

SALUD Y GÉNERO

Sábado 8 de octubre de 2011. 9:00 a 10:30 h

Aula Magna – Escuela Nacional de Medicina
del Trabajo

Comunicaciones orales (10 minutos)

Modera: M.^a Mar García Calvente

85. IMPACTO PERCIBIDO DE LA FIBROMIALGIA EN LA RUTINA DIARIA DE LAS PERSONAS AFECTADAS DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO

E. Briones Vozmediano, C. Vives Cases

Universidad de Alicante.

Antecedentes/Objetivos: Este estudio explora, con perspectiva de género, las consecuencias percibidas por las personas afectadas de fibromialgia en la realización de las tareas del hogar y en las relaciones familiares y de pareja.

Métodos: La metodología fue cualitativa y la técnica de recogida de información fue la entrevista personal semiestructurada. Se realizó un total de 16 entrevistas a personas afectadas, mujeres (= 13) y hombres (= 3) con un rango de edad de 24 a 61 años en el ámbito de la Comunidad Valenciana. Todas las personas entrevistadas tenían un empleo

remunerado antes de la enfermedad pero en el momento de la entrevista la mayoría (= 10) permanecían inactivas. La estrategia de análisis del discurso fue interpretativa, partiendo de un razonamiento inductivo.

Resultados: En los discursos analizados, las prioridades de los hombres y mujeres afectados/as por la enfermedad difieren. A las mujeres les parece prioritario poder seguir ocupándose del cuidado del hogar y de la familia, con especial referencia al cuidado de sus hijos. Ellas siguen ocupándose en exclusiva de la realización de las tareas del hogar tras estar enfermas sin que se haya producido en el seno de la familia una redistribución de las tareas entre sus miembros. Esta situación no parece generar malestar en ellas, sino que viven su realización como una forma de mantenerse activas y de mantener su identidad. El apoyo de sus parejas aparece como anecdótico. Por su parte, los 3 hombres entrevistados no han asumido el rol doméstico al abandonar su puesto de trabajo, no consideran que sea su responsabilidad o conciben su aporte a las tareas del hogar como una colaboración. En su discurso destaca la necesidad de invertir tiempo en su descanso personal y su percepción del cuidado de la familia se orienta a su sustentación económica. Los entrevistados sienten inutilidad y frustración al no poder ejercer la actividad por la que antes eran valorados socialmente, el empleo remunerado.

Conclusiones: La asunción y realización de las tareas del hogar y de cuidado aparecen en el discurso de las entrevistadas como un mecanismo de adaptación a la enfermedad que contribuye a su autoestima y a sentirse útiles en vez de una carga para la familia. En cambio, para los 3 hombres entrevistados es difícil reconocerse fuera de la esfera productiva y las tareas domésticas no cumplen un rol central en la identidad masculina tradicional. El sentimiento de utilidad en el caso de los hombres va asociado al rol de proveedor económico y no poder ejercerlo acarrea frustración y un estado de ánimo negativo.

Financiación: Observatorio de Salud de las Mujeres, Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

468. NUEVAS USUARIAS DE TERAPIA HORMONAL SUSTITUTIVA. TENDENCIA POR NIVEL EDUCATIVO, ORIGEN Y RESIDENCIA

R. Peiró-Pérez^{a,b}, D. Salas^a, G. Vallés^a, J. Miranda^a, J. Ibáñez^a, E. Pérez^a

^aCentro Superior de Investigación en Salud Pública, Valencia; ^bCIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

Antecedentes/Objetivos: El objetivo de este estudio es describir la tendencia de las nuevas usuarias de terapia hormonal sustitutiva (THS) en la cohorte de mujeres que participan en el programa de cribado de cáncer de mama de la Comunidad Valenciana (CV) y si ha cambiado la tendencia después de la publicación del estudio "Women Health Initiative" (2002).

Métodos: Análisis de cohorte retrospectiva de las participantes en un programa de detección temprana de cáncer de base poblacional entre 1996-2009, nacidas entre 1927 y 1964. La población de estudio fueron 670.938 mujeres, de 45 a 70 años. Se describe el porcentaje para el periodo a estudio de las nuevas usuarias y las que alguna vez han tomado THS. Para las nuevas usuarias se analizan las tendencias de THS por nivel educativo (alto y bajo), país de origen (España y otros países) y la residencia urbana (> 10.000 h) o rural y grupos de edad. Se realiza un análisis de regresión de Joinpoint para nuevas usuarias por las variables a estudio.

