

Original

Logros y retos de género de la Encuesta Nacional de Salud de 2006: análisis de los cuestionarios de adultos y hogar

María Teresa Ruiz-Cantero^{a,b,*}, Mercedes Carrasco-Portiño^{a,b} y Lucía Artazcoz^{b,c}

^a Grupo de Investigación de Salud Pública, Universidad de Alicante, España

^b CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España

^c Agència de Salut Pública de Barcelona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 14 de junio de 2010

Aceptado el 3 de septiembre de 2010

On-line el 20 de octubre de 2010

Palabras clave:

Roles de género

Diferencias por sexo

Identidad de género

Encuesta de salud

Keywords:

Gender roles

Sex-differences

Gender identity

Health surveys

R E S U M E N

Objetivos: Examinar la capacidad de la Encuesta Nacional de Salud de 2006 (ENS-2006) para analizar la salud de la población desde la perspectiva de género e identificar desigualdades de género en salud, y compararla con la ENS-2003.

Métodos: Análisis del contenido de los cuestionarios de hogar y adultos desde la perspectiva del género, entendiéndolo como: a) determinante de normas/valores sociales; b) organizador de la estructura social: división sexual del trabajo, doble carga, segregación horizontal/vertical, acceso a los recursos y poder, y c) componente de la identidad individual.

Resultados: Los cuestionarios utilizan un lenguaje neutro. Su referente es la persona entrevistada, sustituyendo al cabeza de familia/sustentador principal de anteriores encuestas. Incorpora una sección sobre el trabajo reproductivo (cuidado y doméstico) y los tiempos dedicados. La formulación de las preguntas sobre estos tiempos presenta limitaciones que dificultan hacer buenas estimaciones. Tampoco se recoge el tiempo de trabajo remunerado. Se han incluido las obligaciones familiares como obstáculo para no acceder a los recursos sanitarios, y el tiempo que tarda la persona desde que se notó enferma hasta el lugar de consulta.

Conclusiones: La ENS-2006 introduce suficientes variaciones como para afirmar que ha mejorado notablemente desde la perspectiva de género. Futuras encuestas deben reformular las preguntas sobre los tiempos de trabajo remunerado y reproductivo, claves para caracterizar la división sexual del trabajo y la doble carga. Actualizar la futura ENS implica también recoger información sobre permisos de maternidad/paternidad y parental. Se recoge bien el retraso del paciente en la atención sanitaria, pero falta preguntar por los retrasos dependientes del sistema sanitario.

© 2010 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Gender-related achievements and challenges in the 2006 National Health Survey: Analysis of adults and households

A B S T R A C T

Objectives: To examine the ability of the 2006 Spanish Health Survey (SHS-2006) to analyze the population's health from a gender perspective and identify gender-related inequalities in health, and to compare the 2006 version with that of 2003.

Method: A contents analysis of the adults and households questionnaires was performed from the gender perspective, taking gender as (a) the basis of social norms and values, (b) the organizer of social structure: gender division of labor, double workload, vertical/horizontal segregation, and access to resources and power, and (c) a component of individual identity.

Results: The 2006 SHS uses neutral language. The referent is the interviewee, substituting the head of the family/breadwinner of past surveys. A new section focuses on reproductive labor (caregiving and domestic tasks) and the time distribution for these tasks. However, some limitations in the questions about time distribution were identified, hampering accurate estimations. The time devoted to paid labor is not recorded. The 2006 version includes new information about family commitments as an obstacle to accessing healthcare and on the delay between seeking and receiving healthcare appointments.

Conclusions: The SHS 2006 introduces sufficient variations to confirm its improvement from a gender perspective. Future surveys should reformulate the questions about the time devoted to paid and reproductive labor, which is essential to characterize gender division of labor and double workload. Updating future versions of the SHS will also involve gathering information on maternity/paternity and parental leave. The 2006 survey allows delays in receiving healthcare to be measured, but does not completely allow other delays, such as diagnostic and treatment delays, to be quantified.

© 2010 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: cantero@ua.es (M.T. Ruiz-Cantero).

Introducción

La ley orgánica para la igualdad efectiva de mujeres y hombres de 2007 institucionaliza en España la aspiración de igualdad entre ambos sexos. Esta materialización favorece la sistematización actual de un conjunto de prácticas (producir, recoger y sistematizar datos, diferenciando por sexo) dirigidas a determinar con precisión la situación de hombres y mujeres en las esferas socioeconómica y política, y a una eficaz aplicación de las políticas. Su artículo 20 establece que se debe integrar de un modo efectivo la perspectiva de género en las estadísticas¹. Esta visión es parte fundamental de los objetivos estratégicos de la estadística oficial y una prioridad del Plan Estadístico Nacional 2009-2012².

