

Perspectiva de género e interseccionalidad en la VI Encuesta Andaluza de Salud

Recomendación APG-2018

Documento de Orientaciones Estratégicas (DOE G+) - 41D

La VI Encuesta de Salud Andaluza (EAS) es una valiosa fuente de información primaria que permite conocer el estado de salud de la población andaluza, su contexto sociodemográfico, los determinantes de la salud y el uso de recursos sanitarios. Al igual que otras encuestas de salud²⁻⁶ en España, a lo largo de sus ediciones se ha ido revisando y mejorando la perspectiva de género, introduciéndose de manera transversal en la VI EAS desde la concepción de los cuestionarios, en lenguaje inclusivo y sensibles a potenciales desigualdades por género, al tratamiento de los datos, con la construcción de un estimador específico para medir la brecha de género, y la difusión de los resultados, desagregados por sexo y su intersección por otros ejes de desigualdad como la edad, el territorio o la clase social.

Esto permite dar soporte al cumplimiento de varias recomendaciones del área 1, *Diagnóstico de Género sobre las áreas de competencia del programa* (recomendaciones 1.2.1; 1.2.2; 1.2.9; 1.2.14; 1.2.19; 1.2.21; 1.3, entre otras), así como a objetivos e indicadores del programa. También posibilita la elaboración de los diagnósticos de salud de diferentes planes y la evaluación de las desigualdades de género que se puedan producir en el acceso a recursos sanitarios.

La accesibilidad y transparencia de la plataforma Web de la EAS permite la visualización y descarga de resultados, desagregados por sexo y otras variables de interseccionalidad, así como la descarga de microdatos con esas variables para la realización de estudios y análisis multivariantes, tal y como refiere la Recomendación 1.2.19.

Dentro de las medidas a ejecutar del área 1, la VI EAS, al igual que en ediciones anteriores, es una de las fuentes de información principales del *Informe de Salud y Género en Andalucía 2018* y de su actualización 2024. Tal y como refleja el apartado de medidas, la EAS es una de las fuentes de datos que permite a la Escuela Andaluza de Salud Pública, a la Consejería de Salud y Consumo y a otras instituciones, la realización de diagnósticos con perspectiva de género, investigaciones sobre las barreras a la accesibilidad, la mejora la incorporación del enfoque de género en los diagnósticos de la planificación presupuestaria, y otras colaboraciones que se concierten con ella.

La medida a ejecutar que habla específicamente de la EAS refiere: ***Revisar las perspectivas de género e interseccional en la próxima edición de la Encuesta de Salud en Andalucía (recomendación APG-2018)***. Estas son las acciones que se han llevado a cabo para su cumplimiento:

1. Revisión y adaptación de los cuestionarios en **lenguaje inclusivo y perspectiva de género** por personas expertas en salud y género, utilizando fórmulas genéricas o el desdoble femenino/masculino según fuese oportuno, además de adaptaciones de preguntas que anteriormente seguían un enfoque más androcéntrico, por ejemplo:
 - a. En las preguntas sobre situación laboral propia o de la pareja se adaptaron las estructuras que simbolizaban diferencias de género entre cabeza de familia y ama de casa:

