



Desigualdades en el acceso a los Programas Preventivos en Salud Sexual y Reproductiva

Análisis en el área de Sabadell

Noemí Obregón Gutiérrez

ADVERTIMENT. La consulta d'aquesta tesi queda condicionada a l'acceptació de les següents condicions d'ús: La difusió d'aquesta tesi per mitjà del servei TDX (www.tdx.cat) i a través del Dipòsit Digital de la UB (diposit.ub.edu) ha estat autoritzada pels titulars dels drets de propietat intel·lectual únicament per a usos privats emmarcats en activitats d'investigació i docència. No s'autoritza la seva reproducció amb finalitats de lucre ni la seva difusió i posada a disposició des d'un lloc aliè al servei TDX ni al Dipòsit Digital de la UB. No s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX o al Dipòsit Digital de la UB (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant al resum de presentació de la tesi com als seus continguts. En la utilització o cita de parts de la tesi és obligat indicar el nom de la persona autora.

ADVERTENCIA. La consulta de esta tesis queda condicionada a la aceptación de las siguientes condiciones de uso: La difusión de esta tesis por medio del servicio TDR (www.tdx.cat) y a través del Repositorio Digital de la UB (diposit.ub.edu) ha sido autorizada por los titulares de los derechos de propiedad intelectual únicamente para usos privados enmarcados en actividades de investigación y docencia. No se autoriza su reproducción con finalidades de lucro ni su difusión y puesta a disposición desde un sitio ajeno al servicio TDR o al Repositorio Digital de la UB. No se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR o al Repositorio Digital de la UB (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al resumen de presentación de la tesis como a sus contenidos. En la utilización o cita de partes de la tesis es obligado indicar el nombre de la persona autora.

WARNING. On having consulted this thesis you're accepting the following use conditions: Spreading this thesis by the TDX (www.tdx.cat) service and by the UB Digital Repository (diposit.ub.edu) has been authorized by the titular of the intellectual property rights only for private uses placed in investigation and teaching activities. Reproduction with lucrative aims is not authorized nor its spreading and availability from a site foreign to the TDX service or to the UB Digital Repository. Introducing its content in a window or frame foreign to the TDX service or to the UB Digital Repository is not authorized (framing). Those rights affect to the presentation summary of the thesis as well as to its contents. In the using or citation of parts of the thesis it's obliged to indicate the name of the author.

UNIVERSITAT DE BARCELONA

ESCOLA D'INFERRERIA

Programa de Doctorat en Ciències Infermeres

*Desigualdades en el acceso a los
Programas Preventivos
en Salud Sexual y Reproductiva*

Análisis de la situación en el área de Sabadell

Doctoranda: Noemí Obregón Gutiérrez

Directora

Dra. Josefina Goberna i Tricas

Tutora

Dra. Lourdes García Viñets

Barcelona, octubre de 2013

Agradecimientos:

*A la Dra. Josefina Goberna, por aceptar dirigir esta tesis,
por sus orientaciones y por haber confiado en mí.*

A mi familia, por su apoyo firme, en esto y en todo lo demás.

A Montse Montaña por animarme, hace años, a iniciar este camino.

A Joan Carles, por su ayuda cuando aparecían dificultades.

A Gloria y Salut, por su apoyo incondicional.

*A Pepa y Concha, que aunque en la distancia siempre están,
como amigas y como referentes de mi profesión.*

A Carles, por Todo – doblemente en “bastardilla”-.

*A todas las personas amigas que han colaborado,
escuchado u opinado de manera desinteresada ,
sobre alguno de los aspectos de este trabajo,*

haciéndolo así posible.

A las mujeres que han colaborado con su participación.

*A mis grandes profesores/as, que me guiaron hasta aquí,
y a mis alumnos/as, que me mantienen con ilusión en el camino.*

INDICE DE CONTENIDOS

1. RESUMEN.....	Pág.15
2. INTRODUCCIÓN.....	Pág.19
2.1 La salud y sus determinantes.....	Pág.23
2.1.1. <i>El siglo XX y los determinantes de la salud.....</i>	Pág.23
2.1.2. <i>Los determinantes sociales de la salud.....</i>	Pág.31
2.2 Desigualdades en salud:.....	Pág.43
2.2.1 <i>Desigualdades en salud.....</i>	Pág.43
2.2.2 <i>El estudio de las desigualdades: hechos probados.....</i>	Pág.47
2.2.3 <i>Las desigualdades y el sistema de salud.....</i>	Pág.50
2.3 La salud de las mujeres.....	Pág.59
2.3.1 <i>Del ser mujer a la teoría del género.....</i>	Pág.59
2.3.2 <i>Desigualdades en salud por género.....</i>	Pág.62
2.3.3 <i>El análisis del género y la salud.....</i>	Pág.66
2.3.4 <i>Mujeres doblemente vulnerables.....</i>	Pág.71
2.4 La salud sexual y reproductiva.....	Pág.75
2.4.1 <i>La atención a la salud sexual y reproductiva.....</i>	Pág.75
2.4.2 <i>Actividades preventivas en salud sexual y reproductiva.....</i>	Pág.77
2.4.3 <i>Desigualdades en el acceso a las actividades preventivas en salud sexual y reproductiva</i>	Pág.95
3. PROBLEMA DE ESTUDIO.....	Pág.101
4. OBJETIVOS E HIPOTESIS.....	Pág.105

5. MATERIAL Y MÉTODOS	Pág.109
5.1 Tipo de estudio.....	Pág.111
5.2 Diseño del estudio.....	Pág.111
5.3 Aspectos éticos.....	Pág.112
5.4 Metodología cuantitativa, EJE I.....	Pág.113
5.4.1 <i>Ámbito de estudio.....</i>	Pág.113
5.4.2 <i>Selección de sujetos de estudio.....</i>	Pág.113
5.4.3 <i>Procedimientos e intervenciones.....</i>	Pág.117
5.4.4 <i>Definición de variables.....</i>	Pág.122
5.4.5 <i>Análisis de los datos.....</i>	Pág.125
5.5 Metodología cuantitativa, EJE II.....	Pág.126
5.5.1 <i>Aproximación al tema de estudio.....</i>	Pág.126
5.5.2 <i>Selección de la muestra y recogida de datos.....</i>	Pág.127
5.5.3 <i>Método de análisis de datos.....</i>	Pág.130
6.RESULTADOS.....	Pág.131
6.1 Resultados cuantitativos.....	Pág.133
6.1.1 <i>Descripción de la muestra.....</i>	Pág.135
6.1.2 <i>Utilización de la consulta preventiva.....</i>	Pág.139
6.1.3 <i>Anticoncepción y planificación de los embarazos.....</i>	Pág.145
6.1.4 <i>Cribaje de cáncer de cérvix.....</i>	Pág.149
6.1.5 <i>Cribaje de cáncer de mama.....</i>	Pág.155

6.1.6 Hábitos de vida y Salud Sexual y Reproductiva.....	Pág.157
6.1.7 Factores de riesgo por falta de prevención ginecológica y nivel socio-económico.....	Pág.161
6.1.8 Baja utilización de los Programas Preventivos.....	Pág.171
6.2 Resultados cualitativos	Pág.175
6.2.1 Asistencia a la consulta preventiva: Variaciones.....	Pág.185
6.2.2 Asistencia a las consulta preventiva: Interacciones.....	Pág.191
6.2.3 Asistencia a las consulta preventiva: Consecuencias.....	Pág.202
7. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	Pág.211
7.1 Discusión de los datos	Pág.213
7.2 Limitaciones del estudio	Pág.230
7.3 Aplicabilidad	Pág.233
8. CONCLUSIONES	Pág.235
9. BIBLIOGRAFIA	Pág.243
10. ANEXOS	Pág.261
10.1 Artículo de revisión	Pág.263
10.2 Autorización CEIC	Pág.273
10.3 Consentimiento informado	Pág.277
10.4 Cuestionario	Pág.283
10.5 Guión entrevista	Pág.293

1.RESUMEN

1. RESUMEN

La OMS considera desigualdades en Salud, las diferencias, injustas y evitables, entre grupos poblacionales. Son producidas por las distintas oportunidades que tienen las personas en función de su clase social, sexo, territorio o etnia, y se traducen en una peor salud entre los colectivos socialmente menos favorecidos.

La bibliografía evidencia que la posición socioeconómica y el género, son los dos factores de desigualdad más influyentes y que pueden generar inequidad ya desde la prevención, creando colectivos que tienen más dificultades para acceder a ella.

Las causas de esta falta de acceso se ha relacionado con factores culturales, idiomáticos, geográficos y económicos. Cuando estos factores influyen en que cierto grupo de personas no acuden a los programas preventivos, se habla de que existen barreras de acceso, y dichas barreras son condicionantes de desigualdades en salud.

De dichas desigualdades surge la pregunta que guía el presente trabajo: ¿Existen en el ámbito de la Prevención en Salud Sexual y Reproductiva barreras en el acceso que puedan ocasionar colectivos más vulnerables ante la patología ginecológica?

Para dar respuesta a esta cuestión se han planteado dos objetivos de estudio: uno observacional y otro exploratorio.

Con la finalidad de responder al primer objetivo “*Conocer el grado de acceso y de utilización del Programa de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva*”, se ha realizado un estudio descriptivo de corte transversal que ha permitido estimar la frecuencia de falta de asistencia o de seguimiento inadecuado de las actividades preventivas en función del nivel socioeconómico.

Los sujetos de estudio han sido la población diana del programa de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva de Sabadell. Siendo el tamaño muestral de 300 mujeres, con edades comprendidas entre los 18 y 60 años.

Las variables han sido: como variable independiente el nivel socioeconómico basado en la ocupación, y como variables dependientes los factores de riesgo causados por la no asistencia o la baja utilización de los programas preventivos.

Se ha realizado un análisis descriptivo de los datos, utilizando la distribución de frecuencias, porcentajes y su representación gráfica, para establecer los diferentes grados de acceso a los programas descritos, en base a grupos de edad y nivel socioeconómico.

Para dar respuesta al segundo objetivo del estudio: “*Explorar los factores que pueden favorecer o dificultar el acceso a las actividades preventivas del Programa de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva, en el área de salud de Sabadell*”, se ha recurrido a la metodología cualitativa.

La técnica utilizada ha sido la entrevista semiestructurada realizada a mujeres con diferentes edades, de distintos niveles socioeconómicos y con varios grados de

utilización de los programas preventivos. Como método de análisis de los datos cualitativos se ha empleado el análisis del contenido.

Los resultados cuantitativos han mostrado la existencia de desigualdades en el acceso y utilización de la prevención en Salud Sexual y Reproductiva en función del nivel socioeconómico. Siendo las diferencias estadísticamente significativas para todas las actividades preventivas (consulta preventiva, utilización de métodos anticonceptivos, planificación de los embarazos, y cribaje de cáncer de cérvix) con la única excepción del cribaje de cáncer de mama. Por lo que las mujeres con condiciones socioeconómicas desfavorables tienen un riesgo mayor de falta de asistencia o de seguimiento inadecuado de dichas actividades preventivas.

Mediante el análisis cualitativo, se han identificado tanto barreras como facilitadores de la prevención en ginecología. Un factor muy vinculado a la falta de prevención ha sido el desconocimiento de la utilidad de la consulta preventiva. Al depender la mayoría de las actividades de dicha consulta, su desconocimiento conlleva a la falta de acceso al resto de actividades preventivas.

Otros factores que parecen dificultar la asistencia son barreras de tipo psico-social (sentimientos de miedo o vergüenza vinculados a la exploración ginecológica, la falta de tiempo por trabajo o cuidado de familiares) y barreras de tipo administrativos (dificultades con los horarios de consulta o el tiempo entre citaciones que genera olvidos).

Se han identificado también factores facilitadores de la prevención, como son las actitudes personales de prevención activa, el conocimiento de los beneficios de la prevención y ciertas características de los profesionales sanitarios como el ser mujer y el saber transmitir confianza a las usuarias.

El presente trabajo ha permitido así, obtener un análisis global del acceso y utilización de los programas preventivos, explorando las causas y mecanismos que influyen en la falta de acceso o en la utilización inadecuada de los programas.

Estos resultados pueden utilizarse para generar nuevas hipótesis de investigación y obtener resultados que permitan diseñar actividades preventivas que mejoren el acceso de las poblaciones más vulnerables a dichos programas.

PALABRAS CLAVE:

- Desigualdades en salud
- Clase social
- Prevención en ginecología
- Barreras de acceso
- Salud sexual y reproductiva.

2. INTRODUCCIÓN

*“La Salud es principalmente
una medida de la capacidad de cada persona,
de hacer o de convertirse
en lo que quiere ser.”*

René Dubos (1901-1982)

2.1 LA SALUD Y SUS DETERMINANTES

2.1.1 EL SIGLO XX Y LOS DETERMINANTES DE LA SALUD:

A lo largo de la historia se ha planteado constantemente la siguiente pregunta: ¿qué factores determina la salud? La respuesta ha variado en función del momento histórico y de la sociedad que se lo preguntaba.

Esta variación refleja la naturaleza social y cultural de la salud y de sus determinantes, ya que sus concepciones están determinadas por los paradigmas ideológicos imperantes en cada sociedad y en cada momento histórico.^(1,2)

Una época fundamental por los cambios conceptuales producidos en relación a la salud y sus determinantes, ha sido el siglo XX. A principios de dicho siglo, surge uno de los paradigmas más influyentes en el campo de la atención a la Salud, que aún en la actualidad continua teniendo un gran peso académico. Se trata del la Teoría Biologicista. Este paradigma surgió como consecuencia de descubrimientos tales como la base de la medicina infecciosa o teoría del germen, los avances en anatomía patológica que, conjuntamente a los grandes avances científicos de la época, permitieron un desarrollo nunca alcanzado previamente en la práctica médica superando por tanto conceptos propios del paradigma anterior: el Mecanicista.^(1,3,4) En él, el organismo se entiende como una “máquina” y la salud se concibe como “*el silencio de los órganos*”, mientras que el nuevo paradigma se centra en la patología, y la salud se define como “*la ausencia de enfermedad*”.^(1,3,5)

Del desarrollo del modelo biologicista aparecieron nuevos conceptos como la separación entre lo individual y lo colectivo, lo privado y lo público, lo biológico y lo social, lo curativo y lo preventivo. Se defendía que el conocimiento sobre los determinantes de la enfermedad se debía basar en el método experimental y concentrarse en las enfermedades infecciosas, por ser los agentes infecciosos los principales causantes de enfermedad. ^(1,2,3,5)

Pero en la segunda mitad del siglo XX, el incremento de las expectativas de vida media condiciona la aparición de las enfermedades crónicas que ponen en crisis dicho paradigma. Del predominio de las enfermedades infecto-contagiosas, caracterizado por altas tasas de natalidad y de mortalidad infantil se pasa a una situación en la que aumenta la prevalencia de problemas crónicos de salud como la hipertensión arterial, la diabetes y el cáncer. ^(1,2,5) Estas enfermedades crónicas no podían ser explicadas desde el modelo de las enfermedades infecciosas, ya que no era posible aislar e identificar un agente único externo responsable de la enfermedad, lo que no permitía una terapéutica específica para eliminarlo. Por tanto la medicina fracasaba frente a ellas, ya que sólo podía paliar o retrasar su desenlace. De esta manera se manifestaba la necesidad de un nuevo modelo causal que explicara el aumento de la incidencia de estas enfermedades en los países desarrollados. ^(2,5)

Comenzaba el cambio hacia el paradigma bio-psico-social de la salud, que nacía con la definición de la salud promovida por la OMS en 1946: *“La salud es el estado de*

completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades". ^(1,6) Esta definición fue revolucionaria en su momento, ya que representó un importante avance en la incorporación de los aspectos sociales y emocionales al estricto marco biomédico. ^(2,5) Implicaba una visión holística e iniciaba el cambio hacia un paradigma que abría la puerta a los determinantes psicológicos y sociales como determinantes de la salud.

Surgía así el paradigma bio-psico-social, bajo el cual, la salud y la enfermedad se consideran un continuo, y la salud es resultado de un proceso multidimensional, en el que interactúan sistemas biológicos, psicológicos, sociales, culturales, familiares y ambientales. También se modifica la visión de la atención sanitaria, la cual ya no sólo se basa en curar la enfermedad, sino también en cuidar la salud. ^(1, 2,3, 5)

Pero no es hasta los años setenta, que este nuevo paradigma comienza a ser reconocido. Un paso importante para ello fue la obra de Lalonde, "*Nuevas perspectivas sobre la salud de los Canadienses*" en 1974, donde se reconocieron los factores sociales y ambientales y los estilos de vida como factores determinantes de la salud.

^(5,7,8)

En el año 1978 en Alma Ata, en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, convocada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), se legitimó esta noción integral de salud y se agregó el concepto de que la salud "*es un derecho humano fundamental, y que el*

logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social muy importante en todo el mundo". Así mismo, en el texto de la declaración de Alma Ata se reitera que la consecución de estos objetivos "exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de salud". ^(5,8)

Este informe fue uno de los documentos fundamentales en el debate que llevó a la Carta de Ottawa en 1986. En Ottawa se consolidaron cuatro campos que categorizaban los determinantes de la salud, desplazando la asistencia sanitaria del centro de la política sanitaria. Estos cuatro campos son: el estilo de vida, medio ambiente, biología y organización de la asistencia sanitaria. ^(5,8)

El documento defendía la posibilidad de que el control de dichos determinantes, contribuye a la mejora de la salud, y que es en ellos donde había que concentrar esfuerzos, en vez continuar expandiendo el sistema sanitario.

De esta nueva visión surgen como estrategias para la salud pública: la prevención y la promoción de la salud. ^(3,5)

Se definió la Prevención "*como aquellas actividades que permiten a las personas tener estilos de vida saludables y faculta a las comunidades a crear y consolidar ambientes donde se promueve la salud y se reduce los riesgos de enfermedad.* Se definía también como un modo de organizar y de actuar, por el cual, la prevención es más eficaz en un sistema de salud que la propia curación. ^(5,6)

La promoción de la salud partía de la pregunta: ¿Dónde se crea la salud? De acuerdo a la Carta de Ottawa *"la salud se crea en el contexto de la vida cotidiana"*. Esta respuesta representa la formulación del concepto de promoción de la salud, que centra toda acción en construir políticas públicas saludables, crear un ambiente de apoyo, fortalecer la acción comunitaria, desarrollar aptitudes personales, y reorientar los servicios de salud. ^(5, 6,8)

Una vez establecido que los determinantes de la salud no sólo eran los factores biológicos y la atención sanitaria, sino que también actuaban en la aparición de la enfermedad, factores sociales, psicológicos y de comportamiento, era necesario establecer como interactuaban entre ellos a la hora de producir una enfermedad.

La epidemiología proporcionó varios modelos explicativos sobre esta cuestión. El primero se basó en la identificación de una red de causas para cada enfermedad, a partir de la cual, se infería que el peso de cada factor dependía de la cercanía con su efecto aparente. Este modelo se denominó "red de causalidad" y fue formalizado por Brian MacMahon en 1970. ⁽⁹⁾

Una versión más reciente de este modelo, propone que las relaciones establecidas entre los factores -denominados causas, o efectos, según su lugar en la red- son tan complejas, que forman una unidad imposible de conocer completamente. Es el modelo de la "Caja Negra"^a que sugiere que la epidemiología debe limitarse a la búsqueda de

^a Se emplea dicho término como metáfora de un fenómeno cuyos procesos internos están ocultos al observador.

aquellas partes de la red en las que es posible intervenir efectivamente, rompiendo el análisis de la cadena causal y haciendo innecesario conocer todos los factores que intervienen en el origen de la enfermedad. ^(9,10)

Al utilizar la teoría de la red de causalidad para estudiar las enfermedades crónicas, se identifican múltiples factores, pero no se explica las relaciones entre ellos. Todos los factores de riesgo son considerados en la misma jerarquía. Los factores socioeconómicos (pobreza, paro) se sitúan al mismo nivel que los hábitos (fumar, sedentarismo) o las características fisiológicas (hipertensión arterial) o bioquímicas (hipercolesterolemia). ^(9,10)

Las críticas a este modelo se basan en que su influencia lleva a la búsqueda exhaustiva de "factores de riesgo", sin esquemas explicativos sólidos, por lo que no permite explicar los orígenes de las enfermedades. Otra limitación es la dificultad para distinguir entre los determinantes individuales y poblacionales de la enfermedad (es decir, entre las causas de los casos y las causas de la incidencia). Según esta teoría, el riesgo es concebido como individual y no se cuestiona los mecanismos de producción de la enfermedad. ^(5, 9,10)

En la década de los 70 aparecen los "epidemiólogos sociales". En el mundo anglosajón destacan nombres como Susser, Graham, o Rose. Muchos de ellos incorporan modelos y métodos provenientes del campo de la sociología o la antropología para

explicar las diferentes interacciones entre los determinantes de la salud, y la compleja relación entre las conductas individuales y los factores materiales. ^(10, 11, 12,13)

Entre ellos destaca el trabajo de Mervyn Susser, que abordaba el problema de cómo los determinantes de la salud interactúan entre sí. Según dicha autora, los fenómenos colectivos de salud funcionan de manera parecida a una "caja china", en donde los sistemas de determinación epidemiológica, se encuentran separados y organizados jerárquicamente, de forma tal que un sistema abarca varios subsistemas, compuestos a su vez por subsistemas de menor jerarquía. Así, los cambios en un nivel afectan al subsistema correspondiente, pero nunca al sistema en su totalidad. ⁽¹¹⁾

En la actualidad, el eco del paradigma de la red de causalidad mediada por la caja negra, todavía tiene un peso académico importante. Pero la epidemiología más social, que se basa en el paradigma de la teoría crítica^b, denuncia que se ha sobrevalorado el riesgo individual, no investigando el papel del macro y micro contexto en las explicaciones causales de la salud y la enfermedad. ^(9,10)

Los esfuerzos teóricos actuales buscan nuevos marcos conceptuales que integren en la explicación de la enfermedad los efectos de los determinantes de distintos niveles (desde el ecológico hasta el molecular), y que se basen en la metáfora de las cajas chinas para explicar la multidimensionalidad del proceso salud -enfermedad.

^b En este paradigma se considera la unidad dialéctica de lo teórico y lo práctico. Nace como una crítica al positivismo transformado en cientificismo, y exige la necesidad de una racionalidad substantiva que incluya los juicios, los valores y los intereses de la humanidad. Pretende la transformación de la estructura de las relaciones sociales y dar respuesta a determinados problemas generados por éstas. Escuela de Frankfurt (Horkheimer, Adorno, Habermas)

Pero volviendo al análisis histórico de los determinantes de la salud, destaca una última fecha importante en el siglo XX: 1992. En este año, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, vinculó la salud al desarrollo humano, reconociendo la importancia de las variables socioeconómicas en la salud de las poblaciones. En este momento histórico, se da un tránsito hacia una perspectiva epistemológica social, ya que se deja de pensar en el hombre como ser individual y exclusivamente biológico, y se describe en base a un paradigma social, donde las relaciones entre los individuos se convierten en el objeto de estudio. ^(1, 3,5)

2.1.2 LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

Según lo visto hasta ahora, podemos resumir que en la actualidad existe el consenso sobre que la salud y la comprensión del proceso de enfermar, requieren atender a la sociedad a la que pertenecen las personas, porque las estructuras sociales influyen en las posibilidades que tiene el individuo de mantenerse sano.

También se acepta que la atención médica no es el principal impulsor de la salud de las personas, y que se ha de modificar el concepto de determinantes individuales de la salud, hacia los factores sociales que ayudan a las personas a mantenerse sanos.

La salud y la enfermedad, además de ser determinadas por la sociedad, hemos visto que también son conceptualizadas por ella. Por tanto, ambos conceptos no pueden ser definidos como entidades biológicas neutras, independientes de los seres humanos y de las sociedades que conforman, ya que son también fenómenos sociales, definidos por el contexto político-social, y por los determinantes que dan significado a cada uno de los términos de la definición de la OMS . Es por ello que ni el conocimiento biológico ni el genético, son criterios suficientes para definir, clasificar o explicar el origen de las enfermedades. ^(14, 15, 16,17)

La determinación social de la salud, desde el punto de vista empírico, se basa en la evidencia de que distintos grupos o sociedades tienen patrones diferentes de enfermar y morir. ^(14, 15, 16,17)

Existen varias teorías sobre las causas de dicha determinación:

- Una de esas teorías es la causalidad social, explicada por Laurell en su obra *“Sobre la concepción biológica y social del proceso salud-enfermedad”*. Esta autora argumenta que el proceso salud-enfermedad, además de ser socialmente determinado, tiene carácter social en sí mismo, por ser capaz de producir y reproducir las desigualdades sociales. ⁽¹⁸⁾ Dicha determinación, se basa en que los procesos sociales originan una constelación específica de riesgos, que desencadenan alteraciones patológicas. De esta manera los factores específicos de riesgo son la "mediación" entre lo social y lo biológico. ⁽¹⁸⁾ A modo de ejemplo encontramos diversos estudios que sugieren que las conductas de riesgo, junto a elevadas concentraciones de colesterol y la presencia de hipertensión arterial, explican alrededor del 50% de las desigualdades socioeconómicas en la mortalidad por enfermedad isquémica del corazón. ^(19, 20,21)
- Otros estudios vehiculan la relación mediante factores psico-sociales, basándose en que factores como el estrés, la ansiedad, depresión, etc..., producidos por situaciones socio-económicas desfavorables, afectan no sólo en la adquisición de conductas de riesgo , sino que podrían tener un efecto biológico directo mediado por el sistema hormonal y el sistema nervioso ⁽²²⁾, ocasionando daños a la salud. ⁽²³⁻
²⁴⁾ En contraste aparecen otros factores como las redes sociales y de apoyo cuya presencia puede amortiguar los daños que sobre la salud ejercen los primeros. ⁽²⁵⁾

- Otra teoría es que la estructura social conlleva un conjunto de ventajas y desventajas materiales, que pueden implicar una exposición al riesgo físico, químicos y psicológicos que afectarán a la salud de manera desigual en función de las circunstancias que se den a lo largo de la vida. ⁽²⁶⁻²⁷⁾

En las últimas décadas, se han desarrollado varios modelos explicativos basados en estas teorías, que explican los vínculos entre los diferentes tipos de determinantes de la salud, y localizando puntos de abordaje estratégicos que permiten actuaciones políticas. ⁽²⁸⁾

Los modelos sobre determinantes sociales de la salud más influyentes son los propuestos por: Dahlgren y Whitehead ⁽²⁹⁾, Diderichsen ⁽³⁰⁾, y el propuesto por la Comisión para el estudio de los determinantes sociales de la OMS (CDDS) ⁽²⁸⁾.

- **Dahlgren y Whitehead: influencia social en capas**

Dahlgren y Whitehead, explican cómo las desigualdades sociales en salud son el resultado de las interacciones entre los diferentes niveles de condiciones causales que van desde los factores individuales a los comunitarios. ⁽²⁹⁾

Como podemos ver en la Figura 1, tomada de la obra de dichos autores, las personas se sitúan en el centro del esquema y están dotadas de características como la edad, sexo y genética que influyen en su potencial para la salud final.



Figura 1. Influencia social en capas. Fuente: Marco Conceptual de Dahlgren y Whitehead, 1993.

Las personas aparecen rodeadas por una serie de capas, y la primera representa las conductas personales y estilos de vida. Así los individuos en situación de desventaja social tienen con más frecuencia factores de riesgo como el tabaquismo y la mala alimentación, y se enfrentan a mayores barreras financieras, que implican un estilo de vida menos saludable.

Las influencias sociales y la comunidad están representadas en la siguiente capa. Las interacciones sociales influyen en los comportamientos personales de la capa inferior, para bien o para mal. Las personas con menos recurso económicos tienen un menor número de redes y sistemas de apoyo, agravándose en situaciones de marginación. ⁽²⁹⁾

En el siguiente nivel, nos encontramos con factores relacionados con las condiciones de vida y de trabajo, los suministros de alimentos y el acceso a las instalaciones y servicios esenciales. En esta capa, las condiciones desfavorables de vivienda, la exposición a un trabajo más peligroso o estresante, y la dificultad de acceso a los servicios crean riesgos añadidos en las personas socialmente desfavorecidas.

Todos los demás niveles son las condiciones económicas, culturales y ambientales de la sociedad como un todo. Estas condiciones, como la situación económica del país y las condiciones del mercado laboral, influyen sobre las otras capas. Por ejemplo, el nivel de vida alcanzado en una sociedad, influirá en la capacidad de elección de las personas en lo que respecta a la vivienda, el trabajo social y sus interacciones, así como en los hábitos alimentarios.

Del mismo modo, las características culturales sobre el rol de la mujer en la sociedad o las actitudes dominantes en las comunidades de minorías étnicas pueden influir en su nivel de vida y en la posición socioeconómica que puedan llegar a alcanzar.⁽²⁹⁾

- **Diderichsen: La estratificación social y la enfermedad de la producción.**

Esta teoría explica cómo los contextos sociales crean la estratificación social y asignan a los individuos diferentes posiciones sociales, que determinan su estado de salud y sus oportunidades.⁽³⁰⁾

En la Figura 2, tomada del artículo "The social basis of disparities in health" de Diderichsen, permite ilustrar como se produce esta asignación y sus consecuencias (I).

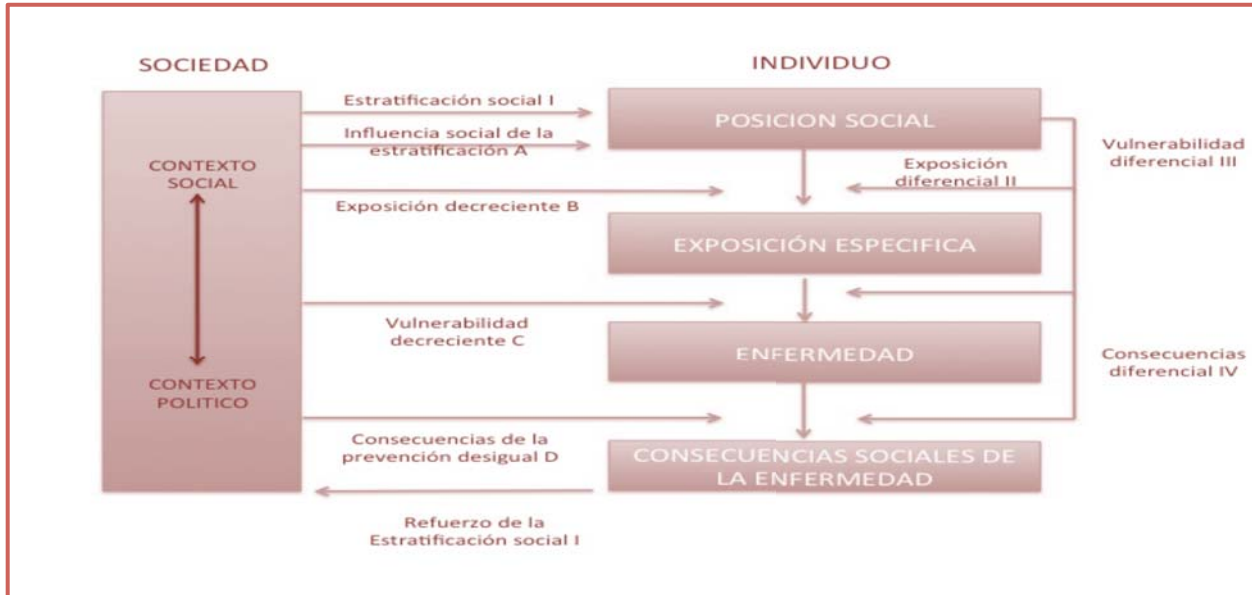


Figura 2: Estratificación social y la enfermedad de la producción. Fuente: Diderichsen, E. The social basis of disparities in health.

Los mecanismos involucrados en la estratificación son explicados como "los motores centrales de la sociedad que generan y distribuyen el poder, la riqueza y el riesgo", por ejemplo: el sistema educativo, las políticas laborales, las normas de género y las instituciones políticas.

La estratificación social, a su vez ocasiona una exposición diferencial a los factores de riesgo (II) vulnerabilidad diferencial (III), y consecuencias sobre la salud diferentes entre los grupos sociales, que se muestra como mecanismos (IV).

- **Marco Conceptual de la Comisión Determinantes Sociales de la Salud (OMS)**

Según la Comisión de la OMS para el estudio de los determinantes sociales (CDSS), un modelo integral de determinantes sociales de la salud (SDH) debe lograr: (a) aclarar los mecanismos por los cuales los determinantes sociales generan inequidades en salud, (b) mostrar cómo se relacionan los principales factores determinantes (c) proporcionar un marco para evaluar qué determinantes sociales son los más importantes (d) y determinar los niveles específicos para la actuación. ⁽²⁸⁾

El marco conceptual elaborado por la CDSS de la OMS, conforma una construcción que pretende cumplir todos los requisitos planteados y muestra como los determinantes sociales pueden originar las desigualdades en salud.

La figura 3, tomada del marco conceptual de la CDSS, representa de forma esquemática como se relaciona la realidad social y la política.

En la primera columna los principales factores contextuales que pueden afectar a las desigualdades en salud como son: los gobiernos, las políticas macroeconómicas, las políticas sociales y sanitarias. Según este modelo el Estado de bienestar y las políticas redistributivas son dos de los factores que más influyen en la salud. Así mismo, se incluyen en este apartado otros factores relevantes como: la cultura, los valores y las normas sociales que sustentan las políticas y las jerarquías.

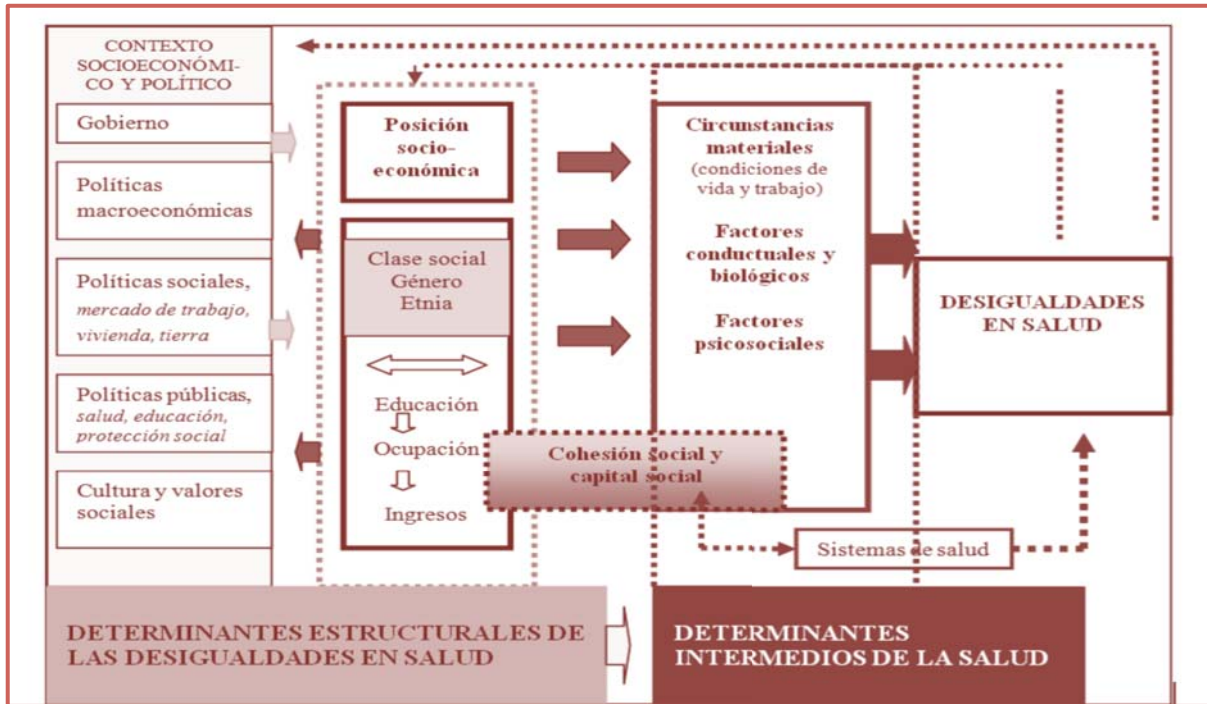


Figura 3: Determinantes sociales de la Salud. Fuente: OMS. The social determinants of Health.

En la segunda columna, se sitúan los aspectos principales de la jerarquía social que definen la estructura social y las relaciones de clase. Estas características están relacionadas con la distribución del poder, el prestigio y los recursos. En primer lugar, se sitúa la posición socioeconómica que se encuentra a su vez relacionada con los otros factores (ingresos, acceso a los recursos, empleo etc...). También se incluyen determinantes estructurales que influyen en las desigualdades de salud como: el género o la etnia/raza.

Esta estratificación de los grupos sociales según sus ingresos, el género, la etnia, la educación, la ocupación y otros factores genera desigualdades sociales en las condiciones de vida y de trabajo.

Finalmente, en la tercera columna, aparecen los determinantes intermedios de la salud. La influencia de los determinantes estructurales en la salud no es directa, sino el producto de la actuación de una serie de factores intermedios tales como: las circunstancias materiales, circunstancias psicosociales, los factores fisiológicos y los relacionados con los comportamientos. Como se puede apreciar en el diagrama, el sistema de salud se incorpora al modelo como un determinante social más de la salud.

El modelo asume que los miembros de grupos socioeconómicos más bajos viven en condiciones materiales menos favorables, que tendrán con más frecuencia comportamientos más dañinos para la salud y participarán de forma menos frecuente en la promoción de comportamientos saludables a diferencia de las personas más privilegiadas. ⁽²⁸⁾

Este modelo identifica tres grupos de determinantes sociales: ⁽²⁸⁾

- Determinantes estructurales:

Son factores que generan estratificación y división social de clases y que definen la posición socioeconómica dentro de las jerarquías de poder, prestigio y acceso a los recursos. ⁽²⁸⁾ Los principales determinantes son: renta, educación, clase social, género y raza o etnia. Se considera el género y la clase social como los principales determinantes estructurales que ocasionan desigualdades en salud, pero que al mismo tiempo permiten que el sistema de salud intervenga de manera más eficaz sobre ellos incorporando medidas correctoras en el diseño los programas sanitarios.

- Determinantes intermedios:

Son aquellos factores que intervienen en la configuración social subyacente a la estratificación y, que a su vez, determinan las diferencias en la exposición y la vulnerabilidad: las condiciones de vida, de trabajo, la disponibilidad de alimentos, la población de pertenencia, los comportamientos y las barreras para la adopción de estilos de vida saludables, y finalmente el sistema de salud.

- Determinantes contextuales:

Se consideran determinantes contextuales factores sociales que no se pueden medir directamente a nivel individual, ya que son un conjunto de aspectos estructurales, culturales y funcionales de un sistema social cuyo impacto influye en las pautas de estratificación social y por tanto sobre las oportunidades de salud. Consideramos como tal los mecanismos sociales y políticos, que generan y mantienen las jerarquías sociales: el mercado de trabajo, el sistema político y el educativo. Por lo que los factores contextuales más relevantes, es decir, los que juegan un papel más importante en la génesis social de las desigualdades, varían de un país a otro.

Concibo dos especies de desigualdad en el género humano: una que llamo natural, porque está establecida por la naturaleza y consiste en la diferencia de edad, de salud, fuerzas corporales y cualidades del espíritu; la otra, que puede llamarse desigualdad moral, pues nace de una convención, está establecida o al menos autorizada por el consentimiento de los hombres”

Rousseau. (1754/1787)

2.2 DESIGUALDADES EN SALUD

2.2.1 DESIGUALDADES EN SALUD

Al hablar de desigualdades en salud, hablamos de diferencias en el grado de salud de las personas, pero se ha de tener en cuenta que no todas las diferencias en salud son desigualdades.

Por ejemplo, podemos observar que en todos los países existen diferencias de salud entre la población debidas a variaciones genéticas y constitucionales. También se encuentra una mayor prevalencia de problemas de salud a medida que aumenta la edad, como consecuencia del envejecimiento. En relación al sexo, en los países industrializados, la supervivencia de las mujeres es mayor en todas las etapas de la vida. Y otro factor que ocasiona variaciones en salud es el azar, ya que produce diferencias en la exposición a enfermedades infecciosas o accidentes. ⁽³¹⁾

Pero además de estas variaciones, encontramos diferencias en el estado de salud que están directa o indirectamente generadas por factores sociales, económicos y ambientales, así como por estilos de vida sensibles a factores estructurales^c. Las diferencias en el estado de salud que ocasionan estos factores son las denominadas desigualdades sociales en salud. ^(31,32)

^cLos determinantes estructurales son “aquellos que generan estratificación y división social de clases en la sociedad y que definen la posición socioeconómica individual dentro de las jerarquías de poder prestigio y acceso a los recursos”(OMS, 2007). Los principales determinantes son: renta, educación, ocupación, clase social, género y raza o etnia

Según Whitehead, para definir una variación en la salud como una desigualdad, han de coincidir tres rasgos distintivos: ser *sistemáticas*, tener un *origen social*, y finalmente ser *injustas*.^(32, 33,34)

- Así el primer rasgo es la presencia de un patrón sistemático en las diferencias de salud que no se distribuyen de manera aleatoria, sino que presentan un patrón que se repite en toda la población. Son especialmente llamativas las que se observan entre los distintos grupos socio-económicos. La mortalidad y la morbilidad aumentan a medida que se desciende en la posición social. Este gradiente social de la enfermedad es universal, aunque su magnitud y su extensión varíe de un país a otro.^(32,34)
- El segundo rasgo es la existencia de procesos sociales que dan lugar a diferencias en salud y que no están determinados por factores biológicos. Blane utiliza el siguiente ejemplo: *“ninguna ley de la naturaleza dispone que los niños de familias pobres tengan dos veces más riesgo de morir que los niños nacidos en familias ricas”*. Al menos en teoría si los procesos sociales generan esas diferencias en un país, se debería poder actuar sobre ellas a políticamente.⁽³⁵⁾
- El tercer rasgo definitorio es que las desigualdades sociales son generadas y mantenidas por condiciones sociales injustas.⁽³⁶⁾

Por tanto, se define las desigualdades sociales en salud, como *“aquellas diferencias en salud injustas y evitables, entre grupos poblacionales definidos social, económica, demográfica o geográficamente. Son el resultado de las distintas oportunidades y recursos relacionados con la salud, que tienen las personas en función de su clase social, sexo, territorio o etnia, lo que se traduce en una peor salud en los colectivos socialmente menos favorecidos”*. ^(31, 32, 33,34)

Un factor clave para poder actuar sobre las desigualdades, es identificar qué factores causales podemos considerar como injustos y evitables. El problema, radica en que este juicio, varía según la cultura, la ideología, los valores socio político y el momento histórico. Autores como Stronks y Gunning-Schepers ⁽³⁷⁾, partiendo de un enfoque liberal, sitúan las causas principales de desigualdad en las conductas, por lo que si las diferencias se deben a conductas de libre elección serían desigualdades aceptables, mientras que si se deben a determinantes no elegibles, serían desigualdades inevitables. Finalmente, si no existe elección y los determinantes pueden ser evitados, se trataría de inequidades. Pero para autores como Navarro, Dahlgren o Whitehead, dicho enfoque presenta dos problemas: el primero es la dificultad de separar los factores de libre elección de los factores estructurales propios del medio social , y el segundo problema radica en que en nuestro mundo, parece difícil creer que la mayoría de la humanidad puede decidir libremente sobre los factores que influyen en su salud.^(31,38)

En cuanto a cómo estas desigualdades afectan a la salud, existen estudios que demuestran que son responsables de un exceso de mortalidad y de morbilidad superior a la mayoría de factores de riesgo de enfermar conocidos.⁽³⁴⁾

En relación a cómo actuar frente a ellas, los ya citados Dahlgren y Whitehead, defienden que para poder valorar y actuar ante las desigualdades, tanto los agentes políticos como por los profesionales sanitarios, deben tener en cuenta dos cuestiones claves: En primer lugar ambos sectores han de ser conscientes de que los hábitos de vida, los factores asociados a los recursos económicos, del medio físico y social, y la atención sanitaria son factores determinantes de desigualdades, y en segundo lugar que todos estos factores influyen no sólo en la pérdida de la salud, sino que también implican que la gente con menos salud, se convierta también en la gente más pobre.

(39,40,41)

2.2.2 EL ESTUDIO DE LAS DESIGUALDADES EN SALUD: HECHOS PROBADOS

La percepción de que los grupos sociales más desfavorecidos tienen una peor salud, tiene una larga tradición histórica: En las crónicas medievales ya se decía que eran los pobres los que morían en más cantidad, las plagas, del hambre y las guerras.

A finales del siglo XVIII, Peter Frank señaló que la miseria del pueblo era la madre de las enfermedades, haciendo un alegato a favor de políticas sociales que mejorasen la salud de los pobres.

En el siglo XIX se realizaron muchos estudios que asociaban un gran número de enfermedades con las privaciones sociales.^(31,42)

Durante el siglo XX continuaron los estudios cuyo impacto fue en principio escaso, no consiguiéndose un efecto remarcable hasta 1980 con la publicación en Gran Bretaña del *Black Report*, el cuál consiguió impactar en la opinión pública y ser un punto de inflexión en el estudio de las desigualdades sociales.⁽³¹⁾ El resultado más llamativo fue mostrar que la mortalidad de la clase social más desaventajada era 2,5 veces superior a las clases que poseían mejores condiciones, siendo esta diferencia notable en todas las etapas de la vida entre las clases más extremas. Otra conclusión importante fue que existían desigualdades en el uso del sistema sanitario y en la prevención.⁽⁴³⁾

A partir del *Black Report*, se generó un trascendente debate político y científico, así como un incremento en el interés por el estudio de las desigualdades.