La Encuesta Nacional de Salud (ENS) tiene como objetivo proporcionar la información necesaria sobre la salud de la población para planificar y evaluar las actuaciones en materia sanitaria^{3,4}. El Ministerio de Sanidad y Consumo lideró en 2004 un proceso de introducción de innovaciones en los contenidos de los cuestionarios de la ENS de 2006. Para ello se constituyó un grupo de expertos con experiencia en encuestas de salud procedentes de universidades, del ámbito sanitario y territorial, y del Instituto Nacional de Estadística. También participaron el Observatorio de Salud de las Mujeres, la Red de Investigación de Género y Salud, y el Instituto de la Mujer. Se reformularon algunas preguntas adaptándose a la Encuesta Europea de Salud. Uno de sus objetivos fue potenciar la ENS como un instrumento para la detección y la medición de desigualdades de salud, especialmente en relación con el género y la clase social⁵.

En España se han publicado algunas investigaciones sobre la incorporación de la perspectiva de género en las diferentes ENS y otras encuestas de las comunidades autónomas, en las cuales se concluye que es necesario introducir variables relacionadas con la división sexual del trabajo^{6,7}. El grupo Género y Salud Pública de la Sociedad Española de Salud Pública, creado en 1999, evidenció en 2004 el problema para la salud pública que supone la carencia de información sobre desigualdades de género y clase social⁸; y la Sociedad Española de Epidemiología publicó un monográfico en 2007 sobre la investigación en género y salud que también hacía énfasis en ello⁹.

El marco teórico que describe las características que debería tener una encuesta de salud para considerar que tiene perspectiva de género parte de los sistemas de género¹⁰⁻¹². Se plantea al género como principio organizador de la estructura social (posición social de las mujeres y los hombres), determinante de los valores y normas (identidad social de género) y componente de la identidad personal¹¹⁻¹³.

Como se explicitó en el análisis de género de la ENS-2003¹⁰, el género como componente de la identidad individual^{11,12} hace referencia al sentido que las personas tienen de sí mismas frente a la identidad social, que son las categorizaciones de las personas efectuadas por los otros¹³. La identidad social de género responde a lo que se considera femenino y masculino en una sociedad, basándose en patrones sociales asociados a características aparentes, corpóreas y visibles proyectadas sobre las mujeres y los hombres¹⁴. La socialización de género es un determinante fundamental de las desigualdades de género en las conductas y los patrones de riesgo de la salud.

Por sus implicaciones para la salud pública, es particularmente relevante la observación del género como principio organizador de la estructura social, mediante el cual las actividades de mujeres y hombres en una sociedad están segregadas en función de su sexo (división sexual del trabajo productivo y reproductivo)¹⁵, sin ser sólo un reparto de tareas sino un indicador (y producto) de las desigualdades sociales entre sexos. Esta organización de género dicta además desigualdades en el acceso, el uso y la calidad de

los recursos, como los sanitarios, y en el poder entre hombres y mujeres.

Numerosos estudios utilizan como fuente de información la ENS¹⁶⁻¹⁸; sin embargo, si su perspectiva de género es limitada, el análisis de género de sus hallazgos no es factible. El análisis de género de la ENS-2003 apuntaba que se podían medir situaciones concretas de desigualdad entre hombres y mujeres relativas al trabajo remunerado, pero no era posible determinar por completo otros indicadores de desigualdad social entre ambos sexos, como la situación de las amas de casa y de doble jornada. Además, abundaban estereotipos sexistas en el lenguaje de los cuestionarios de hogar y adultos^{10,19}. Como continuidad de los estudios anteriores, los objetivos de este trabajo son examinar la capacidad de la ENS de 2006 para analizar la salud de la población desde la perspectiva de género e identificar desigualdades de género en la salud en España, y compararla con la última ENS realizada en 2003.

Métodos

Análisis del contenido de los cuestionarios de hogar (CH) y de adultos (CA) de la ENS del año 2006, aplicando la metodología desarrollada para el análisis de género de la ENS de 2003^{10,19}. Se caracteriza la sensibilidad de género de la ENS de 2006 partiendo de la perspectiva de los siguientes niveles de observación de género^{11,12}:

A) Identidad social de género:

- 1) Estereotipos en los cuestionarios: existencia de sexismo en el lenguaje de los cuestionarios de adulto y hogar, persona de referencia de los cuestionarios y valoración de los roles.
- 2) Prioridad en los factores de riesgo por los que pregunta la ENS (contenidos recogidos y frecuencia, y contenidos no recogidos). Preguntas por:
 - Factores de riesgo históricamente atribuidos a los hombres que no se vinculan al trabajo productivo.
 - Factores de riesgo vinculados con el trabajo productivo y reproductivo, y con la doble carga.
 - Prácticas de riesgo que pueden entrar en conflicto con las propias lealtades personales, o adopción de valores discrepantes.

B) Identidad individual de género. Preguntas sobre:

- 1) Autoimagen.
- 2) Insatisfacción con la imagen corporal.
- 3) Autoestima.
- 4) Reconocimiento autopercibido de su propio trabajo.
- 5) Condición de género.