Resultados: De 1996 a 2009 el 12,39% (N = 83.190) de las mujeres declaró haber tomado THS. Las mujeres entre los 50-54 años tuvieron una prevalencia del 8,81% en el año 1999, y en ese mismo año las mujeres con 55-59 tenían una prevalencia del 8,19%. En 2009, 7 años después de la publicación del estudio WHI, el número de nuevas usuarias de THS disminuyó un 52% entre los 45-49 años, un 81% entre los 50-54 años, un 82% entre los 55-59 años, un 75% entre los 60-64

años y un 56% entre los 65-70 años. El pico de nivel educativo alto de nuevas usuarias fue, en 1998, 10,94 frente a 4,92% en el grupo de nivel bajo, en 2004, 4,53 frente a 2,97%, y en 2009, 2,58 frente a 1,25%, siendo estas diferencias estadísticamente significativas. En el año 2001 hay un cambio de tendencia en las nuevas usuarias, que pasó a ser decreciente; cada año hay un porcentaje menor de nuevas usuarias de THS.

Conclusiones: El uso de la THS ha disminuido durante los siguientes 7 años después de la publicación del WHI. Esta reducción fue más acentuada en los 3 primeros años que en los 4 restantes. Dicha reducción se ha notado en el nivel educativo, en el lugar de residencia y en el país de origen, por lo que suponemos que ha habido un impacto de la evidencia científica reportados por Women's Health Initiative (WHI).

772. REVISIÓN DE LA MEDICIÓN DE LA EQUIDAD DE GÉNERO: CONTEXTO SOCIAL DE SALUD DE LAS MUJERES

J. Fernández-Sáez^a, M.T. Ruiz^{a,b}, M. Guijarro^c, M. Carrasco-Portiño^{a,b}, V. Roca^d, C. Ródenas^e, M. Martí^e, C. Álvarez-Dardet^{a,b}

^aDepartamento de Salud Pública, Universidad de Alicante (UA);

^bCIBERESP; ^cDepartamento de Economía, Universidad de Cantabria;

^dDepartamento de Filosofía Derecho-Derecho Internacional Privado,

UA; ^eDepartamento de Análisis Económico Aplicado, UA.

Antecedentes/Objetivos: El índice de equidad de género (IEG) fue diseñado por Social Watch en 2004 para contribuir a la promoción de la equidad de género y la autonomía de las mujeres a nivel mundial. Al no contener ninguna dimensión de salud, este índice proporciona una oportunidad para probar la influencia de las relaciones de género en los patrones de salud y enfermedad. Sin embargo, como los valores más altos que la unidad se truncan a 1, la inequidad desfavorable a los hombres no puede ser calculada ni evidenciada. Como resultado, este instrumento de medición está en conflicto con los objetivos con los que fue creado. Objetivo: Proponer una versión refinada del IEG (IEG modificado [IEGm]) que permite poner de manifiesto las inequidades que afectan a ambos sexos, proporcionando una medición más justa de la inequidad.

Métodos: En lugar de calcular las diferencias de género en las 3 dimensiones del IEG (educación, actividad económica y empoderamiento) por medio de un cociente de proporciones, el IEGm compara dichas proporciones en términos absolutos (diferencias en las proporciones). El IEGm oscila entre -1 (la inequidad hacia las mujeres), 0 (equidad) y 1 (inequidad hacia los hombres), a diferencia del IEG, que oscila entre 0 (inequidad hacia las mujeres) y 1 (equidad).

Resultados: Las clasificaciones de los países de acuerdo con el IEG y los valores IEGm muestran una alta correlación (coeficiente de rango = 0,95). Sin embargo, se observa una mayor dispersión en el IEGm (43,8%) que en el IEG (19,27%). El método modificado del cálculo del IEG detecta la existencia de inequidad en la brecha de la educación, desfavorable para los hombres (coeficiente de rango = 0,36). Muchos países comparten el mismo valor absoluto de la brecha de educación, pero con signos opuestos (Azerbaiyán [-0,022] y Bélgica [0,022]), lo que refleja la inequidad hacia las mujeres y hombres, respectivamente. Esto también ocurre en la componente de trabajo técnico y profesional de la dimensión de empoderamiento (Brunei Darussalam [-0,120] frente a Australia, Islandia, Canadá y EE.UU. [0,120]).

Conclusiones: El método modificado del índice de equidad de género tiene utilidad potencial para ampliar los estudios de género y salud hacia los determinantes estructurales de la salud. Permite un control más estricto de la aplicación adecuada de las políticas para corregir las desigualdades sistémicas hacia las mujeres y, si llegase a ocurrir, hacia los hombres.

