

# ENCUESTA SOBRE GÉNERO Y SALUD A PROFESIONALES DE LA CONSEJERÍA DE SANIDAD DEL GOBIERNO DE CANTABRIA



**GOBIERNO  
de  
CANTABRIA**

**CONSEJERÍA DE SANIDAD**

**Dirección General de Salud Pública**



**OSPC**

Observatorio de Salud Pública de Cantabria

### **Dirección del proyecto**

Angeles Cabria, OSPC

### **Asistencia Técnica del Proyecto**

Cristina Gómez Estébanez

### **Equipo de trabajo del OSPC**

Angeles Cabria, Directora

Ana Pérez, Técnica Superior

Dolores Prieto, Técnica Superior

Oscar Pérez, Técnico Superior

### **Colaboraciones**

Olga Halina Sosinski –Pasante. Georgia Institute of Technology.

### **Agradecimientos**

Agradecemos encarecidamente a todas las personas que participaron en la encuesta por su tiempo, interés y compromiso con la mejora de la atención en salud que se brinda desde el sistema de salud cántabro. Agradecemos asimismo a las/os expertas/os en la temática y profesionales que contribuyeron con sus comentarios al diseño del cuestionario del que se informa en este documento<sup>1</sup>. En particular a:

- Marga Pla, Directora de la Cátedra de Investigación Cualitativa de la Universidad Autónoma de Barcelona, Fundación Robert
- Helena Martínez Bueno, Coordinadora de la Unidad de Igualdad de Género Dirección General de la Mujer. Gobierno de Cantabria
- María Castelao, Técnica de la Unidad de Igualdad de Género, DG de la Mujer
- Ramón Crespo, Investigador de la Cátedra de Investigación Cualitativa de la Universidad Autónoma de Barcelona, Fundación Robert
- Milagros Ramasco, Responsable del Programa de Salud Pública en Colectivos Vulnerables, Servicio de Promoción de la Salud, Consejería de Sanidad, Madrid
- Izabella Rohlf, Consultor en género y salud. Técnica de la Unidad de planificación del CatSalut Región Sanitaria Girona

---

<sup>1</sup> Los nombres aparecen de acuerdo al orden en el que participaron en las distintas fases del diseño y pilotaje del cuestionario.

- Olga Solas, Jefa del Observatorio de Salud de Castilla-La Mancha, FISCAM
- Rosana Peiró, Técnica de Salud Pública. Oficina del Plan del Cáncer. DGSP, Centro Superior de Investigación en Salud Pública. Valencia
- Ana Estébanez, Trabajadora Social, COF "La Cagiga", SCS
- Montserrat Cabré. Profesora investigadora. Facultad de Medicina. UNICAN
- Roser Pérez, Profesora de l'Escola Universitària Creu Roja. Universidad Autónoma de Barcelona
- Mercedes Amo, Técnica investigadora. Consejería de Salud. Junta de Andalucía
- Mar Sánchez Movellan, Jefa de Sección de Programas de Salud de la Mujer, DGSP.
- Marta Barreda, Técnica Gerencia de Atención Primaria de Torrelavega-Reinosa
- Celia Nespral, Profesora de la Escuela Universitaria de Enfermería. UNICAN
- Santiago Rodriguez, Director General de Salud Pública. Consejería de Sanidad
- Jose Francisco Santos, Técnico de Sección de Programas de Salud de la Mujer, DGSP
- Purificación Ajo, Técnica de Sección de Salud de la Mujer, DGSP
- Rocío Cardeñoso, Vicepresidenta del Colegio de Enfermería de Cantabria
- M<sup>a</sup> Angeles Ruiz Tagle, Presidenta de la Asociación Consuelo Berges
- Pilar Elena Sinobas. Coordinadora de investigación. Colegio de Enfermería de Cantabria
- Begoña Paris, Enfermera del Centro de Salud de El Alisal
- Fernando Andrés Mantecón, Medico. Centro de Salud "Campoo" Reinosa
- Maria Angeles Plaza. Medica. CS "Altamira". Consultorio Santillana
- Iciar Armentia González. Enfermera CS "El Zapaton". Torrelavega

## Índice

<b>1. Introducción y objetivos de la encuesta. ....</b>	<b>5</b>
<b>2. Metodología.....</b>	<b>9</b>
<b>3. Distribución de las respuestas recogidas.....</b>	<b>19</b>
<b>4. Características demográficas y laborales.....</b>	<b>22</b>
<b>5. Opiniones y conocimiento acerca de la perspectiva de género en salud: información relativa a Planes, Protocolos, Programas de salud y Actividades de la Consejería de Sanidad de Cantabria.....</b>	<b>25</b>
<b>6. Diferencias y condicionantes de la salud de hombres y mujeres percibidas por el personal sanitario.....</b>	<b>37</b>
<b>7. Opiniones y recomendaciones del personal sanitario en cuanto a políticas y programas de salud. ....</b>	<b>50</b>
<b>8. Conclusiones y recomendaciones.....</b>	<b>60</b>
<b>Bibliografía .....</b>	<b>65</b>
<b>Listado de gráficos .....</b>	<b>69</b>
<b>Anexo: Cuestionario. ....</b>	<b>70</b>

## 1. Introducción y objetivos de la encuesta

Esta encuesta a gestores, técnicos y profesionales de salud de Cantabria en cuanto a percepciones y conocimientos sobre perspectiva de género en salud forma parte del proyecto "La integración de la perspectiva de género en las acciones en salud en Cantabria: Evaluación del Plan de Salud para las Mujeres con enfoque multi-método"<sup>2</sup>.

El concepto de integración de perspectiva de género en las acciones en salud se incluye por primera vez en Cantabria en el *Plan de Actuación Salud para las Mujeres 2004-2007* (PASM) de la Consejería de Sanidad. (Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud Pública, 2005). Éste se elaboró con el objetivo de "establecer estrategias dirigidas a la promoción de la salud para las mujeres y la formulación de políticas que promuevan la equidad e igualdad de género", planteando como primera línea prioritaria de actuación: "Visibilizar la situación de salud de las mujeres mediante la incorporación de la perspectiva de género en las acciones relacionadas con la salud"<sup>3</sup>. Esta medida dimensiona la inclusión del enfoque de género más allá del propio Plan para abarcar a todo el ámbito de la salud, representando aún hoy en día una de las pocas iniciativas de política de salud a nivel estatal en materia de equidad de género que ha sido valorada positivamente y tomada como modelo desde otras Comunidades Autónomas.

La revisión del estado del arte sobre la transversalización del enfoque de género en políticas y programas de salud elaborado dentro de la Red de Conocimiento sobre Mujer y Equidad de Género de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), señala que son pocos los países en los cuales se han diseñado políticas de salud que integren el enfoque de género, (Ravindran & Kelkar-Khambete, 2007), (Gilson, Doherty, Loewenson & Francis, 2007). La mayoría de tales iniciativas consisten en actividades de

<sup>2</sup> Apoyado por una beca del Instituto Carlos III otorgada al Observatorio de Salud Pública de Cantabria en resolución de 20 de diciembre de 2007 dentro de la convocatoria de ayuda a proyectos complementarios en metodología de la investigación en servicios de salud, en el apartado de equidad social y de género en salud (Observatorio de Salud de Cantabria, s/f)

<sup>3</sup> La perspectiva de género en salud implica incluir el análisis de las necesidades y situaciones de salud de hombres y mujeres en el diseño, implantación y evaluación de políticas, así como analizar las diferencias y posibles desigualdades entre ambos sexos en el acceso a servicios y en la calidad de atención recibida (Díez & Peirò, 2004). Este tipo de enfoque implica "vincular la división por sexos del trabajo y el poder con los perfiles epidemiológicos de una población y con las características de accesibilidad, financiamiento y gestión del sistema de salud" (Gómez Gómez, 2002).

formación al personal sanitario, y en la promoción de estudios sobre salud en los que se incluyan datos desagregados por sexo. Una de las conclusiones de las autoras es que a pesar de que existe una vasta literatura de guías y herramientas para llevar a cabo tales procesos, es muy poca la literatura sobre la aplicación de esas herramientas y "know-how" a la integración de tal enfoque en políticas, programas y protocolos, así como sobre resultados de tales iniciativas.