Otro estudio clave en el campo de las desigualdades, fue el estudio denominado *Whitehall 1*, realizado por Marmot y Rose, que realizaron un estudio de cohortes en más de 17.500 funcionarios durante 10 años, mostrando que tanto para las enfermedades cardíacas como para todas las causas de muerte, existe una correlación directa entre clase social y mortalidad: en la ocupación más desaventajada la mortalidad es tres veces superior a la mejor situada, manteniéndose las desigualdades a lo largo del tiempo. ⁽⁴⁴⁾

En 1988 el informe *The Health Divide*, concluía que las desigualdades en Gran Bretaña tras el *Black Report*, se mantenían o se ampliaban en todas las edades, quienes se encuentran en la parte más baja de la escala social tienen tasas de mortalidad mucho mayores y más enfermedades crónicas que aquellos que están en la parte más alta. ⁽⁴³⁾

En nuestro país, en 1993, el Ministerio de Sanidad y Consumo nombró una comisión científica para analizar las desigualdades sociales en salud en España. El informe fue realizado por Navarro y Benach, y entre sus conclusiones destacan las siguientes: Se confirma una desigualdad entre la España del noroeste y del suroeste observándose mayores tasas de morbi-mortalidad en el sur. El análisis de las encuestas de salud de 1979 a 1993 por clases social, muestran la existencia de desigualdades en salud. Así, en la mayoría de las variables del estado de salud, los indicadores relacionados con la salud o con el uso de los servicios sanitarios, las clases sociales más desaventajadas presentan mayores problemas de salud. ⁽³¹⁾

Otros estudios, realizados también en nuestro medio, por Borrell y Rodríguez Sanz entre otros, nos muestran que la posición socioeconómica, el género, el territorio, y más recientemente la inmigración, son ejes de desigualdad, con un enorme impacto en la salud de la población.

Se ha evidenciado también, que aunque el acceso a muchos de los programas preventivos en nuestro país es universal y gratuito, los colectivos con factores sociales más desfavorables acuden menos, produciéndose así desigualdades ya en la prevención primaria. ^(31, 45,46)

Todos estos estudios e informes llegan a la misma conclusión: el nivel socioeconómico es un determinante muy potente en la creación de desigualdades en salud.

Esta idea era la conclusión final del ya citado informe *The Health Divide* ⁽⁴³⁾, que la expresaba con la siguiente contundencia: “*las desigualdades en salud entre los grupos sociales son reales y no fruto de un error estadístico, existen pruebas concluyentes de que los factores socioeconómicos son los factores más importantes a tener en cuenta en la génesis de desigualdades en salud*”.

2.2.3 LAS DESIGUALDADES Y EL SISTEMA DE SALUD

Al hablar sobre el sistema de salud y las desigualdades hay dos cuestiones claves que debemos analizar:

- La primera, es el grado de importancia que tiene el sistema de salud en la lucha contra las desigualdades. Recordando los modelos expuestos con anterioridad, encontramos que la mayoría de modelos conceptuales sobre los determinantes sociales de la salud, no suelen explicitar el papel del sistema sanitario, ya que se basan en la mayor necesidad de acciones intersectoriales. ⁽⁴⁶⁾

Pero existen situaciones en las que el sistema sanitario tiene una gran importancia en la reducción de las desigualdades sociales en salud. Una de ellas radica en la realización de actividades que tienen un impacto alto en la mejora del pronóstico de la enfermedad, por detectarse en momentos en los que todavía no han dado sintomatología clínica (cribajes o tratamientos preventivos). La otra situación en la que el sistema de salud tiene gran relevancia, es la lucha contra las barreras de acceso a sus programas sanitarios.

Al identificar dichas situaciones, se puede considerar, que mientras se trabaja por una sociedad menos desigual que mejore la salud de los individuos, el sistema sanitario puede paliar las desigualdades que la estructura social ocasiona. ⁽⁴⁷⁾

- La segunda cuestión a analizar es cómo debe ser la provisión de servicios de salud para ser equitativa. Se ha criticado partir del principio de que la equidad es horizontal^d, ya que se pueden producir diferencias en la necesidad de servicios sanitarios entre distintos grupos socio-económicos. Debe tenerse en cuenta que la igualdad en términos de acceso solamente requiere que los individuos necesitados tengan la misma oportunidad de usar los servicios, mientras que la igualdad de la utilización de los mismos requiere que se usen efectivamente, entrando en juego para su consecución establecer si las diferencias se deben a cuestiones culturales, de preferencia o factores que se escapan al control del sistema sanitario.^(32, 39,40)

En la práctica, es importante saber que los objetivos de la equidad en la salud y la equidad en la asistencia sanitaria son muy diferentes. El objetivo de la equidad en la salud es la eliminación de todas las diferencias sistemáticas en el estado de salud entre grupos socio-económicos. En cambio, el objetivo de la equidad en la asistencia sanitaria, es la perfecta adaptación de los servicios sanitarios al nivel específico de necesidad, favoreciendo que existan mecanismos que adapten el acceso y el uso de éstos entre los distintos grupos socio-económicos, a favor de los grupos más desfavorecidos y con más necesidades.

^d La equidad horizontal se define operativamente en términos de igual acceso a la asistencia o igual utilización por parte de individuos o grupos con similares necesidades.

En esta línea, Zigilio defiende que el acceso inadecuado y/o insuficiente a los servicios sanitarios básicos es uno de los factores que determinan las desigualdades en salud, y que a nivel práctico, es un determinante importante sobre el que el sector sanitario puede y debe actuar directamente.⁽⁴⁸⁾

Cuando las personas tienen dificultades para acceder a los programas de salud por factores culturales, idiomáticos, geográficos, económicos, etc... hablamos de que existen barreras de acceso, y dichas barreras van a ser condicionantes de vulnerabilidad ya que pueden causar desigualdades en salud. Es ante estas situaciones, cuando los profesionales de la salud adquieren un papel decisivo en la lucha contra las mismas, ya que se puede abordar la eliminación de dichas barreras a través de la investigación, la evaluación y el diseño de programas y planes de salud que permitan la mejora equitativa de acceso a la atención sanitaria.⁽⁴⁸⁾

Volviendo a un plano conceptual, existen estudios que han permitido categorizar las diferentes barreras en el acceso sanitario. Un estudio realizado por Dhalgren en Europa, demostró la existencia de grandes diferencias en el acceso a los sistemas sanitarios entre diferentes grupos de población por causas de origen geográfico. Estos condicionantes se definen como barreras de acceso geográficas.⁽⁴⁹⁾

Otro tipo de barreras son las económicas, las cuales se están convirtiendo en un problema para gran parte de la población europea. En Bélgica, por ejemplo, estudios recientes han demostrado que los pacientes con enfermedades crónicas se gastan, por

término medio, un 23% de la renta disponible en el cuidado de la salud. Así mismo, casi un tercio de la población belga reconoció que tenía dificultades para pagar la asistencia médica, y el 8% de las familias aplazaba la decisión de solicitar esta asistencia por motivos de coste ^(34,39). En Francia, un estudio llevado a cabo en 1997 concluyó que 600.000 ciudadanos no tenían cobertura de la asistencia médica por la seguridad social y que el 16% de la población carecía de cobertura complementaria. Muchas personas retardaban la petición de tratamiento debido al coste. Además, la red de seguridad de emergencia operaba de tal forma que, si bien los más pobres podían solicitar asistencia médica gratuita, el procedimiento establecido suponía su estigmatización. El sistema francés se reformó en el año 2000 para mejorar el acceso económico a la asistencia sanitaria de segmentos de la población anteriormente excluidos y para establecer un procedimiento menos estigmatizante. ⁽⁴⁸⁾

En nuestro país, las políticas sanitarias se basaban en el principio igualitario de equidad horizontal definida como igual tratamiento/acceso a individuos con igual necesidad. El artículo 3.2 de la Ley General de Sanidad también establecía que “*el acceso y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva*”. Se trataba así de hacer accesibles los recursos sanitarios, de forma que no se produzcan discriminaciones. ⁽⁵⁰⁾ Pero el 20 de abril de 2012, el Gobierno Español promulgó un Decreto Ley que restringía el acceso universal de los españoles al sistema de salud. Según el Real Decreto Ley Español 16/2012, llamado “*Sobre medidas*

urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y la mejora de la calidad y seguridad de sus servicios”, sólo estarán cubiertas por el sistema de salud público de nuestro país, las personas sujetas a impuestos, pensionistas, desempleados y personas en búsqueda de empleo, quedando excluidos inmigrantes indocumentados y personas mayores de 26 años que no hayan tenido la posibilidad de acceder al mercado laboral. ⁽⁵¹⁾ El acceso universal gratuito sólo se mantiene en las áreas hospitalarias de atención de emergencias, embarazadas y servicios de pediatría. Esta acción puede llegar a reproducir en nuestro país, situaciones ya denunciadas en otros países, y que son manifestaciones de las barreras económicas existentes.

Las consecuencias más graves de las barreras económicas se dan cuando las personas más desaventajadas económicamente no pueden afrontar un tratamiento, con la repercusión que esto supone para su salud, o bien cuando consiguen reunir el dinero necesario para pagarse la asistencia pero a costa de endeudarse alcanzando límites irresolubles. Es lo que se ha llamado la trampa médica de la pobreza, es decir, el empobrecimiento causado por el pago de la asistencia médica. ⁽³⁹⁾ También se ha de tener en cuenta, que aún sin llegar a esos extremos, para determinados grupos poblaciones (pensionistas, enfermos crónicos, parados, etc...) la carga resultante del pago de los servicios sanitarios y los medicamentos esenciales, puede ser difícilmente asumible, aunque no implique necesariamente la pobreza. ⁽³⁹⁾

Finalmente, encontramos las barreras de acceso producidas por factores culturales. Dentro de estas barreras están los factores relacionados con la aceptabilidad y el respeto.

Para saber si existen barreras de este tipo nos hemos de plantear si hay grupos sociales que se encuentran con barreras culturales para acceder a los servicios sanitarios disponibles o si existen déficits inaceptables en el respeto a la dignidad de trato en las relaciones asistenciales por parte de los profesionales sanitarios a grupos marginales como el de las personas sin techo o el de los pobres.

Estas barreras por déficit de respeto son consecuencia de que muchos profesionales no son conscientes ni entienden las privaciones que sufren estos usuarios en su vida cotidiana.

La consecuencia extrema es que se produzcan diferencias en la atención prestada a los pacientes de grupos más desfavorecidos, aumentando por tanto su vulnerabilidad a la enfermedad.^(34,41)

En lo que respecta a los usuarios las barreras culturales que pueden crearse se pueden deber a factores idiomáticos y a las prácticas culturales, los cuales pueden determinar que grupos pertenecientes a minorías étnicas o inmigrantes recientes, rechacen la medicina preventiva o la atención psiquiátrica, aunque sea gratuita.⁽³⁴⁾

Los métodos para combatir las desigualdades en salud, son la evaluación y la investigación, para posteriormente proponer medidas correctoras. De este modo, podemos medir los avances en el acceso equitativo.^(37, 40,41)

De esta manera se podrían determinar las razones subyacentes a las variaciones en el uso, y el investigador podría:

- Evaluar si las variaciones son realmente preocupantes (es decir, si se deben a una necesidad clínica y reflejan opciones plenamente informadas, podrían no ser inequitativas)
- Determinar las políticas que se deben adoptar para enfrentarlas (por ejemplo, no es necesario abrir más centros de salud, si la razón real de subutilización reside en actitudes negativas de los profesionales hacia ciertos grupos de personas).

Finalmente, podríamos concluir que el sistema de salud, sea considerado determinante o no de las desigualdades, tiene una gran responsabilidad en la lucha contra ellas. Whitehead argumenta que el sistema de salud tiene tres obligaciones frente a las desigualdades de salud: (1) asegurarse de que los recursos se distribuyen en las áreas proporcionalmente a sus necesidades relativas, (2) responder adecuadamente a las necesidades de salud de diferentes grupos sociales, y (3) fomentar un enfoque más amplio y más estratégico para el desarrollo de políticas públicas saludables tanto a nivel nacional como local, para promover la equidad en salud y la justicia social.

No se nace mujer, se llega a serlo.

Simone de Beauvoir. (1908-1986)

2.3 LA SALUD DE LAS MUJERES

2.3.1 DEL SER MUJER A LA TEORÍA DEL GÉNERO

Decía Simone de Beauvoir que no se nace mujer, sino que se llega a serlo. Defendía que las mujeres no tienen ningún tipo de esencia, y que lo que llamamos hecho material es una opción cultural reforzada. En otras palabras que las características biológicas (sexo) no son definitorias del ser mujer; lo que se considera ser mujer (género) es una definición sociocultural. Defiende así, que el concepto mujer es un proyecto o imposición cultural que dependerá del grado de elegibilidad que la cultura permita a la libertad individual. ^(52,53)

En esta misma línea, Judith Butler en su obra el “*Género en disputa: Feminismo y la subversión de la identidad*” afirma que tanto el género como el sexo, forman parte de construcciones discursivas y performativas que les otorgan el significado, por lo que todo lo que rodea al significado de ser mujer es socialmente construido. En cuanto a cómo se ha de definir a las mujeres, su obra se caracteriza por denunciar que cualquier esfuerzo teórico por describir, mantener o articular una feminidad esencial, debe enfrentarse al problema empírico de qué ocurre cuando existan mujeres que no se reconozcan en dichas teorías. ^(53,54)

Otra visión interesante sobre la definición de ser mujer, aparece en un artículo de Julia Kristeva titulado “*Las mujeres no pueden ser definidas*”, en el que señala que existen razones estratégicas para mantener la noción de mujer como una clase, sin que importe su vacío descriptivo, ya que si en la actualidad ser mujer es una categoría política, se ha de convertir en una categoría política útil, para reivindicar las demandas de igualdad, desprendiéndonos del término cuando se agote su papel político. ^(53,55)

Estas autoras nos muestran la base conceptual que sustenta la teoría del género, según la cual, el que nos experimentemos como hombres o mujeres, se debe a categorías políticas y no a hechos naturales, lo que es consecuencia de la existencia de prácticas sociales que definen a las personas en base a rasgos anatómicos.

La OMS nos ofrece la siguiente definición de género: *características de mujeres y hombres que son social y culturalmente determinadas, y que como tales, se aprenden en el contexto de sus sociedades*, a diferencia del sexo que hace referencia a las características que vienen determinadas biológicamente. ^(56,57,58)

Al estar el género determinado socialmente, encontramos que las normas que lo definen, no son ni fijas ni universales, pero presentan como característica común que están bajo el control de las ideologías dominantes, generándose relaciones jerárquicas o desiguales entre los sexos.

Estas relaciones no equitativas, hacen que el género sea una de las fuentes principales de desigualdad en la mayoría de las sociedades. ^(56, 57,58)

Otro factor que conlleva la determinación social, es que las relaciones de género están institucionalizadas dentro de la sociedad. A ello contribuye el refuerzo del sistema de valores, creencias y normas imperantes, que contribuye a consolidar dichas normas desde el comienzo del proceso de socialización.

Podemos decir así que las ideas sobre lo que implica ser mujer o hombre, se transmiten desde la familia, se confirman en la escuela y se expanden a través de los medios de comunicación, de modo que lo que es considerado correcto y bueno para un sexo, puede ser visto como inadecuado por el otro, determinando que nacer hombre o mujer implique vivir en contextos culturales con posiciones y recursos desiguales, así como distintos valores, creencias y actitudes. ^(56, 57,58)

2.3.2 DESIGUALDADES EN SALUD POR GÉNERO

Retomando el tema de las desigualdades en salud, encontramos también diferencias de salud entre sexos. ^(59, 60,61,62)

Estas diferencias se han explicado clásicamente por factores biológicos derivados de las características reproductivas diferentes en los dos sexos. En una etapa posterior se demostró que también existía un amplio abanico de diferencias genéticas, hormonales y metabólicas, las cuales desempeñan un papel importante en los distintos patrones patológicos según el sexo. Pero a partir de los años ochenta, el movimiento académico feminista, comenzó a poner de manifiesto diferencias de salud entre hombres y mujeres, cuyas explicaciones causales iban más allá de los factores biológicos, señalando la existencia de causas sociales y culturales como origen de las desigualdades. ⁽⁶³⁾

En la actualidad, existen datos que han corroborado estas tesis, y se acepta que las diferencias biológicas son sólo una parte de los factores que influyen en las diferencias en salud entre ambos sexos; las características de género, socialmente construidas, también determinan un estado de salud diferente entre hombres y mujeres. Los mecanismos por lo que consiguen crear desigualdad, radica en la influencia de múltiples factores asociados con el proceso de enfermar: ya que influyen en los determinantes de la salud, en la vulnerabilidad, en la naturaleza, severidad y frecuencia

de los problemas de salud, en la forma en la que se perciben los síntomas, en la utilización y accesibilidad de los servicios sanitarios, en el esfuerzo diagnóstico y terapéutico, en el cumplimiento del tratamiento y de los mensajes preventivos y en el pronóstico de los problemas de salud entre hombres y mujeres. ⁽⁶⁰⁾

Existen ejemplos de este efecto múltiple, en dos estudios sobre dos trastornos de salud de gran impacto, el VIH/SIDA⁽⁶⁴⁾ y la cardiopatía isquémica ⁽⁶⁵⁾, que integran la visión biológica y social en el análisis de la vulnerabilidad, el curso de la enfermedad y la asistencia sanitaria. García-Sánchez destaca una mayor vulnerabilidad de las mujeres al VIH/SIDA como consecuencia de factores sociales, como la dependencia económica respecto a su pareja, las dificultades para acceder a una información fiable sobre la infección, las dificultades de acceso a la prevención, la prueba diagnóstica y el asesoramiento, la marginación, la discriminación y la violencia de género. ⁽⁶⁴⁾ Rohlf en relación a la cardiopatía isquémica, subraya que además de las diferencias biológicas que pueden influir en los diferentes patrones de sexo en la vulnerabilidad y el pronóstico, hay diferencias de género en el conocimiento y las creencias sobre la enfermedad, así como en las actitudes cuando aparecen los primeros síntomas. ⁽⁶⁵⁾ Ambos estudios concluyen que si los servicios sanitarios quieren atender correctamente las necesidades tanto de los hombres como de las mujeres, deben considerar seriamente estas diferencias biológicas y sociales en la planificación y la provisión de servicios.

Otros ejemplos sobre desigualdades y salud en nuestro medio, los encontramos en las conclusiones del *Informe sobre salud y género* realizado por el Ministerio de Salud y Consumo en 2005 ⁽⁶¹⁾, las cuales son comunes a las encontradas en el *Informe Women and Gender Equity Knowledge Network* realizado por la OMS en el año 2007.⁽⁶²⁾

- Las mujeres tienen una mayor esperanza de vida al nacer y a los 65 años, pero su vida con buena salud y sin enfermedad crónica es más corta que para los hombres.
- Los patrones de vida tienen una clara distribución por género. En general los hombres tienen conductas menos saludables respecto al consumo de sustancias adictivas. Pero por el contrario practican más deporte y duermen más horas que las mujeres. Lo primero estaría relacionado con las mayores prácticas de riesgo que se asumen desde los modelos tradicionales de masculinidad. Lo segundo se derivaría de la falta de equidad en la distribución de los tiempos de trabajo productivo y reproductivo, de ocio y descanso entre hombres y mujeres.
- En el trabajo productivo, las segregaciones horizontal y vertical dan lugar a que hombres y mujeres estén expuestos a diferentes riesgos físicos y psicosociales. Respecto al trabajo reproductivo, la situación actual de inequidad en el reparto de los tiempos para los cuidados, supone una sobrecarga física y emocional y un impacto en la salud de las mujeres, todavía cuidadoras principales.

- Las enfermedades que más mortalidad producen en hombres y mujeres son las cardiovasculares y el cáncer, que presentan incidencias diferentes según el sexo. La información existente sobre ellas y su atención es en general insuficiente para analizarlas adecuadamente desde el enfoque de género. En algunos casos, como el de la cardiopatía isquémica, sí que existe la suficiente como para plantear actuaciones que mejoren la equidad de género en su atención. En general se plantea la necesidad de realizar más estudios de género sobre estos problemas.
- Ante las necesidades de salud de hombres y mujeres, la sociedad responde estableciendo políticas de salud y ofertando servicios. Incluso en aquellos casos en que las políticas y servicios se ofertan aparentemente por igual a hombres y mujeres, no son utilizados de igual manera por unos y otras. Mujeres y hombres acuden con frecuencias distintas y por motivos diferentes a las consultas médicas y a los servicios de urgencias.
- La tendencia de las sociedades actuales a la medicalización de la vida, tiene mayor impacto en el caso de las mujeres, en parte porque debido a los aspectos reproductivos suelen utilizar antes que los hombres y con mayor frecuencia los servicios de salud. Pero también, por razones de género, el diseño de las políticas y servicios de salud tiende a intervenir en mayor medida en la salud de las mujeres y a medicalizar su ciclo vital.

2.3.3 EL ANÁLISIS DE GÉNERO Y LA SALUD DE LAS MUJERES

El análisis de género define, analiza e informa de las medidas necesarias para hacer frente a las consecuencias de las desigualdades producidas por el género, en la vida, la salud y el bienestar de las mujeres. Se basa en el argumento ya citado por múltiples autores, de que la forma en que se distribuye el poder en la mayoría de las sociedades hace que las mujeres tengan menos acceso y control sobre los recursos necesarios para proteger su salud y participar en la toma de decisiones. ^(57, 58, 66,67).

En el ámbito sanitario, el análisis de género persigue poner de manifiesto la forma en que las desigualdades perjudican la salud de la mujer, las limitaciones a que ésta se enfrenta para alcanzar la salud y los modos de hacer frente y superar esas limitaciones. ^(66,67)

Sara Velasco, en un informe realizado para el Ministerio de Sanidad y Consumo llamado *Recomendaciones para la práctica del enfoque de género en programas de salud* en el 2008, defiende que usar un enfoque de género en salud es tener en cuenta que puede haber diferencias en el estado de salud y en la atención en los servicios sanitarios por sexos. Por ello argumenta que es necesario que los profesionales de la salud conozcan que existe una construcción cultural y social distinta para cada sexo, la cual puede implicar diferencias en el estado de salud y en la atención sanitaria.

Del mismo modo es importante también, ser conscientes de que en la sociedad actual, continua existiendo una jerarquía entre los sexos, siendo aún minusvalorado o discriminado lo femenino, por lo que continúa siendo necesario realizar programas de discriminación positiva.⁽⁶⁶⁾

En este mismo informe, Velasco nos presenta las prácticas actuales coexistentes relacionadas con la atención a la salud de la mujer con un enfoque de género:

A.-Línea de salud de las mujeres:

Esta línea de atención se basa en que las mujeres tienen problemas específicos que requieren atención específica, centrándose en los procesos del ciclo vital de los que proceden las necesidades de atención y la morbilidad femenina diferencial causadas por diferencias biológicas con los hombres. Estos procesos son los relacionados con la menstruación, reproducción, maternidad, sexualidad, anticoncepción, climaterio...^(61,66)

Además de centrarse en dichas necesidades, estas acciones tienen también como finalidad el proporcionar autonomía y capacidad de elección, en lo relacionado con dichos procesos. Esta línea de trabajo se plasma en los Programas de Salud de la Mujer que surgen a partir de los años 70.^(66,67)

B.- Línea de desigualdades de género

Esta línea añade a la línea de salud de las mujeres, una visión en la que el problema no son sólo sus necesidades específicas, sino la relación jerarquizada entre ambos sexos y discriminatoria de lo femenino. Se desarrolla desde los años noventa, y parte de que la situación social de mujeres y hombres es diferente y discriminatoria, lo que conlleva desigualdad e inequidad. La finalidad sería alcanzar la igualdad y equidad entre los sexos. Los métodos usados son observar y describir la realidad siempre por sexos, identificando las desigualdades de género, es decir, aquellas diferencias que son innecesarias, injustas, evitables y debidas a condiciones sociales de género. ^(55,56)

Esta línea de análisis permite, identificar las desigualdades en el estado de salud derivadas de la invisibilidad de la morbilidad diferencial por sexos ^(66,67) e identificar sesgos de género en la atención. Estos sesgos pueden aparecer en la recepción de las demandas en los servicios sanitarios, en el esfuerzo diagnóstico, en la terapéutica y en la investigación. ^(59, 67, 68,69)

Tanto la invisibilidad de la morbilidad diferencial como los sesgos de género en la atención son debidos a la influencia de estereotipos de género activos en la sociedad y en el medio sanitario. Por ello se incorporan dichos estereotipos como potenciales explicaciones de desigualdades y sesgos por género. ^(59,66)

C, Línea de análisis de determinantes de género

Si tal como se ha expuesto en los primeros apartados del presente trabajo, la salud-enfermedad es un proceso en el que influyen la biología, el contexto social y la experiencia subjetiva vivida, se ha de incorporar al enfoque de género el estudio de las actitudes, vivencias y formas de enfermar, consultar y morir que están influidas por los factores psicosociales del género. Estos últimos son los modelos y roles sociales de género, construidos por cada sociedad, y las vivencias subjetivas debidas a las identidades masculina y femenina, influidas por los ideales de feminidad y masculinidad, -lo psíquico-. ^(70, 71,72)

Así, en esta tercera línea del enfoque de género, el objetivo se centra en las relaciones entre hombres y mujeres, siendo el objeto de estudio los modelos sociales de género, que se reproducen a través de los roles y los contenidos de las identidades masculina y femenina. Pueden definirse como factores de riesgo diferenciales, aquellos que deberían prevenirse o abordarse de forma diferente en mujeres y hombres, y que afectan a uno u otro sexo debido a procesos determinantes psicosociales procedentes de los modelos de género. ^(59,73)

Este modelo puede utilizarse para analizar cualquier proceso de salud y la intervención tendría como objetivo transformar las relaciones de género de poder-subordinación y las posiciones subjetivas de mujeres y hombres. Necesariamente se trata de influir en los modelos sociales de género. ^(66,67)

El Informe Velasco concluye que el estudio y la atención a las desigualdades de género no se trata simplemente de abordar los problemas que se derivan del ciclo vital o de la salud sexual y reproductiva, ya que estas desigualdades pueden afectar a cualquier problema de salud y al sistema de atención, por lo que, en el momento actual, lo idóneo es incorporar los valores y las categorías utilizadas en las tres líneas descritas en los apartados anteriores: línea de salud de las mujeres (1.1), línea de desigualdades de género (1.2) y línea de análisis de determinantes de género (1.3), realizando un enfoque integrado de género en salud, que incluya todas las categorías del enfoque: morbilidad diferencial, necesidades específicas de salud de las mujeres y hombres, atención a las desigualdades e inequidades de género y análisis de los factores psicosociales determinantes de género. ⁽⁶⁶⁾

2.3.4 MUJERES DOBLEMENTE VULNERABLES

Existiendo desigualdades sociales por clase social y también por género, se nos dibuja un colectivo doblemente vulnerable: las mujeres con condiciones socioeconómicas desfavorables, las cuales pueden verse discriminadas tanto por ser mujeres como por ser pobres. ^(74,75)

Muchos estudios sobre desigualdades en salud según género se han realizado de forma paralela a los estudios de desigualdades según clase social, no existiendo una visión integradora de ambas líneas de trabajo. Esta confluencia es necesaria, ya que como se ha explicado con anterioridad, la pobreza se suma siempre para empeorar los resultados de salud en ambos sexos, pero lo hace de manera más acentuado en las mujeres.

Para luchar contra las diferencias en salud generadas por esta doble carga, puede que hagan falta estrategias distintas de las diseñadas para actuar sobre los efectos del género en la salud de las mujeres menos privilegiadas.

Como ejemplo de la importancia de la combinación del análisis socio-económico y del análisis de género encontramos un programa de prevención de accidentes realizado en Suecia. En él, los datos sobre accidentes en el conjunto de la población indicaban un progreso relativamente razonable en la prevención. Sin embargo, cuando se desglosaron atendiendo al género y a la posición social, se observaron tasas y tipos de

accidentes muy diferentes entre las jóvenes y los jóvenes, los hombres y las mujeres, y los grupos de renta baja y los de renta alta. La combinación del análisis socioeconómico y del análisis de género reveló asimismo que las mujeres de la clase trabajadora tenían niveles muy altos de riesgo en el hogar y en el lugar de trabajo. Una vez identificadas estas diferencias, quedó clara la necesidad de adaptar las estrategias de prevención en base al género y a la situación socioeconómica. ⁽⁷⁶⁾

Borrell sostiene que la tendencia actual de ignorar el género en los análisis de las desigualdades sociales en salud y la tendencia inversa de ignorar la posición social en los análisis por género, deben ser sustituidas por análisis conjuntos, que integren tanto el abordaje de género como el de clase, considerando el impacto de los múltiples roles en ambos sexos y cómo varían según la clase social. ⁽⁷⁷⁾

Concluyendo podemos decir que el género y la posición socioeconómica, son los determinantes estructurales que tienen más impacto en la creación de desigualdades en salud, produciéndose un riesgo de inequidad mayor en el grupo de personas afectadas por ambos determinantes.

“La mala salud sexual y reproductiva representa el 20 % de la carga global de enfermedad para las mujeres”

57^a Asamblea Mundial de la Salud de las Naciones Unidas, 2004

2.4 LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

2.4.1 LA ATENCIÓN A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

La salud sexual es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos.

También define la atención de la salud sexual y reproductiva, como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivo. También incluye que la atención a la salud sexual, tiene como objetivo el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual. ^(78,79)

A, nivel mundial, la mala salud reproductiva y sexual se considera que representa el 20 % de la carga global de enfermedad para las mujeres.

Por ello en el 2004, en la 57^a Asamblea Mundial de la Salud de las Naciones Unidas, se renovó el compromiso de la comunidad internacional con la salud sexual y reproductiva adoptando una estrategia global de salud reproductiva, cuyo objetivo sería lograr el acceso universal a la salud reproductiva.

En la resolución se hacía un llamamiento a los Estados Miembros para que, con carácter de urgencia, *“hagan que la salud reproductiva y sexual forme parte integrante de los procesos nacionales de planificación y preparación de presupuestos”* y *“refuercen la capacidad de los sistemas de salud, con la participación de la comunidad, con el fin de lograr el acceso universal.”* ⁽⁸⁰⁾

El Ministerio de Sanidad Español, se hizo eco de dichas recomendaciones y actualmente podemos encontrar en su cartera de servicios, las siguientes actividades dentro de los Servicios Nacionales de Atención a la Mujer: Diagnóstico precoz de cáncer ginecológico y de mama, indicación y seguimiento de métodos anticonceptivos e interrupción voluntaria del embarazo, atención al embarazo y puerperio y prevención, detección y atención a los problemas de la mujer en el climaterio. ⁽⁷⁹⁾

Y en nuestro medio, encontramos que el Departament de Salut de Catalunya ofrece la siguiente Cartera de Servicios para las unidades de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva: Consejo reproductivo, atención materno-infantil, prevención del cáncer de cuello uterino, prevención de cáncer de mama, atención a las Enfermedades de Transmisión Sexual, atención a la patología ginecológica, educación afectiva y sexual. ⁽⁸¹⁾

2.4.2 ACTIVIDADES PREVENTIVAS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Si clasificásemos las actividades preventivas en ginecología, basándonos en niveles de prevención, vemos que la prevención en ginecología contempla como actividades de promoción y prevención primaria: la educación afectiva y sexual, asesoramiento sobre hábitos de vida saludables durante el climaterio, el consejo contraceptivo y la prevención de infecciones de transmisión sexual. Y como actividades de prevención secundaria: el cribaje de cáncer de cérvix y el cribaje de cáncer de mama.^(78,79) A excepción del cribaje de mama, que es un cribaje poblacional, el resto de actividades se realizan en la consulta preventiva de ginecología que se integra en la Atención Primaria de Salud.

A continuación se analizarán las diferentes actividades que componen el programa de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva.

- **Promoción de la salud sexual**

La salud sexual es un componente central en la salud y el bienestar de las personas, por lo tanto, promover la salud sexual implica favorecer las condiciones para que los servicios sanitarios garanticen su calidad, ofreciendo información, asesoramiento y asistencia sobre cualquier aspecto relacionado con la sexualidad y la reproducción. Implica también partir de un enfoque integral que evite sesgos por razones de género y opción sexual.^(78,79,80,81,82)

La Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales realizada por el Instituto Nacional de Estadística en 2003, pone de manifiesto que las distintas formas de vivir la sexualidad expresan las relaciones sociales de desigualdad entre mujeres y hombres, constatándose que se encuentran marcadas todavía por estereotipos y roles de género tradicionales que determinan el papel de unas y otros en las relaciones sexuales ⁽⁸³⁾. Además, según los resultados de dicha encuesta, aún persiste un modelo de sexualidad muy condicionado por las etapas del ciclo vital, que focaliza mayoritariamente la sexualidad en las edades centrales de la reproducción, especialmente en las mujeres, a mucha distancia de un modelo de sexualidad integral desarrollado a lo largo de la vida.

En la actualidad vemos que aún la mayoría de iniciativas se basan en la prevención de riesgos asociados al comportamiento sexual ⁽⁷⁹⁾, más que en la construcción de referentes culturales que favorezcan un concepto de la sexualidad integral y que por tanto generen un espacio para una sexualidad saludable ⁽⁸⁰⁾.

Es por ello, que tanto la OMS como la Estrategia Nacional para la Salud Sexual y Reproductiva ⁽⁷⁹⁾, recomiendan proporcionar una educación integral e igualitaria, que promueva la salud sexual. Así, las personas podrán decidir con autonomía sobre su vida sexual y reproductiva, sustentándose en la comunicación, el respeto y el placer, además de contar con recursos para prevenir las ITS y los embarazos no deseados.

(79,80,82,84)

- **Prevención de Enfermedades de transmisión sexual:**

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) constituyen un problema importante de salud pública tanto por su magnitud como por sus complicaciones y secuelas, agravado si no se realiza un diagnóstico y tratamiento precoz.

Según las últimas publicaciones de la OMS, se calcula que el 25% de los jóvenes sexualmente activos en el mundo están afectados por alguna enfermedad de transmisión sexual; por lo que es un problema de salud pública de gran magnitud. Y su incidencia aumenta fundamentalmente en mujeres y jóvenes, estimándose que la mitad de los nuevos casos ocurren en personas de 15 a 24 años. A nivel mundial, las ITS ocupan el segundo lugar por orden de importancia en la morbilidad general de las mujeres entre 15 y 44 años. ^(85,86)

Las ITS no tratadas adecuadamente pueden causar esterilidad. Los hombres con infección por *chlamydia* y/o *gonococo* no tratadas desarrollan infertilidad en el 20 al 40% de casos. En las mujeres, en especial el *gonococo* y la *chlamydia*, puede causar enfermedad inflamatoria pélvica, con daños irreversibles en las trompas de Falopio, que puede causar esterilidad, embarazos ectópicos y dolor pélvicos crónico.

Además las ITS en las mujeres embarazadas pueden afectar tanto a la salud de la madre como al feto y al lactante.

En el desarrollo de cáncer de cérvix uterino se ha descubierto el papel fundamental del virus del papiloma humano (HPV), cuya infección generalmente cursa de forma asintomática en las mujeres y sólo es detectable mediante citología, colposcopia y biopsia del cuello uterino. ^(85,86)

En la infección por virus VIH las relaciones sexuales sin protección son la vía de transmisión más frecuente. La existencia de otras ITS facilita el contagio, ya que la coexistencia de lesiones genitales aumenta la susceptibilidad a la infección. ^(85,86)

El *Informe de vigilancia de ITS* realizado por el Centro Nacional de Epidemiología para el Ministerio de Sanidad en el 2012, advierte que en el periodo de 1995-2010 se observa un cambio de tendencia claro de las ITS sometidas a vigilancia epidemiológica, las cuales aumentan a partir del inicio de la década del 2000. Destaca en particular el importante incremento en la incidencia de sífilis, que a partir de 2004 supera las cifras del año 1995 así como también a los casos notificados de infección gonocócica. ⁽⁸⁷⁾

Es por todo ello que la prevención y el control de las ITS es un componente esencial de los servicios de salud sexual y reproductiva.

- **Atención a la contracepción**

La salud reproductiva conlleva la capacidad de disfrutar de una vida sexual sin riesgos, y la libertad de no procrear o decidir hacerlo, en el momento y con la frecuencia deseada. ^(78,82)

El desarrollo de la sexualidad y la capacidad de procreación son derechos vinculados a la dignidad de la persona y al libre desarrollo de la personalidad y son objeto de protección a través de diversos derechos fundamentales. Los poderes públicos no pueden ni deben interferir en las decisiones sobre la procreación, pero, sí han de establecer las condiciones para que la decisión se adopte de forma libre y responsable, poniendo al alcance de quienes lo precisen servicios de atención sanitaria, asesoramiento y/o información. ⁽⁸⁸⁾

La especial relación de los derechos de las mujeres con la protección de la salud sexual y reproductiva ha sido puesta de manifiesto por diversos textos internacionales. Así, en el ámbito de Naciones Unidas, la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer, adoptada por la Asamblea General mediante Resolución 34/180, de 18 de diciembre de 1979, establece en su artículo 12 que *“Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, incluidos los que se refieren a la planificación familiar”*. ⁽⁸⁹⁾ Por otro lado, la Plataforma de Acción

de Beijing acordada en la IV Conferencia de Naciones Unidas sobre la mujer celebrada en 1995, ha reconocido que *“los derechos humanos de las mujeres incluyen el derecho a tener el control y a decidir libre y responsablemente sobre su sexualidad, incluida la salud sexual y reproductiva, libre de presiones, discriminación y violencia”*.⁽⁹⁰⁾

La prestación de métodos de prevención de embarazos no deseados, tiene como objetivo proporcionar información y ofrecer los medios que permitan decidir a las personas el momento y el número de hijos que desean tener, al tiempo que disfrutar de relaciones sexuales placenteras sin temor a embarazos no deseados.^(78,79)

Para facilitar que las personas tomen una decisión sobre el método preventivo y anticonceptivo más adecuado a sus necesidades se requiere facilitar información accesible, completa y actualizada que les permita elegir entre las alternativas existentes y tener una postura proactiva, no limitándose a atender la demanda de anticoncepción verbalizada, aunque siempre respetando la decisión de las mujeres.

Así, el acceso a las distintas opciones anticonceptivas, es un elemento clave para hacer efectivo el derecho de cada persona a tomar decisiones respecto a su vida reproductiva.^(78,79,80,84)

- **Cribaje de cáncer de cérvix**

El cáncer de cérvix es el segundo cáncer más frecuente y la tercera causa de muerte por cáncer en mujeres en todo el mundo. Junto al de mama y el colorrectal, son los tres tumores en los que las campañas de detección precoz han aumentando las probabilidades de curación y, por tanto, la supervivencia. Para el cáncer de cérvix en concreto, la citología ha conseguido reducir su incidencia y su mortalidad en más de un 75% (en los países con cobertura suficiente y aplicación adecuada).⁽⁹¹⁾

España presenta una de las incidencias más bajas de cáncer de cérvix de Europa, con una incidencia y mortalidad estandarizadas por edad/100.000 mujeres, del 7,1 y 3,1 respectivamente. No obstante, datos recientes alertan de que España es uno de los pocos países de Europa donde existe una tendencia al aumento de la incidencia, probablemente relacionada con los cambios socioculturales y por deficiencias en la estrategia de cribado.⁽⁹¹⁾

A nivel europeo existen distintos tipos de cribado: el cribado poblacional que tiene estructura propia, utiliza una base censal para la captación activa de las mujeres diana, sólo ofrece la técnica de cribado validada, dispone de circuitos propios de derivación y tratamiento de los casos detectados y está basado en la Asistencia Primaria. Y el otro tipo de cribado es el oportunista, que no tiene estructura propia: utiliza la consulta realizada por la persona al Sistema Sanitario para su captación; penaliza la equidad y

crea confusión metodológica, al mezclar asistencia con cribado; no es eficiente (reitera exploraciones) y difícilmente es eficaz (70% de cobertura).^(91, 92,93)

Respecto a la frecuencia en el cribado, en el año 2006, la Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia (AEPCC), la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) y la Sociedad Española de Citología (SEC) colaboraron en la elaboración de un documento de consenso para establecer recomendaciones concisas en relación al cribado del cáncer de cérvix. Se recomienda iniciar el cribado a los 3 años del inicio de las relaciones sexuales o a partir de los 25 años de edad, mediante dos citologías de intervalo anual y si éstas son negativas, pasar a una periodicidad trianual hasta finalizar el cribado a los 65 años si éste fue adecuado anteriormente.

^(91,94)

El futuro del cribaje citológico se verá afectado por la incorporación de la detección del HPV (mediante test Captura de Híbridos, PCR...etc.) y la incorporación de las vacunas. Respecto al cribado se ha documentado de manera consistente que la detección de los HPV de alto riesgo oncogénico es significativamente más sensible que la citología cervical para identificar mujeres con lesiones de alto grado (HSIL).

La utilización conjunta de la prueba de HPV y la citología en el cribado tiene su justificación dado su elevado valor predictivo negativo. Las mujeres negativas para

ambas tienen un riesgo inferior al 1 por 1.000 de estar afectadas de una HSIL no detectada. ⁽⁹⁸⁾

En cuanto al desarrollo de vacunas profilácticas frente al HPV van a suponer un cambio en la prevalencia de lesiones cervicales, esperando una disminución en la tasa de incidencia del cáncer de cervix, lo que también obligará a rediseñar las estrategias de cribado. ⁽⁹⁹⁾

El estudio transversal de base poblacional *Afrodita*, realizado en el 2008, fruto de la colaboración entre la AEPCC y el Institut Català d'Oncologia (ICO) nos muestra las características y resultados del cribado en nuestro país. La muestra fue de 6.852 mujeres y los resultados de la encuesta fueron estratificados por edad de las pacientes, comunidad autónoma, nivel socioeconómico y tamaño del municipio en el que residían. ⁽⁹⁵⁾

Los resultados de dicho estudio indican que el 86% de las mujeres españolas admiten haberse realizado al menos una citología a lo largo de su vida. El 14% refirieron no habérsela practicado nunca; el 46,7% refieren que la citología ha sido practicada en el último año; el 75,6% los últimos 3 años; el 80,4% en el transcurso de los últimos 5 años; y el 5,6% no se había practicado ninguna en los últimos 5 años. El porcentaje de mujeres a las que se ha realizado la citología es muy variable según la comunidad

autónoma y existen diferencias estadísticamente significativas oscilando entre el 86% de cobertura en las islas Canarias y el 61% en Extremadura. ⁽⁹⁵⁾

Estos resultados muestran una evolución positiva si los comparamos con los resultados de la Encuesta de Salud del 2006, en la cual se muestra que el 69 % de la población se realizó alguna citología, frente a un 31 % que no se ha realizado ninguna. ⁽⁹⁶⁾

Encontramos también datos del cribaje en nuestro medio, en la *Enquesta de Salut de Barcelona* del año 2000. Según dicha encuesta, un 18,4% de las mujeres encuestadas no se han realizado nunca una citología, el 22,4 % se la ha realizado de manera aislada, y un 58,6% se las realiza de forma periódica. Comparando con los datos de la encuesta de 1992, se observa un aumento del uso, pero se mantienen diferencias según la edad y la clase social. En las conclusiones se manifiesta que en el grupo de edad de 15 a 34 años, una de cada tres mujeres no se ha realizado nunca una citología. ⁽⁹⁷⁾

En el ya citado *Estudio Afrodita*, en sus conclusiones se aprecia que a mayor edad, mayor nivel socioeconómico y mayor tamaño del municipio existe mayor probabilidad de que a la mujer se le haya practicado la citología en los últimos 3 años, excepto para el rango de edad entre 56 y 65 años.

En cuanto a los conocimientos de la población: el 74,4% de las mujeres españolas encuestadas no saben de la utilidad del cribado citológico y el 55,2% desconocen los

factores asociados con el cáncer de cérvix. Finalmente, encontramos que los factores que se asocian de forma significativa con haberse realizado una citología en los 3 años previos, fueron la edad, el nivel socioeconómico y el tamaño del municipio.

- **Cribaje del cáncer de mama**

El cáncer de mama es el cáncer más frecuente en las mujeres. En España se diagnostican anualmente unos 16.000 casos y produce 6.000 muertes de mujeres al año. Se ha estimado una incidencia media para la Unión Europea del 93,4 en el año 2006. Menos de un 10% de los cánceres de mama ocurren en mujeres menores de 40 años, siendo a partir de los 50 años, la edad de mayor aparición. ^(91,100).

Afortunadamente el cáncer de mama es hoy en día una de las enfermedades oncológicas con una supervivencia más larga. En la mayoría de estudios, la supervivencia observada a cinco años supera el 76%. ⁽¹⁰¹⁾

En cuanto a las causas y factores de riesgo, encontramos que en la actualidad, entre el 70% y el 80% de todos los cánceres mamarios aparecen en mujeres sin factores de riesgo conocidos. ^(91,100)

Como factores de riesgo genético se han identificado dos genes cuya mutación se relaciona con una mayor probabilidad de desarrollarlo. Estos genes se denominan BRCA1 y BRCA2 y según algunos estudios entre el 50% y el 60% de mujeres que han heredado dichos genes mutados pueden desarrollar un cáncer de mama y ovario antes

de los 70 años. Otros genes también relacionados con el cáncer de mama son el P53 y BARD1, el BRCA3 y el Noey2. ^(91,101)

Los antecedentes personales también son considerados un factor de riesgo, ya que las mujeres con cáncer de mama previo tienen un riesgo superior, estimado en un 1% anual, de desarrollar otro cáncer de mama. Las mujeres con lesiones de mama preinfiltrantes y displasias tienen entre 1,5 y 2 veces más de riesgo. Si el cáncer es hereditario el riesgo aumenta a un 5% por año. ^(91,101)

Como sucede con la mayoría de los cánceres, la edad es un factor de riesgo muy importante ya que el 75% de todos los casos ocurre en mujeres de más de 50 años. En cuanto a la raza, las mujeres de raza blanca son más propensas a padecer esta enfermedad que las de raza negra. Presentando un menor riesgo las mujeres asiáticas e hispanas. ⁽⁹¹⁾

Existen también factores hormonales: las mujeres con menarquia temprana o menopausia tardía tienen un riesgo mayor. Igual sucede con aquellas que no tuvieron hijos o los tuvieron después de los 30 años de edad. La terapia hormonal que se utiliza para aliviar los síntomas de la menopausia, parece aumentar a largo plazo (más de 10 años) el riesgo de sufrir cáncer de mama. No se ha demostrado un mayor riesgo por el uso prolongado de anticonceptivos. ^(91,102)

Finalmente factores relacionados con algunas características físicas o ambientales, como dieta y alcohol, parecen guardar relación con su aparición. El papel de la obesidad como factor de riesgo sigue siendo controvertido. Algunos estudios muestran

su relación asociada posiblemente con la producción de altos niveles de estrógenos en las mujeres obesas. El exceso de cierto tipo de lípidos en la dieta, en concreto de ácidos grasos omega 6, altera la actividad de un grupo de genes, lo que acelera o promueve el cáncer de mama y le confiere características de mayor malignidad. El consumo de alcohol durante años también está vinculado a un mayor riesgo de cáncer de mama. ^(91,103)

Debido a la inexistencia de una prevención primaria eficaz, la detección precoz se ha impuesto como la mejor estrategia para mejorar el pronóstico de esta enfermedad. La historia natural del cáncer de mama favorece la posibilidad de la detección precoz mediante un test de cribado. La mamografía es hoy la única prueba o test de cribado que permite reconocer lesiones en una fase inicial, lo que puede incrementar la tasa de diagnósticos en estadios incipientes. ^(91,104)

Existe evidencia de que el cribado mamográfico reduce la mortalidad por cáncer de mama de forma global entre un 9% y 15%, siendo esta reducción mayor en el grupo de mujeres de 50 o más años (entre un 24% y un 29%).