- i. Cambiando la categoría de respuesta “Sus labores/Ama de casa” a “Trabajo doméstico no remunerado”.
 - ii. Se reformula el bloque de “Las siguientes preguntas son sobre el/la esposo/a o pareja (conviviente) de la persona entrevistada” a “Las siguientes preguntas son sobre la persona que aporta mayores ingresos al hogar y convive con la persona entrevistada”.
 - b. Se adaptaron algunas respuestas por tener una mirada demasiado heteronormativa, por ejemplo:
 - i. Una de las respuestas sobre métodos anticonceptivos que refería “No lo necesita, edad, infértil” se ha cambiado a “No lo necesita porque no es posible la gestación (por edad, infértil, orientación sexual)”.
 - c. Algunas palabras no estaban en lenguaje inclusivo a la hora de realizar el trabajo de campo pero se adaptaron durante los procesos de tratamiento de la información, como por ejemplo en las descripciones del diccionario de variables.
 - d. La revisión del lenguaje y perspectiva de género se continuará realizando en el procesamiento y próximas ediciones de la EAS.
2. Inclusión de una pregunta sobre **agresión física, emocional y sexual por la pareja o por persona diferente a la pareja**. No se exploran más preguntas en profundidad por existir encuestas propias adaptadas al estudio de violencia de género y por la dificultad de abordar la sensibilidad de estos temas con las limitaciones de tiempo y características de la EAS. En próximas ediciones se reevaluará este apartado en el proceso de generación de cuestionarios.
3. Ampliación de la información sobre **la salud sexual y reproductiva de las mujeres**, añadiendo preguntas concretas referidas a dificultades en la fertilidad y adaptando la pregunta de lactancia. Se incluye una pregunta sobre el grado de sexualidad saludable percibida.
4. **Segmentación transversal basada en la variable sexo**, lo que permite observar en toda la información recopilada en la EAS si existe un impacto diferencial entre hombres y mujeres en la salud y sus condicionantes.
5. **Segmentación por otros ejes de desigualdad**, como edad, nivel de hábitat, nivel de estudios, clase social y dificultad para llegar a fin de mes, lo que posibilita estudiar la **interseccionalidad del sexo con estas variables**.
6. Construcción de un **estimador específico sobre brecha de género** que permite observar la evolución en cada edición de la EAS de las brechas absolutas o relativas de género (mujeres frente a hombres) agrupadas por las variables de segmentación elegidas. Un valor positivo indica que las mujeres muestran, en puntos o términos porcentuales, un valor más alto en comparación con los hombres en la categoría de referencia de la variable dicotomizada seleccionada de la edición correspondiente. Por el contrario, un valor negativo indica que las mujeres muestran, en puntos o términos porcentuales, un valor más bajo en comparación con los hombres. Si el intervalo de confianza no incluye el valor 0, puede decirse que la brecha de género correspondiente es estadísticamente significativa a un nivel de confianza del 95%.
7. **Creación y/o recategorización de variables con perspectiva de género** para analizar los condicionantes de género que impactan en la salud de manera diferencial, como la

distribución de las tareas de cuidados y del hogar, la división sexual del trabajo (trabajo productivo/reproductivo), el impacto de los roles sociales y familiares, el desarrollo profesional, el ciclo vital, el contexto social y familiar (participación social, apoyo social, soledad no deseada, personas cuidadoras, estructura y composición familiar o vivienda)...Ejemplos:

- i. Hogares según si las tareas domésticas las realiza principalmente la persona entrevistada.
 - ii. Hogares según si las tareas domésticas las realiza principalmente la persona entrevistada junto con su pareja.
 - iii. Tiempo medio en horas dedicado semanalmente (de lunes a domingo) a las tareas domésticas.
 - iv. Trabajo doméstico remunerado.
 - v. Población que durante el ingreso estuvo acompañada por una mujer casi todo el tiempo.
 - vi. Población que concilia su vida profesional y laboral.
- 8.** En cuanto a las personas entrevistadoras, en el Briefing previo al trabajo de campo recibieron información e indicaciones sobre género, uso de lenguaje inclusivo y ética.
- 9.** Además de todas estas actuaciones realizadas para la VI EAS, se están recogiendo posibles **mejoras para las próximas ediciones** en las que se continuará el trabajo de incorporación de perspectiva de género e interseccionalidad:
- a. **Contribuciones identificadas** a considerar en las siguientes ediciones de la EAS (**no incluidas en la VI edición** por criterios como la necesidad de mayor fundamentación, el incremento de la duración de la encuesta, la posible pérdida de comparabilidad de la información, prevalencia muy baja como para obtener estimaciones precisas, entre otros):
 - i. Encuesta de uso del tiempo.
 - ii. Preguntas de ciclo menstrual y salud sexual y reproductiva.
 - iii. Sobre conductas o prácticas sexuales.
 - iv. Apoyo emocional que presta.
 - v. Caracterización del cuidado/tareas.
 - b. **Revisión y adaptación del lenguaje continuada** ya que existen algunas palabras/conceptos que mantienen el masculino genérico como, por ejemplo:
 - i. Sobre efectos del trabajo en la salud: mantiene categorías de respuesta en masculino (nervioso y estresado; agotado).
 - ii. Sobre conciliación familiar y laboral: "Vuelvo a casa demasiado cansado como para hacer las tareas domésticas necesarias".
 - iii. Sobre categoría profesional de la persona que aporta más ingresos al hogar: categorías de respuesta con formulación en masculino (empresario, asalariados, ...).
 - c. Reintroducción de la **relación de vínculos familiares en la tabla de composición de hogar**, al menos la referida a la pareja, para así poder identificar el sexo en las preguntas referidas a la misma.
 - d. Inclusión de preguntas sobre **identidad de género y orientación sexual** para conocer el impacto de las desigualdades en salud que afecta a estas personas, sabiendo que se trata de ejes de poder y desigualdad que interseccionan con otros ejes.

