferentes edades enfrentaron problemas de acceso y retrasos en la atención sanitaria durante la pandemia como consecuencia de la sobrecarga del sistema de salud. Esta sobrecarga implicó demoras en consultas, diagnósticos y tratamientos.

> *"Y en el acceso ya, hombre y mujer, es que no, no. Es que todo se ha ido a peor porque el acceso se ha hecho más dificultoso en general, porque se ha perdido la atención primaria, porque cada vez todos hemos hospitalizado centristas, las listas de espera están disparadas, que ahí no te puedo decir que haya mejorado algo".* (Participante 20, hombre, Medicina de Urgencias).

Finalmente, una de las observaciones clave es que, en primer lugar, las mujeres mostraron mayor **conciencia y seguimiento de los protocolos de prevención frente a la COVID-19**, lo que podría estar relacionado con su tradicional rol de cuidadoras. Este comportamiento refleja una mayor adaptabilidad de las mujeres a las medidas sanitarias, posiblemente debido a su responsabilidad en el cuidado de familiares y en la gestión del hogar, mientras que los hombres, no acostumbrados a estas actividades, podrían haber encontrado más dificultades a la hora de enfrentar el confinamiento o la pandemia en términos generales.

> *"En general las mujeres aceptan más cuando por ejemplo en caso de patología respiratoria o un resfriado pues se les recomienda ponerse una mascarilla. Por ejemplo, en cuanto a lo que es prevención. Son más conscientes de que estar en una sala de espera con un resfriado puede afectar a los demás. Y ahí en general las mujeres usan más por ejemplo mascarilla a título individual, aunque ya no es obligatoria para proteger a los demás. Incluso muchas que están cuidando a mayores pues también las usan y todo eso. Eso lo han aceptado mejor".* (Participante 11, hombre, Medicina de Familia).

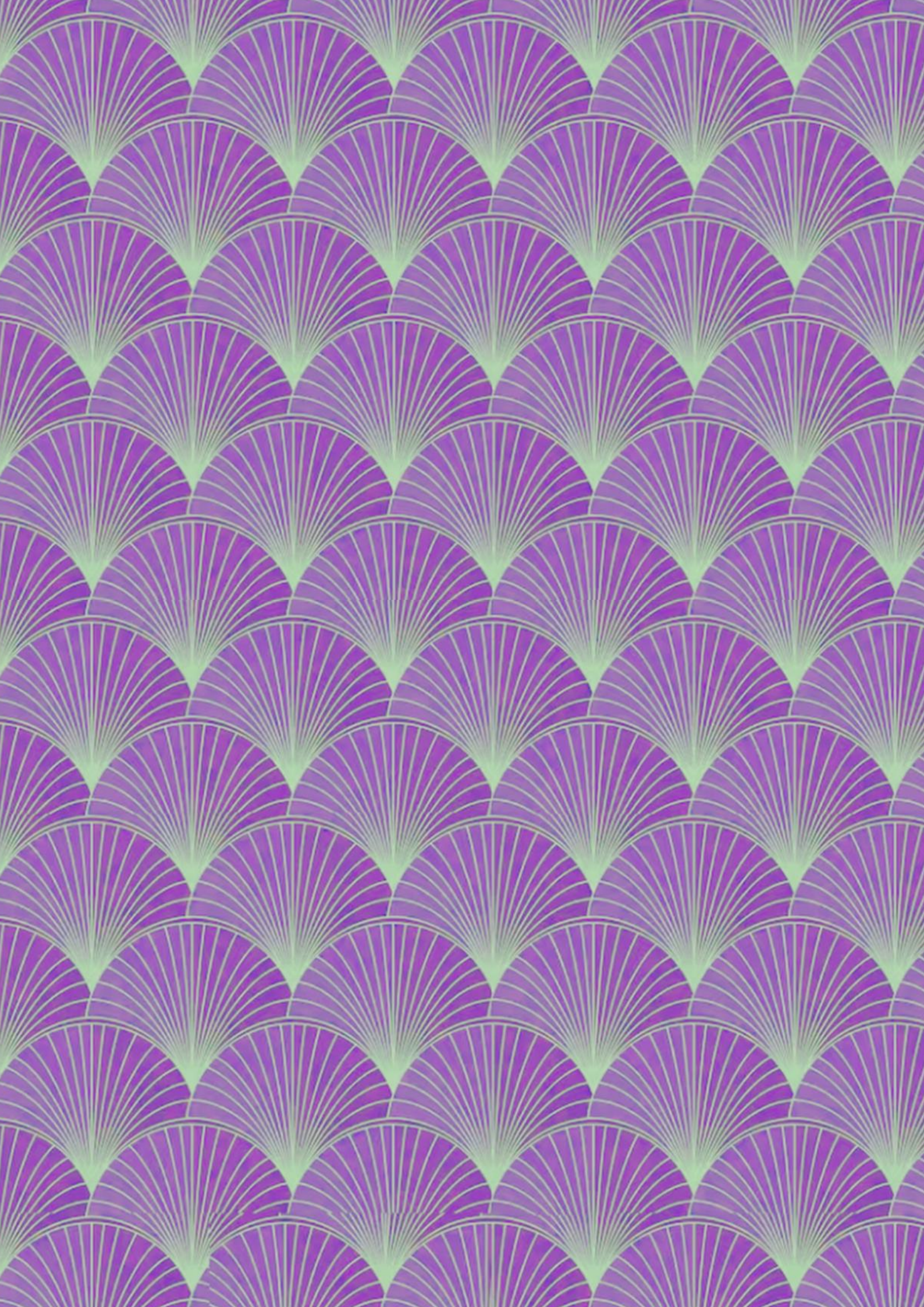
Por último, hay que señalar que la pandemia ha incrementado las **brechas de género en la atención de la salud** mental. Así, los patrones de comportamiento atribuidos a las mujeres son vistos como "parte de su naturaleza" en el contexto de ansiedad o nerviosismo, contribuyendo a una subestimación de sus necesidades terapéuticas; mientras que los síntomas de ansiedad o depresión en los hombres se abordan con mayor seriedad debido a que no se ajustan a los estereotipos de género tradicionales.

> *"... a lo mejor ahí lo que se atendía eran las conductas disruptivas de la enfermedad mental, que son más frecuentes en hombres. Entonces, a lo mejor por eso se dejó la mujer más desatendida, claro".* (Participante 15, mujer, Psiquiatría).

Por tanto, la pandemia de COVID-19, a pesar de su impacto global, no ha afectado de la misma manera a hombres y mujeres. Así, no se tuvieron en cuenta las diferencias de género en los tratamientos y vacunas.

Por otro lado, las mujeres, en línea con su rol tradicional de cuidadoras, han mostrado mayor adherencia a las medidas preventivas y han experimentado un mayor impacto en su salud mental por la sobrecarga de cuidados.

En definitiva, la pandemia ha puesto de manifiesto la necesidad de considerar las diferencias de género en la planificación e implementación de estrategias de salud pública, para asegurar una atención equitativa y efectiva para toda la población.



4. Conclusiones y recomendaciones

4.1. Mensajes clave sobre los determinantes sociales de la salud, el estado de salud y la atención sanitaria

Determinantes sociales de la salud

1. La estructura sociodemográfica en Andalucía continúa inmersa en una tendencia hacia el envejecimiento poblacional, motivado principalmente por un descenso de la natalidad y un aumento de la esperanza de vida. El envejecimiento es mayor entre las mujeres, en sintonía con las pirámides del contexto español y europeo. Las mujeres están más representadas en todas las provincias andaluzas, excepto en Almería. A mayor ruralidad, encontramos mayor proporción de hombres. Las mujeres se concentran en los municipios de mayor tamaño.

2. Hay dos tipos de hogares en Andalucía que destacan por su alta feminización, lo que hace que merezcan una mirada de género especial para identificar necesidades y planificar estrategias. Los hogares unipersonales constituyen uno de ellos, están encabezados principalmente por mujeres mayores y aumentan a medida que se agudiza el envejecimiento poblacional. Este tipo de hogares puede contener altos niveles de soledad no deseada y presentar necesidades de atención sanitaria específicas. Otro de estos tipos es el de los hogares monoparentales, también altamente feminizados. El paro, la pobreza y las dificultades para la conciliación, se instalan más en estos hogares, siendo necesario poner el foco en ellos.

3. Los datos constatan que el género se vincula con determinantes estructurales que afectan a la salud de las mujeres y los hombres de manera desigual. Algunos de estos determinantes son la posición socioeconómica o el nivel educativo. Aunque las mujeres andaluzas están más representadas en el sistema educativo que los hombres, especialmente en las etapas postobligatorias, y que protagonizan un menor abandono escolar temprano, esta situación continúa sin traducirse en oportunidades equitativas en el empleo, la situación laboral y los recursos económicos. Las tasas de actividad y de paro arrojan mejores datos para los hombres. Las mujeres andaluzas en riesgo de pobreza y con carencia material severa superan a los hombres. Más mujeres que hombres viven en hogares con baja intensidad en el trabajo, especialmente en las edades centrales. Y esto está íntimamente relacionado con los trabajos domésticos y de cuidados, que continúan ejerciendo mayoritariamente ellas. Se necesitan más medidas que permitan un avance real y efectivo en la conciliación de la vida profesional y la personal y familiar.

4. Se siguen registrando importantes brechas de género en la realización de las tareas del hogar, que encabezan predominantemente las mujeres. Las mayores desigualdades entre mujeres y hombres en este terreno doméstico ocurren en las edades más avanzadas, menores niveles educativos y entornos rurales. Los cuidados en general tienen rostro principalmente femenino. Un perfil masculino que destaca en los cuidados de personas con discapacidad y de personas adultas con necesidades de cuidados es el de hombres de avanzada edad, jubilados, que cuidan a sus esposas. En cuanto al cuidado de menores, las mujeres dedican más tiempo que los hombres en los días laborables y los hombres lo hacen más que las mujeres en los días no laborables y con tareas más relacionadas con el ocio y el espacio extradoméstico, lo que nuevamente dibuja un mapa de conciliación más costoso para las mujeres. Las mujeres afirman ser ellas quienes asumen mayoritariamente la planificación de gestiones básicas del cuidado de menores a cargo como estar pendientes de las citas médicas, cuestiones escolares o la vestimenta, relacionadas todas estas con una mayor carga de gestión mental. Las personas cuidadoras necesitan recibir más actuaciones dirigidas a su propia salud, y más apoyos que vayan en la línea de un reparto más equitativo del cuidado.

5. Las condiciones medioambientales y sociales del entorno también están impregnadas de desigualdades de género. Las mujeres encabezan más que los hombres hogares con problemas de ruido exterior, contaminación y problemas ambientales, mientras que los que están encabezados por hombres presentan más vandalismo en la zona de residencia. La movilidad sostenible y la movilidad de los cuidados son problemas que también requieren ser abordados con enfoque de género para conseguir resultados en salud más equitativos.

6. El apoyo social es variable en ambos sexos dependiendo de otros factores como la edad. Las mujeres tienen mejor apoyo social que los hombres en edades centrales, pero a medida que avanza la edad van perdiéndolos y teniendo menos que ellos. Esto podría responder a una pérdida de relaciones sociales al tiempo que se adentran más en los cuidados, especialmente aquellas sin trabajo remunerado y con nivel educativo bajo.

7. La participación femenina en los distintos ámbitos del poder político ha aumentado hasta cerrarse prácticamente la brecha de género que existía de forma acusada hace solo unos años, lo cual ha estado muy relacionado con la normativa vigente. También ha aumentado de forma considerable la representación de mujeres en puestos directivos de grandes y medianas empresas. Estos avances son positivos pero aún requieren grandes pasos hacia la igualdad real de oportunidades. Las mujeres empleadoras en Andalucía no alcanzan la tercera parte de la población ocupada. Los techos de cristal siguen teniendo un gran predominio en la vida de las mujeres, en detrimento de las oportunidades que encuentran para poder conciliar los distintos ámbitos de su vida y desarrollarse personal y profesionalmente.

8. Se registran resultados desiguales en la búsqueda de estilos de vida saludables. Más mujeres que hombres comen fruta diariamente, y ambos sexos presentan más este hábito saludable en edades tempranas que en las más avanzadas. La franja de edad con menor adherencia a la dieta mediterránea es la más joven, y con peores datos en hombres que en mujeres. Las mujeres realizan ejercicio con menos frecuencia que los hombres y su práctica se reduce en general con la edad. En las mujeres, la capacidad para dedicar tiempo a actividades como caminar se reduce progresivamente con la edad, lo que puede relacionarse con el desempeño de sus roles de género. Los datos relativos a descansar lo suficiente en las horas de sueño son más favorables a los hombres. En ambos sexos aumenta esta capacidad de descanso en las edades más avanzadas.

9. Respecto al consumo de tabaco, se registran algunas tendencias positivas en los últimos cinco años. Ha descendido el consumo diario tanto en hombres como en mujeres y ha aumentado la edad media del consumo también en ambos sexos. Algunos patrones diferenciados por sexo son que un mayor porcentaje de hombres ha dejado de fumar, que el consumo moderado y extremo es menor entre las mujeres, y que la brecha de género más amplia en consumo diario de tabaco se da entre los 21 y 24 años, donde el porcentaje de hombres que fuman diariamente casi dobla al de las mujeres. El consumo de alcohol ha aumentado considerablemente en los últimos años y es más prevalente en los hombres que en las mujeres. Los hombres presentan un mayor consumo de otras drogas (diferentes a tabaco y alcohol), excepto los tranquilizantes, hipnóticos y somníferos, que son más

consumidos por las mujeres. Otras adicciones comportamentales emergen con fuerza, como las relacionadas con Internet y las redes sociales, para las que no hay grandes diferencias por sexo y sí por edad. Los cambios en hábitos y comportamientos deben ser tenidos en cuenta para corregir desigualdades en la salud de mujeres y hombres y para adaptar las necesidades de atención tanto en la promoción de la salud como en la prevención de la enfermedad.

Estado de salud

1. Se mantiene en Andalucía la paradoja de que las mujeres viven más años, pero con peor salud. En el periodo de pandemia, durante los años 2020 y 2021, aumentaron las tasas de mortalidad y también lo hizo la brecha en la esperanza de vida al nacer. Aunque el aumento de mortalidad en hombres durante la pandemia se observó en la mayoría de los grupos de edad, la concentración de mortalidad en edades mayores se observó de forma más acusada en las mujeres.

2. La esperanza de vida a los 65 años de las mujeres andaluzas supera en 3,6 años a la de los hombres. No obstante, los hombres tienen una desventaja en mortalidad y las mujeres en morbilidad, en lo que se denomina como "paradoja de género en salud" o "ventaja de la mortalidad". Entre las posibles explicaciones se plantea que los hombres mueren prematuramente por causas relacionadas con comportamientos de riesgo que tienen que ver con las normas, estereotipos y roles de género, que conforman la denominada masculinidad hegemónica.

3. Se observa un perfil de mortalidad diferencial en Andalucía, con un claro impacto de la pandemia por COVID-19 en los últimos años. Las enfermedades circulatorias siguen siendo la primera causa de muerte en mujeres en la actualidad, y suponen el 30% del total de muertes en mujeres andaluzas. Los tumores son la primera causa de muerte en hombres, contribuyendo al 29% del total de muertes en ellos. Las enfermedades infecciosas se situaron en el tercer lugar en ambos sexos, con una contribución del COVID-19 que supuso el 5,9% del total de muertes en hombres y el 5,4% en mujeres. La mortalidad por tumores muestra la mayor brecha de género de todas las causas, con signo negativo que indica una mayor mortalidad en hombres. Entre las diez primeras causas de muerte en mujeres, las enfermedades circulatorias, del sistema nervioso, mal definidas, trastornos mentales, genitourinarias y endocrinas, presentan brechas de signo positivo (mayores tasas en mujeres).

4. La mortalidad prematura, aquella que se sitúa por debajo de la esperanza de vida, es mayor en los hombres que en las mujeres. Los tumores son la principal causa para ambos sexos, seguidos de las enfermedades circulatorias en mujeres y de las causas externas en hombres. Las enfermedades infecciosas se han situado como cuarta causa de mortalidad prematura en ambos sexos, aunque con tasas de años potenciales de vida perdidos mucho mayores en hombres. Existe también una clara brecha de género, más desfavorable para los hombres, en mortalidad prematura sensible a la prevención y a la asistencia sanitaria, aunque la magnitud de la brecha en este último indicador es menor que en el primero. La tendencia descendente de la mortalidad evitable se ha revertido durante el periodo de pandemia para ambos sexos, con una disminución de la brecha de género en este periodo.

5. A pesar de su mayor longevidad, la vida de las mujeres parece ser menos saludable que la de los hombres. En Andalucía las mujeres declaran peor salud percibida. En relación a la media nacional, esta situación ha mejorado respecto al Informe de Salud y Género del 2018 y en la actualidad Andalucía se sitúa por encima de las cifras de España. Según la VI Encuesta Andaluza de Salud, en 2023 el 24,3% de las mujeres andaluzas declaraban que su salud es mala o regular, frente al 17,3% de los hombres. La brecha de género en salud percibida va aumentando con la edad.

6. Es importante destacar que la diferencia en salud percibida entre mujeres y hombres ya se inicia en edades tempranas de la vida, y empieza a ser evidente durante la adolescencia. A los 13-14 años, un 3,7% menos de chicas perciben su salud como buena en relación a los chicos de su edad, y va aumentando con la edad hasta llegar a un 6% a los 17-18 años. Este dato señala a la pubertad como una etapa importante para las desigualdades de género en salud percibida, y es un reflejo de los efectos combinados de la edad, el sexo, las normas y valores de género y el estatus socioeconómico.

7. Además de la edad, el género también interseccionа con la posición social para definir la percepción de salud. Son las mujeres de clase social menos privilegiada y de bajo nivel de estudios las que presentan peor salud percibida, mientras que los hombres de elevada clase social y los que tienen estudios universitarios son los que muestran mejor salud percibida. La brecha de género se va ampliando conforme la clase social disminuye, y una tendencia similar se puede observar si tenemos en cuenta el nivel de estudios alcanzado, cuya brecha va aumentando conforme disminuye el nivel de educación alcanzado. En términos de evolución, los datos de la percepción de salud de las cuatro últimas encuestas andaluzas muestran que en las mujeres se ha reducido la prevalencia de mala salud en casi un 5% desde 2007 hasta 2016, y ha repuntado ligeramente en 2023 (24,3%). La tendencia en hombres ha sido más estable, también con un aumento en 2023 (17,4%). Los datos del último

año registrado pueden estar relacionados con las consecuencias de la situación de pandemia y su impacto en la salud de la población. Hay un amplio consenso en aceptar que la peor percepción de salud en las mujeres se debe principalmente a la mayor carga de enfermedad que soportan. Los hombres presentan enfermedades más graves y potencialmente mortales, mientras que las mujeres acumulan más problemas crónicos que repercuten en la valoración de su salud.

8. La calidad de vida relacionada con la salud también es peor en las mujeres que en los hombres. La puntuación de esta escala va disminuyendo con la edad, al tiempo que la brecha de género va aumentando, de manera más evidente a partir de los 55 años, y alcanza un máximo en las personas de 75 y más años. Por otro lado, la calidad de vida relacionada con la salud aumenta conforme lo hace el nivel de estudios alcanzado, y las brechas de género son más amplias en el grupo de estudios primarios. Las mujeres de clase social menos privilegiada muestran peor calidad de vida relacionada con la salud y los hombres de clase social más privilegiada presentan las puntuaciones más altas. En cuanto a la evolución, se observa un descenso de las puntuaciones medias de la escala para 2023 respecto a los periodos anteriores, tanto en mujeres como en hombres, lo que podría estar relacionado con la crisis de la pandemia.

9. La calidad de vida relacionada con la salud tiene mucho que ver con las limitaciones para realizar las tareas habituales. En 2023, el 19,7% de las mujeres adultas, frente al 12,5% de los hombres, tuvieron que dejar de hacer tareas en su trabajo o actividad cotidiana por problemas físicos. La brecha de género va aumentando con la edad hasta un máximo de 22,6 puntos porcentuales en mayores de 74 años. La prevalencia de limitación en las actividades cotidianas muestra un gradiente según la posición social. Las brechas de género van aumentando conforme desciende el nivel de clase social y esta tendencia es similar si tenemos en cuenta el nivel educativo.

10. Las mujeres padecen como media casi el doble de problemas crónicos por persona que los hombres. Tanto el número de problemas declarados como la brecha de género va aumentando conforme aumenta la edad, de forma que la mayor brecha de género la presentan las personas de 75 años y más. También se observan diferencias según la clase social, evidenciándose nuevamente la intersección de dos ejes de desigualdad (clase y género): son las mujeres de las clases menos privilegiadas las que declaran un mayor número de padecimientos crónicos. Nuestro análisis pone en evidencia el distinto perfil de patologías que se ha denominado morbilidad diferencial y cómo este varía con la edad.

11. El dolor destaca como uno de los problemas crónicos más frecuentes en la edad adulta, con una importante brecha de género que indica mayor prevalencia en las mujeres. Los dolores de espalda, junto a las migrañas y cefaleas, se encuentran entre las dolencias más frecuentemente declaradas por la población andaluza, con una prevalencia mayor en mujeres. Otros padecimientos en los que la brecha de género es amplia y desfavorable a las mujeres son la artritis, las varices y problemas de mala circulación, los problemas tiroideos, las anemias y la osteoporosis, la fibromialgia y otros dolores crónicos, y los trastornos ansiosos y depresivos. En el caso contrario, las enfermedades más desfavorables a los hombres son la diabetes, los trastornos cardiacos, el accidente cerebrovascular y angina de pecho. Esta morbilidad diferencial responde a la exposición a distintos factores de riesgo y a una diferente vulnerabilidad frente a los factores de riesgo por razones tanto biológicas como socioculturales. No hay que olvidar el papel que juegan los sesgos de género en la atención sanitaria, que pueden condicionar un mayor esfuerzo diagnóstico de determinadas patologías en función de estereotipos de género.

Atención sanitaria

1. En los últimos años se han incrementado las coberturas sanitarias mixtas (público-privado), y ha habido un descenso en el uso que hace la población de los recursos públicos por motivos propios o como acompañantes. Más mujeres que hombres hacen uso de los servicios sanitarios públicos disponibles y tienen coberturas sanitarias mixtas. Su mayor acercamiento a tales servicios sanitarios como acompañantes se puede entender por razones de género y de los roles que tienen marcados socialmente como principales sustentadoras de los cuidados, la salud y el bienestar global.

2. El mayor uso que hacen las mujeres por problemas propios podría apuntar a mayores necesidades de salud ligadas a razones sociales y de género, y también por sus características biológicas y funciones reproductivas. El hecho de que las mujeres tengan coberturas sanitarias mixtas en mayor medida que los hombres también puede explicarse ante la premisa de mayores necesidades de salud que no resultan totalmente cubiertas en el ámbito público. Además, el descenso en las brechas de género favorables a las mujeres en los últimos años podría apuntalar la idea de una mayor desviación de las mujeres a los recursos privados para intentar dar respuesta a sus problemas.

3. Las mujeres llegan en mayor medida que los hombres a la puerta de entrada de los servicios sanitarios más accesibles (tanto consultas generales y urgentes en centros sanitarios públicos, como consultas privadas entre quienes, de manera desigual, pueden asumir mayores costes económicos sanitarios). De manera contraria, menos mujeres que hombres tienen acceso a la atención en consultas externas hospitalarias en el ámbito público, que depende de las actuaciones desde dentro del sistema sanitario, ya sea por derivaciones desde la Atención Primaria como de Interconsultas hospitalarias.

4. Las listas de espera para una primera consulta externa hospitalaria se han incrementado en los últimos años, sobre todo entre las mujeres, así como desde el año 2018 al 2023 ha aumentado 28 y 26 días el tiempo de demora para la atención externa hospitalaria en hombres y mujeres, respectivamente. Los hombres esperan más tiempo y más mujeres parecen presentar dificultades para acceder a la atención externa hospitalaria, sobre todo desde interconsultas sanitarias. Si bien las cargas de enfermedad diferentes por sexo pueden explicar el fenómeno, se sigue planteando la necesidad de revisión de posibles sesgos de género en la asignación de recursos sanitarios y en la agilidad para asignar éstos.

5. En 2020 y 2021 aumentó considerablemente la realización de al menos una consulta al año en ambos sexos, más en hombres, lo que hizo que la brecha en este indicador se estrechara de forma notable. En 2022, se observa una nueva bajada de estos datos, que están retornando a los niveles previos. En cambio, en el periodo de 2018 a 2022 descendió la frecuentación a consultas de atención primaria tanto en mujeres como en hombres, y lo hizo más en consultas de medicina de familia que en las de enfermería. Esto puede estar relacionado con las restricciones durante la pandemia y el uso de teleconsulta, que fueron más usados por las mujeres que por los hombres.

6. Los datos de la Encuesta Andaluza de Salud más reciente (2023) indican que más mujeres que hombres han estado ingresadas en un hospital al menos durante una noche. En 2023, tanto las mujeres como los hombres aumentan la probabilidad de tener algún ingreso hospitalario a medida que aumenta la edad y disminuye el nivel educativo. Otros factores interaccionan de manera diferente con el género. Entre las mujeres, se observa un aumento en este indicador en la población extranjera y residentes de capitales, mientras que en hombres es más probable que esto ocurra si han nacido en España y si residen en poblaciones pequeñas. Las estancias hospitalarias medias son superiores en los hombres que en las mujeres en todo el periodo desde 2018 a 2022, tanto si incluimos como si excluimos partos en las mujeres.