El efecto del cribado del cáncer de mama en el grupo de mujeres de 40-49 años sigue siendo controvertido. La evidencia muestra una disminución en la mortalidad en las mujeres de 40-49 años, sin embargo los resultados de los meta análisis no son significativos y la magnitud del efecto es menor que en el grupo de mujeres de 50 años o más. ^(91,104)

Los programas de cribaje de cáncer de mama en nuestro país, tienen carácter poblacional e incluyen como población diana el grupo de mujeres con edades entre los 50 y 69 años.

La técnica de cribado es la mamografía con un intervalo entre exploraciones de dos años, siguiendo las recomendaciones nacionales e internacionales. ⁽⁹¹⁾

La participación media está próxima al 70%, la adherencia es muy alta y el tipo de tumores detectados en la mayor parte de los casos alcanza o se acerca a lo esperado en un programa de cribado. El objetivo de los programas es invitar a todas las mujeres de la población diana, es decir, obtener una cobertura del 100%. ⁽⁹¹⁾

Para conocer los datos de uso, consultamos nuevamente la *Encuesta Nacional de Salud de 2006*, encontrando que en mayores de 50 años, el 81% de las encuestadas se realiza las mamografías de manera periódica, un 11% de manera aislada, y un 7,4% no se la han realizado nunca. Se puede ver una mejora notable de la situación desde el 92, porque en dicha población se ha pasado de un 28,6% a un 81%. También es importante que de las mujeres entre 50 y 64 años, el 69% se las realiza por razones preventivas. ⁽⁹⁶⁾

- **Autoexploración mamaria**

El autoexamen regular de las mamas o el examen clínico regular llevado a cabo por un profesional de la salud pueden ser actuaciones que pueden sumarse al cribaje mamográfico.

Pero en la actualidad, por falta de evidencia sobre su eficacia, encontramos diferentes posicionamientos entre las sociedades científicas: por ejemplo la *American Cancer Society* recomienda tanto el autoexamen como el examen profesional regular, mientras que otras sociedades como la *Royal Australian College of General Practitioners* , el *National Cancer Institute* y la *National Breast Cancer Coalition* en los EE.UU, han realizado una revisión de sus recomendaciones, llegando a la conclusión de que actualmente no se dispone de pruebas científicas provenientes de ensayos aleatorios de que el autoexamen de mama salve vidas o permita a las mujeres detectar el cáncer de mama en forma precoz. ^(105,106)

Sin embargo, se podría llegar al consenso, de determinar que las mujeres deberían tener conciencia de cambios en la mama, ya que la mayoría de autores coinciden en que es posible que la concienciación sobre la mama haya contribuido a la disminución de la mortalidad por cáncer. Por lo tanto, se debería alentar a las mujeres a buscar consejo médico si detectan cualquier cambio en las mamas que haga sospechar un cáncer de mama. ⁽¹⁰⁷⁾

- **Promoción de hábitos de vida saludables relacionados con la salud sexual y reproductiva**

Ejercicio físico y la obesidad:

El ejercicio físico se define como movimiento corporal planificado, estructurado y repetitivo, realizado para mantener una correcta forma física. Su práctica es uno de los componentes claves para lograr un estilo de vida saludable y la principal herramienta en la lucha contra la obesidad, que se considera un factor de riesgo para múltiples patologías crónicas, problemas cardiovasculares y que se relaciona con neoplasias ginecológicas como el cáncer de mama y de endometrio. ⁽¹⁰⁸⁾

La obesidad es un problema de salud cuya prevalencia entre las mujeres españolas es del 15,75%, pero que se incrementa de manera significativa con la edad y llega a afectar hasta al 33,9% de las mayores de 55 años ⁽⁹⁶⁾. Existen diferentes estudios que demuestran que la obesidad se asocia a un incremento del riesgo de padecer una neoplasia endometrial, y de manera inversa se acepta que hasta un 40% de los casos de carcinoma de endometrio pueden ser atribuidos a un exceso de masa corporal. Sobre todo en la postmenopausia, la obesidad conlleva una exposición del endometrio a elevadas cantidades de estrógenos provenientes de la transformación periférica de la androstendiona a estrona, que en ausencia de progesterona, estimulan la proliferación endometrial y la aparición de hiperplasia, que eventualmente se transforma en cáncer.

(109)

La prevención del cáncer de endometrio no dispone de actividades de cribado que faciliten su detección, sin embargo la prevención indirecta es posible mediante la promoción de un estilo de vida saludable que permita prevenir la obesidad.

Consumo de tabaco:

La relación entre el consumo de tabaco y la mortalidad ha sido ampliamente estudiada, demostrándose que el tabaco es una importante causa de mortalidad prematura. Se asocia a enfermedades como el cáncer de pulmón, bronquitis crónicas, enfisema y otras. ⁽¹⁰⁸⁻¹¹⁰⁾

Según la Encuesta Nacional de Salud del 2006, el 26,6% de la población española se considera fumador diario. Si analizamos la información por sexos, el porcentaje de fumadores diarios en hombres es del 31,6 y en mujeres del 21,5%. ⁽⁹⁶⁾

En cuanto a su relación con los diferentes cánceres ginecológicos ⁽¹¹¹⁾, encontramos los siguientes resultados:

Cáncer de ovario: Un meta-análisis realizado por Jorda, muestra que el riesgo desarrollar un cáncer de ovario de tipo mucinoso es el doble para las mujeres fumadoras. Sin embargo, si se cesa el consumo la probabilidad se equipara a la de una mujer no fumadora. Este tipo de cáncer no permite una prevención mediante cribaje, por lo que una manera de luchar contra él, es prevenir o eliminar el hábito tabáquico. ⁽¹¹²⁾

Cáncer de endometrio: parece comportarse como un factor protector, especialmente a partir de la menopausia.⁽¹¹³⁾

Cáncer de cérvix: se dispone de suficiente evidencia epidemiológica para relacionar el consumo de tabaco como factor de riesgo independiente para el desarrollo de cáncer de cérvix.⁽¹¹⁴⁾

Por todo ello, la prevención del hábito tabáquico se ha de considerar una herramienta preventiva útil para la mayoría de cánceres ginecológicos.

2.4.3 DESIGUALDADES EN EL ACCESO A LAS ACTIVIDADES PREVENTIVAS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Hasta este momento, se ha descrito la existencia de desigualdades en salud por nivel socioeconómico y género, dibujándose un colectivo doblemente vulnerable: las mujeres con condiciones socioeconómicas desfavorables. Y dentro del análisis de las desigualdades por género, se ha explicado la existencia de programas específicos de atención a la salud diferencial de las mujeres: el programa de atención a la Salud Sexual y Reproductiva. Por lo que tras evidenciar que en la mayoría de los ámbitos preventivos existen colectivos vulnerables que no acceden a la prevención, nos hemos de preguntar si en el campo de la prevención en Salud Sexual y Reproductiva existen también desigualdades en el acceso que ocasionan grupos de mujeres más vulnerables ante la patología ginecológica.

La bibliografía actual nos responde afirmativamente a esta cuestión, ya que son muchos los autores que han encontrado desigualdades de acceso en diferentes actividades preventivas europeas relacionadas con la ginecología. Por consiguiente la Salud Sexual y Reproductiva no es una excepción, y su alcance potencial se encuentra menoscabado por la existencia de barreras en el acceso a la prevención.

El Anexo 1 recoge la revisión bibliográfica^e completa, con diversos estudios que hacen patentes dichas desigualdades de acceso a la prevención ginecológica. ^(115 al 154)

^eEsta revisión fue publicada como: Obregón Gutiérrez, N.; GobernaTricas, J.; Desigualdades en el acceso a los programas preventivos en salud sexual y reproductiva. *Matronas Profesión* 2012 ; 13(3-4) : 83-89

Como ejemplo concreto de los diferentes tipos de barreras preventivas existentes en ginecología, encontramos el trabajo de Larissa Remennick.⁽¹⁴⁷⁾ Esta autora, tras observar que las mujeres con condiciones socioeconómicas desfavorables y las pertenecientes a minorías étnicas presentaban tasas menores de acceso al cribaje de cáncer de mama, realizó un análisis de las condiciones que podían estar actuando como barreras a dicho acceso. En las conclusiones de su trabajo enumeró dichos factores clasificándolos en:

1, Barreras estructurales: *largas distancia hasta el lugar de cribaje, falta de transporte, falta de tiempo por trabajo o por cuidado de familiares.*

2, Barreras de la organización sanitaria: *desconocimiento del sistema por las usuarias, barreras lingüísticas y actitudes negativas de los profesionales hacia ellas.*

3, Barreras psico-sociales: *miedo al cáncer, miedo a ser abandonadas si estuviesen enfermas y dependencia del hombre para salir de casa y acudir al cribaje.*

Respecto a las poblaciones más vulnerables, la bibliografía ha evidenciado también, que el grupo poblacional con mayor riesgo de padecer un acceso deficitario a la prevención ginecológica son las mujeres con condiciones socioeconómicas desfavorables. ^(116,117,125,128,132,135,137,140,141,145,149,154)

Encontramos los siguientes ejemplos de ello:

- French y Haldre analizaron el grado conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos por los jóvenes. Sus resultados mostraron que eran los jóvenes pertenecientes a las clases sociales más desfavorecidas los que conocían y utilizaban peor los métodos anticonceptivos. ^(129,130)
- Respecto a la prevención del HIV y de las enfermedades de transmisión sexual, Newman demostró que las barreras de acceso son mayores para las mujeres inmigrantes con un bajo nivel socioeconómico. ⁽¹⁴¹⁾
- Y en relación al cribaje de cáncer de cérvix, Sabates y Willoughby identificaron también un acceso menor a dicho cribaje en función del nivel socioeconómico, por lo que estas mujeres tendrían un riesgo mayor de tener un diagnóstico tardío del cáncer de cervix. ^(149,153)

Otro grupo poblacional identificado por la bibliografía como vulnerable ante las barreras de acceso, han sido las minorías étnicas. Pero estos grupos también están muy influenciados por las condiciones socioeconómicas, ya que en la mayoría de los casos, las minorías étnicas ocupan los puestos más bajos en la escala socioeconómica.

Esta relación se describe en el estudio de Keenan que mostraba como la utilización de los servicios preventivos disminuía cuando a la diferencia étnica se le sumaba el hecho de pertenecer a niveles socioeconómicos más bajos. ⁽¹³⁴⁾

Respecto al papel de la cultura, Brotto analizó el proceso de aculturización, mostrando como el tiempo de residencia en el país mejoraba la integración de las prácticas preventivas reproductivas, disminuyendo las barreras de acceso.⁽¹²¹⁾

La edad también aparece en la bibliografía como un factor capaz de generar desigualdades en el acceso. Las mujeres jóvenes son descritas como un grupo vulnerable. Pero el riesgo de exclusión parece estar mayoritariamente relacionado con las actividades preventivas relacionadas con el control del embarazo, la prevención de enfermedades de transmisión sexual y el uso de métodos anticonceptivos.^(115,119,126,129,134,137,145,148,150,151,153,154)

Finalmente queda preguntarnos que estrategias se pueden realizar para mejorar el acceso a las diferentes actividades preventivas. La bibliografía propone diferentes actividades que se pueden agrupar en:

- a) Actuaciones relacionadas con el diseño de subprogramas preventivos cuyas poblaciones diana son los grupos identificados como de riesgo de exclusión. Se trataría de programas de “segundas oportunidades” en los que los profesionales realizan una captación activa dentro de las comunidades, buscando a los grupos identificados como más vulnerables.^(115,117,120,121,123,124,129,132,134,136,143,152,154)

- b) Actuaciones que incluyen a la comunidad de riesgo en el diseño, la implantación y la evaluación de los programas preventivos. Estas actividades tienen como objetivo tener en cuenta la perspectiva de las usuarias, de manera que las actividades diseñadas tengan una mayor aceptación en la comunidad y a la vez contar con personas referentes que sirvan como vínculo entre los profesionales sanitarios y la comunidad ^(125,128,130,132,133,140,151,153)
- c) Desarrollo de investigaciones cualitativas que permitan identificar las causas de no acceso para así poder planificar actuaciones preventivas más eficaces o medidas correctoras de las misma que logren mejorar la accesibilidad equitativa. ^(118,131,134,137,138,141)

Podemos concluir así que los programas preventivos en Salud Sexual y Reproductiva, no son una excepción y también se ven afectados por la existencia de desigualdades en el acceso a sus actividades preventivas, que están en gran medida influidas por causas socioeconómicas. Pero que a pesar de existir, son desigualdades contra las que se puede luchar mediante la investigación, el diseño y planificación de los programas preventivos.

3.PROBLEMA DE ESTUDIO

3. PROBLEMA DE ESTUDIO

A través del marco teórico se ha tratado de evidenciar que la posición socioeconómica y el género, son factores potenciales de desigualdad, con un enorme impacto en la salud de la población. Ambos determinantes pueden generar inequidad ya desde la prevención, puesto que se ha objetivado que en la mayoría de los ámbitos preventivos existen colectivos vulnerables que no acceden a ella, tanto por razones socioeconómicas como de género. Y las actividades preventivas que componen los programas europeos de Salud Sexual y Reproductiva, no son una excepción, también en ellos se detectan barreras de acceso.

De esta manera surgen las preguntas de investigación que se han abordado en el presente trabajo:

- *¿Existen desigualdades de acceso o de utilización a los programas preventivos de salud sexual y reproductiva de nuestro medio?*
- *En caso de que sea así, ¿qué factores condicionan un menor acceso?*

4. OBJETIVOS E HIPOTESIS

4. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

OBJETIVO GENERAL 1

1. Conocer el nivel acceso y de utilización del Programa de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva en el área de salud de Sabadell.

Objetivos específicos:

- Conocer el grado de participación en las diferentes actividades preventivas del Programa de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva, en función de la edad y el nivel socioeconómico.
- Identificar el porcentaje de mujeres en situación de riesgo en la prevención ginecológica, es decir que no participan en la mayoría de las actividades preventivas del Programa.

OBJETIVO GENERAL 2

2. Conocer los factores que pueden favorecer o dificultar el acceso a las actividades preventivas del Programa de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva, en el área de salud de Sabadell.

Objetivos específicos:

- Explorar el grado de conocimiento de las mujeres sobre los programas preventivos.
- Identificar a través del discurso de las mujeres las barreras socio-económicas, culturales y administrativas que pueden influir en el acceso a los servicios de salud.

HIPOTESIS

A medida que disminuye la clase social, aumenta el riesgo de no acudir o de realizar un seguimiento deficitario de las actividades preventivas del programa de atención a la Salud Sexual y Reproductiva.

5.MATERIAL Y MÉTODOS

5. MATERIAL Y MÉTODOS

5.1 TIPO DE ESTUDIO:

Por la cuestión a estudiar se trata de un estudio de evaluación de los servicios sanitarios, concretamente del programa preventivo de Salud Sexual y Reproductiva.

5.2 DISEÑO DEL ESTUDIO:

Para dar respuesta a los objetivos del estudio, uno observacional y otro exploratorio, se ha optado por la triangulación de metodologías cuantitativa y cualitativa. De esta manera el trabajo se ha dividido en dos ejes metodológicos:

1. El primero, ha pretendido responder al objetivo *“Conocer el nivel de acceso y de utilización del Programa de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva”*, para lo que se ha realizado un estudio descriptivo de corte transversal, que ha permitido estimar la frecuencia de exposición a los factores de riesgo, en este caso, la falta asistencia o el seguimiento inadecuado de las actividades preventivas.
2. El segundo eje ha tratado de *“Explorar los factores que pueden favorecer o dificultar el acceso a las actividades preventivas del Programa de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva, en el área de salud de Sabadell”*, por lo que mediante un estudio cualitativo se han desarrollado conceptos explicativos del porqué de la no participación de determinadas mujeres en dichos programas.

5.3 ASPECTOS ÉTICOS

El estudio ha sido aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Parc Taulí y se ha elaborado cumpliendo las recomendaciones de la Declaración de Helsinki. (Anexo 2)

El reclutamiento de las mujeres se ha realizado respetando la voluntariedad de participación, facilitando información completa sobre las características del estudio, el derecho a la revocación, la confidencialidad de los datos, y la garantía de que la decisión de no participar no afectaría al tipo de asistencia que pudiera requerir. La aceptación de la participación se ha recogido en un documento de Consentimiento informado. (Anexo 3)

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal se ha ajustado a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de protección de datos. De acuerdo a lo que establece la legislación, la participante puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, y así consta en el consentimiento informado.

Los datos recogidos se han almacenado mediante una tabla de disociación de datos, para garantizar el anonimato de las encuestadas. El acceso a la información personal ha quedado restringido a la investigadora, autora de la Tesis, o bien al Comité Ético de Investigación Clínica, a la Comisión de Seguimiento y a la Directora de Tesis, si lo han precisado para comprobar los datos y procedimientos del estudio, pero siempre manteniendo la confidencialidad de los mismos de acuerdo a la legislación vigente.

5.4 METODOLOGÍA CUANTITATIVA EJE I

5.4.1 Ámbito de estudio:

Población de Sabadell

5.4.2 Selección de los sujetos de estudio

En los estudios observacionales transversales, los sujetos son seleccionados sin tener en cuenta su condición respecto a las variables de estudio, identificándose la población diana por intereses generales como la distribución geográfica, política o profesional, la cual se estudia en un momento particular del tiempo.

En el presente estudio la población seleccionada ha sido las mujeres de Sabadell con edades comprendidas dentro de la población diana del programa de atención a la Salud Sexual y Reproductiva (18 a 60 años).

El cálculo de la muestra se ha obtenido mediante una estimación de la proporción del 75% de mujeres que utilizan los programas preventivos de salud sexual y reproductiva, con una precisión 5%, mediante un intervalo de confianza asintótico normal del 95%, del que se obtiene que es necesario recoger 289 cuestionarios.

Para mantener el equilibrio entre los diferentes ámbitos de recogida de datos se incluyeron en el estudio 300 mujeres.

Respecto a la población seleccionada, para disminuir posibles sesgos en la selección de la muestra, se establecieron cuatro ámbitos de recogida de datos, mediante los cuales se pretendía: aumentar la diversidad socioeconómica, realizar el estudio en personas sanas o que no consulten por patología ginecológica, y lograr una variación de edades que permitan estudiar los diferentes programas.

Los ámbitos seleccionados fueron los siguientes:

- Hospital de Sabadell: 150 mujeres ingresadas en traumatología. Se seleccionó dicho ámbito, por ser un servicio que no implica necesariamente patología asociada, y que permite una amplia variedad muestral en relación a la edad y a los niveles socioeconómicos (SE). De este ámbito se esperaba obtener encuestadas entre los 18-60 años, niveles SE I al V, con predominio de niveles de III a V, candidatas a todos los programas preventivos.
- Centro de Atención Primaria: 100 mujeres que acudían a las diferentes consultas de atención primaria por procesos no relacionados con la salud sexual y reproductiva. Se esperaba encontrar niveles SE entre I-V, con predominio del III-V con edades comprendidas entre 40-60, candidatas a todos los programas.
- Centro de Yoga Can Rull: 25 mujeres que acudían a actividades del centro (Yoga) con edades entre 30-50 años y con niveles SE entre I-III, candidatas a todos los programas excepto el cribaje de cáncer de mama.

- Gimnasio Quo Sport Sabadell: 25 mujeres que acudían a actividades grupales deportivas, entre 18-30 años y con niveles SE entre I-III, candidatas a todos los programas excepto el cribaje de cáncer de mama.

La limitación principal de la población escogida ha sido el no poder realizar una muestra estratificada por niveles socioeconómicos, dada la dificultad que representa acceder al censo y conocer cómo se distribuyen los niveles socioeconómicos en la población.

Para disminuir dicha limitación se tomó como ejemplo, la encuesta de salud de Barcelona, que se basó en una muestra estratificada representativa de la población, dividiéndola en cinco estratos socio-demográficos a partir de los datos obtenidos del patrón de habitantes del año 1986. El tamaño muestra fue de 5000 personas de las cuales 2000 eran mujeres. Y en ella se encontraba la siguiente distribución en función del nivel socioeconómico ^f: Clase social I 7,2 %, Clase social II 16,99%, clase social III 28,1%, clase social IV 39,9%, clase V 8%.

Mediante la recogida de datos en los diferentes ámbitos descritos, se ha pretendido cumplir una estratificación similar de la muestra.

^f Clasificación propuesta por la Sociedad Española de Epidemiología. Se trata de una agrupación de ocupaciones: Clase I : directivos, técnicos superiores y profesionales liberales/ /Clase II, ocupaciones intermedias y directivos del comercio/ Clase III, trabajadores no manuales cualificados;/Clase IVa, trabajadores manuales cualificados /Clases IVb: semi-cualificados/ Clase V, trabajadores manuales no cualificados

Los criterios de inclusión y exclusión establecidos fueron los siguientes:

Criterios de inclusión:

- Edad de inclusión en los programas preventivos: 18-60 años.
- Residentes en la ciudad de Sabadell

Criterio de exclusión:

- No consentimiento de participación
- Dificultad idiomática

5.4.3 Procedimientos e intervenciones

Se eligió el cuestionario cumplimentado mediante entrevista personal como instrumento de recogida de datos. La entrevista se realizó de manera individual a las mujeres que aceptaron participar, en un entorno privado. En el caso de las mujeres que se captaron en el ámbito sanitario, se realizó la entrevista una vez finalizado el proceso asistencial.

El cuestionario contiene 20 preguntas y se divide en varios sub-apartados: cuestiones socioeconómicas, valoración de la utilización de los programas preventivos, valoración de la planificación familiar, hábitos de vida saludable y características personales.

(Anexo 4)

Dicho cuestionario se ha confeccionado en base a la *Encuesta Nacional de Salud de 2006*, realizada por el Ministerio de Sanidad, y en concreto seleccionando los apartados I.3 que analizaba el uso y conocimiento de las Prácticas Preventivas en la Mujer, y el apartado H que valoraba Hábitos de vida Saludable. Además de estas variables se han recogido datos Socio-económicos y laborales, y su categorización se ha realizado en base a la *Encuesta de Salud de Barcelona de 1992*, la cual utilizaba una propuesta de la Sociedad Española de Epidemiología, que codifica la ocupación según la Clasificación Catalana de Ocupaciones del año 1994.

En la tabla 1 se especifican las diferentes preguntas que componen el cuestionario y su procedencia.

TABLA 1: FUENTES DE LAS PREGUNTAS DEL CUESTIONARIO			
TEMA	SUBTEMA	PREGUNTAS	FUENTE
Cuestiones socio-económicas	Nivel educativo	Preguntas: 1.1	Encuesta Salud Barcelona 92
	Inactividad	Pregunta:1.2	Encuesta Salud Barcelona 92
	Nivel SE	Pregunta:1.3	Encuesta Salud Barcelona 92
Valoración de la asistencia a las consultas preventivas	Preguntas:2.1, 2.2, 2.3		Encuesta nacional de salud 2006.Apartado I.3: Prácticas preventivas de la mujer
Valoración de la utilización de programas preventivos	Cribaje cáncer de cervix	Preguntas:3.5 a 3.8	Encuesta nacional de salud 2006, Apartado I.3Prácticas preventivas de la mujer
	Cribaje cáncer de mama	Preguntas:3.9 a 3.13	Encuesta nacional de salud 2006.Apartado I.3: Prácticas preventivas de la mujer
Planificación familiar	Preguntas: 3.2, 3.3,3.4		Pregunta nueva
Hábitos de vida saludables	Tabaco	Preguntas:4.1	Encuesta nacional de salud 2006: Apartado H.1. Pregunta modificada
	Ejercicio	Preguntas:4.2	Encuesta nacional de salud 2006: Apartado H.4. Pregunta modificada
	Autoexploración mamaria	Preguntas:3.14 a 3.16	Preguntas incorporadas tras prueba piloto
Características personales	Talla		
	Peso		
	Edad		

La validación del cuestionario se ha fundamentado en la realización de una prueba piloto cuyos objetivos han sido los siguientes:

- Analizar la claridad de la redacción de la encuesta
- Identificar si las opciones de respuesta eran adecuadas y suficientes.
- Detectar preguntas de difícil respuesta, o que pudieran producir molestia o confusión.
- Percepción de la duración del cuestionario
- Identificar temas no tratados

Dicha validación se realizó en dos fases: una primera dirigida a las entrevistadas en la que se evaluó la respuesta de 40 mujeres siguiendo las preguntas de la tabla 2, y una segunda fase de análisis con los encuestadores a los que se les realizó las preguntas abiertas enunciadas en la tabla 3, tras haber realizado un mínimo de 10 encuestas.

TABLA 2: PREGUNTAS A LAS ENCUESTADAS

<i>¿Considera apropiada la explicación proporcionada sobre el objetivo de la encuesta?</i>	95% Adecuada 5% Necesité más información
<i>¿Se ha sentido incomoda al responder las preguntas?</i>	100% No
<i>¿Ha entendido lo que la preguntaban en cada momento?</i>	90 % si
<i>¿Considera que se trata de una encuesta demasiado extensa?</i>	80 % no

TABLA 3 :PREGUNTAS ABIERTAS A LOS ENCUESTADORES

<i>¿Los encuestados comprenden el objetivo de la encuesta?</i>	<i>Si, mayoritariamente</i>
<i>¿Las encuestados se sienten cómodas al responder las preguntas?</i>	<i>Si, mayoritariamente</i>
<i>¿Las opciones de respuestas se relacionan con las experiencias de los encuestados en el tema de la pregunta?</i>	<i>Si, mayoritariamente</i>
<i>¿Algunos de los puntos los obligan a pensar demasiado antes de responder? Si es así, ¿cuáles?</i>	<i>Las respuestas relacionadas con el tiempo.</i>
<i>¿Qué puntos les producen enojo, molestia o confusión?</i>	<i>Peso y talla/ La utilización de métodos/ Algunos motivos de consulta</i>
<i>Identificación de temas no tratados</i>	<i>Autoexploración mamaria</i>

Las modificaciones realizadas tras la prueba piloto fueron las siguientes:

- Se añade la valoración de autoexploración mamaria.
- Se dejan para el final de la encuesta las preguntas sobre peso, edad y altura, por ser la preguntas que ocasionan más molestias a las entrevistadas
- Se modifica la redacción de las opciones de respuesta de los apartados que hacen referencia a los niveles socioeconómicos para facilitar la respuesta

Respecto a la recogida de los datos, se realizó en los diferentes ámbitos descritos, mediante el siguiente esquema de actuación: presentación inicial, explicación del estudio y petición de participación mediante consentimiento informado, realización del cuestionario, y finalmente agradecimiento por la participación en el estudio.

Como cuaderno de recogida de datos se creó una base de datos de Access, que recogía las diferentes variables del estudio.

Los casos se introdujeron mediante una tabla de disociación de datos, para garantizar el anonimato de las encuestadas.

5.4.4 Definición de Variables:

La variable independiente del estudio es el Nivel Socioeconómico, cuya definición se toma de la clasificación propuesta por la Sociedad Española de Epidemiología . Se trata de una agrupación de ocupaciones que divide los niveles socioeconómicos en: clase I (directivos, técnicos superiores y profesionales liberales), clase II (ocupaciones intermedias y directivos del comercio), clase III (trabajadores no manuales cualificados), clase IVa (trabajadores manuales cualificados), clase IVb (trabajadores manuales semi-cualificados), clase V (trabajadores manuales no cualificados)

Las variables dependientes son los indicadores de la asistencia y de utilización de los programas preventivos, que permiten la codificación de diferentes factores de riesgo preventivo: *Utilización inadecuada de las consultas preventivas, Planificación familiar inadecuada, Cribaje de cáncer de cérvix inadecuado y/ o Cribaje de cáncer de mama inadecuado.*

Como variable principal del estudio se ha seleccionado la “*Baja utilización de los programas preventivos en salud sexual y reproductiva*” que engloba a las mujeres que presentan un riesgo elevado por una falta de prevención mayor, consecuencia de no acudir a más de la mitad de las actividades preventivas que conforman el programa de atención (más de dos factores de riesgo por falta de prevención).

Su operacionalidad a partir de las variables conceptuales se describe en la tabla 4.

TABLA 4 :DEFINICIÓN DE VARIABLES CONCEPTUALES			
DIMENSION	VARIABLE	DEFINICIÓN	RESPUESTA
Socio-Económica /Laboral	Nivel de Estudios	Nivel de estudios realizado	Sin estudios/ Primarios/ Secundarios/ Universitarios
	Situación laboral	Situación laboral declarada	Estudiantes/Paro/ Activo/Ama de casa/ Jubilada
Valoración de la asistencia a las consultas preventivas	Asistencia:	Recoge si la persona ha acudido alguna vez a la consulta por motivos diferentes al embarazo.	Si/No
	Ultima visita	Ultima vez que realizó una consulta, ginecológica.	<6meses / 6 meses- 1 año 1-3 años / > 4años
	Motivo por el que acudió	Diferentes motivos de consulta relacionados con la prevención y con la patología	Diferentes motivos tanto preventivos como relacionados con la patología y la contracepción
Valoración de la planificación familiar	Utilización de métodos anticonceptivo	Utilización de métodos anticonceptivo en mujeres menores de 50 años	Si/ No
	Método utilizado	Se recoge el método empleado	Hormonal/DIU/ Ligadura/Vasectomía/Natural es/ Preservativo/Ninguno
	Planificación embarazos:	Se recoge si los embarazos han sido planificados con	Todos/ Alguno / Ninguno
Valoración programa de cribaje de cáncer de cérvix	Uso	Realización de alguna citología	Si/ No
	Frecuencia	Analiza la periodicidad en el cribaje, identificando realizaciones aisladas. y cribaje inadecuado en función de las recomendaciones actuales	Cada año / Cada dos años/ Cada tres años/ Cada 4-5 años/ Hace mas de 5 años/ Una aislada
Valoración programa de cáncer de mama	Realización	Realización de alguna mamografía	Si/ No
	Motivo	Motivo de indicación de la prueba	Consejo médico/ Cribaje/ Antecedentes /Hallazgo
Hábitos saludables	Auto-exploración	Realización de la exploración mamaria	Si/ No
	Tabaco	Declaración del hábito tabáquico	Fumadora/ No/ Exfumadora
	Ejercicio	Frecuencia de ejercicio físico	Regular/ Ocasional/ No

A partir de las variables descritas y del marco conceptual se han construido los indicadores que recogen los factores de riesgo relacionados con la falta de prevención

(Tabla 5)

TABLA 5: DEFINICIÓN DE VARIABLES OPERATIVAS	
FACTOR DE RIESGO	VARIABLES QUE CONLLEVAN ASIGNACIÓN DEL FACTOR DE RIESGO
UTILIZACIÓN INADECUADA DE LAS CONSULTAS PREVENTIVAS	<ul style="list-style-type: none"> • <i>No acude.</i> • <i>Acude con frecuencias superiores a 4 años, ya que la mayoría de los programas preventivos establecen controles que requieren visitas mas frecuentes.</i> • <i>Acude por patología.</i>
FALTA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR	<ul style="list-style-type: none"> • <i>No utilización de método anticonceptivo en menores de 50 años.</i> • <i>Haber tenido una gestación no planificada.</i>
CRIBAJE DE CERVIX INADECUADO	<ul style="list-style-type: none"> • <i>No haberse realizado nunca una citología.</i> • <i>Realizarse citologías con frecuencias superiores a los cuatro años: se establece la realización de una citología con una frecuencia superior a las recomendaciones actuales, que según el protocolo del Departament de Sanitat actual establece en la realización de citologías cada tres años.</i>
CRIBAJE DE CANCER DE MAMA INADECUADO	<ul style="list-style-type: none"> • <i>No haberse realizado una mamografía en mayores de 50 años.</i>
BAJA UTILIZACIÓN DE LOS PROGRAMAS PREVENTIVOS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Presenta más de dos de los factores de riesgo preventivos expuestos en esta tabla.</i>

5.4.5 Análisis estadístico de los datos

Se ha realizado un análisis descriptivo de los datos, utilizando la distribución de frecuencias, porcentajes y su representación gráfica mediante gráficos de barras para establecer los diferentes grados de acceso a los programas descritos. Posteriormente, se han analizado las diferentes frecuencias de utilización de las actividades preventivas, en base a grupos de edad y nivel socioeconómico, para conocer su distribución en base a dichos factores.

También se ha realizado la prueba X^2 entre los niveles socioeconómicos y los diferentes factores de riesgos relacionados con la prevención para identificar si existen diferencias significativas por causas socioeconómicas. Para realizar dicha comparación se crearon dos grupos basados en los niveles socioeconómicos agrupados: el grupo 1 englobaba los niveles SE I a III y el grupo 2 agrupaba los niveles IVa, IVb y V. Para determinar la comparabilidad de los grupos y evitar sesgos por la covariable edad se realizó la prueba de Levene.

A partir de los resultados del análisis, se ha obtenido el porcentaje de mujeres que presentan una “*Baja utilización de los programas preventivos en Salud sexual y reproductiva*”, y sus características sociodemográficas. Aplicándose finalmente un análisis de la diferencia de porcentajes mediante la prueba X^2 entre los niveles socioeconómicos agrupados y dicha variable para analizar si existen diferencias significativas por causas socioeconómicas.

5.5 METODOLOGÍA CUALITATIVA EJE II

Con el fin de conocer los factores que pueden crear dificultades de acceso a las actividades preventivas del programa de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva en el área básica de Sabadell o bien favorecer dicho acceso, se ha realizado un estudio con enfoque cualitativo.

5.5.1 Aproximación al tema de estudio

La aproximación al tema de estudio se ha realizado desde el paradigma de la indagación crítica.

Este paradigma pretende enfocar las relaciones existentes en la sociedad basadas en la dominación y en la distribución asimétrica de poder, y por tanto estudiar las desigualdades asociadas. Se sirve del conocimiento histórico y de la articulación de los paradigmas materialista e interpretativo para desenmascarar la ideología y la experiencia del presente.

La indagación crítica se adecua al compromiso político, al estudio de los sistemas de desigualdades y es acorde con el tema de estudio, ya que las desigualdades por razón de género o nivel socioeconómicos son desigualdades creadas por relaciones de dominación. Por tanto, desde este paradigma se ha desarrollado el marco teórico y la aproximación al presente trabajo.

5.5.2 Selección de la muestra y recogida de datos

La técnica que se ha seleccionado para la recogida de datos ha sido la entrevista semiestructurada, ya que es una herramienta que nos permite una mayor profundización para entender los fenómenos detectados. Dicha técnica se desarrolla en forma de conversación cara a cara, entre entrevistador/entrevistado, donde el investigador plantea una serie de preguntas, que parten y se formulan a partir de los interrogantes surgidos durante el análisis de los datos cuantitativos.

El guión de la entrevista semiestructurada se caracteriza por la existencia de un grupo de preguntas y temas a explorar sin una redacción exacta de las mismas. (Anexo 5)

Las entrevistas fueron grabadas con el consentimiento de las mujeres. La duración aproximada de las mismas fue de entre 30 y 40 minutos, y fueron transcritas siguiendo un guión específico que recogía de forma sistemática, con signos escritos, las diferentes matizaciones del lenguaje utilizado. Se incorporaron también otras anotaciones procedentes de las observaciones y del comportamiento no-verbal de las entrevistadas.

Respecto a la selección de contextos relevantes al problema de investigación, se mantuvo el empleado en la primera etapa del estudio. Por tanto, se seleccionaron mujeres con edades comprendidas entre 18 y 60 años, pertenecientes a la población de Sabadell y captadas en los diferentes ámbitos de recogida de datos.

Se seleccionaron casos individuales entre las participantes en la primera fase del estudio, a las que se les propuso ser entrevistadas.

Las entrevistas se realizaron entre mayo y julio de 2013, tras seleccionar cuidadosamente el lugar de la entrevista a conveniencia de las entrevistadas.

La muestra se realizó de forma intencional con el fin de seleccionar a aquellas mujeres que pudieran aportar una mayor información sobre el tema de estudio. La elección de las entrevistadas, se realizó bajo dos criterios: en primer lugar que fuesen heterogéneas entre sí respecto a sus rasgos socioeconómicos, en su perfil preventivo y en su edad, y en segundo lugar, que aceptaran la participación.

El principio de heterogeneidad se mantuvo escogiendo mujeres con diferentes edades, con el propósito de ver la evolución del concepto de prevención a lo largo del tiempo, y además conocer todos los programas en función de la edad. También escogiendo mujeres de diferentes niveles socioeconómicos para ver las diferentes actitudes respecto a la prevención y también con diferente nivel preventivo.

Para lograr la máxima representatividad en el tema de estudio, se entrevistaron a más mujeres de bajo nivel socioeconómico con bajo nivel preventivo, dado que el análisis cuantitativo ya había demostrado que este colectivo es la población más vulnerable.

Al cruzar los tres ejes metodológicos básicos: Nivel SE, Nivel de prevención y edad, se obtuvo un casillero tipológico en el que se estableció el número de personas a entrevistar. (Tabla 6)

TABLA 6: CASILLERO TIPOLOGICO		
EDAD/ NIVEL SOCIOECONÓMICO	Baja utilización de los programas preventivos	Utilización adecuada de los programas preventivos
	Número Estimado/ Realizado	Número Estimado / Realizado
20-50 años Nivel SE I-III	1 / 0	1/ 1
20-50 años Nivel SE IV-V	3/4	1/ 1
Mayores de 50 años Niveles SE I-III	1/0	1/1
Mayores de 50 años Niveles SE IV-V	3/2	1/1

A pesar de que se pretendía entrevistar a mujeres con un nivel SE entre I-III y con una utilización baja de los programas preventivos no se obtuvieron candidatas, ya que el análisis cuantitativo sólo identificó 2 mujeres con dicho perfil: una de ellas no pudo participar en la entrevista y con la segunda no se pudo contactar.

Inicialmente se había calculado una muestra estimada de 12 mujeres, pero este número no se alcanzó ya que se obtuvo la saturación teórica con 10 entrevistas realizadas.

5.5.3 METODO DE ANALISIS CUALITIAVO

El método analítico empleado ha sido el análisis de contenido temático. Dicha técnica es un término genérico que engloba diferentes procedimientos y que combina la observación y producción de los datos con la interpretación y el análisis de los mismos.

El análisis del contenido permite trabajar de forma sistemática y es un procedimiento recomendado para trabajar con programas informáticos y más específicamente con el ATLAS.Ti (Scientific software development, 2011) que ha sido el programa informático utilizado en este estudio. De este modo, en primer lugar, se agruparon casos que compartían características similares, obteniéndose categorías descriptivas con un nivel bajo de abstracción y posteriormente a partir de la combinación de varias de ellas, se establecieron categorías analíticas de un nivel de abstracción mayor compuestas de subcategorías.

Una vez definidas todas las categorías y subcategorías se procedió a observar cómo se entrecruzaban y vinculaban sus características centrales, con el objetivo final de poder “capturar” todas las relaciones posibles existentes entre ellas.

Este tipo de análisis, es compatible con las teorías expuestas previamente y ha permitido explorar los diferentes factores que pueden actuar como barreras o como facilitadores de la prevención en salud sexual y reproductiva.

6. *RESULTADOS*

6.1 Resultados cuantitativos

6.1 RESULTADOS CUANTITATIVOS

6.1.1 DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA:

Edad:

Respecto a la edad media de la muestra encontramos que es de 40 años, con una mediana de 39 y la DS 10,86. En cuanto a la dispersión el mínimo es 18 años y el máximo 63 años. La agrupación por grupos de edad nos muestra que el grupo mayoritario es el de los treinta y cuarenta años. (Grafico 1)

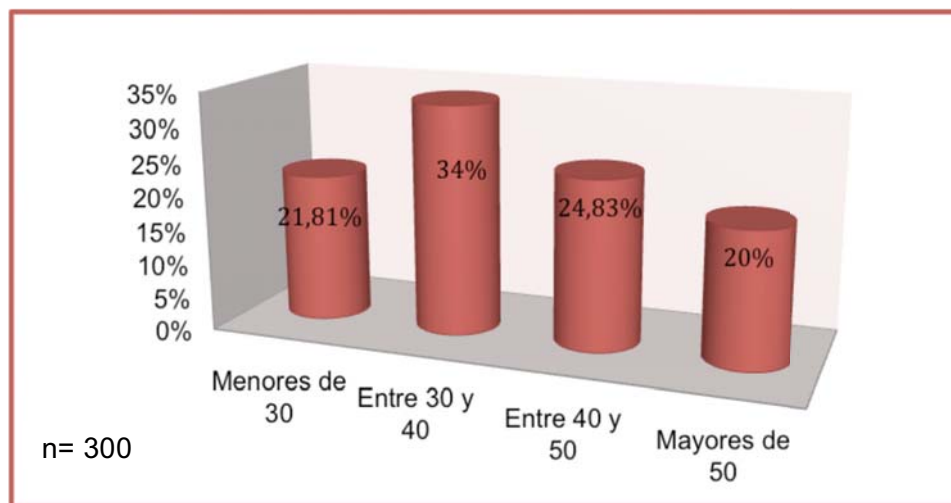


Gráfico 1: Distribución por grupos de edad

Características antropométricas:

El peso medio de la muestra es de 64,8 kilos, con una mediana de 63 kilos, y una desviación estándar de 11,14. El mínimo es 45 kilos y el máximo es de 98 kilos.

La talla media es de 161,9 cm, con una mediana de 162, una desviación estándar de 5,96, un mínimo de 140 cm y un máximo de 177 cm.

El IMC de la muestra, tiene una media de 24,74, (normopeso), una mediana de 23,83 y una desviación estándar de 4,28, con un mínimo de 16,3 y un máximo de 41,34.

Nivel de estudios

En cuanto al nivel de estudios, un 28 % de la muestra refiere haber realizado estudios superiores, un 37,3 % bachillerato o FP, un 29 % estudios primarios y un 5,67% refiere no tener ningún estudio. (Gráfico 2)

Situación laboral

La distribución de la muestra en función de la situación laboral indica, que el 74,3% de la población se encuentra en una situación laboral activa. Si se suma la población en paro con las amas de casa, la tasa es del 21,6 % de desempleo. (Gráfico 3)

Clase social basada en la ocupación

En la distribución de la clase social basada en la ocupación, encontramos que los niveles socioeconómicos I, II y III constituyen el 34% de la muestra, y los niveles IV y V el 66%. (Gráfico 4) Al comparar la distribución por niveles socio-económicos, con la muestra de la encuesta de Barcelona 92 (Gráfico 5), encontramos una distribución bastante similar.