- e. **Participación social** en adultos para observar si existen diferencias en la implicación en la vida social y comunitaria.
- f. **Violencia de género:** tras filtro de si ha sufrido algún tipo de violencia, identificar los **tipos de violencia sufridos** en formato multirrespuesta (física, emocional, sexual, social, económica, ambiental, vicaria), y el **sexo de la persona agresora**. Valorar preguntas sobre si ha solicitado o tiene algún tipo de apoyo social o sanitario, institucional o judicial.
- g. Siguiendo la **Guía de indicadores para medir las desigualdades de género en salud y sus determinantes** realizada por la EASP¹, la inclusión de algunos de los indicadores propuestos podría aumentar la profundidad de la información sobre género en próximas ediciones de la EAS:
 - i. Población (ocupada) que se ha acogido en los últimos años a alguna clase de licencia por dedicarse al cuidado de menores (+3 años) o de otras personas convivientes/familiares.
 - ii. Tipo de cuidado que realizan los hombres y las mujeres en el cuidado informal.
 - iii. Tipo de tareas domésticas realizadas en el hogar por hombres y mujeres.
 - iv. Tipo de tareas realizadas para cubrir las necesidades de las personas menores cuidadas.
 - v. Tiempo que hombres y mujeres dedican a cada una de las actividades de cuidado de menores.
 - vi. Efectos positivos y negativos del cuidado de menores y del cuidado informal sobre el cuidador/a.
 - vii. Tareas asumidas en la crianza.
 - viii. Población con satisfacción alta en el proyecto vital.

¹ García Calvente MM, Del Río Lozano M, Marcos Marcos J. Guía de indicadores para medir las desigualdades de género en salud y sus determinantes. Escuela Andaluza de Salud Pública. Disponible en: <https://repositoriosalud.es/rest/api/core/bitstreams/fec8e500-3b60-4668-8d52-d884be99684d/content>

Indicadores

Denominación del indicador de género: Variación en la diferencia intersexual del porcentaje de población andaluza que valora positivamente su estado de salud.

Objetivo/actuación del que depende: OE+. Reducir la brecha de desigualdad de género en salud.

Magnitud: Puntos porcentuales.

Valor: en 2017 los porcentajes son: 73,96 (H:78,52; M: 69,49) > BG = -9,03 puntos porcentuales.

Fuentes: Instituto Nacional de Estadística. Encuesta nacional de salud

Actualización (semestral, anual, etc.): cuatrienal

Responsable de la actualización: INE

Forma de cálculo: BG (brecha de género) = % M - % H. Diferencia de puntos porcentuales, entre periodos, en los sumatorios de la valoración del estado de salud "muy bueno" y "bueno", desagregados por sexo.

Aunque figura el INE y la Encuesta Nacional de Salud como fuentes para este indicador sobre salud autopercebida, la Encuesta Andaluza de Salud también lo ha recogido a lo largo de todas sus ediciones. A continuación, se muestran los resultados obtenidos a partir de esta encuesta.

En 2023, un 9,5% de la población general andaluza de 16 o más años percibió su salud general como excelente, un 24,4% muy buena, un 46,7% buena, un 15,3% regular y un 4,1% la percibió como mala.

En mujeres los porcentajes de estados de salud excelente o muy bueno fueron inferiores a los de los hombres. Así pues, esos porcentajes fueron del 7,7% excelente, 22,5% muy bueno, 47,7% bueno, 17,2% regular y 4,9% malo, mientras que en hombres fueron de 11,4%, 26,5%, 45,6%, 13,2% y 3,3%, respectivamente. Se observa además un importante gradiente etario.