906. ANÁLISIS DE COBERTURAS DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS EN CASTILLA Y LEÓN CON PERSPECTIVA DE GÉNERO

M.A. Guzmán Fernández^a, C. Fernández Alonso^b, J. Sanz Valentín^c, P. Lorenzo Lobato^a

^aServicio de Programas Asistenciales, Gerencia Regional de Salud de Castilla y León; ^bServicio de Coordinación Sociosanitaria, Consejería de Sanidad de Castilla y León; ^cCS La Victoria, Valladolid.

Antecedentes/Objetivos: Identificar las diferencias en la cobertura de las actividades preventivas y morbilidad atendida en los procesos incluidos en la cartera de servicios de atención primaria (AP) en hombres y mujeres, y analizar sus posibles causas desde una perspectiva de género.

Métodos: Tipo de estudio: análisis descriptivo transversal de las coberturas alcanzadas en 2010 en diferentes servicios de la cartera de AP. Población de estudio: personas adscritas al Sistema de Salud (Sacyl) que están recibiendo alguna prestación de la cartera de servicios de AP. Ámbito de estudio: AP de Castilla y León. Método: explotación desagregada por sexo de las personas incluidas en los servicios de cartera mediante programa informático Medora.

Resultados: Cobertura de personas (20 y 75 años) con actividades de prevención de riesgo cardiovascular y fomento de estilos de vida saludable: Mujeres 66,1%; hombres 53,8%. Procesos: hipertensión arterial: cobertura alcanzada sobre casos esperados: hombres 41,2%; mujeres 57,3%. Diabetes mellitus: cobertura: hombres 65,2%; mujeres 83,2%. Obesidad: cobertura: hombres 35,9%; mujeres 43,9%. Deshabitación tabáquica: cobertura sobre casos esperados: 22,2% hombres; 19,4% mujeres. Atención a personas bebedoras de riesgo: hombres atendidos sobre susceptibles: 35,9%; mujeres: 9,8%.

Conclusiones: Los resultados obtenidos en la cobertura de actividades preventivas pueden tener relación con la influencia del género en las conductas relacionadas con la salud. La fortaleza implícita entre los valores sociales de la masculinidad entra en contradicción con el reconocimiento de la vulnerabilidad que supone acudir al sistema sanitario, además de otras posibles razones como su mayor participación en el trabajo productivo, que puede limitar su accesibilidad a las consultas. Las mujeres, por su rol de cuidadoras, acceden con mayor frecuencia a consulta (para ellas o la familia) aumentando las posibilidades de intervención sanitaria. Además, la mujer ha naturalizado la "debilidad" y la medicalización dentro de la "condición femenina". Los datos de cobertura en tabaquismo y consumo excesivo de alcohol, que no se corresponden con la realidad esperada, tienen también una interesante lectura de género. La inequidad en el esfuerzo diagnóstico y terapéutico pone claramente de manifiesto la influencia del sesgo de género en la atención sanitaria en relación con el tabaquismo y el alcohol en hombres y mujeres en nuestra comunidad. Conocer estas desigualdades y analizar sus causas nos permitirán mejorar la eficiencia en nuestras intervenciones.

975. GENÉTICA, AMBIENTE, ESTILOS DE VIDA Y RIESGO CARDIOVASCULAR EN MUJERES. ANÁLISIS DE GÉNERO

R.M. Marín^a, J. Chaves^b, D. Juliá^c, J. Quiles^a, M.J. Mejía Sanz^a, E. Pastor^a, J. Redón^b

^aEVES/Conselleria de Sanitat, Valencia; ^bFundación Inv. Hospital Clínico, Valencia; ^cHospital La Fe, Valencia.

Antecedentes/Objetivos: Valorar el impacto de los factores ambientales, estilos de vida y variantes genéticas sobre la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en mujeres de mediana edad de la Comunidad Valenciana (CV).

Métodos: Tipo de estudio y muestra: estudio trasversal. Muestra aleatoria extraída del padrón municipal de 675 mujeres entre 45 y 65 años de edad en 4 áreas geográficas de la CV. Fuentes de datos y varia-

bles: entrevista personal y cuestionarios validados: variables demográficas, estilos de vida, salud percibida y sintomatología, y variables asociadas al género (presencia de enfermos en casa, cuidado de los mismos, trabajo sólo en el hogar, etc.). Entrevista y exploración clínica: antecedentes familiares y personales, variables antropométricas, tensión arterial, electrocardiograma, etc. Pruebas complementarias: analítica general y específica de riesgos cardiovasculares y polimorfismos y mutaciones genéticas. Análisis de datos: cálculo de medias con desviación estándar para variables cuantitativas continuas y prevalencia e intervalos de confianza al 95% para variables cualitativas. Análisis de las diferencias, mediante el test Chi-2 de comparación de proporciones. Las diferencias entre variables cuantitativas con test paramétricos y no paramétricos, la asociación entre variables o mediante el cálculo de *odds ratios* (IC 95%) y el impacto de los diferentes polimorfismos, mediante análisis de regresión logística.