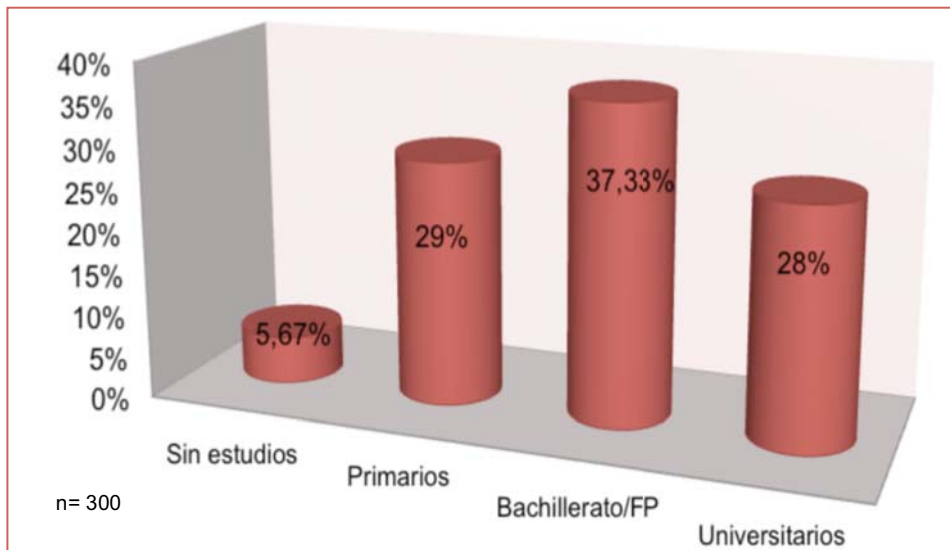


Gráfico 2: Nivel de estudios

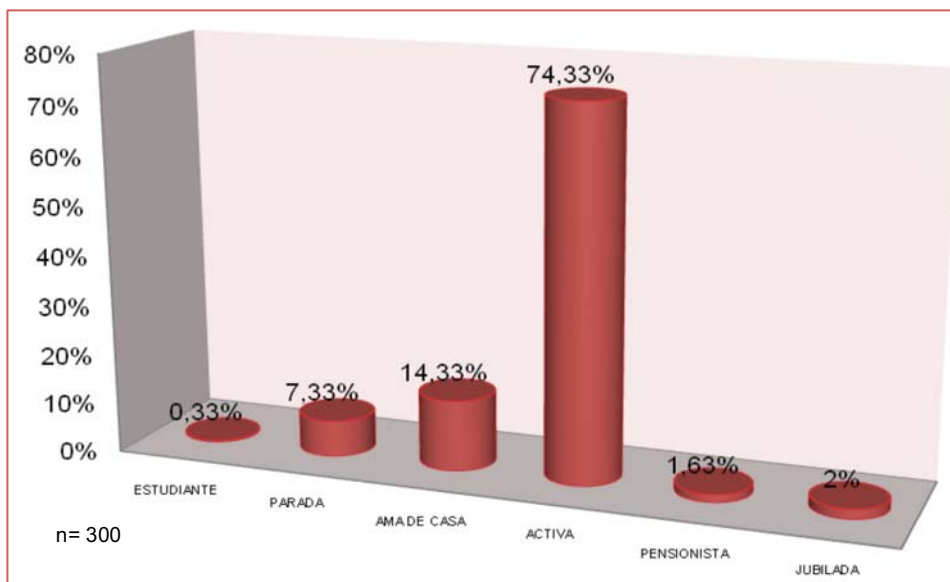


Gráfico 3: Situación Laboral

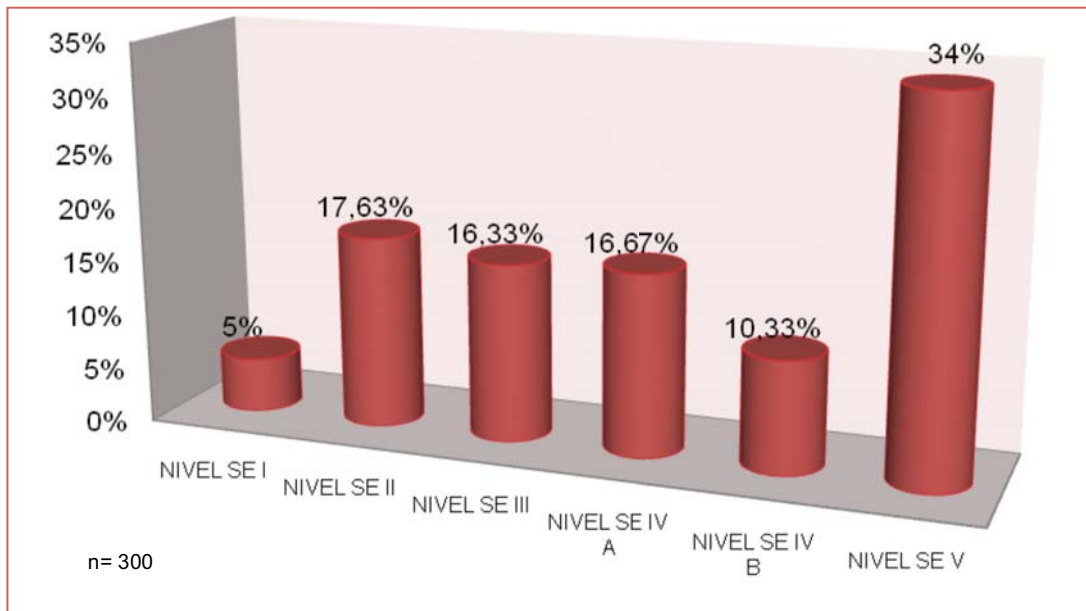


Gráfico 4: Nivel Socioeconómico

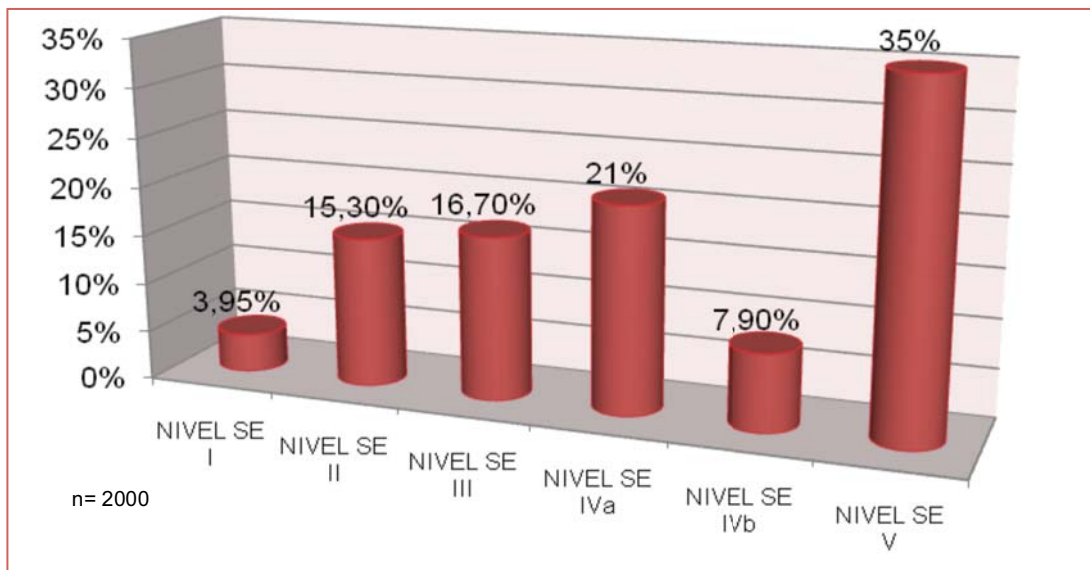


Gráfico 5: Nivel Socioeconómico Encuesta de Salut de Barcelona 92

6.1.2 UTILIZACIÓN DE LAS CONSULTA PREVENTIVA EN GINECOLOGÍA

Grado de utilización

Respondiendo a la pregunta “¿Ha acudido alguna vez a las consultas de Atención Primaria de ginecología?”, se obtiene que un 10,67 % de las mujeres encuestadas refieren no haber acudido nunca, versus un 89,3 % que responde afirmativamente.

(Tabla 7)

Tabla 7 : Utilización de las Consultas de Atención Primaria Salud Sexual y Reproductiva					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	32	10,7	10,7	10,7
	Si	268	89,3	89,3	100,0
	Total	300	100,0	100,0	

Respecto a la utilización de las consultas en función del grupo de edad, las tasas que indican menor utilización se encuentran en mujeres menores de 40 años (8,37%), y la tasa más alta de no consulta en el grupo de entre 30 y 40 años(5,37%). (Gráfico 6)

Analizando la utilización en función del nivel socioeconómico, la tasa de mujeres que no han acudido nunca a las consultas es nula en el Nivel SE I y va aumentando a medida que disminuye la clase social, alcanzando su máximo en el nivel socioeconómico V (7,57% refiere no haber acudido nunca).Se objetiva un menor uso a menor nivel socio-económico. (Gráfico 7)

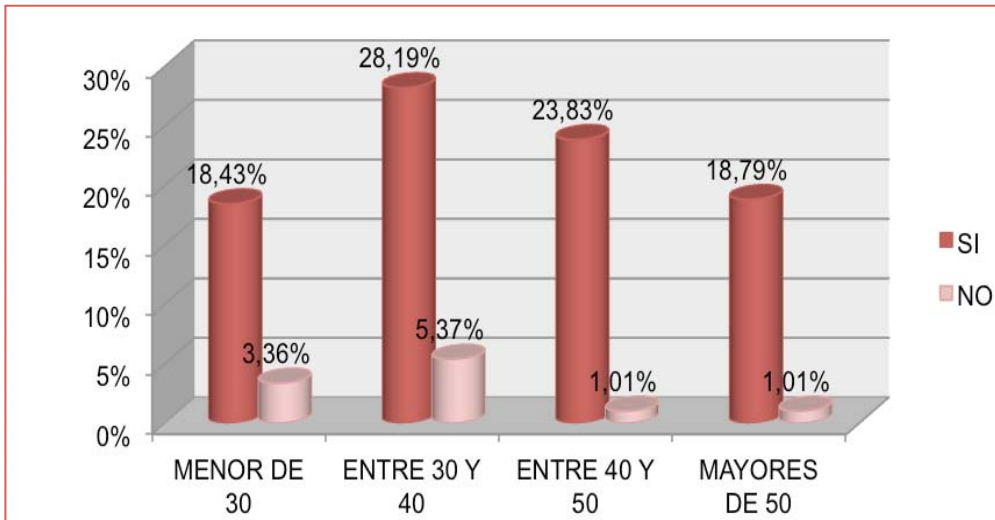


Gráfico 6: Utilización de las consultas en función del grupo de edad

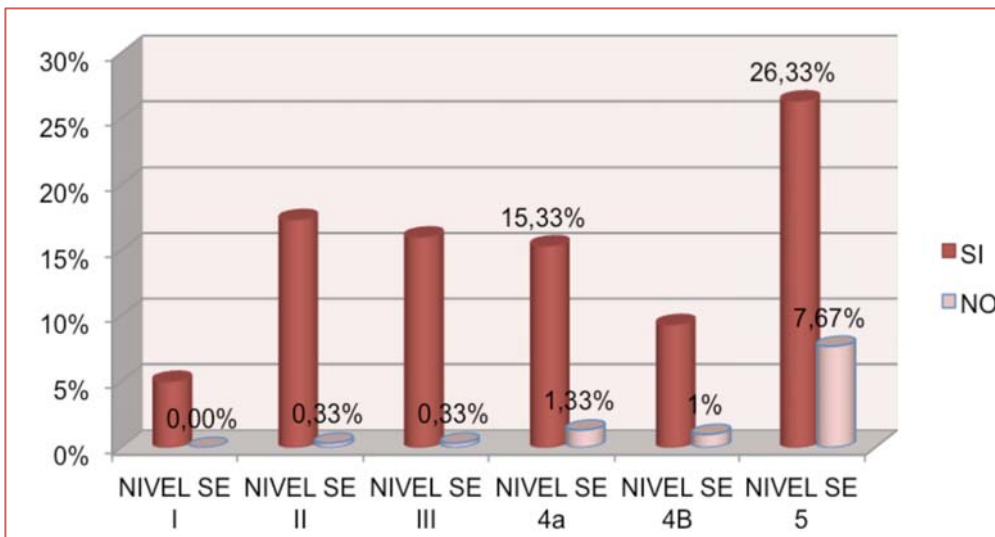


Gráfico 7: Utilización de las consultas en función del nivel socioeconómico

Frecuencia de utilización

Ante la pregunta “¿cuándo fue la última vez que acudió (...)?” encontramos que la mayoría de las mujeres realizan visitas con una frecuencia inferior a tres años (88,3%), situándose la frecuencia media entre el año y los tres años (42,5%) (Tabla 8)

TABLA 8:Última visita a las Consultas Ginecológicas					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	<6m	55	18,3	20,5	20,5
	6m-1año	68	22	25,3	45,8
	1-3años	114	38	42,5	88,3
	>4 años	31	10,3	11,7	100
	Total	268	89,3	100,0	

Se establece como factor de riesgo una frecuencia en las visitas superior a cuatro años, ya que la mayoría de los programas requieren controles más frecuentes. Encontramos así, que 31 mujeres que habían acudido a la consulta preventiva, lo hacían con una frecuencia superior a los 4 años, lo que se puede considerar una infrautilización, constituyendo por tanto un factor de riesgo preventivo. (Tabla 9)

Tabla 9: Factor de Riesgo ULTIMA VISITA HACE MAS DE CUATRO AÑOS				
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	NO	237	88,3	88,3
	SI	31	11,7	11,7
	Total	268	89,3	100,0

En función de la edad, las tasas de frecuencia superior a los 4 años, presentan unas frecuencias similares en los distintos grupos de edad que oscilan del 2% en menores de 30 años, al 3,1% en el grupo de 30-40 años. (Gráfico 8)

En función del nivel socio-económico: la tasa de mujeres que acuden con frecuencias superiores a los cuatro años es nula en los niveles SE I-II, y alcanzan el mayor porcentaje (8,54%) en el nivel SE V. (Gráfico 9)

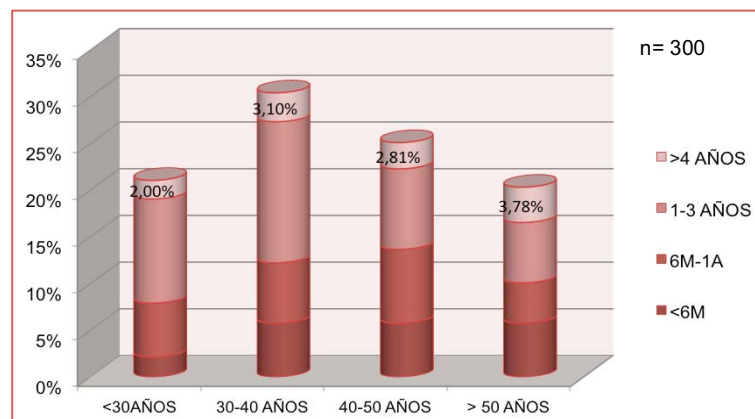


Gráfico 8: Tiempo desde la última consulta por grupo de edad

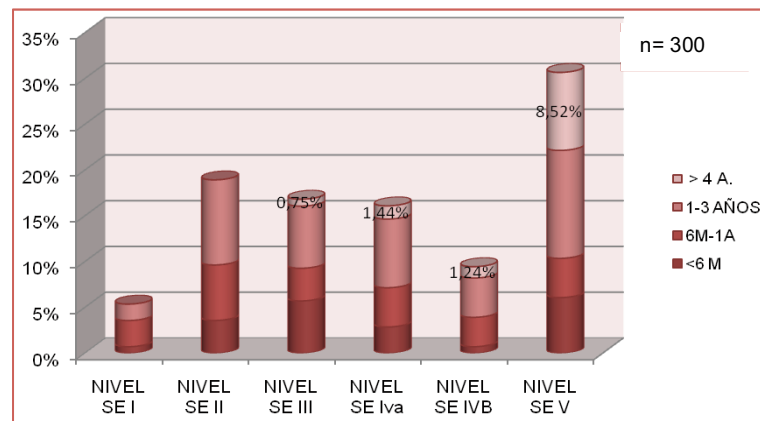


Gráfico 9: Tiempo desde la última consulta por nivel Socioeconómico

Motivo de consulta:

En la pregunta “¿Por qué suele acudir a la consulta de ginecología?”, el análisis nos muestra que el 25% de las encuestadas suele consultar por motivos relacionados con alguna patología, y el 74,9% acude con finalidad preventiva. (Tabla 10)

Tabla 10: Motivos de consulta preventivos versus patología					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	PATOLOGIA	68	25,3	25,1	25,1
	PREVENCION	200	67,7	74,9	100,0
	Total	268	89,3	100,0	
Perdidos	Sistema	32	10,7		
	Total	300	100,0		

El factor de riesgo para esta variable, es acudir por motivos relacionados con la patología en vez de por prevención. Realizando el análisis por grupos de edad, podemos ver una distribución bastante similar en lo que respecta a los motivos de consulta, ya que las tasas de consulta por patología oscila en los diferentes grupos del 4,42% y un 8,76%. La tasa máxima de 8,76% se sitúa en el grupo de edad de mujeres entre 40 y 50 años (Gráfico10). Sin embargo, en el analisis por niveles socioeconómicos, la tasa de consulta por patología es nula en nivel socioeconómico I, y alcanza su máximo 12,25 % en el nivel socioeconómico V. (Gráfico 11)

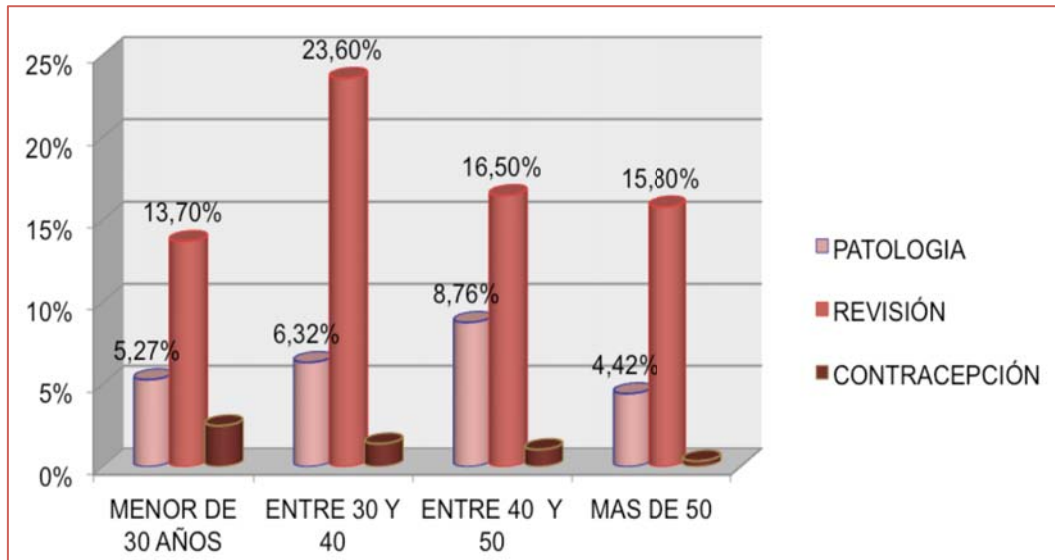


Gráfico 10: Motivo de consulta en función de la edad

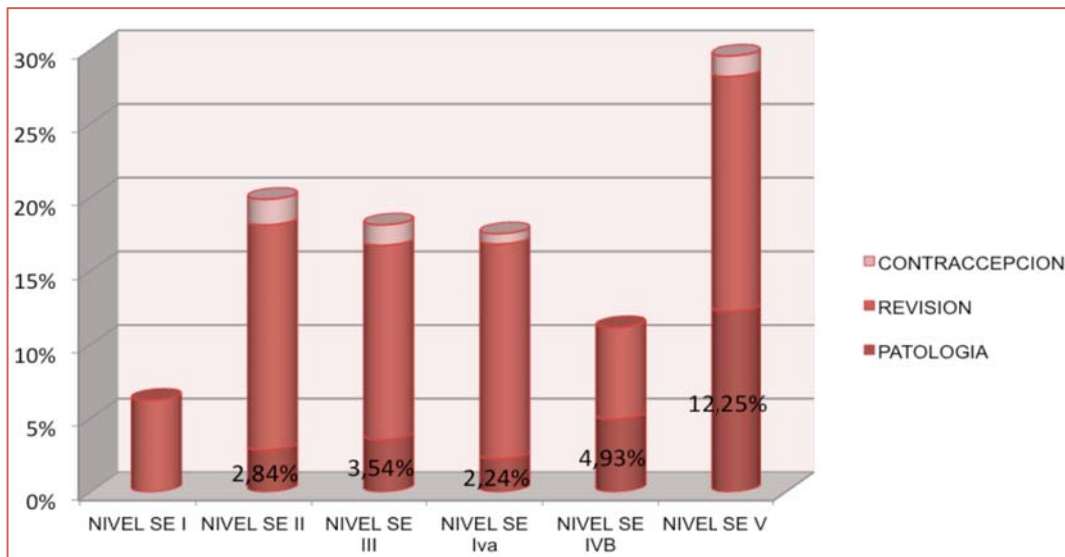


Gráfico 11: Motivo de consulta en función del nivel socioeconómico

6.1.3 ANTICONCEPCIÓN Y PLANIFICACIÓN DE LOS EMBARAZOS

Utilización de métodos anticonceptivos en mujeres menores de 50 años.

Para realizar el análisis de la utilización de anticoncepción, se selecciona a las mujeres menores de 50 años, por considerar que a partir de dicha edad la mayoría de las mujeres han entrado en la etapa de la menopausia.

El análisis relacionado con el uso de métodos anticonceptivos nos muestra que un 85,8 % de las encuestadas refiere la utilización de algún método anticonceptivo por ellas o por sus parejas, y 14,2% no utiliza ningún método. (Tabla 11)

En este trabajo no se analizaba la causas de no utilización, por lo que dentro de este porcentaje puede encontrarse mujeres que no utilicen métodos por no mantener relaciones sexuales, por desear gestación, por prácticas sexuales que no requieren anticoncepción y finalmente mujeres con relaciones coitales que no utilizan ningún método, siendo únicamente estas últimas la población de riesgo real.

Tabla 11: Utilización de método anticonceptivo					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	199	85,8	85,8	85,8
	No	33	14,2	14,2	100,0
	Total	232	100,0	100,0	

En cuanto a los métodos utilizados, encontramos que los de utilización más frecuente son el preservativo 38,8 % y los anticonceptivos hormonales 23,7%. (Gráfico 12)

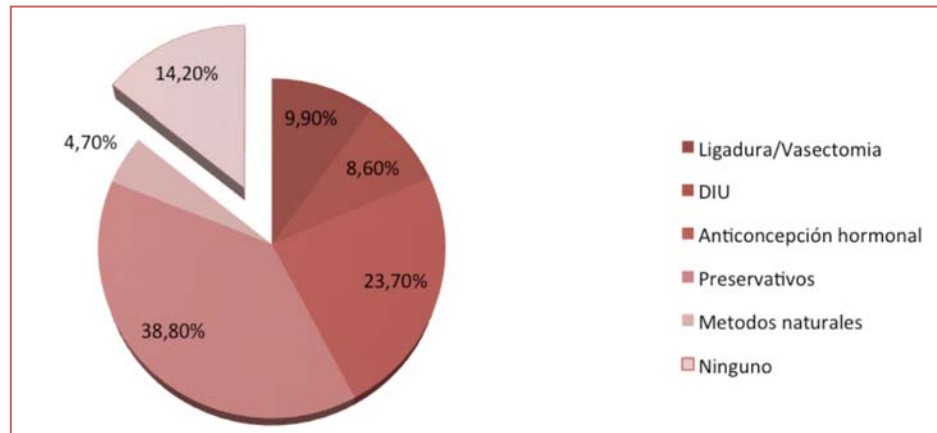


Gráfico 12: Métodos anticonceptivos utilizados

Planificación de los embarazos:

Mediante la pregunta “¿Han sido todos sus embarazos planificados?” se exploraba la planificación de los embarazos. El análisis nos muestra que un 23,1 % de las encuestadas referían que alguno de sus embarazos no había sido planificado, y un 7.31%, contestaban que ninguno de sus embarazos había sido planificado. (Tabla 12)

Tabla 12: Planificación de los embarazos					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí, todos	181	60,3	69,6	69,6
	Alguno no	60	20,0	23,1	92,7
	Ninguno	19	6,3	7,3	100,0
	Total	260	86,7	100,0	

El factor de riesgo de la planificación es el haber tenido alguna gestación no planificada, que implica un uso inadecuado de los métodos anticonceptivos. Analizando dicho factor encontramos que un 69,6% de las mujeres refieren que todos los embarazos han sido planificados versus un 30,9% que refiere haber tenido algún embarazo no planificado. (Tabla 13)

El análisis de la planificación familiar en función de la edad, nos muestra que en mayores de 50 años, la variable ningún embarazo planificado, alcanza su valor más alto (6,47%) Lo que aporta información sobre la infrautilización de la planificación familiar hace 20 y 30 años que era la época reproductiva de este grupo de edad. En las edades intermedias se mantiene por debajo del 2%, y en los grupos más jóvenes la tasa de no planificación aparece nuevamente aumentada 3,10% de las menores de 30 refiere no haber tenido ninguna gestación planificada. (Gráfico 13)

Respecto al análisis de la planificación por niveles socioeconómicos nos muestra como la variable que recoge “ningún embarazo planificado” aumenta a medida que disminuye el nivel socioeconómico, llegando a su valor a máximo en el nivel SE . (Gráfico 14)

Tabla 13: Gestaciones no planificadas					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NO	181	60,3	69,6	69,6
	SI	79	26,3	30,4	100,0
	Total	260	86,7	100,0	

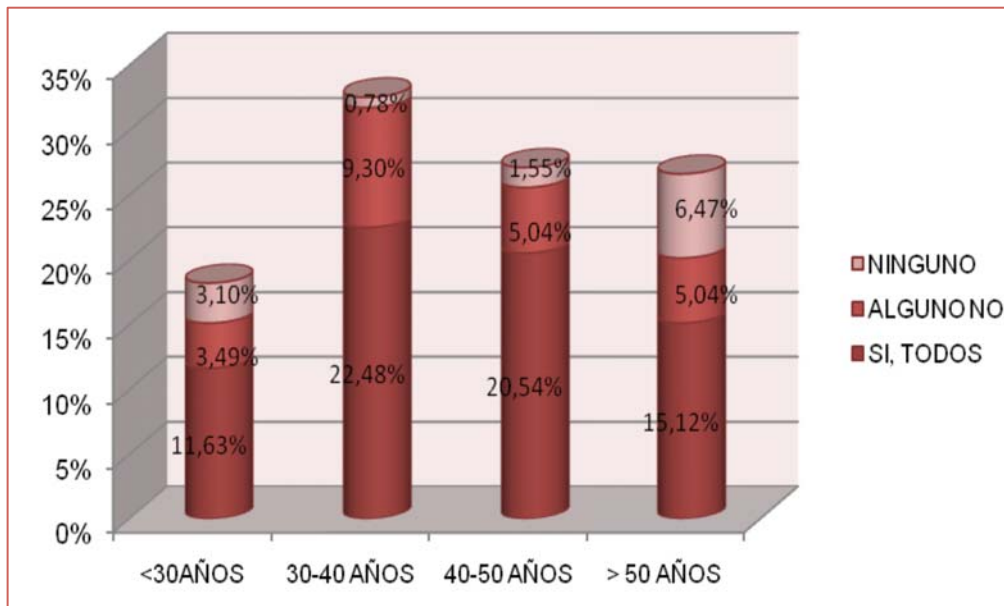


Gráfico 13: Planificación de la gestación por grupos de edad

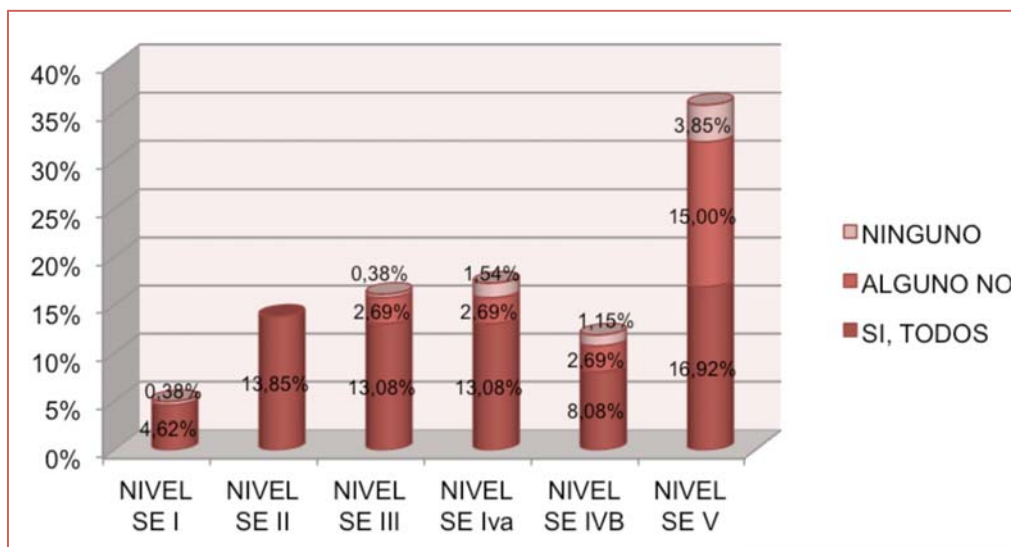


Gráfico 14: Planificación de la gestación según el nivel socioeconómico

6.1.4 CRIBAJE DE CANCER DE CERVIX

Realización de citología

Mediante la pregunta “¿Se ha realizado alguna citología?” se pretendía identificar las mujeres que nunca se han realizado una citología como indicador de la cobertura del cribado de cáncer de cérvix. El análisis nos muestra que un 9,7 % de las encuestadas no se han realizado nunca una citología, por lo que 29 mujeres no se beneficiarían del cribado, lo que constituye el principal factor de riesgo para padecer cáncer de cuello uterino. (Tabla 14)

Tabla 14: Realización de citología					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	271	90,3	90,3	90,3
	No	29	9,7	9,7	100,0
	Total	300	100,0	100,0	

El análisis de la realización de citologías por grupos de edad, nos muestra que el porcentaje de no realización se encuentra por debajo de los 50 años, alcanzando el máximo 5,3% el grupo de mujeres entre 40 y 50 años. (Gráfico 15)

Realizando el análisis en función del nivel SE, las tasas de “no realización” se vuelven a concentrar en los niveles socioeconómicos más bajos.

En los niveles socioeconómicos I a II el porcentaje es nulo, en el nivel III sucede en el 0,33%, en los niveles IV es de 1,33% y en el nivel socioeconómico V alcanza la tasa máxima de no realización del 6,67%. (Gráfico 16)

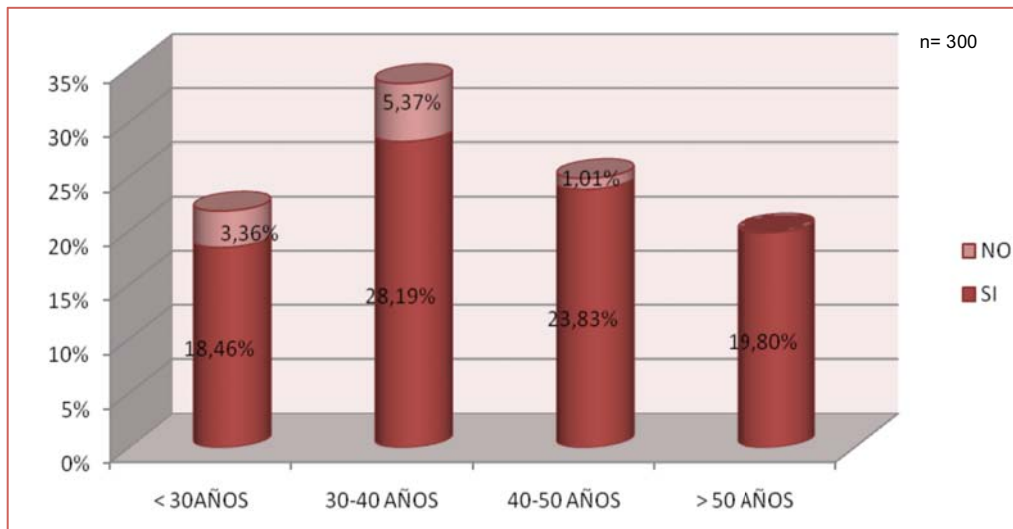


Gráfico 15: Realización de citologías por grupos de edad

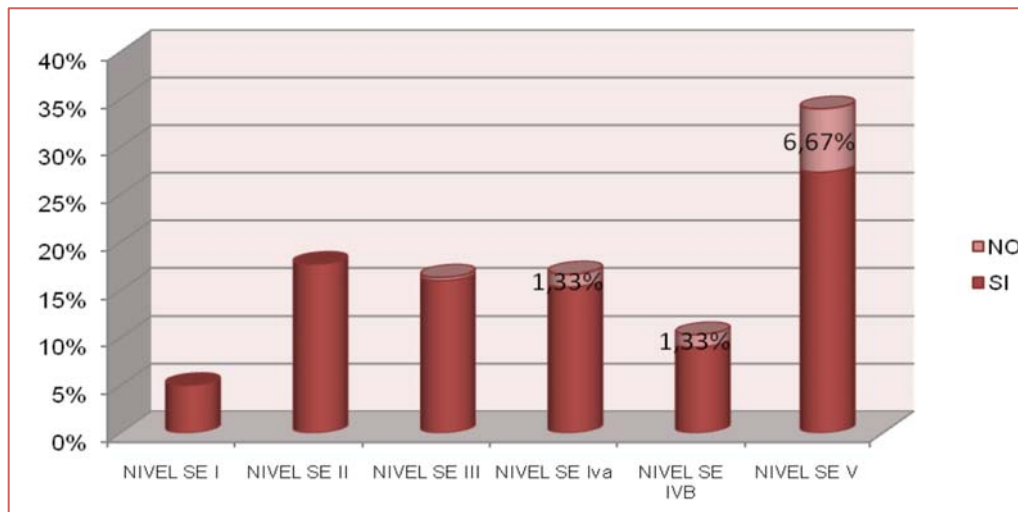


Gráfico 16: Realización de citologías por nivel socioeconómico

Frecuencia en la realización del cribaje:

La pregunta *¿Cada cuánto se realiza citologías?* buscaba analizar dentro del grupo de mujeres que alguna vez se ha realizado una citología (n=271), si se habían realizado una citología aislada o bien si han seguido la frecuencia adecuada en su realización. El análisis nos muestra que un 35% de las encuestadas refiere realizarse la citología cada año, un 25% cada dos años, un 20,3% cada tres años, un 9,6% refiere realizarse la citología con frecuencias entre 4 y 5 años, un 4,4% en periodos superiores a cinco años y un 5,5% refiere haberse realizado una única citología en su vida. (Gráfico 17)

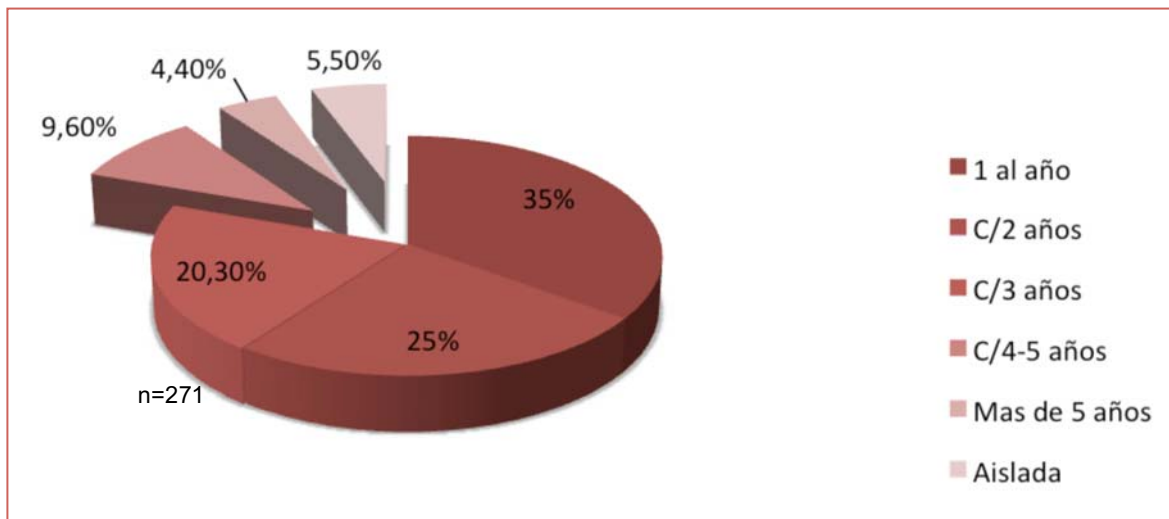


Gráfico17: Frecuencia en la realización de citologías

Como factor de riesgo para esta variable, se establecía la realización de una citología con una frecuencia superior a las recomendaciones actuales, las cuales establecen la realización de citologías cada tres años. Consideraríamos por tanto, un cribaje inadecuado aquellas frecuencias superiores a los cuatro años en la realización de citologías.

El análisis de los datos nos da una tasa de cribado inadecuado por frecuencias superiores a los cuatro años del 14,1%. (Tabla 15)

Tabla 15: Frecuencia en el cribaje superior a 4 años					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NO	218	72,6	85,8	80,4
	SI	36	12	14,1	100,0
	Total	254	84,6	100,0	

El análisis de la frecuencia en función de los grupos de edad, nos muestra que las tasa de frecuencias mayores a cuatro años son más elevadas en edades superiores a los 40 años: en el grupo de 40 y 50 años la tasa de frecuencia mayor a cuatro años es del 5,25% y en el grupo de 50 años es del 4,9%.

La tasa máxima de citologías aisladas (3,85%) se encuentra en el grupo de menores de 30 años, lo que puede ser debido a su incorporación al cribaje y no a un defecto del mismo.

Para evitar posibles sesgos, por no poder determinar si se trata de un cribaje inadecuado o si la mujer se encuentra en la edad el inicio del programa, este porcentaje no se tiene en cuenta en el análisis de los factores de riesgo.

En el resto de grupos de edad la tasa de citología aislada es mínima (0.72%) en el grupo 30-40 años, 0,36% grupo 40-50 años y 0,72% en el grupo de mayores de 50 años. (Gráfico 18)

En cuanto al análisis de la frecuencia en la realización de citologías en base al nivel socioeconómico, observamos que el cribaje inadecuado es más frecuente a medida que disminuye el nivel socioeconómico: la tasa de frecuencias superiores a los cuatro años es nula en el nivel SE I, de 0,65% en los niveles II y III, y alcanza su máximo de 8,29% en el nivel socioeconómico V.

Por el contrario la realización de citologías con frecuencias superiores a los dos años es más frecuente en los niveles socioeconómicos I y II. (Gráfico 19)

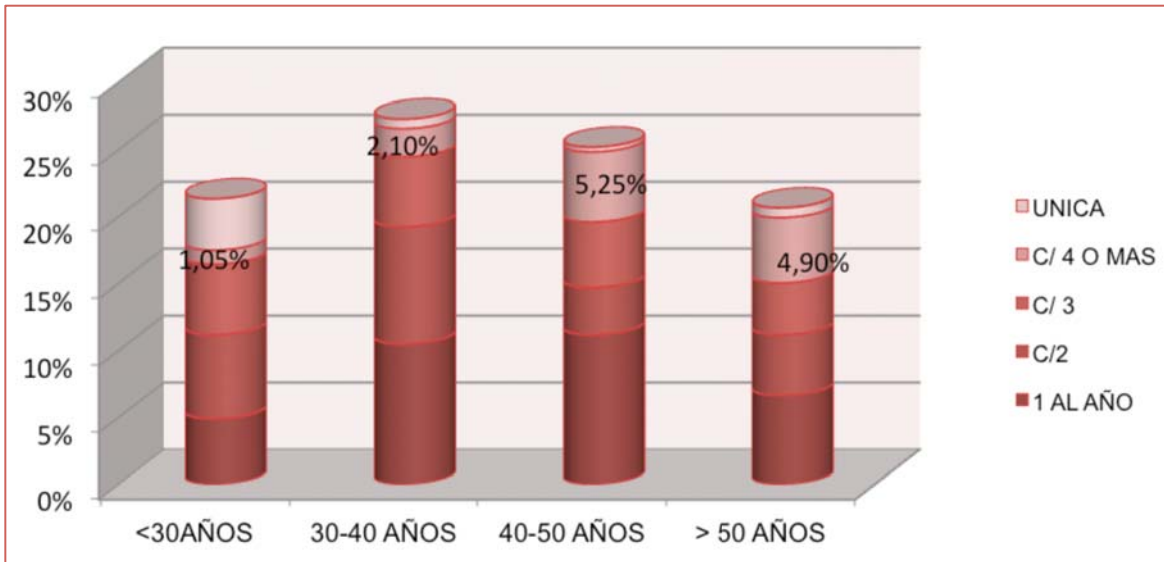


Gráfico 18: Frecuencia de citologías en función de la edad

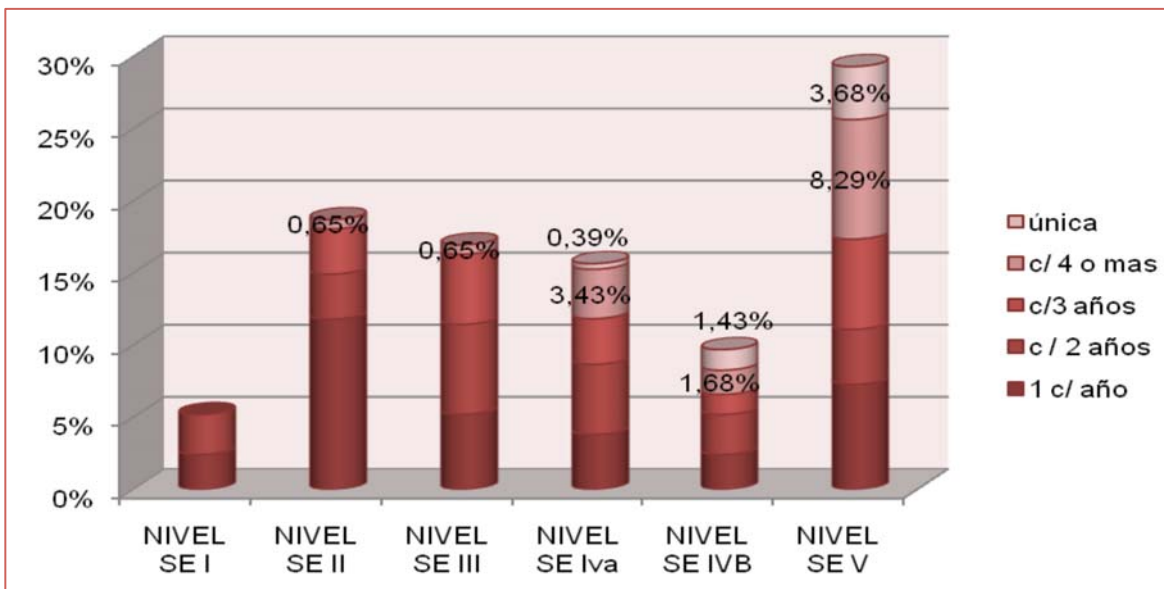


Gráfico 19: Frecuencia en las citologías en función del nivel socioeconómicas

6.1.5 CRIBAJE CANCER DE MAMA

Para analizar la utilización del cribaje de cáncer de mama, es necesario explorar la realización de mamografías en función de la edad. De esta manera vemos que el programa de cribaje tiene una alta cobertura, ya que todas las mujeres que pertenecen a población diana de dicho programa (mujeres de más de cincuenta años), se han realizado una mamografía.

Entre los 40 y 50 años también hay una alta incidencia de realización de mamografías (20,27%). Por el contrario, en menores de 40 años la tasa de realización es muy baja, lo que traduce que los criterios para solicitar una mamografía en este grupo de edad son muy restrictivos. (Gráfico 20)

Otro aspecto a analizar es la indicación por la cual se realiza la mamografía. En mayores de 50 años, los motivos de realización son en su totalidad consecuencia del cribaje. En el grupo de los 40-50 años, el motivo principal es la existencia de un consejo médico que, aunque no cumple los criterios del cribaje, aconseja su realización. Y en el resto la realización es muy baja, y obedece a hallazgos clínicos o antecedentes familiares. (Gráfico 21)

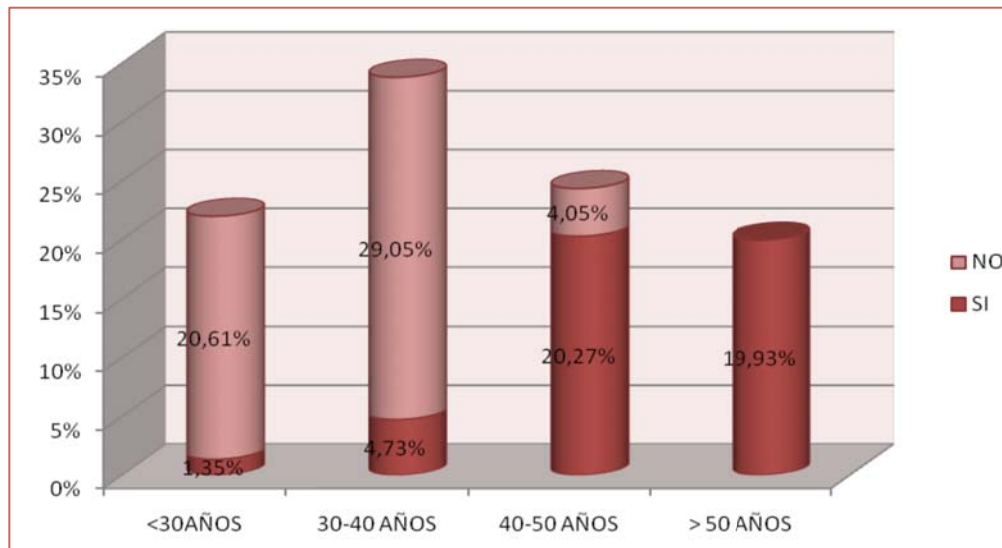


Gráfico 20: Realización de mamografía por grupos de edad

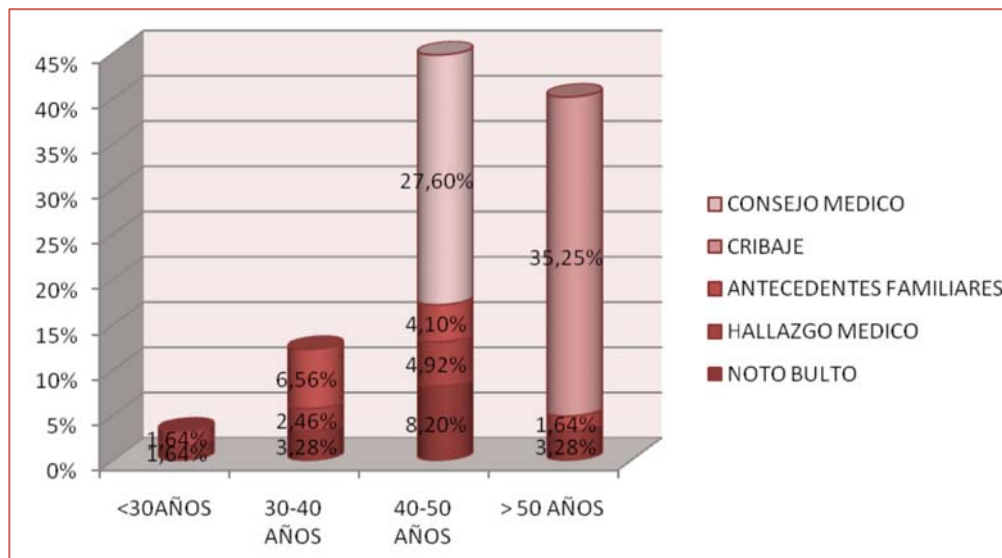


Gráfico 21 : Motivo de realización de mamografía

6.1.6 HABITOS DE VIDA Y SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Autoexploración mamaria

En cuanto a la autoexploración mamaria se investigan dos aspectos, en la tabla 16 se muestra la percepción subjetiva de saber realizar la autoexploración, y en la tabla 17 la afirmación de realizarla. De esta manera vemos que aunque un 82,7% refiere saber realizarla, sólo un 57,3 % lo hace.

Tabla 16: Conocimientos sobre la autoexploración					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	% Acumulado
Válidos	SI	248	82,7	83,8	83,8
	NO	48	16	16,2	100,0
	Total	296	98,7	100,0	
Perdidos	Sistema	4	1,3		
	Total	300	100,0		

Tabla 17: Realización de autoexploración					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	% Acumulado
Válidos	SI	172	57,3%	61,4	61,4
	NO	108	36%	38,5	100,0
	Total	280	93,3%	100,0	
Perdidos	Sistema	20	6,6%		
	Total	300	100,0		

En el grupo de mujeres que declaran realizarse la autoexploración, se analiza la frecuencia con que la realizan, apreciándose que sólo 67 mujeres del total de la población de estudio se realizan la autoexploración con frecuencias de una vez al mes, y 80 refieren que se realizan autoexploraciones con frecuencias superiores a los tres meses e inferiores al año. (Tabla 18)

Tabla 18: Frecuencia en la autoexploración					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1 vez al mes	67	22,3	37,4	37,4
	C/ 3 meses	80	26,7	44,7	82,1
	1 al año	22	7,3	12,3	94,4
	Otros	10	3,3	5,6	100
	Total	179	59,7	100	
Perdidos	Sistema	121	40,3		
	Total	300	100		

Hábito tabáquico

Ante la pregunta de cómo se definen las encuestadas en relación al hábito tabáquico, un 60,5% se definen No fumadoras, un 28,76 % fumadoras y un 10,7% ex fumadoras(Gráfico 22). En función del nivel socio-económico, el porcentaje de mujeres fumadoras, se localiza en mayor porcentaje en los niveles socioeconómicos más bajos.