En relación a planes de salud a nivel europeo que integran enfoque de género, se han desarrollado indicadores de género para su evaluación y monitoreo (Ravindran & Kelkar-Khambete, 2007). Consisten en su mayor parte en indicadores de resultados que se miden sobre la población usuaria de los servicios sanitarios, tales como indicadores desagregados por sexo, así como nuevos tipos de variables que se han desarrollado para considerar situaciones de salud específicas de mujeres. A diferencia de lo que plantea el presente proyecto, este tipo de evaluaciones se basan en fuentes secundarias de datos.

A nivel autonómico, en los últimos años las Comunidades Autónomas españolas han ido paulatinamente integrando la perspectiva de género en sus planes de salud, aunque no siempre ha redundado en programas efectivos sensibles al género. En un estudio sobre sensibilidad de género en los planes de salud en 13 comunidades autónomas del Estado Español, excluida Cantabria por no contar con un plan regional de salud (Peiró et al., 2004), se comprobó que la sensibilidad de género es mayor en la descripción de los problemas de salud que en las propuestas de intervención. De acuerdo a las autoras, hasta el momento solo algunas Comunidades Autónomas han respondido realizando propuestas, gran parte de las cuales están relacionadas a la reproducción.

Es importante destacar que el valor que incorpora fundamentalmente la introducción de la línea de actuación de la perspectiva de género dentro del PASM del Gobierno de Cantabria es que pretende promover una mejora en cuanto a metodologías y herramientas de análisis utilizadas para la interpretación de datos sanitarios e información sobre el proceso salud-enfermedad en los que se basan las decisiones que marcan las políticas sanitarias. Las medidas desarrolladas por el Sistema de Salud a este respecto implicarían asimismo un proceso de sensibilización y formación, y como consecuencia de cambio en los conocimientos, actitudes y prácticas de gestores, investigadores y profesionales de la salud.

Dada la relevancia de esta nueva política de salud para el Sistema de Salud de la Comunidad Autónoma, y la necesidad por tanto de conocer su impacto, se decidió evaluar el PASM<sup>4</sup> centrándose en su diseño y ejecución, incluyendo los procesos, recursos y resultados. La evaluación pretendió asimismo ir más allá de evaluar las actividades desarrolladas para convertirse en componente esencial al conocimiento de la pertinencia del propio Plan, así como en instrumento para la planificación estratégica.

Esta evaluación ha revelado la importancia de hacer realidad la transversalidad de la perspectiva de género en la salud<sup>5</sup>, así como de enfocar el análisis hacia la identificación y resolución de posibles desigualdades en salud<sup>6</sup>. Todo lo cual hace preciso un trabajo intersectorial, desde la planificación a la evaluación, en coordinación con las diversas Consejerías (más allá de la Consejería de Sanidad) y Direcciones Generales que tienen un papel clave en la mejora de la calidad de vida y salud de toda la población. Al mismo tiempo, la evaluación apuntó a que la línea prioritaria de la integración de la perspectiva de género es una de las que menos se ha implementado tanto desde la gestión de la Atención Primaria y Especializada como entre el personal de salud de los distintos niveles.

Consecuentemente el equipo evaluador decidió continuar indagando entre el personal gestor, técnico y profesional sobre su exposición al tema de la perspectiva de género en salud y conocimiento sobre el mismo, así como sobre su percepción de necesidad de llevarlo a la práctica. La decisión metodológica que se tomó fue realizar una encuesta a los distintos niveles de personal mencionados para recabar información que complementase y desarrollase algunas de las cuestiones e interrogantes que surgieron durante el proceso de la evaluación, así como indagar en temáticas amplias relativas a la integración de la perspectiva de género en salud.

El **objetivo de la encuesta** es por tanto tratar de contribuir por un lado a conocer en cierta medida el grado en el que se ha realizado tal proceso de integración de la

---

<sup>4</sup> La evaluación fue dirigida por el Observatorio de Salud Pública de Cantabria, de la Consejería de Sanidad, en colaboración con la Cátedra de Investigación Cualitativa de la Universidad Autónoma de Barcelona (Consejería de Sanidad. Observatorio de Salud Pública de Cantabria, 2008)

<sup>5</sup> La transversalización del enfoque de género es una iniciativa dirigida a incorporar en todas las áreas de política, así como en todos los niveles de la administración pública, una perspectiva que incluya la consideración de las diferentes necesidades de hombres y mujeres, así como los diferentes impactos que pueden tener las iniciativas públicas sobre ellos y ellas (Sen, George & Ostlin, 2005).

<sup>6</sup> Las desigualdades en salud son diferencias innecesarias, evitables e injustas (Whitehead, 1990), referidas a las "distintas oportunidades y recursos relacionados con la salud que tienen las personas en función de su clase social, género, territorio o etnia, lo que indica la peor salud de los colectivos menos favorecidos" (Borrell, García-Calvente & Martí-Bosà, 2004). La equidad en salud implicaría por tanto que todas las personas pudiesen alcanzar su pleno potencial en salud, no estando en desventaja por sus características y posición social u económica (Whitehead & Dahlgren, 2007).

perspectiva de género al sistema de salud, y por otro a identificar las necesidades formativas del personal sanitario y sus recomendaciones en cuanto a programas y actividades con este enfoque.

Específicamente, la encuesta se plantea indagar sobre las percepciones, opiniones y conocimiento de las personas participantes en cuanto a:

- Protocolos, programas y actividades que integran la perspectiva de género en salud.
- Algunas diferencias y condicionantes de la salud de hombres y mujeres.
- Necesidad de políticas y programas de salud con enfoque de género.
- Iniciativas que se consideran útiles para contribuir a la integración de la perspectiva de género en la salud.
- Necesidades formativas tanto a nivel individual como del Sistema de Salud de Cantabria.

De esta manera, el cuestionario se ha elaborado como un instrumento que recoge las opiniones y conocimientos del personal de gestión, técnico y de salud de la Consejería de Sanidad, Servicio Cántabro de Salud (SCS) y Gerencias de Atención Primaria. Las anteriores fases de recogida y análisis de datos de la evaluación del PASM a este respecto han sido de orden cualitativo a través de entrevistas y grupos de discusión con responsables políticos y gestores, gerentes y direcciones médicas y de enfermería, personal técnico y profesionales de salud.

La consideración de las opiniones y conocimientos de los agentes participantes del Sistema de Salud de Cantabria se fundamenta en que las organizaciones se estructuran a partir de prácticas organizacionales basadas en normas y en un conocimiento tácito acerca de la manera de realizar una determinada labor. Por ello y para los propósitos del diseño del cuestionario, se ha considerado el conocimiento de los profesionales acerca de los programas y protocolos sanitarios diseñados con un enfoque de género como un resultado que indica, en cierta manera, un grado de implantación. Es necesario aclarar que para determinar éste de forma más precisa sería necesario investigar en mayor profundidad, involucrando más a los agentes clave. De todas formas, la información recogida permite un nivel de análisis que aporta algunas ideas relevantes con las que poder trabajar para una mejora de la calidad asistencial desde una perspectiva de género.

## 2. Metodología

Para obtener información sobre el grado de integración de la perspectiva de género en el Sistema de Salud en Cantabria y las necesidades derivadas para conseguirlo se analizaron las percepciones, opiniones y conocimientos de la población objeto del estudio: gestores, técnicos y personal de salud del ámbito de la Consejería de Sanidad, Servicio Cántabro de Salud y Centros de Salud de Atención Primaria de la Comunidad Autónoma de Cantabria, recogidos a través de un cuestionario.