C) El género como principio organizador de la estructura social (preguntas sobre las actividades realizadas en los cuatro tiempos sociales):

- 1) Trabajo productivo:
 - Segregación vertical del mercado laboral (actividad económica y ocupación/profesión/oficio de la persona entrevistada).
 - Segregación horizontal del mercado laboral (actividad del establecimiento/organización en el que trabaja/ó la persona entrevistada).
- 2) Trabajo reproductivo: dedicación a los trabajos de la casa y cuidados de niños, personas mayores y con discapacidad.
- 3) Posibilidad de determinar la doble carga de trabajo y la sobrecarga y sus consecuencias.
- 4) Descanso.
- 5) Ocio.
- 6) Acceso, uso y barreras a recursos sanitarios. Posibilidad de identificar el retraso:

- Del paciente (desde que se toma conciencia del primer síntoma hasta la primera visita).
- Del médico (desde la primera visita hasta el acceso a un médico cualificado).
- Diagnóstico (desde que se toma conciencia del primer síntoma hasta el diagnóstico).
- Terapéutico (desde el diagnóstico hasta el inicio del primer tratamiento).
- Del sistema sanitario (desde el primer contacto con la atención sanitaria hasta el inicio del tratamiento).
- Total (desde que se toma conciencia del primer síntoma hasta el inicio del tratamiento).

Resultados

La ENS de 2006 ha introducido suficientes variaciones respecto a las encuestas precedentes como para afirmar que mejora notablemente su sensibilidad de género.

- A) Identidad social de género (tabla 1). La persona de referencia en la ENS-2006 es la entrevistada, mientras que en las anteriores ENS eran el cabeza de familia o sustentador principal. Es novedad el uso de un lenguaje neutro. El concepto de actividad principal asociado a jornada laboral se ha reemplazado por el de actividades habituales, dejando de priorizar el trabajo productivo frente al reproductivo o a estudiar. Se realizan más preguntas sobre riesgos propios de ambos sexos, aunque históricamente atribuidos a los hombres, como el consumo de tabaco y alcohol, que sobre riesgos más asociados a mujeres, como los derivados de la doble carga de trabajo. Así, se ha pasado de siete preguntas sobre tabaco y tres sobre alcohol en la ENS de 2003 a trece y seis en la ENS de 2006, respectivamente, y se han añadido sólo dos preguntas en la ENS de 2006 sobre estrés laboral, que no relacionado con la combinación del trabajo productivo y reproductivo. Por otra parte, pese a añadirse dos preguntas sobre hábitos alimenticios (seguimiento de alguna dieta y razón principal, siendo «perder peso» la primera categoría de respuesta), no se pregunta por prácticas de riesgo en las cuales los valores sociales pueden entrar en conflicto con los propios, como realización, frecuencia y duración de las dietas de adelgazamiento.
- B) Identidad individual de género (tabla 1). En la ENS de 2006 sólo se detecta información relevante desde la perspectiva de género sobre la autoimagen. Falta preguntar por la autoestima, el reconocimiento percibido sobre su propio trabajo y la condición de género de la persona entrevistada.
- C) El género como principio organizado de la estructura social: la ENS de 2006 ha aumentado las preguntas sobre las tareas realizadas en los cuatro tiempos sociales (tabla 2). La información de carácter reproductivo, ocio y descanso se encuentra en el CA. Se pregunta por horas dedicadas al trabajo reproductivo y al descanso, pero falta preguntar exactamente por las horas de actividad física. A la información de carácter productivo del CH le falta preguntar sobre las horas dedicadas a él.

Mediante las preguntas sobre ocupación de la persona entrevistada, su pareja y quién aporta más dinero al presupuesto del hogar, se puede examinar la segregación vertical del mercado laboral de las personas referidas. Y la segregación horizontal se obtiene mediante la información sobre la actividad económica de la empresa de la persona entrevistada, su pareja y de la persona que más aporta al presupuesto del hogar.

A diferencia de las ENS previas, la de 2006 incluye preguntas sobre el trabajo doméstico y familiar: identifica la persona que se ocupa principalmente de las tareas del hogar, con quién las comparte y si otra persona recibe remuneración por realizarlas.

También se pregunta por la identidad de la persona cuidadora principal de menores de 15 años, mayores de 74 y personas con discapacidad, así como con quién comparte estas tareas. Un defecto es que el tiempo de trabajo doméstico y de cuidados sólo se recoge para quien realiza estas tareas «principalmente».

La doble jornada de trabajo y la sobrecarga se pueden estimar cruzando la información sobre situación laboral con la aportada sobre trabajo de cuidados y doméstico, mencionada en los dos puntos anteriores. Su cálculo queda limitado a quienes realizan estos trabajos «principalmente».