(Gráfico 24)

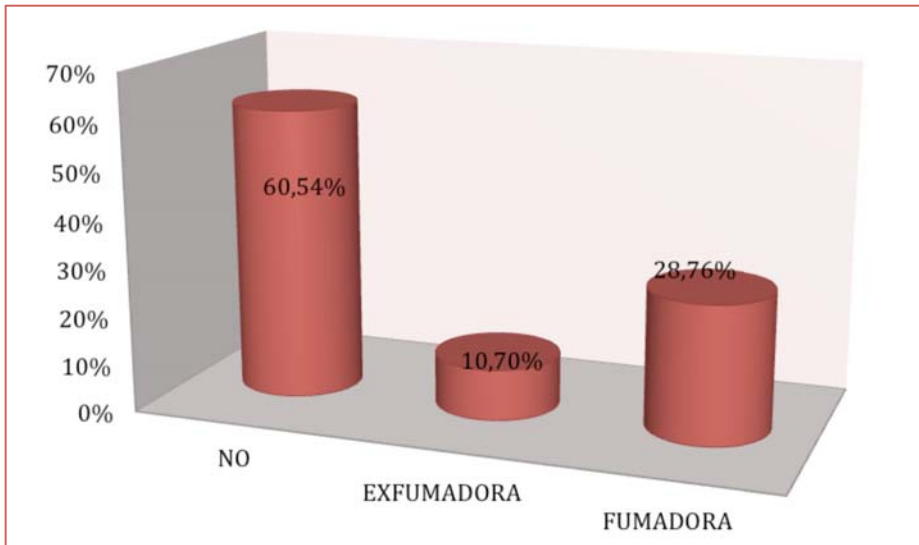


Gráfico 22: Auto declaración de hábito tabáquico

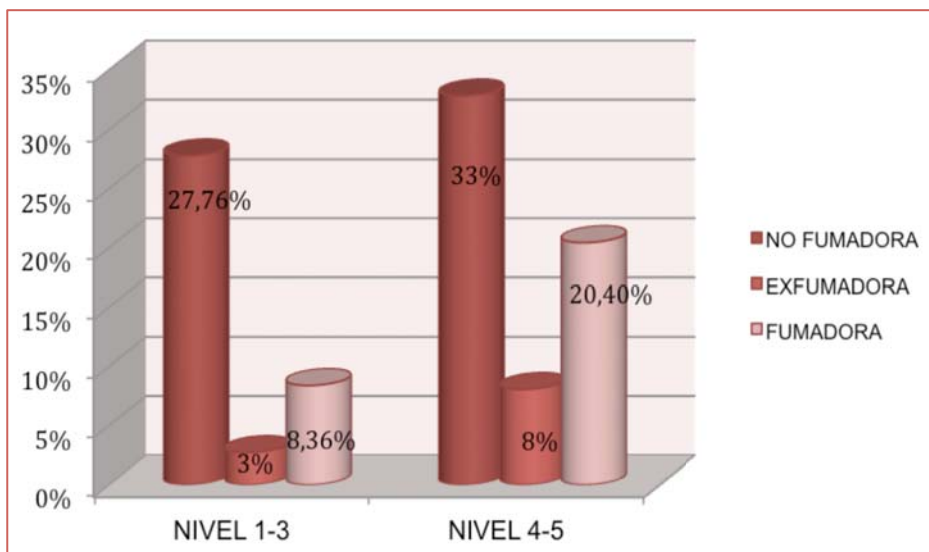


Gráfico 24: Hábito tabáquico por niveles socioeconómicos

Ejercicio:

En la pregunta de con qué frecuencia realizan ejercicio físico, encontramos que un 24,4% realiza ejercicio regular, un 27,42% lo realiza de manera ocasional, y un 48,16% no realiza ningún tipo de ejercicio. (Gráfico 25) Analizando la distribución del ejercicio en función de los niveles socioeconómicos podemos ver como la tasa de No ejercicio es mayor en el grupo que engloba los niveles SE IV-V. (Gráfico 26)

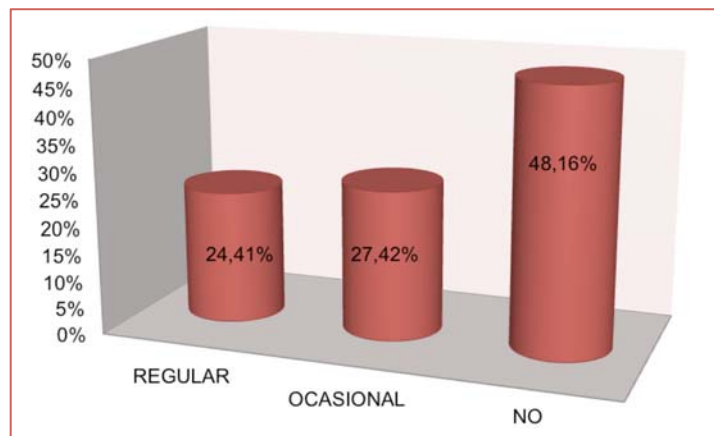


Gráfico 25: Declaración de realización de ejercicio

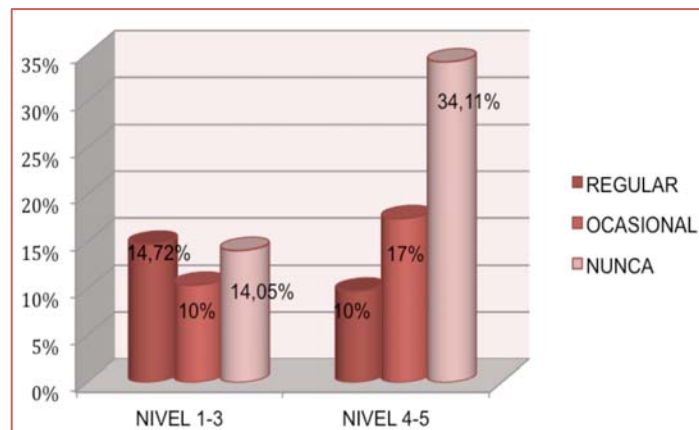


Gráfico 16: Declaración de ejercicio por niveles socioeconómicos

6.1.7 FACTORES DE RIESGO POR FALTA DE PREVENCIÓN EN FUNCIÓN DE LOS NIVELES SOCIO-ECONÓMICOS.

Para realizar el análisis de los factores de riesgo en función de los distintos niveles socioeconómicos, se realiza una recodificación para obtener dos grupos comparables

(Tabla 19):

TABLA 19: Grupos socio-económicos agrupados				
	Frecuencia	%	% válido	% Acumulado
GRUPO SE 1: Niveles socioeconómicos I-II y III	117	39,0	39,0	39,0
GRUPO SE 2: Niveles socioeconómicos IVa, IVb y V	183	61,0	61,0	100,0
Total	300	100	100	

Para analizar la comparabilidad de los grupos, se realiza la prueba T de Student para la igualdad de medias y la prueba de Levene para la igualdad de varianzas, en relación a la edad y los grupos SE agrupados. (Tabla 20). Los análisis realizados nos muestran que ambos grupos son comparables, ya que la edad no representa un sesgo, dado que no se encuentran diferencias en las medias calculadas.

Tabla 20: Grupos socioeconómicos recodificados y Edad										
Grupos SE recodificados		N	Media	Desviación típica	Error típ. media	t Student	S.	Varianza	F Levene	S.
Edad	Grupo SE 1	117	38,99	10,618	,982	-1,522	0,129	112,61	1,506	0,220
	Grupo SE 2	183	40,95	10,982	,812			120,60		

6.1.7.1 Utilización de las consultas preventivas y nivel socioeconómico

Dentro de este apartado se exploraban tres factores de riesgo:

- No acudir nunca a las Consultas Preventivas
- Acudir con una frecuencia superior a los cuatro años
- Acudir por motivos relacionados con la patología en vez de manera preventiva.

A continuación se analiza cada uno de ellos en función de los grupos socioeconómicos para calcular si existen diferencias estadísticamente significativas entre ellos.

- Factor de Riesgo: “NO ACUDIR NUNCA A LAS CONSULTAS PREVENTIVAS DE GINECOLOGÍA”

En el grupo SE 1 encontramos 2 personas (1,7%) que refieren no haber acudido nunca la consultas preventivas en ginecología, en cambio en el Grupo SE 2, 30 mujeres (16,39%) refieren no haber acudido nunca. (Tabla 21)

El análisis de la diferencia de porcentajes mediante la prueba de Chi cuadrado, nos da un valor de 16,1 ($p < 0.001$) por lo que la diferencia en este factor de riesgo es estadísticamente significativa.

Por lo tanto las mujeres que pertenecen a los niveles SE tienen más riesgo de no acudir a las consultas preventivas de salud sexual y reproductiva.

Tabla 21: Visita a las Consultas / Nivel SE Agrupado				
		Nivel SE AGRUPADO		TOTAL
		Grupo SE 1 (Niveles SE I a III)	Grupo SE 2 (Niveles SE IV a V)	
Visita a Ginecología	NO	2 / 1,7%	30 / 16,39 %	32
	SI	115 / 98,2%	153 / 83,6%	268
TOTAL		117	183	300

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado Pearson	16,150 ^a	1	,000		

- Factor de riesgo: “ ACUDE A LAS CONSULTAS PREVENTIVAS CON UNA FRECUENCIA SUPERIOR A LOS CUATRO AÑOS”

En el Grupo SE 1 encontramos dos personas (1,7%) que refieren acudir a las consultas preventivas con una frecuencia superior a los cuatro años, frente a 29 mujeres (18,85%) en el Grupo SE 2. (Tabla 22)

El análisis de la diferencia de porcentajes mediante la prueba de Chi cuadrado, da un valor de 19,02 que implica una $p < 0.001$, por lo que la diferencia también es estadísticamente significativa.

Por lo tanto las mujeres que pertenecen a los niveles SE IV y V, tienen más riesgo de acudir a las consultas preventivas de salud sexual y reproductiva con una frecuencia superior a los cuatro años.

Tabla 22: Frecuencia superior a los cuatro años/ Nivel SE Agrupado

FACTOR DE RIESGO		Nivel SE AGRUPADO		TOTAL
		Grupo SE 1 (Niveles SE I a III)	Grupo SE 2 (Niveles SE IV a V)	
Últimas visita hace más de cuatro años	SI	2 / 1,73%	29 / 18,95 %	31
	NO	113 / 98,27%	124 / 81,04 %	237
TOTAL		115	153	268

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gL	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado Pearson	19,028 ^a	1	,000		

- Factor de riesgo: “ACUDE POR PATOLOGÍA”

En el grupo SE 1 encontramos 17 personas que refieren acudir a las consultas preventivas por problemas relacionados con la patología, en cambio en el Grupo SE 2 50 mujeres refieren acudir por los mismos motivos. (Tabla 23)

El análisis de la diferencia de medias mediante la prueba de Chi cuadrado, nos da un valor de 11,9 que implica una $p < 0.000$, por lo que la diferencia en este factor de riesgo es estadísticamente significativa.

Por lo tanto las mujeres que pertenecen a los niveles SE IV y V tienen más riesgo de acudir a las consultas preventivas por motivos relacionados con la patología en vez de acudir por controles preventivos.

Tabla 23: Asistencia por patología / Nivel SE Agrupado				
FACTOR DE RIESGO		Nivel SE AGRUPADO		TOTAL
		Grupo SE 1 (Niveles SE I a III)	Grupo SE 2 (Niveles SE IV a V)	
Acude por Patología	SI	17 / 14,78%	51 / 33,33%	68
	NO	98 / 85,21%	102 / 66,66%	200
TOTAL		115	153	268

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado Pearson	11,936 ^a	1	,000		

6.1.7.2 Uso de anticoncepción y planificación de los embarazos por niveles socio-económicos agrupados.

En relación al uso de anticoncepción y la planificación familiar se exploran los siguientes factores de riesgo:

- Factor de riesgo “NO UTILIZACIÓN DE ANTICONCEPCIÓN”

De las 300 mujeres de la muestra, contestaron a la pregunta 232 mujeres menores de 50 años. De ellas 99 pertenecían al Grupo SE1 y 133 al Grupo SE 2. Encontrando que 6 mujeres del Grupo 1 referían no utilizar ningún método ni ellas ni sus parejas, frente a 27 mujeres del Grupo 2. El análisis de la diferencia de porcentajes mediante la prueba de Chi cuadrado, da un valor de 9,43 que implica una $p = 0.0021$, por lo que la diferencia es significativa, por consiguiente el nivel socioeconómico bajo es un factor de riesgo para la no utilización de anticoncepción (Tabla 24)

- Factor de riesgo “EMBARAZOS NO PLANIFICADOS”

De las 300 mujeres de la muestra 260 referían haber estado embarazadas. De ellas 91 pertenecían al Grupo SE1 y 169 al grupo SE 2. 9 mujeres del grupo 1 referían haber tenido algún embarazo no planificado, frente a 70 mujeres del Grupo 2. La prueba de Chi cuadrado, da un valor de 27,8 con una $p < 0.000$. La diferencia es de nuevo significativa: Las mujeres pertenecientes al Grupo SE 2, tienen más riesgo de tener un embarazo no planificado que las mujeres del Grupo SE 1 (Tabla 25)

Tabla 24: Uso de Anticoncepción/ Niveles SE Agrupados

FACTOR DE RIESGO		Nivel SE AGRUPADO		TOTAL
		Grupo SE 1 (Niveles SE I a III)	Grupo SE 2 (Niveles SE IV a V)	
Uso de anticoncepción	NO	6 / 6,06 %	27 / 20,3%	33
	SI	93 / 94%	106 / 79,7%	199
TOTAL		99	133	232

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado Pearson	9,43	1	,0021		

Tabla 25: Embarazos no planificados/ Niveles SE

FACTOR DE RIESGO		Nivel SE AGRUPADO		TOTAL
		Grupo SE 1 (Niveles SE I a III)	Grupo SE 2 (Niveles SE IV a V)	
Embarazo	Si	9 / 9,9%	70 / 41,4%	79
No planificado	NO	82 / 90,1%	99 / 58,6%	181
TOTAL		91	169	260

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado Pearson	27,800 ^a	1	,000		

6.1.7.3. Cribaje cáncer de cervix:

Dentro de este apartado se definen los siguientes factores de riesgo:

- Factor de riesgo “NO REALIZACIÓN DE UNA CITOLOGÍA”

En el grupo SE 1 encontramos una sola persona que refiere no haberse realizado nunca una citología frente a 28 personas en el grupo SE 2.

El análisis de la diferencia de porcentajes mediante la prueba de Chi cuadrado, nos da un valor de 17,05, que implica una $p < 0.001$, por lo que la diferencia es estadísticamente significativa. Por lo tanto, las mujeres que pertenecen a los niveles SE del grupo 2, tienen más riesgo de no haberse realizado nunca una citología. (Tabla 26)

- Factor de Riesgo “FRECUENCIA CRIBAJE INADECUADA”

En el grupo SE 1 encontramos tres persona que refiere realizarse citologías con frecuencias superiores a los cuatro años, frente 34 mujeres del grupo 2

El análisis de la diferencia de porcentajes mediante la prueba de Chi cuadrado, nos da un valor de 23,56 que implica una $p < 0.001$, por lo que la diferencia en este factor de riesgo es estadísticamente significativa. Por lo tanto las mujeres que pertenecen a los niveles socioeconómicos del grupo 2, tienen más riesgo de realizarse un cribaje inadecuado para el cáncer de cérvix. (Tabla 27)

Tabla 26: Realización de citología / Niveles SE

FACTOR DE RIESGO		Nivel SE AGRUPADO		TOTAL
		Grupo SE 1 (Niveles SE I a III)	Grupo SE 2 (Niveles SE IV a V)	
Realización citología	NO	1 / 0.9%	28 / 15,3 %	29
	SI	116 / 99,1%	155 / 84,7%	271
TOTAL		117	183	300

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	17,06 ^a	1	,000		

Tabla 27: Frecuencia en el cribaje > 4 años / Niveles SE

FACTOR DE RIESGO		Nivel SE AGRUPADO		TOTAL
		Grupo SE 1 (Niveles SE I a III)	Grupo SE 2 (Niveles SE IV a V)	
Frecuencia > 4 años	Si	3 / 2,58%	33 / 24%	36
	NO	113 / 97,41	105 / 74%	218
TOTAL		116	138	254*

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	23,56	1	,000		

6.1.7.4. CRIBAJE DE CANCER DE MAMA

En el análisis descriptivo previo, se encontró que todas las mujeres mayores de 50 años se habían realizado una mamografía, por lo que no es necesario realizar el análisis en relación a los niveles socioeconómicos por no existir diferencias.

Al analizar si existen diferencias en el grupo de 40 y 50 años realizando una tabla de contingencia, encontramos que el grupo SE 1, hay 7 mujeres que no se han realizado nunca una mamografía versus 11 en el Grupo SE 2. La prueba de Chi cuadrado, nos indica que no existen diferencias significativas respecto al nivel SE, en la realización de mamografías en el grupo de 40 a 50 años.(Tabla 28)

Tabla 28 :Realización de Mamografía en mujeres entre 40 y 50 años / Niveles SE				
FACTOR DE RIESGO		Nivel SE AGRUPADO		TOTAL
		Grupo SE 1 (Niveles SE I a III)	Grupo SE 2 (Niveles SE IV a V)	
Mamografía	NO	7 / 26%	11/ 26,2%	11
	SI	20 / 74%	31 / 73,8 %	51
TOTAL		27	42	69

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,001	1	,981		

6.1.8. MUJERES CON BAJA UTILIZACIÓN DE LOS PROGRAMAS PREVENTIVOS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.

La variable principal del estudio es “*Baja utilización de los programas preventivos en salud sexual y reproductiva*” que engloba a las mujeres que presentan riesgo por falta de prevención mayor, al no acudir a más de la mitad de las actividades preventivas que conforman el programa de atención (más de dos factores de riesgo por falta de prevención)

Tal como se explicó en el apartado de las variables del estudio, se calculan los factores de riesgo generales por falta de prevención a partir de las siguientes variables:

FACTOR DE RIESGO POR FALTA DE PREVENCIÓN	VARIABLES QUE CONLLEVAN ASIGNACIÓN DEL FACTOR DE RIESGO
UTILIZACIÓN INADECUADA DE LAS CONSULTAS PREVENTIVAS	<ul style="list-style-type: none">• No acude• Acude con frecuencias superiores a 4 años• Acude por patología
FALTA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR	<ul style="list-style-type: none">• No utilización de método anticonceptivo en menores de 50 años• Haber tenido una gestación no deseada
CRIBAJE DE CERVIX INADECUADO	<ul style="list-style-type: none">• No haberse realizado nunca una citología• Realizarse citologías con frecuencias superiores a los cuatro años
CRIBAJE DE CANCER DE MAMA INADECUADO	<ul style="list-style-type: none">• No haberse realizado una mamografía en mayores de 50 años

Con la finalidad de identificar a dichas mujeres, se realizó un análisis de frecuencias que mostrase la simultaneidad de factores de riesgo por falta de prevención. Como se aprecia en la tabla 29 e un 9,3% realiza correctamente todos los programas preventivos, un 54% realiza de manera inadecuada uno de los programas, un 19,4 % no cumple con dos programas simultáneos y un 17 % tan sólo realizan uno de los cuatro programas preventivos descritos

Tabla 29: Presencia de factores de riesgo por falta de prevención acumulada					
		Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	NINGUNO	28	9,3	9,4	9,4
	UNO	162	54,0	54,1	63,5
	DOS	58	19,4	19,4	82,9
	TRES	51	17	17	100
	Total	299	99,7	100,0	
Missing	System	1	,3		
Total		300	100,0		

Se ha definido la variable *baja utilización de los programas preventivos*, como el riesgo por falta de prevención más alto, por lo que se considera como punto de corte el grupo de mujeres que no acuden a más de dos de los programas.

Tabla 30: Baja utilización de los Programas Preventivos			
		Frequen	Percent
Valid	MENOS DE 2 FACTORES DE RIESGO	248	82,7
	MAS DE 2 FACTORES DE RIESGO	51	17,0
	Total	299	99,7
Missing	System	1	,3
Total		300	100,0

- **Baja utilización de los programas preventivos y nivel socioeconómico**

Para identificar si existen diferencias en la utilización de los programas de manera global perfil preventivo en función del nivel socioeconómico, se realizó la siguiente tabla de contingencia , en la que se encuentra 2 mujeres en el grupo SE 1 que se pueden identificar como mujeres con una Baja utilización de los programas preventivos versus 49 mujeres en el grupo SE 2. El análisis de la diferencia de porcentajes mediante la prueba Chi cuadrado, da un valor de 32, que conlleva una $p < 0.001$, por lo que las mujeres de los niveles SE IV y V, tiene más riesgo de tener una Baja utilización de los programas preventivos en Salud Sexual y Reproductiva.

Tabla 31: Baja utilización de los Programas Preventivos / Niveles SE

		Nivel SE AGRUPADO		TOTAL
		Grupo SE 1	Grupo SE 2	
		(Niveles SE I a III)	(Niveles SE IV a V)	
Baja utilización	Si	2	49	51
	NO	115	139	248
TOTAL		117	182	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	32,002 ^a	1	,000		

6.2 Resultados cualitativos



6.2 RESULTADOS CUALITATIVOS

El propósito fundamental del análisis cualitativo en este estudio, ha sido explorar que factores o situaciones pueden actuar como facilitadores o como barreras en el acceso a los programas preventivos en salud sexual y reproductiva.

Siguiendo el hilo conductor del presente trabajo, estos mecanismos se han analizado teniendo en cuenta las interacciones que se producen entre el estatus socioeconómico y el nivel prevención.

En análisis comenzó con la categorización inicial de los datos, para lo cual se procedió a la lectura de las entrevistas transcritas, con el fin de buscar los aspectos más relevantes del tema de investigación.

Mediante un sistema de codificación abierta, se marcaron los segmentos de texto más significativos y se les asignaron, de forma inductiva los primeros códigos. Algunos de ellos fueron códigos *in vivo* y otros se denominaron utilizando conceptos procedentes del campo disciplinar de la ginecología.

A continuación, se buscaron segmentos de datos similares y se agruparon bajo el mismo código. Si estos no coincidían exactamente, se renombran los códigos dispares.

Este proceso se realizó hasta que se produjo la saturación de los datos, es decir cuando tras la lectura de las entrevistas se podían utilizar la mayoría de los códigos existentes sin necesidad de crear unos nuevos.

De esta manera se desarrollaron 22 códigos descriptivos iniciales, los cuales, continuando con el proceso de comparación constante, se redujeron a 9 códigos que contenían los fragmentos de texto que compartían una misma idea.

La denominación final de las categorías y su conceptualización se presenta en la tabla 32.

Una vez localizadas las categorías descriptivas, se procedió a su desarrollo, mediante la búsqueda sistemática de propiedades comunes dentro de las mismas. De este proceso surgieron varias subcategorías o propiedades, que reflejan diferentes dimensiones dentro de la categoría.

Las Categorías finales con sus propiedades y las referencias textuales, así como la frecuencia de aparición se presentan en la tabla 33

TABLA 32 : DESCRIPCIÓN DE LAS CATEGORIAS DESCRIPTIVAS DEL ESTUDIO	
CATEGORIA	DESCRIPCIÓN
ACTITUD ANTE LA PREVENCIÓN	Engloba diferentes actitudes preventivas relacionadas con las costumbre de realizarse revisiones, prevenir, conocimientos sobre la relación entre estilo de vida y salud, y capacidad para informarse sobre su salud y dónde hacerlo, y diferentes hábitos de vida relacionados con la salud.
ASISTENCIA A CONSULTA PREVENTIVA	Engloba los diferentes motivos por los que acuden o no acuden a la consulta preventiva de ginecología , opiniones sobre su utilidad y sentimientos que genera el hecho de pensar en acudir
CRIBAJE CANCER DE CERVIX	Engloba las diferentes opciones temporales en la realización del cribaje de cáncer de cérvix y los conocimientos que tienen las mujeres sobre su finalidad
FALTA DE TIEMPO PARA PREVENIR	Engloba referencias sobre diferentes motivos sobre falta de tiempo para prevenir
FACTORES ADMINISTRATIVOS	Recoge diferentes factores relacionados con la administración y la gestión sanitaria que influyen en el acceso a la prevención
PLANIFICACIÓN FAMILIAR	Contiene referencias sobre la planificación de los embarazos y la utilización de métodos anticonceptivos
PREVENCIÓN CANCER DE MAMA	Contiene diferentes referencias sobre los conocimientos de la mujeres sobre la prevención del cáncer de mama y las prácticas preventivas realizadas. Hace referencia a las diferentes ideas sobre la finalidad que las mujeres otorgan al cribaje de cáncer de mama
RELACIÓN CON LOS PROFESIONALES	Englobaba factores de comunicación como de expectativas de trato y características personales que las mujeres consideran adecuadas en los profesionales para favorecer la asistencia
SIGNOS ALARMA O PREVENCIÓN CÁNCER GINECOLÓGICOS	Contiene diferentes referencias sobre los conocimientos de la mujeres sobre la prevención del cáncer de ginecológico

**Desigualdades en el acceso a los Programas Preventivos
en Salud Sexual y Reproductiva**

TABLA 33: CATEGORÍAS , PROPIEDADES Y REFERENCIAS

CATEGORIA	PROPIEDADES	REFERENCIAS	Cit.
ACTITUD ANTE LA PREVENCIÓN	Activa	3:77 <i>En general me cuido mucho</i> (276) 3:153 <i>Me informo sobre mi salud</i> (537) 3:78 <i>Es importante para mí, me reviso</i> (274) 3:145 <i>Pre –venir, adelantarse...</i> (530) 3:100 <i>Darse cuenta pronto de las cosas</i> (358) 3:76 <i>Coger las enfermedades lo antes posible</i> (271) :84 <i>Siempre pregunto lo que no entiendo</i> (613) 3.177 <i>Si no entiendo , he preguntado</i> (292)3:106 <i>No me cuesta preguntar</i> (374) :123 <i>No suelo tomar</i> (446) ,3.44 <i>No bebo</i> (159) 3:81 <i>No tomo alcohol</i> (276) 3:147 <i>Bebo alcohol de vez en cuando</i> (533) 3:102 <i>No bebo</i> (362) 3:60 <i>No bebo</i> (212) 3:175 <i>Casi nunca bebo</i> (611) 3:79 <i>Vigilo mucho lo que como</i> (276) 3.149 <i>Intento que comamos de todo, tanto por mi como por los niños</i> (532) 3:58 <i>La cuido bastante</i> (211) 3.82 <i>Hago deporte</i> (276) 3:148 <i>Algo de deporte hago</i> (532) 3:146 <i>No fumo</i> (532) 3:122 <i>No fumo</i> 532 3:80 <i>No fumo</i> (276) 3:174 <i>No fumo</i> (611) 3:43 <i>Nunca he fumado</i> (159) 3:101 <i>No fumo</i> (361) 3:59 <i>No fumo</i> (212)	28
	Pasiva	3:172 <i>Se que son cosas importantes, pero soy dejada</i> (607) 3:46 <i>¿Y cosas qué tú puedas hacer para estar bien? No sé</i> (162) 3:11 <i>Ir al médico</i> (47) 3:13 <i>¿Sabes que comer bien, no fumar, no beber ayuda a mantenerse sana? No lo sabía</i> (55) 3:39 <i>Ir al médico a que me estudien</i> (148) 3:171 <i>Hacer revisiones que yo no me hago</i> (606) 3.121 <i>Qué no salgan ni canceres ni cosas raras</i> (441) 3:167 <i>Se me olvida lo que me explican</i> (595) <i>No soy de preguntar, ellos saben</i> (449) 3:115 <i>Antes no había tanta información, te lo explicaban las amigas</i> (422) 3:22 <i>No tengo tiempo para ir, y usaba lo mismo que las amigas de mi edad, como se paga igual..</i> (102) 3:42 <i>No tengo mucho tiempo, como cosas rápidas</i> (157) 3:103 <i>Como cosas rápidas de hacer, tengo poco tiempo en el trabajo</i> (361) 3:45 <i>No, no me gusta, en el trabajo ya hago</i> (160) 3:61 <i>No hago deporte, eso no</i> (212) 3:176 <i>¿Deporte? No nada</i> (611) 3:12 <i>Fumo bastante</i> (52) <i>Bebo en las comidas</i>	24
ASISTENCIA A CONSULTA PREVENTIVA	Acude	3:47 <i>Si, para hacerme revisiones, antes iba cada año y ahora cada dos</i> (177) 3:69 <i>Normalmente para revisiones médicas</i> (252), 3:91 <i>Si, por el Papanicolau</i> (332) 3:112 <i>Para revisión normal</i> (414), 3:132 <i>Voy para revisión</i> (501)	4
	No Acude	3.36 <i>Se donde está el ambulatorio pero no he ido</i> (141) 3:3 <i>Voy en el embarazo</i> (14) 3:158 <i>Sólo embarazada</i> (580) 3:182 <i>Sólo por los niños</i> (6)	6
	Utilidad consulta	3:113 <i>Para que te orienten si están bien las criaturas</i> (418) 3:20 <i>Para los anticonceptivos, o las enfermedades de ovarios...</i> (97), 3:159 <i>Para que te digan que todo está bien</i> (582) 3:134 <i>Para tratar infecciones</i> (504) 3:92 <i>Para las revisiones y para el embarazo</i> (334) 3:49 <i>En cualquier problema, lo primero es ir al CAP</i> (185) 3:70 <i>Para aclararme dudas sobre síntomas que tenga</i> (256)	8

**Desigualdades en el acceso a los Programas Preventivos
en Salud Sexual y Reproductiva**

	Sentimientos ante la consulta	<i>Tengo miedo por lo que le paso a una hermana, por eso no vengo (596) A veces tengo dolores por ahí abajo, pero no vengo por si salen cosas malas (488) Tengo que convencerme a misma porque me da miedo, y me siento incomoda de que me miren (619) 3:88 Nunca he tenido problema en que me miren, son profesionales (304)3:109 No me cuesta, me tranquiliza (380) 3:128 Pues cuesta porque da vergüenza.. (459) 3:16 Me da reparo, se que hay que ir, pero me da reparo (62), 3:86 La situación que es...te sientes pudorosa (296), 3:150 Bueno, que te miren no es agradable (545) 3:152 son cosas que siempre te da ciertos nervios (538) 3:179 Tengo que convencerme a misma, me siento incomoda de que me miren (619)</i>	10
CRIBAJE CANCER DE CERVIX	Adecuado	<i>3:52 Antes cada año, ahora cada tres (195) 3:95 Varias veces...cada dos años (344) 3:72 Cada año (264) 3:73 Cada año en el ginecólogo privado (269)</i>	4
	Inadecuado	<i>3:25 Hace más tiempo, no lo recuerdo (116) 3:139 Cada embarazo creo (516) 3:164 Me parece que alguna, si (594) 3:5 Una vez en el embarazo (26)</i>	6
	Conoce Finalidad	<i>3:53 Para detectar el cáncer de cuello (197) 3:80 Para saber si hay cáncer o infección (324) 3:113. Para el cáncer del cérvix (390)</i>	3
	Desconoce Finalidad	<i>3:26 Para saber si están bien los ovarios (118) 3:117 no se bien (427) 3:166 Me lo explicaron pero no me acuerdo (595) 3:138 Previene enfermedades (518) 3:6 Para detectar cosas raras (27) 3:96 Para las infecciones (346)</i>	7
FALTA DE TIEMPO PARA PREVENIR	Trabajo	<i>3:42 No tengo mucho tiempo, como cosas rápidas (157) 3:103 Como cosas rápidas de hacer, tengo poco tiempo en el trabajo (361) 3:66 Te dan hora con tanto tiempo, que cuando llega el momento no puedes ir, por el trabajo (230)</i>	4
	Familia	<i>3:173 Lo primero son mi marido y mis hijos, yo no me miro(607) 3:104 La familia no me da tiempo, no hago ejercicio ni nada mío (362)</i>	3
FACTORES ADMINISTRATIVOS	Citaciones largas	<i>3:87 Que las citas son muy largas, cuando llega la fecha te va mal (300) 3:65 Años atrás era imposible que cogieran el teléfono, ahora cuesta (226) 3:66 Te dan hora con tanto tiempo, que cuando llega el momento no puedes ir, por el trabajo (230)</i>	4
	Sin problemas	<i>3:35 No (139) 3:123 No (456) 3:15 No (59) 3:154 Yo siempre he tenido suerte (542) 3:108 No he tenido problemas (377)</i>	6
	Horario	<i>3:110 La tarde mejor (381) 2:156 La tarde por el trabajo (547) 3:33 A última hora, porque trabajo hasta tarde (136)3:67 El mejor horario la noche... que es cuando no trabajo (234) 3:180 Tarde (621) 3:34 Por la tarde a partir de las cinco, pero cuesta que ten den esas horas(137) 3:89 Por la tarde para que sea compatible con el trabajo (306) 3:1 Por la tarde (65)</i>	8

**Desigualdades en el acceso a los Programas Preventivos
en Salud Sexual y Reproductiva**

	Recordatorios de visita	3:131 <i>Por teléfono unos días antes</i> (145) 3:181 <i>Por carta o teléfono</i> (623) :38 <i>Por mensaje</i> (145) 3:157 <i>Por mensaje de móvil</i> (549) 3:68 <i>mensaje móvil o carta</i> (237) 3:111 <i>Un mensaje en el móvil</i> (383) 3:68 <i>mensaje móvil o carta</i> (237) 3:181 <i>Por carta o teléfono</i> (623) 3:90 <i>un mes antes por carta</i> (309)	9
PLANIFICACIÓN FAMILIAR	Planificados	3:94 <i>Sí lo decidí con mi pareja</i> (340) 3:51 <i>Los dos fueron planificados</i> (193) 3:71 <i>No he querido</i> (261)	3
	No planificados	3:2 <i>El segundo fue de rebote</i> (10) 3:161 <i>Siempre me enterado de tres cuatro meses</i> (588) 3:137 <i>Vinieron solos</i> (513) 3:116 <i>Seis de sorpresa</i> (425) 3:23 <i>No, vinieron solos</i> (108) 3:162 <i>Él es el que decide, yo no quiero pero vamos teniendo</i> (589)	7
	Método pautado	3:50 <i>Pastillas y el DIU... En el CAP</i> (187) 3:93 <i>El parche... la comadrona</i> (336) 3:134 <i>El médico y la comadrona</i> (505)	3
	Método no pautado	3:136 <i>No usamos o la marcha atrás</i> (539) 3:114 <i>antes no había tanta información, te espabilabas</i> (419) 3:21 <i>En la farmacia o mis amigas..</i> (98) 3:160 <i>Ninguno</i> (584) 3:163 <i>A mí nadie</i> (590) 3:4 <i>No me iba bien, se me olvidaba, y lo dejaba</i> (18)	6
PREVENCIÓN CANCER DE MAMA	Conoce la prevención	3:57 <i>Me enseñó a explorarme la matrona</i> (209) 3:120 <i>En el programa, la enfermera</i> (437) 3:56 <i>Me reviso una vez al mes</i> (207) 3:143 <i>Mediante palpaciones que me hago cada mes</i> (525) 3:99 <i>Ahora soy muy joven, pero cuando me vaya haciendo mayor explorándome y con las mamografías</i> (354)	6
	Desconoce la prevención	3:31 <i>¿y cómo te puedes vigilar tu misma? no se cómo</i> (128) 3:170 <i>¿cómo crees que te puedes vigilar, para saber si tienes que ir al médico? No se...</i> (602) 3:9 <i>No lo se, yo es que de enfermedades no se nada</i> (37)	4
	Conoce finalidad cribaje	3:119 <i>Si me llama del programa, para detectar cáncer</i> (433) 3:98 <i>Detecta el cáncer de mama</i> (352) 3:30 <i>El cáncer de pecho</i> (126) 3:141 <i>Claro, el cáncer de mama</i> (523) 3:75 <i>El cáncer de mama</i> (270)	5
	Desconoce la finalidad	3:8 <i>Para ver los pechos por dentro</i> (33)	1

**Desigualdades en el acceso a los Programas Preventivos
en Salud Sexual y Reproductiva**

RELACION CON LOS PROFESIONALES	Características deseadas en los profesionales	3:130 <i>Que sean educados y amables</i> (462) 3:153 <i>Sobre todo que sea amable, lo peor es encontrarte con alguien desagradable que te ponga mas nerviosa</i> (539) 3:37 <i>Atentos y pacientes</i> (143) 3:64 <i>Que sea amable, el trabajo técnico se supone que lo hacen todos bien</i> (222) 3:129 <i>Si es una mujer mejor</i> (459) 3:178 <i>Una mujer siempre mejor</i> (615) 3:17 <i>Que fuera mujer, con un hombre te cortas más</i> (633) 3:85 <i>Que transmita confianza</i> (296) 3:107 <i>Que dialoguemos y nos sintamos cómodos</i> (376) 3:18 <i>Siempre la misma, que me conociera</i> (63)	10
	Comunicación adecuada	3:105 <i>Bien, no tengo queja</i> (371) 3.14 <i>Si, son majas</i> (57) 3.62 <i>Normalmente, correctas</i> (214) 3:83 <i>En general, bueno</i> (288) 3:126 <i>Bien</i> (454) 3:150 <i>No he tenido problemas</i> (535) 3.32 <i>Sí, normal</i> (131) 3.125 (453)	8
	Comunicación inadecuada	3:63 <i>Pues la verdad, es que explicar no explican</i> (219)	2
SIGNOS ALARMA O PREVENCIÓN CÁNCER GINECOLÓGICOS	Conoce	3: 183 <i>Pues si sangro y no toca, o si tengo dolor</i> (242) 3:188 <i>Con la ecografía vigilan los ovarios y la matriz</i> (364) 3:185 <i>Haciendo las revisiones van mirando o si me encontrara mal iría</i> (551)	3
	Desconoce	3:140 <i>No, ni idea, yo de esas cosas no se nada</i> (519) 3:27 <i>... No, no lo se.</i> (120) 3:168 <i>No se de enfermedades</i> (596) 3:54 <i>No lo se</i> (199) 3:118 <i>No</i> (431) 3:10 (41) <i>No, tampoco de esas cosas no se nada</i> 3:97 <i>No, no lo se</i> (348) <i>Qué va, ni idea</i> (407)	7

Tras la definición de las categorías y sus propiedades, se exploró como las categorías y las subcategorías variaban o se influían entre sí.

Para ello, siguiendo el procedimiento de la codificación axial se definieron las categorías principales y se analizaron las relaciones entre ellas y entre sus propiedades.

El análisis se inició profundizando en la categoría *Asistencia a la Consulta Preventiva*, pieza clave en la prevención ginecológica, ya que de ella depende en gran parte el resto de las actividades preventivas.

Su codificación nos ha permitido analizar bajo que condiciones varía, con que categorías interacciona, que estrategias se pueden emplear para hacerla variar y finalmente que consecuencias ocasiona sobre el resto de variables principales. Por ello, tras profundizar en dicha categoría, se procedió en segundo lugar a establecer su relación e interacción con el resto de las categorías desarrolladas.

6.2.1. ASISTENCIA A LA CONSULTA PREVENTIVA: VARIACIONES

La categoría Asistencia a consulta preventiva, engloba las diferentes opciones por las que las mujeres acuden a la consulta, la percepción que tienen sobre su utilidad y los sentimientos que genera el pensar o el saber que se ha de acudir a ella. El análisis de la repetición de las diferentes subcategorías nos muestra que de 10 mujeres encuestadas 4 mujeres que acuden por motivos preventivos y 6 acuden bien por el embarazo o por patología,

El análisis de las interacciones entre las subcategorías (*Acude/No Acude*) y la utilidad que las mujeres le otorgan a dicha visita (*Utilidad consulta*), nos muestra diferencias en la percepción de la utilidad asociada al tipo de asistencia: el análisis nos muestra que las mujeres que acuden a las consulta, tienen un percepción más global de su utilidad que las que no acuden, debido a que o no conocen su finalidad, o la visión que tienen de ella es meramente curativa.

En las transcripciones de las entrevistas, podemos encontrar varios ejemplos de este hecho:

- ¿Has ido alguna vez al ginecólogo o a la matrona por algún motivo diferente al embarazo?
- *Sí, para hacerme las revisiones.*
- ¿Y en qué crees que estas consultas te pueden ayudar?
- *Para tratar infecciones y para orientarte en cómo no tener hijos o problemas.”*

(Mujer de 53 años, nivel SE III, nivel preventivo adecuado)

- ¿Has ido alguna vez al ginecólogo o a la matrona por algún motivo diferente al embarazo?
- *Si, normalmente voy a revisiones médicas y a veces he ido también para aclarar alguna dudas sobre síntomas que he tenido.*
- ¿Qué finalidad crees que tienen este tipo de consultas?
- *Pues bueno para ir revisando que todo está bien, para tratarte si tienes alguna enfermedad, y también me pueden asesorar a nivel familiar, si quiero procrear o de relaciones sexuales y a evitar enfermedades que se puedan contagiar.”*

(Mujer de 41 años, nivel SE III, nivel preventivo adecuado)

Otros ejemplos de visiones más curativas, las encontramos en mujeres de niveles socioeconómicos más bajos y que no acuden a las consultas:

- ¿Has ido alguna vez al ginecólogo o a la matrona por algún motivo diferente al embarazo?
- *No nunca, solo embarazada y entonces me mandaban al Taulí (hospital) porque soy diabética, y luego me decían que fuera al CAP, pero nunca iba más.*
- ¿Y por qué no ibas? *No sé... porque soy un poco dejada (risa)*
- ¿Pero para que crees tú que sirve? *Es decir... ¿En qué crees que te pueden ayudar?*
- *Pues para que todo esté bien.. no sé..”*

(Mujer de 30 años, nivel SE V, baja utilización de los programas preventivos)

- ¿Has ido alguna vez al ginecólogo o a la matrona por alguna sin haber estado embarazada?
- *Si, fui porque me encontraba mal.*
- ¿En qué piensas tú que estas consultas te pueden ayuda?
- *Pues me han tratado en enfermedades que he tenido de los ovarios, recetando medicamentos... cosas así... es que no he ido mucho la verdad.*

(Mujer de 26 años, nivel SE V, baja utilización de los programas preventivos)

- ¿Has ido alguna vez al ginecólogo o a la matrona por algún motivo diferente al embarazo?
- *Si fui hace dos años por dolor en el ovario, pero no me quisieron atender y me fui a uno particular.*
- ¿Por qué no te quisieron atender?
- *Porque no tenía hora, me equivoque de día, y fui pensando que era ese día y me dijeron que tenía que volver a pedir cita. Yo tenía dolor y me daban para tres semanas más tarde, así que me fui de pago y al final me tuvieron que operar y todo.*
- ¿Y para revisiones has ido?
- *No, sólo me preocupaba el ovario.*
- ¿En qué crees que estas consultas te pueden ayudar?
- *No lo sé bien, supongo que para cuando tienes problemas así que te traten rápido.*

(Mujer de 35 años, nivel SE V, baja utilización de los programas preventivos)

Continuando el análisis de las interacciones entre las subcategorías “Acude/No Acude” y esta vez con la subcategoría “Sentimientos” que engloba los diferentes sentimientos que las entrevistadas refieren ante el hecho de tener que acudir a la visita ginecológica, encontramos diferentes vivencias que pueden bien favorecer o bien dificultar dicha asistencia.

El principal sentimiento que se puede establecer como facilitador es el sentimiento referido por las entrevistadas como de tranquilidad ante el hecho de comprobar que está bien y que no tiene ningún problema de salud:

- *“ Ir al ginecólogo no me cuesta: me siento mejor, porque cuando me revisan me siento más tranquila”.*

(Mujer de 28 años, nivel SE IV, utilización adecuada de los programas preventivos)

- *“Nunca he tenido problema a que me exploren sé que voy al médico, así que no me da reparo y además me quedo más tranquila.”*

(Mujer de 41 años, nivel SE III, utilización adecuada de los programas preventivos)

Por el contrario en mujeres que no acuden, encontramos el sentimiento antagónico: el miedo. En tres de las entrevistadas aparecía el miedo como sentimiento que dificulta el asistir, se trata de un temor por la confirmación de la enfermedad.

- *“Como tengo miedo por lo que le ha pasado a mi hermana^g, no vengo. Además a veces tengo dolores por ahí abajo y no vengo porque me da miedo que tenga cosas malas.”*

(Mujer de 30 años, nivel SE V ,baja utilización de los programas preventivos)

- *“Tengo que convencerme a mí misma, porque me da miedo, y me siento incomoda de que me miren.”*

(Mujer de 28 años, nivel SE V, baja utilización de los programas preventivos)

Finalmente un sentimiento común en la mayoría de las entrevistadas, tanto en las que acuden como en las que no, y que todas ellas sitúan como un elemento que dificulta el acudir es el sentimiento de vergüenza y que se debe básicamente al hecho de tener que realizarse una exploración ginecológica.

^g La hermana murió de cáncer.

- *“No voy nunca, ya sé que me tendría que cuidar pero soy dejada.*
- *¿Por qué no has ido nunca a revisarte?*
- *Me da reparo, sé que hay que ir, pero me da reparo, todo lo que sea tratar de eso me da reparo, no me gusta.”*

(Mujer de 26 años, nivel SE V baja utilización de los programas preventivos)

- *“¿Qué cosas hacen difícil que vayas a la consulta del ginecólogo?*
- *Bueno, que te miren no es agradable, es la consulta más incomoda... porque siempre da un poco de reparo.”*

(Mujer de 36 años, nivel SE IV, utilización adecuada de los programas preventivos)

- *“ Hacerme la ecografía, que te miren por dentro da mucha vergüenza”*

(Mujer de 35 años, nivel SE V, baja utilización de los programas preventivos)

- *“¿Qué cosas hacen que sea difícil ir a la consulta?*
- *Pues que da vergüenza, pero hay que ir. Si es una mujer es mejor”*

(Mujer de 56 años, nivel SE V ,baja utilización de los programas preventivos)

- *“Y en concreto a las consultas de ginecología.*
- *¿Qué cosas hacen difícil el acudir?*
- *La postura, que te vean las intimidades, no es nada agradable.”*

(Mujer de 53 años, nivel SE V, baja utilización de los programas preventivos)

Como resumen de lo expuesto hasta el momento, en la figura 4, se reflejan las relaciones entre las propiedades de la categoría, identificadas como factores favorecedores y los elementos que actúan como barreras de la asistencia a la Consulta Preventiva de Ginecología.