### 2.1. Diseño del cuestionario

El cuestionario ha sido diseñado a partir de una búsqueda bibliográfica de antecedentes:

a) Literatura académica e informes técnicos de organismos gubernamentales y no gubernamentales, tanto de España como internacionales, considerándose en especial los del ámbito europeo, así como de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de Salud.

b) Guías y herramientas de transversalización (*mainstreaming*) de género<sup>7</sup>, que consisten en su mayoría en cuestionarios, guías de entrevistas u otro tipo de herramientas para la recogida de información: tales como check lists y planillas que miden a nivel organizacional las actividades y cambios ocurridos (Instituto Andaluz de la Mujer, LIKaDI & Castro, 2008). Éstas se aplican como parte de procesos en los que se incluyen actividades de sensibilización y formación, por lo cual muchas guías incluyen cuestionarios para ser completados durante la realización y el final de tal tipo de talleres. En muchos casos, se administran a personal en niveles de responsabilidad, a fin de que proporcionen información en términos de las actividades y cambios ocurridos al nivel de su área o unidad organizativa. Además se han encontrado cuestionarios que se establecen como guía para equipos que realizan una evaluación del grado de implantación, y que recogen información secundaria en su mayor parte.

---

<sup>7</sup> (Fanning, 2005), (Frery, 1996), (Gálvez, 1999), (Gender and Health Group, 1998), (Instituto Andaluz de la Mujer, Castro & LIKaDI, 2004), (Instituto Andaluz de la Mujer, Lasheras, Pires, Rodríguez & LIKaDI, 2004), (Organización Panamericana de la Salud, 2008), (Velasco Arias, 2009), (Moser, 2007).

c) Estudios sobre conocimientos, actitudes y prácticas del personal sanitario (Risberg, Johansson, Westman & Hamberg, 2003), (López et al., 2002), (Ortiz-Gómez, Birriel-Salcedo & Ortega del Olmo, 2004) que resultan muy valiosos, aunque el diseño de este cuestionario ha sido menos ambicioso respecto a la profundidad y extensión de tal tipo de estudios.

En síntesis, no se han encontrado guías, herramientas o cuestionarios que puedan adaptarse directamente a la función de la encuesta en el presente proyecto de investigación. Algunas preguntas han sido adaptadas de otros cuestionarios validados, y la mayoría han sido consultadas con personas expertas en el campo y testadas en la fase de pilotaje del cuestionario.

d) La *Evaluación del PASM 2004-2007* (Consejería de Sanidad. Observatorio de Salud Pública de Cantabria, 2008). Como ya se ha indicado, se han incluido además cuestiones que emergieron de la indagación cualitativa de la evaluación.

De acuerdo a la matriz de la evaluación del PASM para la línea estratégica 1 de integración de la perspectiva de género a las actuaciones de salud, las preguntas referentes al diseño del Plan se planteaban entre otras cuestiones si éste respondía a las necesidades sentidas por los diferentes agentes implicados en su ejecución, y si éstos se planteaban a su vez la existencia de desigualdades de género o percibían la necesidad de un cambio a ese respecto. Por otra parte, en cuanto a la organización, estructura y coordinación de los servicios se recogían preguntas como:

- ¿Los servicios de salud han empezado a incorporar a sus proyectos la perspectiva de género?
- ¿Se han producido cambios en la gestión y organización de los servicios de salud para poder incorporar esta línea?
- ¿Se ha conseguido implantar en las gerencias la necesidad de visualizar y atender a la salud diferencial? ¿En qué medida ha impactado el Plan en las gerencias?
- ¿En qué medida el Plan ha sido un instrumento para la sensibilización de los profesionales de la salud en relación al abordaje de diversos problemas de salud que no tienen una naturaleza estrictamente clínica? ¿Los profesionales en sus prácticas consideran las desigualdades de género? ¿En qué medida ha impactado el Plan en éstos y sus prácticas?

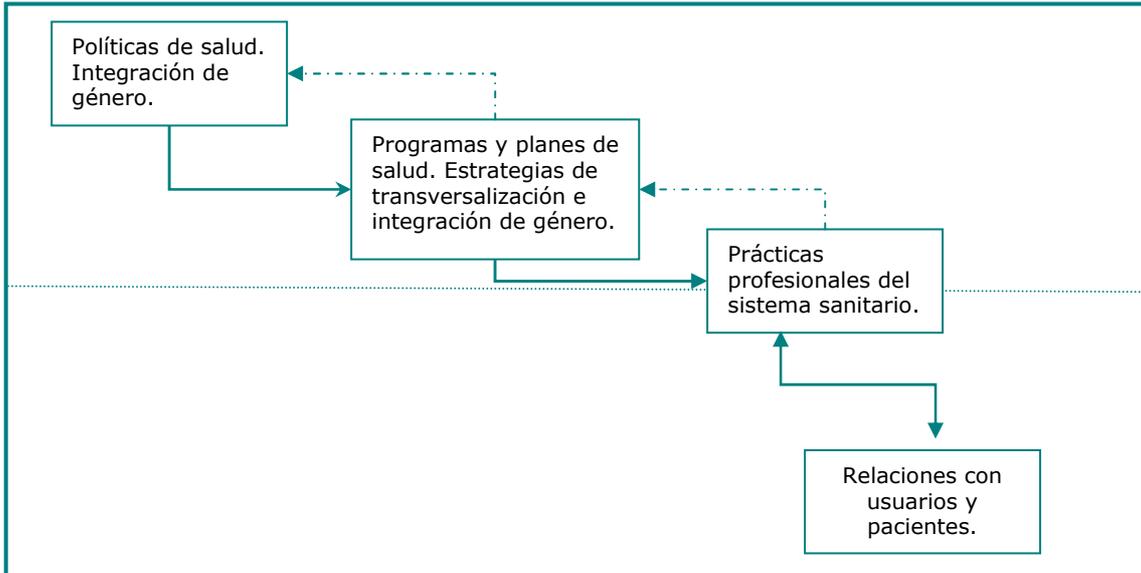
Consecuentemente, el cuestionario se diseñó para intentar dar algún tipo de respuesta a estas preguntas. Para el desarrollo del mismo se elaboró un primer borrador que fue sometido a consulta en 3 fases en las que participaron un total de 37 personas expertas en género y salud, así como del ámbito de los servicios de salud y de la gestión.

El pilotaje y supervisión de la encuesta permitió someter a prueba la fiabilidad del diseño de las variables, además de establecer el tiempo aproximado para completarla. También se ha tenido en cuenta para su diseño que la recogida de datos se realizaría mediante su envío por vía electrónica.

El cuestionario consiste en preguntas de opción cerrada de respuesta, incluyendo para ciertas variables un ítem de opción abierta que permite incorporar posibles opiniones y temas que no se encuentran planteados en las opciones de respuesta cerrada (además de reducir la cantidad de respuestas nulas tales como los "no sabe/no contesta"). Las preguntas están organizadas en 3 áreas temáticas, además de las cuestiones demográficas y sociolaborales:

- Área temática I: percepciones, opiniones y conocimiento sobre la integración e implementación de la perspectiva de género en las políticas, programas y prácticas del Sistema de Salud de Cantabria (en relación a protocolos, programas y actividades de la Consejería de Sanidad y del SCS).
- Área temática II: percepciones y opiniones en cuanto a las diferencias y condicionantes de la salud de hombres y mujeres.
- Área temática III: opiniones y recomendaciones en cuanto a integración e implementación de la perspectiva de género en las políticas y programas de salud, así como a sus necesidades formativas.

A su vez, el cuestionario indaga sobre dos niveles de análisis, el organizacional y el de grupos de profesionales de la salud.



## 2.2. Diseño de la muestra

Para la definición del universo de estudio se consideran las diferentes áreas funcionales y organizaciones que componen el SCS y la Consejería de Sanidad, tomando como **unidad muestral** el personal gestor, técnico y profesional de salud. Dicha definición sirvió asimismo para elaborar algunas de las variables socio-laborales que se incluyen en el cuestionario.

En un principio se consideró encuestar tanto a profesionales del ámbito de la Atención Primaria (AP) como de la Especializada (AE), pero debido a las dificultades de seguimiento de un universo tan amplio y heterogéneo y, como consecuencia, a la complejidad de utilizar un solo cuestionario para ambos ámbitos, se decidió incluir solamente a los profesionales de AP.