- Descanso: se han añadido preguntas sobre la valoración de la suficiencia de horas de sueño para el descanso y la dificultad para dormir, y han aumentado las preguntas sobre actividad física, incluyendo las razones para no realizar la actividad física deseada, entre las cuales la falta de tiempo es una de las categorías de respuesta. Sin embargo, no se puede calcular exactamente el tiempo de actividad física durante la semana, ni se informa sobre el tipo de actividad.
- La ENS de 2006 ha mejorado la información sobre el acceso, el uso y las barreras a los recursos sanitarios, y respecto a retrasos en la atención sanitaria del CA (tabla 3): la pregunta sobre el tiempo que tardan las personas desde su domicilio al lugar de la consulta se ha reformulado, normalizándola con la habitual sobre el retraso del paciente (tiempo desde que empieza a sentirse enfermo/a hasta pedir cita para consulta). Esta misma información se aporta por primera vez respecto a la atención en urgencias. Se sigue preguntando por el retraso médico y se añade el retraso en la atención de urgencias. La pregunta sobre la causa principal por la que no obtuvo asistencia médica ha añadido las obligaciones familiares como categoría de respuesta. Además, se pregunta sobre el tiempo en hacerse una serie de pruebas diagnósticas desde la petición de la cita, pero falta preguntar por el retraso diagnóstico y terapéutico para poder determinar el retraso del sistema sanitario. Por último, a las frecuencias de uso de los servicios sanitarios se han incorporado preguntas sobre uso del hospital de día, y las razones para ello (P57,P58), así como la frecuencia de uso con finalidad terapéutica (P59).

Discusión

Este trabajo evidencia que los cuestionarios de hogar y adultos de la ENS de 2006 han introducido suficientes variaciones como para afirmar que ha mejorado notablemente desde la perspectiva de género. Entre los principales hallazgos cabe destacar que quienes lo han diseñado han mejorado su sensibilidad de género al eliminar estereotipos sexistas de las anteriores, como los del lenguaje, y el sesgo androcéntrico derivado de la condición jerarquizada del hogar, también de las encuestas precedentes, por el cual la persona de referencia era el cabeza de familia o sustentador principal, en masculino siempre. Simbólicamente es importante, porque al pasar a ser la persona entrevistada la referente se omiten los pares de opuestos: sustentador principal (dominante) frente a otros miembros de la familia (dominados). Además, muestra que la encuesta proporciona más información sobre la división sexual del trabajo al incorporar una sección sobre el trabajo reproductivo (cuidados y labores del hogar), así como que nuevas preguntas permiten una aproximación parcial al análisis de género del retraso en el acceso a la atención sanitaria en sus diferentes niveles asistenciales.

Este trabajo también aporta conocimiento sobre cómo hacer un análisis de género, en este caso en una encuesta. No obstante, cuenta con la limitación de no efectuar un análisis exhaustivo desde esta perspectiva sobre variables de acceso a otros recursos más allá de los sanitarios, como el apoyo social. Otra limitación es no haber observado la incorporación de nuevas preguntas o la falta de pre-

Tabla 1
Información sobre la identidad de género en las encuestas nacionales de salud de 2003 y 2006

	ENS 2003	ENS 2006
<i>Identidad social de género</i>		
Estereotipos en los cuestionarios:		
Lenguaje	<ul style="list-style-type: none"> • Sexista 	<ul style="list-style-type: none"> • Generalmente neutro
Persona de referencia de los cuestionarios	<ul style="list-style-type: none"> • Cabeza de familia o sustentador principal (en masculino), símbolo de la concepción jerarquizada del hogar 	<ul style="list-style-type: none"> • Persona entrevistada. Se omiten los pares de opuestos: sustentador principal (dominante) frente a otros miembros de la familia (dominados)
Valoración de los roles	<ul style="list-style-type: none"> • Sin información • Los adverbios «habitualmente» en la pregunta de cuidados (P7.2) y «principalmente» en la pregunta sobre trabajo de la casa (P8.1) inducen al establecimiento de jerarquías y la consecuente pérdida de información sobre con quién comparte el trabajo reproductivo la persona entrevistada • Al preguntar por la actividad principal (P9,10) se da prioridad al trabajo productivo estableciendo jerarquías 	<ul style="list-style-type: none"> • El adverbio «principalmente» en la categoría «dedicación a las labores del hogar» de la pregunta sobre actividad económica (C1 P2) induce al establecimiento de jerarquías y la consecuente pérdida de información de los otros trabajos y de las situaciones de doble carga. El adverbio «principalmente» en las preguntas de cuidados (P3,6,9) y tareas del hogar (P11) induce al establecimiento de jerarquías y la consecuente pérdida de información sobre con quién comparte el trabajo reproductivo la persona entrevistada • Al preguntar por las actividades habituales (P22,24) no se establecen jerarquías • Tabaco (P67-80) • Alcohol (P81-86) • Estrés, pero sólo el laboral (P27,28) • Posibilidad de calcular la sobrecarga y la doble carga de trabajo
Contenidos recogidos (y no recogidos):		
Factores de riesgo:		
<ul style="list-style-type: none"> • Históricamente atribuidos a los hombres, NO vinculados al trabajo productivo • Vinculados con trabajo productivo, reproductivo y doble carga 	<ul style="list-style-type: none"> • Tabaco (P23-26c) • Alcohol (P27-29) • Sin información • Sin información 	<ul style="list-style-type: none"> • Tabaco (P67-80) • Alcohol (P81-86) • Estrés, pero sólo el laboral (P27,28) • Posibilidad de calcular la sobrecarga y la doble carga de trabajo
Prácticas de riesgo que pueden entrar en conflicto con las propias lealtades personales, o adopción de valores discrepantes	<ul style="list-style-type: none"> • Sin información 	<ul style="list-style-type: none"> • Dieta o régimen especial y razones (P97) Inclusión de la categoría de respuesta: perder peso como razón principal por la que la persona sigue una dieta o un régimen especial (P98)
<i>Identidad individual de género</i>		
Autoimagen	<ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento del peso (P37) y de la talla (P38) 	<ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento del peso (P28) y de la talla (P129)
Insatisfacción con la imagen corporal	<ul style="list-style-type: none"> • Valoración del peso en función de la talla (P39) 	<ul style="list-style-type: none"> • Valoración del peso en función de la talla (P130)
Autoestima	<ul style="list-style-type: none"> • Sin información 	<ul style="list-style-type: none"> • Sin información
Reconocimiento autopercebido de su propio trabajo	<ul style="list-style-type: none"> • Sin información 	<ul style="list-style-type: none"> • Sin información
Condición de género	<ul style="list-style-type: none"> • Sin información 	<ul style="list-style-type: none"> • Sin información