7. Respecto a los cuidados informales en los ingresos hospitalarios, la encuesta de 2023 señala amplias brechas de género en el acompañamiento durante el ingreso (el 72% de los hombres y el 41% de las mujeres estuvieron acompañados de una mujer durante su ingreso). Se pone de manifiesto que el género y otras variables con las que interacciona, como la edad, el nivel socioeconómico o el cuidado de personas dependientes siguen determinando la existencia de desigualdad en el uso de recursos del sistema sanitario.

8. La donación de órganos y trasplantes es superior en los hombres que en las mujeres en todos los años observados. Desde 2020 a 2023 se ha producido un aumento paulatino en ambos sexos.

9. Respecto a la atención urgente, la brecha de género es favorable a las mujeres (más consultas urgentes por persona asignada que los hombres) tanto en Atención Primaria como en Hospitalaria, en todos los años observados. En 2020 se produjo una bajada en este indicador, en ambos sexos, que pudo responder a las restricciones derivadas del confinamiento durante la pandemia, aunque estos datos volvieron a recuperarse en 2021 y 2022. Las mujeres acuden más a las urgencias, mientras los hombres utilizan más las emergencias del servicio 061.

10. Las mujeres reciben más que los hombres consejo médico y de profesionales de la salud sobre hábitos alimentarios, y los hombres lo reciben más que las mujeres de otras personas ajenas al ámbito sanitario. Por otra parte, el consejo sobre la práctica de ejercicio físico ha seguido una tendencia ascendente desde 2007 en ambos sexos, más acusada en las mujeres que en los hombres, lo que ha reducido la brecha de género paulatinamente. No obstante, sigue siendo amplio el margen de mejora en el consejo médico que se realiza sobre estos importantes aspectos, ya que en ningún caso han alcanzado al 40% de la población andaluza.

11. Las actuaciones dirigidas a la prevención de riesgos desde el sistema sanitario de Andalucía también han seguido una tendencia generalizada al alza en los últimos años. Los controles médicos de parámetros metabólicos, como el nivel de colesterol, de la glucosa y de la presión arterial, se han realizado más en las mujeres que en los hombres. Estos tipos de controles han aumentado en los últimos tres años en ambos sexos, de forma que las brechas de género favorables a las mujeres se han mantenido bastante estables. Actualmente, el cribado de cáncer de colon es una prioridad en las actuaciones de prevención del sistema sanitario de Andalucía, con un aumento muy considerable en los últimos cinco años en las personas que han sido invitadas a realizarlo, similar en ambos sexos. La totalidad de la población diana ha recibido en 2023 una invitación a participar en este cribado. De las personas invitadas, el 41% de las mujeres y el 39% de los hombres lo han completado.

12. Los datos de la encuesta andaluza más reciente ofrecen un amplio consenso entre la población sobre la efectividad de las vacunas, con una aceptación superior en las mujeres que en los hombres (el 95 y el 93% respectivamente están total o bastante de acuerdo). En torno a un tercio de la población, más mujeres que hombres, declaran haberse vacunado de la gripe en la campaña 2022-2023. Los registros sanitarios también muestran este predominio en las mujeres, así como la tendencia al alza en ambos sexos en la última campaña. Merece especial atención el sentido de las brechas de género en función de la edad. Aunque son ajustadas, las mujeres menores de 65 años predominan en la cobertura vacunal de gripe, mientras que los hombres lo hacen en la franja superior a esa edad.

13. Se observa una mayor dispensación de medicamentos a las mujeres que a los hombres en los últimos cinco años, con una brecha especialmente alta en los años 2021 y 2022, lo que evidencia un consumo diferencial en los años posteriores al inicio de la pandemia. A partir de los hipertensivos y los analgésicos y antipiréticos, que son los más consumidos por ambos sexos, comenzamos a observar un patrón diferenciado para mujeres y para hombres, variando de signo las brechas según los tipos de fármacos. Las mujeres predominan especialmente en el consumo de antidepresivos y ansiolíticos, seguido de antiinflamatorios y antirreumáticos, antihistamínicos, corticoesteroides, antibióticos, antipsicóticos y opioides, con un ascenso continuado en los últimos 5 años. Los hombres predominan en antitrombóticos, insulinas y análogos, hipoglucemiantes y fármacos para la hipertrofia prostática benigna, si bien todos ellos siguen una tendencia descendente en este periodo.

14. El consumo informado por la población andaluza de algún medicamento coincide con estos resultados. Las cuatro últimas Encuestas Andaluzas de Salud son contundentes en el mayor consumo de medicamentos en las mujeres que en los hombres. En 2023 se ha observado un considerable ascenso del policonsumo (5 o más medicamentos en las últimas dos semanas) en las mujeres, registrándose la brecha de género más amplia de toda la serie.

15. Tanto el consumo de algún medicamento como el policonsumo aumentan con la edad y disminuyen a mayores niveles educativos y de clase social, con brechas más desfavorables a las mujeres. Esto evidencia nuevamente cómo el género se cruza con otros ejes de desigualdad para determinar el impacto en los procesos de salud, enfermedad y atención.

4.2. Mensajes clave sobre situaciones y ámbitos específicos de salud

Salud mental

1. Se observan desigualdades de género en distintos aspectos de la salud mental. Las mujeres presentan porcentajes más altos en los diagnósticos de depresión o ansiedad, siendo éste el problema de salud mental más frecuente en mujeres. La opción de tratamiento farmacológico y el consumo de medicamentos ansiolíticos, antidepresivos e hipnóticos y sedantes también es mayor en mujeres que en hombres.

2. Las diferencias entre hombres y mujeres se presentan más acusadas en los grupos sociales más desfavorecidos, con menores niveles de estudios y en grupos de edad a partir de 55 años. Este patrón se muestra en los distintos indicadores relacionados con salud mental que se han analizado en la última EAS de 2023: la convivencia en hogares en los que existe algún problema de salud mental, el diagnóstico de depresión y ansiedad, así como el consumo de pastillas para dormir.

3. El género condiciona la experiencia individual creando, en el caso de las mujeres, condiciones de opresión y desventaja material que afectan a su salud mental. Se genera malestar tanto por obediencia como por disidencia de los mandatos de género que también afectan a las estrategias de afrontamiento.

4. Por todo esto, se hace necesario trascender el paradigma de lo individual y ampliar el marco para incluir los determinantes sociales de la salud atendiendo a las distintas intersecciones (la edad y el nivel socioeducativo se han revelado especialmente importantes) y considerando todos los elementos que la crítica feminista ha puesto de manifiesto e incluso dar un paso más y atender también a los determinantes comerciales de la salud ya que es seguro que afectarán también de manera diferencial a hombres impactando en su bienestar físico y emocional.

5. Los sistemas y servicios de salud han de ser conocedores y sensibles a estas diferencias entre hombres y mujeres que muestran los datos ofreciendo respuestas adecuadas y acorde con estas realidades distintas y contemplando la perspectiva de género en el diseño de intervenciones y programas. Igualmente, importantes deben ser los esfuerzos para limitar los sesgos de género en la atención presentada de manera que los sistemas de salud estén en disposición de disminuir las desigualdades de género existentes y no contribuyan a consolidarlas.

6. Los servicios de salud deberían atender adecuadamente al "malestar de las mujeres", frecuentemente invisibilizado y minusvalorado por las y los profesionales sanitarios. Este malestar es responsable de la peor salud mental de las mujeres, y se corresponde con una mayor prevalencia de depresión y ansiedad en ellas. Las respuestas del sistema sanitario a estos malestares suelen estar excesivamente medicalizadas, y a menudo no tienen en cuenta los determinantes psicosociales de género que están a la base de estas situaciones. El abordaje de la salud mental desde la perspectiva de género es especialmente necesario, y se debe incidir aún más en la investigación, la formación de profesionales y el abordaje de la salud mental teniendo en cuenta el género desde un enfoque integrado.

7. Es necesario visibilizar las desigualdades de género en salud mental y apostar por un abordaje que tenga en cuenta estas diferencias y el contexto social en el que se producen.

8. Se recomienda atender a las diferencias en salud mental entre hombres y mujeres en un marco holístico haciendo esfuerzos por conectar su vinculación con otros problemas de salud pública como podrían ser la violencia de género, las adicciones y diferentes tipos de patologías donde diferencia de prevalencias entre hombres y mujeres sean significativas.

9. Es importante ofrecer formación en perspectiva de género a los y las profesionales que trabajan en el ámbito de la salud mental, que abarque desde la sensibilización hasta la capacitación en el diseño de políticas e intervenciones.

10. Se precisa ahondar en el conocimiento de los problemas de salud mental en personas LGTBI considerando también la diversidad del colectivo y las intersecciones que se producen entre orientación sexual e identidad de género.

Salud sexual y salud reproductiva

1. La salud sexual y la salud reproductiva están fuertemente vinculadas al contexto social y cultural y se ve afectada por sistemas de valores, prácticas y conductas que están en constante cambio y redefinición. Por tanto, a la vez que se producen avances y mejoras, aparecen nuevos retos.

2. Entre los principales logros que se pueden extraer de los datos consultados, estaría la reducción de las tasas de embarazos adolescentes y la estabilidad en valores bajos en las tasas de mortalidad materna, neonatal y postnatal de mortalidad infantil. Queda pendiente evaluar en profundidad el acercamiento a las recomendaciones de la OMS en lo que a reducción de violencia obstétrica se refiere.

3. En relación a los retos, son muchos los que se vislumbran y en distintos ámbitos. Vinculado con los cambios sociales, el uso habitual de las TIC en relación con la sexualidad (exposición a pornografía, cibersexo, sexting, etc.), plantea desafíos de cara al estudio del impacto de estas prácticas en la salud sexual y afectiva haciéndose necesaria su incorporación en los servicios y programas de promoción de salud sexual. Igualmente, la creciente visibilidad de la sexualidad femenina (especialmente en población joven), bajo un marco de supuesta autonomía y empoderamiento, contrasta con las cifras que este mismo grupo reporta en cuanto a insatisfacción sexual y práctica de relaciones sexuales sin deseo y por compromiso. Otro cambio social significativo lo constituye la conquista de derechos para las personas LGTBI y la creciente expresión de distintas identidades de género y opciones de sexuales que difieren de la heterosexualidad cisgénero tradicionalmente dominante. Esta realidad social ha de ser recogida en los distintos estudios realizados y desde los sistemas y servicios de salud se ha de incorporar esta perspectiva.

4. El aumento de las ITS se presenta como uno de los más importantes retos, siendo necesario estudiarlo vinculado a los contextos sociales en los que se manifiesta la sexualidad de las personas y tomando en consideración lo que aportan los datos recabados que parecen apuntar a un relajamiento en el uso de los métodos de protección existiendo también importantes diferencias entre hombres y mujeres. En líneas generales, los hombres se ven más afectados por las ITS que las mujeres y entre ellos, la principal vía de contagio es los hombres que tiene sexo con hombres (HSH) mientras que para las mujeres es la vía heterosexual. En el caso de las mujeres, sería relevante explorar en mayor medida si se prima la anticoncepción a la protección frente a ITS y en qué medida esto podría explicar el aumento de ITS detectado en el grupo de mujeres de 45 a 54 años que, al tener menos necesidad de usar medidas de anticoncepción, podría relajar aún más el uso de métodos de protección. Además, este grupo de edad en el caso de las mujeres, es especialmente importante al situarse en esta horquilla de edad la vivencia del climaterio y la menopausia.

5. Igualmente, la salud reproductiva sigue siendo un espacio de mejora continua para garantizar el acceso a estos derechos en situación de garantía y equidad. En este sentido, la atención mental perinatal aparece como un elemento para contemplar la atención que se ofrece en este campo en el que también las técnicas de reproducción asistida, que en su mayoría se sitúan en el ámbito de lo privado, requieren una especial atención por las implicaciones (de salud, económicas, emocionales) para quienes hacen uso de ellas.

6. Hay que señalar también la necesidad de seguir trabajando desde la investigación biomédica en distintas cuestiones (endometriosis, manejo del dolor menstrual y de los síntomas del climaterio) que afectan a la salud de las mujeres y para las que los sistemas de salud siguen sin tener respuestas ágiles y efectivas.

7. Hay que mencionar la utilidad de la investigación cualitativa en este ámbito como complemento valioso para acompañar e interpretar los datos que se desprenden de las distinta encuestas y datos manejados para el presente informe. Incorporar en los estudios relativos a sexualidad y salud sexual y reproductiva una perspectiva amplia que recoja las distintas opciones de diversidad sexual e identidad de género.

8. Es necesario impulsar la labor de los servicios de promoción y prevención de la salud sexual atendiendo también la dimensión afectiva de la sexualidad especialmente en la población joven. También se debe atender a los factores que están motivando el aumento de las ITS y diseñar estrategias de prevención selectiva. Por otro lado, es preciso considerar los cambios sociales relacionados con la vivencia de la sexualidad a través de las TIC (relaciones abiertas, poliamorosas, uso de drogas en relaciones sexuales, exposición a pornografía, cibersexo, sexting, etc.) y su impacto diferencial en la salud sexual, de hombres, mujeres y personas con otras identidades de cara a diseñar estrategias de promoción y prevención universal y selectiva.

9. Sería deseable promover investigación (y su transferencia a la práctica clínica) relativa tanto al ciclo menstrual como a la menopausia para mejorar la calidad de vida de las mujeres que, en uno u otro momento (o en los dos) del ciclo reproductivo, experimentan diversa sintomatología que afecta negativamente a su calidad de vida.

10. En relación a la salud reproductiva, seguir trabajando para lograr la reducción de cesáreas y episiotomías hasta alcanzar las recomendaciones de la OMS en relación a estas prácticas, así como garantizar el acceso a IVE en condiciones de equidad en todo el territorio andaluz. Observar las tendencias y la evolución de las técnicas de reproducción asistida y su impacto en la salud de las mujeres.

Salud y migraciones

1. En general, las mujeres migrantes son jóvenes y sanas, con hábitos más saludables que las mujeres autóctonas. A pesar de su buen estado de salud, con los años de estancia, pierden los hábitos saludables y su salud empeora, fundamentalmente por las circunstancias en las que viven.

2. En las mujeres migrantes concurren condiciones sistémicas y circunstancias de mayor vulnerabilidad. Tanto en origen como durante el trayecto migratorio o en la sociedad receptora tienen, por su condición de género, mayor desventaja social y menos oportunidades, corren el riesgo de ser objeto de violencia sexual y de género.

3. Destaca cómo la situación de irregularidad administrativa tiene consecuencias negativas en la vida de las niñas, las adolescentes y las mujeres migrantes y sus hijas, que sufren más riesgo de pobreza y mayores dificultades de acceso a una vivienda digna, a la formación, a la participación en actividades de ocio o al sistema judicial.

4. Las trabajadoras migrantes en Andalucía sufren la llamada "doble desventaja" de ser migrantes y mujeres. Tienen tasas de desempleo mayores que los hombres migrantes y que las mujeres españolas y están relegadas a empleos de baja cualificación, como el servicio doméstico y el cuidado de personas dependientes. Además, el trabajo en esos sectores precarizados y, en muchos casos, informales, complica la obtención o renovación de sus permisos de trabajo, incrementando una vulnerabilidad que afecta negativamente a su salud.

5. Las barreras en la comunicación e interacción con los servicios de salud en contextos de diversidad cultural, afectan negativamente a la salud de muchas mujeres migrantes. Existen herramientas para superar dichas barreras, como la mediación intercultural y la colaboración con asociaciones de migrantes y entidades del tercer sector.

6. Las mujeres migrantes son activos de salud en la sociedad de acogida, La crisis de la COVID-19 ha puesto en evidencia la contribución de las mujeres migrantes en nuestra sociedad, destacando en los cuidados de personas dependientes. Por todo ello es determinante su papel en la formulación de políticas que reconozcan y reflejen no solo los riesgos sino todos los beneficios de salud que aportan.

7. Se recomienda aumentar la difusión de información sobre los derechos de las mujeres migrantes, para que conozcan sus opciones y normalizar el acceso a los servicios sanitarios, promover grupos de apoyo e incidir en actividades preventivas culturalmente adaptadas y en detección precoz de enfermedades más prevalentes entre mujeres migrantes.

8. Es fundamental simplificar los requisitos de empadronamiento y asegurar que las mujeres migrantes puedan acceder a la tarjeta sanitaria de manera más ágil, lo que les permitiría recibir atención médica sin demoras excesivas.

9. Se necesita capacitar a las y los profesionales de la salud sobre las necesidades específicas de las mujeres migrantes y las barreras que enfrentan, para que puedan ofrecer un trato más inclusivo y sensible a sus circunstancias.

10. Hace falta promover un enfoque integral que incluya no solo la atención médica, sino también el apoyo psicológico y social, especialmente para las mujeres que han sufrido violencia de género o traumas relacionados con su proceso migratorio.

Salud y discapacidad

1. Existe un mayor porcentaje de hogares andaluces donde viven mujeres con discapacidad (14,5%) en comparación con hombres (13,5%). Las brechas de género en discapacidad tienden a aumentar con la edad, siendo más pronunciadas en los grupos de edad más avanzados, especialmente a partir de los 65 años. El ámbito de residencia (rural/urbano) se identifica como un factor clave a considerar y tener en cuenta, dada la disparidad existente.

2. Las mujeres con discapacidad tienen un nivel educativo primario más alto que los hombres, aunque en educación secundaria y universitaria los hombres con discapacidad superan a las mujeres. Un mayor porcentaje de hogares con personas con discapacidad está en la población nacida en España, destacándose que hay más mujeres nacidas fuera del país con limitaciones que hombres. En cuanto a tipo de discapacidad las de movilidad, vida doméstica y autocuidado son las más frecuentes y a su vez las más prevalentes entre las mujeres.

3. La percepción de salud de mujeres con discapacidad es peor que la de los hombres, la valoración negativa se incrementa con la edad. Además, las mujeres tienen mayor carga de enfermedad crónica asociada con artritis, artrosis, fibromialgia, depresión y ansiedad crónicas y otras. Las mujeres demandan más servicios sanitarios, especialmente de asistencia a domicilio y urgencias. Entre los motivos por los que no reciben un servicio sanitario es porque se le ha denegado o no podía pagarlo. Por el contrario, los hombres están en mayor número en lista de espera. Estos datos responden a un posible sesgo de género en la atención sanitaria.

4. El perfil mayoritario de personas cuidadoras son mujeres de 45 a 65 años. Las mujeres con discapacidad son cuidadas principalmente por sus hijos/as, seguidas de su pareja y empleadas de hogar. Mientras que los hombres son cuidados por su pareja, seguidos de su hijo/a y en menor medida por empleadas de hogar. Estos datos refrendan las diferencias de género y cómo el rol de cuidadora sigue vigente.

5. En relación a la salud sexual y reproductiva de las mujeres con discapacidad destaca la falta de información y el acceso limitado a consultadas adaptadas de ginecología. Por su parte, el número de mujeres con discapacidad atendidas en las Unidades de Salud Mental es muy inferior al de hombres. Y, por otro lado, las mujeres con discapacidad son más vulnerables a la violencia de género.

6. Las mujeres con discapacidad sufren múltiples discriminaciones que interactúan con el género. Por ejemplo, ven multiplicadas las barreras que se encuentran para su pleno derecho a una salud sexual satisfactoria, tal y como ocurre con otras dimensiones de la vida en esta población. El personal sanitario necesita más formación sobre las necesidades y realidades de las personas con discapacidad, con protocolos específicos para evitar las actitudes y situaciones de discriminación.

7. Es necesario potenciar el diseño e implementación de políticas y programas para apoyar a las mujeres con discapacidad, asegurando acceso adecuado a servicios y recursos.

8. Se deben promover mejoras en la accesibilidad a los servicios de salud asegurando que tanto mujeres como hombres con discapacidad reciban una atención sanitaria de calidad de acuerdo a sus necesidades. Por ejemplo, acciones para hacer frente a las barreras, para mejorar la atención a la salud sexual y reproductiva, la atención en los servicios la salud mental, la promoción de la salud, etc. Y también en todo lo que tiene que ver con la violencia de género a las mujeres con discapacidad.

9. Se recomienda establecer mecanismos e investigaciones para el seguimiento y evaluación continua de la situación de las personas con discapacidad, con perspectiva de género, con el fin de ajustar las políticas y programas según sea necesario y abordar las nuevas necesidades que surjan. Continuar recopilando y analizando datos desglosados por sexo, edad, y ubicación geográfica para identificar tendencias y áreas que requieren intervención específica.

10. Es necesario proporcionar recursos y apoyo a las personas cuidadoras informales de las personas con discapacidad en Andalucía, que son principalmente mujeres, para aliviar la carga de cuidados. Así mismo, se debe asegurar que las áreas rurales y menos urbanizadas cuenten con recursos y servicios adecuados para las personas con discapacidad, teniendo en cuenta la perspectiva de género, para reducir las disparidades entre áreas urbanas y rurales.

Violencia de género

1. En general, se observa un aumento generalizado en las denuncias, casos activos y órdenes de protección por VG en Andalucía en los últimos años, especialmente desde 2020, aunque con especificidades en algunas provincias. Esta variabilidad sugiere la influencia de factores que han afectado de manera diferenciada a cada provincia. Tanto las denuncias como las órdenes de protección han mostrado una recuperación y un crecimiento positivo, lo cual refleja posiblemente un entorno más favorable para la denuncia y una mayor respuesta institucional.

2. Se observa un incremento en los partes emitidos anualmente hasta el año 2023, lo cual ha podido contribuir el esfuerzo realizado por desarrollar información y formación sobre la adecuada cumplimentación del parte de lesiones. A pesar de ello, con probabilidad la cifra de partes emitidos infraestime la frecuencia de la VG a lo que se suma el que solo en el año 2023 se detectaron un 19,5% de partes que no se emitieron como de VG cuando en realidad lo eran.

3. El 3,4% de las mujeres residentes en Andalucía han sufrido violencia sexual a lo largo de su vida y en 2023, fue la segunda comunidad con más delitos contra la libertad sexual. Las tasas de delitos sexuales y de casos detectados por Partes al Juzgado han aumentado desde 2018, salvo en 2020, debido posiblemente a la pandemia, y destacando Almería y Málaga como las provincias con mayores tasas. A pesar de ello, las cifras de violencia sexual están infraestimadas.

4. Las mujeres andaluzas que han sufrido VG en el ámbito de la pareja/expareja tienen significativamente más problemas de salud, consumen más medicación y hacen mayor uso de los servicios sanitarios que las mujeres que no sufren violencia.

5. Andalucía es la comunidad autónoma que mayor número de profesionales de ámbito sanitario ha formado en VG en los últimos cinco años. Una gran fortaleza de la formación básica en VG en Andalucía es que los equipos docentes están formados por profesionales del propio sistema sanitario que además se han formado específicamente para formar al resto de profesionales.

6. Es muy importante continuar contemplando la violencia de género como un grave problema de salud pública, por su magnitud y por sus repercusiones sobre la salud física, mental y social de las mujeres. Frecuentemente, los sistemas sanitarios, y especialmente la atención primaria de salud, es el primer punto de contacto con las mujeres que se encuentran en situación de maltrato, con sus hijas e hijos, y a veces también con el maltratador, cuando acude por motivos de salud propia. Es fundamental continuar implicando en Andalucía a profesionales y a toda la ciudadanía, estableciendo un firme compromiso del sector sanitario en la prevención y abordaje de la violencia de género.

7. Se recomienda analizar factores provinciales que pueden impactar la respuesta judicial y de protección en casos de violencia de género. Sería adecuado realizar análisis de los factores provinciales que impactan las tasas de casos activos y denuncias, considerando variables socioeconómicas, culturales y de recursos disponibles. Esto podría hacerse mediante estudios comparativos entre provincias para identificar patrones específicos y adaptar las políticas y medidas a las realidades de cada una.

8. Es necesaria la implicación del personal sanitario de Atención Primaria en la detección activa de los casos de violencia de género y en su adecuado registro. La implantación de procedimientos de detección temprana, tal y como ya se hace en otras comunidades, sería de gran ayuda para ello.

9. Es esencial crear espacios seguros para que las víctimas puedan denunciar la violencia sexual con garantías de confidencialidad, protección, y no revictimización. De esta forma se facilitaría que los registros oficiales den una imagen más aproximada de la realidad.

10. La formación impartida debería tener un formato presencial o semipresencial que seguramente ayudaría también a una mayor implicación y sensibilización de los y las profesionales sanitarios. Se debe abordar el reto de reducir brecha formativa entre profesionales hombres y mujeres, y el reto evaluar el impacto de esta formación. Además, la formación para formar en violencia de género es clave y, por tanto, es necesario activar esta modalidad. Así mismo, sería necesario crear sistemas de evaluación y seguimiento de la efectividad de la formación en violencia de género, utilizando encuestas y datos de desempeño, para ajustar el programa de acuerdo a los resultados y continuar mejorando las competencias de los profesionales.