Asimismo, se tomó la decisión de no establecer una muestra con carácter aleatorio sino considerar al **universo total (1504 personas)**, invitando a todo el personal gestor, técnico y de salud de Atención Primaria del SCS y de la Consejería de Sanidad, estructurado de la siguiente forma:

- Personal de gestión sanitaria de la Consejería de Sanidad y del SCS:
  - o Nivel de direcciones y subdirecciones.
  - o Personal técnico.

- Personal sanitario de los Centros de Salud de Atención Primaria:
  - o Profesionales de medicina:
    - Medicina de familia.
    - Pediatría.
    - Urgencias.
  - o Profesionales de enfermería:
    - ATS-DUE.
    - Matronas.
  - o Profesionales de trabajo social.
  - o Fisioterapeutas.
  - o Auxiliares de enfermería.

<b>SCS<sup>8</sup> – Atención Primaria</b>	
	<b>N</b>
Profesionales de Medicina	716
Profesionales de Enfermería	548
Trabajo social	27
Fisioterapeutas	57
Aux. Enfermería	49
Personal directivo	13
Técnicos	7
	<b>1417</b>

<b>Consejería de Sanidad</b>	
<b>DG Salud Pública<sup>9</sup></b>	<b>N</b>
Directores	1
Subdirectores	1
Jefes de Servicio	4
Jefes de Sección	12
Técnicos	45
	<b>63</b>
<b>DG Ordenación, Inspección y Atención Sanitaria<sup>10</sup></b>	
Directores	1
Subdirectores	1
Jefes de Servicio	5

<sup>8</sup> Fuente: SCS a 31/12/2008

<sup>9</sup> Fuente: Secretaría de la DGSP.

<sup>10</sup> Fuente: Secretaría de la DG Ordenación.

Jefes de Sección	6
Técnicos	11
	<b>24</b>

**Total: 1504**

### 2.3. Fase de trabajo de campo/recogida de datos

La recogida de información se llevó a cabo mediante cuestionario, para cuya distribución a nivel de los centros de salud se solicitó el apoyo de las Direcciones Médicas y de Enfermería de las dos Gerencias de Atención Primaria. La recogida de datos se planeó realizarla por dos vías, mediante correo electrónico, ya que en teoría la mayoría de profesionales y todo el personal técnico lo manejan habitualmente, y por correo interno para quienes no contaran con acceso a correo electrónico o prefirieran hacerlo de esa manera.

El trabajo de campo propiamente dicho comenzó el 25 de mayo de 2009 con el envío electrónico de los cuestionarios a los coordinadores y coordinadoras de los centros de salud de AP y con una planificación inicial de 2 semanas (ampliada repetidas veces por la escasez de respuestas). La fecha de cierre de recogida de cuestionarios fue el 11 de agosto de 2009 con 136 respuestas, aunque posteriormente se recibieron 5 cuestionarios más de un mismo centro de salud que fueron incluidos en el análisis, resultando una muestra total de **141 respuestas**.

El seguimiento de las respuestas se hizo telefónicamente con las personas clave de la Consejería de Sanidad y de cada uno de los 40 centros de salud (coordinadores y coordinadoras de los centros y personal administrativo del mostrador) de las dos gerencias de AP de la Comunidad Autónoma, más el Centro de Orientación Familiar (La Cagiga). Además se realizaron visitas a los centros de salud que lo solicitaron.

Durante el proceso de distribución y recogida de cuestionarios se dieron dificultades del siguiente orden:

- Escaso seguimiento por parte de las personas coordinadoras de algunos centros, lo que ocasionó que el cuestionario no llegara a todo el personal.

- A pesar de que el protocolo de seguimiento dejaba claro cuales eran los colectivos de profesionales a quienes iba dirigido el cuestionario, algunas personas responsables de distribuirlo en su centro creyeron que sólo debían responderlo ellas, o sólo el personal médico o el de enfermería. Tras cuya aclaración no mejoró el nivel de respuesta.
- La coincidencia del trabajo de campo con el periodo vacacional (aunque se comenzó el 25 de mayo, previo a dicho período), cuando el personal no es el habitual y manifiesta estar especialmente saturado. Además, el personal sustituto no se siente convocado.
- Traslados de profesionales entre centros de salud a finales del mes de junio, perdiéndose en algunos casos los contactos.
- Actitudes poco participativas respecto a la cumplimentación de cuestionarios, lo que se hizo más evidente con el tema de esta encuesta.
- Conflictos concretos de algún centro de salud con su Gerencia, que no facilitaron el compromiso con el seguimiento, con opiniones del tipo a la siguiente:

*"Lo siento, no tengo tiempo para estas historias. Lo tengo que dedicar a hacer autocobertura".*

(Profesional médico de centro de salud)

- Las cuestiones que trata la encuesta resultaban en sí un problema para algunos profesionales, argumentándose como desconocimiento de la temática de género, o como que el tema resulta poco o nada importante, e incluso molesto.
- Dificultades del personal sustituto en acceder al correo electrónico, además de problemas técnicos entre correos electrónicos.

### **2.3.1. Tasa de respuesta**

Considerando el total del personal gestor, técnico y de salud de la Consejería de Sanidad de Cantabria, SCS y AP como universo muestral (1504 personas), la tasa

de cuestionarios respondidos es del 9,4% (**141 respuestas**). Tasa que se considera sumamente baja, aún teniendo en cuenta que se ha llevado a cabo vía correo electrónico e interno, sin una presencia directa en los centros de salud (excepto por las visitas solicitadas por algún centro de salud concreto).

De acuerdo a las categorías profesionales consideradas, la tasa de respuesta fue la siguiente:

<b>Consejería de Sanidad</b>			
	N	Número respuestas	Tasa respuesta
<b>Dirección Gral. de Salud Pública</b>			
Personal Directivo/Gestor	2	1	50,0%
Personal Técnico	61	6	9,8%
	<b>63</b>	<b>7</b>	<b>11,0%</b>
<b>Dirección Gral. de Ordenación, Inspección y Atención Sanitaria</b>			
Personal Directivo/Gestor	2	0	0%
Personal Técnico	22	2	9,1%
	<b>24</b>	<b>2</b>	<b>8,3%</b>

<b>Servicio Cántabro de Salud (AP)</b>			
	N	Número respuestas	Tasa respuesta
Profesional de Medicina	716	62	8,7%
Profesional de Enfermería	548	47	8,6%
Profesional de Trabajo Social	27	6	22,2%
Fisioterapeutas	57	5	8,8%
Auxiliares de Enfermería	49	4	8,2%
	<b>1398</b>	<b>124</b>	<b>8,9%</b>
Personal Directivo/Gestor	13	6	46,1%
Personal Técnico	7	2	33,3%
	<b>20</b>	<b>8</b>	<b>42,1%</b>

### 2.3.2. Error Muestral

Para el tamaño de muestra obtenido y si se considera que la proporción para datos globales que se supone existe en la población diana es del 50%<sup>11</sup>, se estima que el margen de error muestral para un nivel de confianza del 95% se sitúa en +/- 7,86%. Estimación que se cumpliría con un muestreo aleatorio, que no es el caso, dado que se tomó la decisión de invitar a todo el personal gestor, técnico y de salud de AP del SCS y la Consejería de Sanidad a responder al cuestionario. Esta decisión ha podido dar lugar a un sesgo de autoselección, debido a que las personas que han respondido sean diferentes a las que no lo hicieron y por lo tanto no sean representativas de todo el universo, ya que podría haber otras opiniones o necesidades que no han sido recogidas y que pudieran tener más peso entre la población objeto del estudio.

### 2.4. Descripción del proceso analítico

El diseño del cuestionario, su difusión y recogida, la creación de la base de datos y su explotación, y la elaboración de tablas y gráficos presentados han sido realizados por el OSPC.

Para la gestión de los datos recogidos se han utilizado dos programas informáticos, el *EPI-Info* para la creación de la base de datos y posteriormente el *SPSS 15.0* para la gestión y análisis de los mismos.