Las preguntas están ubicadas en el cuestionario de adultos, excepto los estereotipos en los cuestionarios cuyo análisis de género se refiere a los cuestionarios de adultos y hogar.

guntas relevantes relacionadas con problemas de salud. Además, con la inclusión en la ENS de 2006 de variables relacionadas con las características sociodemográficas y de trabajo productivo de la pareja de la persona entrevistada, se podría haber analizado la factibilidad de aportar información aproximada sobre empoderamiento de la ENS de 2006. Por ejemplo, determinar la factibilidad metodológica de diferenciar el impacto en la salud mental de las mujeres que conviven en pareja cuyos miembros están ubicados en diferente clase social, en función de la ocupación de ambos.

Uno de los retos de la ENS de 2006 es la formulación de las preguntas sobre horas de trabajo dedicadas a diferentes tareas de cuidado y domésticas, pues sólo se pregunta sobre las horas de trabajo a aquellas personas encuestadas que contestan ser quienes se ocupan principalmente de estas tareas, solas o con ayuda, de forma que se infraestiman estos tiempos en quienes lo hacen de manera secundaria. Tampoco se pregunta sobre las horas de trabajo remunerado, por lo que no se puede saber la proporción de personas que trabajan a tiempo parcial (más alta en mujeres) y de las que hacen largas jornadas de trabajo (más alta en los hombres), con claras diferencias por sexo. De esta manera, la ENS de 2006 presenta serias limitaciones para examinar las desigualdades de género en la asociación de la división sexual del trabajo con el estado de salud, que deberían ser subsanadas en futuras encuestas.

El conflicto entre la vida familiar y laboral ha dejado de ser un problema de mujeres para ser un problema social. Para afrontarlo, España cuenta con la Ley 39/1999, promotora de la conciliación de

la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras²⁰, y con la Ley de igualdad entre hombres y mujeres¹. La falta de conciliación puede ser un determinante de la salud por sobrecarga de trabajo, e incorporar preguntas sobre ella en futuras ENS posibilitará analizar la situación de conciliación y su repercusión en la salud de ambos sexos.

Aportar información que permita calcular el uso del derecho a permisos laborales para cuidar a un/a hijo/a por parte de hombres y mujeres es un reto de la futura ENS. Esta pregunta existe en otras encuestas de salud, como la de Suecia²¹. Un análisis actual sobre estos permisos en Europa manifiesta que en España no se dispone de un indicador que mida el número y la duración media de los permisos por sexo²², por lo que es fundamental recoger información sobre el permiso de maternidad, paternidad y parental o excedencia para el cuidado de un/a hijo/a menor de 3 años.

Una importante prioridad clínica para el pronóstico individual de quien padece es reducir el tiempo entre el comienzo de los síntomas y la atención sanitaria, pues junto con las técnicas diagnósticas determina la estrategia terapéutica. El síndrome de Yentl nombra al problema de sesgos de género de la asistencia sanitaria en perjuicio de las mujeres; descrito para enfermedades cardiovasculares²³, se observa en otros problemas de salud, como el asma infantil²⁴.

La ENS de 2006 aporta información para aproximarse al análisis de sesgos de género en el acceso y las barreras a la atención sanitaria. En el retraso en la atención sanitaria interactúan factores que afectan a la conducta de búsqueda de ayuda por quien

Tabla 2
Información sobre el género como principio organizador de la estructura social en las encuestas nacionales de salud de 2003 y 2006