Percepciones de profesionales sobre el sistema sanitario

1. Existe un nivel generalizado de escasa formación en la perspectiva de género en el ámbito sanitario. Y, aunque se reconoce la importancia de incorporar este enfoque, se percibe una oferta de formación superficial y con asistencia efectiva solo cuando es obligatoria. No obstante, existe un creciente nivel de concienciación sobre la importancia del enfoque de género en la atención sanitaria, impulsado por la demanda de atender las necesidades específicas de las y los pacientes.

2. Entre profesionales de la salud se reconoce la influencia de los factores de género en la salud, pero se observa una falta de profundidad en el análisis de estas diferencias. Existe una aparente neutralidad en la atención sanitaria, que puede enmascarar la influencia de estereotipos de género. Se observa una tendencia a banalizar ciertas patologías que afectan más a las mujeres, lo que puede ser superado con una mayor formación en género.

3. En general, la percepción de profesionales es que no existen diferencias significativas entre hombres y mujeres en el acceso a los servicios sanitarios. No obstante, opinan que las mujeres tienden a acceder con mayor frecuencia a los servicios de salud debido a su rol como cuidadoras y a una mayor implicación en el cuidado de la salud. Y por su parte, los hombres suelen mostrar una menor involucración en el cuidado de la salud y consultar en situaciones de patologías agudas o condiciones que requieren atención inmediata.

4. La percepción sobre el uso diferencial de los servicios sanitarios entre hombres y mujeres es que se debe a una combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales. Las mujeres tienden a hacer un uso más frecuente de los servicios sanitarios debido a necesidades relacionadas con el ciclo vital femenino y a una mayor prevalencia de trastornos psicológicos. Los hombres tienden a hacer un uso menos frecuente de los servicios sanitarios debido a normas sociales que promueven una percepción de invulnerabilidad.

5. No se perciben diferencias notables en el tiempo de atención recibido por hombres y mujeres en los servicios sanitarios. Los y las profesionales refieren un infradiagnóstico en las mujeres, ya que algunas patologías físicas y psicológicas que afectan con mayor frecuencia al sexo femenino tienden a ser normalizadas o minimizadas. Por otra parte, creen que los hombres tienden a recibir una atención más rápida cuando se trata de patologías consideradas inusuales en su sexo.

6. Entre profesionales se mencionan diversas barreras organizacionales, personales, sociales y culturales que pueden encontrar las mujeres y los hombres en el acceso sanitario, en distintas etapas y circunstancias vitales. Respecto a las personas jóvenes, consideran que las mujeres muestran una mayor proactividad en la búsqueda de atención médica, especialmente en el contexto de la salud sexual y la salud reproductiva. En cambio, creen que los hombres jóvenes muestran un comportamiento más retraído en la demanda de servicios sanitarios, especialmente en temas sensibles como las Infecciones de Transmisión Sexual. Respecto a las personas mayores, consideran que experimentan barreras arquitectónicas, geográficas y digitales para acceder a los servicios sanitarios. Las mujeres mayores tienden a acudir con mayor frecuencia a los servicios de salud, tanto para ellas como acompañantes. Los hombres mayores suelen requerir la presencia de otra persona para gestionar sus necesidades de salud. Las personas con discapacidad enfrentan barreras arquitectónicas y lingüísticas para acceder a los servicios sanitarios, y las mujeres con discapacidad enfrentan un conjunto adicional de obstáculos debido a los roles de género adquiridos. Por su parte, las personas migrantes enfrentan barreras lingüísticas y culturales para acceder a los servicios sanitarios y las mujeres migrantes pueden enfrentar restricciones adicionales en la expresión de síntomas y en la presentación a consultas médicas. Las mujeres víctimas de violencia de género experimentan dificultades para pedir ayuda, debido al miedo, la vergüenza o el control ejercido por el agresor. Se identifica una falta de sensibilidad y capacitación del personal sanitario para identificar signos de violencia de género. A pesar de la implementación de protocolos de actuación en casos de violencia de género, tanto el personal sanitario como las víctimas a menudo desconocen su existencia o no saben cómo aplicarlos. Existe una opinión generalizada de que tanto hombres como mujeres en situaciones de vulnerabilidad y exclusión social enfrentan limitaciones para acceder a los servicios sanitarios, pero que las mujeres en estas situaciones enfrentan dificultades adicionales, particularmente en contextos de violencia de género y prostitución.

7. Respecto a la equidad de género en la promoción de salud y prevención de riesgos y enfermedades, los y las profesionales consideran que las estrategias de prevención y promoción de la salud contemplan diferencias entre hombres y mujeres, pero no siempre se aplican de manera diferenciada. Creen que las mujeres suelen estar más implicadas en actividades de prevención y autocuidado de la salud que los hombres. Existe la percepción de que los programas de salud actuales no necesariamente abordan de manera explícita la desconstrucción de los estereotipos de género, ni las diferencias de género en los riesgos y modos de enfermar. Igualmente, se cree que las estrategias preventivas y promocionales dirigidas a grupos vulnerables no suelen tener en cuenta las diferencias de género.

8. Las opiniones de las personas profesionales dejan entrever la existencia de sesgos de género en el esfuerzo diagnóstico y terapéutico y en la prescripción de medicamentos. No se aprecian diferencias significativas entre las pruebas diagnósticas básicas realizadas a hombres y mujeres. Las disparidades de género se hacen evidentes al diagnosticar enfermedades más complejas, como las cardiopatías isquémicas. Así mismo, ciertos tratamientos y derivaciones a niveles asistenciales están relacionadas con la prevalencia y gravedad de las patologías en cada sexo. Las mujeres tienden a recibir más prescripciones de medicamentos relacionados con trastornos psicológicos y emocionales. En cambio, los hombres suelen enfrentar más dificultades para adherirse a los tratamientos prescritos.

9. Las personas profesionales consideran que existe un comportamiento diferencial en la interacción con pacientes debido a factores generacionales y culturales. Los hombres tienden a preferir ser atendidos por médicos varones, mientras que las mujeres pacientes muestran una mayor flexibilidad a ser atendidas por profesionales de ambos sexos. Además, las médicas reportan una menor autoridad percibida en comparación con sus compañeros masculinos. Las médicas jóvenes experimentan con mayor frecuencia comportamientos de subestimación y acoso por parte de los pacientes. Por otra parte, no se observan variaciones significativas en el trato proporcionado por el personal sanitario hacia hombres o mujeres en términos generales. Ahora bien, los médicos de mayor edad tienden a mostrar menor empatía hacia las necesidades de pacientes más jóvenes. La interacción de las y los profesionales de la salud con las personas que desempeñan funciones de cuidado muestra una inclinación a dirigirse a las mujeres, presuponiendo que son las encargadas de la labor. Por último, los hombres que desempeñan funciones de cuidado reciben una mayor valoración y reconocimiento social y laboral.

10. Respecto a la atención sanitaria en la pandemia por COVID-19, los y las profesionales no han identificado diferencias generales en la atención prestada a hombres y mujeres. Consideran que tanto hombres como mujeres enfrentaron problemas de acceso y retrasos en la atención sanitaria. Sin embargo, sí se han mencionado algunas diferencias y discriminaciones específicas. Las mujeres mostraron mayor conciencia y seguimiento de los protocolos de prevención. Las mujeres mayores que viven solas sufrieron un impacto considerable durante la pandemia. Por último, se ha observado la existencia de un patrón de negligencia hacia las necesidades de salud mental de las mujeres durante la pandemia.

4.3. Recomendaciones transversales a todas las temáticas

1. Alcanzar la equidad de género en salud en Andalucía requiere una firme apuesta por **incorporar de manera transversal el enfoque de género en el diseño, implementación y evaluación de todas las políticas de salud,** incluyendo las distintas estrategias, planes, programas y actuaciones dirigidas a mejorar la salud de la población, reduciendo las desigualdades en salud en función del género.

2. Incluir la perspectiva de género en el análisis de la salud de la población andaluza de manera transversal implica **reconocer que existen distinciones en el estado de salud de mujeres y hombres, que trascienden las puramente biológicas y por tanto son desigualdades que se construyen socialmente.** Para alcanzar la equidad en salud, es imprescindible trabajar por la erradicación de estas desigualdades y actuar sobre los factores que las determinan. Esto requiere entender la interacción de los roles de género tanto en la construcción de identidades de género como en la asignación de expectativas y responsabilidades, ya que esto pone de relevancia los riesgos y problemas de salud que se enfrentan las mujeres y los hombres como consecuencia de la interpretación social del papel asignado. Los programas de salud deben **abordar de manera explícita la desconstrucción de los estereotipos de género, así como las diferencias de género en los riesgos y modos de enfermar.**

3. Es necesario **seguir avanzando en el estudio de las masculinidades y la salud.** Para construir una sociedad más igualitaria y libre de violencia contra las mujeres, y para mejorar la salud de los hombres, es necesario conocer las limitaciones y peligros del modelo tradicional de masculinidad, entender el cambio cultural y redefinir la hombría. Este cambio precisa de estructuras y políticas que trabajen por un avance del compromiso de los hombres en aspectos como su autocuidado y adopción de hábitos saludables, la paternidad y los cuidados no remunerados, la prevención de la violencia o la salud sexual y reproductiva.

4. El estudio de los determinantes sociales de la salud requiere también **introducir la perspectiva de género en el enfoque de salud en todas las políticas y trabajar en todos los ámbitos: educativo, social, laboral, legislativo, etc.** Algunos lugares además de los centros sanitarios, como los centros educativos, los lugares de trabajo o las comunidades locales, resultan espacios muy pertinentes para trabajar oportunidades prácticas de **promover la salud con eficacia y equidad.**

5. Es imprescindible seguir apostando por la **sensibilización y formación de todas las personas profesionales que intervienen en la planificación, gestión y organización de los servicios sanitarios,** para que integren un enfoque de género en su práctica profesional. Así mismo, es importante promover la **formación en género de profesionales asistenciales, a todos los niveles del sistema,** para que sean capaces de reconocer las diferencias y desigualdades de género en la salud, identificar sus determinantes e implementar acciones en salud sensibles al género que consideren las necesidades específicas de cada sexo y reduzcan las situaciones de desigualdad.

6. Hay que seguir trabajando para **incorporar la perspectiva de género en la investigación en salud y eliminar sesgos.** Esto implica identificar temas emergentes que necesitan de investigación sobre el proceso de salud-enfermedad-atención de mujeres y hombres, y formular los problemas de investigación teniendo en cuenta las diferencias y semejanzas entre ambos sexos y su contexto social, económico y cultural. En cuanto a la selección de participantes en los estudios, hay que asegurar una adecuada representación por sexo y garantizar la diversidad en sus experiencias y situaciones. Hay que garantizar que todos los datos se recogen desagregados por sexo, así como valorar las aportaciones de la metodología cualitativa para abarcar la complejidad del género en el proceso de salud-enfermedad-atención. En la presentación de los resultados, se debe mostrar el sexo como una variable central en el análisis, no solo como una variable independiente más. Los resultados presentados deben identificar diferencias y semejanzas en salud entre mujeres y hombres en su contexto social, económico y cultural. Cuando sea posible, también deben visibilizar y denunciar las desigualdades de género en salud que se hayan detectado, utilizando la investigación como herramienta de cambio, acción social y avance en la igualdad y equidad. En todo el proceso investigador se debe favorecer la interdisciplinariedad y la cooperación entre grupos de investigación.

7. Es necesario **integrar el enfoque de la interseccionalidad en el análisis basado en género.** Cuando hablamos de mujeres o de hombres, sin especificar otras categorías de heterogeneidad, nos estamos refiriendo a aquellos aspectos comunes a cada sexo que la sociedad les atribuye por el hecho de ser mujeres o de ser hombres. No obstante, hay que tener en cuenta que las mujeres no son un grupo homogéneo, como tampoco lo es el de los hombres, sino que contienen en su seno una gran variabilidad y heterogeneidad. Se trata de diferencias fundamentales en la realidad de las mujeres y de los hombres, como pueden ser el nivel socioeconómico, la discapacidad, las orientaciones sexuales, la etnia, el medio rural o urbano en que se vive, la convivencia en pareja o la tenencia o no de descendencia. Igualmente, es necesario incorporar los determinantes de género en los análisis de la situación de salud, como son la división sexual del trabajo, la asunción de roles de género diferenciados y los desequilibrios de poder en el acceso y control sobre los recursos. También es muy importante el eje de desigualdad que proporciona la edad. Se hace imprescindible considerar un marco de ciclo vital atendiendo a los procesos físicos, familiares, sociales y laborales, que afectan de manera diferencial a hombres y mujeres.

8. Es necesario trabajar para mejorar la **inclusión del enfoque interseccional en los sistemas de información en salud.** Si todavía resulta difícil encontrar fuentes de datos secundarias que ofrezcan desagregación por sexo, es aún más inusual hallar la información relativa a otros ejes de desigualdad que interactúan con el género. Es fundamental que todos los datos que contienen las fuentes de salud estén desagregados por sexo. Esta es una condición necesaria para la introducción de la perspectiva de género, aunque no suficiente. Además, estas fuentes deben ofrecer un nivel mínimo de **desagregación también en relación con otras variables que resultan fundamentales en el análisis de la perspectiva de género,** como la edad, variables sociodemográficas y socioeconómicas, los procesos migratorios, la discapacidad y dependencia o la violencia de género.

9. Las actuaciones de **promoción de la salud y de prevención de la enfermedad deberían diseñarse teniendo en cuenta las normas, estereotipos y roles de género** que corresponden a formas de masculinidades que ponen en riesgo la salud de los jóvenes y de los hombres. Igualmente, desde un **modelo de activos en salud,** deberían promocionarse aquellos factores que resultan un activo para la salud de las mujeres y que también pueden beneficiar a la salud de los hombres. Las estrategias y planes de salud cuyo objeto son las patologías que causan mayores tasas de mortalidad en la población, deberían tener en cuenta la perspectiva de género, como forma de mejorar la efectividad de las intervenciones.

10. **Todas las etapas del ciclo vital requieren una mirada especial con enfoque de género. La infancia y la adolescencia** es una etapa que requiere una importante atención específica. Se deben promocionar hábitos saludables en la población desde la infancia para gozar de una buena salud en todas las etapas del ciclo vital, así como para prevenir problemas de salud estrechamente vinculados a los hábitos de vida, como son la obesidad, enfermedades cardiovasculares o el cáncer. Para ello, es necesario detectar y tener en cuenta los diferentes patrones y conductas que existen entre los niños y las niñas en hábitos como la actividad física, la alimentación o el sueño.

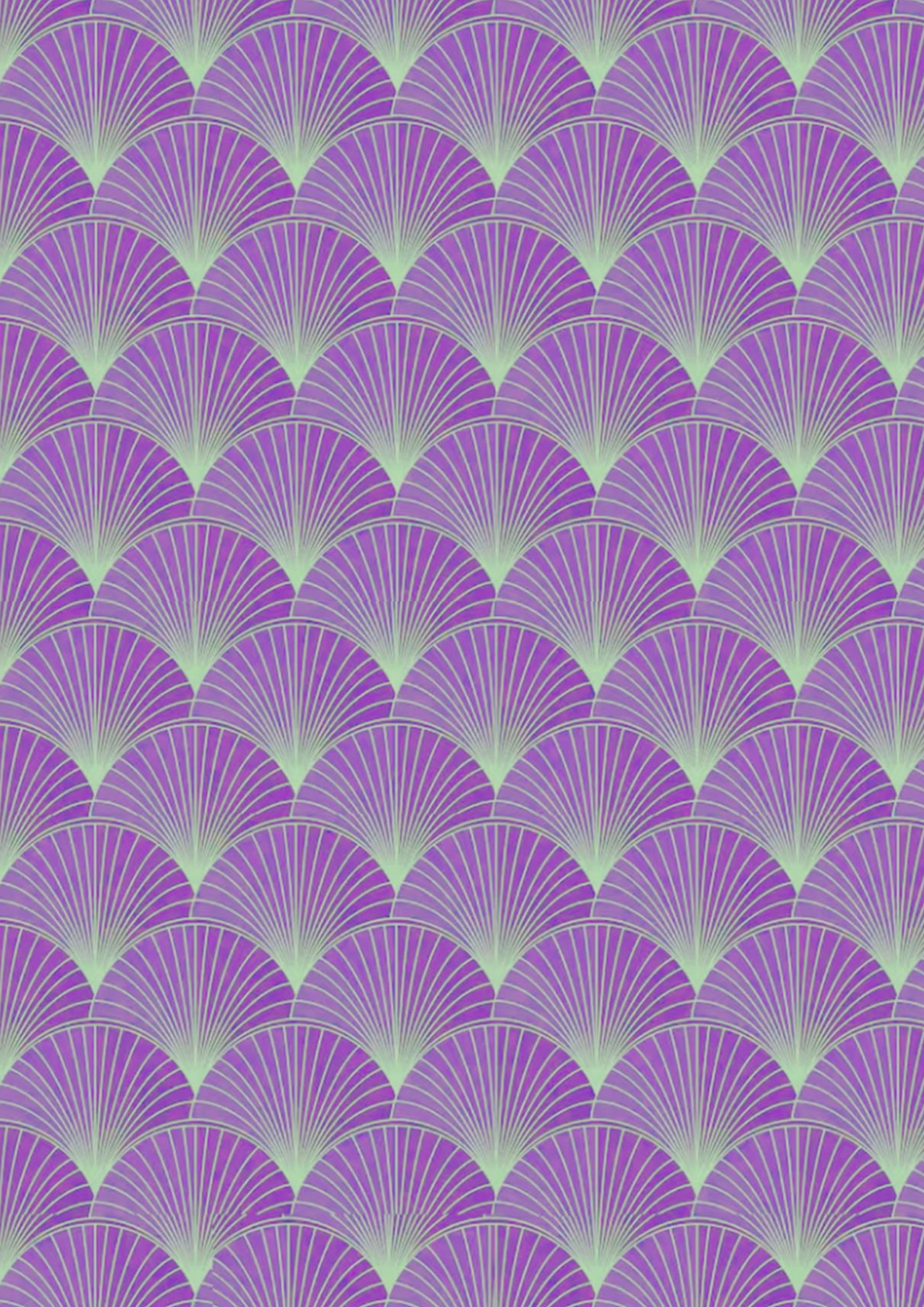
11. Así mismo, para atender adecuadamente las **necesidades derivadas del envejecimiento** poblacional, se debe abordar la madurez como una etapa importante del ciclo vital, sin caer en estereotipos de género. Habrá que incluir los procesos sociales, funcionales y vivenciales que acompañan a la vejez, tanto de las mujeres como de los hombres, en intersección con el concepto de salud-enfermedad como proceso biopsicosocial y también con el eje del enfoque de género, para informar en su conjunto sobre el estado y las necesidades de salud de ambos sexos en esta importante etapa del ciclo vital.

12. También es muy importante **abordar los temas relacionados con la diversidad de orientaciones sexuales y de identidades y expresiones de género de manera interseccional.** Existen suficientes evidencias de los efectos y consecuencias de la discriminación múltiple o interseccional cuando la discriminación por orientación sexual se entrecruza con otros ejes como el género, la raza, la discapacidad, la condición migratoria o la edad, entre otros. Para la elaboración de este informe, ha resultado un obstáculo la ausencia de fuentes de información que permitan incluir este eje de desigualdad en los análisis realizados. Esto ha de servir para poner de manifiesto la prioridad de evidenciar la situación y las necesidades específicas de este colectivo en el proceso de salud-enfermedad-atención, una dimensión tan transversal como ausente en los sistemas de información de nuestro contexto.

13. Cuando hablamos de hábitat y de los condicionantes del lugar de residencia, **merece especial atención el ámbito rural. Se hace necesario abordar tanto la condición como la posición.** Abordar la condición implica intentar mejorar el conjunto de circunstancias materiales de hombres y mujeres que configuran sus modos de vida, y que están relacionadas con la satisfacción de sus necesidades básicas. Abordar la posición implica prestar atención a la capacidad de mujeres y hombres para influir y participar en las decisiones sociales o políticas, que se refleja en las relaciones de poder y de control tanto a nivel local como familiar.

14. Resulta relevante realizar **formación y sensibilización profesional sobre la necesidad de vigilar el tipo de procesamiento de las demandas de atención,** sobre todo de las mujeres, por síntomas inespecíficos y dolor en atención primaria, que conlleva con frecuencia una alta medicalización de sus malestares. Es importante concienciar sobre la importancia de evitar la medicalización como respuesta única a la paciente, y potenciar otras estrategias. Por ejemplo, **potenciar estrategias de comunicación profesional-paciente** que permita a las mujeres reconocer su experiencia diaria y la interacción del género y su salud como explicaciones significativas para ellas, así como brindar la posibilidad de contactar con grupos de apoyo de mujeres como recurso de gestión de malestares diversos que pueden tener un origen común de índole psicosocial. También sería recomendable sensibilizar sobre la importancia de explorar cada caso en profundidad, y valorar la conveniencia de realizar derivaciones a servicios de diagnóstico y atención hospitalaria.

15. Desde los servicios de salud debe **atenderse a la morbilidad diferencial por razones de género.** Atención especial deberían tener aquellas patologías o dolencias especialmente invisibilizadas por ser consideradas "propias de mujeres", y tratadas por tanto como "normales" o menos importantes. Igualmente, atender a estas dolencias "propias de mujeres" cuando son los hombres los que presentan los síntomas, y viceversa, **evitando la producción de sesgos de género en el esfuerzo diagnóstico y terapéutico.**



5. Referencias bibliográficas

Aceituno Velasco, L. (2014). *Embarazo, parto y puerperio: proceso asistencial integrado*. 3ª ed. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, Junta de Andalucía. **https://www.juntadeandalucia.es/sites/default/files/inline-files/2024/11/pai-embarazo_parto_puerperio_2014_1.pdf**

Achótegui, J. (2000). Los duelos de la migración. *Jano. Psiquiatría y humanidades*, 2.

Alón, I., y Pinilla, J. (2021). Assisted reproduction in Spain, outcome and socioeconomic determinants of access. *International Journal for Equity in Health*, 20(1). **https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34229664/**

Alonso, J., Cabasés, J.M. y Puig-Barrachina, V. (ed.) (2020). Retos actuales de la Salud mental desde la Salud Pública y la Administración Sanitaria. *Gaceta sanitaria*, 34 Suppl 1. **https://www.gacetasanitaria.org/es-vol-34-num-s1-sumario-S0213911120X00057**

Alonso, T., Girón, R.M. & Cisneros, C.V. (2019). Desigualdad de género y medicina. Enfermedades respiratorias; En: T. Ruiz-Cantero (coord.). *Perspectiva de género en medicina*. (pp 19-47) Fundación Dr. Antoni Esteve. **http://icmab.es/images/gender/Libro-EM-39-Perspectiva-de-genero-en-medicina_MTRuizCantero.pdf**

Arias-de la Torre, J., Molina, A. J., Fernández-Villa, T., Artazcoz, L., & Martín, V. (2019). Mental health, family roles and employment status inside and outside the household in Spain. Gaceta sanitaria, 33(3), 235–241. **https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.11.005**

Arnedillo-Muñoz, A., Lama-Herrera, C., Borras-Pruneda, S., Reyes-Alcázar, V. (2023). *Plan Andaluz de Atención a Personas con Enfermedades Respiratorias Crónicas*. Junta de Andalucía. Consejería de Salud y Consumo. Secretaría General de Humanización, Planificación, Atención Sociosanitaria y Consumo. **https://juntadeandalucia.es/organismos/transparencia/planificacion-evaluacion-estadistica/planes/detalle/465403.html**

Arrondo, JL., Cuesta, JA., Grasa, V., Ponz, M., Solchaga, A., Aldave, J., Pascual, I., Napal, S., Ipiens, A. (2004). Andropausia: ¿un síndrome que se debe tratar? *Revista Internacional de Andrología*, 2(2), 60-67. **https://www.elsevier.es/es-revista-revista-internacional-andrologia-262-articulo-andropausia-un-sindrome-que-se-13068362**

Asamblea General del Foro Europeo de la Discapacidad. (2011). *II Manifiesto los Derechos de las Mujeres y Niñas con Discapacidad de la Unión Europea*. 2011. Edición de la Institución de la Procuradora General del Principado de Asturias. **https://consaludmental.org/publicaciones/Manifiestoderechosmujeresninas.pdf**

Ayuso Sánchez, L. (2021). La realidad familiar en Andalucía. *Opiniones, actitudes y comportamientos. Factoría de Ideas*. Centro de Investigación Social Aplicada (CISA) Universidad de Málaga. Fundación Pública Andaluza Centro de Estudios Andaluces, Consejería de la Presidencia, Administración Pública e Interior, Junta de Andalucía. **file:///C:/Users/gmaroto/Downloads/IFO02_21.pdf**

Ayuso Sánchez, L., García Ramos, V., Cano Pazos, M., Llácer Aparicio, J., Marcos Sánchez, A., Sánchez de la Calle, M., Fernandez Montero, H., Gil Arribas, E., López-Pardo Martínez, M., & Morillas Guijarro (2023). *Documento de consenso sobre natalidad y salud reproductiva en España: Hoja de ruta para una reproducción saludable y planificada*. Sociedad Española de Fertilidad (SEF). **https://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/documentos_ficha.aspx?id=8567**

Bacigalupe, A., Cabezas, A., Bueno, M. B., & Martín, U. (2020). El género como determinante de la salud mental y su medicalización. Informe SESPAS 2020. *Gaceta sanitaria, 34 Suppl 1, 61–67.* **https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.013**

Bacigalupe, A., González-Rábago, Y., & Jiménez-Carrillo, M. (2022). Desigualdad de género y medicalización de la salud mental: Factores socioculturales determinantes desde el análisis de percepciones expertas. *Atención Primaria*, *54*(7), 102378. **https://doi.org/10.1016/j.aprim.2022.102378**

Baum, F., Musolino, C., Gesesew, H. A. & Popay, J. (2021). New Perspective on Why Women Live Longer Than Men: An Exploration of Power, Gender, Social Determinants, and Capitals. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(2), 661. **https://doi.org/10.3390/ijerph18020661**

Bellón Sánchez, S. (2015). La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica. *Dilemata*, (18), 93–111. **https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/374**

Benedicto, C. (2018). Malestares de género y socialización: El feminismo como grieta. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, *38*(134), 607-625. **https://doi.org/10.4321/s0211-57352018000200014**

Bericat, E. (2015). *Excluidos de la felicidad. Las desigualdades de bienestar emocional en España y Europa*. Centro de Investigaciones Sociológicas. **https://www.researchgate.net/publication/287814426_EXCLUIDOS_DE_LA_FELICIDAD_Las_desigualdades_de_bienestar_emocional_en_Espana_y_Europa**

Biblioteca Nacional de Medicina (EE. UU.). MedlinePlus en español. *Agrandamiento de la próstata*. **https://medlineplus.gov/spanish/enlargedprostatebph.html**

Blanco A., Chueca A., López J.A. (2022). *Informe España*. U. Pontificia de Comillas, Cátedra José María Martín Patino de la Cultura del Encuentro **https://blogs.comillas.edu/informeespana/wp-content/uploads/sites/93/2023/11/Informe_Espana_2023_Capitulo_2.pdf**

Bueno, H. & Peláez, S. (coord.) (2022). Estrategia de Salud Cardiovascular del Sistema Nacional de Salud (ESCAV). Madrid: Ministerio de Sanidad.