Figura 4. Relaciones entre las propiedades de la categoría Asistencia a la Consulta Preventiva

6.2.2. ASISTENCIA A LA CONSULTA PREVENTIVA: INTERACCIONES, ESTRATEGIAS Y TÁCTICAS.

Una vez analizado como varía la categoría influida por sus propiedades, se realiza el análisis con el resto de las categorías, buscando variaciones e interacciones entre ellas.

6.2.2.1 Actitud Preventiva:

Encontramos en ella dos propiedades;

- *Actitud preventiva activa*: Esta propiedad englobaba conductas de autocuidado, entender la prevención como un estilo de vida saludable y/o la capacidad de buscar información sobre el cuidado de la salud. El análisis de las entrevistas nos muestra que las mujeres que acuden de forma regular a la consulta preventiva también mantienen una actitud activa ante el resto de la prevención.

- *“Es importante, si, me hago revisiones cada año y estoy pendiente de mi cuerpo. En general me cuido mucho: vigilo lo que como, no como carne, no fumo, no tomo alcohol y hago deporte.*
- *¿Cuándo te han hecho alguna revisión o visita, has entendido bien lo que te explicaban o lo que te iban a hacer?*
- *Sí y si no he preguntado, soy de preguntar bastante”*

(Mujer de 41 años, nivel SE III, utilización adecuada de los programas preventivos)

- “ ¿Me puedes decir que es para ti prevenir?
- *Pre- venir (risas), adelantarte a algo que pueda venir.*
- ¿Lo consideras importante?
- *La verdad es que sí, me parece importante y le dedico tiempo.*
- Ahora te preguntaré otras cosas relacionadas con la prevención en general: por ejemplo ¿cuidas tu alimentación? ¿Haces ejercicio? ¿Fumas?...
- *No fumo, tampoco bebo alcohol, bueno en verano cervezas pero poca cosa más... También hago algo de deporte y salgo a caminar. Y lo de la alimentación, sí, intento que comamos de todo, tanto por mí como por los críos...”*

(Mujer de 36 años, nivel SE IV, utilización adecuada de los programas preventivos)

- *Actitud preventiva pasiva:* Es la propiedad antagónica, por lo que engloba visiones curativas, falta de interés por la prevención y estilos de vida menos saludables, como podemos comprobar en palabras de las propias mujeres:

- “ ¿Qué es para usted prevenir?
- *Prevenir... realizar pruebas y ver si hay problemas.*
- ¿Le dedica tiempo?
- *Sé que es importante, pero no, soy muy descuidada.*
- Y en cuanto a otras cosas relacionadas con la prevención en general: por ejemplo ¿cuida su alimentación? ¿Fuma? ¿Hace deporte?
- *Tampoco lo hago muy bien, no hago nada de ejercicio, como poco, beber a veces, en general con las comidas, y bueno, fumar no fumo, de joven sí, pero ahora ya no.”*

(Mujer de 53 años, nivel SE V, baja utilización de los programas preventivos)

- “¿Qué es para ti prevenir?
- *Prevenir, o sea, a ver... ir a un médico para que me hagan un estudio, para que no llegue la enfermedad.*
- ¿Y para ti esto es importante? ¿Tú crees que le dedicas tiempo?
- *Sé que es importante, pero no tengo tiempo (...)*
- Ahora te preguntaré otras cosas relacionadas con cuidarse: por ejemplo ¿cuidas tu alimentación?
- *No tengo mucho tiempo, cocino cosas rápidas.*
- ¿Te gusta hacer deporte o tienes tiempo para practicarlo?
- *No, no me gusta mucho. En el trabajo ya hago mucho deporte (risa)*
- ¿Sabes que comer bien, hacer ejercicio no fumar y no beber, son cosas que te ayudan a no enfermar?
- *No eso no lo sabía”*

(Mujer de 28 años, nivel SE V, baja utilización de los programas preventivos)

- “¿Pero por qué no te las haces? (las revisiones) ¿no te parece importante?
- *Si es importante pero yo soy para mi soy dejada, los demás si, son lo primero mi marido y mis hijos, pero yo para mi pienso ya iré y luego no voy (...)*
- Ahora te preguntaré otras cosas relacionadas con la prevención en general: por ejemplo ¿cuidas tu alimentación? ¿Haces ejercicio? ¿Fumas?...
- *Fumo bastante (risas) pero no bebo (risa)*
- ¿Y haces algo de ejercicio?
- *No tampoco*

(Mujer de 26 años, nivel SE V, baja utilización de los programas preventivos)

6.2.2.2 Falta de Tiempo para prevenir:

Esta categoría engloba los diferentes motivos por los que las mujeres consideran que no tienen tiempo para acudir a la consulta o bien para realizar actividades preventivas. Los motivos que se extraen del análisis son la falta de tiempo por el tipo de trabajo, siendo el empleo como asistente o empleada en el hogar el que muestra mayores inconvenientes para que las mujeres encuentren tiempo para asistir a las actividades preventivas, el segundo motivo, que las mujeres manifiestan que no les deja tiempo para la prevención es por la priorización de cuidar a la familia antes que a ella misma.

Ejemplos de ello pueden ser los siguientes:

- *“ Sé que es importante, pero no tengo tiempo.*
- *¿Por qué no tienes tiempo?*
- *Por mi trabajo.*
- *¿En que trabajas?*
- *Limpio casas y no puedo faltar a no ser que sea importante*
- *Pero ¿me has dicho que sabes que es importante?*
- *Ya (risas) pero ganar dinero también.”*

(Mujer de 28 años, nivel SE V, baja utilización de los programas preventivos)

- *“Si estás trabajando no puedes faltar, hay que ir al acabar y al acabar es muy tarde, también me tengo que ocupar de mi casa.*
- *¿En que trabajas?*
- *Limpio casas.”*

(Mujer de 35 años, nivel SE V, baja utilización de los programas preventivos)

- “¿Pero por qué no te haces las revisiones? ¿No te parece importante?
- *Si es importante pero yo para mi soy dejada, los demás si, son lo primero mi marido y mis hijos, pero yo para mi pienso ya iré y luego no voy porque no tengo tiempo.”*

(Mujer de 30 años, nivel SE V, con baja utilización de los programas preventivos)

En algunas ocasiones el cuidado familiar absorbe el tiempo de las mujeres y su implicación a “tiempo completo” en el cuidado les impide dedicarse a nada más; como se muestra en el siguiente caso:

- “Decía usted, que es descuidada para usted, pero ¿hace años si que se revisaba?...
- *Si bueno, he estado cuidando de él, ha sido una enfermedad muy mala, no piensas en nada más.”*

(Mujer de 53 años, nivel SE V, baja utilización de los programas preventivos)

6.2.2.3 Relación con los profesionales sanitarios

La categoría *Relación con los profesionales sanitarios*, englobaba tanto factores de comunicación como de expectativas de trato y características personales que las mujeres consideran adecuadas en los profesionales para favorecer la asistencia.

6.2.2.3.1 Características deseadas en los profesionales:

Comenzando con esta propiedad, podemos ver que el perfil del profesional que contribuye a facilitar la asistencia es bastante homogéneo. Las características más

deseadas son amabilidad, confianza, facilitador de información y que el profesional sea de sexo femenino.

A continuación se pueden comprobar descripciones de las cualidades profesionales esperadas por las mujeres:

- *“Desde fuera lo que vemos es si es amable o no, el trabajo técnico desde fuera no sabemos si lo hacen bien o mal, puedo sentir si me hace daño o no y si es amable o no, otra cosa no, entonces lo importante es que sean agradables y te expliquen para que no te pongas nerviosa.”*

(Mujer de 53 años, nivel SE III, utilización adecuada de los programas preventivos)

- *“Que te transmita confianza, una persona que ante la situación que es, que te sientes vamos a decir pudorosa, lo haga lo más fácil posible. Cercana y que tratara el tema como lo más natural posible.”*

(Mujer de 41 años, nivel SE III, utilización adecuada de los programas preventivos)

- *“¿Y cómo tendrían que ser los profesionales que te atienden para sentirte más segura y o cómoda en la visita?*
- *Ser humanos, que entiendan que la gente lo pasa mal, y te traten bien.”*

(Mujer de 53 años, nivel SE V, baja utilización de los programas preventivos)

- *“¿Para qué te diera menos reparo... que te ayudaría?*
- *Que supiera que era una mujer, con un hombre me corto más, ya ves... una mujer maja... y siempre la misma, que me conociera.”*

(Mujer de 28 años, nivel SE V, baja utilización de los programas preventivos)

6.2.2.3.2 *Comunicación con los profesionales:*

La mayoría de las entrevistadas la consideran adecuada, tanto en lo que respecta al trato recibido como por las explicaciones otorgadas, aunque en algunos casos (2 de 10) las mujeres se han mostrado críticas en algún punto o manifiestan problemas de comunicación:

- *“¿Por qué no te quisieron atender?”*
- *Porque no tenía hora, me equivoque de día, y fui pensando que era ese día y me dijeron que tenía que volver a pedir cita. Yo tenía dolor y me daban para tres semanas más tarde, así que me fui de pago y a final me tuvieron que operar y todo.*

(Mujer de 35 años, nivel SE V, baja utilización de los programas preventivos)

- *Pues no la verdad, es que explicar no lo explican, lo que pasa que a estas alturas ya sabemos de que se trata una revisión ginecológica, pero allí donde voy, son bastante... yo diría poco amables, no voy a decir que no sean profesionales, ni mucho menos, seguramente hacen bien su labor pero explican poco o nada.*

(Mujer de 53 años, nivel SE III, utilización adecuada de los programas preventivos)

6.2.2.4 Factores administrativos

6.2.2.4.1 Problemas administrativos/ No problemas

El análisis de las citas presente en la tabla nos muestra que la mayoría de las entrevistadas (6 de 10) refiere no haber tenido problemas a las horas de pedir visita o pruebas complementarias.

En cuanto a las personas que si refieren haber tenido problemas, el principal motivo de queja son las programación de citas a largo plazo, porque hacen que sea fácil olvidarse o bien que llegada la fecha coincidan con trabajo.

- “¿Cuándo has tenido que pedir cita ... ¿ Has tenido dificultades?
- *Que las citas son muy largas, pero bueno hay que ser comprensivas con la situación de la seguridad social.”*

(Mujer de 36 años, nivel SE IV utilización adecuada de los programas preventivos)

- “¿Has tenido dificultades para pedir consulta o realizarte pruebas?
- *Años atrás era imposible por teléfono pedir cita tenias que ir en persona y hacer mucha cola, ahora es más fácil, pero cuesta.”*

(Mujer de 53 años, nivel SE III, utilización adecuada de los programas preventivos)

- “¿Qué cosas te hacen difícil acudir a la consulta?
- *Pues el tener que pedir hora con mucho tiempo, porque cuando llega el momento por trabajo no puedes ir...”*

(Mujer de 28 años, nivel SE V, baja utilización de los programas preventivos)

- “¿Has tenido problemas para pedir pruebas o visita?
- *Te dan hora para dentro de muchos días, y es fácil que luego no puedas ir o que se te olvide.”*

(Mujer de 35 años, nivel SE V, baja utilización de los programas preventivos)

6.2.2.4.2 *Sistemas recordatorios de visitas*

Como estrategia ante el problema de los olvidos manifestados en la categoría anterior, en esta categoría encontramos las sugerencias de las entrevistadas para evitarlos, destacando la apuesta por las nuevas tecnologías como el móvil o el correo electrónico.

- “¿Cómo te podrían avisar para que no se te olvidase ir a la revisión?
- *Pues mediante un correo electrónico carta o mensaje de móvil que es lo que más miramos ahora.”*

(Mujer de 26 años, nivel SE V, baja utilización de los programas preventivos)

- “Respecto a las citas, ¿cómo te podrían avisar para que no se te olvidase ir a la revisión?
- *Con que me avisen un mes antes por carta o mensaje yo ya me acordaría, y si surge algo te da tiempo a cambiarlo.*

(Mujer de 28 años, nivel SE V, baja utilización de los programas preventivos)

- “¿Y para que no se te olvidaran las citas? ¿Qué te ayudaría a recordarlas?
- *Los mensajes del móvil.*

(Mujer de 30 años, nivel SE V, baja utilización de los programas preventivos)

6.2.2.4.3 Horarios

En esta categoría se recogía las preferencias horarias de las entrevistadas para acudir a las consultas. El análisis nos muestra que la mayoría de ellas (8 de 10) prefieren las consultas de tarde ya que tanto por el trabajo como por la familia, es el rango horario en el que es más fácil acudir.

- “¿Para ti, cuál sería el mejor horario para acudir a las consultas?
- *El mejor... la noche que seguro que no trabajo (risa), no, la tarde a última hora... las mañanas son imposibles.”*

(Mujer de 28 años, nivel SE V, baja utilización de los programas preventivos)

- “¿Cuál sería el mejor horario para acudir a las consultas?
- *Por la tarde para que fuese compatible con el trabajo, no está la cosa para ir faltando”.*

(Mujer de 36 años, nivel SE IV, utilización adecuada de los programas preventivos)

- “¿Qué cosas hacen que te cueste o qué sea difícil ir a la consulta?
- *Sobre todo el horario porque trabajo hasta tarde.*
- ¿Qué horario es el que te iría mejor?
- *Pues por la tarde a partir de las cinco, pero estas horas cuesta que te den.”*

(Mujer de 35 años, nivel SE V, baja utilización de los programas preventivos)

Las relaciones analizadas hasta el momento se pueden clasificar como factores favorecedores y barreras a la Asistencia a la Consulta ginecológica preventiva, estas relaciones se representan en la figura 5.

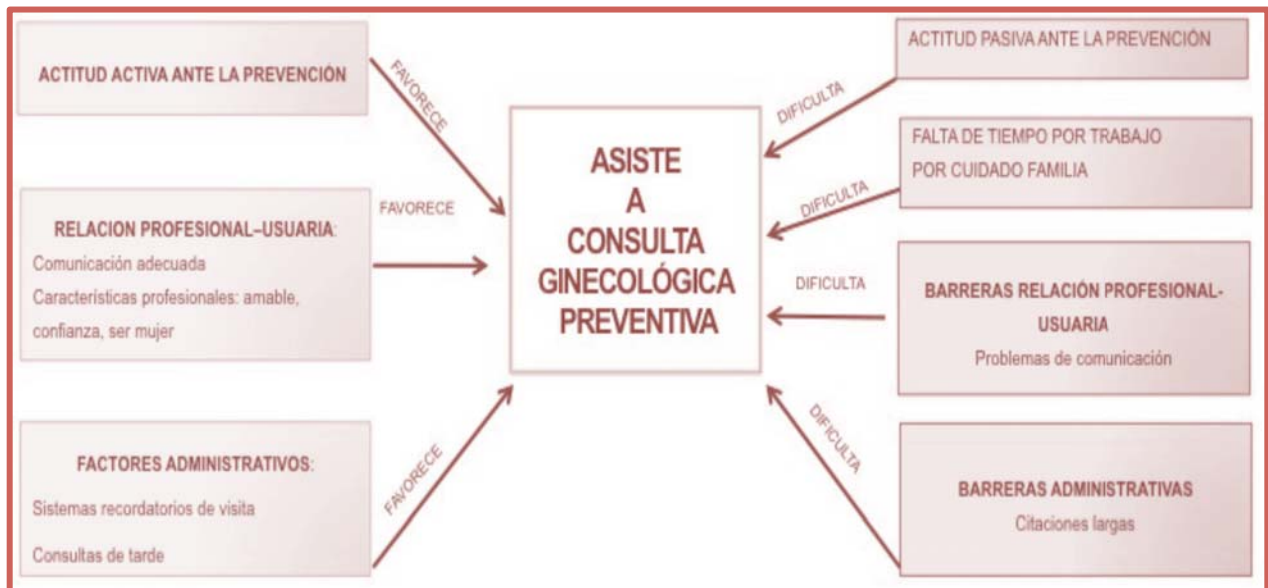


Figura5: Favorecedores y barreras a la Asistencia a la consulta ginecológica preventiva.

6.2.3. ASISTENCIA A LA CONSULTA PREVENTIVA: CONSECUENCIAS

El análisis que se realizará a continuación explorará otro tipo de relación entre variables: las consecuencias que produce el acudir o no a la consulta preventiva, sobre las categorías relacionadas con los diferentes programas preventivos en ginecología.

6.2.3.1 Asistencia a consulta y Cribaje de cáncer de cérvix:

En la tabla podemos ver que cuatro de las entrevistadas realizan el cribaje de cáncer de cérvix de forma adecuada, mientras que en las otras seis, se han realizado citologías aisladas, la mayoría de ellas coincidiendo con el embarazo, otras con frecuencias muy superiores a los cuatro años, y en dos casos no se habían realizado nunca una citología. Analizando estos factores con la asistencia a la consultas, encontramos en el análisis de las entrevistas que las mujeres que asisten de manera regular a las consultas realizan así mismo un cribaje adecuado del cáncer de cérvix:

- “¿Te has realizado alguna vez una citología?
- *Si cada año.*
- ¿Sabes para qué sirve la citología?
- *Para prevenir el cáncer de útero.*

(Mujer de 41 años, nivel SE III, utilización adecuada de los programas preventivos)

- “¿Alguna vez te has realizado una citología?
- *Si, varias veces, me la hago cada vez que voy para revisión”*

(Mujer de 28 años, nivel SE IV, utilización adecuada de los programas preventivos)

- “¿Alguna vez te has realizado una citología?
- *Si antes cada año, ahora cada tres.*
- ¿Sabes para qué sirve?
- *Para buscar el cáncer ginecológico.”*

(Mujer de 53 años, nivel SE III, utilización adecuada de los programas preventivos)

Por el contrario, a las mujeres que no acuden, no se les puede realizar el cribaje, ya que no es un programa con una estructura independiente, sino que es un cribaje que depende de la mujer acuda a la consulta y a partir de ahí es citada para nuevas revisiones. En este tipo de mujeres, se aprovecha el embarazo para realizar el cribaje pero con el riesgo de que si no vuelven a visitarse tras él, sólo será una determinación puntual. Se observa así mismo una asociación de esta conducta con la falta de información y conocimiento de la necesidad o utilidad de la prueba.

- “¿Alguna vez te has realizado una citología?
- *Es que no sé lo que es...*
- ¿El Papanicolaou?
- *Me parece que si una vez al principio del embarazo.”*

(Mujer de 28 años, nivel SE V, baja utilización de los programas preventivos)

- “¿Te has realizado alguna vez una citología?
- *Creo que hace unos 15 años, cuando vivía en Almería.*
- ¿Sabe para qué sirve la citología?
- *No, no lo sé.”*

Mujer de 53 años, nivel SE IV, baja utilización de los programas preventivos)

- “¿Te has realizado alguna vez una citología o la prueba de Papanicolaou?
- *No creo que no.*
- ¿Sabes para qué sirve o lo que es?
- *No, no sé”*

(Mujer de 35 años, nivel SE V, baja utilización de los programas preventivos)

Estas relaciones entre la categoría Cribaje de cáncer de cérvix y Asistencia a la consulta ginecológica preventiva se resumen en la figura 6.

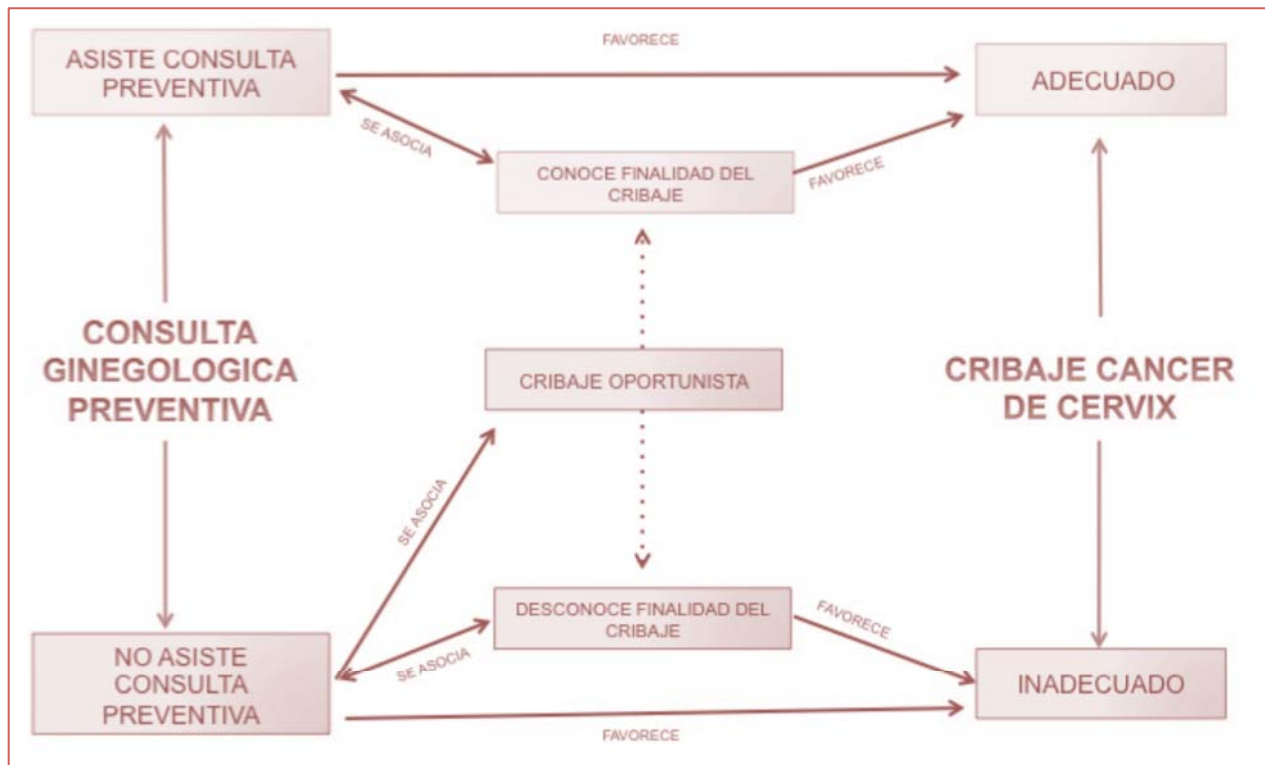


Figura6: Relación entre Asistencia a la consulta y Cribaje de Cáncer de Cérvix

6.2.3.2 Asistencia a consulta y Planificación Familiar:

Entre las entrevistadas 7 han tenido embarazos no planificados, y 6 o no utilizan ningún método o utilizan métodos no pautados ni controlados.

Observando la relación entre la categoría Planificación Familiar y la Asistencia a la consulta, vemos que entre las mujeres que acuden de manera regular a la consulta existe un mejor control de la planificación de los embarazos y los métodos anticonceptivos utilizados han sido pautados por profesionales sanitarios.

- “¿Has utilizado algún método para controlar los hijos que quiere tener?”
- *Sí, no quería tener hijos y no he tenido.*
- ¿Y dónde has acudido para que te dieran información sobre los métodos?
- *A planificación familiar del ambulatorio.”*

(Mujer de 41 años, nivel SE III, utilización adecuada de los programas preventivos)

- “ ¿Qué métodos anticonceptivos has utilizado?”
- *El método que me iba mejor era el Ebra, los parches.*
- ¿Quién te los receto o te ayudo a decir que usar?
- *Con la comadrona del ambulatorio para que me recomendara el método más adecuado.*
- ¿Has tenidos hijos?
- *Uno*
- ¿Decidiste en que momento tenerlos?
- *Sí con mi pareja”*

(Mujer de 28 años, nivel SE IV, utilización adecuada de los programas preventivos)

Por el contrario, en mujeres que no acuden a las consultas de manera regular o preventiva, se puede observar que es más difícil el asesoramiento sobre anticoncepción por lo que la planificación familiar es deficitaria.

Estas mujeres no han conceptualizado la contracepción como actividad preventiva, para ellas la fertilidad, constituyen parte del proceso natural de la vida, se observa también una cierta intolerancia hacia determinados métodos anticonceptivos:

- “¿Para controlar quedarte o no embarazada, qué métodos has utilizado? *Ninguno. Hasta ahora usamos el preservativo. Es lo único, así...*
- ¿Has tenidos hijos?
- *Sí, seis.. Pero una murió, tengo cinco ahora.*
- ¿Murió una niña?
- *Si en el parto fue una muerte súbita. Luego, fuimos al de esto... y vimos que a la niña se la paró el corazón...muerte súbita me dijeron (...)*
- ¿Decidiste en qué momento tenerlos?
- *No, porque siempre me enterado de cuando estaba de tres o cuatro meses. De seis hijos, un embarazo sólo que busque....el de entremedio... (Risas)... el que tiene ahora seis años. Y ahora a ver porque él quiere tener otro hijo, y yo no, yo no puedo más.*
- ¿Y quién te informa sobre como no tener más? Si es lo que quieres...
- *A mi nadie.*
- ¿Y dónde crees que podrías ir a pedir información?
- *No sé*
- *Pues tendrías que ir al Cap, a tu comadrona y ella te explicará.”*

(Mujer de 30 años, nivel SE V, baja utilización de los programas preventivos)

- “¿Qué métodos anticonceptivos has utilizado?
- *Use pastillas y las deje porque no me sentaban bien.*
- *Ahora usamos preservativo o marcha atrás.*
- ¿Has tenidos hijos?
- *Si*
- ¿Decidiste tu en qué momento tenerlos?
- *No, fue un descuido (risa)”*

(Mujer de 26 años, nivel SE V, baja utilización de los programas preventivos)

6.2.3.3 Asistencia a la Consulta y cribaje del cáncer de mama.

El análisis de las entrevistas nos muestra que la prevención del cáncer de mama se nos muestra como una categoría bastante independiente de la asistencia a la consulta, ya que la mayoría de las mujeres (7 de 10) conocen su existencia y finalidad.

- “¿Y mamografías, se las vas haciendo?
- *Si me llaman del programa*
- *¿Sabe para qué sirve la mamografía?*
- *Para ver si tengo cáncer de pecho.*
- *¿Y cómo se lo puedes detectar o vigilar tu misma?*
- *Me miro el pecho y voy cuando toca.*
- *¿Quién le ha enseñado a hacerte la exploración?*
- *En el programa la enfermera”.*

(Mujer de 56 años, nivel SE V ,baja utilización de los programas preventivos)

- “¿Te has realizado alguna mamografía
- *Si me las hago cada dos años.*
- *¿Sabes que detecta la mamografía?*
- *Claro, el cáncer de mama.*
- *¿Y cómo te lo puedes detectar o vigilar tu misma, lo sabes?*
- *Mediante palpaciones que me hago cada mes e ir mirando y si te encuentras algo ir al médico a que te lo mire y eso se complementa con las mamografías.”*

(Mujer de 53 años, nivel SE III, utilización adecuada de los programas preventivos)

- “Fui hace tres años a revisión, para empezar a mirarme el pecho, y me pidieron mamografías.
- *¿Sabes para qué sirve la mamografía?*
- *Para ver si tienes un cáncer.*
- *A parte de la mamografía ¿usted se explora?*
- *La verdad es que no, me da bastante angustia.”*

(Mujer de 53 años, nivel SE IV, baja utilización de los programas preventivos)

6.2.3.4 Conocimiento de signos alarma o prevención cáncer ginecológicos

Mediante el análisis se hace patente el desconocimiento prácticamente generalizado de la finalidad del cribaje de cáncer de cérvix. La mayoría de las mujeres desconocen que su finalidad es detectar el cáncer de cérvix. Por el contrario, la mayoría de las mujeres saben que la mamografía detecta el cáncer de mama.

- “¿Te has realizado alguna vez una citología o la prueba de Papanicolaou?
- *No creo que no.*
- ¿Sabes para que sirve o lo que es?
- *No, no sé*

(Mujer de 28 años, nivel SE V ,baja utilización de los programas preventivos)

- “¿Alguna vez te has realizado una citología?
- Eso es lo del flujo ¿no?...Alguna
- ¿Sabes para qué sirve?
- *Para irte controlando, no sé bien.*
- ¿Sabes que síntomas dan los cáncer ginecológicos?
- *No*
- ¿Y el cáncer de mama?
- *Si, sale un bulto.*

(Mujer de 56 años, nivel SE V, baja utilización de los programas preventivos)

- “ ¿Has oído hablar del cáncer del cuello de la matriz o de algún otro cáncer de la mujer?
- *El de pecho.*
- ¿Y algún otro?
- *No.*
- ¿Qué cosas te harían ir a consultar por pensar que tienes algo malo?
- *Pues si me duele como cuando me dolía el ovario.”*

(Mujer de 35 años, nivel SE V, baja utilización de los programas preventivos)

- “ ¿Alguna vez te has realizado una citología?
- *Si, al CAP, la “llevadora”, cada dos años.*
- ¿Sabes para qué sirve?
- *Para prevenir diferentes enfermedades...*
- ¿Sabes que síntomas dan los cáncer ginecológicos, o por ejemplo que es el cáncer de cérvix o de cuello del útero...?
- *No ni idea, de esos canceres no sé nada.*
- ¿Y sabes que detecta la mamografía?
- *Claro el cáncer de mama.*
- ¿Y cómo te lo puedes detectar o vigilar tu misma, lo sabes?
- *Mediante palpaciones que me hago cada mes e ir mirando y si te encuentras algo ir al médico a que te lo mire y eso se complementa con las mamografías.*

(Mujer de 36 años, nivel SE IV, utilización adecuada de los programas preventivos)

Como resumen final en la figura 7 se representa de forma gráfica las relaciones entre la categoría central Asistencia a la Consulta, con sus dos subcategorías (Asiste/ No Asiste) y las relaciones que establecen cada una de ellas con las categorías relacionadas con los programas preventivos descritos.

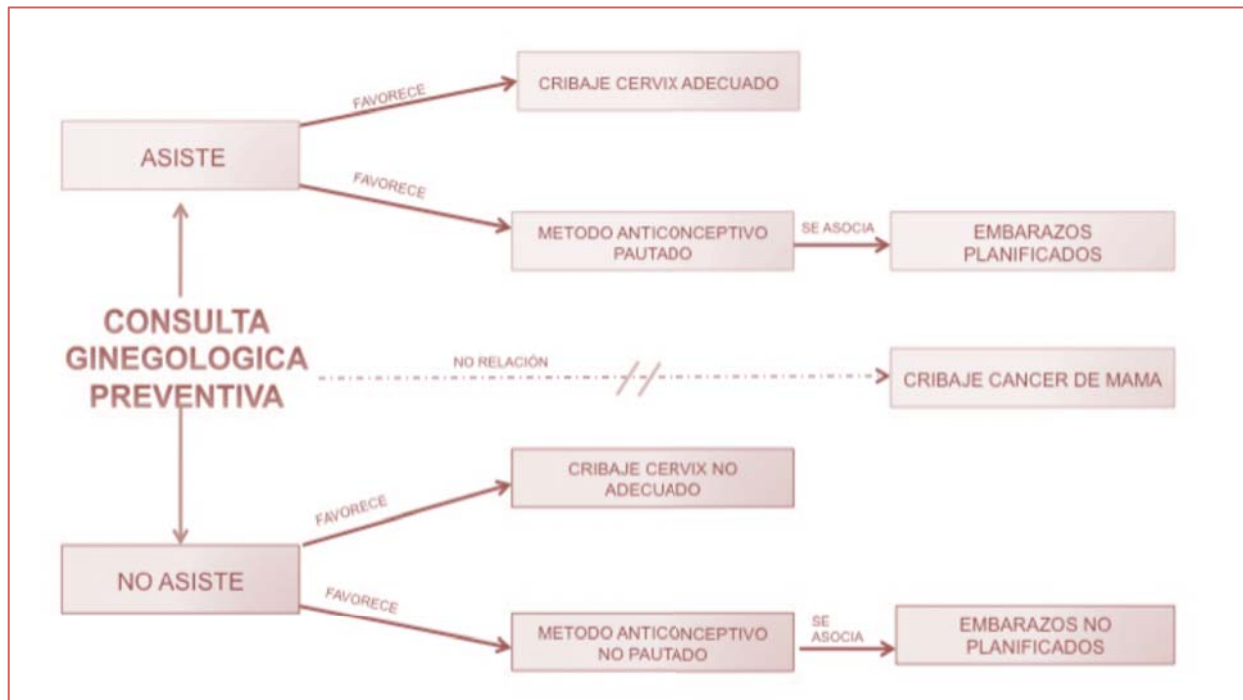


Figura 7: Relación entre Asistencia a la consulta y los programas preventivos.

7.DISCUSIÓN

7.1 DISCUSIÓN DE LOS DATOS

UTILIZACIÓN DE LAS CONSULTAS PREVENTIVAS EN ATENCIÓN SEXUAL Y REPRODUCTIVA.

En función de los resultados se puede concluir que el grado de utilización de las consultas preventivas en atención sexual y reproductiva es elevado, ya que sólo un 10,67 % de las mujeres encuestadas refiere no haber acudido nunca. Comparando el mismo indicador de utilización, con datos de ámbito nacional, el grado de utilización de la población de estudio es mejor que el que mostraba la Encuesta de Nacional de Salud en el año 2006, ya que en ella se obtenía un porcentaje de *NO consulta* del 17,6%.⁽⁹⁶⁾

En cuanto a la identificación de grupos vulnerables encontramos que en función de la edad, las tasas de menor utilización (8,73%) se encuentran en la franja de edad menor de 40 años.

Los datos muestran tendencia de utilización de los servicios incrementada con la edad; esta tendencia también se aprecia en la Encuesta Nacional de Salud.⁽⁹⁶⁾ Dicha observación puede deberse a que a medida que aumenta la edad también se incrementan las necesidades del servicio asistencial y por ello se produce una mayor frecuentación de las consultas, por lo que no se justificaría una desigualdad en función de la edad. Estas diferencias en la frecuencia de utilización no se explicarían por tanto

por cuestiones de inequidad, sino que es más probable que puedan deberse a diferencias en las necesidades de utilización y a las características de los programas de cribaje ginecológico, que generalmente suelen tener como población diana a las mujeres mayores de 40 años.

Sin embargo, fijándonos en la frecuentación estratificada por niveles socioeconómicos, los diferentes análisis muestran como a medida que disminuye el nivel SE aumentan los porcentajes de mujeres que no han acudido nunca a las consultas preventivas en Salud Sexual y Reproductiva. Del 10,67 % de mujeres que no habían acudido nunca a las consultas preventivas, un 7,67% pertenecen al nivel SE V, es decir a las pertenecientes a las capas más desfavorecidas de la población.

La comparación de medias demuestra que las diferencias de utilización entre los grupos socioeconómicos I a III y los grupos IV a V muestra una relevancia estadística altamente significativa ($p < 0.000$), por lo que las mujeres de niveles SE más bajos tienen mucho mayor riesgo de no acudir nunca a las consultas.

Además del grado de utilización, es importante analizar dentro del grupo de mujeres que han acudido alguna vez a las consultas preventivas, qué porcentaje de ellas realizan visitas aisladas o esporádicas. Nuevamente los datos obtenidos en nuestra población aportan mejores resultados que los publicados en la Encuesta Nacional de Salud, ya que en ella encontramos que un 16,72% de las encuestadas había acudido por última vez hacía más de 4 años, frente al 11,7 % observado en nuestra muestra.

Nuevamente comprobamos que el mayor porcentaje de visitas aisladas o con frecuencias superiores a los cuatro años pertenecen al nivel SE V (8,52%).⁽⁹⁶⁾

En cuanto a los motivos de consulta, el porcentaje de consulta preventiva es ligeramente inferior a los resultados que obtenía la Encuesta Nacional de Salud, en la cual el motivo principal de consulta en la última visita ginecológica, fue la realización de la revisión periódica (76,5%), seguido de la demanda por algún problema ginecológico (16,8%), mientras que en nuestra muestra los motivos prioritarios fueron revisión periódica en el 74,9% y en el 25, 1% la demanda se debía a algún problema ginecológico.⁽⁹⁶⁾

Esta distribución se mantiene en todos los grupos de edad, detectando la desaparición de los motivos relacionados con la contracepción en el grupo de mujeres mayores de 50 años y alcanzando el valor más alto en menores de 30 años. Existe también un aumento de las consultas por patología entre los 40 y 50 años (8,76%) que puede estar justificada por un aumento de la prevalencia de ciertas patologías ginecológicas en dicha franja de edad.

En la Encuesta Nacional de Salud tampoco se encontraban diferencias en la distribución por edades a excepción de las variaciones referentes a la demanda de planificación familiar, que aumentaba en menores de 30 años. Este hecho también se observa en nuestra muestra.

En el análisis por niveles socioeconómicos, podemos ver como la tasa de consulta por patología aumenta a medida que disminuye el nivel socioeconómico, no apareciendo en el Nivel SE I y alcanzando su máximo en el Nivel SE V (12,25%)

A partir del análisis de los factores de riesgo mediante la prueba de Chi cuadrado, podemos concluir que las clases menos aventajadas tienen más riesgo de no acudir a las consultas preventivas ($p < 0.000$), y que cuando acuden lo hacen con mayor frecuencia por motivos relacionados con la patología y no por prevención ($p < 0.000$) y si acuden, las visitas aisladas o las frecuencia en las visitas superiores a cuatro años, también tienen una mayor prevalencia($p < 0.000$) .

Podemos decir por tanto que el análisis nos muestra que existen barreras en el acceso por causas socioeconómicas, y que existen diferencias significativas en la utilización de las consultas preventivas en base a los niveles socioeconómicos, ya que la distribución de las tasas de peor utilización no es aleatoria, sino que se concentra de manera significativa en los niveles SE más bajos. Estas diferencias se nos antojan manifiestamente injustas ya que no existen argumentos relacionados con las necesidades de salud que impliquen una utilización diferente en función a la clase social.

El análisis cualitativo nos muestra como se vincula la asistencia a la consulta al resto de programas, de manera que las mujeres que no acuden tienen un cribaje deficitario de cáncer de cérvix y una planificación familiar más deficitaria.

También se puede comprobar que las mujeres que no acuden desconocen los beneficios de los servicios preventivos que estas consultas les pueden ofrecer y la relacionan sólo como una solución a la patología aguda o con el control del embarazo. Se muestra por tanto una falta de integración de la prevención en su estilo de vida, consecuencia del desconocimiento de los beneficios de la misma.

El análisis de las entrevistas nos muestra también, que las mujeres que no acuden de forma regular, desconoce los signos y síntomas por los que tendrían que acudir a una visita ginecológica, identificando como motivos de alarma únicamente la aparición de un bulto en el pecho o la presencia de algún tipo de dolor.

Del análisis también se extrae que el acudir a la consulta provoca, en un determinado sector de la población, sentimientos que pueden actuar como barrera: en primer lugar el miedo a que durante la exploración se les diagnostique alguna patología y en segundo lugar la vergüenza ante una revisión ginecológica ; dicho sentimiento, la vergüenza, es identificado por la mayoría de las mujeres entrevistadas como uno de los factores principales que dificultan su acceso a los servicios.

USO DE ANTICONCEPCIÓN Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR

El análisis relacionado con el uso de métodos anticonceptivos nos muestra que un 85 % de las encuestadas utiliza algún método anticonceptivo. Este valor es superior al obtenido en la *Encuesta DAPHNE*, realizada por Bayer Healthcare en el año 2011 a

2906 mujeres españolas entre 15 y 49 años, en que se mostraba que el porcentaje de españolas que utilizan algún método (ellas o sus parejas) era del 75% .⁽¹⁵⁵⁾

En cuanto a los métodos anticonceptivos más utilizados por nuestra población encuestada, un 38,8 % declara utilizar preservativos y un 23,7% anticonceptivos hormonales. Estos resultados, son similares a los obtenidos por la *Encuesta DAPHNE*, en la que se señala que los métodos más usados eran en un 37% de los casos el preservativo y en un 18% la anticoncepción oral.

En el análisis de la planificación familiar en función de la edad, observamos que las mujeres mayores de 50 años son las que refieren en mayor medida haber tenido más embarazos no planificados. Puede deberse a que la edad fértil en dicho grupo, fue hace 20 o 30 años y, como es sabido, en España, el uso de métodos anticonceptivos, no se legalizó hasta el año 1985. Siete años después de haberse legalizado, tan sólo el 33% de las mujeres utilizaba alguno de ellos.⁽¹⁵⁶⁾

Como refleja el citado estudio DAPNHE se ha experimentado una substancial mejoría en relación a la utilización de los métodos anticonceptivos ya que en la actualidad alcanza el 75% de la población.⁽¹⁵⁵⁾ Esta mejoría, se percibe también indirectamente en nuestra población de estudio, ya que en los grupos de 30 a 50 años se observa una disminución marcada de los embarazos no planificados.

Un motivo de reflexión merece la observación de que, en los grupos mas jóvenes, el porcentaje de mujeres no usuarias de planificación aparece nuevamente aumentada.

Así vemos que hasta un 3,10% de las mujeres menores de 30 años refieren no haber planificado ninguno de sus embarazos, frente al 0,78% de mujeres entre 30-40, y un 1,55% de mujeres entre 40-50 años.

Este incremento puede deberse a la vulnerabilidad ya referida por autores como Dyson, Haldre, Souza y Stepheson entre otros, por la que las mujeres jóvenes tienen más riesgo de tener un embarazo no planificado, razón por la que se demandan programas de planificación familiar destinados específicamente a los/las jóvenes. ^(128,130,150,151)

En lo que respecta a la planificación familiar y al nivel socioeconómico, las diferencias son estadísticamente significativas en la utilización de los métodos anticonceptivos ($p=0.005$), y que también existen diferencias significativas en la incidencia de embarazos no planificados: Las mujeres con un nivel socioeconómico bajo, tienen un riesgo mucho mayor de tener un embarazo no planificado ($p<0.000$)

En el análisis cualitativo se aprecia la correlación entre la falta de planificación y el hecho de no seguir las revisiones preventivas y con el desconocimiento del poder acudir a los servicios de atención primaria para solicitar información y/o controlar la idoneidad del método elegido.

CRIBAJE DE CANCER DE CERVIX

El programa de cribaje de cáncer de cérvix en nuestra población, tiene una buena cobertura ya que sólo un 9,7% de las mujeres, no se ha realizado nunca una citología. Este valor es mejor que el que mostraba la *Encuesta Nacional de Salud*, donde la tasa de NO realización alcanzaba el 31%.⁽⁹⁶⁾

La situación que reflejaba en España en el 2006, la Encuesta Nacional de Salud, era que: un 20,99% nunca se había realizado una citología, el 2,9% hacia más de 5 años que se la había realizado y que cada cinco años se la realizaba el 3,41 %, cada 3 años el 5,24%, cada 2 años el 19,97 % y cada año el 47,41%. En dicho año, las recomendaciones sobre el cribado de cáncer de cérvix, establecían una frecuencia de citología anual. Por lo que se ha de tener en cuenta que según las recomendaciones de entonces el cumplimiento inadecuado era superior al 50%.⁽⁹⁶⁾

En la *Enquesta de Salut de Barcelona del 2000*, encontramos que un 18,4% de las mujeres encuestadas no se han realizado nunca una citología, el 22,4 % se la ha realizado de manera aislada, y un 58,6% se las realiza de forma periódica.⁽⁹⁷⁾

En nuestra población, aunque la tasa de realización es superior a la de ambas encuestas, el análisis de la frecuencia, muestra defectos en el cribado ya que un 11,11% sólo se ha realizado una citología aislada y un 14% se la realiza con frecuencias superiores a los cuatro años. Por lo que la población con un cribado inadecuado alcanza el 25,11% de la población de estudio.

En cuanto al análisis de la vulnerabilidad, podemos ver que nuevamente las clases sociales más bajas presentan un riesgo mayor de exclusión, ya que es en estas clases en las que se encuentran mayoritariamente las mujeres que refieren no haberse realizado nunca una citología (del 9,7% de mujeres que refieren no haberse realizado nunca una citología, un 6,7% pertenecen al nivel SE V) , o bien habérsela realizado de forma aislada o con una frecuencia superior a los cuatros años (del 14,1%, un 8,24% pertenecen al nivel SE V). Por el contrario existe un cribaje con frecuencias de realización superiores a los tres años en las clases socioeconómicas I y II.

Las diferencias en el cribado en base al nivel Socio-económico son estadísticamente significativas ($P < 0.000$), y por tanto presenta desigualdades preventivas que puede conllevar a una inequidad en salud en base al nivel socioeconómico.

Se hace patente así una de las principales críticas al cribaje de cáncer de cérvix en nuestro medio: es menos equitativos, efectivo y eficiente, que los cribajes poblacionales, ya que se ha de confiar en que las mujeres iniciarán el control por iniciativa propia acudiendo a una revisión ginecológica, lo que hace que la efectividad del cribaje varíe entre poblaciones, y dentro de la misma población, tal como muestra el presente estudio. Este argumento coincide con las conclusiones del *Estudio Afrodita*, que encontraba que a mayor edad, mayor nivel socioeconómico y mayor tamaño del municipio, existe mayor probabilidad de que la mujer se haya practicado una citología en los últimos 3 años. ⁽⁹⁵⁾

Relacionando estos hechos con el análisis de la utilización de la consulta preventiva, podemos visualizar que existe un porcentaje de población que no acude a las consultas, por tanto no serán cribadas, y que otro porcentaje acude de manera aislada o bien por problemas puntuales y que, una vez resueltos, posiblemente no volverán a visitarse y por tanto no seguirán el programa de cribaje.

Este hecho se hace patente en el análisis cualitativo, en el que destaca que las mujeres que no acuden a la consulta, tampoco están cribadas o bien se les ha realizado un cribado oportunista durante el embarazo, que luego no ha tenido continuidad.