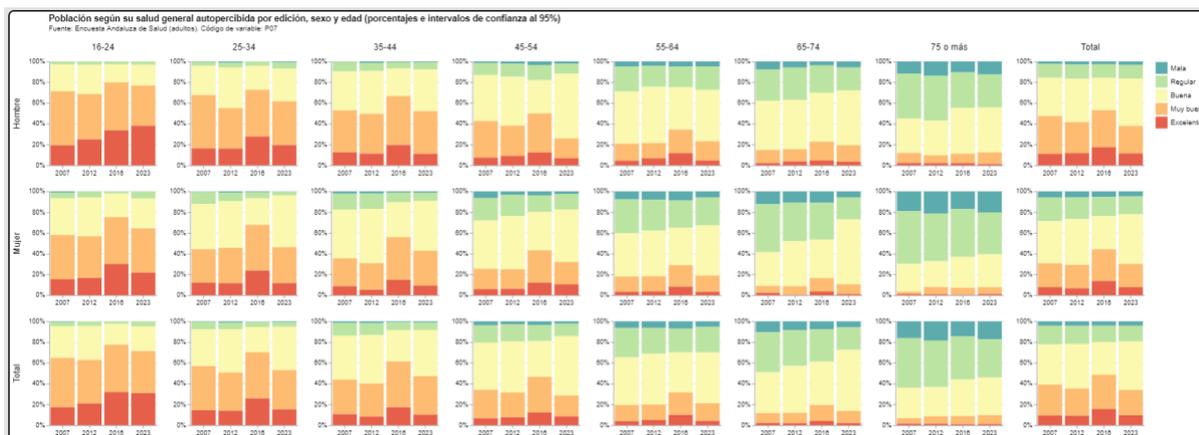


Imagen 1a: Porcentaje de población según su estado de salud percibido por edición, sexo y edad. Encuesta Andaluza de Salud, 2007 - 2023.

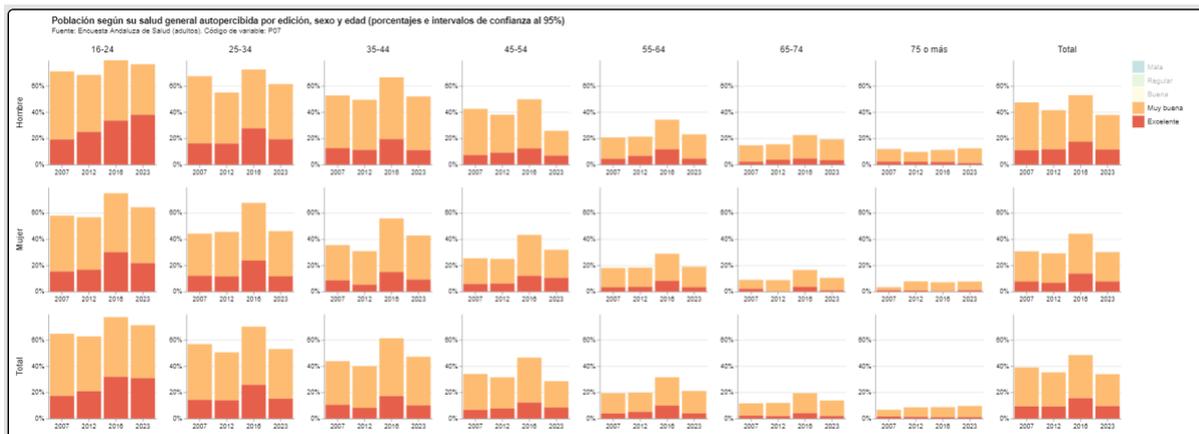


Imagen 1b: Porcentaje de población con percepción de estado de salud muy bueno y excelente. Encuesta Andaluza de Salud, 2007 - 2023.

Respecto al estado de salud malo o regular, se observa el mismo gradiente etario a la inversa, con unas estimaciones totales de 19,4%, siendo significativamente superior en mujeres que en hombres con un 22,1% y 16,5%, respectivamente, especialmente entre mujeres y hombres mayores de 75 años (60,5% y 44,4%).

En cuanto a su evolución, se observa cómo ha disminuido la salud general autopercebida como regular o mala desde 2007 hasta 2023 en mujeres, manteniéndose, sin embargo, en hombres (Imagen 2).