Resultados: Respecto al riesgo cardiovascular, las mujeres de áreas urbanas presentan mayor riesgo (OR: 3,34). También se asocia significativamente la obesidad (OR: 4,65), el trabajo sólo dentro del hogar (OR: 4,32) y el consumo de tabaco (OR: 3,23). En cuanto al estado de ansiedad-depresión, el riesgo de padecerlo se incrementa con la edad (OR de 2,06 para 60-65 años), la presencia de enfermos o discapacitados en casa (OR: 2,23), dormir menos de 7 horas (OR: 3,95) y el trabajo realizado exclusivamente dentro del hogar (OR: 1,53). La sintomatología severa (test de Kupperman) incrementa un 18,56 el riesgo de tener una mala calidad de vida, así como dormir menos de 7 horas (OR: 3,26) y no tener relaciones sexuales (OR: 2,8). El estudio genético confirma que un polimorfismo del gen que codifica para la renina, el I4+17, se asocia significativamente con el riesgo cardiovascular.

Conclusiones: Analizando la salud de la mujer desde una perspectiva integral y multidisciplinar, se constata la influencia y la interrelación de los factores biológicos, socioculturales, ambientales y genéticos en la salud de la mujer y en concreto en la aparición de los factores de riesgo cardiovascular.

Financiación: Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (expediente 65/01).

1008. PERSPECTIVA DE GÉNERO Y TRASTORNOS CRÓNICOS: LOGROS Y RETROCESOS DE LAS ENCUESTAS DE SALUD EN ESPAÑA

D. Malmusi, C. Borrell, L. Artazcoz

Agència de Salut Pública de Barcelona; CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); Institut d'Investigació Biomèdica (IIB Sant Pau).

Antecedentes/Objetivos: Las mujeres, a pesar de tener una mayor esperanza de vida que los hombres, declaran un peor estado de salud general. Diversos estudios han demostrado que ello no se debe a sesgos o diferencias de percepción, sino a una mayor prevalencia de trastornos crónicos con mucho impacto en la calidad de vida. La recogida de información sobre trastornos crónicos ha sufrido cambios sustanciales en las últimas ediciones de las encuestas de salud de ámbito estatal. El objetivo es evaluar la contribución de los trastornos crónicos a las desigualdades de género en la autovaloración de la salud en las Encuestas Nacionales de Salud 2003 (ENS-03) y 2006 (ENS-06), utilizando los distintos listados y criterios de las 2 encuestas.

Métodos: Análisis de 2 encuestas transversales de base individual representativas de la población no institucionalizada residente en España, la ENS-03 y la ENS-06. Se seleccionó a toda la población mayor de 15 años (ENS-03: N = 21.650, ENS-06: N = 29.478). Se comparó la autovaloración del estado de salud regular o malo entre mujeres y hombres ajustando modelos de regresión de Poisson robusta para calcular razones de prevalencia (RP) ajustadas por edad, y posteriormente se ajustó por el número de trastornos crónicos reportados se-

gún: a) listado ENS-03: 16 trastornos que “le ha dicho un médico que padece en la actualidad”; b) listado ENS-06-diagnóstico: 27 trastornos padecidos en el último año y diagnosticados por “un médico”; c) listado ENS-06: 27 trastornos padecidos en el último año.

Resultados: En ambas encuestas, la probabilidad de declarar una salud regular o mala es superior en mujeres (RP ajustada por edad, ENS-03: 1,27, IC 95%, 1,21-1,33; ENS-06: 1,35 IC 95%, 1,29-1,41). El ajuste del modelo por el número de trastornos según listado ENS-03 reduce pero no elimina la asociación (RP ENS-03: 1,10, IC 95%, 1,05-1,15; ENS-06: 1,08, IC 95%, 1,04-1,13). En la ENS-06 se elimina la asociación tanto utilizando el listado ENS-06-diagnóstico (RP 1,03, IC 95%, 0,99-1,08) como el listado ENS-06 (RP 1,00, IC 95%, 0,96-1,05).

Conclusiones: La ampliación del listado de trastornos crónicos constituye un logro de la ENS-06, junto a la mejora de la información sobre los determinantes sociales bajo la perspectiva de género, según han puesto en evidencia otros trabajos. Sin embargo, en la última encuesta poblacional de salud —la Encuesta Europea de Salud en España 2009—, se vuelve a retroceder en este aspecto tras la eliminación o restricción de algunos de los trastornos que dan cuenta de la peor salud de las mujeres.