Además el análisis de los datos cualitativos nos muestra un desconocimiento generalizado de la finalidad de dicho cribaje. Este hecho coincide con uno de los resultados del citado informe Afrodita, en el que se encontraba que el 74,4% de las mujeres españolas encuestadas no saben de la utilidad del cribado citológico y el 55,2% desconocen los factores asociados con el cáncer de cérvix. Quizás si aumentara dicho conocimiento aumentarían las tasas de adhesión al programa y a la consulta. ⁽⁹⁵⁾

Es por todas estas razones que vincular el cribaje a la consulta, puede llevar a una disminución de la eficacia del programa. Además si tenemos en cuenta, que las mujeres que acuden menos son las pertenecientes a niveles socioeconómicos más bajos, el riesgo de este colectivo será todavía mayor, y por tanto el programa de cribado no será equitativo.

CRIBADO DE CANCER DE MAMA

El análisis del cribaje de cáncer de mama, muestra que es un programa muy eficaz en cuanto a acceso en nuestra población, ya que en mujeres mayores de 50 años encontramos una utilización del 100%, por lo que no existen diferencias por nivel socioeconómico, y los motivos de realización son mayoritariamente preventivos.

Esta eficacia del cribaje de mama, también se ha hecho patente en las encuestas ya citadas. La encuesta Nacional de Salud mostraba una mejora notable de la situación desde el 92, al haber pasado de un 28,6% a un 81% de realización de mamografías en mujeres mayores de 50 años. También es importante que en las mujeres entre 50 y 64 años el 69% se realiza las mamografías por razones preventivas. A diferencia de los datos de 1992 se observan pocas diferencias en función de la clase social, por lo que se considera que el acceso presenta una tendencia a la mejora, y a la disminución de las diferencias por clase social. ⁽⁹⁶⁾

En cuanto a la realización de mamografías en el grupo de los 40-50 años de nuestro estudio, encontramos que la mayoría de los motivos de realización es porque existe un consejo médico preventivo que aunque no cumple los criterios del cribaje, aconseja su realización, visualizándose así los diferentes criterios existentes que se han descrito en el marco conceptual sobre la necesidad de comenzar el cribaje a partir de los cuarenta años.

Respecto a la realización de mamografía en dicho grupo, el análisis nos muestra que no existen diferencias significativas en base al nivel socioeconómico, ya que las tasas de realización son similares en ambos grupos ($p=.98$)

Y en el resto de grupos de edad la realización es muy baja, y obedece a hallazgos clínicos o antecedentes familiares, que indican su realización.

El análisis cualitativo, nos muestra que se trata de un programa preventivo afianzado en la población, ya que la mayoría de las mujeres entrevistadas, a pesar de que muchas de ellas no participan en ningún otro programa, ni están en edad de ser candidatas al cribaje de mama, conocen de su existencia, finalidad y de los signos de alarma por los que deben consultar.

Podemos concluir por tanto, que el cribaje de cáncer de mama en nuestro medio se adecúa a los principios de universalidad de acceso, siendo por tanto un cribaje altamente equitativo.

HABITOS DE VIDA RELACIONADOS CON LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

La autoexploración mamaria

El análisis de los datos nos muestra que no es una práctica consolidada en nuestro medio, ya que aunque el 84% declara saber cómo realizar la técnica, el porcentaje de mujeres que afirman realizarla esporádicamente disminuye al 64%, y dentro de este porcentaje sólo un 48% lo realizan de manera sistemática y de manera mensual sólo un 22 %.

El hábito tabáquico, obesidad y sedentarismo

En nuestra población de estudio la tasa de fumadoras alcanza el 28,74%. Este valor es ligeramente superior al que obtenía la Encuestas de Salud de Cataluña, que obtenía una prevalencia del hábito tabáquico en mujeres del 24%. En cuanto al análisis en función de los niveles Socioeconómicos, encontramos que la prevalencia de mujeres fumadoras en los niveles I a III es del 21,5% y que en los niveles IV a V alcanza una tasa del 33,4%.⁽⁹⁷⁾

En cuanto al ejercicio físico, encontramos que el 24% de las encuestadas afirman realizar ejercicio físico de forma regular mientras que un 48,16% no realizan ningún tipo de ejercicio. Realizando el análisis por niveles Socioeconómicos, encontramos que la prevalencia de mujeres que refieren no realizar ningún ejercicio físico en los niveles I a III es del 36,21% y que en los niveles IV a V alcanza una tasa del 55,74%

Calculando el IMC para los diferentes grupos socioeconómicos encontramos que mientras el grupo que engloba los I a III el IMC medio es de 23,7 con una desviación estándar de +/- 3,4, en el grupo que engloba los niveles IV a V la media es de 25,3 con una desviación estándar de +/- 4,6.

Estos datos coinciden con el Modelo de los Determinantes Sociales de la OMS, en el que una de sus premisas era que los miembros de grupos socioeconómicos más bajos tienen con más frecuencia comportamientos más dañinos para la salud y participarán de forma menos frecuente en la promoción de comportamientos saludables a diferencia de las personas más privilegiadas.

Respecto a su relación con la Salud Sexual y reproductiva, tal como se citaba en el capítulo introductorio, el tabaco es un factor de riesgo para el desarrollo de un cáncer de ovario y de cérvix y la obesidad, un factor de riesgo, para el cáncer de endometrio, por lo que debido a estos comportamientos, las mujeres con condiciones socioeconómicas más desfavorables, tendrían más riesgo de desarrollar un cáncer ginecológico. ^(109/112)

A este hecho se une, que en caso de que este grupo de mujeres desarrollaran un cáncer, el diagnóstico precoz será más difícil, ya que acuden con menos frecuencia a las consultas, el cribaje es menor y el desconocimiento de los signos de alarma relacionados con el cáncer ginecológico mayor.

BAJA UTILIZACIÓN DE LOS PROGRAMAS PREVENTIVOS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA:

El objetivo final del análisis era identificar aquellas mujeres que tienen un riesgo preventivo mayor, causado por el hecho de no acudir a la mayoría de los programas preventivos ginecológicos.

El análisis nos muestra que, en la población de estudio, un 17,1 % de las mujeres no realizan adecuadamente más de dos programas preventivos (pudiendo ser estos programas no acudir a las consultas preventivas, el cribaje de mama o de cervix o la planificación familiar)

Realizando el análisis por niveles socioeconómicos, encontramos que la mayoría de estas mujeres pertenecen a los niveles SE más bajos (26,9% versus 1,7%) siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.000$)

FACILITADORES Y BARRERAS A LA PREVENCIÓN EN GINECOLOGÍA

El primer hecho que aparece como una barrera a la prevención es el desconocimiento entre la población más vulnerable de la finalidad de la consulta preventiva: ya que si se relaciona dicha consulta sólo como un tratamiento a la patología aguda, no se acudirá para realizar el resto de programas preventivos en salud sexual y reproductiva, con la excepción del cribaje de mama, que al ser poblacional es independiente de que la mujer acuda o no.

Este desconocimiento se asocia a la visión preventiva que existe en parte de nuestra población y que se caracteriza por un papel pasivo ante la prevención con hábitos de vida poco saludables. Aunque es un problema transversal que excede la capacidad de los profesionales sanitarios, no por ello podemos ignorarlo. Ser conscientes de ello, ha de condicionar todas las intervenciones preventivas que se realicen.

La falta de conocimientos alcanza también al objetivo del cribaje de cáncer de cérvix y a la planificación familiar. Por lo que deben considerarse como elementos a mejorar para la prevención.

Otras barreras de tipo cultural remarcables, son los sentimientos que provoca el acudir a la consulta: el miedo y la vergüenza. Sobre ambos debemos focalizar estrategias educativas dirigidas a su reconducción.

Ante el miedo, los profesionales tienen un papel educacional, ya que se puede asociar la revisión preventiva como la mejor herramienta contra la enfermedad y así transmitirlo a las mujeres.

Respecto a la vergüenza, nuevamente es un hecho que los profesionales deben tener en cuenta y tratar de minimizar, generando confianza y procurando la máxima intimidad en las consultas.

Quizás de estos sentimientos, surgen las características de los profesionales que las mujeres relacionan con una mejor asistencia en la consulta ginecológica, estas características son la confianza, la amabilidad y una cierta preferencia porque el profesional sea una mujer.

Finalmente como barreras de tipo administrativo aparecen los horarios y el tiempo entre citas.

Respecto a los horarios, la mayoría de mujeres bien por motivos laborales o debido al cuidado de los familiares demandan horarios de consulta de tarde.

La otra barrera administrativa descrita es el intervalo entre visitas, que suele ser tan largo que cuando llega la fecha es frecuente que bien por olvido o bien por otras circunstancias no se pueda acudir. Para evitar este hecho las mujeres proponen sistemas recordatorios utilizando las nuevas tecnologías, correo o mensaje de móvil, que les avise de la proximidad de la revisión.

7.2 LIMITACIONES DEL ESTUDIO

En este estudio existen una serie de limitaciones que deben ser consideradas al interpretar los resultados:

En lo referente a la parte cuantitativa, una de las principales es la muestra, ya que no hemos podido realizar una muestra estratificada por niveles socioeconómicos, dada la dificultad que representa acceder al censo y conocer cómo se distribuyen los niveles socioeconómicos en la población. Para disminuir dicha limitación se toma como ejemplo, la encuesta de salud de Barcelona, que se basa en una muestra estratificada representativa de la población.

Pese a ello al comparar la distribución por niveles socio-económicos de la muestra del presente estudio (Gráfico 4), con la muestra de la encuesta de Barcelona 92 (Gráfico 5), que utilizó una muestra estratificada representativa a partir del censo de 1986, encontramos que la distribución obtenida es razonablemente similar.

Por otra parte, el análisis de los datos descriptivos contribuye a la defensa de la pertinencia del muestreo realizado en aras de la consecución de una muestra representativa. Por ejemplo, en la situación laboral, podemos ver que si se suman los porcentajes de mujeres en paro a las mujeres amas de casa, se obtiene una tasa de población no activa del 21,66%. El valor de la tasa de paro en Cataluña en junio de 2012 para las mujeres era del 20,95%. Por lo que nuestra muestra se comporta de manera similar a la población general en esta variable.

A lo largo del estudio se han presentado otros datos comparados a valores nacionales (tasas de asistencia, uso de anticoncepción, hábito tabáquico...) que muestran también que la población seleccionada se comporta de manera similar a la población general

Para la comparación de los datos obtenidos, se utilizarán cifras de ámbito nacional (por ejemplo provenientes de las ya mencionadas Encuesta Nacional de Salud y la Encuesta de Barcelona) por ser comparables tanto en los aspectos que se valoran, como en los programas sanitarios sobre los que se pregunta, así como por las características de la política sanitaria que avalan los programa y el marco sanitario y preventivo que es común a todo el territorio nacional.

Pero la comparación con otras iniciativas internacionales no se ha realizado, por la existencia de una amplia variación entre programas y políticas sanitarias existentes, que no permite una adecuada comparabilidad de los datos.

Otra de las limitaciones está relacionada con el diseño del estudio: dado que se trata de un estudio descriptivo transversal, los resultados se limitan a describir patrones de relaciones ,no permitiendo evaluar las relaciones causales.

Finalmente, otra posible limitación es el uso de la Clasificación Nacional de Ocupaciones para valorar el estatus socioeconómico, ya que la variable ocupación se refiere a la ocupación actual o la más reciente. A pesar de la limitación de la variable, su elección se debe a que es la clasificación utilizada por la mayoría de los estudios sobre estatus socio-económico.

Otra consideración, es que se ha de tener en cuenta que existen grupos poblacionales más inaccesibles y vulnerables, que han podido quedar fuera de los ámbitos de recogida de datos, por lo que es de suponer que las tasas de acceso y utilización reales sean más bajas que las obtenidas en este estudio

En relación a los datos cualitativos proporcionan información sobre el contexto social estudiado por lo que limitará su aplicación a otros contextos sociales. No obstante, los datos generados son transferibles a contextos que compartan similitudes socio-demográficas y socioculturales, con el lugar de estudio.

7.3 APLICABILIDAD DEL ESTUDIO

Si bien es cierto que se trata de un estudio exploratorio y de que los resultados deben de confirmarse con otros estudios. Los hallazgos interesan como un primer paso para el conocimiento de la influencia del nivel socioeconómico en el acceso y utilización de los Programas Preventivos en Salud Sexual y Reproductiva en el área de Sabadell.

La utilización de la metodología cualitativa, permite explorar desde la perspectiva de las propias mujeres, las causas y mecanismos que influyen en la falta de acceso o en la utilización inadecuada de los programas, lo que puede utilizarse para generar nuevas hipótesis de investigación y obtener resultados que permitan diseñar actividades preventivas que mejoren el acceso de las poblaciones más vulnerables.

La lucha contra las desigualdades en salud, requiere de cambios políticos, educacionales y sociales, que sobrepasan a los profesionales sanitarios y a las iniciativas individuales, pero mientras se trabaja por una sociedad menos desigual que mejore la salud de los individuos, el sistema sanitario y sus profesionales pueden luchar contra las desigualdades que la estructura social ocasiona, siendo conscientes de su existencia, diseñando iniciativas que palien sus efectos y elaborando estudios que denuncien su existencia.

Es por tanto la finalidad de este estudio contribuir a visualizar dichas desigualdades.

8.CONCLUSIONES

8. CONCLUSIONES

Los resultados de este estudio nos permiten ampliar los conocimientos sobre el acceso a los Programas Preventivos en Salud Sexual y Reproductiva en el área de Sabadell, poniendo de manifiesto desigualdades en el acceso y en la utilización de los mismos en función del nivel socioeconómico de las mujeres.

En base a dichos resultados se aportan las siguientes conclusiones:

1. A medida que disminuye el nivel socio-económico empeora el acceso y la utilización de los programas preventivos, exceptuando el cribaje de cáncer de mama, al que todas las pacientes son convocadas dado el carácter poblacional del mismo.
2. El colectivo con menor frecuentación, peor acceso y mayor infrautilización de la Consulta Preventiva de Ginecología, se concentra de manera significativa en los niveles socioeconómicos más bajos. Como consecuencia, las mujeres que no acuden a ella, quedan privadas de la mayoría de las actividades preventivas en ginecología.

3. Las mujeres que no acuden a las consultas, desconocen la finalidad de la consulta preventiva, relacionándola sólo como tratamiento a la patología aguda.
4. Las mujeres reconocen que los sentimientos de miedo y vergüenza asociados a la revisión ginecológica, actúan como barreras a la asistencia.
5. Las cualidades de los profesionales que las mujeres relacionan con una mejor asistencia en la consulta ginecológica, son la confianza y la amabilidad manifestando también una cierta preferencia cuando el profesional es una mujer.
6. Como barreras a la asistencia de tipo administrativo aparecen los horarios de mañana, y el excesivo intervalo entre citas.
7. El trabajo y el cuidado de los familiares, son las causas que las mujeres refieren con mayor frecuencia, como obstáculos para disponer del tiempo necesario para la prevención ginecológica.
8. Las mujeres con un nivel socioeconómico más bajo, tienen mayor riesgo de no utilizar un método anticonceptivo adecuado y, por tanto, de tener un embarazo no planificado.

9. El cribaje de cáncer de cérvix, en nuestra población de estudio, tiene una mayor cobertura al de las encuestas de ámbito nacional. Pese a ello ni el acceso ni su utilización son equitativos, ya que es en las clases sociales más bajas donde se produce mayor incidencia de mujeres con cribaje inadecuado, bien por no haberse realizado nunca una citología, bien por efectuarla de forma aislada o por efectuarla en intervalos superiores a cuatro años.
10. Se ha detectado en la población objeto de estudio una remarcable carencia informativa en relación a la finalidad del cribaje de cáncer de cérvix y de los signos de consulta relacionados con el cáncer ginecológico.
11. El cribaje de cáncer de mama, en nuestro medio no presenta diferencias de acceso en función al nivel socioeconómico, se adecúa por tanto a los principios de universalidad de acceso, resultando por tanto un cribaje altamente equitativo
12. Algunos factores de riesgo de cáncer ginecológico, como la obesidad y el tabaco, son más prevalentes a medida que disminuye la clase social. Si a ello añadimos que en estos segmentos poblacionales encontramos un mayor desconocimiento de los signos de alarma y una menor frecuentación a los programas preventivos, concluimos que dicho colectivo presenta una extrema vulnerabilidad frente a dicha patología.

9. BIBLIOGRAFÍA

9 BIBLIOGRAFÍA:

1. Ceitlin J, Gómez Gascón T, Medicina de Familia: La clave de un nuevo modelo. Madrid: SemFYC; 1997.
2. Vega-Franco L. Ideas, creencias y percepciones acerca de la salud. Reseña histórica. Salud Pública de México 2002; 44(3): 258-265
3. Vergara Quintero MC. Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad. Hacia la Promoción de la Salud 2007; 12: 41-50.
4. Lain Entralgo P. Historia Universal de la medicina. Barcelona: Salvat ;1978.
5. Piedrola Gil. La salud y sus determinantes. Concepto de medicina preventiva y salud pública. En: Piedrola (coord.).Medicina preventiva y salud pública. 10ª ed. Barcelona: Masson; 2001. 3-14.
6. OMS .Promoción de la Salud Glosario. Ginebra: Publicaciones OMS; 1998.
7. Lalonde ,M .A new perspective on Health of the Canadians. A working document. Ottawa: Government of Canada; 1974.
8. Public Health Agency of Canada. Population Health. What Determines Health? Ottawa: Government of Canada; 2011.
9. López-Moreno S, Garrido F, Hernández-Avila, M. Desarrollo histórico de la epidemiología: su formación como disciplina científica. Salud pública México 2000; 42(2): 133-143.
10. Krieger, N. Glosario de epidemiología social. Pan Am J Public Health 2002; 5 (11): 480-490
11. Susser,M. Choosing a future for epidemiology: from black boxes to Chinese boxes and eco-epidemiology. Am Journal Public Health 1996; 86: 674-77.

12. Graham, S. Social motivation and perceived responsibility in others. En J. Heckhausen y C.S. Dweck: *Motivation and Self-regulation Across the Life Span*. Nueva York: Cambridge University Press; 1998. 137-158.
13. Rose, G. Sick individuals and sick populations. *International Journal of Epidemiology* 2001; 30:427-432.
14. Navarro V, Benach J. Comisión Científica de Estudios de las Desigualdades Sociales en Salud en España. *Las desigualdades sociales en salud en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1996.
15. Marmot, M. Historical perspective: the social determinants of disease-some blossoms". *Epidemiologic Perspectives & Innovations* 2005; 2: 4.
16. Tarlov A. Social determinants of health: the sociobiological translation. In: Blane D, Brunner E, Wilkinson R, eds. *Health and social organization*. London: Routledge; 1996.71-93.
17. Benach J, Yasui Y. Geographical patterns of excess mortality in Spain explained by two indices of deprivation. *Journal of Epidemiology and Community Health* 1999;53:423–431.
18. Laurell, Asa Cristina. Sobre la concepción biológica y social del proceso salud-enfermedad. En: Rodríguez, M (coord.) *Lo biológico y lo social*. Serie Desarrollo de Recursos Humanos. Washington :OPS/OMS; 1994.
19. Lynch JW, Kaplan GA, Cohen RD, Tuomilehto J, Salonen JT. Do cardiovascular risk factors explain the relation between socioeconomic status, risk of all-cause mortality, cardiovascular mortality, and acute myocardial infarction? *Am J Epidemiol*.1996; 144(10):934–942.

20. Marmot MG, Shipley MJ, Rose G. Inequalities in death specific explanations of a general pattern? Lancet 1984 ; 5(8384):1003–1006.
21. Van Lenthe FJ, Gevers E, Joung IM, Bosma H, Mackenbach JP. Material and behavioral factors in the explanation of educational differences in incidence of acute myocardial infarction: the Globe study. Ann Epidemiol. 2002 ;12(8):535-42.
22. Brunner E. Stress mechanisms in coronary heart disease. In: Stansfeld SA, Marmot MG, (editors). Stress and the heart: psychosocial pathways to coronary heart disease. BMJ Books; 2002. 181–199.
23. Bosma H, Peter R, Siegrist J, Marmot M. Two alternative job stress models and the risk of coronary heart disease. Am J Public Health 1998 ;88(1): 68–74.
24. Chandola T, Brunner E, Marmot M. Chronic stress at work and the metabolic syndrome: prospective study. BMJ 2006; 332:521-524
25. House JS, Landis KR. Social relationship and health. Scienia 1988; 241:540-5
26. Lynch JW, Kaplan GA, Shema SJ. Cumulative impact of sustained economic hardship on physical, cognitive, psychological, and social functioning. NEJM 1997;337:1888-1895.
27. Lawlor DA, Davey Smith G, Ebrahim S. Life course influences on insulin resistance: findings from the British Women's Heart and Health Study. Diabetes Care 2003;26(1):97-103.
28. Solar O, Irwin A. *A conceptual framework for action on the social determinants of health social determinants of health discussion paper (policy and practice)*. Ginebra: OMS ; 2010.
29. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote equity in health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1992.

30. Diderichsen, Evans, Whitehead. The social basis of disparities in health. En: Evans (ed). Challenging inequities in health: from ethics to action. New York: Oxford UP; 2001.
31. Navarro V, Benach J, Comisión Científica de Estudios de las Desigualdades Sociales en Salud en España. Las desigualdades sociales en salud en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, School of Hygiene and Public Health Johns Hopkins University; 1996.
32. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2002
33. OMS, Comisión sobre Determinantes Sociales de Salud. Subsana las desigualdades en una generación, alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Génova: OMS; 2008
34. OMS. Cerrando la Brecha: La Política de acción sobre los Determinantes Sociales de salud. Ginebra: OMS; 2011
35. Blane D, Davey Smith G, Bartley M . Social selection: what does it contribute to social class differences in health? *Sociology of Health and Illness* 1993;15:1–15
36. Evans T, Peters F. Ethical dimensions of health equity. En: Evans T et al.(eds.) Challenging inequities in health: from ethics to action. New York: Oxford University Press; 2001.
37. Gunning-Schepers LJ, Stronks K. Inequalities in health future threats to equity. *Acta Oncol.* 1999;38(1):57-61.
38. Dahlgren G, Whitehead M. European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2007.

39. Whitehead M, Dahlgren G, Evans T. Equity and health sector reforms: can low income countries escape the Medical poverty trap? *Lancet* 2001;358(9284):833–836
40. Whitehead M, Dahlgren G, Gilson L. Developing the policy response to inequities in health: a global perspective. En: Evans T et al. (eds) *Challenging inequities in health: from ethics to action*. New York: Oxford University Press; 2001.308–324
41. Dahlgren G, Whitehead M. *Policies and strategies to promote equity in health*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe;1992.
42. Benach J, Muntaner C, Aprender a mirar la salud, Cómo la desigualdad social daña nuestra salud. Barcelona: El Viejo Topo; 2005.
43. Townsend P, Davidson N, Whitehead M. *Inequalities in Health: The Black Report and the Health Divide*. London: Penguin Books; 1988
44. Marmot, M. G.; Rose, G.; Shipley, M.; Hamilton, P. J. "Employment grade and coronary heart disease in British civil servants". *Journal of Epidemiology and Community Health* 1978; 32 (4): 244–249.
45. Rodríguez-Sanz MC-SP, Borrell C. *Desigualdades sociales en la salud, los estilos de vida y la utilización de servicios sanitarios en las CCAA 1993-2003*. Observatorios de salud de la mujer y del SNS. Agencia de Calidad. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.
46. Ministerio de Sanidad y Política Social. *Análisis de situación para la elaboración de una propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España*. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2009.
47. Urbanos Garrido RM. *Equidad en el acceso a los servicios sanitarios: una revisión de la evidencia disponible*. *Inguruak* 2007;44:177-86.

48. Ziglio E. Health systems confront poverty. [Monografía en internet] Copenhagen, WHO Regional Office for Europe Public Health Case Studies. 2003. (Acceso 1-5-2012) Disponible en www.euro.who.int/document/e80225.pdf.
49. Dahlgren G. Health care markets of the future winners and losers?. Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur;1994.
50. Del Derecho a la Protección de la Salud. Ley 14/1986, de 23 de abril, Ley General de Sanidad. 1986
51. Sobre medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y la mejora de la calidad y seguridad de sus servicios. Real Decreto Ley Español 16/2012. 2012
52. Bevoir S. El Segundo sexo. Madrid: Catedra; 2005.
53. Butler J. Variations sex and gender: Beavoir, Witting and Foucault. En: Behabib S (ed.) Feminism as critique. Minnesota: University of Minnesota Press;1982.
54. Butler J. El Género en disputa: Feminismo y la subversión de la identidad. Barcelona : Paidós; 2007.
55. Kristeva J. El género no puede ser definido. En: Clement C, Kristeva J. Lo femenino y lo sagrado. Madrid: Catedra;2000
56. Doyal L. Sex, gender, and health: the need for a new approach. BMJ 2001;323:1061-3.
57. OMS. Integración de las perspectivas de género en la labor de la OMS. Glosario sobre el género.[Monografía en internet]Ginebra: 2010. (Acceso 22-2-2012) Disponible en: www.who.int/gender/mainstreaming/ESPwhole.pdf
58. WHO . «What do we mean by "sex" and "gender"? Gender, women and health. OMS; 2012.

59. Rohlfs I, Borrell C, Fonseca MC. Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos. *GacSanit* 2000;14(3):60-71.
60. Borrell C, Artazcoz L (coord.). 5ª Monografía de la SEE: Investigación sobre género y salud. Barcelona: Sociedad Española de Epidemiología; 2007
61. Ministerio de Sanidad y Consumo. Informe Salud y Género 2005.[Informe en internet] Madrid: Observatorio de Salud de la Mujer, 2007. (Acceso 22-2-2012) Disponible en:www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/InfomeSaludyGenero2005.pdf.
62. Östlin, Piroška, Sen, Gita. Unequal, Unfair, Ineffective and Inefficient. Gender Inequity in Health: Why it exists and how we can change it.[Informe en internet].Final report to the WHO Commission on Social Determinants of Health. Institute Karolinska. 2007. (Acceso 22-2-2012)Disponible en: www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/wgekn_final_report_07.pdf)
63. Verbrugge L. Gender and Health: An Update on Hypotheses and Evidence. *Journal of Health and Social Behavior* 1985; 3 (26):156-182.
64. García-Sánchez I. Diferencias de género en el VIH/sida.*GacSanit*2004;2:47-54.
65. Rohlfs I, García M, Gavaldá L, Medrano MJ, Juvinyà D, Baltasar A, et al. Género y cardiopatía isquémica. *GacSanit* 2004; 2:55-64.
66. Velasco Arias S. Recomendaciones para la práctica del enfoque de género en programas de salud. Madrid: Observatorio de Salud de la Mujer (OSM) Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
67. Valls, Carme. El estado de la investigación en género y salud. En Miqueo, C, Tomás C, Tejero C. (eds.). *Perspectivas de género en salud. Fundamentos científicos y socio-profesionales de diferencias sexuales no previstas*. Madrid: Minerva; 2001.

68. Ruiz, M T; Verdú, M. Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico. *GacSanit*2004; 18(1):118-125.
69. Ruiz, M T. Igualdad de oportunidades en los servicios sanitarios: sesgo de género como determinantes de la estructura de salud de la Comunidad. En: Miqueo, C; Tomás C; Tejero, C (eds). *Perspectivas de género en salud. Fundamentos científicos y socio-profesionales de diferencias sexuales no previstas*. Madrid: Minerva; 2001.
70. Burin, MI. *El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada*. Buenos Aires: Paidós; 1991.
71. González de Chávez, MA. *Hombres y mujeres: subjetividad, salud y género*. Las Palmas de Gran Canaria: Universidad; 1999.
72. Bonder. G. Género y subjetividad: avatares de una relación no evidente. En: Zaremberts G. *Mujeres, votos y asistencia social*. Santillana; 2012.
73. Valls, C. *Mujeres invisibles*. Barcelona: Debolsillo; 2006.
74. Macintyre S, Hunt K. Socio-economic position, gender and health. How do they interact? *J Health Psychol* 1997;2:315-34.
75. Borrell C, Rohlfs I, Artazcoz L, Muntaner C. Desigualdades en salud según la clase social en las mujeres. ¿Cómo influye el tipo de medida de la clase social? *GacSanit* 2004;(2):75-82.
76. La Flamme L. *Social inequality in injury risks: knowledge accumulated and plans for the future*. Stockholm: Karolinska Institute and National Institute of Public Health;1998.
77. Borrell, C et al. La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. *GacSanit*2004; 18 (1):2-6.
78. Naciones Unidas. Párrafo 7.3 Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, documento A/CONF.171/13: Informe de la CIPD.2013

79. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid: Gobierno de España. 2010
80. Naciones Unidas. Resolución WHA57.12 Salud reproductiva: estrategia para acelerar el avance hacia el logro de los objetivos y metas internacionales de desarrollo. 57a Asamblea Mundial de la Salud. 2004
81. Generalitat de Catalunya. Cartera de Serveis de les Unitats d'atenció a la salut sexual i reproductiva de suport a l'atenció Primaria. Barcelona: Departament de Salut;2007
82. Organización Mundial de la Salud. Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health 28–31. Ginebra: OMS; 2002.
83. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales.[Informe en internet] INE;2003.(Acceso 4-1-2012) Disponible en www.ine.es.
84. WHO Regional Office for Europe. Regional Strategy on Sexual and Reproductive Health. Copenhagen: WHO; 2001.
85. OMS. Enfermedades de transmisión sexual: políticas y principios de prevención y asistencia.[Monografía en internet] ONUSIDA. (Acceso 4-1-2012) Disponible en: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/publications/irc-pub04/una97-6_es.pdf
86. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2002.[Monografía en internet] MMWR 2002 (Acceso 4-1-2012) Disponible en: <http://www.cdc.gov/std/treatment/rr5106.pdf>
87. Área de vigilancia del VIH y conductas de riesgo. Vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual, 1995-2010. Madrid: Centro Nacional de Epidemiología; 2012.

88. Ley Orgánica 2/2010 de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. Congreso de los Diputados (3 de marzo de 2010)
89. Naciones Unidas. Resolución 34/180. Asamblea General de las Naciones Unidas; 1979.
90. 4ª Conferencia Mundial sobre la mujer. Resolución Plataforma de Acción de Beijing. [Informe en internet] 1995. (Acceso 8-1-2012) Disponible en: <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/BDPfA%20S.pdf>
91. Castells, X. Descripción del cribado del cáncer en España. Proyecto DESCRIC [Informe en internet] Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya, Ministerio de Sanidad y Consumo Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias; AATRM 2006/01. (Acceso 8-1-2012) Disponible en: <http://www.sergas.es/Docs/Avalia-t/AATRM200601.pdf>
92. Segnan N, Von Karsa P, European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening. Council of the European Union. OMS; 2008
93. Linos A, Riza E. Comparisons of cervical cancer screening programmes in the European Union. Eur J Cancer. 2000; 36:2260-65.
94. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS). Uso de la Mamografía y de la Citología de Papanicolaou para la Detección Precoz. [Informe en internet] Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid: 2002. (Acceso 14-01-2012) Disponible en: <http://gesdoc.isciii.es/gesdoccontroller?action=download&id=19/10/2012-590f2bb873>
95. Puig Tintoré LM, Castellsagué X, Torné A, de Sanjosé S, Cortés J, et al. Coverage and factors associated with cervical cancer screening: results from the AFRODITA study, a population-based survey in Spain. J Low Genit Tract Dis. 2008 Apr;12(2):82-9

96. Encuesta Nacional de Salud de España 2006. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. 2006. (Acceso 20-01-21012) Disponible en: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2006.htm>
97. Enquesta de Salut de Catalunya 2006.Barcelona:Departament de Salut, Generalitat de Catalunya. (Acceso 20-01-21012) Disponible en: <http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/pdf/r15.pdf>
98. Cortés J, García de Paredes M, Muñoz E, Martín-Torres F, et al. Documento de Consenso de las Sociedades Científicas Españolas: Vacunas profilácticas frente al VPH. Prog Obstet Ginecol. 2009; 52: 32-44.
99. Castellsagué X, Díaz M, de San José N, et al. World wide human papilloma virus etiology of cervical adenocarcinoma and its cofactor: implications for screening and prevention. J Natl Cancer Inst. 2006; 98:303-15.
- 100.Ferlay J, Bray F, Pisani P, Parkin DM. Globocan 2002: cancer, incidence, mortality and prevalence worldwide. IARC Cancer Base . Lyon (France): IARC Press; 2004.
101. Escrich E, Moral R, García G, Costa I, Sánchez JA, Solanas M, et al. Identification of novel differentially expressed genes by the effect of a high-fat n-6 diet in experimental breast cancer. Molecular Carcinogenesis 2004;40(2):73-8.
- 102.Rossouw JE, Anderson GL, Prentice RL, LaCroix AZ, Kooperberg C, Stefanick ML, et al. Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women. Principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial. JAMA. 2002;288(3):321-3.
- 103.Van den Brandt PA, Spiegelman D, Yaun SS, et al. Pooled analysis of prospective cohort studies on height, weight, and breast cancer risk findings from the European Prospective Investigation into cancer and Nutrition (EPIC). Int J Cancer. 2004;111:762

104. Olsen, Ole; Gøtzsche, Meter. Cribaje (screening) con mamografía para el cáncer de mama (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 4. Oxford: Update Software Ltd; 2005.
105. Kösters JP, Gøtzsche PC. Autoexamen o examen clínico regular para la detección precoz del cáncer de mama En: La Biblioteca Cochrane Plus, Número 4. Oxford: Update Software Ltd.2008
106. Baxter N. Should women be routinely taught breast self-examination to screen for breast cancer?. CMAJ 2001;164(13):1837-46
107. Kearney AJ. Increasing our understanding of breast self-examination: women talk about cancer, the health care system, and being women. QualHealth Res. 2006;16(6):802-20.
108. Rodríguez-Sanz M, Borrell C, Catedra J. Manual de l'Enquesta de Salut de Barcelona 2006.Barcelona, Agència de Salut Pública de Barcelona, 2008.
109. Carreras R et al. Obesidad y cáncer de endometrio.MedClin2007;128(5):176-7.
110. Grimshaw GM, Stanton A. Tobacco cessation interventions for young people. Cochrane Database Syst Rev. 2006 Oct 18;(4):CD003289.
111. Suzuki F, Kasamatsu T. Smoking and obstetric and gynaecological disorders. Nihon Rinsho 2013;71(3):449-53.
112. Jordan SJ, Whiteman DC, Purdie DM, Green AC, Webb PM. Does smoking increase risk of ovarian cancer? A systematic review. Gynecol Oncol. 2006;103(3):1122-9.
113. Zhou B, Yang L, Sun Q, Cong R, Gu H, Tang N, Zhu H, Wang B. Cigarette smoking and the risk of endometrial cancer: a meta-analysis. Am J Med. 2008 Jun;121(6):501-8.
114. Daly SF, Doyle M, English J,Turner M, Clinch J, Prendiville W. Can the number of cigarettes smoked predict high-grade cervical intraepithelial neoplasia among women with mildly abnormal cervical smears? Am J Obstet Gynecol. 1998 ;179(2):399-402.

115. Allen E , Bonell C , Strange V, Copas A, Stephenson J, Johnson AM, Oakley A. Does the UK government's teenage pregnancy strategy deal with the correct risk factors? Findings from a secondary analysis of data from a randomised trial of sex education and their implications for policy. *J Epidemiol Community Health*. 2007; 64 : 20-7.
116. Artnik B, Vidmar G, Javornik J, Laaser U. Premature mortality in Slovenia in relation to selected biological, socioeconomic, and geographical determinants. *Croat Med J*. 2006 Feb; 47(1): 103-113.
117. Banks E, Beral V, Cameron R, Hogg Ann, Langley N, Barnes I, Bull D et al. Comparison of various characteristics of women who do and do not attend for breast cancer screening. *Breast Cancer Res*. 2002;4: R1
118. Beck A, Majumdar A, Estcourt C, Petrak J. We don't really have a cause to discuss these things, they don't affect us. A collaborative model for developing culturally appropriate sexual services with the Bangladeshi community of Tower Hamlets. *Sex Transm Infect*. 2005; 85: 158-162.
119. Borawski EA, Trapl ES, Adams-Tufts K. Taking Be Proud! Be Responsible! to the suburbs: a replication study. *Perspective on Sexual & Reproductive Health* 2009 Mar; 49: 12-22.
120. Borghi J, Jan S. Measuring the benefits of health promotion programmes: application of the contingent valuation method. *Health Policy*. 2008; 87(2):235-248
121. Brotto LA, Chou AY, Singh T, Woo JS. Reproductive health practices among Indian, Indo-Canadian, Canadian East Asian and Euro-Canadian women: the role of acculturation. *J Obstet Gynaecol Can*. 2008 Mar;30(3):229-38
122. Calvocoressi L, Sun A, Kasl SV, Claus EB, Jones BA. Mammography screening of women in their 40s: Impact of changes in screening guidelines. *Cancer* 2008; 473-478.

123. Cassell JA, Mercer CH, Fenton KA, Copas AJ, Erens B, Wellings K et al. A comparison of the population diagnosed with chlamydia in primary care with diagnosed in sexual health clinics: implications for a national screening programme. *Public Health*. 2006; 120(10):984-988
124. Dal Maso L, Franceschi S, Lise M, De'Bianchi PS, Polesel J, Ghinelli F, Facini F, Finarelli AC. Self-reported history of Pap-smear in HIV-positive women in Northern Italy: a cross-sectional study. *BMC CANCER*. 2010; 21: 310.
125. Davies J, Damami P, Margaretts BM. Intervening to change the diets of low-income women. *Proc Nutr Soc*. 2009; 68: 210-215.
126. De Jong-van den Berg L, Buitendijk, S, Paulussen, T. Trends and predictors of folic acid awareness and periconceptional use in pregnant women. *American Journal of Obstetrics&Gynecology* 2005; 192(5): 121-128.
127. De Walle H, de Jong-van den Berg L. Growing gap in folic acid intake with respect to level of education in the Netherlands. *Community Genet*. 2007;10 (2): 93-96.
128. Dyson L, While A. Mind the gap: voluntary sector pregnancy advice service. *British Journal of Community Nursing*. 2002; 7 (4): 190-195.
129. French RS, Mercer CH, Kane R, Kingori P, Stephenson JM, Wilkinson P, et coll. What impact has England's Teenage Pregnancy Strategy had on young people's knowledge of and access to contraceptive services? *J Adolesc Health*. 2007 ;41(6):594-601.
130. Haldre K, Helle K, Mati R, Alvi T. Impact of rapid socio-economic changes on teenage pregnancies in Estonia during 1992-2001. *Acta obstetrician et gynecologica Scandinavica*. 2005; 84(5):425-431.

- 131.Hosli EJ; Elsinga J; Buitendijk SE, Assende. Women's motives for not participating in preconception counseling: qualitative study. *Community Genet.* 2008;11(3):166-170
- 132.Howell SR, Barnett AG, Underwood MR. The use of pre-conceptual folic acid as an indicator of uptake of a health message amongst white and Bangladeshi women in Tower Hamlets, east London. *FamPract.* 2001 Jun;18(3):300-3.
- 133.Jarovská D, Dusová B, Vrublová Y. The education of Romany health and social assistants in the Czech Republic. *IntNurs Rev.* 2009; 56: 264-268.
- 134.Keenan L, Marshall LL, Eve S. Extension of the behavioral model of healthcare utilization with ethnically diverse, low-income women. *EthnDis.* 2002; 12(1):111-123.
- 135.Lee E, Mitchell-Herzfeld SD , Lowenfels AA , Greene R , Dorabawila V , DuMont KA. Reducing low birth weight through home visitation: a randomized controlled trial. *Am J PrevMed.* 2009;36(2):154-60.
- 136.Litaker D, Tomolo, A . Association of contextual factors and breast cancer screening: Finding new targets to promote early detection. *J Womens Health* . 2007 Jan-Feb;16(1):36-45.
- 137.Madden JM, Soumerai SB, Lieu TA, Mandl K, Zhang F, Ross-Degnan D. Effects on breastfeeding of changes in maternity length-of-stay policy in a large health maintenance organization. *Pediatrics* 2003; 111(3): 519-24.
- 138.Markovic M, Manderson L, Kelaher M. The health of immigrant women: Queensland women from the former Yugoslavia. *Journal of Immigrant Health* 2002; 4(1):5-15.
- 139.Michie S, Dormandy E, Marteau TM. Increasing screening uptake amongst those intending to be screened: the use of actions plans. *Patient Educ Couns.* 2004 ;55(2):218-22.

140. Molloy M. Volunteering as a community mother--a pathway to lifelong learning. *Community Pract.* 2007;80(5):28-32
141. Newman PA , Williams CC, Massaquoi N , Brown M , Logie C. HIV prevention for Black women: structural barriers and opportunities. *Journal of Health Care for the Poor & Under served* 2008. 19(3):829-41.
142. Northeast P. Smoking in pregnancy in Nottingham -- 11 years on. *Brithish Journal of Midwifery* 2000; 88-95.
143. O'Cathain A, Thomas K, Walters SJ , Nicholl J , Kirkham M . Women´ s perceptions of informed choice in materniy care. *Midwifery* 2002;18(2):136-144.
144. Olsen SF, Knudsen VK. Folic acid for the prevention of neural tube defects: the Danish experience. *Food Nutr Bull.* 2008;29(2):205-209
145. Parazzini F, Progetto J. Trends of determinants of hormone therapy use in Italian women attending menopause clinics, 1997-2003. *Menopause* 2008; ;15(1):164-170.
146. Rasch V, Yambesi F, Massawe S. Post-abortion care and voluntary HIV counselling and testing - an example of integrating HIV prevention into reproductive health services. *Tropical Medicine & International Health* 2006; 11(5):697-704
147. Remennick L. The challenge of early breast cancer detection among immigrant and minority women in multicultural societies. *Breast J.* 2006;12 (1):103-110.
148. Rodvall Y, Kemetly L, Tishelman C, Tornberg S. Factors related to participation in a cervical cancer screening programme in urban sweden. *Eur J Cancer Prev.* 2005 ;14(5):459-66
149. Sabates R, Feinstein L. The role of education in the uptake of preventative health care: the case of cervical screening in Britain. *Soc Sci Med.* 2006; 62: 2998-3010.

150. Souza M, Brunini S, Almeida N, Munari D. Educative program about sexuality and sexually transmitted diseases: experience report with a group of adolescents. *Rev Bras Enferm* 2007; 60(1):102-5.
151. Stephenson JM, Strange V, Forrest S, Oakley A, Copas A, Allen E, et al. Pupil-led sex education in England (RIPPLE study): cluster-randomised intervention trial. *Lancet* 2004;364(9431):338-46
152. Stockley L; Lund V. Use of folic acid supplements, particularly by low-income and young women: a series of systematic reviews to inform public health policy in the UK. *Public Health Nutr.*2008; 11(8): 807-21.
153. Strange V, Forrest S, Oakley A; RIPPLE Study Team. Randomized Intervention of PuPIL-Led sex Education. Peer-led sex education--characteristics of peer educators and their perceptions of the impact on them of participation in a peer education programme. *Health Educ Res.* 2002;17(3):327-37.
154. Willoughby BJ, Faulkner K, Stamp EC, Whitaker CJ. A descriptive study of the decline in cervical screening coverage rates in the North East and Yorkshire and the Humber regions of the UK from 1995 to 2005. *J Public Health.* 2006 ;28(4):355-60.
155. Equipo DAPNHE. VI Encuesta Bayer Schering Pharma sobre anticoncepción en España. 2011
156. Ruiz-Salguero M. La anticoncepción en España según la encuesta de fecundidad y familia de 1995. Comunicació presentada al XXII Simposi de la Societat Catalana de Contracepció. Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears i Societat Catalana de Contracepció. Centre d'Estudis Demogràfics 2000

10. ANEXOS

Anexo 1: Artículo de Revisión

Revisión bibliográfica

Desigualdades en el acceso a los programas preventivos en salud sexual y reproductiva

Inequalities in access to preventive programs in sexual and reproductive health

Noemí Obregón Gutiérrez¹, Josefina Goberna-Tricas²

¹Matrona, antropóloga. Gestora asistencial de Enfermería de Sala de Partos. Corporació Sanitària. Parc Taulí. Sabadell. Profesora asociada. Departamento de Enfermería de Salud Pública, Salud Mental y Materno-Infantil. Doctoranda en el Programa de Doctorado en CC Enfermeras. Universitat de Barcelona. ²Matrona, socióloga, doctora en Filosofía. Profesora titular de Universidad. Escuela de Enfermería. Universitat de Barcelona

RESUMEN

La presente revisión tiene como objetivos analizar si dentro de los programas preventivos europeos de salud sexual y reproductiva existen barreras de acceso, identificar qué grupos son más vulnerables respecto a la prevención y conocer estrategias que permitan un mejor acceso a dichos programas. El método es una revisión de la bibliografía publicada en los últimos 10 años sobre iniciativas de prevención en salud sexual y reproductiva en Europa. Los resultados muestran la existencia de desigualdades en el acceso, y se identifican propuestas para contribuir a su disminución. La conclusión principal es que las mujeres con condiciones socioeconómicas desfavorables tendrán un mayor riesgo de exclusión si no se aplican medidas correctoras en el diseño de los programas.

©2012 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Factores socioeconómicos, salud de las mujeres, programas de salud sexual y reproductiva, desigualdades de género.

ABSTRACT

This present review aims to analyze, within the European preventive programs of sexual and reproductive health: the existence of barriers to access, identify vulnerable groups, and recognize the proposed strategies to ensure a better access to such programs. The method is a literature review of references published in the last 10 years, about prevention efforts in reproductive health. The results identified inequalities in access, in the activities of prevention, and some proposes strategies to reduce inequalities of access, ranging from changes to the design and evaluation of programs and greater community participation. The principal conclusion is that the women with unfavorable socioeconomic conditions will have a higher risk of exclusion, if corrective measures are not applied in their design.

©2012 Ediciones Mayo, S.A. All rights reserved.

Keywords: Socioeconomic factors, leg length inequality, women's health, preventive health services, reproductive health services, gender inequalities.

INTRODUCCIÓN

«Las mujeres viven más que los hombres en prácticamente todo el mundo, pero no son más sanas.» Esta frase, extraída del informe de la OMS «Las mujeres y la salud», de 2009, muestra que, en los cálculos sobre los años de vida con salud, en casi todos los países las mujeres tienen una vida saludable más corta que los varones¹. ¿A qué se debe esta diferencia?