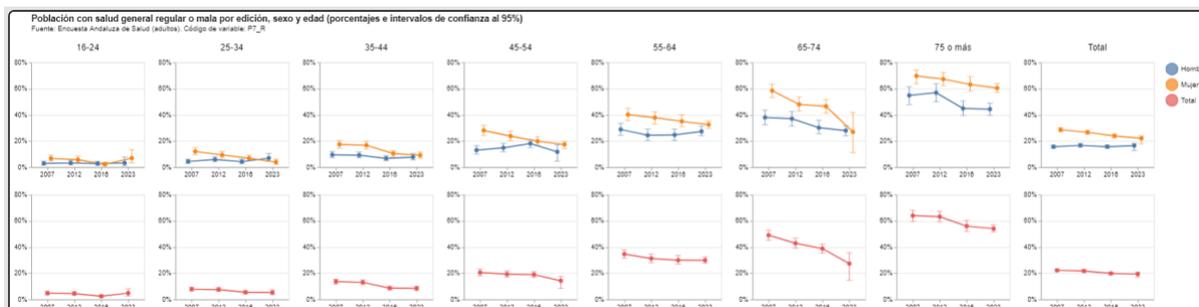


Imagen 2: Porcentaje de población con percepción de estado de salud malo y muy malo. EAS 2007 - 2023.

Respecto a la brecha de género sobre la percepción de salud mala o muy mala, se observan valores positivos en todos los grupos de edad, es decir, peores resultados en mujeres que en hombres, excepto entre 25-34 y 65-74 años (Imagen 3). Así pues, en el total para 2023 se observa una brecha de género absoluta de +5,6 puntos porcentuales, indicando que las mujeres muestran un valor más alto (en esos puntos porcentuales) en la regular o mala percepción de salud en comparación con los hombres, llegando a ser de +16,1 puntos porcentuales en mayores de 75 años. En términos relativos, esas cifras serían de 34% y 36,4%, respectivamente.

Por otra parte, se observa una reducción de la brecha de género en los últimos 17 años, pasando, en términos relativos, de un 83,1% en 2007 a un 34% en 2023 o, en términos absolutos, de 13 puntos porcentuales de diferencia entre mujeres y hombres en 2007 y 5,6 puntos en 2023 (Imagen 3).

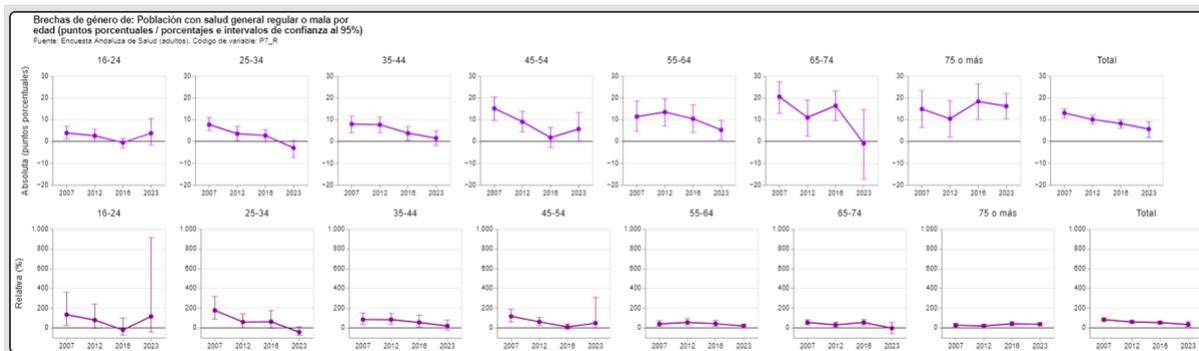


Imagen 3: Brecha de género del porcentaje de población con percepción de estado de salud malo y muy malo. EAS 2007 - 2023.