Se realiza un **análisis estadístico descriptivo** que implica cierta lectura transversal de las respuestas otorgadas por cada una de las personas que respondieron a lo largo del cuestionario y no tan solo las respuestas obtenidas en cada una de las preguntas.

Los resultados se presentan en números absolutos y porcentajes. Se ha realizado un análisis univariante, según las variables demográficas y sociolaborales, comparando las proporciones mediante la prueba *Chi-cuadrado*, considerando diferencias significativas a un valor de "p" menor a 0,05. Se han realizado cruces de un máximo de dos variables (sexo, área profesional, categoría profesional, participación en actividades de sensibilización y formación en la perspectiva de

---

<sup>11</sup> Ante la ausencia de estudios previos que orienten sobre frecuencias esperadas se considera que  $p=q=0.5$  que es la situación más desfavorable

género en salud y autoevaluación del nivel de formación en temas de salud y género existente en el ámbito laboral).

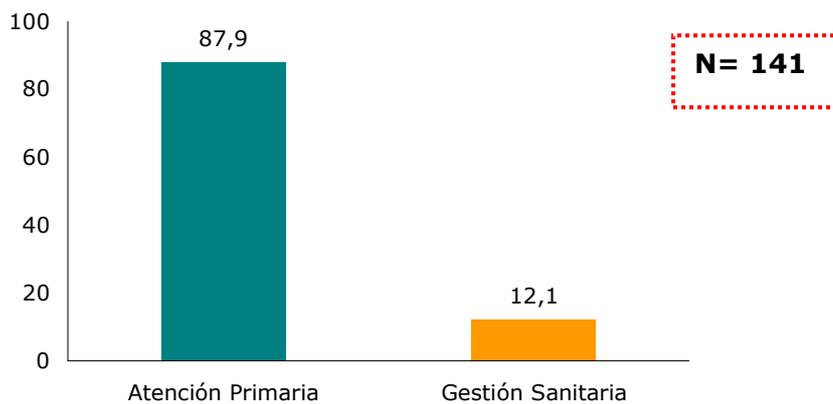
Igualmente, se ha tenido en cuenta en el análisis que 14 de las personas de AP encuestadas poseen diferente formación en cuanto a lo que son puramente ciencias médicas (trabajadoras sociales, fisioterapeutas y auxiliares de enfermería), pero el análisis de resultados excluyendo dichas categorías no ha reportado ninguna diferencia relevante.

Para la **gestión y análisis de la información recogida a través de preguntas abiertas** se ha procedido a una reducción de la misma a través de la **categorización y codificación** de las respuestas abiertas (los criterios que se han seguido para clasificar la información en unidades son temáticos). Las categorías establecidas han sido definidas a partir de expresiones del propio personal encuestado. Algunas son literales ya que las respuestas han sido muy escuetas; por lo tanto, algunas categorías precisarían matices y una mayor claridad. Los porcentajes que acompañan a cada categoría, más que representar la proporción de personas, representan el peso de la misma en cada pregunta abierta.

### 3. Distribución de las respuestas recogidas

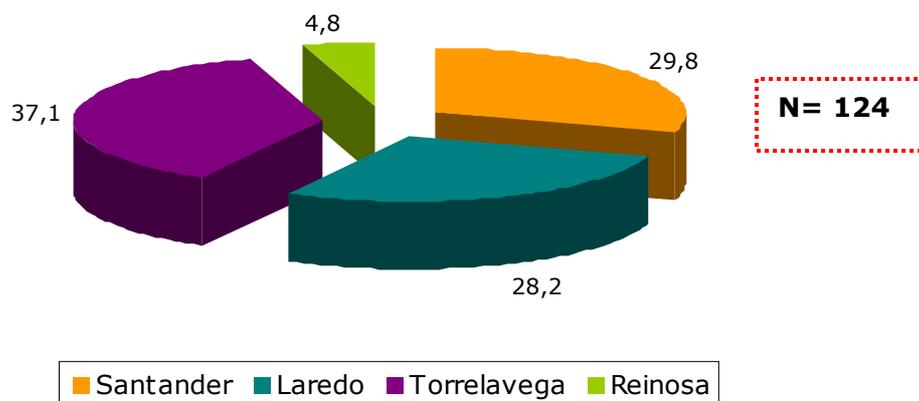
Del total de 141 respuestas recogidas, el 87,9% (124 respuestas) de la muestra corresponde a personal de Atención Primaria del SCS (gráfico 1).

**Gráfico 1: Distribución de respuesta por área profesional (en %).**



En la desagregación por Área Sanitaria (gráfico 2), Torrelavega representa el área con un mayor porcentaje de respuesta (37,5%), seguida de las áreas de Santander (29,8%) y Laredo (28,2%). El área de Reinosa representa un 4,8% de las respuestas del personal de AP, todas ellas del Centro de Salud de Campoó.

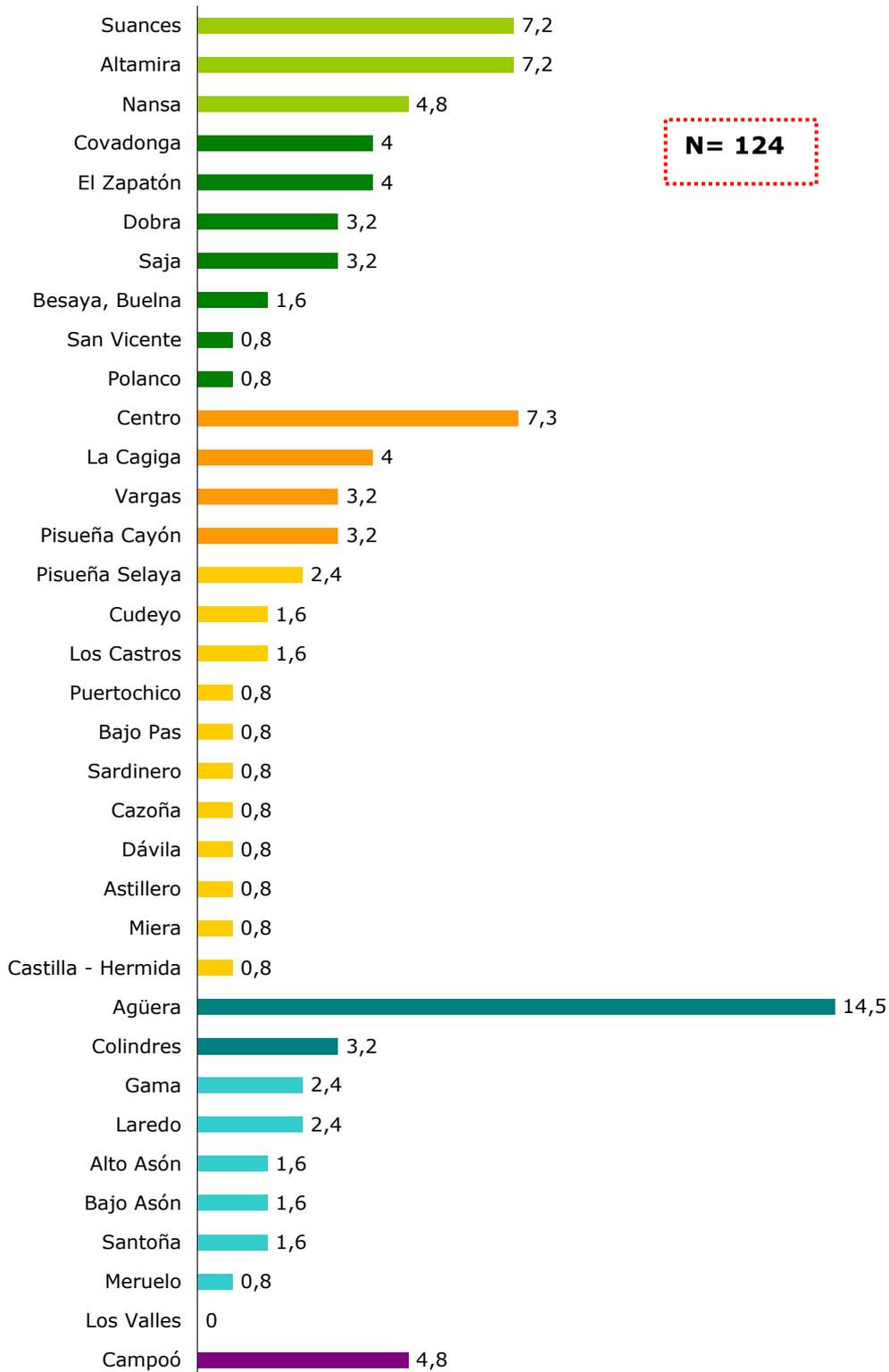
**Gráfico 2: Distribución de respuesta por Área Sanitaria de AP (en %).**