El abordaje clásico de este hecho se ha efectuado a nivel de política sanitaria, realizando una atención en salud diferenciada a las mujeres, la cual se fundamenta en que éstas tienen problemas específicos que requieren atención específica; problemas que guardan relación con su ciclo vital y producen morbilidad femenina diferencial: procesos de salud-enfermedad relacionados con la mens-

truación, la reproducción, la maternidad, la sexualidad, la anticoncepción, el climaterio, etc.².

Pero a pesar de disponer de programas específicos de salud basados en las diferencias biológicas y que ofrecen una atención diferencial, encontramos que la salud de las mujeres continúa siendo peor que la de los hombres. Un ejemplo de ello son los datos extraídos de un informe del Ministerio de Sanidad sobre desigualdades en salud por género realizado en 2005; en él se muestra, por ejemplo, que el diagnóstico de angina de pecho tarda 1 hora más en mujeres que en hombres, y que las mujeres son más vulnerables al contagio por el VIH. Este mismo informe también ha evidenciado que las mujeres tienen un menor tiempo de vida libre de enfermedad y una menor percepción positiva de su salud³.

Fecha de recepción: 11/11/11. Fecha de aceptación: 17/06/12.

Correspondencia:

N. Obregón Gutiérrez. Correo electrónico: nobregon@tauli.cat

Obregón Gutiérrez N, Goberna-Tricas J. Desigualdades en el acceso a los programas preventivos en salud sexual y reproductiva. *Matronas Prof.* 2012; 13(3-4): 83-89.

Estos hechos hacen necesario un nuevo abordaje que explique el porqué de las diferencias, más allá de los factores biológicos. Son muchos los estudios que trabajan actualmente en este nuevo enfoque y que muestran que las actitudes, las vivencias y las formas de vivir, enfermar, consultar y morir están influidas por los determinantes psicosociales de género, por lo que la situación social de los sexos es diferente y discriminatoria, y conlleva desigualdades¹⁻⁴.

Las desigualdades en salud se definen como aquellas diferencias en salud injustas y evitables entre grupos poblacionales definidos social, económica, demográfica o geográficamente⁵. Son el resultado de las distintas oportunidades y recursos relacionados con la salud que tienen las personas en función de su clase social, su sexo, el territorio donde se encuentran o la etnia a la que pertenecen, lo que se traduce en una peor salud entre los colectivos socialmente menos favorecidos^{6,7}.

La existencia de desigualdades en salud y la influencia de las primeras sobre la segunda fue uno de los descubrimientos del famoso Black Report, elaborado por encargo del Ministerio de Salud inglés en 1980. En él se especificaba que el riesgo de morir antes de los 65 años era mayor en las clases sociales más desfavorecidas. Este estudio marcó un antes y un después en el mundo de la epidemiología, ya que a partir de él se empezaron a estudiar los factores sociales y su relación con la salud, descubriéndose que existen importantes desigualdades sociales en este ámbito. Los estudios actuales han demostrado que las desigualdades en salud son responsables de un exceso de mortalidad y de morbilidad superior a la mayoría de factores de riesgo de enfermar conocidos⁸.

Estas desigualdades existen incluso en los países cuyos sistemas de salud se basan en la equidad y en políticas públicas. Los estudios demuestran que los servicios sanitarios no son los determinantes principales de la salud ni de las desigualdades en salud. Pero tanto la calidad como la cobertura que ofrecen dichos servicios constituyen uno de los principales indicadores de bienestar social⁹.

En nuestro país han sido varios los estudios e informes que han evidenciado que la posición socioeconómica, el género, el territorio y más recientemente la inmigración son ejes de desigualdad con un enorme impacto en la salud de la población. También se ha evidenciado que, aunque el acceso a muchos de los programas preventivos en nuestro país es universal y gratuito, ciertos colectivos con factores sociales más desfavorables acuden menos, de modo que se producen desigualdades ya en la prevención primaria^{4,9,10}.

Encontramos así que sobre la salud de las mujeres pueden actuar dos factores generadores de desigualdad: el género y los factores socioeconómicos. Estos factores son los principales ejes en la génesis de las desigualda-

des en salud, ya que son transversales a todos los ámbitos de ésta. Tienen relación tanto con los aspectos determinantes de la salud y la esperanza de vida, las causas de mortalidad y las enfermedades, como con los aspectos de las conductas relacionadas con la salud y la utilización de los servicios sanitarios: disponibilidad, accesibilidad y calidad. Las desigualdades sociales entre hombres y mujeres y entre clases más y menos favorecidas se traducen en enormes desigualdades en la mortalidad y en el estado de salud. Por ejemplo, un 55% de las mujeres de clase social V (ocupaciones no cualificadas) declaran un buen estado de salud, frente a un 85% de los hombres de clase social I (directivos y profesionales)¹¹.

Estos dos ejes de desigualdad dibujan un grupo doblemente vulnerable: las mujeres con condiciones socioeconómicas desfavorables. Este colectivo tendrá más riesgo de sufrir desigualdades en salud, provocadas no sólo por condiciones sociales sino también por factores socioculturales relacionados con el hecho de ser mujer.

En nuestro país existe un programa de salud específico para las mujeres, la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, básicamente integrado por actividades preventivas encaminadas a atender las necesidades de salud derivadas de las diferencias biológicas¹². Pero existen pocos trabajos que analicen si existen o no barreras de acceso a las actividades preventivas que componen dicho programa. Por lo expuesto hasta ahora, es bastante probable la existencia de un acceso desigual a las actividades preventivas determinado por factores socioeconómicos.

Para ampliar los conocimientos relacionados con las desigualdades en salud relacionadas con los programas preventivos dirigidos a la salud sexual y reproductiva, se ha planteado la siguiente revisión.

METODOLOGÍA DE LA BÚSQUEDA

En este trabajo se revisan los estudios dirigidos específicamente a detectar desigualdades en el acceso a los programas preventivos relacionados con la salud sexual y reproductiva motivadas por condiciones sociales desfavorables, así como posibles actuaciones para disminuir dichas barreras.

Bases de datos seleccionadas

Las bases de datos seleccionadas para la búsqueda fueron las siguientes: MEDLINE, Cochrane, ISI Web of Knowledge, CINAHL, BDIE y Cuiden.

Palabras clave

Para obtener las diferentes palabras clave se establecieron tres áreas temáticas de búsqueda:

1. Artículos relacionados con los programas de promoción y prevención de la salud.

Tabla 1. Resultados de la revisión

	Promoción y prevención	Salud sexual-reproductiva	Desigualdades socioeconómicas	Búsqueda combinada	Límites	Lectura de abstract
MEDLINE	1.459.208	141.726	278.028	2.947	44	24
Cochrane	20.488	9.497	308	13	6	3
ISI Web of Knowledge	>100.000	>100.000	18.085	168	10	5
CINAHL					13	8
Total						40

- Artículos relacionados con la salud sexual y reproductiva.
- Artículos relacionados con desigualdades en salud causadas por factores socioeconómicos.

Mediante la herramienta MeSH se obtuvieron diferentes palabras clave relacionadas con las tres áreas de estudio utilizando la estrategia que se describe en el apartado siguiente.

Estrategia de búsqueda

Se inició la revisión bibliográfica realizando una búsqueda por áreas temáticas generales (programas preventivos, salud sexual y reproductiva, y desigualdades socioeconómicas) uniendo las palabras clave de cada área mediante el boleano OR. Posteriormente, para identificar los artículos que combinaran las tres áreas temáticas se empleó la herramienta de búsqueda avanzada y el boleano AND combinando las tres búsquedas. Para acotar la búsqueda se establecieron como límites: artículos europeos, en lengua inglesa y de los últimos 10 años. Para la selección final de los artículos se hizo una lectura de los resúmenes aplicando como criterios de exclusión: la utilización de los factores sociales como descriptores, programas de salud no relacionados con la salud sexual y reproductiva y programas realizados en países no europeos.

Para completar la información, en una fase posterior se efectuó una nueva búsqueda en las bases de datos españolas BDIE y CUIDEN con las mismas palabras clave; se obtuvieron 10 artículos, que se excluyeron por no cumplir los criterios de inclusión.

RESULTADOS

Según la estrategia planteada, se obtuvieron 40 artículos que analizan actividades preventivas relacionadas con la salud sexual y reproductiva teniendo en cuenta la existencia de desigualdades en el acceso a ellas (tabla 1). De ellos, 5 son revisiones sistemáticas, 15 son estudios de casos y controles aleatorizados, 12 son estudios observacionales y 8 son estudios cualitativos.

Para analizar los resultados se clasificaron los artículos en función de las preguntas iniciales de la revisión:

Tabla 2. Artículos que presentan programas preventivos en los que se detectan barreras en el acceso

Allen (2007), Artnik (2006), Banks (2002), Beck (2005), Borawski (2009), Borghi (2008), Brotto (2008), Calvocoressi (2008), Cassell (2006), Dal Maso (2010), Davies (2009), De Jong-van den Berg (2005), De Walle (2007), Dyson (2007), French (2007), Haldre (2005), Hosli (2008), Howell (2001), Jarosová (2009), Keenan (2002), Lee (2009), Litaker (2007), Maddem (2003), Markovic (2002), Michie (2004), Molloy (2007), Newman (2008), Northeast (2000), O' Cathain (2002), Olsen (2008), Parazzini (2008), Rasch (2006), Remennick (2006), Rodvall (2005), Sabates (2006), Souza (2007), Stephenson (2004), Stockley (2008), Strange (2002), Willoughby (2006)

n= 40

- La primera cuestión era si se detectaban desigualdades en el acceso a las actividades preventivas: todos los artículos seleccionados detectan, en mayor o menor medida y por diferentes colectivos (posteriormente analizados), un acceso desigual a las actividades que describen¹³⁻⁵² (tabla 2).
- La segunda cuestión a analizar era determinar qué grupos eran detectados por la bibliografía como más vulnerables, es decir, con un riesgo mayor de tener dificultades en el acceso a las actividades preventivas. Los grupos que la revisión identificó como de riesgo son: mujeres con bajo nivel socioeconómico^{14,15,23-26,30,33-35,38,41,43,47,52}, minorías étnicas^{16,18,19,23,28,30-32,36,39,45}, mujeres jóvenes^{13,17,21,27,32,35,40,46,48,49,51,52} y, en menor medida, mujeres mayores²⁰ y mujeres con patología asociada^{22,44} (tabla 3).
- En cuanto a la tercera cuestión, observamos que se detectan desigualdades en el acceso tanto a las actividades de promoción de la salud y prevención primaria^{13,14,16-18,23-33,35-42,44,48-51} como a las actividades de prevención secundaria^{15,19-22,34,43,45-47,52} (tabla 4).
- En lo que respecta a las áreas de actuación, encontramos que la mayoría de los artículos identifican desigualdades en el acceso a actividades relacionadas con el control de la gestación^{14,23-26,29,30,33,37,38,40,41,50}, en el acceso a actividades de contracepción y prevención de enfermedades de transmisión sexual^{13,17,21,27,28,32,39,44,48,49,51}

Tabla 3. Clasificación de los estudios en función de los grupos detectados como vulnerables

- **Minorías étnicas**
 - Beck (2005), Borghi (2008), Brotto (2008), Haldre (2005), Howell (2001), Jarosová (2009), Keenan (2002), Markovic (2002), Newman (2008), Remennick (2006) (n= 10)
- **Bajo nivel socioeconómico**
 - Artnik (2006), Bans (2002), Davies (2009), De Jong-van den Berg (2005), De Walle (2007), Dyson (2002), Howell (2001), Lee (2009), Litaker (2007), Maddem (2003), Molloy (2007), O’Cathain (2002), Parazzini (2008), Sabates (2006), Willoughby (2006) (n= 15)
- **Jóvenes**
 - Allen (2007), Borawski (2009), Cassell (2006), French (2007), Keenan (2002), Maddem (2003), Northeast (2000), Rodvall (2005), Souza (2007), Stephenson (2004), Stockley (2008), Strange (2002), Willoughby (2006) (n= 13)
- **Mujeres mayores**
 - Calvocoressi (2008) (n= 1)
- **Patología asociada**
 - Dal Maso (2010), Rasch (2006) (n= 2)

y en el acceso a actividades de cribado del cáncer de cérvix y de mama^{15,19,20,22,34,45-47,52} (tabla 5).

- Finalmente, 26 de los artículos nos presentan estrategias para poder mejorar el acceso a los programas^{13,15,16,18,19,21-23,25,26,28-34,36-39,41,49-52}.
- Las estrategias que se proponen se pueden agrupar en: a) actuaciones relacionadas con el diseño de subprogramas preventivos cuyas poblaciones diana son los grupos identificados como de riesgo de exclusión^{13,15,18,19,21,22,25,30,32-34,41,50,52}; b) actuaciones que se podrían englobar como actividades que incluyen a la comunidad de riesgo en el diseño, la implantación y la evaluación de los programas preventivos^{23,26,28,30,31,38,49,51}, y c) necesidad de realizar investigaciones cualitativas que permitan identificar las causas de no acceso para así poder planificar actuaciones preventivas más eficaces^{16,29,32,36,37,39} (tabla 6).

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Los diferentes artículos obtenidos en la revisión coinciden en señalar que existen barreras de acceso en los programas preventivos que dificultan un acceso igual y equitativo para toda la población. Asimismo, los resultados obtenidos también demuestran que las actividades preventivas europeas de salud sexual y reproductiva no son una excepción. Constatamos que las barreras en el acceso aparecen tanto en los programas de promoción de la salud como en los programas de prevención secundaria, que en este caso hacen referencia a programas de cribado del cáncer de cérvix y de mama.

Tabla 4. Clasificación de los estudios según el tipo de prevención a la que hacen referencia

- **Promoción y prevención primaria**
 - Allen (2007), Artnik (2006), Beck (2005), Borawski (2009), Borghi (2008), Davies (2009), De Jong-van den Berg (2005), De Walle (2007), Dyson (2002), French (2007), Haldre (2005), Hosli (2008), Howell (2001), Jarosová (2009), Keenan (2002), Lee (2009), Maddem (2003), Markovic (2002), Michie (2004), Molloy (2007), Newman (2008), Northeast (2000), O’Cathain (2002), Olsen (2008), Rasch (2006), Souza (2007), Stephenson (2004), Stockley (2008), Strange (2002) (n= 29)
- **Promoción secundaria**
 - Banks (2002), Brotto (2008), Calvocoressi (2008), Cassell (2006), Dal Maso (2010), Litaker (2007), Parazzini (2008), Remennick (2006), Rodvall (2005), Sabates (2006), Willoughby (2005) (n= 11)

Tabla 5. Áreas de actuación en las que se detectan las barreras

Embarazo, parto y puerperio

Consejo preconcepcional	Hosli (2008)
Suplementación con ácido fólico	De Jong-van den Berg (2005), De Walle (2007), Howell (2001), Stockley (2008)
Tabaco y embarazo	Northeast (2000)
Control de la gestación	Artnik (2006), Lee (2009), Davies (2009), Dyson (2002), Michie (2004), Molloy (2007), O’Cathain (2002)
Lactancia	Maddem (2003)

Cribado

Cáncer de cérvix	Brotto (2008), Dal Maso (2010), Rodvall (2005), Sabates (2006), Willoughby (2006)
Cáncer de mama	Banks (2002), Calvocoressi (2008), Litaker (2007), Remennick (2006)

Contracepción, prevención de ETS

Allen (2007), Borawski (2009), Cassell (2006), French (2007), Haldre (2005), Keenan (2002), Newman (2008), Rasch (2006), Souza (2007), Stephenson (2004), Strange (2002)
--

Menopausia

Parazzini (2008)

Programas de salud sexual y reproductiva

Beck (2005), Borghi (2008), Howell (2001), Jarosová (2009), Markovic (2002)

La revisión realizada muestra que, según autores como Artnik¹⁴, Banks¹⁵ y Davies²³, entre otros, se identifican como grupo de mayor riesgo de sufrir desigualdades en salud por un menor acceso a los programas preventivos las mujeres con condiciones socioeconómicas bajas, seguidas de las mujeres procedentes de minorías étnicas. Un tema que no se aborda en ninguno de los artículos consultados es la determinación de la causa subyacente en la vulnerabilidad de las minorías étnicas; no se dife-

Tabla 6. Artículos que plantean estrategias de actuación para disminuir las barreras de acceso detectadas (n= 26)

- **Subprogramas preventivos dirigidos a los grupos detectados como de riesgo de exclusión**

- Allen (2007): programas de planificación familiar. Población diana: mujeres jóvenes
- Banks (2002): programas de refuerzo de la citación para el cribado del cáncer de mama. Población diana: mujeres con bajo nivel socioeconómico
- Borghi (2008): programas preventivos de educación sanitaria. Población diana: minorías étnicas
- Brotto (2008): programas de refuerzo del cribado del cáncer de cérvix. Población diana: minorías étnicas
- Cassell (2006): cribado de ETS. Población diana: mujeres jóvenes
- Dal Maso (2010): programas de refuerzo del cribado del cáncer de cérvix. Población diana: patología asociada
- De Walle (2007): campaña sanitaria sobre la suplementación con ácido fólico. Población diana: mujeres con bajo nivel socioeconómico
- Howell (2001): aumentar las campañas de salud específicas para minorías étnicas
- Keenan (2002): cribado de enfermedades de transmisión sexual. Población diana: mujeres jóvenes
- Lee (2009): controles domiciliarios para mejorar el control gestacional. Población diana: mujeres con bajo nivel socioeconómico
- Litaker (2007): programas de refuerzo del cribado del cáncer de mama. Población diana: mujeres con bajo nivel socioeconómico
- O’Cathain (2002): campaña educativa sobre los programas preventivos. Población diana: mujeres con bajo nivel socioeconómico
- Stockley (2008): campaña sanitaria sobre la suplementación con ácido fólico. Población diana: minorías étnicas
- Willoughby (2005): programas de refuerzo del cribado del cáncer de cérvix. Población diana: mujeres con bajo nivel socioeconómico

- **Participación comunitaria en el diseño, la implantación y la evaluación de los programas preventivos**

- Davies (2009): programa *peer-led* para mejorar los cuidados durante la gestación en minorías étnicas
- Dyson (2002): programa de voluntariado para el asesoramiento comunitario sobre los cuidados del embarazo
- Haldre (2005): diseño de mensajes de salud teniendo en cuenta aspectos culturales
- Howell (2001): adaptación cultural de los mensajes de salud a las minorías étnicas
- Jarosová (2009): formación de mediadores para campañas de educación sanitaria a minorías étnicas
- Molloy (2007): programa de voluntariado para la preparación a la maternidad para mujeres con condiciones socioeconómicas desfavorables
- Stephenson (2004): programa *peer-led* aplicado a la educación sexual de mujeres jóvenes
- Strange (2002): programa *peer-led* aplicado a la educación sexual de mujeres jóvenes

- **Investigación cualitativa como herramienta de mejora de los programas preventivos**

- Beck (2005): investigación cualitativa para identificar las causas de no acceso a los servicios de salud sexual
- Hosli (2008): estudios cualitativos para identificar las causas de no asistencia a los programas de consejo preconcepcional
- Keenan (2002): investigación cualitativa sobre las barreras de acceso
- Markovic (2002): investigación cualitativa para disminuir las barreras de acceso
- Michie (2004): investigación cualitativa para mejorar la participación en programas de cribado
- Newman (2008): investigación cualitativa/mejora en las políticas sociales

rencia si esta vulnerabilidad se debe a que se trata de un colectivo sometido a unas condiciones socioeconómicas desfavorables, o si influyen más en dicha vulnerabilidad los aspectos culturales que determinan su visión de la prevención y/o del uso del sistema sanitario.

Continuando con los grupos considerados como de riesgo, vemos que algunos autores como Calvocoressi²⁰, Allen¹³, Cassell²¹ y French²⁷ detectan una vulnerabilidad relacionada con la edad, ya que aparecen como grupo de riesgo las mujeres jóvenes y, en menor medida, las mujeres mayores.

Encontramos estrategias para mejorar el acceso a los programas en 26 de los artículos seleccionados; todos ellos coinciden en señalar que, en general, para disminuir las desigualdades sociales son necesarios cambios políticos y sociales que se traduzcan en una sociedad más justa y más solidaria. En lo que respecta a las actuaciones que se pueden llevar a cabo en cuanto a la planificación de programas preventivos, las actuaciones presentadas se pueden agrupar en dos grandes grupos:

en primer lugar, estrategias que faciliten el acceso a los programas a los colectivos con mayor riesgo de exclusión, mediante actuaciones directas en las comunidades de riesgo; y por otro lado, y en segundo lugar, estrategias por las cuales se consiga una implicación de las comunidades hacia las que van dirigidos los programas, tanto en el diseño como en la implantación, con el objetivo de lograr unas actuaciones más eficaces.

Un aspecto que destacar es que todos los artículos detectan barreras en el acceso a los programas, pero muy pocos analizan a qué se deben estas barreras. En este sentido, Borghi¹⁸, Hosli²⁹ y Sabates⁴⁷ defienden que es necesaria una aproximación cualitativa para comprender por qué los diferentes grupos detectados como de riesgo de exclusión no acuden a los programas preventivos, y argumentan que sólo mediante este enfoque se podrán diseñar programas realmente efectivos que disminuyan las barreras de acceso y contribuyan a reducir las desigualdades en salud que los factores sociales están generando.

CONCLUSIONES

La revisión realizada ayuda a identificar la existencia de barreras de acceso en los programas de salud sexual y reproductiva, y muestra que estas barreras aparecen tanto en las actividades de promoción y prevención relacionadas con la maternidad como en las actividades de prevención secundaria de patología ginecológica.

Las mujeres con condiciones socioeconómicas desfavorables son, según la bibliografía, las mujeres con mayor riesgo de exclusión en relación con los programas preventivos en salud sexual y reproductiva. Por ello, deberían aplicarse medidas correctoras en el diseño de estos programas, para conseguir el mayor grado de captación posible, con lo que se contribuiría al logro de la equidad sanitaria desde la planificación y la atención sanitaria. Pero para aplicar medidas correctoras verdaderamente eficaces es necesario conocer las causas que originan dichas barreras de acceso. La investigación cualitativa, como metodología que permite dar voz a las minorías, puede resultar una herramienta fundamental en dicho análisis y contribuir por tanto al diseño de intervenciones que permitan disminuir las barreras de acceso a los programas preventivos en salud sexual y reproductiva.

Asimismo, en el contexto actual de crisis económica, las diferentes medidas de ajuste contribuirán sin duda a un incremento de las diferencias en el acceso a los programas preventivos por parte de los colectivos más vulnerables. Por ello es importante que las matronas conozcan la influencia y el peso de los factores sociales en los patrones de salud y las pautas de acceso a los servicios sanitarios.

BIBLIOGRAFÍA

- Organización Mundial de la Salud. Las mujeres y la salud. Los datos de hoy, la agenda de mañana. Ginebra: OMS, 2009.
- Velasco S. Evolución de los enfoques de género en salud. Intersección de teorías de la salud y teoría feminista. Material docente del Diploma de especialización de Género y Salud Pública. Escuela Nacional de Sanidad, Observatorio de Salud de la Mujer e Instituto de la Mujer. Madrid, 2006. Disponible en: <http://www.migualdad.es/mujer/programas/salud/teorias%20enfoque%20genero2006.pdf>
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Informe Salud y Género 2005. Madrid: Centro de Publicaciones del Ministerio de Sanidad, 2007.
- Borrell C, García-Calvente, Martí-Bosca VV, eds. Informe de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) 2004: La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. Gac Sanit. 2004; 18 Supl 1.
- Commission on Social Determinants of Health. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health 2007. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf
- Miguélez FGT, Rebollo O, Sánchez C, Romero A. Desigualtat i canvi. L'estructura social contemporània. Barcelona: Proa, 1996.
- Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. Int J Health Serv. 1992; 22(3): 429-45.
- Towsend P, Davidson N, Whitehead M, eds. Inequalities in Health: The Black Report and the Health Divide. Londres: Penguin Books, 1988.
- Navarro V, Muntaner C, Borrell C, Benach J, Águeda Q, Rodríguez-Sanz M, et al. Politics and health outcomes. Lancet. 2006; 368: 1033-7.
- Rodríguez-Sanz M, Carrillo Santistevé P, Borrell C. Desigualdades sociales en la salud, los estilos de vida y la utilización de servicios sanitarios en las CCAA 1993-2003. Observatorios de salud de la mujer y del SNS. Agencia de Calidad. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005.
- Análisis de situación para la elaboración de una propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009.
- Estrategia nacional de salud sexual y reproductiva. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010.
- Allen E, Bonell C, Strange V, Copas A, Stephenson J, Johnson AM, Oakley A. Does the UK government's teenage pregnancy strategy deal with the correct risk factors? Findings from a secondary analysis of data from a randomised trial of sex education and their implications for policy. J Epidemiol Community Health. 2007; 64: 20-7.
- Artnik B, Vidmar G, Javornik J, Laaser U. Premature mortality in Slovenia in relation to selected biological, socioeconomic, and geographical determinants. Croat Med J. 2006; 47(1): 103-13.
- Banks E, Beral V, Cameron R, Hogg A, Langley N, Barnes I, et al. Comparison of various characteristics of women who do and do not attend for breast cancer screening. Breast Cancer Res. 2002; 4: R1.
- Beck A, Majumdar A, Estcourt C, Petrak J. We don't really have a cause to discuss these things, they don't affect us. A collaborative model for developing culturally appropriate sexual services with the Bangladeshi community of Tower Hamlets. Sex Transm Infect. 2005; 85: 158-62.
- Borawski EA, Trapl ES, Adams-Tufts K. Taking Be Proud! Be Responsible! To the suburbs: a replication study. Perspect Sex Reprod Health. 2009; 49: 12-22.
- Borghi J, Jan S. Measuring the benefits of health promotion programmes: application of the contingent valuation method. Health Policy. 2008; 87(2): 235-48.
- Brotto LA, Chou AY, Singh T, Woo JS. Reproductive health practices among Indian, Indo-Canadian, Canadian East Asian, and Euro-Canadian women: the role of acculturation. J Obstet Gynaecol Can. 2008; 30(3): 229-38.
- Calvo Coressi L, Sun A, Kasl SV, Claus EB, Jones BA. Mammography screening of women in their 40s: impact of changes in screening guidelines. Cancer. 2008; 112(3): 473-8.
- Cassell JA, Mercer CH, Fenton KA, Copas AJ, Erens B, Wellings K, et al. A comparison of the population diagnosed with chlamydia in primary care with diagnosed in sexual health clinics: implications for a national screening programme. Public Health. 2006; 120(10): 984-8.
- Dal Maso L, Franceschi S, Lise M, De'Bianchi PS, Polesel J, Ghinelli F, et al. Self-reported history of Pap-smear in HIV-positive women in Northern Italy: a cross-sectional study. BMC Cancer. 2010; 21: 310.
- Davies J, Damami P, Margaretts BM. Intervening to change the diets of low-income women. Proc Nutr Soc. 2009; 68: 210-5.
- De Jong-van den Berg L, Buitendijk S, Paulussen T. Trends and predictors of folic acid awareness and periconceptional use in pregnant women. Am J Obstet Gynecol. 2005; 192(5): 121-8.
- De Walle H, De Jong-van den Berg L. Growing gap in folic acid intake with respect to level of education in the Netherlands. Community Genet. 2007; 10(2): 93-6.
- Dyson L, While A. Mind the gap: voluntary sector pregnancy advice service. Br J Community Nurs. 2002; 7(4): 190-5.
- French RS, Mercer CH, Kane R, Kingori P, Stephenson JM, Wilkinson P, et al. What impact has England's Teenage Pregnancy Strategy had on young people's knowledge of and access to contraceptive services? J Adolesc Health. 2007; 41(6): 594-601.
- Haldre K, Helle K, Mati R, Alvi T. Impact of rapid socio-economic changes on teenage pregnancies in Estonia during 1992-2001. Acta Obstet Gynecol Scand. 2005; 84(5): 425-31.
- Hosli EJ, Elsinga J, Buitendijk SE, Assendelft WJ, Van der Pal-de Bruin KM. Women's motives for not participating in preconception counseling: qualitative study. Community Genet. 2008; 11(3): 166-70.

30. Howell SR, Barnett AG, Underwood MR. The use of pre-conceptional folic acid as an indicator of uptake of a health message amongst white and Bangladeshi women in Tower Hamlets, east London. *Fam Pract.* 2001; 18(3): 300-3.
31. Jarosová D, Dusová B, Vrublová Y. The education of Romany health and social assistants in the Czech Republic. *Int Nurs Rev.* 2009; 56: 264-8.
32. Keenan L, Marshall LL, Eve S. Extension of the behavioral model of healthcare utilization with ethnically diverse, low-income women. *Ethn Dis.* 2002; 12(1): 111-23.
33. Lee E, Mitchell-Herzfeld SD, Lowenfels AA, Greene R, Dorabawila V, DuMont KA. Reducing low birth weight through home visitation: a randomized controlled trial. *Am J Prev Med.* 2009; 36(2): 154-60.
34. Litaker D, Tomolo A. Association of contextual factors and breast cancer screening: finding new targets to promote early detection. *J Womens Health.* 2007; 16(1): 36-45.
35. Madden JM, Soumerai SB, Lieu TA, Mandl K, Zhang F, Ross-Degnan D. Effects on breastfeeding of changes in maternity length-of-stay policy in a large health maintenance organization. *Pediatrics.* 2003; 111(3): 519-24.
36. Markovic M, Manderson L, Kelaher M. The health of immigrant women: Queensland women from the former Yugoslavia. *J Immigr Health.* 2002; 4(1): 5-15.
37. Michie S, Dormandy E, Marteau TM. Increasing screening uptake amongst those intending to be screened: the use of actions plans. *Patient Educ Couns.* 2004; 55(2): 218-22.
38. Molloy M. Volunteering as a community mother –a pathway to lifelong learning. *Community Pract.* 2007; 80(5): 28-32.
39. Newman PA, Williams CC, Massaquoi N, Brown M, Logie C. HIV prevention for Black women: structural barriers and opportunities. *J Health Care Poor Underserved.* 2008; 19(3): 829-41.
40. Northeast P, Fraser D, Watts K, White J. Smoking in pregnancy in Nottingham-11 years on. *Br J Midwifery.* 2000; 8(2): 88-95.
41. O’Cathain A, Thomas K, Walters SJ, Nicholl J, Kirkham M. Women’s perceptions of informed choice in maternity care. *Midwifery.* 2002; 18(2): 136-44.
42. Olsen SF, Knudsen VK. Folic acid for the prevention of neural tube defects: the Danish experience. *Food Nutr Bull.* 2008; 29(2): 205-9.
43. Parazzini F, Progetto J. Trends of determinants of hormone therapy use in Italian women attending menopause clinics, 1997-2003. *Menopause.* 2008; 15(1): 164-70.
44. Rasch V, Yambesi F, Massawe S. Post-abortion care and voluntary HIV counselling and testing –an example of integrating HIV prevention into reproductive health services. *Trop Med Int Health.* 2006; 11(5): 697-704.
45. Remennick L. The challenge of early breast cancer detection among immigrant and minority women in multicultural societies. *Breast J.* 2006; 12(1): 103-10.
46. Rodvall Y, Kemetly L, Tishelman C, Tornberg S. Factors related to participation in a cervical cancer screening programme in urban Sweden. *Eur J Cancer Prev.* 2005; 14(5): 459-66.
47. Sabates R, Feinstein L. The role of education in the uptake of preventive health care: the case of cervical screening in Britain. *Soc Sci Med.* 2006; 62: 2998-3010.
48. Souza M, Brunini S, Almeida N, Munari D. Educative program about sexuality and sexually transmitted diseases: experience report with a group of adolescents. *Rev Bras Enferm.* 2007; 60(1): 102-5.
49. Stephenson JM, Strange V, Forrest S, Oakley A, Copas A, Allen E, et al. PuPil-Led sex education in England (RIPPLE study): cluster-randomised intervention trial. *Lancet.* 2004; 364(9.431): 338-46.
50. Stockley L, Lund V. Use of folic acid supplements, particularly by low-income and young women: a series of systematic reviews to inform public health policy in the UK. *Public Health Nutr.* 2008; 11(8): 807-21.
51. Strange V, Forrest S, Oakley A; RIPPLE Study Team. Randomized Intervention of PuPil-Led sex Education. Peer-led sex education –characteristics of peer educators and their perceptions of the impact on them of participation in a peer education programme. *Health Educ Res.* 2002; 17(3): 327-37.
52. Willoughby BJ, Faulkner K, Stamp EC, Whitaker CJ. A descriptive study of the decline in cervical screening coverage rates in the North East and Yorkshire and the Humber regions of the UK from 1995 to 2005. *J Public Health.* 2006; 28(4): 355-60.

Anexo 2: Autorización CEIC



INFORME DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Doña COLOMA MORENO QUIROGA, Secretaria del Comité Ético de Investigación Clínica de la CORPORACIÓ SANITÀRIA PARC TAULÍ DE SABADELL (Barcelona)

CERTIFICA

Que este Comité ha evaluado la propuesta del promotor PROPI para que se realice el estudio titulado: "Desigualdades en el acceso a los programas preventivos en salud sexual y reproductiva: análisis de la situación en el distrito 2 de Sabadell" del protocolo y considera que:

1. Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsible para el sujeto.
2. La capacidad del investigador y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.
3. Son adecuados tanto el procedimiento para obtener el consentimiento informado como la compensación prevista para los sujetos por daños que pudiera derivarse de su participación en el estudio.
4. El alcance de las compensaciones económicas previstas no interfiere con el respeto a los postulados éticos.
5. Y que el Comité acepta que dicho estudio sea realizado en el Corporació Sanitària Parc Taulí de SABADELL por OBREGÓN GUTIERREZ NOEMÍ, como investigador principal.

Lo que firma en SABADELL a jueves, 15 marzo 2012

Firmado:

Dra. Coloma Moreno Quiroga

Ref.: 2012517

Anexo 3: Consentimiento Informado

HOJA DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

TÍTULO DEL ESTUDIO: *Desigualdades en el acceso a los Programas Preventivos en Salud Sexual y Reproductiva*

INVESTIGADOR PRINCIPAL: *Noemí Obregón Gutiérrez*

CENTRO: *Universitat de Barcelona / Hospital Universitario Parc Taulí*

INTRODUCCION

Nos dirigimos a usted para informarle sobre un estudio de investigación en el que se le invita a participar. El estudio ha sido aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Parc Taulí.

Nuestra intención es tan sólo que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y juzgar si quiere o no participar en este estudio. Para ello lea esta hoja informativa con atención y nosotros le aclararemos las dudas que le puedan surgir después de la explicación. Además, puede consultar con las personas que considere oportuno.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir no participar o cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento, sin que por ello se produzca perjuicio alguno.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

Este estudio, forma parte de una tesis doctoral, que pertenece al Programa de Doctorado de Ciencias enfermeras de la Universidad de Barcelona, y se realiza con la aprobación del Comité de Investigación del Hospital Parc Taulí.

Tiene como objetivo analizar los diferentes grados de utilización de los programas preventivos en salud sexual y reproductiva, e identificar factores que pueden actuar como facilitadores o barreras a la prevención.

Para ello, se realizan dos procedimientos: en primer lugar un cuestionario de entre 5-8 minutos de duración, mediante el cual, le realizaremos varias preguntas sobre el uso que usted realiza de estos programas y, en una segunda etapa, a un grupo de mujeres más reducido que deseen participar, se les realizará una entrevista más extensa (40 minutos de duración aproximada) para conocer según su perspectiva que factores puede contribuir o empeorar la asistencia a dichos programas. La entrevista se realizará en un lugar a convenir que sea cómodo para usted y que le ocasione las mínimas molestias posibles. Las entrevistas serán gravadas, pero con el único objetivo de transcribirlas y analizarlas.

La duración de la recogida de datos es de un año, por lo que si acepta contestar al cuestionario, y con posterioridad es seleccionada para una entrevista, pueden transcurrir varios meses.

CONFIDENCIALIDAD

Los datos recogidos para el estudio estarán identificados mediante un código y solo el investigador principal del estudio podrá relacionar dichos datos con usted. Por lo tanto, su identidad no será revelada a persona alguna.

El acceso a su información personal quedará restringido al investigador principal del estudio /colaboradores, al Comité Ético de Investigación Clínica y personal autorizado, cuando lo precisen para comprobar los datos y procedimientos del estudio, pero siempre manteniendo la confidencialidad de los mismos de acuerdo a la legislación vigente.

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal. De acuerdo a lo que establece la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual deberá dirigirse a la investigadora principal del estudio.

Si decide participar, nos gustaría pedirle su consentimiento firmando esta declaración.

Yo,(nombre y apellidos)

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado con: (nombre del investigador).

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

1. Cuando quiera.
2. Sin tener que dar explicaciones.
3. Sin que esto repercuta en mis cuidados.

Doy mi consentimiento para realizar los siguientes procedimientos:

- Encuesta
- Entrevista si cumpla los criterios de inclusión
- Encuesta y entrevista

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio y doy mi consentimiento para el acceso y utilización de mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información

Firma/Fecha

Firma del Investigador

Anexo 4: Cuestionario

CUESTIONARIO:

TÍTULO DEL ESTUDIO: *Desigualdades en el acceso a los Programas Preventivos en Salud Sexual y Reproductiva*

INVESTIGADOR PRINCIPAL: *Noemí Obregón Gutiérrez*

CENTRO: *Universitat de Barcelona / Hospital Universitario Parc Taulí*

Gracias de antemano, por participar en este estudio

1. DATOS SOCIOECONÓMICOS:

¿Qué tipo de estudios ha realizado?

- Sin estudios o primarios incompletos
- Primarios completos
- Bachillerato o formación profesional
- Universitarios medios o superiores

¿Su situación laboral actual es...?

- Estudiante
- Ama de casa
- En activo
- En paro
- Jubilado
- Otros _____

En caso de estar en situación activa, ¿Qué tipo de trabajo desarrolla actualmente?

- I: Directivos de la administración pública y de empresas de 10 o más asalariados. / Profesiones asociadas a titulaciones de segundo y tercer ciclo universitario)

- II:** Directivos de empresas con menos de 10 trabajadores. / Profesiones asociadas a titulaciones de primer ciclo universitario. / Técnicos superiores. / Artistas y deportistas.
- III:** Empleados de tipo /Trabajadores de los servicios personales y de seguridad /Trabajadores por cuenta propia / Supervisores de trabajadores manuales.
- IV a:** Trabajadores manuales cualificados.
- IV b:** Trabajadores manuales semicualificados.
- V:** Trabajadores no cualificados

2. VALORACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE LA CONSULTA PREVENTIVA

¿Ha acudido alguna vez al ginecólogo/matrona por un motivo diferente al embarazo?

- Si
- No

Si es que SI, ¿Cuál fue el motivo de la última visita no relacionada con embarazo o parto?

- Algún problema ginecológico (enfermedad, molestias, ...)
- Orientación/ planificación familiar
- Revisión periódica
- Otros motivo

Si es que SI: ¿Cuándo ha efectuado la última visita a una consulta de ginecología por algún motivo distinto a los relacionados con el embarazo o parto?

- Hace menos de 6 meses
- Entre 6 meses y 1 año
- Entre 1y 3años
- Hace más de 3 años 4
- Nunca ha ido por motivos diferentes al embarazo o parto
- No sabe/no recuerda

3. VALORACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE LOS PROGRAMAS PREVENTIVOS:

En caso de haber estado embarazada ¿Sus embarazos han sido planificados?

- Si, todos
- Alguno no
- Ninguno

¿Qué método anticonceptivo utiliza?

- Busco embarazo
- Ligadura / vasectomía
- DIU
- AHO
- Preservativo
- Métodos naturales
- Ninguno

¿El método ha sido aconsejado por

- Ginecólogo
- Matrona
- Médico de familia
- Enfermera
- Farmacéutico
- Decisión propia
- Familiar
- Amiga

¿Se ha realizado alguna vez una citología?

- Si
- No

¿Cuándo se realizó una citología por última vez?

- Un año
- Dos años
- Tres años
- Cuatro años
- Más de cuatro años

¿Cuál fue la razón por la que se hizo esta última citología vaginal?

- Porque tenía molestias
- Porque se lo recomendaron en la consulta de medicina de familia
- Porque fue a la consulta de ginecología
- Porque le citaron desde su CAP para un programa de detección precoz de cáncer
- Por otra razón de tipo médico
- Por otro tipo de razones (no médicas)

¿Con qué frecuencia se ha hecho nuevas citologías a partir de la primera que se hizo?

Al menos 1 vez al año

Aproximadamente 1 vez cada 5 años

Cada 2 años

Más de 5 años

Cada 3 años

Nunca

¿Sabe que es la autoexploración de las mamas?

Si

No

¿Se realiza autoexploraciones de mama?

Si

No

En el caso de que sí ¿Con que frecuencia?

Una vez al mes

Al menos 1 vez al año

Cada tres meses

Otros...

¿Le han hecho alguna vez una mamografía (radiografía de mama)?

Sí

No sabe/no recuerda

No

No contesta

¿En qué año se hizo la primera mamografía?

Año

No sabe/no recuerda

No contesta

¿Y la última mamografía?

Año

No sabe/no recuerda

No contesta

¿Cuáles de las siguientes fueron las principales razones por las que se hizo esta última mamografía?

Entrevistador/a: anote como máximo dos respuestas, las que el/ la informante considere más importantes.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Porque usted misma notó que tenía algún problema en el pecho | <input type="checkbox"/> Porque su ginecólogo/a notó que tenía algún problema en el pecho durante un examen |
| <input type="checkbox"/> Porque su médico/a de familia notó que tenía algún problema en el pecho durante un examen | <input type="checkbox"/> Porque otras mujeres de su familia han tenido o tienen cáncer de mama |
| <input type="checkbox"/> Porque su médico/a de familia se lo aconsejó sin que tuviese usted ningún problema | <input type="checkbox"/> Porque le citaron para un programa de detección precoz de cáncer de mama |
| <input type="checkbox"/> Porque se lo aconsejó su ginecólogo/a sin que tuviese usted ningún problema | <input type="checkbox"/> Por otra razón |

¿Con qué frecuencia se ha hecho nuevas mamografías, a partir de la primera que se hizo?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Al menos 1 vez al año | <input type="checkbox"/> Aproximadamente 1 vez cada 5 años |
| <input type="checkbox"/> Cada 2 años | <input type="checkbox"/> Más de 5 años |
| <input type="checkbox"/> Cada 3 años | <input type="checkbox"/> Nunca |

4. VALORACIÓN DEL HÁBITOS TABAQUICO/ ACTIVIDAD FÍSICA E IMC:

¿Actualmente, consume tabaco?

- SI
- NO
- Soy ex fumadora

¿Hace ejercicio físico o algún deporte?

- Hace actividad física regular
- Hace alguna actividad física ocasional
- No hace ejercicio físico

5. CARACTERÍSTICAS PERSONALES:

¿Me podría decir cuál es su peso?.....

¿Conoce su altura?

¿ Me podría decir en qué año nació?.....

Para finalizar nos gustaría volver a agradecerle su participación

Anexo 5: Guión entrevista

GUIÓN ENTREVISTA:

TEMA	PREGUNTA EXPLORATORIA	CUESTIONES A IDENTIFICAR
ACCESO	<p>¿Has ido alguna vez al ginecólogo o a la matrona?</p> <p>Si la respuesta es Sí, ¿ Te acuerdas por que fuiste?</p> <p>Si la respuesta es No, ¿ Has tenido algún problema o enfermedad ginecológica?</p> <p>¿En qué crees que te puede ayudar el ginecólogo o la comadrona del ambulatorio?</p>	<p>Acude a las consultas</p> <p>Motivo por el que acude (patología / revisión)/ Frecuencia</p> <p>Conocimientos sobre el programa de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva</p>
PLANIFICACIÓN FAMILIAR	<p>¿Has usado algún método para controlar los hijos que quieres tener?¿Decidiste cuando quedarte embarazado o no quedarte?¿Donde irías a pedir información sobre esas cosas?</p>	<p>Usos y conocimientos sobre la planificación familiar y la contracepción</p>
CRIBAJES GINECOLOGICOS	<p>¿Te has realizado alguna vez una citología? ¿Dónde has de acudir para realizártela y cada cuanto? ¿Sabe para qué sirve?</p> <p>¿Sabes que es el cáncer de endometrio, y como se detecta o que síntomas tiene?</p> <p>¿Te has realizado alguna mamografía? Donde has de acudir para realizártela y cada cuanto? ¿Sabe para qué sirve?</p> <p>¿Sabe que es el cáncer de mama, y como se detecta o que síntomas tiene?</p>	<p>Participación en el cribaje de cáncer de mama y cérvix.</p> <p>Conocimientos sobre ambos.</p> <p>Conocimientos sobre el cáncer de mama</p> <p>Conocimientos sobre el cáncer de cervix</p>

TEMA	PREGUNTA EXPLORATORIA	CUESTIONES A IDENTIFICAR
<p>PREVENCIÓN</p>	<p>¿Qué es para ti prevenir? ¿Es para ti importante? ¿Le dedicas tiempo?</p>	<p>Conocimientos y actitudes ante la prevención</p>
	<p>¿En tu tiempo libre que cosas te gusta hacer? ¿Fumas? ¿Bebe alcohol? ¿Hace deporte?</p> <p>Ejemplos de actividades preventivas que proporciona la atención primaria, ¿las conoce? ¿le parecen importantes?</p>	
<p>BARRERAS DE ACCESO</p>	<p>¿Cuándo has ido al hospital o al ambulatorio, te has sentido bien tratada?</p> <p>¿Sabes cuál es tu ambulatorio? ¿Conoces a tu médico? ¿y a tu enfermera?</p> <p>¿Qué cosas hacen que ir al ginecólogo sea difícil?</p> <p>¿Sabes cuál es tu ambulatorio? ¿Conoces a tu enfermera? ¿Al médico de cabecera? ¿A la matrona?</p>	<p>Exploración de posibles barreras de acceso</p>
	<p>¿Qué cosas hacen que ir al ginecólogo te sea difícil?</p> <p>¿E ir a la comadrona?</p> <p>Para hacerte una revisión ¿qué horario te iría mejor?</p> <p>¿Cómo te podrían avisar para que no se te olvidase ir a las revisiones?</p> <p>¿Cómo tendrían que ser el profesional para que te sintieras más cómoda ?...</p> <p>Ha tenido problemas para solicitar pruebas? ¿O para pedir cita?</p>	

Anexo 2: Autorización CEIC