Áreas del DOE.G+ vinculadas a la VI EAS

1. Recomendaciones que ayuda a cumplir la VI EAS

Recomendación 1.2.2: “Los diagnósticos tienen que incluir un **análisis sobre la presencia de barreras al acceso** de mujeres y hombres a los distintos servicios que provee el programa. Por ejemplo, si se están anunciando los servicios en medios accesibles y de uso habitual tanto para hombres como para mujeres. También deben incluir un mapa o distribución de usos del tiempo según género, la ubicación de la prestación de los servicios y su accesibilidad, que son variables básicas de análisis de género en el acceso y uso a los bienes y servicios públicos. De manera que, si se observan diferencias de género en el acceso a los recursos o servicios, se establezcan las medidas correctoras oportunas por parte del programa”

Recomendación 1.2.9: “Realizar **investigaciones de salud** con enfoque de género sobre las diferencias encontradas entre **niños y niñas**, en cuanto a la presencia de **trastornos en su desarrollo** o riesgo de padecerlos y sus distintas necesidades de atención. Poner en relación estos **datos con el contexto familiar general:** situación profesional de los progenitores, nivel de estudios, ingresos familiares, tamaño de la familia, convivientes, situación de migrante, factor de ruralidad o urbanización, y demás factores que puedan influir en los trastornos del desarrollo en la infancia o en una situación de precariedad y vulnerabilidad”.

Recomendación 1.2.14: “Desarrollar un diagnóstico de género adecuado y suficiente para todos los aspectos que intervienen en la **atención bucodental infantil**. Para ello se debe considerar la población de 6 a 15 años a la que se dirigen estos servicios, también las **personas adultas que tienen la responsabilidad sobre este grupo poblacional, así como las variables socio-económicas, de formación o geolocalización**.”

Este diagnóstico debe incluir información sobre el acceso al servicio, analizando, por ejemplo, el impacto de género de la falta de cobertura en determinadas zonas geográficas o si existe relación en la asistencia de niños y niñas según tipología de familia o gradiente social. También debe **considerar los roles y estereotipos de género según diferentes edades que influyen en el autocuidado y salud dental y sus consecuencias en la demanda del servicio**”.

Recomendación 1.2.19: “Utilizar la **información estadística** proporcionada por los diferentes sistemas de información que tiene el programa y **que recogen datos desagregados por sexo y por otras variables** como edad, localización geográfica, filiación, tipo de familia, nivel social, etc. Se deben realizar análisis multivariantes de las causas y consecuencias de las desigualdades existentes”.

Recomendación 1.2.21: “Identificar en los diagnósticos las **necesidades todavía no atendidas** en cuanto a igualdad de género por el programa presupuestario”

Recomendación 1.3: “Mejorar la **incorporación del enfoque de género en los diagnósticos de la planificación presupuestaria**, de manera que hagan referencia a las diferentes situaciones, problemáticas y desigualdades de género que afectan a las mujeres y los hombres que intervienen en las actuaciones de todas las áreas competenciales del programa”.

2. Objetivos estratégicos y operativos que ayuda a cumplir la VI EAS

(páginas 16-17)

OE. Reducir las desigualdades sociales en salud.

- a. OO. Desarrollar actuaciones de promoción de estilos de vida saludables en grupos de población específicos.
- b. OO. Fortalecer la perspectiva de género en la prevención y detección de la aparición de trastornos en el desarrollo o riesgos de padecerlos a menores de 0-6 años.
- c. OO. Reforzar la perspectiva de género en la atención a la salud bucodental de la población de 6-15 años.

OE. Avanzar en la calidad asistencial enfocada a la mejora de resultados en salud.

- a. OO. Fortalecer la perspectiva de género en el desarrollo de la Estrategia Andaluza para la Coordinación Sociosanitaria.
- b. OO. Mejorar la incorporación de la interseccionalidad de género con otras desigualdades en el desarrollo del Plan de Humanización del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

OE. Contribuir a mejorar la salud y bienestar de la población andaluza mediante la investigación, desarrollo e innovación en salud.

- c. OO. Desarrollar planes y programas en el ámbito de protección de la salud que integren el enfoque de género.

OE+. Reducir la brecha de desigualdad de género en salud.

- a. OO+. Fortalecer la transversalidad de género en las estrategias y planes de salud en fase de elaboración, ejecución y evaluación.

VG+. Contribuir a la erradicación de la violencia contra las mujeres.

- a. VG+. Mejorar la capacidad de detección y atención a situaciones de violencia de género, maltrato, agresión y abuso sexual hacia las mujeres.