Burgos Jiménez, R. J., Añaños-Bedriñana, F. T. & Jiménez Ríos, F. J. (2020). La sexualidad y el consumo de drogas en el ocio nocturno juvenil: un estudio de casos en Granada. *Revista Inclusiones* 7(2), 557-577. **https://salutsexual.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD62547.pdf**

Cabanes Oltra, R. (2021). *Matronas y atención psico-afectiva a la gestante y su familia en la etapa perinatal*. 1ªs Jornadas Internacionales en Psiperinatalidad de Conecta Perinatal y ASMI WAIMH-España 2021: 135ª-142ª. **https://shs.cairn.info/1-as-jornadas-internacionales-en-psiperinatalidad-de-conecta-perinatal-y-asmi-waimh-espana-2021--9788412608908-page-135a?lang=es**

Campos, P. (2021). *Documento técnico del grupo de trabajo de vigilancia de equidad y determinantes sociales de la salud*.
https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/promoSaludEquidad/equidadYDesigualdad/estrategia/actividadDeDesarrollo/docs/DocTecnico_GTVigilanciaEquidadyDeterminantesSocialesSalud_2021.pdf

Caño-Aguilar, A., Fernández-Caballero, A., Martínez-García, E., Ochoa-Rodríguez, M. D., Oliver-Reche, M. I., Sánchez-Robles, C, Torrecillas-Rojas, J, Velasco-Juez, C (2008). *Mutilación genital femenina. Más que un problema de salud*. Granada: Grupo Editorial Universitario, Medicus Mundi Andalucía.
https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/86962/Mutilaci%c3%b3n%20Genital%20Femenina.%20M%c3%a1s%20que%20un%20problema%20de%20Salud.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Carreras, M., Puig, G., Sánchez-Pérez, I., Inoriza, J. M., Coderch, J., & Gispert, R. (2020). Morbilidad y estado de salud autopercibido, dos aproximaciones diferentes al estado de salud. *Gaceta sanitaria*, *34*(6), 601–607. **https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.04.005**

Castejón M.A., Sanz M.J. (2023). Informe sobre la revisión de planes y estrategias de salud mental de las comunidades autónomas en relación con la salud mental perinatal. *Naciendo: Revista española de psicología y psicopatología perinatal e infantil*, 1, 111-120.
https://shs.cairn.info/revista-naciendo-2021-1-page-111?lang=es

Castellanos-Torres, E., Vales-Hidalgo, A., Caballero-Pérez, I. (2022). *Las mujeres con discapacidad y su derecho a la salud: derribando estigmas*. Instituto Andaluz de la Mujer. Consejería de Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación. Junta de Andalucía.
https://www.iam.junta-andalucia.es/catalogo/doc/iam/2022/143656501.pdf

Castillero-Quesada, S. (2022). Frutos rojos en la era global: temporalidad, migración e inestabilidad. *Anduli*, 22, 13-30. DOI: **http://doi.org/10.12795/anduli.2022.i22.02**

Castro-Calvo J., Ballester-Arnal, R., García-Barba, M. (2020). Adicción al cibersexo en función de la orientación sexual: prevalencia y predictores. *Información Psicológica,* 120, 65–79.
https://www.informaciopsicologica.info/revista/article/view/1863

Centro de Estudios Andaluces (2024). *Barómetro Andaluz de junio de 2024: estudio de opinión pública de Andalucía*. **https://www.centrodeestudiosandaluces.es/barometro/barometro-andaluz-de-junio-de-2024**

Centro de Inteligencia contra el Terrorismo y el Crimen Organizado (2024). *Trata y Explotación de seres humanos en España. Balance Estadístico 2019-2023*. Secretaría de Estado de Seguridad.
https://www.interior.gob.es/opencms/export/sites/default/.galleries/galeria-de-prensa/documentos-y-multimedia/balances-e-informes/2023/BALANCE-ESTADISTICO-TSH-2019-2023.pdf

Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) (2023). *Avance de resultados del estudio nº 3400. Encuesta sobre relaciones sociales y afectivas pospandemia (III)* **https://www.cis.es/documents/d/cis/es3400marmt_a**

Chesler, P. (2019). *Mujeres y locura.* Contenta me tienes. **https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=773414**

Cobo Cobo, T., Diago Almela, V., Goya Canino, M, Valiño Calviño, N, Puertas Prieto, A, Melchor Marcos, J.C., Burgos San Cristóbal, J, Suy Franch, A., Figueras Falcón, T., de la Calle Fernández-Miranda, M., Bugatto González, F. (2024). Parto pretérmino 2024. *Progresos en Obstetricia y Ginecología* 67, 76-111 **https://sego.es/documentos/progresos/v67-2024/n2/05%20Parto%20pretermino%202024.pdf**

Collins, C., Landivar, L.C., Ruppanner, L., Scarborough, W.J. (2021). COVID-19 and the Gender Gap in Work Hours. *Gender, work, and organization*, 28(S1), 101–112. **https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32837019/**

Comisión Española de Ayuda al Refugiado. (2023). *Informe CEAR 2023. Las personas refugiadas en España.* SDEO Comunicación. **https://www.cear.es/informe-cear-2023/**

Comisión Europea (2020). *Estrategia Europea para la Igualdad de Género 2020-2025.* **https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/policies/justice-and-fundamental-rights/gender-equality/gender-equality-strategy_es**

Confederación Salud Mental España, Fundación Mutua Madrileña (2023). *La situación de la salud mental en España.* Madrid. **https://www.fundacionmutua.es/documents/informe-salud-mental-espana-2023-bajo.pdf**

Consejería de Economía, Hacienda y Fondos Europeos (2021). *Informe de evaluación de impacto de género del Presupuesto de la Comunidad Autónoma de Andalucía.* **https://juntadeandalucia.es/organismos/economiahaciendayfondoseuropeos/areas/presupuestos/presupuesto-2021/paginas/proy-genero2021.html**

Consejería de Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación (2022). *III Informe Bienal de aplicación de la Ley 2/2014, de 8 de julio, integral para la no discriminación por motivos de identidad de género y reconocimiento de los derechos de las personas transexuales de Andalucía (2019 – 2020).* Servicio de Protección y Atención contra la violencia de Género. **https://juntadeandalucia.es/sites/default/files/2023-03/Informe%20Bienal%20TRANS-NAV.pdf**

Consejería de Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación de la Junta de Andalucía. *III Plan de Acción Integral para las personas con Discapacidad en Andalucía.* **https://www.juntadeandalucia.es/sites/default/files/2022-07/III%20Plan%20Integral%20Discapacidad%20Andaluc%C3%ADa_05.pdf**

Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía (2021). Mortalidad potencialmente evitable en Andalucía, 2000 – 2019: Análisis de tendencias.

Consejería de Salud y Consumo de la Junta de Andalucía (2022). *Inspección Provincial de Servicios Sanitarios de las Delegaciones Provinciales.* **https://juntadeandalucia.es/organismos/saludyconsumo/areas/sistema-sanitario/derechos-garantias/paginas/inspeccion-servicios-sanitarios.html**

Consejería de Salud y Consumo de la Junta de Andalucía (2023). *Encuesta Andaluza de Salud.* **https://www.juntadeandalucia.es/organismos/saludyconsumo/areas/salud-vida/vigilancia/paginas/encuesta-andaluza-salud.html**

Consejería de Salud y Consumo de la Junta de Andalucía. *Encuesta Sanitaria y Social de Andalucía.* **https://juntadeandalucia.es/organismos/saludyconsumo/areas/salud-vida/vigilancia/paginas/encuesta-andaluza-salud.html**

Consejería de Salud y Consumo de la Junta de Andalucía. *Base Poblacional de Salud.* **https://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadisticaycartografia/badea/informe/anual?idNode=29842**

Consejería de Salud y Consumo de la Junta de Andalucía. *Estrategia de Promoción de una Vida Saludable en Andalucía.* **https://www.juntadeandalucia.es/organismos/saludyconsumo/areas/planificacion/estrategia-promocion-vida-saludable-andalucia.html**

Consejería de Salud y Consumo de la Junta de Andalucía. *I Plan Integral de Atención Temprana de Andalucía (PIAT-A 2024-2028*). **https://www.juntadeandalucia.es/organismos/saludyconsumo/areas/salud-vida/atencion-temprana/paginas/piat.html#:~:text=El%20Plan%20Integral%20de%20Atenci%C3%B3n%20Temprana%20de%20Andaluc%C3%ADa**

Consejería de Salud y Consumo de la Junta de Andalucía. *VI Encuesta Andaluza de Salud.* **https://www.easp.es/project/vi-encuesta-andaluza-de-salud/#:~:text=La%20Encuesta%20Andaluza%20de%20Salud%20(EAS)%20es%20un**

Consejería de Salud y Consumo. Junta de Andalucía (2024) *Guía de Reproducción Humana Asistida en el Servicio Andaluz de Salud.* **https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-pdf_publicacion/2024/guia_rha_sas_mayo_2024.pdf**

Consejería de Salud y Familias (2022). *Informe "La población andaluza ante las drogas XV"* **https://juntadeandalucia.es/sites/default/files/2022-09/La_poblaci%C3%B3n_andaluza_ante_las_drogas_XV.pdf**

Consejo General del Poder Judicial. *Observatorio contra la violencia doméstica y de género. Estadísticas.* **https://www.poderjudicial.es/cgpj/es/Temas/Violencia-domestica-y-de-genero/Actividad-del-Observatorio/Datos-estadisticos/**

Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. (2008). *Criterios de calidad para la formación básica de profesionales Atención sanitaria ante la violencia de género en el Sistema Nacional de Salud.* **https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/A4ViolCriteriosDef.pdf**

Corrêa Junior, M. D., & Passini Júnior, R. (2016). Selective Episiotomy: Indications, Techinique, and Association with Severe Perineal Lacerations. *Revista brasileira de ginecologia e obstetricia : revista da Federacao Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetricia*, *38*(6), 301–307. **https://doi.org/10.1055/s-0036-1584942**

Cosma, A., Abdrakhmanova, S., Taut, D., Schrijvers, K., Catunda, C., Schnohr, C. (2023). *A focus on adolescent mental health and wellbeing in Europe, Central Asia and Canada. Health Behaviour in School-aged Children international report from the 2021/2022 survey.* Volume 1. WHO Regional Office for Europe **https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/373201/9789289060356-eng.pdf?sequence=2&isAllowed=y**

Covan E. K. (2021). *Access to health care a function of intersections among age, gender and social class. Health care for women international,* 42(11), 1235–1236. **https://doi.org/10.1080/07399332.2021.1997050**

Dale una vuelta. *El impacto de la pornografía en menores.* **https://www.aepd.es/infografias/el-impacto-de-la-pornografia-en-menores.pdf**

Danielson, M., Lindberg, G. (2001). Differences between men' s and women' s health: The old and the new gender paradox. En Östum, P., Danielson, M., Diderichsen, F., Harenstem, A., Lindberg, G. (Eds.). *Gender inequalities in health: A Swedish perspective*. Boston: Harvard Center for Population and International Health.
https://books.google.es/books/about/Gender_Inequalities_in_Health.html?id=hGwfAQAAIAAJ&redir_esc=y

Defensor del Menor en Andalucía (2019). I*nforme anual. La pornografía a través de Internet: un singular fenómeno en auge*. **https://defensordelmenordeandalucia.es/sites/default/files/informe-anual-de-menores-2019/desgloses/pdf/dma2019D-2-6-4.pdf**

Del Río-García, V., Márquez-Calderón, S., Pérez-Torres, F.E. (coord.) (2023). *Mortalidad durante los dos primeros años de la pandemia de COVID-19 en Andalucía* cambios y variabilidad entre distritos sanitarios. Consejería de Salud y Consumo.
https://juntadeandalucia.es/sites/default/files/2023-06/Informe%20Mortalidad%20COVID%2020230616.pdf

Del Río - Lozano, M., García - Calvente, M.M., Elizalde - Sagardia, B., Maroto - Navarro, G. (2022). Caregiving and Caregiver Health 1 Year into the COVID - 19 Pandemic (CUIDAR - SE Study): A Gender Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2022, 19, 1653. **https://doi.org/10.3390/ijerph19031653**

Del Rio-Lozano, M., García - Calvente, M.M., Marcos-Marcos, J., Entrena-Durán, F., Maroto - Navarro, G. (2013). Gender Identity in Informal Care: Impact on Health in Spanish Caregivers. *Qualitative Health Research*, 23, 1506-1520. **https://doi.org/10.1177/1049732313507144**

Delegación de gobierno para la violencia de género. Ministerio de Igualdad del Gobierno de España. *Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2019.*
https://violenciagenero.igualdad.gob.es/macroencuesta2015/macroencuesta2019/#:~:text=Macroencuesta%20de%20Violencia%20contra%20la%20Mujer%202019%20La,El%20estudio%20est%C3%A1%20dividido%20en%20cuatro%20grandes%20bloques%3A

Diario de Sevilla (2022). *¿Qué es la pobreza menstrual y cómo afecta en España?*
https://www.diariodesevilla.es/sociedad/que-pobreza-menstrual-como-afecta-Espana_0_1711629564.html?utm_source=twitter.com&utm_medium=socialshare&utm_campaign=desktop

Díaz-Pichardo A., Garrido L., Torres C., Parron T. (2020). Del Apego Adulto a la Infidelidad Sexual: Un Análisis de Mediación Múltiple. *Psykhe*, 29, 1-16. **https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22282020000200106**

EIGE (2021). *Gender equality and the socio-economic impact of the COVID-19 pandemic. EIGE Research Note.* **https://eige.europa.eu/publications-resources/publications/gender-equality-and-socio-economic-impact-covid-19-pandemic**

Elipe, P., Martos-Castro, M. (2022). Abriendo armarios: La visión del alumnado sobre la diversidad afectivo sexual en las aulas. *Revista de Estudios socioeducativos*, 10, 119-36. **https://rodin.uca.es/bitstream/handle/10498/27439/beatriz_perez%2c%2b1.6%2bABRIENDO%2bARMARIOS.pdf?sequence=1&isAllowed=y**

Encuesta Merck (2022). *Fertilidad en España. Deseos y Realidad" 2022*. Compañía MERCK-España. **https://www.merckgroup.com/es-es/news/encuesta-fertilidad-deseos-y-realidad-02-06-22.html**

Escobar Escobar M.B., Montoya Zuluaga D., Hernández Rodríguez V., Burgos Serna L.J., Londoño Orrego M.A. (2019). Factores de riesgo y determinantes sociales en el bajo peso al nacer. *Salud, Arte y Cuidado*, 12(1), 21-30. **file:///C:/Users/gmaroto/Downloads/Dialnet-FactoresDeRiesgoYDeterminantesSocialesEnElBajoPeso-8633563-1.pdf**

Esteve A., Blanes A., Domingo A. (2021). Consecuencias demográficas de la COVID-19 en España: entre la novedad excepcional y la reincidencia estructural. *Panorama Social*, 33. **https://www.funcas.es/articulos/consecuencias-demograficas-de-la-covid-19-en-espana-entre-la-novedad-excepcional-y-la-reincidencia-estructural/**

Eurofound (2020). *Living, working and COVID-19 (COVID-19 series)*. Oficina de Publicaciones de la Unión Europea. **https://www.eurofound.europa.eu/publications/report/2020/living-working-and-covid-19**

European Commission, Directorate-General for Justice and Consumers, Franklin, P., Bambra, C., Albani, V., (2021). *Gender equality and health in the EU*. Publications Office. **https://data.europa.eu/doi/10.2838/991480**

European Institute for Gender Equality (EIGE) (2023). *Gender Equality Index 2023. Towards a green transition in transport and energy*. Publications Office of the European Union. **https://eige.europa.eu/publications-resources/publications/gender-equality-index-2023-towards-green-transition-transport-and-energy**

European Institute for Gender Equality. **https://eige.europa.eu/gender-statistics/dgs/indicator/ta_hlthmort_hlth_self_ment__hlth_ehis_mh1e**

Eurostat. (2024). **https://ec.europa.eu/eurostat**

Fanjul, G., Gálvez, I., Zuppiroli, J. (2021). *Crecer sin papeles en España*. Save The Children España, 2021 **https://www.savethechildren.es/actualidad/informe-crecer-sin-papeles-en-espana**

Fanjul, G., Gálvez-Iniesta, I. (2020). *Extranjeros, sin papeles e imprescindibles: Una fotografía de la inmigración irregular en España*. **https://porcausa.org/wp-content/uploads/2020/07/RetratodelairregularidadporCausa.pdf**

Farre, L., González, L. *¿Quien se encarga de las tareas domésticas durante el confinamiento? Covid-19, mercado de trabajo y uso del tiempo en el hogar*. Fundación BBVA. **https://nadaesgratis.es/admin/quien-se-encarga-de-las-tareas-domesticas**

Fisher, J., & Makleff, S. (2022). Advances in Gender-Transformative Approaches to Health Promotion. *Annual review of public health*, 43, 1–17. **https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-121019-053834**

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2022). Estado Mundial de la Infancia 2021: En mi mente: Promover, proteger y cuidar la salud mentalde la infancia, UNICEF. **https://www.unicef.org/media/114641/file/SOWC%202021%20Full%20Report%20Spanish.pdf**

Fuertes A., González E. (2019). La salud afectivo-sexual de la juventud en España. *Revista de Estudios de Juventud*, 23. **https://www.injuve.es/sites/default/files/adjuntos/2020/01/revista_injuve_123.pdf**

Fundación Adecco (2023). *11º Informe Monomarentalidad y empleo*. **https://fundacionadecco.org/wp-content/uploads/2023/10/161023NDP-MONOMARENTALIDAD-Y-EMPLEO.pdf**

Fundación CERMI Mujeres (2020). *El derecho a la salud de las mujeres y niñas con discapacidad. Informe España 2019.* Ediciones Cinca. **https://www.consaludmental.org/publicaciones/Derecho-salud-mujeres-discapacidad-informe-2019.pdf**

Gálvez-Iniesta, I. (2020). The Size, Socio-Economic Composition and Fiscal Implications of the Irregular Immigration in Spain. Universidad Carlos III de Madrid. **https://e-archivo.uc3m.es/rest/api/core/bitstreams/1f19ed21-ac46-4007-9637-bd60e73bbc19/content**

García-Calvente M.M., Del Río-Lozano M., Marcos-Marcos J. (2011). Desigualdades de género en el deterioro de la salud como consecuencia del cuidado informal en España. *Gaceta Sanitaria* 25, S2. **10.1016/j.gaceta.2011.09.006**

García-Calvente, M.M., Hidalgo-Ruzzante, N., Del Río-Lozano, M., Marcos-Marcos, J., Martínez-Morante, E., Maroto-Navarro, G., Mateo-Rodríguez, I., & Gil-García, E. (2012). Exhausted women, tough men: a qualitative study on gender differences in health, vulnerability and coping with illness in Spain. *Sociology of health & illness*, *34*(6), 911–926. **https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2011.01440.x**

García-Calvente, M.M., Del Río-Lozano, M., Maroto-Navarro, G., Sánchez-Cantalejo Garrido, C., Fernández Ruiz, E. (2018). *Informe salud y género en Andalucía 2018*. Consejería de Salud **https://www.easp.es/wp-content/uploads/publicaciones/EASP_Informe_Salud_y_Genero_Andalucia_2018.pdf**

García-Egea A., Jacques-Aviñó C., Berenguera A., López-Jiménez T., Holst A.S., Martínez-Bueno C., Valls-Llobet C., Pinzón-Sanabria D., Munrós-Feliu J., Vicente-Hernández M.M., Medina-Perucha, L. (2023). *Informe Equidad y Salud Menstrual en España (2020-2022).* Institut de Recerca en Atenció Primària Jordi Gol i Gurina. **https://www.researchgate.net/publication/370819094_Equidad_y_salud_menstrual_en_Espana**

García-Mochón, L., Peña-Longobardo, L. M., Del Río-Lozano, M., Oliva-Moreno, J., Larrañaga-Padilla, I., & García-Calvente, M. M. (2019). Determinants of Burden and Satisfaction in Informal Caregivers: Two Sides of the Same Coin? The CUIDAR-SE Study. *International journal of environmental research and public health,* 16(22), 4378. **https://doi.org/10.3390/ijerph16224378**

García-Montes, R., Fares-Medina, S., Diaz-Caro, I., Corral-Liria, I., & García-Gómez-Heras, S. (2022). The impact of violence on women' s health. The present as a reflection of the past: A qualitative study. *PloS One*, 17(9), e0273973. **https://doi.org/10.1371/journal.pone.0273973**

García-Mora, M. E., Cingolani, C., & Pérez Prieto, L. (2022). *Estudio asentamientos chabolistas*. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. **https://mzc.es/estudio-asentamientos-chabolistas/**

García-Toyos, N. (2022). *Salud Menstrual*. Instituto Andaluz de la Mujer. Consejería de Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación. Junta de Andalucía.
https://www.mujeresparalasalud.org/salud-menstrual-cuadernos-de-salud-de-las-mujeres/

Gil Borrelli, C. C., Velasco, C., Iniesta, C., de Beltrán, P., Curto, J., Latasa, P., (2017). Hacia una salud pública con orgullo: equidad en la salud en las personas lesbianas, gais, bisexuales y trans en España. *Gaceta Sanitaria*; 31(3):175–177. **https://www.gacetasanitaria.org/es-hacia-una-salud-publica-con-articulo-S0213911116302497**

Gil García, E., Romo Avilés, N., Poo Ruiz, M., Meneses Falcón, C., Markez Alonso, I., & Vega Fuente, A. (2005). Género y psicofármacos: La opinión de los prescriptores a través de una investigación cualitativa. *Atención Primaria*, *35*(8), 402-407. **https://doi.org/10.1157/13074791**

Gil & Cáceres (2020). Dolor crónico: consecuencias en la salud de las mujeres. Cuadernos para la Salud de las Mujeres Nº5. Instituto Andaluz de la Mujer.

Gilmore, A. B., Fabbri, A., Baum, F., Bertscher, A., Bondy, K., Chang, H.-J., Demaio, S., Erzse, A., Freudenberg, N., Friel, S., Hofman, K. J., Johns, P., Abdool Karim, S., Lacy-Nichols, J., De Carvalho, C. M. P., Marten, R., McKee, M., Petticrew, M., Robertson, L., … Thow, A. M. (2023). Defining and conceptualising the commercial determinants of health. *The Lancet*, *401*(10383), 1194-1213. **https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)00013-2**

Gómez P., Rial A., Braña T., Golpe S., Varela J. (2017). Screening of Problematic Internet Use among Spanish adolescents: Prevalence and related variables. *CyberPsychology, Behavior, and Social Networking*.20, 4, 259-267.