De acuerdo a los índices de respuesta por centro de salud (CS) en cada Área Sanitaria de Cantabria (gráfico 3), los más altos corresponden a los CS de Agüera y Centro, en las áreas de Laredo y Santander respectivamente, y a los CS de Suances

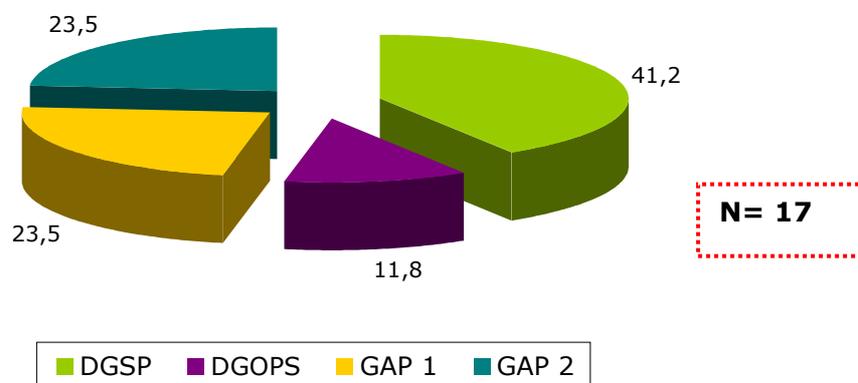
y Altamira en el área de Torrelavega. Cabe señalar la ausencia de respuesta por parte del personal de los CS de Liébana, Los Valles, Alto Pas y Camargo.

**Gráfico 3: Distribución de respuestas por Centro de Salud (en %).**



Dentro del bajo índice de respuesta del cuerpo de gestión y técnico de la Consejería de Sanidad y del SCS, el mayor porcentaje de las respuesta (41,2% del total equivalente a 7 respuestas) corresponde a la Dirección General de Salud Pública (DGSP); las dos Gerencias de Atención Primaria respondieron cada una con 4 cuestionarios cumplimentados (23,5% del GAP1 y el mismo porcentaje del GAP2), mientras de la Dirección General de Ordenación y Planificación Sanitaria (DGOPS) se recibieron 2 respuestas (11,8%).

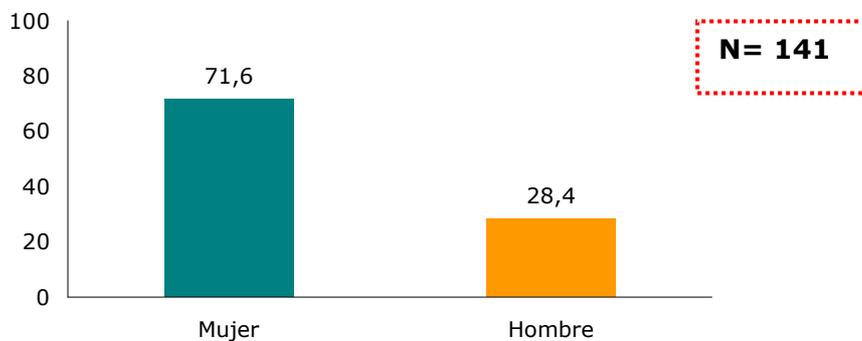
**Gráfico 4: Respuesta por Área de Gestión y Planificación (en %).**



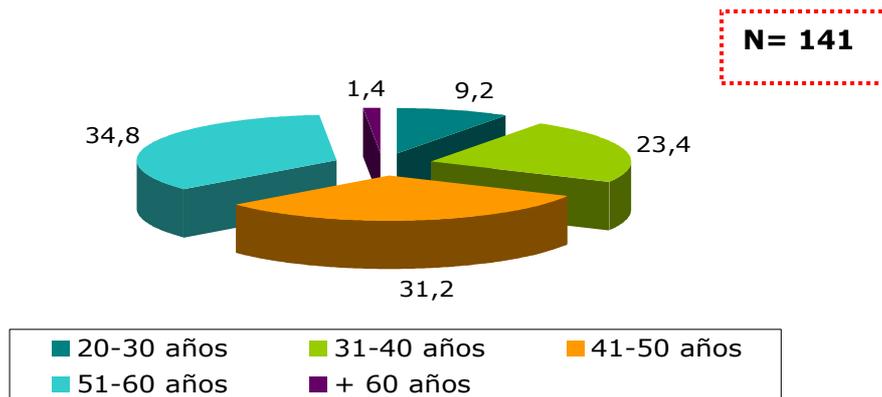
#### 4. Características demográficas y laborales

El perfil de las personas que han respondido son mayoritariamente mujeres (71,6%), con una distribución por edades del 66% entre 41 y 60 años, con estudios universitarios (65,6%), y una experiencia profesional de más de 15 años (63,8% de las personas que respondieron).

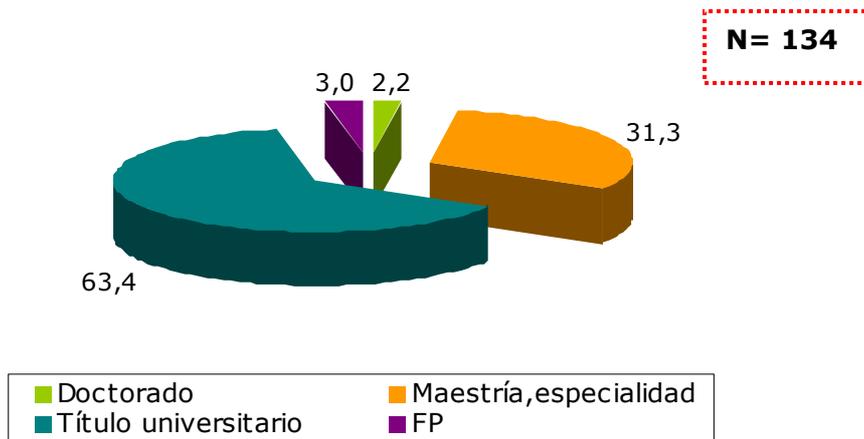
**Gráfico 5: Distribución por sexo (en %).**



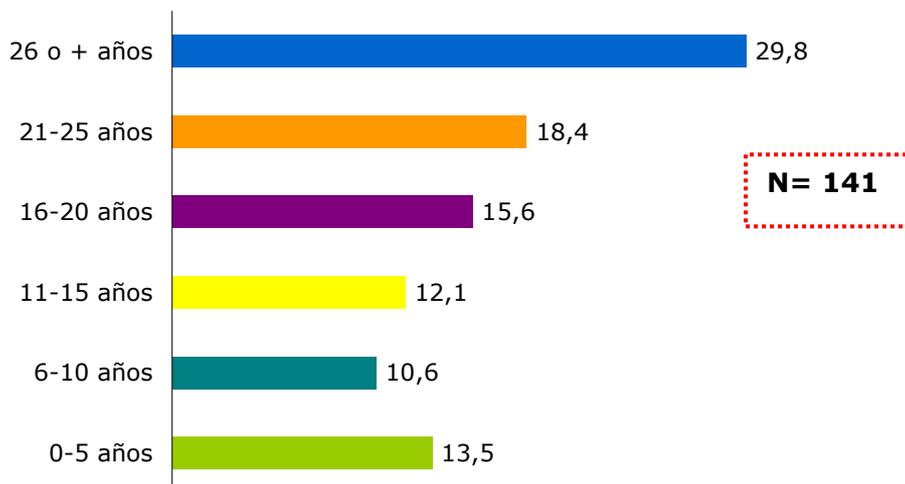
**Gráfico 6: Distribución por edad (en %).**