3. Actuaciones que ayuda a cumplir la VI EAS (página 31)

Actuación: Análisis del estado de salud de la población y recursos sanitarios vinculados a planes integrales de salud, con perspectiva de género e interseccional.

Descripción: Se procederá a la inclusión de la desagregación por sexo y a la inclusión de variables sensibles al análisis de género en todos aquellos diagnósticos que formen parte de los nuevos planes integrales de salud, pendientes de elaborar, tales como, el de Alzheimer y otras demencias, enfermedades raras, cefaleas, cuidados paliativos, dolor, ictus y enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas, salud mental, etc.

Integra el enfoque de género (sí/no): Sí

Grado de relevancia de género (1 relevancia baja a 4 relevancia máxima): 2

Actuación: Planificación, seguimiento y evaluación de planes integrales con perspectiva de género.

Descripción: Se trata de facilitar el seguimiento a los resultados y la evaluación que incluya análisis de resultados y del impacto diferencial en hombres y mujeres de las medidas incluidas en los planes integrales puestos en marcha. Para ello se adoptará las siguientes medidas:

✓ Revisión de los sistemas de información afectados, al objeto de asegurar la desagregación por sexo de la información relativa a personas así como la incorporación de variables que permita la elaboración de cuadro de mando con indicadores de género destinados al seguimiento de la realización, resultados e impactos de los susodichos planes estratégicos.

✓ Representación equilibrada de hombres y mujeres en las comisiones y grupos de trabajo que se constituyan para la planificación, gestión y evaluación de los planes integrales de salud.

Integra el enfoque de género (sí/no): Sí

Grado de relevancia de género (1 relevancia baja a 4 relevancia máxima): 2

Bibliografía

1. García-Calvente M del M, Martínez Morante E, Jiménez Rodrigo ML. Guía para incorporar la perspectiva de género a la investigación en salud | Escuela Andaluza de Salud Pública. 2013. Disponible en: <https://www.easp.es/project/guia-para-incorporar-la-perspectiva-de-genero-a-la-investigacion-en-salud/>
2. Rohlfs I, Borrell C, Artazcoz L, Escribà-Agüir V. The incorporation of gender perspective into Spanish health surveys. *J Epidemiol Community Health*. 2007 Dec;61 Suppl 2(Suppl 2):ii20-25. doi: 10.1136/jech.2007.059956. PMID: 18000111; PMCID: PMC2465768.
3. Ruiz-Cantero MT, Carrasco-Portiño M, Artazcoz L. Logros y retos de género de la Encuesta Nacional de Salud de 2006: análisis de los cuestionarios de adultos y hogar [Gender-related achievements and challenges in the 2006 National Health Survey: analysis of adults and households]. *Gac Sanit*. 2011 Jan-Feb;25(1):6-12. Spanish. doi: 10.1016/j.gaceta.2010.09.002. Epub 2010 Oct 20. PMID: 20965614.
4. Ruiz Cantero MT, Papí Gálvez N, Carbrera Ruiz V, Ruiz Martínez A, Alvarez-Dardet Díaz C. Los sistemas de género y/en la Encuesta Nacional de Salud [Gender systems and/in the Spanish National Health Interview Survey]. *Gac Sanit*. 2006 Nov-Dec;20(6):427-34. Spanish. doi: 10.1157/13096512. PMID: 17198619.
5. Ruiz-Cantero MT, Simón-Rodríguez E, Papí-Gálvez N. Sesgos de género en el lenguaje de los cuestionarios de la Encuesta Nacional de Salud 2003 [Gender bias in the language of the health questionnaire of the Spanish National Health Survey 2003]. *Gac Sanit*. 2006 Mar-Apr;20(2):161-5. Spanish. doi: 10.1157/13087330. PMID: 16753095.
6. Rohlfs I, Borrell C, Anitua C, Artazcoz L, Colomer C, Escribá V, García-Calvente M, Llacer A, Mazarrasa L, Pasarín M, Peiró R, Valls-Llobet C. La importancia de la perspectiva de género en las encuestas de salud [The importance of the gender perspective in health interview surveys]. *Gac Sanit*. 2000 Mar-Apr;14(2):146-55. Spanish. doi: 10.1016/s0213-9111(00)71448-8. PMID: 10804105.