Gómez-Bueno, C., González-Calo, I., y Rodríguez-García-de-Cortázar, A. (2022). Sexo sin protección: contradicciones y lógicas de acción. *Revista Española de Sociología*, 31 (4), a133.
file:///C://Users/gmaroto/Downloads/SexoSinProteccion-8585172.pdf

González Oria, C., Lama Herrera, C., Caro Martínez, A., Escudero Espinosa, C. (2023). *Plan Integral de Cefaleas de Andalucía*. Junta de Andalucía. Consejería de Salud y Consumo. Secretaría General de Humanización, Planificación, Atención Sociosanitaria y Consumo.
https://juntadeandalucia.es/organismos/saludyconsumo/areas/planificacion/planes-integrales/paginas/cefaleas.html

González-Leonardo M., Spijker J. (2022). The impact of Covid-19 on demographic components in Spain, 2020-31: A scenario approach. *Population studies*, 1–17. **https://doi.org/10.1080/00324728.2022.2138521**

González-Tomé, M. I., Rivera Cuello, M., Camaño Gutierrez, I., Norman, F., Flores-Chávez, M. D., Rodríguez-Gómez, L., Fumadó, V., García-López Hortelano, M., López-Vélez, R., González-Granado, L. I., García-Burguillo, A., Santos Sebastian, M. del M., Avila Arzanegui, O., Sociedad Española de Infectología Pediátrica, Sociedad de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica, & Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (2013). Recomendaciones para el diagnóstico, seguimiento y tratamiento de la embarazada y del niño con enfermedad de Chagas. *Enfermedades infecciosas y microbiologia clinica*, 31(8), 535–542. **https://doi.org/10.1016/j.eimc.2012.09.010**

Granés, L., Polo, Rosa., López, L., del Amo, J. (2022). *Dificultades en el acceso a servicios sanitarios para personas migrantes y solicitantes de asilo con VIH en España.* **https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/INFORMES/DificultadesAccesoServiciosSanitarios_Final_2022.pdf**

Grant Thornton España (2022). *Informe Women in business 2022.* **https://www.grantthornton.es/contentassets/18e17257253940458f50068df8c220f4/informe-women-in-business-2022-la-era-del-talento-diverso-grant-thornton.pdf**

Grupo de uso racional del medicamento en el tratamiento farmacológico de enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas (2023). Recomendaciones para el uso racional del medicamento en el tratamiento farmacológico de enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas. *Servicio de Promoción de uso racional del medicamento, Subdirección de Farmacia y prestaciones, Servicio Andaluz de Salud.* **https://www.sspa.juntadeandalucia.es**

Grupo de uso racional del medicamento en el tratamiento farmacológico de la EPOC (2023). Recomendaciones para el uso racional del medicamento en el tratamiento farmacológico de enfermedades respiratorias: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. *Servicio del uso racional del medicamente, Subdirección de Farmacia y Prestaciones, SAS, 2023.* **https://www.sspa.juntadeandalucia.es**

Guede, D., Guerras, J. M., González-Recio, P., Donat, M., Hoyos, J., Moreno, A., Palma, D. y Belza, M. J. (2023). Preocupación por el consumo de drogas entre hombres gais, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres usuarios de chemsex en España. *Revista Española de Drogodependencias,* 48(4), 16-37. **https://www.aesed.com/upload/files/v48n4_1-mono.pdf**

Haeberer, M., León-Gómez, I., Pérez-Gómez, B., Tellez-Plaza, M., Rodríguez-Artalejo, F., Galán, I. (2020). Desigualdades sociales en la mortalidad cardiovascular en España desde una perspectiva interseccional. *Revista Española de Cardiología,* 73(4), 282-289. **https://doi.org/10.1016/j.recesp.2019.07.007**

Iglesias, S., Conde, M., González, S., Parada, M.E. (2019). ¿Violencia obstétrica en España, realidad o mito? 17.000

Ilieva Kovacheva, K. (2024). *Impacto de la atención durante el parto y postparto en la prevención de la depresión postparto.* [TFM del Master en Psicología General Sanitaria, Universidad Miguel Hernández]. **https://dspace.umh.es/bitstream/11000/33732/1/Kovacheva%20Katina%20TFM.pdf**

Inchley, J., Currie, D., Young, T. (Ed.) (2016). *Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people' s health and well-being. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2013/2014 survey.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2016 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 7). **https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289051361**

Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía (IECA) (2021). *Informe estadístico anual de causas de mortalidad.* **https://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadisticaycartografia/badea/informe/datosaldia?CodOper=b3_1354&idNode=21901**

Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía (IECA) (2023). *Sistema de Información Demográfica de Andalucía (SIDEMA).*
https://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadisticaycartografia/dega/sistema-de-informacion-demografica-de-andalucia-sidema

Instituto de la Juventud (2021). *Informe Juventud en España 2020.*
https://www.injuve.es/observatorio/demografia-e-informacion-general/informe-juventud-en-espana-2020

Instituto de las Mujeres. (2022). *La sexualidad de las mujeres jóvenes en el contexto español. Percepciones subjetivas e impacto de la formación.*
https://www.inmujeres.gob.es/areasTematicas/AreaEstudiosInvestigacion/docs/Estudios/sexualidad_mujeres_jovenes.pdf

Instituto Nacional de Estadística (2018). **https://www.ine.es/prensa/ef_2018_d.pdf**

Instituto Nacional de Estadística (2023). *Mujeres y hombres en España.*
https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INEPublicacion_C&cid=1259924822888&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios/PYSLayout&param1=PYSDetalleGratuitas&param4=Ocultar

Instituto Nacional de Estadística (2024). *Encuesta de Morbilidad Hospitalaria.*
https://ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176778&menu=ultiDatos&idp=1254735573175

Instituto Nacional de Estadística. (2022). *Estadísticas por categoría.*
https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/categoria.htm?c=Estadistica_P&cid=1254734710984

Instituto Nacional de Estadística. *Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y Situaciones de Dependencia (EDAD 2020).*
https://ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176782&menu=resultados&idp=1254735573175#_tabs-1254736195764

Instituto Nacional de Estadística. Estadística de violencia doméstica y violencia de género. Año 2022.
https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176866&menu=ultiDatos&idp=1254735573206

Instituto Nacional de Estadística. *INEbase / Mercado laboral /Actividad, ocupación y paro /Encuesta de población activa / Últimos datos.*
https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176918&menu=ultiDatos&idp=1254735976595

Ipsos (2023). *LGBT+ Pride Study Global Survey*
https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/news/documents/2023-06/Ipsos%20LGBT%2B%20Pride%202023%20Global%20Survey%20Report_ESP_LATAM%5B70%5D%20%20-%20%20Solo%20lectura.pdf

Iyer, A., Sen, G., & Ostlin, P. (2008). The intersections of gender and class in health status and health care. *Global public health*, 3 Suppl 1, 13–24. **https://doi.org/10.1080/17441690801892174**

Jiang H., Qian X., Carroli G., Garner P. (2017). Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 8, 2(2), CD000081. **https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28176333/**

Jiménez Rodrigo, María Luisa. (2022). Políticas de igualdad de género e interseccionalidad: estrategias y claves de articulación. *Convergencia, 29, e17792.* Epub 19 de septiembre de 2022. **https://doi.org/10.29101/crcs.v29i0.17792**

Johnston, R.M.; Mohammed, A.; van der Linden, C. (2020). Evidence of Exacerbated Gender Inequality in Child Care Obligations in Canada and Australia during the COVID-19 Pandemic. *Politics and Gender,* 2020, 16, 1131–1141. **https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7853744/**

Jurado-García, E., Baena-Antequera, F. (2021). Episiotomía y violencia obstétrica. Revisión de la bibliografía. *Hygia de enfermería*, 107, 45-50. **https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8117708**

Kaplan Marcusán, A., Ajenjo Cosp, M., López Gay, A. (2022). *Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2021.* Universitat Autònoma de Barcelona. Fundación Wassu-UAB. **https://ddd.uab.cat/record/269840**

Kaplan Marcusan, A., Torán Monserrat, P., Bedoya Muriel, M. H., Bermúdez Anderson, K., Moreno Navarro, J., & Bolíbar Ribas, B. (2006). Las mutilaciones genitales femeninas: reflexiones para una intervención desde la atención primaria. *Atencion primaria*, *38*(2), 122–126. **https://doi.org/10.1157/13090438**

Kim, S. E., Paik, H. Y., Yoon, H., Lee, J. E., Kim, N., & Sung, M. K. (2015). Sex- and gender-specific disparities in colorectal cancer risk. *World journal of gastroenterology,* 21(17), 5167–5175. **https://doi.org/10.3748/wjg.v21.i17.5167**

Leralta-Piñán, O., Jiménez Pernett,J., Rodríguez García de Cortázar,A., Ruiz Azarola, A. (2022) *Viaje por la salud de las mujeres y las niñas migrantes.* Cuaderno de Salud de las mujeres nº 11. **https://www.iam.junta-andalucia.es/catalogo/doc/iam/2022/143656510.pdf**

Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. **https://www.boe.es/eli/es/lo/2023/02/28/1**

Lorente-Acosta, M. (2020). Violencia de género en tiempos de pandemia y confinamiento. *Revista Española de Medicina Legal*, 6(3), 139-145. **https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-medicina-legal-285-articulo-violencia-genero-tiempos-pandemia-confinamiento-S0377473220300250**

Macintyre, S., Hunt, K., & Sweeting, H. (1996). Gender differences in health: are things really as simple as they seem? *Social Science & Medicine*, *42*(4), 617–624. **https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00335-5**

Malmusi, D., Artazcoz, L., Benach, J., & Borrell, C. (2012). Perception or real illness? How chronic conditions contribute to gender inequalities in self-rated health. *European Journal of Public Health*, *22*(6), 781–786. **https://doi.org/10.1093/eurpub/ckr184**

Marcos-Marcos, J., Mateos, J. T., Gasch-Gallén, À., Álvarez-Dardet, C (2020). El estudio de la salud de los hombres desde una perspectiva de género: de dónde venimos, hacia dónde vamos. *Salud colectiva*, 16, e2246. doi: 10.18294/sc.2020.2246

Maroto Navarro, G (2019). *Discursos, prácticas y producción científica sobre la paternidad desde la perspectiva de género*. [Tesis doctoral, Universidad de Granada]. **https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=258668**

Maroto Navarro, G., Luque Martín, N. (2020). *Sexualidad saludable de las mujeres en todas las edades*. Instituto Andaluz de la Mujer. Consejería de Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación. Junta de Andalucía **https://www.juntadeandalucia.es/institutodelamujer/files/ACCIONPORLASALUD/06_sexualidad%20saludable.pdf**

Martos-García, R., Barranco-Castillo, E., Molina-Muñoz, D., Bueno-Cavanillas, A. (2019). An approach to the study of menstrual bleeding in women in Andalusia. *Progresos de obstetricia y ginecología*, 62(2), 112-118. **https://sego.es/documentos/progresos/v62-2019/n2/04-TO_sangrado_andaluzas_ING.pdf**

Masvidal Aliberch, R.M., Canadell Villaret, D. Atención al niño y la niña inmigrantes. En: *Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria*. **https://algoritmos.aepap.org/algoritmo/68/atencion-al-nino-y-la-nina-inmigrantes**

Mauvais-Jarvis, F., Bairey Merz, N., Barnes, P. J., et al. (2020). Sex and gender: modifiers of health, disease, and medicine. *Lancet*, 396(10250), 565–582. **https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31561-0**

McAuliffe, M. y A. Triandafyllidou (Eds.) (2022). *Informe sobre las Migraciones en el Mundo 2022*. Organización Internacional para las Migraciones (OIM). **https://publications.iom.int/books/informe-sobre-las-migraciones-en-el-mundo-2022**

McIntyre, R. S., Chen, V. C.-H., Lee, Y., Lui, L. M. W., Majeed, A., Subramaniapillai, M., Mansur, R. B., Rosenblat, J. D., Yang, Y.-H., & Chen, Y.-L. (2021). The influence of prescriber and patient gender on the prescription of benzodiazepines: Evidence for stereotypes and biases? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *56*(6), 1083-1089. **https://doi.org/10.1007/s00127-020-01989-4**

Mckinsey Global Institute (2021). *The future of work after COVID-19*. Mckinsey. https:// **www.mckinsey.com/featured-insights/future-ofwork/the-future-of-work-after-covid-19#**

Ministerio de Educación y Formación Profesional. *Las cifras de la educación en España. Estadísticas e indicadores*. 2023. **https://www.libreria.educacion.gob.es/libro/las-cifras-de-la-educacion-en-espana-estadisticas-e-indicadores-edicion-2023_180171/**

Ministerio de Fomento de España (2019). *Agenda Urbana Española*. **https://www.aue.gob.es/**

Ministerio de Igualdad. *Mujeres en Cifras - Violencia - Delitos contra la Libertad Sexual*. **https://www.inmujeres.gob.es/MujerCifras/Violencia/DelitosLibertadSexual.htm.**

Ministerio de Sanidad (2012) *Red cooperativa para el estudio de las enfermedades infecciosas importadas por viajeros*. **https://www.sanidad.gob.es/gl/biblioPublic/publicaciones.do?metodo=detallePublicacion&publicacion=4792**

Ministerio de Sanidad (2020). *Encuesta europea on-line para hombres que tienen sexo con hombres (EMIS-2017): resultados en España.* **https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/INFORMES/Encuesta_Europea_On-line_para_hombres_que_tienen_sexo_con_otros_hombres._Acces.pdf**

Ministerio de Sanidad (2023). *Indicadores Clave del SNS.* **https://inclasns.sanidad.gob.es/main.html**

Ministerio de Sanidad (2024). *Sistema de información sobre nuevos diagnósticos de VIH (SINIVIH)* **https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/home.htm**

Ministerio de Sanidad, Información y Estadísticas Sanitarias (2023). *Esperanzas de vida en España, 2021.* **www.sanidad.gob.es**

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011). *Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva* Gobierno de España. NIPO en línea: 860-11-128-3. **https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENSSR.pdf**

Ministerio de Sanidad. (2022). *Informe Salud y Género 2022. Aproximación multidisciplinar a la pandemia por COVID-19.* **https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/InformeSaludyGenero2022/INFORME_SALUD_Y_GENERO_2022.15.09.2022.web.pdf**

Ministerio de Sanidad. *Encuesta Europea de Salud en España 2020.* **https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Enc_Eur_Salud_en_Esp_2020.htm**

Ministerio de Sanidad. Gobierno de España (2021). *Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud* (INCLASNS). **https://inclasns.sanidad.gob.es/main.html**

Ministerio de Universidades (2023). *Datos y Cifras del Sistema Unversitario Español. Publicación 2022-2023.* **https://www.universidades.gob.es/wp-content/uploads/2023/04/DyC_2023_web_v2.pdf**

Ministerio del Interior (2023). *Informe sobre los delitos de odio en España.* **file:///C:/Users/gmaroto/Downloads/INFORME%20EVOLUCION%20DELITOS%20DE%20ODIO%202023.pdf**

Ministerio del Interior (2024). Sistema de *Seguimiento Integral en los casos de Violencia de Género* (VioGén). **https://www.interior.gob.es/opencms/ca/servicios-al-ciudadano/violencia-contra-la-mujer/sistema-viogen/**

Ministerio del Interior. *Informes sobre delitos contra la libertad e indemnidad sexual.* **https://www.interior.gob.es/opencms/es/archivos-y-documentacion/documentacion-y-publicaciones/publicaciones/publicaciones-descargables/publicaciones-periodicas-anuarios-y-revistas/informe-sobre-delitos-contra-la-libertad-e-indemnidad-sexual-en-espana/**

Moles García, S., Morales Rodríguez, Á., Quirantes Morillas, M (2022). Sesgos de género en diagnóstico y tratamiento de enfermedades cardiovasculares: Revisión de la literatura. *SANUM: revista científico-sanitaria*, 6(2), 46-63.

Molina-Barceló, A., Peiró-Pérez, R., Vanaclocha, M., Vallés, G., Guaita, L., & Salas, D. (2018). Informed participation in the Valencian Community Colorectal Cancer Screening Programme from a gender perspective. *Gaceta sanitaria,* 32(1), 72–76. **https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.07.010**

Montilla, L. (2023). *Programar una cesárea para ver un partido del Madrid: los tratos deshumanizados en el parto*. DatosRTVE **https://www.rtve.es/noticias/20231125/datos-deshumanizados-parto/2461817.shtml**

Morales, A., Catalán, A., Pérez, F. (2018). *Los padres también se deprimen en el postparto: comprendiendo el fenómeno desde la voz de sus protagonistas*. Polis, 17(50). **https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-65682018000200161&lng=en&nrm=iso&tlng=en**

Moreno, C., Ramos, P., Rivera, F., Jiménez-Iglesias, A., García-Moya, I., Sánchez-Queija, I., Moreno-Maldonado, C., Paniagua, C., Villafuerte-Díaz, A., Ciria-Barreiro, E., Morgan, A., Leal-López, E. (2020). *Informe técnico de los resultados obtenidos por el Estudio Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) 2018 en Andalucía*. Ministerio de Sanidad **https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/entornosSaludables/escuela/estudioHBSC/2018/docs/HBSC2018_InformeTecnico.pdf**

Moreno, C., Rivera, F. (2022). *La salud de las niñas y chicas adolescentes*. Instituto Andaluz de la Mujer. Consejería de Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación. Junta de Andalucía. **https://www.iam.junta-andalucia.es/catalogo/doc/iam/2022/143686250.pdf**

mujeres opinan. *Revista de Investigación Mujer Salud Sociedad (MUSAS),* 4(1), 77-97 **https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6829291**

Naciones Unidas (2020). *El COVID-19 golpea tres veces a las mujeres: por la salud, por la violencia doméstica y por cuidar de los otros.* **https://news.un.org/es/story/2020/03/1471872**

Naciones Unidas. *Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad 2016.* **https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-persons-disabilities#:~:text=Los%20Estados%20Partes%20en%20la%20presente%20Convenci%C3%B3n%20reconocen**

O' Neil, A., Scovelle, A.J., Milner, J.A., Kavanagh, A. (2018) *Gender/Sex as a Social Determinant of Cardiovascular Risk. Circulation [Internet],* 137: 854-864. **http://circ.ahajournals.orgCirculation**

Observatorio de Desigualdad de Andalucía. *IV Informe*. 2021. **https://observatoriodesigualdadandalucia.org/sites/default/files/iv_informe_desigualdad_andalucia_22-06-2021.pdf**

Observatorio de Salud de las Mujeres. *Informes Anuales de Violencia de Género, 2018, 20219, 2020, 2021, 2022.* Ministerio de Sanidad. **https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/equidad/saludGenero/vcm/ccicvggt/informes.htm.**

Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. *Informe 2021. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas **https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2021OEDA-INFORME.pdf**

OCDE (2021). Economic Outlook, Volume 2021, Issue 1. **https://www.oecd.org/en/publications/oecd-economic-outlook/volume-2021/issue-1_edfbca02-en.html**

Odent, M. (2004). Knitting midwives for drugless childbirth? *Midwifery Today Int Midwife*, 71, 21-2. **https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15536929/**

Organización Mundial de la Salud (2008). *Sexual and Reproductive Health and Research (SRH). Eliminating female genital mutilation: an interagency statement*. **https://www.who.int/publications/i/item/9789241596442**

Organización Mundial de la Salud (2018). *Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva*. **https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-18.12**

Organización Mundial de la Salud (2018). *The health and well-being of men in the WHO European Region: better health through a gender approach*. Regional Office for Europe. **https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289053532**

Organización Mundial de la Salud (2021). *Violencia contra las mujeres, estimaciones para 2018. Estimaciones mundiales, regionales y nacionales de la prevalencia de la violencia de pareja contra las mujeres y estimaciones mundiales y regionales de la prevalencia de la violencia sexual fuera de la pareja contra las mujeres*. **https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240026681**

Organización Mundial de la Salud (2022). *Guide for integration of perinatal mental health in maternal and child health services*. **https://www.who.int/publications/i/item/9789240057142**

Organización Mundial de la Salud (2024). ***Adolescent birth rate.*** **https://data.who.int/indicators/i/24C65FE/27D371A**

Organización Mundial de la Salud (2024). *Infertilidad*. **https://www.who.int/es/health-topics/infertility#tab=tab_1**

Organización Mundial de la Salud (2024). Mortalidad materna. **https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality**

Organización Mundial de la Salud (2024). *Salud del adolescente*. **https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1**

Organización Mundial de la Salud. *Salud mental*. **https://www.who.int/es/health-topics/mental-health#tab=tab_1**

Organización Panamericana de la Salud (2013). *Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Violencia sexual*. WHO/RHR/12.37. OPS. **https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/98821/WHO_RHR_12.37_spa.pdf;jsessionid=FA3B2B59EEBE2EBA8D9978D06AC67BB6?sequence=1**

Organización Panamericana de la Salud (2019). *Guidelines for the diagnosis and treatment of Chagas disease 2019. Journal of Travel Medicine*, 26(6), 1-16.

Pastor-Moreno, G., Ruiz-Pérez, I., & Sordo, L. (2023). Barreras y propuestas para el abordaje sanitario de la trata con fines de explotación sexual. *Gaceta Sanitaria*, 37, 102333. **https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911123000547?via%3Dihub**

Pastor-Moreno, G., Ruiz-Pérez, I., Henares-Montiel, J., & Petrova, D. (2020). Intimate partner violence during pregnancy and risk of fetal and neonatal death: A meta-analysis with socioeconomic context indicators. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 222(2), 2. **https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.07.045**

Pederson, A., Greaves, L., & Poole, N. (2015). Gender-transformative health promotion for women: a framework for action. *Health promotion international,* 30(1), 140–150. **https://doi.org/10.1093/heapro/dau083**

Pérez Contreras, M., Márquez Calderón, S., (2021). *Mortalidad potencialmente evitable en Andalucía 2000-2019: análisis de tendencias*. Consejería de Salud y Familias. **https://juntadeandalucia.es/sites/default/files/2022-09/Mortalidad_Prematura_Evitable_2021.pdf**

Pérez Fernández, M. R., Almazán Ortega, R., Martínez Portela, J. M., Alves Pérez, M. T., Segura Iglesias, M.C., Pérez Fernández, R. (2013). Intervención educativa para la prevención de osteoporosis en un servicio de Atención Primaria rural. *Medicina Clínica*, 141(12), 519-21. **https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24018253/**

Pérez Venegas JJ et al. (2018). *II Plan Andaluz de enfermedades Reumáticas y Musculoesqueléticas*. Sevilla: Consejería de Salud.

Phillips, Susan P.; O'Connor, Madlen & Vafaei, Afshin. (2023). Women suffer but men die: survey data exploring whether this self-reported health paradox is real or an artefact of gender stereotypes. *BMC Public Health*, *23*(1), 94. **https://doi.org/10.1186/s12889-023-15011-4**

Portal Estadístico de la Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género. **https://estadisticasviolenciagenero.igualdad.gob.es/**

Rathnayake, N., Alwis, G., Lenora, J., Mampitiya, I., Lekamwasam, S. (2020). Effect of Health-Promoting Lifestyle Modification Education on Knowledge, Attitude, and Quality of Life of Postmenopausal Women. *BioMed research international*, 3572903. **https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32550229/**

Registro Nacional de Actividad de la Sociedad Española de Fertilidad (2022). *Informe Estadístico de Técnicas de Reproducción Asistida*. Ministerio de Sanidad. **https://cnrha.sanidad.gob.es/registros/actividades.htm**

Requena, M., Stanek, M. (2024). Education, migration and induced abortion: an analysis of the trends in Spain from 2002 to 2021. *Gaceta Sanitaria*, 38(3), 163-170. **https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2024.102419**

Román García, O., Bacigalupe, A., Vaamonde García, C. (2021) Relación de la pornografía mainstream con la salud sexual y reproductiva de los/las adolescentes. Una revisión de alcance. *Revista Española Salud Pública*, 95 **https://scielo.isciii.es/pdfresp/v95/1135-5727-resp-95-e202108102.pdf**

Romero Peñalver, A., Jiménez Pernett, J. (2024). La salud de migrantes internacionales en Andalucía. Informe técnico Red Isir (O. Leralta Piñán, J. Jiménez Pernett, y A. Ruiz Azarola, Coord.). Escuela Andaluza de Salud Pública.