**Gráfico 7: Distribución por nivel educativo (en %).**

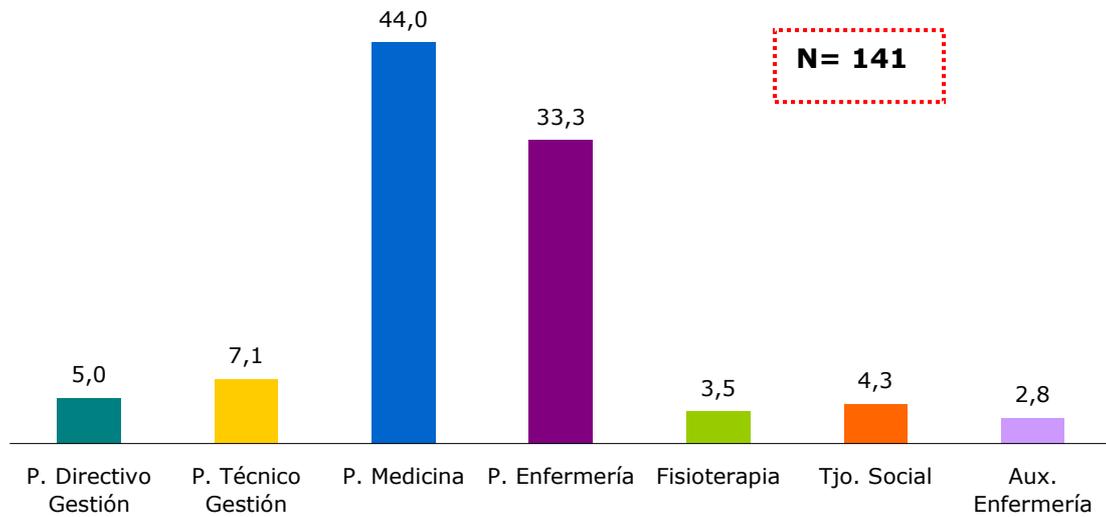


**Gráfico 8: Distribución según años de experiencia profesional (en %).**



Las categorías profesionales con mayor peso en los cuestionarios recogidos (gráfico 9) son, de la misma manera que en la población diana, el personal médico (44,0%) y de enfermería (33,3%).

**Gráfico 9: Distribución por categoría profesional (en %).**



Los porcentajes por categoría profesional representan a 7 personas directivas y 10 técnicos de gestión sanitaria, 62 profesionales médicos, 47 profesionales de enfermería, 5 fisioterapeutas, 6 trabajadoras sociales y 4 auxiliares de enfermería.

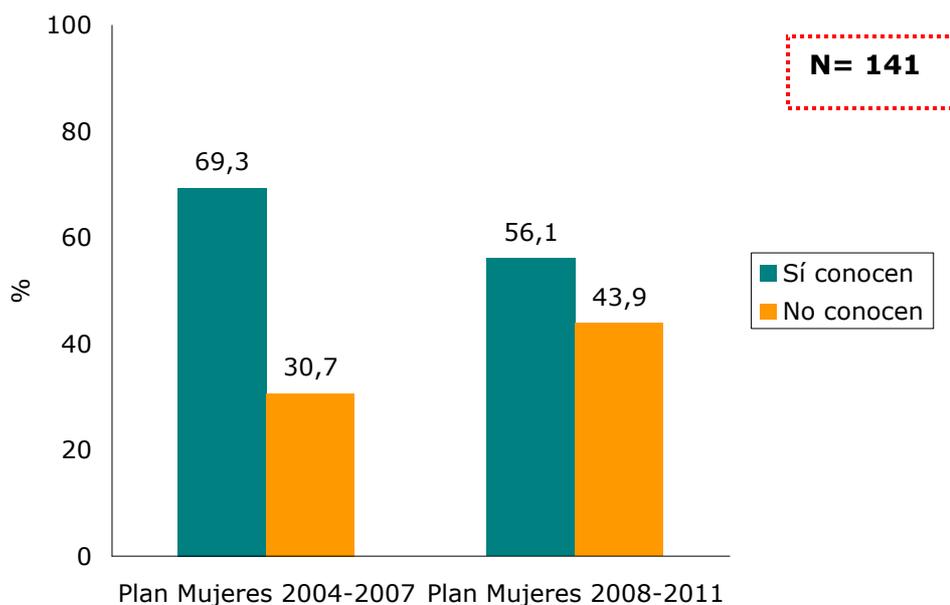
## 5. Opiniones y conocimiento acerca de la perspectiva de género en salud: información relativa a Planes, Protocolos, Programas de salud y Actividades de la Consejería de Sanidad de Cantabria

En este apartado se analiza la información recogida relativa a las percepciones, opiniones y conocimiento del personal que ha contestado sobre la integración e implementación de la perspectiva de género en las políticas, planes y programas de salud, además de en las propias prácticas del personal del Sistema de Salud de Cantabria (en relación a los protocolos, programas y actividades de la Consejería de Sanidad y del SCS).

### 5.1. Conocimiento sobre la existencia de los Planes de Salud de las Mujeres

Entre las personas encuestadas, el 69,3% declara conocer la existencia del *Plan de Salud para las Mujeres 2004-2007*, porcentaje que se reduce hasta un 56,1% en el caso del *Plan de Salud de las Mujeres 2008-2011*.

**Gráfico 10: Conocimiento acerca de la existencia de Planes de Salud de las Mujeres (en %).**



El menor conocimiento de la existencia del *Plan de Salud de la Mujeres 2008-2011* (Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud Pública, 2009) puede deberse

principalmente al hecho de que desde su publicación hasta la ejecución del trabajo de campo sólo habían pasado 5 meses, mientras que el primer Plan empezó en 2004 y ha durado 4 años.

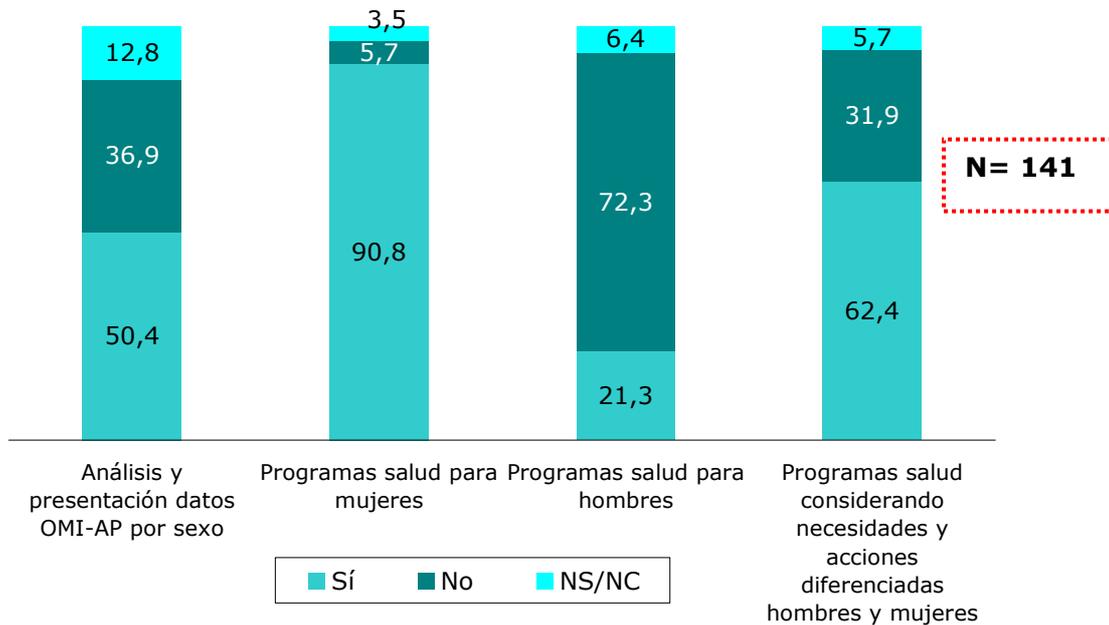
## **5.2. Conocimiento de las actividades que se están llevando a cabo actualmente en el SCS y la Consejería de Sanidad**