ENS 2003	ENS 2006
<p><i>Trabajo productivo</i></p> <p>Segregación vertical del mercado laboral:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Actividad económica persona entrevistada (P17) • Ocupación/profesión/oficio persona entrevistada (P20) <p>Segregación horizontal del mercado laboral:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Actividad del establecimiento/organización en que trabaja/ó la persona entrevistada (P21) <p>Falta información: horas de trabajo remunerado</p> <p><i>Trabajo reproductivo</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuidados <15 años (P.7.2) • Sin información • Cuidados personas con dificultad realización tareas diarias (P6.11) • Dedicación a los trabajos de la casa (P8.1) <p><i>Doble jornada y sobrecarga</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Situación laboral de la persona entrevistada (P17 y 20) • Sin información <p><i>Descanso</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Horas de sueño (P30) • Sin información • Sin información <p><i>Ocio</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tipo actividad física asociada a la actividad principal (P31) • Sin información • Sin información • Sin información • Frecuencia actividad física (P32) <p>Falta información: tipo específico de actividad física y tiempo exacto dedicado</p>	<p>Segregación vertical del mercado laboral:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Actividad económica persona entrevistada (C1.P2) • Ocupación/profesión/oficio persona entrevistada (C1.P18) <p>Segregación horizontal del mercado laboral:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Actividad económica de la empresa de la persona entrevistada (C1.P17) <p>Falta información: horas de trabajo remunerado</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuidados <15 años: quién y con quién lo comparte (P3), horas (P4) • Cuidados >74 años: quién y con quién lo comparte (P6), horas (P7) • Cuidados personas con discapacidad/limitación: quién y con quién lo comparte (P9), horas (10) • Dedicación tareas del hogar: quién y con quién las comparte (P11), horas (P12), persona con remuneración (P13) <ul style="list-style-type: none"> • Actividad económica (C1.P2) y ocupación/profesión/oficio persona entrevistada (C1.P18) • Trabajo reproductivo (Sección A) <ul style="list-style-type: none"> • Horas de sueño (P87) • Valoración de la suficiencia de horas de sueño para el descanso (P88) • Dificultad para dormir (P89) <ul style="list-style-type: none"> • Tipo actividad física asociada a la actividad principal (P90) • Percepción de la actividad física en tiempo libre (P91) • Razones para no realizar la actividad física deseada (P92) • Percepción de habitualidad del ejercicio físico (P93) • Frecuencia actividad física (P94) <p>Falta información: tipo específico de actividad física y tiempo exacto dedicado</p>

Las preguntas sobre trabajo productivo están ubicadas en el cuestionario de hogar en las ENS de 2003 y 2006.

Las preguntas sobre trabajo reproductivo están ubicadas en el cuestionario de hogar en la ENS de 2003 y en el de adultos en la ENS de 2006.

Las preguntas sobre acceso, uso y barreras a recursos sanitarios, y sobre ocio y descanso, están ubicadas en el cuestionario de adultos en las ENS de 2003 y 2006.

Tabla 3
Información sobre acceso, uso y barreras a los recursos sanitarios según las encuestas nacionales de salud de 2003 y 2006

VARIABLES ^a	ENS 2003	ENS 2006
a. Retraso del/de la paciente		
• Consulta médica	Tiempo desde el domicilio al lugar de la consulta médica (P14f) Sin información	Tiempo desde que empieza a sentirse enfermo/a hasta pedir cita para consulta (P35)
• Servicios de urgencias	Sin información	Obligaciones familiares como una de las causas principales por las que no pudo obtener asistencia médica (categoría 9. P42) Tiempo desde que empieza a notarse enfermo/a hasta pedir asistencia en el servicio de urgencia (P63)
b. Retraso médico		
• Consulta médica	Tiempo desde que llegó a la consulta hasta su atención médica (P14g) Causa principal por la que no obtuvo asistencia médica (P15a) Sin información	Tiempo desde que pidió cita para la consulta hasta su atención médica (P36) Causa principal por la que no obtuvo asistencia médica (P42)
• Servicios de urgencias	Sin información	Tiempo desde que pidió asistencia hasta su atención en el servicio de urgencia (P64)
c. Retraso diagnóstico	Sin información	Tiempo desde que pide la cita hasta hacerse pruebas diagnósticas (P39)
d. Retraso terapéutico	Sin información	Sin información
e. Retraso del sistema sanitario	Sin información	Sin información
Retraso total (a+b+c+d+e)	Sin información	Sin información

^a Retrasos: del/de la paciente (desde que se toma conciencia del primer síntoma a la primera visita); del sistema sanitario (desde el primer contacto con la atención sanitaria hasta el inicio del tratamiento); médico (desde la primera visita hasta el acceso a un médico cualificado); diagnóstico (desde que se toma conciencia del primer síntoma hasta el diagnóstico); terapéutico (desde el diagnóstico hasta el inicio del primer tratamiento).

padece y propios del sistema sanitario²⁵. Los retrasos en la búsqueda de ayuda, en el diagnóstico y terapéuticos son más largos en las mujeres, especialmente los que son responsabilidad de los propios pacientes²⁵.

El retraso del paciente se recoge bien en la ENS de 2006 al haber transformado la pregunta sobre el tiempo que tardan las personas desde su domicilio al lugar de la consulta, concretándolo al tiempo desde que empezó a notarse mal, que es como se mide en la literatura científica. Sin embargo, falta preguntar por los tipos de retraso de origen sanitario, con la excepción del tiempo transcurrido desde la demanda de atención de urgencias hasta ser atendido, que se pregunta por primera vez. En el ámbito hospitalario, la pregunta se centra en el tiempo en lista de espera, concretado en el que transcurre desde que le dijeron que tenía que ingresar.