Romo, N. (2010). La mirada de género en el abordaje de los usos y abusos de drogas. *Revista Española de Drogodependencias*, 35(3), 269-272. **https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3299230**

Ruiz Álvarez, M., Rodríguez Álvarez, E., & Flechoso Moya, I. (2022). Los determinantes sociales de la salud en España (2010-2021): una revisión exploratoria de la literatura. *Revista Española de Salud Pública*, 96, e202205041. **https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL96/REVISIONES/RS96C_202205041.pdf**

Ruiz Pérez, I., & Pastor-Moreno, G. (2019). Violencia de género: Cómo afecta a la salud de las mujeres. Instituto Andaluz de la Mujer. Consejería de Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación. Junta de Andalucía. **https://juntadeandalucia.es/sites/default/files/2021-12/18-%20Como%20afecta_salud_mujeres.pdf**

Ruiz-Azarola, A., Escudero Carretero, M., López-Fernández, L. A., Gil García, E., March Cerdà, J. C., & López Jaramillo, D. (2020). La perspectiva de personas migrantes sobre el acceso a la atención sanitaria en el contexto de políticas de austeridad en Andalucía. *Gaceta Sanitaria*, 34(3), 261-267. **https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.09.006**

Ruiz-Cantero, M. T. (coord.) (2019). *Perspectiva de género en medicina*. Fundación Dr. Antoni Esteve **http://icmab.es/images/gender/Libro-EM-39-Perspectiva-de-genero-en-medicina_MTRuizCantero.pdf**

Salido Cortés, O. (2021). Los efectos de la pandemia sobre la igualdad de género: algunos análisis sobre el mercado de trabajo español. *Panorama Social*, 33. **https://www.funcas.es/articulos/los-efectos-de-la-pandemia-sobre-la-igualdad-de-genero-algunos-analisis-sobre-el-mercado-de-trabajo-espanol/**

Sánchez Díaz, M., Gómez González, I., Contreras López, L. (2021). Satisfacción y experiencia de las gestantes que elaboran un plan de parto y nacimiento: Una revisión bibliográfica. *Hygia de enfermería,* 105, 32-38. **https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7745946**

Sánchez Marcos, V. (2023). Natalidad e instituciones. *Papeles de Economía Española*, 176, 14-32. **https://www.proquest.com/openview/d274105ca65f63a3185cdc604dcb7d76/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2032638**

Sánchez Pardo, L. *Género y Drogas. Guía Informativa*. Diputación de Alicante, Área de Igualdad y Juventud. **https://www.diputacionalicante.es/publicaciones/genero-y-drogas/**

Sánchez Sánchez, O. (2023). *Estudio del fenómeno "Chemsex": Nuevas estrategias para reducir los problemas asociados a las nuevas tendencias sexuales en hombres que tienen sexo con hombres*. [Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid] **https://docta.ucm.es/rest/api/core/bitstreams/c9ff88ec-fb11-448e-abbd-c2d46cafff08/content**

Sánchez-Recio, R., Alonso-Pérez de Ágreda, J. P., Gasch-Gallén, A., & Aguilar-Palacio, I. (2021). Desigualdades de género en la utilización de servicios sanitarios, España 2006-2017. *Salud Pública de México,* 63(2), 190-200. **https://doi.org/10.21149/11384**

Satué de Velasco, E., Gayol Fernández, M., Eyaralar Riera, M. T., Magallón Botaya, R., & Abal Ferrer, F. (2022). Impacto de la pandemia en la atención primaria. Informe SESPAS 2022. *Gaceta sanitaria,* 36, Suppl 1, S30–S35. **https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2022.05.004**

Save the Children (2020). *Informe Andalucía*: (Des)información sexual. **https://www.savethechildren.es/sites/default/files/2020-09/3.DesinformacionSexual_AnexoAND.pdf?_gl=1*1qxwda1*_up*MQ..*_ga*MjA4NjAyMDEwMy4xNzM0MTM3NTc4*_ga_7HK32SMG8P*MTczNDEzNzU3Ny4xLjEuMTczNDEzNzU3Ny4wLjAuMzA1NTUwODU2**

Save the Children (2022). *El coste de la crianza en 2022.* **https://www.savethechildren.es/actualidad/informe-andalucia-coste-de-la-crianza**

Save the Children (2024). *El coste de la crianza en 2024.* **https://www.savethechildren.es/sites/default/files/2024-12/El_coste_de_la_crianza_2024_ok.pdf?_gl=1*19s0dz0*_up*MQ..*_ga*MTg3MDU2NTE1Mi4xNzM0MTMwNTA1*_ga_7HK32SMG8P*MTczNDEzMDUwNS4xLjEuMTczNDEzMDUyMC4wLjAuMTY4NjYxMDk5OQ.**

Sayed-Ahmad, N. (2008). El proceso de adaptación y su impacto sobre la salud mental de las personas inmigrantes. En Sayed-Ahmad, N. (Coord.). *Salud mental en la inmigración*. Escuela Andaluza de Salud Pública.

Secretaría General de Familias, Igualdad y Violencia de Género. (2022). *Informe anual de Violencia de Género en la Comunidad Autónoma de Andalucía 2021*. Consejería de Inclusión social, Juventud, Familias e Igualdad.
https://juntadeandalucia.es/sites/default/files/2023-01/NAVEGABLE%20INFORME%20ANUAL%20VG%202021.pdf

Semere, W., Makaroun, L. K., Beach, S., Schillinger, D., & Rosland, A. M. (2022). Family caregivers navigating the health care system: Evolving roles during the COVID-19 pandemic. Families, systems & health : *the journal of collaborative family healthcare,* 40(2), 268–273. **https://doi.org/10.1037/fsh0000688**

Sen, G., Östlin, P. (2007). Final Report to the WHO Commission on Social Determinant of Health. Unequal, unfair, ineffective and inefficient Gender Inequality in Health: Why it exist and how we can change it.
http://www.eurohealth.ie/pdf/WGEKN_FINAL_REPORT.pdf

Servicio Andaluz de Salud (2023). *Conjunto Mínimo Básico de Datos*
https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/profesionales/sistemas-de-informacion/cmbd-andalucia

Servicio Andaluz de Salud. (2020). Vídeos sobre herramientas para la actuación sanitaria ante la violencia de género. **https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/profesionales/apoyo-la-atencion-sanitaria/actuacion-ante-la-violencia-de-genero/videos-sobre-herramientas-para-la-actuacion-sanitaria-ante-la-violencia-de-genero**

Servicio de Estadísticas Sanitarias. Viceconsejería Consejería de Salud y Familias (2023). *Estadísticas sanitarias de mortalidad por causas, documento técnico.* **https://juntadeandalucia.es/sites/default/files/2023-07/ESTADISTICAS%20SANITARIAS%20DE%20MORTALIDAD%20POR%20CAUSAS%2020230703.pdf**

Sociedad Española de Contracepción (2022). *Encuesta de Anticoncepción en España 2022*. Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva. **https://sec.es/encuesta-sec-de-anticoncepcion-en-espana-2022-y-12/**

Soriano-Ayala, E., & García-Serrán, H. (2019). Amigos con beneficios vs. Sexo casual: definiendo sus comportamientos sexuales, amor, celos y creencias románticas. *Universitas Psychologica*, 18(2), 1-13.
https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/UPSY/18-2%20(2019)/64759646011/64759646011_visor_jats.pdf

Sortzen. *Maternidades migradas.* **https://sortzen.org/maternidades-migradas/**

Spencer K. M. (2004). The primal touch of birth. Midwives, mothers and massage. *Midwifery today with international midwife*, (70), 11–67. **https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15310112/**

Thorslund, M., Lundberg, O., Parker, M. (1993). Class and morbidity among the oldest old. A study shows a general connection. *Journal of Swedish Medical Association*, 90(41), 3547-3553.
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8231498/

Trolice, M., Barranquero Gómez, M., Salvador, Z. (2023). ¿Qué es la andropausia? – Síntomas y tratamiento en el varón. Revista médica Reproducción Asistida ORG
https://www.reproduccionasistida.org/andropausia-o-menopausia-masculina/

UNHCR, UNICEF and IOM (2022). Refugee and Migrant Children's Journeys to Europe. **https://migration.iom.int/research/refugee-and-migrant-childrens-journeys-europe-2022**

Universidade da Coruña. (2024). *Encuesta sobre salud laboral en el empleo de hogar y los cuidados: informe de resultados.*
https://511a18c8-7046-427e-be8d-c0be073dd9e6.filesusr.com/ugd/94347a_fcb3b9b007b34c88a1941c3c9a23dd10.pdf

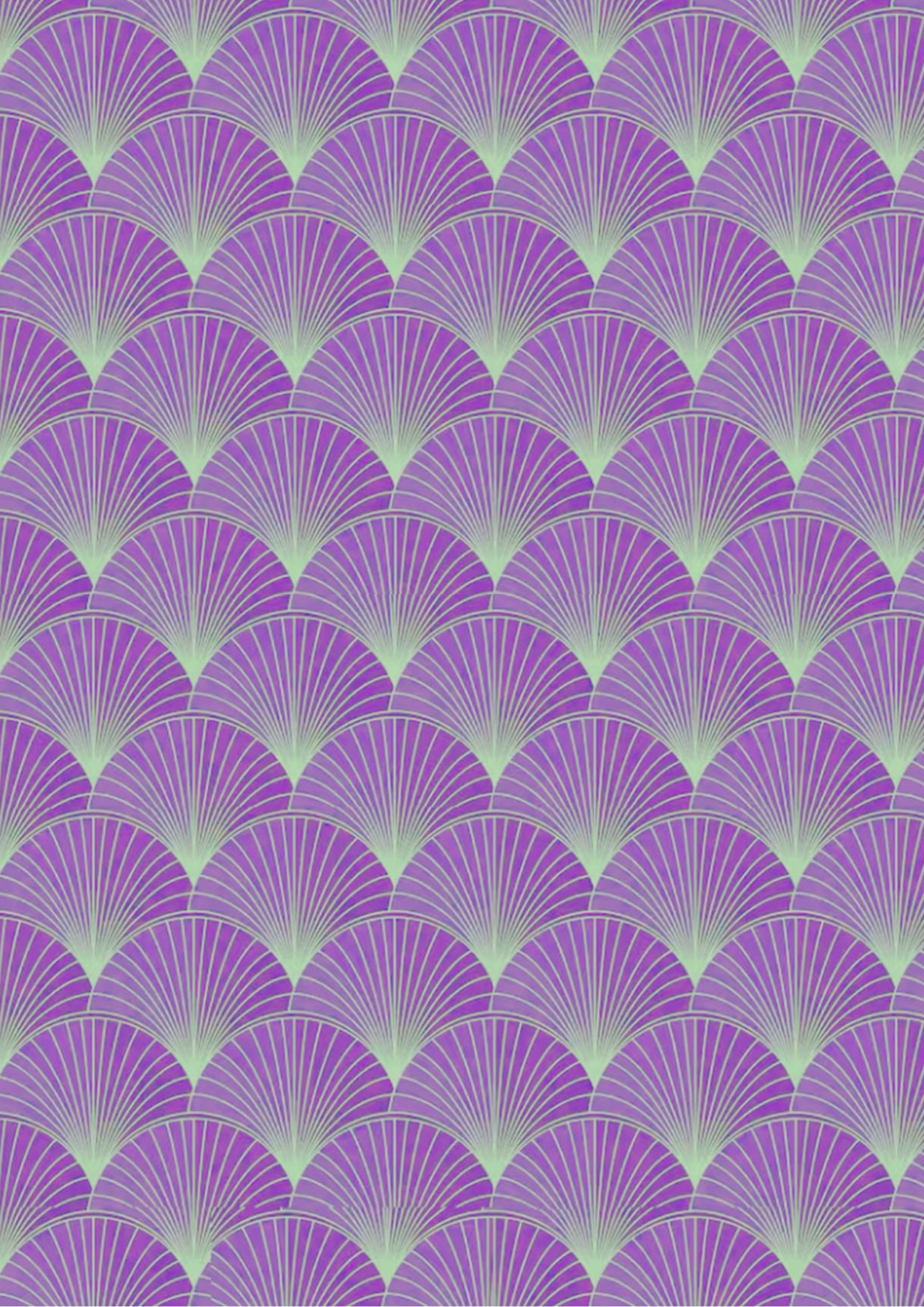
Valls-Llobet, C. (2011). Morbilidad diferencial entre mujeres y hombres. *Feminismo/s* pp. 281-290. **https://feminismos.ua.es/article/view/2011-n18-morbilidad-diferencial-entre-mujeres-y-hombres**

Valls-Llobet, C. (2020). *Mujeres invisibles para la medicina: desvelando nuestra salud.* Capitan Swing Libros. **https://capitanswing.com/libros/mujeres-invisibles-para-la-medicina/**

Vindegaard, N.; Benros, M.E. (2020). COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence. *Brain, behavior, and immunity.* 2020, 89, 531-542.
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32485289/

von Werthern, M., Robjant, K., Chui, Z., Schon, R., Ottisova, L., Mason, C., & Katona, C. (2018). The impact of immigration detention on mental health: a systematic review. *BMC psychiatry*, *18*(1), 382.
https://doi.org/10.1186/s12888-018-1945-y

White, S. J., Sin, J., Sweeney, A., Salisbury, T., Wahlich, C., Montesinos Guevara, C. M., Gillard, S., Brett, E., Allwright, L., Iqbal, N., Khan, A., Perot, C., Marks, J., & Mantovani, N. (2024). Global Prevalence and Mental Health Outcomes of Intimate Partner Violence Among Women: A Systematic Review and Meta-Analysis. Trauma, Violence & Abuse, 25(1), 494–511. **https://doi.org/10.1177/15248380231155529**



6. Anexos

Anexo 1: Listado de fuentes consultadas

Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía (IECA). Consejería de Salud y Consumo de la Junta de Andalucía:

- Andalucía Datos Básicos
- Censos de Población y Viviendas. Movimiento Natural de la Población
- Encuesta de Características Esenciales de la Población y las Viviendas
- Encuesta de Condiciones de Vida en Andalucía
- Encuesta Social 2019. Conciliación en el Hogar: Hábitos y Actitudes de la Población Andaluza
- Encuesta Social 2020. Hábitos y Condiciones de Vida de la Población Andaluza
- Indicadores Sociales de Andalucía
- Informe estadístico anual de causas de mortalidad
- Memoria estadística y cartográfica. Mortalidad por las principales causas
- Padrón Municipal de Habitantes
- Sistema de Información Demográfica de Andalucía (SIDEMA)

Consejería de Salud y Consumo de la Junta de Andalucía:

- Base Poblacional de Salud
- Datos del Servicio Andaluz de Salud
- Encuesta Andaluza de Salud 2007, 2012, 2016 y 2023
- Encuesta Sanitaria y Social de Andalucía 2021
- Informe estadístico anual de causas de mortalidad
- Informe La población Andaluza ante las Drogas XV
- Informes anuales sobre Formación en Violencia de Género
- Infoweb. Diagnósticos de Salud Mental
- Infoweb. Datos de Población Atendida
- Infoweb. Datos de Prescripción Farmacológica

- Infoweb. Datos de tentativas de suicidio
- I Plan Andaluz de Atención Temprana de Andalucía
- II Plan Andaluz de Enfermedades Reumáticas y Musculoesqueléticas
- Plan Estratégico de Salud Mental y Adicciones en Andalucía
- Plan Andaluz de Atención a Personas con Enfermedades Respiratorias Crónicas
- Plan Integral de Cefaleas de Andalucía
- Sistema de Información de Mortalidad por causas de Andalucía

Centro de Estudio Andaluces. Consejería de la Presidencia, Interior, Diálogo Social y Simplificación Administrativa de la Junta de Andalucía:

- Barómetro Andaluz de junio de 2024

Centro de Investigación Social Aplicada (CISA) de la Universidad de Málaga:

- Encuesta Jóvenes Andaluces 2021

Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad de la Junta de Andalucía:

- III Plan de Acción Integral para las Personas con Discapacidad en Andalucía

Instituto Nacional de Estadística (INE):

- Censos de Población y Viviendas
- Encuesta de Calidad de Vida en el Trabajo
- Encuesta Europea de Salud en España
- Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de dependencia
- Encuesta de Condiciones de Vida
- Encuesta de Empleo del Tiempo en Andalucía
- Encuesta de Morbilidad Hospitalaria

Ministerio de Sanidad:

- Datos de IVE
- Encuesta EMIS 2017
- Estudio Health Behaviour in School-aged Children (HBSC-2018 y 2022)
- Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud
- Informe Salud y género 2022. Aproximación multidisciplinar a la pandemia por COVID-19
- Informes anuales de Violencia de Género 2019-2022
- Registro Nacional de Actividad de la Sociedad Española de Fertilidad
- Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía

Ministerio de Educación y Formación Profesional:

- Informe Las Cifras de Educación en España. Estadísticas e Indicadores 2023

Ministerio de Igualdad:

- Boletín Estadístico Anual del Ministerio de Igualdad 2022

Ministerio de Justicia y Ministerio de Interior:

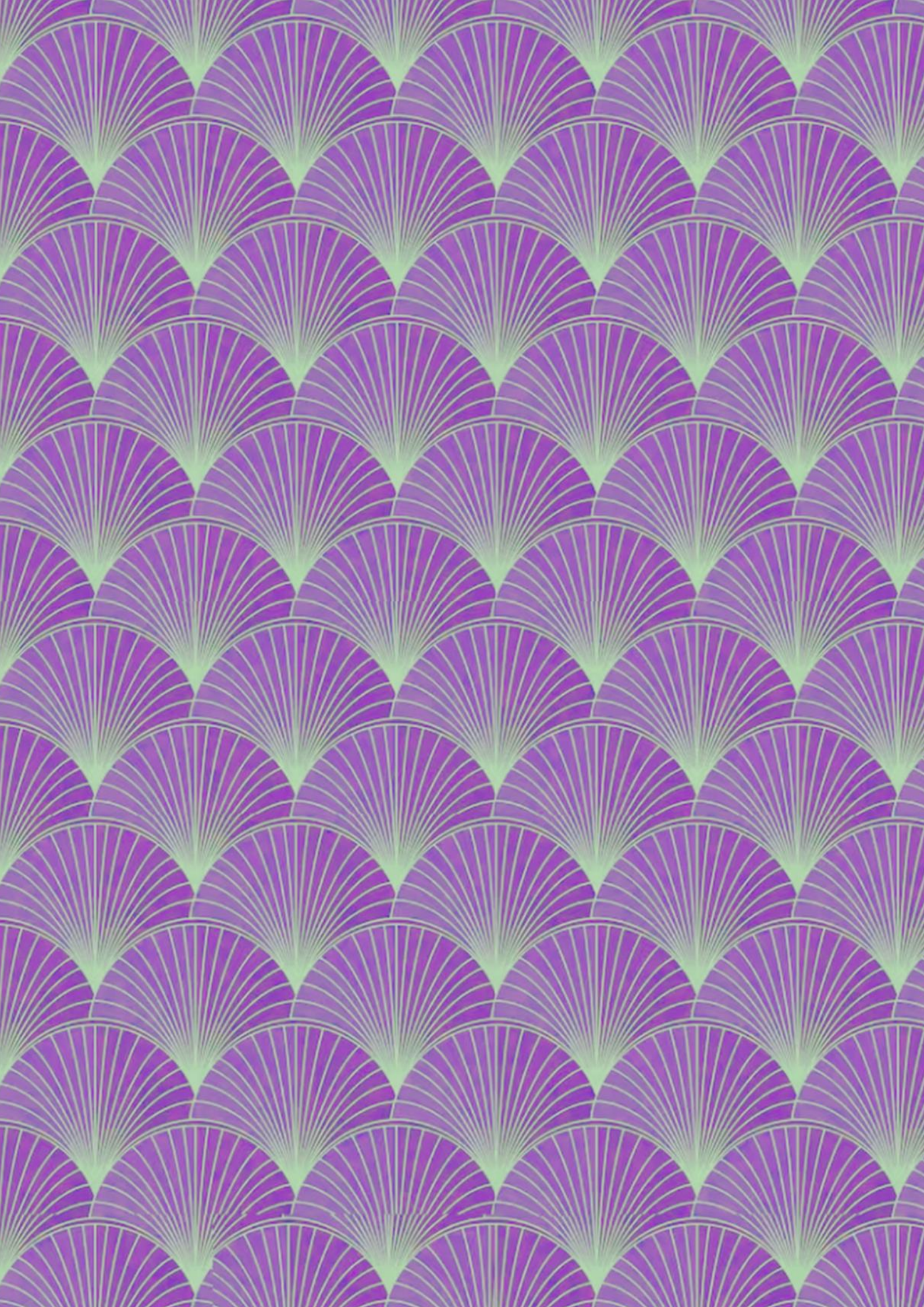
- Portal Estadístico de la Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género (DGVG)
- Sistema de Información de Partes al Juzgado de Guardia para la comunicación de asistencia sanitaria por lesiones (SIPLES).
- Macroencuesta de Violencia contra las Mujeres 2019
- Informes sobre delitos contra la libertad e indemnidad sexual 2018-2023

Otros Organismos nacionales:

- Informe La Situación de la Salud Mental en España (Confederación Salud Mental España y Fundación Mutua Madrileña)
- Informe de la Comisión Española de Ayuda al Refugiado (CEAR)
- Informe El Derecho a la Salud de las Mujeres y Niñas con Discapacidad. Fundación CERMI Mujeres
- Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2021. Fundación Wassu-UAB

Organismos internacionales:

- Base de Datos Poblacionales. Eurostat
- Datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS)
- Datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)
- Datos de la Organización Internacional para las Migraciones (OIM)
- Datos del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)
- Datos de Save The Children



Anexo 2: Índice de tablas

Tabla 1. Índice de feminización por provincia (Nº de mujeres con relación a los hombres). Andalucía, 2022 32

Tabla 2. Distribución de la población por sexo, tamaño del municipio y provincia. Andalucía, 2022 32

Tabla 3. Hogares unipersonales (en miles de hogares) por sexo y edad. Andalucía, comparativa 2017 y 2020..... 35

Tabla 4. Hogares formados por madre/padre sola/o con hijos (en miles de hogares) por sexo y edad del progenitor. Andalucía, 2021 36

Tabla 5. Tasas netas de escolarización en edades post-obligatorias en el sistema educativo y formativo por sexo y edad. Andalucía y España, evolución cursos 2015-2016 y 2020-2021 37

Tabla 6. Población con educación superior por sexo. Andalucía y España, 2021..... 37

Tabla 7. Tasa de actividad, de paro y de empleo. Andalucía, segundo Trimestre de 2023. 40

Tabla 8. Renta anual neta media por persona, por edad y sexo. Andalucía, 2022..... 41

Tabla 9. Hogares que perciben prestaciones sociales por tipo de prestación, según sexo de la persona de referencia. Andalucía, 2021..... 42

Tabla 10. Tasa de riesgo de pobreza o exclusión social (Nueva Estrategia 2021) y de sus componentes, según sexo y edad. Andalucía, 2021 43

Tabla 11. Porcentaje de personas que realizan principalmente las tareas domésticas según sexo y nivel de estudios. Andalucía, 2021 45

Tabla 12. Horas diarias dedicadas a las tareas domésticas en días laborables y no laborables por sexo (porcentajes). Andalucía, 2019..... 46

Tabla 13. Porcentaje (de personas entrevistadas) que dedica 5 horas o más diarias a las tareas domésticas en días laborables y en días no laborables, por sexo, edad y nivel de estudios. Andalucía, 2019 47

Tabla 14. Porcentaje de personas entrevistadas con la responsabilidad principal en los distintos tipos de tareas domésticas. Andalucía, 2019.....47

Tabla 15. Distribución de cuidadores y cuidadoras de personas con discapacidad de 6 y más años, según edad, nivel de estudios y situación laboral de la persona cuidadora, dentro de cada sexo. Andalucía, 2022.....49

Tabla 16. Horas diarias dedicadas al cuidado de hijos e hijas según sexo y edad de la persona entrevistada (personas de 30 a 60 años) (Porcentajes). Andalucía, 2019.....50

Tabla 17. Persona que se encarga de manera principal de distintas tareas del cuidado de menores (personas de 30 a 60 años) (Porcentajes). Andalucía, 2019.....52

Tabla 18. Distribución por sexo de personas de 30 a 60 años que ayudan en el cuidado de personas familiares adultas con necesidades (Porcentajes totales y por edad). Andalucía, 2019.....53

Tabla 19. Cuidado de personas mayores o personas con dolencias crónicas según sexo. Población adulta (>15 años) (porcentajes). Andalucía, 2020.....53

Tabla 20. Personas cuidadoras no profesionales por sexo. Andalucía, evolución 2016-2021.....54

Tabla 21. Acciones para conciliar en la trayectoria profesional según sexo y edad (porcentajes). Andalucía, 2019.....55

Tabla 22. Efectos en la trayectoria laboral por el cuidado de hijos o adultos dependientes por sexo (porcentajes) (Máximo dos respuestas). Andalucía, 2019.....56

Tabla 23. Porcentaje de personas que se ocupan siempre o habitualmente siempre de las tareas domésticas y del cuidado de menores del hogar durante el estado de alarma según sexo. Andalucía, 2020.....56

Tabla 24. Porcentaje de hogares que sufren determinados problemas, por sexo de la persona de referencia (año anterior a la entrevista). Andalucía, 2020.....58

Tabla 25. Mujeres y hombres en los equipos directivos de los centros del Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Andalucía, 2023.....62

Tabla 26. Mujeres y hombres empleadores/as en miles de personas y porcentaje de mujeres. Andalucía, 2022.....62

Tabla 27. Población que NO consume fruta diariamente, según sexo y edad (%). Andalucía 2021.....64

Tabla 28. Población con baja adherencia a la dieta mediterránea, según edad y nivel de estudios (%). Andalucía, 2023.....64

Tabla 29. Práctica de algún deporte y frecuencia en la población andaluza (%). Andalucía, 2024.....65

Tabla 30. Población que realiza menos de 3 días a la semana de caminata o cualquier otra actividad, según sexo y edad (%). Andalucía, 2021.....66

Tabla 31. Población que camina durante más de 30 minutos, 3 veces por semana, según edad (%). Andalucía 2012, 2016 y 2023.....67

Tabla 32. Población que con las horas que duerme descansa lo suficiente, según sexo y edad (%). Andalucía, 2021.....68

Tabla 33. Evolución del consumo de tabaco según sexo (porcentajes). Andalucía, 2017 y 2021.....69

Tabla 34. Porcentaje de personas que fuman diariamente según sexo y edad. Andalucía, 2021 69

Tabla 35. Evolución del porcentaje de personas que alguna vez han fumado cigarrillos electrónicos según sexo. Andalucía, 2017 y 2021.....70

Tabla 36. Prevalencia de consumo de alcohol según sexo y frecuencia (porcentajes). Andalucía, 2021.....70

Tabla 37. Porcentaje de personas que han consumido drogas en el último año según tipo de sustancia y sexo. Andalucía, 2021.....71

Tabla 38. Porcentaje de personas (de 12 a 64 años) que hacen uso diario de Internet por sexo y edad. Andalucía, 2021 72

Tabla 39. Porcentaje de personas (de 12 a 64 años) que se conectan diariamente en días laborables y realizan alguna de las siguientes tareas, según sexo. Andalucía, 2021.....72

Tabla 40. Porcentaje de personas (de 12 a 64 años) con usos problemáticos de Internet según sexo. Andalucía, 2021 73

Tabla 41. Población que fuma actualmente de forma diaria y población que consume algún tipo de bebida alcohólica a diario, una o varias veces al día (porcentajes). Andalucía, 2023.....74

Tabla 42. Principales indicadores de Mortalidad según sexo y brechas de género. Andalucía y provincias 2019-2021.....77

Tabla 43. Tasas brutas de mortalidad (por 100000 hab.) por grupos principales de causas, por sexo, ordenadas de mayor a menor en mujeres. Andalucía 2021 88

Tabla 44. Tasa estandarizada de años potenciales de vida perdidos (APVP) por 100000 hab., por sexo y provincia. Andalucía 2019-2021 97

Tabla 45. Mortalidad prematura evitable sensible a la prevención (MPSPR) y mortalidad prematura sensible a la atención sanitaria (MPSAS), todas las causas, por sexo. Andalucía y provincias 2021.....99

Tabla 46. Puntuación media de la escala SF-12 para el componente físico, por sexo y tamaño de hábitat, clase social y país de nacimiento. Andalucía 2023.....115

Tabla 47. Los 10 problemas de salud crónicos declarados más frecuentes en población adulta, por sexo y grupo de edad. Porcentaje y brecha de género (ordenados de mayor a menor prevalencia en mujeres). Andalucía 2023 128

Tabla 48. Los 10 problemas de salud crónicos declarados más frecuentes en población adulta, por sexo y grupo de edad. Porcentaje y brecha de género (ordenados de mayor a menor prevalencia en mujeres). Andalucía 2023 129

Tabla 49. Porcentaje de mujeres que realizan consultas ginecológicas, mamografías y citologías en servicios sanitarios públicos.....177

Tabla 50. Porcentaje de personas con salud mental percibida regular o mala. por sexo, lugar de residencia y nivel de estudios. Andalucía 2021 249

Tabla 51. Proporción de población con índice de bienestar emocional bajo, por sexo y brechas de género, según lugar de residencia y nivel educativo (porcentajes e intervalos de confianza al 95%). Andalucía 2021 251

Tabla 52. Número de casos de VIH por sexo y año. Andalucía (2013-2023) 263

Tabla 53. Número de casos de SIDA, por modo de transmisión y sexo. Andalucía (1981-2023) 265

Tabla 54. Población migrante, varios indicadores. Andalucía 2023 290

Tabla 55. Población en riesgo de sufrir MGF en Andalucía, 2021. 301

Tabla 56. Porcentaje de hogares con alguna persona con limitación (física, mental o sensorial). Datos por hábitat, núcleo de habitantes y sexo. Andalucía 2023 304

Tabla 57. Porcentaje de hogares de Andalucía con alguna persona con limitación (física, mental o sensorial). Datos por nivel de estudios y sexo. Andalucía 2023 305

Tabla 58. Porcentaje de hogares con alguna persona con limitación (física, mental o sensorial). Datos por nacimiento y sexo. Andalucía 2023 305

Tabla 59. Porcentaje de población de 6 y más años con discapacidad según grupo de discapacidad, sexo y edad (personas mayores de 6 años). Andalucía 2020. 307

Tabla 60. Porcentaje de personas de 6 y más años con discapacidad que han recibido servicios sanitarios en los últimos 12 meses por sexo. Andalucía 2020 310

Tabla 61. Ayuntamientos adheridos al Pacto Andaluz por la Accesibilidad. (Listado actualizado a 25/01/2024) 312

Tabla 62. Personas con discapacidad intelectual atendidas en Unidades de Salud Mental. Año 2020 314

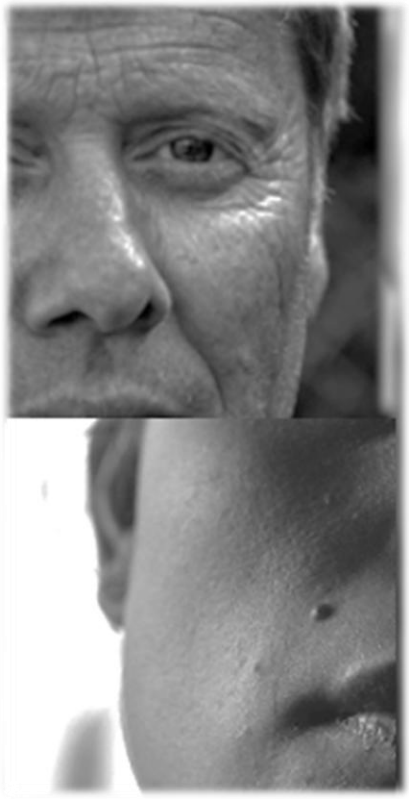
Tabla 63. Tasas anuales de denuncias, casos activos y órdenes de protección por violencia de género en Andalucía y provincias, periodo 2018 a 2023. 323

Tabla 64. Características de las mujeres detectadas con VG a partir de Partes al Juzgado, 2023 325

Tabla 65. Síntomas de salud en mujeres con VG, Andalucía, 2019 326

Tabla 66. Tasas de delitos contra la libertad sexual conocidos/10.000 mujeres por provincia, 2018 a 2023 327

Tabla 67. Actividades realizadas y profesionales con formación en VG en el SSPA 2018 a 2022 331



Anexo 3: Índice de gráficos

Gráfico 1. Pirámide de población, distribución de la población por sexo y edad. Andalucía, 2022 33

Gráfico 2. Evolución de nacimientos, defunciones y crecimiento natural. Andalucía, 2021 34

Gráfico 3. Porcentaje de personas asalariadas a tiempo completo según las horas que dedican a las tareas domésticas en días laborables por sexo. Andalucía, 2019.....48

Gráfico 4. Porcentaje de mujeres y hombres que afirman que siempre se hacen cargo de gestiones básicas del cuidado de los hijos/as. Andalucía, 2019.....51

Gráfico 5. Porcentaje de personas que realizan distintas actividades de ocio con alguna frecuencia semanal o mensual por sexo. Andalucía, 2019.....54

Gráfico 6. Población según la calidad del medioambiente del entorno en el que reside. Andalucía, 2023.....59

Gráfico 7. Porcentaje de población con apoyo social funcional bajo según edad y sexo. Andalucía, 2023.....60

Gráfico 8. Tasa de mortalidad general estandarizada por 100.000 habitantes, por sexo y provincia. Andalucía 2021 78

Gráfico 9. Número de defunciones por todas las causas, por sexo y edad. Andalucía 2021 79

Gráfico 10. Porcentaje de defunciones sobre el total, según sexo y edad. Andalucía 2021.....80

Gráfico 11. Evolución de la tasa bruta de mortalidad por 1000 habitantes por sexo. Andalucía 1990-2022 80

Gráfico 12. Esperanza de vida al nacer (EVN) en años por sexo. Andalucía y provincias 2021.....81

Gráfico 13. Evolución de la esperanza de vida al nacer (EVN) en años por sexo y brecha de género. Andalucía 1975-2021 82

Gráfico 14. Esperanza de vida al nacer (EVN) en años por sexo. España y CC.AA. 2022 83

Gráfico 15. Esperanza de vida a los 65 años (EV65) por sexo. Andalucía y provincias 2021.....84

Gráfico 16. Evolución de la esperanza de vida a los 65 años (EV65) por sexo y brecha de género. Andalucía 1975-2021 84

Gráfico 17. Esperanza de vida a los 65 años (EV65) por sexo. España y comunidades autónomas 2022 85

Gráfico 18. Años de vida saludable al nacer y a los 65 años, por sexo. Andalucía y España 2022 86

Gráfico 19. Porcentaje de las 10 causas de muerte más frecuentes sobre el total de defunciones por sexo. Andalucía 2021 89

Gráfico 20. Tasas estandarizadas de mortalidad por 100000 habitantes según las principales causas, por sexo. Andalucía 2021 90

Gráfico 21. Tasas estandarizadas de mortalidad por 100000 habitantes según las principales causas, por sexo. Almería 2021 90

Gráfico 22. Tasas estandarizadas de mortalidad por 100000 habitantes según las principales causas, por sexo. Cádiz 2021 90

Gráfico 23. Tasas estandarizadas de mortalidad por 100000 habitantes según las principales causas, por sexo. Córdoba 2021 91

Gráfico 24. Tasas estandarizadas de mortalidad por 100000 habitantes según las principales causas, por sexo. Granada 2021 91

Gráfico 25. Tasas estandarizadas de mortalidad por 100000 habitantes según las principales causas, por sexo. Huelva 2021 92

Gráfico 26. Tasas estandarizadas de mortalidad por 100000 habitantes según las principales causas, por sexo. Jaén 2021 92

Gráfico 27. Tasas estandarizadas de mortalidad por 100000 habitantes según las principales causas, por sexo. Málaga 2022 93

Gráfico 28. Tasas estandarizadas de mortalidad por 100000 habitantes según las principales causas, por sexo. Sevilla 2021 93

Gráfico 29. Tasa bruta de mortalidad por 100.000 de 1 a 14 años, por causa y sexo. Andalucía 2021 94

Gráfico 30. Tasa estandarizada de mortalidad por 100.000 hab. de 15 a 64 años, por causa y sexo. Andalucía 2021 94

Gráfico 31. Tasas estandarizadas de mortalidad por 100000 hab. en personas de 65 y más años, por causa y sexo. Andalucía 2021 95

Gráfico 32. Tasa estandarizada de años potenciales de vida perdidos (APVP) por 100000 hab. todas las causas, por sexo y brecha de género. Andalucía 2012-2021 96

Gráfico 33. Tasas estandarizadas de años potenciales de vida perdidos (APVP) según las principales causas de muerte, según sexo. Andalucía 2021 98

Gráfico 34. Evolución de la tasa estandarizada de mortalidad prematura sensible a la prevención (MPSPR/100000 hab.), todas las causas, por sexo. Andalucía 2017-2021 100

Gráfico 35. Evolución de la tasa estandarizada de mortalidad prematura sensible a la atención sanitaria (MPSAS/100000 hab.), todas las causas, por sexo. Andalucía 2017-2021 100

Gráfico 36. Porcentaje de personas mayores de 15 años con valoración positiva de su salud, por sexo. España y CCAA 2020.....103

Gráfico 37. Porcentaje de personas de 65 años y más con valoración positiva de su salud, por sexo. España y CCAA 2020.....104

Gráfico 38. Porcentaje de chicas y chicos de 11 a 18 años según percepción de su salud, por sexo y edad. Andalucía 2018 105

Gráfico 39. Gráfico 39. Porcentaje de población adulta (>15 años) según percepción de su salud en general, por sexo, y brecha de género. Andalucía 2023 105

Gráfico 40. Población adulta (>15 años) con salud percibida regular o mala, por sexo y edad. Porcentajes e intervalos de confianza (IC 95%). Andalucía 2023.....106

Gráfico 41. Brechas de género en población adulta con salud percibida mala o muy mala según edad (porcentajes e intervalos de confianza al 95%). Andalucía 2023 106

Gráfico 42. Población adulta (>15 años) con salud percibida regular o mala, por sexo y clase social. Porcentajes e intervalos de confianza (IC 95%) de prevalencia y brecha de género. Andalucía 2023107

Gráfico 43. Población adulta (>15 años) con salud percibida regular o mala, por sexo y nivel de estudios. Porcentajes e intervalos de confianza (IC 95%) de prevalencia y brecha de género. Andalucía 2023 108

Gráfico 44. Población adulta (>15 años) con salud percibida regular o mala, por sexo y tamaño de hábitat de residencia. Porcentajes e intervalos de confianza (IC 95%) de prevalencia y brecha de género. Andalucía 2023.....109

Gráfico 45. Población adulta (>15 años) con salud percibida regular o mala, por sexo y lugar de nacimiento. Porcentajes e intervalos de confianza (IC 95%) de prevalencia y brecha de género. Andalucía 2023 110

Gráfico 46. Población adulta (>15 años) con salud percibida regular o mala, por sexo y provincia de residencia. Porcentajes e intervalos de confianza (IC 95%) de prevalencia y brecha de género. Andalucía 2023 111

Gráfico 47. Población adulta (>15 años) con salud percibida regular o mala, por sexo y año. Porcentaje y brecha de género. Andalucía 2007, 2012, 2016 y 2023 112

Gráfico 48. Puntuaciones medias de la escala SF-12 (componente física) por sexo y edad. Andalucía 2023 114

Gráfico 49. Puntuaciones medias de la escala SF-12 (componente física) por sexo y nivel de estudios. Andalucía 2023 115

Gráfico 50. Puntuaciones medias de la escala SF-12 (componente física) por sexo y provincia de residencia. Andalucía 2023 116

Gráfico 51. Evolución de las puntuaciones medias de la escala SF12 componente física por sexo. 116

Gráfico 52. Población adulta (>15 años) que dejó de hacer algunas tareas de su trabajo o actividad cotidiana por problemas físicos en las 4 últimas semanas, por sexo y edad. Porcentajes e intervalos de confianza (IC 95%) de prevalencia y brecha de género. Andalucía 2023.....117

Gráfico 53. Población adulta (>15 años) que dejó de hacer algunas tareas de su trabajo o actividad cotidiana por problemas físicos en las 4 últimas semanas, por sexo y clase social. Porcentajes e intervalos de confianza (IC 95%) de prevalencia y brecha de género. Andalucía 2023.....118

Gráfico 54. Población adulta (>15 años) que dejó de hacer algunas tareas de su trabajo o actividad cotidiana por problemas físicos en las 4 últimas semanas, por sexo y nivel de estudios alcanzado. Porcentajes e intervalos de confianza (IC 95%) de prevalencia y brecha de género. Andalucía 2023119

Gráfico 55. Población adulta (>15 años) que dejó de hacer algunas tareas de su trabajo o actividad cotidiana por problemas físicos en las 4 últimas semanas, por sexo y provincia de residencia. Porcentajes e intervalos de confianza (IC 95%) de prevalencia y brecha de género. Andalucía 2023120

Gráfico 56. Evolución de la población adulta (>15 años) que dejó de hacer algunas tareas de su trabajo o actividad cotidiana por problemas físicos en las 4 últimas semanas, por sexo y año. Porcentajes de prevalencia y brecha de género. Andalucía 2007, 2012, 2016, 2023 121

Gráfico 57. Población adulta según el padecimiento de alguna enfermedad crónica, porcentaje según sexo y brecha de género. Andalucía 2021.....123

Gráfico 58. Población adulta (>15 años) con alguna enfermedad o problema de salud crónico percibido, porcentaje según sexo y comunidad autónoma. España y Comunidades Autónomas, 2020.....124

Gráfico 59. Población adulta (>15 años) según el número de padecimientos crónicos declarados por sexo y edad (media e IC 95%). Andalucía 2023.....125

Gráfico 60. Población adulta (>15 años) según el número de padecimientos crónicos declarados por sexo y clase social (media e IC 95%). Andalucía 2023.....125

Gráfico 61. Población adulta (>15 años) según el número de padecimientos crónicos declarados por sexo y provincia de residencia (media e IC 95%). Andalucía 2023.....126

Gráfico 62. Porcentaje de población que declara padecer determinados tipos de problemas crónicos de salud, por sexo. Andalucía, 2023.....127

Gráfico 63. Población adulta (>15 años) con diagnóstico de dolor crónico, por sexo, edad y clase social, prevalencia y brecha de género (porcentajes e IC 95%). Andalucía 2023.....132

Gráfico 64. Población adulta (>15 años) con diagnóstico de dolor crónico, por sexo y provincia de residencia. Porcentajes y brecha de género (porcentajes e IC 95%). Andalucía 2023.....134

Gráfico 65. Población adulta (>15 años) con diagnóstico de dolor crónico, por sexo y año. Porcentaje y brecha de género. Andalucía 2007, 2012, 2016 y 2023 135

Gráfico 66. Población adulta (>15 años) con diagnóstico de dolor de espalda por sexo, edad y clase social (porcentaje e IC95%). Andalucía 2023 136

Gráfico 67. Población adulta (>15 años) con diagnóstico de cefalea crónica por sexo, edad y clase social (porcentaje e IC95%). Andalucía 2023 137

Gráfico 68. Población adulta (>15 años) con diagnóstico de fibromialgia por sexo, edad y clase social (porcentaje e IC 95%) y evolución de 2012 a 2023 (porcentaje y brecha de género). Andalucía 138

Gráfico 69. Población adulta (>15 años) con diagnóstico de HTA por sexo, edad (porcentaje y brecha de género e IC 95%), clase social (porcentaje e IC 95%) en 2023 y evolución de 2007 a 2023 (porcentaje y brecha de género). Andalucía 139

Gráfico 70. Población adulta (>15 años) con diagnóstico de patología cardiaca por sexo, edad y clase social (porcentaje y brecha de género e IC 95%). Andalucía 2023 141

Gráfico 71. Población adulta (>15 años) con diagnóstico de angina de pecho por sexo, edad y clase social (porcentaje y brecha de género e IC 95%). Andalucía 2023 142

Gráfico 72. Población adulta (>15 años) con diagnóstico de accidente cerebrovascular por sexo, edad y clase social (porcentaje y brecha de género e IC 95%). Andalucía 2023.....144

Gráfico 73. Población adulta (>15 años) con diagnóstico de trastornos cardíacos/insuficiencia cardíaca, angina de pecho y accidente cerebrovascular por sexo y provincia de residencia (porcentaje y brecha de género e IC 95%). Andalucía 2023.....145

Gráfico 74. Población adulta (>15 años) con diagnóstico de trastornos cardíacos/insuficiencia cardíaca, angina de pecho y accidente cerebrovascular por sexo (porcentaje y brecha de género e IC 95%). Andalucía 2012, 2016 y 2023 148

Gráfico 75. Población adulta (>15 años) con diagnóstico de artritis/artrosis por sexo, edad y clase social (porcentaje y brecha de género e IC 95%). Andalucía 2023 149

Gráfico 76. Población adulta (>15 años) con diagnóstico de artritis/artrosis por sexo y provincia de residencia (porcentaje y brecha de género e IC 95%). Andalucía 2023 151

Gráfico 77. Población adulta (>15 años) con diagnóstico de artritis/artrosis por sexo y año (porcentaje y brecha de género e IC 95%). Andalucía 2007, 2012, 2016 y 2023.....152

Gráfico 78. Población adulta (>15 años) con diagnóstico de diabetes por sexo, edad y clase social (porcentaje y brecha de género e IC 95%). Andalucía 2023.....153

Gráfico 79. Población adulta (>15 años) con diagnóstico de diabetes por sexo y provincia de residencia (porcentaje y brecha de género e IC 95%). Andalucía 2023 154

Gráfico 80. Población adulta (>15 años) con diagnóstico de diabetes por sexo y año (porcentaje y brecha de género e IC 95%). Andalucía 2007, 2012, 2016 y 2023 155

Gráfico 81. Población adulta (>15 años) con diagnóstico de sobrepeso u obesidad por sexo, edad y clase social (porcentaje y brecha de género e IC 95%). Andalucía 2023 156

Gráfico 82. Población adulta (>15 años) según la percepción de su peso en relación con su talla por sexo (porcentaje). Andalucía 2023 157

Gráfico 83. Población adulta (>15 años) con diagnóstico de sobrepeso u obesidad por sexo y provincia de residencia (porcentaje y brecha de género e IC 95%). Andalucía 2023.....158

Gráfico 84. Población adulta (>15 años) con diagnóstico de sobrepeso u obesidad por sexo y año (porcentaje y brecha de género e IC 95%). Andalucía 2007, 2012, 2016 y 2023.....159

Gráfico 85. Población adulta (>15 años) con diagnóstico de EPOC por sexo, edad y clase social (porcentaje y brecha de género e IC 95%). Andalucía 2023....160

Gráfico 86. Población adulta (>15 años) con diagnóstico de EPOC por sexo y provincia de residencia (porcentaje y brecha de género e IC 95%). Andalucía 2023....161

Gráfico 87. Población adulta (>15 años) con diagnóstico de EPOC por sexo y año (porcentaje y brecha de género e IC 95%). Andalucía 2007, 2012, 2016 y 2023....162

Gráfico 88. Porcentaje de población con cobertura sanitaria mixta, pública y privada, por sexo. Andalucía (2007-2023)....166

Gráfico 89. Porcentaje de población con cobertura sanitaria mixta, pública y privada. Andalucía (2023)....166

Gráfico 90. Porcentaje de población que acude a un centro sanitario público acompañando a otra persona, por sexo. Andalucía (2007-2023)....169

Gráfico 91. Porcentaje de población que acude a un centro sanitario público por un problema propio en el último año, por sexo (2007-2023)....169

Gráfico 92. Porcentaje de población que utiliza servicios públicos para cubrir necesidades de salud propias. Andalucía (2023)....170

Gráfico 93. Porcentaje de población que utiliza servicios sanitarios públicos acompañando a otras personas. Andalucía (2007-2023)....172

Gráfico 94. Porcentaje de población que acude en su última visita a urgencias a un centro sanitario público, por sexo. Andalucía (2007-2023)....174

Gráfico 95. Porcentaje de población que utilizó un servicio sanitario público en su última consulta urgente. Andalucía (2023)....175

Gráfico 96. Porcentaje de mujeres a quienes se realizó alguna mamografía por prescripción médica. Andalucía (2007-2023)....178

Gráfico 97. Tiempo transcurrido desde la última mamografía realizada. Andalucía (2007-2023)....178

Gráfico 98. Porcentaje de mujeres con alguna citología vaginal realizada por prescripción médica. Andalucía (2007-2023)....179

Gráfico 99. Tiempo transcurrido desde la última citología vaginal realizada. Andalucía (2007-2023)179

Gráfico 100. Porcentaje de población que acudió al dentista en los últimos seis meses. Andalucía (2007-2023)....180

Gráfico 101. Población que en su última visita al dentista acudió a un centro sanitario público, por sexo. Andalucía (2007-2023)....180

Gráfico 102. Porcentaje de población que utilizó un servicio sanitario público en su última consulta odontológica. Andalucía (2023)....181

Gráfico 103. Evolución de las tasas de pacientes en espera de primera consulta externa hospitalaria procedente de Atención Primaria, por sexo. Andalucía 2018-2023....183

Gráfico 104. Evolución del porcentaje de pacientes en espera, fuera de garantía de plazo, para una primera consulta externa hospilaria procedente de Atención Primara, por sexo. Andalucía 2018-2023.....183

Gráfico 105. Evolución del número medio de días de demora para primera consulta de especialidades procedente de Atención Primaria, por sexo*. Andalucía 2018-2023.....184

Gráfico 106. Porcentaje de población en espera de atención externa hospitalaria durante más de 60 días. Andalucía (2023).....185

Gráfico 107. Nº medio de días en espera de acceso a atención externa hospitalaria, por procedencia y sexo. Andalucía (2023).....185

Gráfico 108. Número de mujeres y hombres en espera de atención externa hospitalaria. Andalucía 2023*.....186

Gráfico 109. Porcentaje de población en lista de espera con cita para una primera consulta, por sexo y especialidad. Andalucía 2023.....187

Gráfico 110. Tiempo medio (días) en lista de espera para acceder a primera consulta, por sexo y especialidad. Andalucía 2023.....188

Gráfico 111. Tiempo medio (días) en lista de espera con cita procedente de Atención Primaria, por especialidad. Mujeres y hombres. Andalucía, 2023.....189

Gráfico 112. Pacientes en espera primera consulta de Cirugía Ortopédica y Traumatología procedente de Atención Primaria por población según sexo. Andalucía 2018-2023*.....190

Gráfico 113. Pacientes fuera de plazo para primera consulta de Cirugía Ortopédica y Traumatología procedente de Atención Primaria en relación al total de pacientes en espera según sexo. Andalucía 2018-2023*.....190

Gráfico 114. Nº medio de días de demora para primera consulta de Cirugía Ortopédica y Traumatología procedente de Atención Primaria según sexo. Andalucía 2018-2023*.....190

Gráfico 115. Población en espera de primera consulta de Neurología procedente de Atención Primaria, por sexo. Andalucía 2018-2023*.....191

Gráfico 116. Pacientes fuera de plazo para primera consulta de Neurología procedente de Atención Primaria en relación al total de pacientes en espera según sexo. Andalucía 2018-2023*..191

Gráfico 117. Nº medio de días de demora para primera consulta de Neurología procedente de Atención Primaria según sexo. Andalucía 2018-2023*.....192

Gráfico 118. Porcentaje de población que dice haber estado en lista de espera para hospitalización, por sexo. Andalucía (2007-2023).....192

Gráfico 119. Porcentaje de población que dice haber estado en lista de espera para hospitalización. Andalucía (2007-2023).....193

Gráfico 120. Pacientes en espera para intervención quirúrgica por población según sexo. Andalucía 2018-2023*.....195

Gráfico 121. Pacientes fuera de plazo (más de 365 días) intervención quirúrgica en relación al total de pacientes en espera según sexo. Andalucía 2018-2023*.....195

Gráfico 122. Demora media para intervención quirúrgica según sexo. Andalucía 2018-2023*.....196

Gráfico 123. Pacientes en espera para intervención quirúrgica por población según sexo. Andalucía 2018-2023*.....196