Pese a que se pregunta por el tiempo que pasó desde la petición de cita hasta ser visitado, éste se refiere al médico de familia o especialista conjuntamente, lo que produce pérdida de información relevante desde la perspectiva de género, pues como observa una revisión sistemática sobre el retraso diagnóstico y terapéutico de la tuberculosis, el núcleo del problema reside en un círculo vicioso de visitas repetidas al mismo nivel asistencial, resultando en un tratamiento inespecífico y un fallo en el acceso a los servicios especializados^{26,27}.

Los estudios sobre retrasos en atención y tratamiento sanitarios tienen limitaciones derivadas de no considerar factores que explican, por ejemplo, la vulnerabilidad de las mujeres en sus trayectorias, y el tiempo tardado en la búsqueda de ayuda. La ENS de 2006 podría preguntar por razones laborales, como hace, en combinación con preguntas de movilidad, más restringida que la de los hombres, falta de independencia, y menor poder tomando decisiones e inaccesibilidad a recursos económicos; y por factores cognitivos, emocionales y conductuales durante el periodo de retraso²⁸. Así, en la pregunta sobre la causa principal de no obtención de asistencia médica se han añadido las obligaciones familiares como categoría de respuesta, que siendo información valiosa lo sería más si esta pregunta se desagregara en dos: una sobre las causas del retraso en solicitar ayuda y otra sobre las razones del retraso (o la no obtención) de la asistencia médica.

Otras encuestas de salud revisadas, como las de Canadá, Suecia y Reino Unido, nos indican que se puede hacer más^{21,29,30}, como reequilibrar las preguntas sobre factores de riesgo que afectan a ambos sexos, entre otros los derivados de la exposición solar o a fuentes ultravioleta; o por fuentes de estrés más allá del laboral y actividades para su afrontamiento; o por conductas de juegos de azar. La encuesta de Reino Unido incorpora una interesante sección relacionada con la familia. En la pregunta sobre convivencia se explicita que deben considerarse las parejas del mismo sexo; también hay dos preguntas (una para hombres y otra para mujeres) sobre si tienen hijos en casa, recordando que se refieren a los propios o a los tenidos por sus parejas en otras relaciones o adoptados. Asimismo, se pregunta sobre estar embarazada. Respecto a la maternidad, la encuesta canadiense incluye una sección en la cual se pregunta por la lactancia y las razones para no haber dado o no dar el pecho, entre las que se incluyen el regreso al trabajo o que su pareja no le quiere. Y también pregunta por el consumo de alcohol y tabaco durante el embarazo, sobre infertilidad y por conductas sexuales.

En conclusión, la ENS de 2006 aporta sobre todo información para el análisis de género como principio organizador de la estructura social, pero al no estar respaldada por un marco teórico de género se detectan aún carencias de información relevante desde esta perspectiva, como son la falta de preguntas concretas sobre riesgos derivados de la inequidad y el desequilibrio de poder dentro de la familia, y sobre las relaciones de género. También cabe destacar la conveniencia de que ciertas preguntas sean reformuladas, como las de los tiempos de trabajo remunerado y reproductivo,

claves para caracterizar la división sexual del trabajo, la doble carga y la sobrecarga. E igualmente habría que preguntar por los retrasos asistenciales dependientes del sistema sanitario si se pretende identificar problemas de equidad en el acceso a los recursos sanitarios universales.

Financiación

Este estudio fue financiado por el CIBER de Epidemiología y Salud Pública, España, y el Ministerio de Sanidad y Consumo-Observatorio de Salud de las Mujeres.

Contribuciones de autoría

M.T. Ruiz-Cantero, responsable del estudio, concibió el objetivo y diseño el estudio. M. Carrasco-Portiño recogió los datos de la ENS. Todas las autoras analizaron los contenidos de la ENS y redactaron el manuscrito hasta aprobar su versión final.

Conflicto de intereses

Este manuscrito es producto del proceso de formación de M. Carrasco-Portiño en el programa de Doctorado en Salud Pública de la Universidad de Alicante, y será utilizado como parte del material presentado en su tesis doctoral.