Gráfico 124. Pacientes fuera de plazo intervención quirúrgica en relación al total de pacientes en espera según sexo. Andalucía 2018-2023* 197

Gráfico 125. Demora media para intervención quirúrgica según sexo. Andalucía 2018-2023*.....197

Gráfico 126. Personas con al menos una visita al año a alguno de los profesionales del centro de salud por cada 1.000 asignadas según sexo 199

Gráfico 127. Frecuentación a medicina de familia por personas asignadas y sexo. 2018-2022.....200

Gráfico 128. Frecuentación a enfermería por personas asignadas y sexo. 2018-2022.....200

Gráfico 129. Porcentaje de consultas a medicina de familia, por lugar de atención y sexo. Andalucía (2018-2022) 201

Gráfico 130. Porcentaje de consultas a enfermería, por lugar de atención y sexo. Andalucía (2018-2022).....201

Gráfico 131. Porcentaje de población que ha tenido un ingreso hospitalario en el último año, por sexo (2007-2023).....201

Gráfico 132. Porcentaje de población que ha tenido un ingreso hospitalario en el último año (2023) 202

Gráfico 133. Altas de hospitalización (excluyendo partos). Hospitales de Agudos. SSPA. 2018-2022204

Gráfico 134. Estancias medias por sexo. Hospitales de Agudos. SSPA. 2018-2022.....205

Gráfico 135. Estancias medias (excluyendo partos y cesáreas) por sexo. Hospitales de Agudos. SSPA. 2018-2022.....205

Gráfico 136. Porcentaje de población que estuvo acompañada por una mujer todo o casi todo el tiempo de su último ingreso hospitalario. Andalucía (2023).....206

Gráfico 137. Tasa de ambulatorización, por sexo. Hospitales de Agudos. SSPA. 2018-2022.....208

Gráfico 138. Tasa poblacional de donantes de órganos según sexo. Andalucía 2018-2023.....209

Gráfico 139. Trasplantes de hígado, por sexo. Andalucía (2018-2023).....210

Gráfico 140. Trasplantes de pulmón, por sexo. Andalucía (2018-2023) 210

Gráfico 141. Trasplantes de riñón, por sexo. Andalucía (2018-2023).....210

Gráfico 142. Trasplantes de corazón, por sexo. Andalucía (2018-2023).....211

Gráfico 143. Trasplantes de páncreas, por sexo. Andalucía (2018-2023).....211

Gráfico 144. Consultas urgentes por persona asignada a profesionales de Atención Primaria, por sexo. Andalucía 2018-2023 212

Gráfico 145. Tasa de utilización de urgencias hospitalarias, por sexo. Hospitales de agudos. Andalucía (2018-2022) 212

Gráfico 146. Exitus en urgencias hospitalarias, por sexo. Hospitales de agudos. SSPA 2018-2022 ...213

Gráfico 147. Personas atendidas por los equipos de emergencias del 061 por 10.000 hab. según sexo. Andalucía 2018-2023 213

Gráfico 148. Personas atendidas por los equipos de emergencias del 061 por 10.000 hab. según sexo. Provincias de Andalucía 2023....214

Gráfico 149. Población que ha recibido consejo médico para realizar ejercicio por sexo (2007-2023)216

Gráfico 150. Personas con nivel de colesterol registrado por mil personas asignadas según sexo 2020-2022 217

Gráfico 151. Personas con nivel de colesterol registrado por mil personas atendidas según sexo 2020-2022 217

Gráfico 152. Personas con nivel de glucosa registrado por mil personas asignadas según sexo 2020-2022 218

Gráfico 153. Personas con nivel de glucosa registrado por mil personas atendidas según sexo 2020-2022 218

Gráfico 154. Personas con nivel de presión arterial registrado por mil personas asignadas según sexo 2020-2022 219

Gráfico 155. Personas con nivel de presión arterial registrado por mil personas atendidas según sexo 2020-2022 219

Gráfico 156. Personas que han recibido una invitación válida a participar en el cribado sobre la población diana. 2018-2023 220

Gráfico 157. Personas que han recibido una invitación válida a participar en el cribado sobre la población diana, por provincia. Andalucía (2023) 220

Gráfico 158. Personas que han entregado efectivamente el test de sangre oculta en heces sobre el total de personas que recibieron una invitación válida. 2018-2023....221

Gráfico 159. Cobertura vacunal de gripe según edad. Campaña 2018-2019 a 2022-2023 221

Gráfico 160. Cobertura vacunal de gripe en personas menores de 65 años, según sexo. Campaña 2018-2019 a 2022-2023....222

Gráfico 161. Cobertura vacunal de gripe en personas de 65 años o más, según sexo. Campaña 2018-2019 a 2022-2023....222

Gráfico 162. Cobertura vacunal de gripe en mayores de 64 años por sexo y provincia. Campaña 2022-2023....223

Gráfico 163. Evolución del número de envases prescritos con receta médica y dispensados en farmacia con cargo al SAS, por sexo. Andalucía (2018-2023) 225

Gráfico 164. Evolución del porcentaje de envases prescritos y dispensados (con cargo al SAS) a mujeres y hombres y brecha de género. Andalucía (2018-2023) 225

Gráfico 165. Evolución del número de envases prescritos y dispensados en farmacia con cargo al SAS, de diferentes tipos de medicamentos y brecha de género. Andalucía (2018-2023) 227

Gráfico 166. Evolución del porcentaje de mujeres y hombres a quien se ha dispensado al menos un medicamento al año. Andalucía (2018-2023).....229

Gráfico 167. Evolución del porcentaje de personas a quienes se ha dispensado algún medicamento, por sexo y edad. Andalucía (2018-2023) 230

Gráfico 168. Población que ha utilizado algún medicamento en las dos últimas semanas, por sexo. Andalucía (2018-2023) 231

Gráfico 169. Población que ha utilizado cinco o más medicamentos en las últimas dos semanas, por sexo. Andalucía (2018-2023).....231

Gráfico 170. Consumo de algún medicamento en las últimas dos semanas por sexo y edad. Andalucía (2023).....232

Gráfico 171. Consumo de 5 o más medicamentos en las últimas dos semanas por sexo y edad. Andalucía (2023).....232

Gráfico 172. Brecha de género entre la población que utilizó algún medicamento, por edad. Andalucía (2023).....232

Gráfico 173. Brecha de género entre la población que utilizó cinco medicamentos por edad. Andalucía (2023).....232

Gráfico 174. Diagnóstico de depresión/ansiedad por sexo. Porcentaje y Brecha. Andalucía 2007-2023.....235

Gráfico 175. Diagnóstico de depresión/ansiedad. Segmentación por clase, edad, estudios y grado de urbanización. Andalucía 2023.....236

Gráfico 176. Gráfico. Diagnóstico de depresión/ansiedad. Provincias de Andalucía 2023.....238

Gráfico 177. Consumo de antidepresivos en las últimas 2 semanas. Segmentación por clase social, edad, nivel de estudios y grado de urbanización. Andalucía 2023.....238

Gráfico 178. Consumo de antidepresivos últimas 2 semanas. Provincias de Andalucía 2023 240

Gráfico 179. Consumo de tranquilizantes últimas 2 semanas. Segmentación por clase social, edad, nivel de estudios y grado de urbanización. Andalucía 2023.....240

Gráfico 180. Consumo de tranquilizantes últimas 2 semanas. Provincias de Andalucía 2023.....242

Gráfico 181. Consumo de pastillas para dormir últimas 2 semanas. Segmentación por clase social, edad, nivel de estudios y grado de urbanización. Andalucía 2023.....242

Gráfico 182. Consumo de pastillas para dormir, últimas 2 semanas. Provincias de Andalucía 2023244

Gráfico 183. Porcentaje de mujeres y hombres en hogares con alguna persona con problemas de nervios, depresión o salud mental, Andalucía, 2007-2023 244

Gráfico 184. Porcentaje de mujeres y hombres que viven en hogares con alguna persona con problemas de nervios, depresión o salud mental (por clase social, edad, nivel de estudios y grado de urbanización). Andalucía 2023 245

Gráfico 185. Calidad de vida relacionada con la salud (Puntuación SF12). Datos por sexo y brecha de género. Andalucía 2023 247

Gráfico 186. Percepción de salud mental población adulta (>15 años) por sexo y brecha de género. Andalucía 2021 247

Gráfico 187. Salud mental percibida regular o mala. Porcentaje por sexo. Andalucía 2021 248

Gráfico 188. Brechas de género en población adulta con salud mental percibida regular o mala. (% e IC). Andalucía 2021 248

Gráfico 189. Proporción de población con índice de bienestar emocional bajo, por sexo y edad (porcentajes e intervalos de confianza al 95%). Andalucía 2021 250

Gráfico 190. Brechas de género en población con índice de bienestar emocional bajo, según edad (porcentajes e intervalos de confianza al 95%). Andalucía 2021 250

Gráfico 191. Proporción de población con índice de bienestar emocional bajo, por sexo y nivel educativo (porcentajes e intervalos de confianza al 95%). Andalucía 2021 251

Gráfico 192. Diagnósticos salud mental por sexo. Prevalencia x 10.000 habitantes y brecha de género. Andalucía 2023....252

Gráfico 193. Población atendida en cada grupo de edad por sexo. Citas y brecha. Andalucía 2023 253

Gráfico 194. Distribución porcentual de la prescripción farmacológica por sexo. Andalucía 2023...254

Gráfico 195. Número de personas mayores de 18 años con tentativas de suicidio por cada 100.000 habitantes. Datos provinciales andalucía 2023....254

Gráfico 196. Porcentaje de jóvenes de 18 a 34 años, según la edad en su primera relación sexual, por sexo Andalucía (2021)....257

Gráfico 197. Métodos anticonceptivos. Andalucía....261

Gráfico 198. Porcentaje de población que no utiliza ningún método anticonceptivo por grupo de edad y sexo. Andalucía 2023 262

Distribución de la frecuencia de uso de la "píldora del día después" en chicas de 15 a 18 años. Andalucía (2021)....262

Gráfico 199. Evolución de tasas de incidencia de nuevos diagnósticos de infección por VIH por 100.000 hab., según sexo Andalucia (2013-2023) 263

Gráfico 200. Razón hombre/mujer de los casos de VIH. Andalucía (2013-2023) 264

Gráfico 201. Número de nuevos diagnósticos de infección por el VIH y tasas por 100.000 hab., por provincia y sexo. (Andalucía, 2023) 264

Gráfico 202. Número medio de hijos por mujer según nivel de estudios alcanzados y edad. Andalucía (2022)....266

Gráfico 203. Porcentaje de población mayor de 16 años con dificultad para conseguir un embarazo y tiempo medio (años) en conseguirlo, por provincias. Andalucía (2023)....268

Gráfico 204. Evolución del número de partos y porcentaje de cesáreas. Andalucía (2009-2023....269

Gráfico 205. Número de partos vaginales y porcentaje de cesáreas por provincias. Andalucía (2023) 270

Gráfico 206. Porcentaje de partos instrumentados por tipo de financiación de los centros de atención especializada. Andalucía (2021) 270

Gráfico 207. Porcentajes de episiotomías en hospitales públicos y privados. Andalucía. 2021 271

Gráfico 208. Porcentajes de partos prematuros y nacidos con bajo peso. 272

Gráfico 209. Evolución de la tasa de mortalidad materna (madres fallecidas por cada 100.000 nacidos vivos). Andalucía y España (2016-2022) 273

Gráfico 210. Evolución de la tasa de mortalidad perinatal por sexo. Andalucía 2017-2023 274

Gráfico 211. Evolución de las tasas de fecundidad e IVE adolescente por cada 1000 mujeres de 15 a 19 años. Andalucía (2013-2022) 275

Gráfico 212. Evolución del porcentaje de mujeres mayores de 16 años que sufren dolor menstrual. Andalucía (2007-2012-2016-2023) 277

Gráfico 213. Evolución del número de envases de anticonceptivos dispensados en los centros sanitarios públicos. Andalucía (2017-2023) 281

Gráfico 214. Evolución del número de envases de Levonorgestrel dispensados en los servicios de urgencias. Andalucía (2023)....281

Gráfico 215. Evolución de las tasas de IVE por 1000 mujeres de 15 a 44 años. España y Andalucía (2012-2023)....282

Gráfico 216. Número de IVEs según provincia de residencia y grupo de edad. Andalucía (2023)....283

Gráfico 217. Porcentaje de IVEs por provincia y nivel de estudios. Andalucía (2023) 283

Gráfico 218. Evolución del número de ciclos de FIV/ICSI realizados en centros públicos y privados. Andalucía (2008-2022) 285

Gráfico 219. Evolución del número de ciclos de Inseminación Artificial realizados en centros públicos y privados. Andalucía (2008-2022)....285

Gráfico 220. Evolución del número de partos. España y Andalucía (2009-2022)....286

Gráfico 221. Gráfico. Población de nacionalidad extranjera según sexo y provincia. Andalucía 2022.290

Gráfico 222. Víctimas de Trata con Fines de Explotación Sexual en Andalucía, 2018 a 2022. 300

Gráfico 223. Porcentaje de hogares con alguna persona con limitación física, mental o sensorial por edad y sexo. Andalucía 2023 303

Gráfico 224. Porcentaje de hogares con alguna persona con limitación (física, mental o sensorial). Andalucía 2007-2023 303

Gráfico 225. Porcentaje de hogares con alguna persona con limitación (física, mental o sensorial) y brechas de género. Provincias de Andalucía 2023....304

Gráfico 226. Tasa de población de 6 y más años con alguna discapacidad, por sexo y edad. Tasas por mil habitantes. Andalucía 2020....306

Gráfico 227. Porcentaje de población de 6 y más años con discapacidad según grupo de discapacidad y sexo. Andalucía 2020....307

Gráfico 228. Valoración del estado de salud por CCAA, sexo y edad. Andalucía. Población de 6 y más años con discapacidad....308

Gráfico 229. Enfermedades crónicas diagnosticadas en Andalucía por sexo. Población de 6 y más años con discapacidad....309

Gráfico 230. Porcentaje de personas de 6 y más años con discapacidad que no han recibido algún servicio sanitario, según el motivo, por CCAA y sexo. Andalucía 2020....310

Gráfico 231. Población de 6 y más años con discapacidad (en miles de personas) que recibe cuidados según la CCAA, edad y sexo de la persona cuidadora principal. Andalucía 2022....311

Gráfico 232. Población de 6 y más años con discapacidad (en miles de personas) que recibe cuidados según el parentesco/relación de la persona cuidadora principal por CCAA, sexo y edad de la persona con discapacidad. Andalucía 2022....312

Gráfico 233. Variación interanual de casos activos de VG, denuncias y órdenes de protección, Andalucía, 2018 a 2023....317

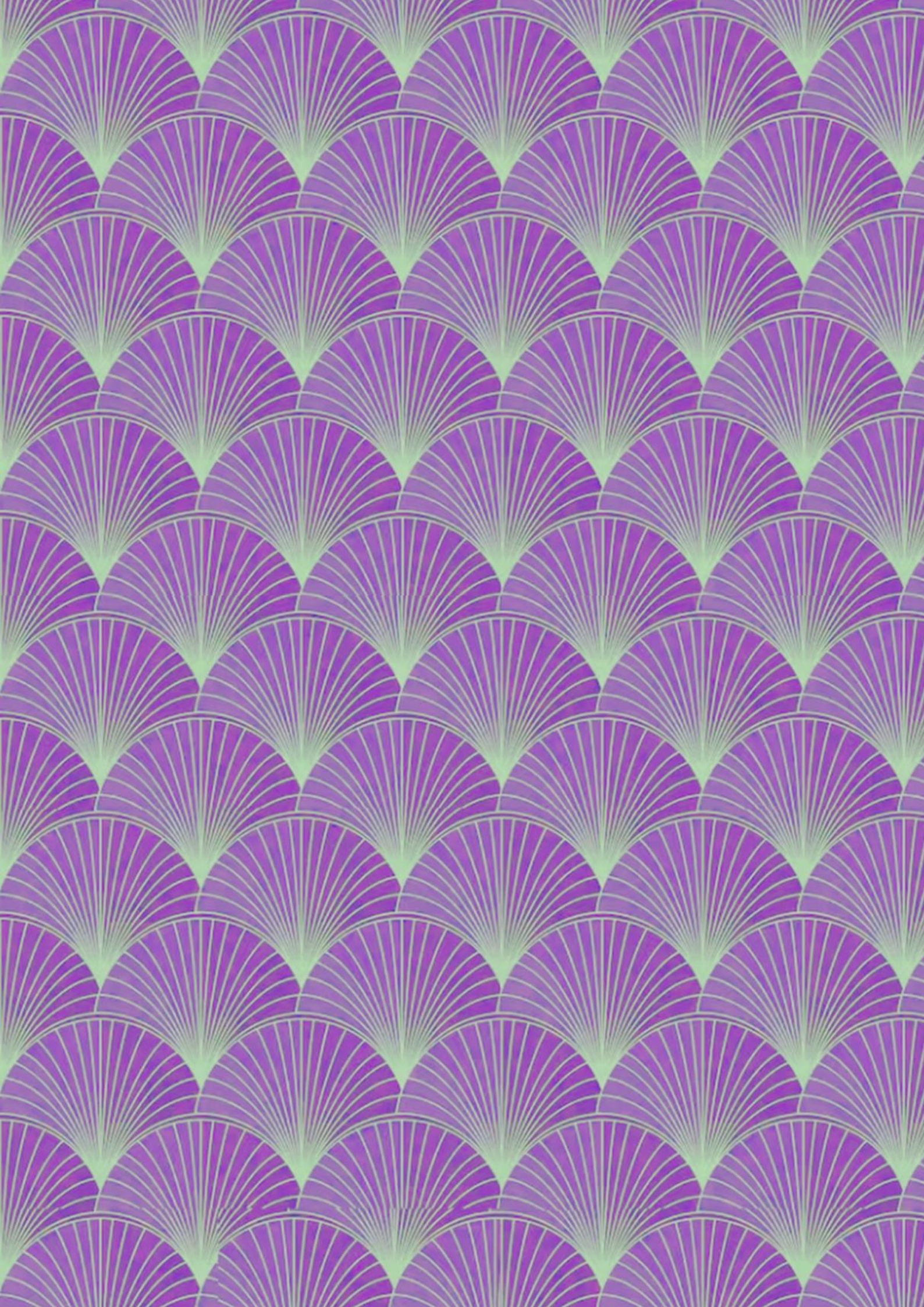
Gráfico 234. Variación interanual de las tasas de denuncias por VG por provincia, 2018 a 2023....319

Gráfico 235. Variación interanual de las tasas de casos activos de VG por provincia, 2018 a 2023. ..320

Gráfico 236. Variación interanual de las tasas de órdenes de protección por provincia, 2018 a 2023.322

Gráfico 237. Número de casos de VG comunicados mediante Parte al Juzgado en Andalucía, 2019 a 2023....324

Gráfico 238. Número de Partes al Juzgado con agresión sexual como causa de la lesión, Andalucía, 2018 a 2023....328

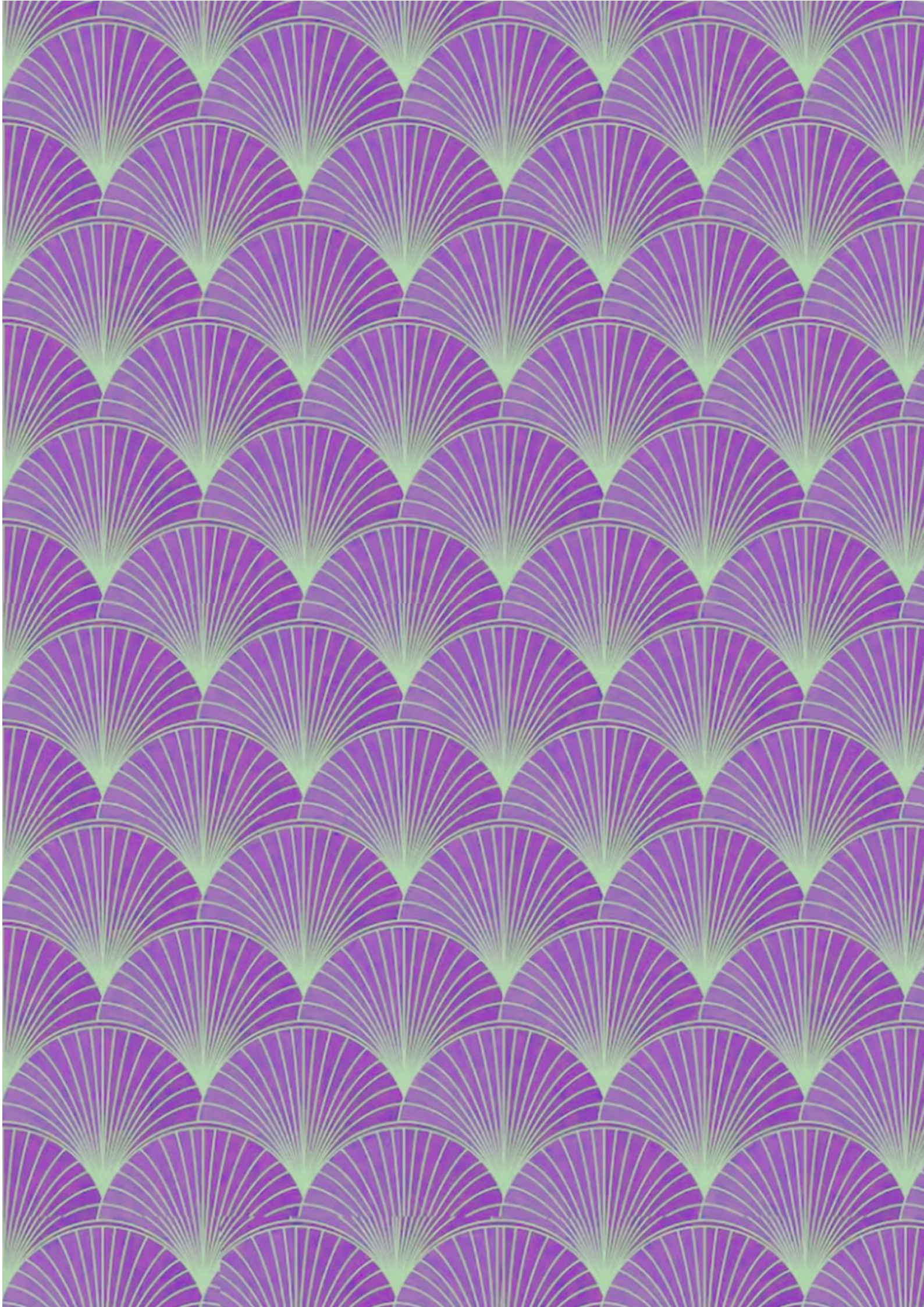


Anexo 4: Abreviaturas y siglas

APVP	Años Potenciales de Vida Perdidos
BG	Brecha de Género
BPS	Base Poblacional de Salud de Andalucía
CAIT	Centros de Atención Infantil Temprana
CCAA	Comunidades Autónomas
CEAR	Comisión Española de Ayuda al Refugiado
CEI	Comité de Ética de Andalucía
CMBD	Conjunto Mínimo Básico de Datos
CVRS	Calidad de Vida Relacionada con la Salud
DGSPOF	Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica
DGVG	Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género
EAS	Encuesta Andaluza de Salud
EASP	Escuela Andaluza de Salud Pública
EDAD	Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia
EPA	Encuesta de Población Activa
EPOC	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

EryME	Enfermedades Reumáticas y Musculoesqueléticas
ESSA	Encuesta Sanitaria y Social de Andalucía
EVN	Esperanza de Vida al Nacer
EV65	Esperanza de Vida a los 65 años
HBP	Hiperplasia Prostática Benigna
HSH	Hombres que tienen sexo con hombres
HTA	Hipertensión Arterial
IAC	Inseminación Artificial Conyugal
IBSE	Índice de Bienestar Socioemocional
IECA	Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía
INE	Instituto Nacional de Estadística
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
IVE	Interrupción Voluntaria del Embarazo
LARC	Métodos Anticonceptivos de Larga Duración
MGF	Mutilación Genital Femenina
MPE	Mortalidad Prematura Evitable
MPSAS	Mortalidad Prematura Sensible a la Atención Sanitaria
MPSPR	Mortalidad Prematura Sensible a la Prevención
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
OIM	Organización Internacional de Migraciones
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PID	Personas que se inyectan drogas
SAS	Servicio Andaluz de Salud
SEC	Sociedad Española de Contracepción
SIDA	Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida
SIDEMA	Sistema de Información Demográfico de Andalucía
SIPLES	Sistema de Información de Partes al Juzgado de Guardia para la comunicación de asistencia sanitaria por lesiones
SISS	Sistema Integrado de Servicios Sociales de Andalucía

SSPA	Sistema Sanitario Público Andaluz
TB	Tasa Bruta
TBN	Tasa Bruta de Natalidad
TE	Tasa Estándar
TEA	Trastorno del Espectro Autista
TFES	Trata con Fines de Explotación Sexual
UE	Unión Europea
UGCSM	Unidades de Gestión Clínica de Salud Mental
USMC	Unidades de Salud Mental Comunitaria
USMIJ	Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil
VG	Violencia de Género



Informe de Salud y Género en Andalucía

Febrero | 2025

Junta de Andalucía
Consejería de Salud y Consumo