Bibliografía

1. Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. [consultado 3/5/2010]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2007/03/23/pdfs/A12611-12645.pdf>.
2. Instituto Nacional de Estadística. Plan Estratégico Nacional 2009-2012. [consultado 11/8/2010]. Disponible en: <http://www.ine.es/normativa/leyes/plan/legplan0912.htm>.
3. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud, 2003. [consultado 11/8/2010]. Disponible en: <http://www.ine.es/metodologia/t15/t1530419cues.htm>.
4. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud, 2006. [consultado 11/8/2010]. Disponible en: <http://www.ine.es/metodologia/t15/t1530419cues06.htm>.
5. Ministerio de Sanidad y Política Social. Sistema de información sanitaria del SNS. Encuesta Nacional de Salud 2006. [consultado 11/8/2010]. Disponible en: <http://www.ine.es/metodologia/t15/t153041906.pdf>.
6. Rohlf I, Borrell C, Artazcoz L, et al. The incorporation of gender perspective into Spanish health Surveys. *J Epidemiol Community Health*. 2007;61 Suppl II:ii20-5.
7. Rohlf I, Borrell C, Anitua C, et al. La importancia de la perspectiva de género en las encuestas de salud. *Gac Sanit*. 2000;14:146-55.
8. Borrell C, García-Calvente MM, Martí-Boscá JV. Informe SESPAS 2004: La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. *Gac Sanit*. 2004;18(Supl. 1) [consultado 11/8/2010]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=0213-911120040004&script=sci.issueotoc>.
9. Borrell C, Artazcoz L, editors. 5.^a *Monografía de la Sociedad Española de Epidemiología: Investigación sobre género y salud*. Barcelona: Sociedad Española de Epidemiología; 2007.
10. Ruiz Cantero MT, Papí Gálvez N, Cabrera Ruiz V, et al. Los sistemas de género en la Encuesta Nacional de Salud. *Gac Sanit*. 2006;20:427-34.
11. Harding S. In: *Feminism and methodology: social science issues*. Bloomington: Indiana University Press; 1987.
12. Braidotti R. The uses and abuses of the sex/gender distinction in European feminist practices. En: Griffin G, Braidotti R, editors. *Thinking differently. A reader in European Women's Studies*. London: Zed Book; 2002.
13. Byrne A. Developing a sociological model for researching women's self and social identities. *Eur J Women's Studies*. 2003;10:443-64.
14. Hirata H, Laborie F, Le Doaré H, et al. In: *Diccionario crítico del feminismo*. Madrid: Síntesis; 2002.
15. Kreimer M. Labour market segregation and the gender-based division of labour. *Eur J Women's Studies*. 2004;11:223-46.
16. Banegas JR, Díez Gañán L, González Enriquez J, et al. La mortalidad atribuible al tabaquismo comienza a descender en España. *Med Clin (Barc)*. 2005;124:769-71.
17. Díez-Gañán L, Rodríguez-Artalejo F, Banegas Banegas JR, et al. Características demográficas, hábitos de vida e historia del consumo de tabaco de los fumadores ocasionales en España. *Rev Esp Salud Pública*. 2002;76:281-91.
18. Rodríguez-Artalejo F, Guallar-Castillón P, Banegas Banegas JR, et al. Variación geográfica en las hospitalizaciones y en la mortalidad por insuficiencia cardíaca congestiva en España, 1980-1993. *Rev Esp Cardiol*. 2000;53:776-82.

19. Ruiz-Cantero MT, Simón-Rodríguez E, Papi-Gálvez N. Sesgos de género en el lenguaje de los cuestionarios de la Encuesta Nacional de Salud 2003. *Gac Sanit.* 2006;20:161-5.
20. Ley 39/1999, de 5 de noviembre, promotora de la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras. [consultado 14/6/2010]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/1999/11/06/pdfs/A38934-38942.pdf>.
21. Swedish National Institute for Public Health. National Survey of Public Health of Sweden. Health on equal terms? A survey of health and living conditions in Sweden, 2007. [consultado 11/8/2010]. Disponible en: <http://www.fhi.se/Documents/English/Highlights/survey-English-2007.pdf>.
22. Castro García C, Pazos Morán M. Permiso de maternidad, de paternidad y parentales en Europa: algunos elementos para el análisis de la situación actual. En: Pazos Morán M, editor. *Economía e igualdad de género: retos de la hacienda pública en el siglo XXI*. Madrid: Instituto de Estudios Fiscales; 2008. p. 185-216.
23. Pitzalis M. Yentl syndrome. The underestimate of cardiovascular risk in women. *Ital Heart J Suppl.* 2005;6:72-6.
24. Kühni CE, Sennhauser FH. The Yentl syndrome in childhood asthma: risk factors for undertreatment in Swiss children. *Pediatr Pulmonol.* 1995;19:156-60.
25. Crilly MA, Bundred PE, Leckey LC, et al. Gender bias in the clinical management of women with angina: another look at the Yentl syndrome. *J Womens Health (Larchmt).* 2008;17:331-42.
26. Karim F, Islam A, Chowdhury AMR, et al. Gender differences in delays in diagnosis and treatment of tuberculosis. *Health Policy and Planning.* 2007;22:329-34.
27. Gundersen Storla D, Yimer S, Aksel Bjune G. A systematic review of delay in the diagnosis and treatment of tuberculosis. *BMC Public Health.* 2008;8:15.
28. Rosen AG, Lindauer A, Darney BG. Infarction: descriptions of decision-making patterns understanding treatment-seeking delay in women. *Am J Crit Care.* 2005;14:285-93.
29. Statistics Canada. Canadian Community Health Survey Questionnaire, 2009. [consultado 11/8/2010]. Disponible en: <http://www.statcan.gc.ca/imdb-bmdi/instrument/3226.Q1.V6-eng.pdf>.
30. Office for National Statistics. General Household Survey of United Kingdom. Household and Individual Questionnaires. Appendix E. 2007. [consultado 11/8/2010]. Disponible en: <http://www.statistics.gov.uk/StatBase/Product.asp?vlnk=5756>.