De acuerdo a los datos obtenidos (gráfico 11), una mayoría (90,8%) declara que se están llevando a cabo "programas de salud específicos para mujeres". Llama la atención que un 62,4% cree que se están "diseñando planes y programas de salud que consideran distintas necesidades de salud de hombres y mujeres y acciones diferenciadas para abordarlas", y un 50,4% asegura que "el sistema de información de Atención Primaria analiza y presenta los datos que se recogen a través del OMI-AP desagregados por sexo". Por otra parte, un 21,3% cree que se están llevando a cabo "programas de salud específicos para hombres". Es relevante observar aquí por un lado, que en la actualidad no se están diseñando aun planes y programas que aborden necesidades diferenciales en salud de hombres y mujeres<sup>12</sup>, y por otro, que solo se presentan algunos datos del OMI-AP analizados por sexo, como es el caso de los datos relativos a violencia de género (interpretada como violencia del compañero íntimo), pero no se analiza la generalidad de los datos por sexo.

---

<sup>12</sup> Excepto el Programa de Atención Paliativa de Cantabria, que tiene en cuenta algunos aspectos relacionados al género, como la atención a las personas cuidadoras. Y de otra manera, el Plan de Salud de las Mujeres, donde se abordan necesidades específicas de mujeres, pero tratándose de un plan dedicado a ellas, no un plan sobre una cuestión o problema de salud que aborda necesidades diferenciales.

**Gráfico 11: Conocimiento de las actividades que se están llevando a cabo actualmente en el SCS y la Consejería de Sanidad (en %).**

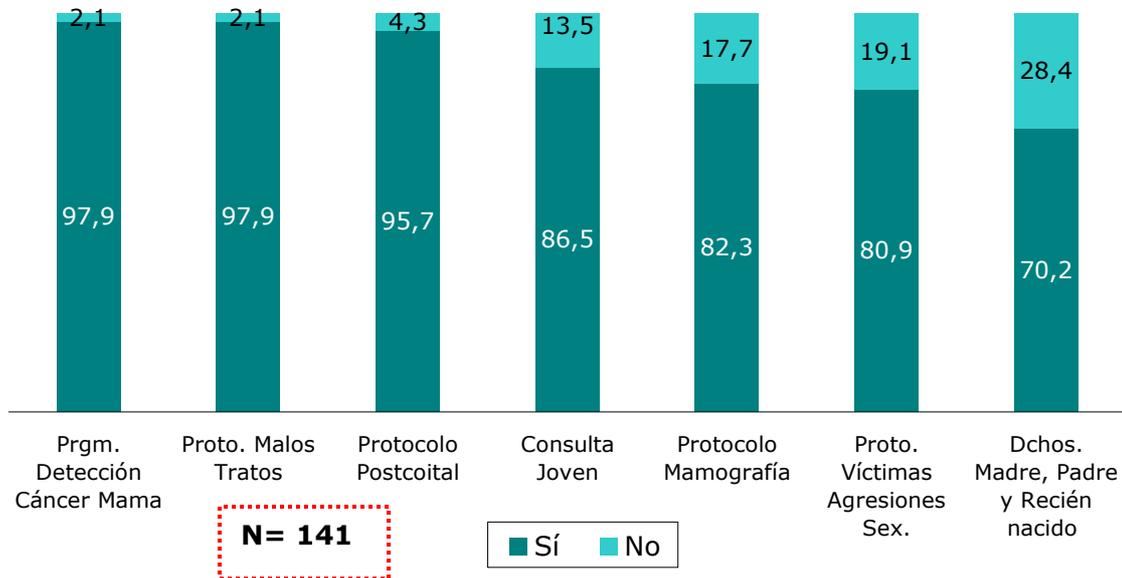


### 5.3. Conocimiento y puesta en práctica de Programas, Decretos y Protocolos Sanitarios de la DGSP

Para medir el conocimiento acerca de los programas y protocolos sanitarios diseñados con un enfoque de género dentro del *PASM 2004-2007* se pide al personal encuestado que indique cuáles conocen y cuáles han puesto en práctica, si procede en su área de trabajo.

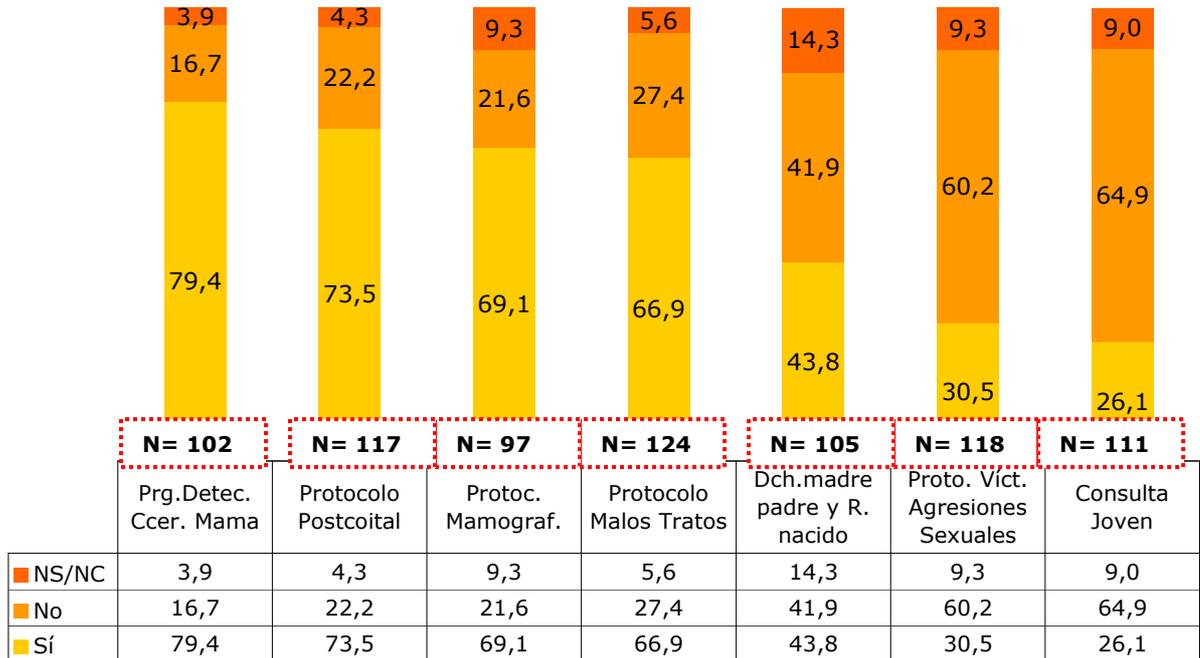
A pesar de que como se observaba en el gráfico 10, un 30,7% declara no conocer el *PASM 2004-2007*, como se puede ver en el gráfico 12, una mayoría **conocen** todos los programas, protocolos, decretos y actividades enmarcados en los mismos, siendo el más conocido el "Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama", el "Protocolo de Malos Tratos" y el "Protocolo Postcoital". El menos conocido es el "Decreto sobre los derechos de la madre, el padre y el recién nacido".

**Gráfico 12: Conocimiento de Programas, Protocolos, Decretos y Actividades sanitarias de la DGSP (en %).**



En cuanto a la **puesta en práctica** de cada uno de los mencionados (gráfico 13), excluidas las respuestas “no procede”, los porcentajes más elevados corresponden al “Programa de Detección del Cáncer de Mama” (79,4% lo ha puesto en práctica) y al “Protocolo de dispensación de la píldora postcoital” (73,5%), seguido del “Protocolo de petición de Mamografía” (69,1%) y del “Protocolo ante malos tratos” (66,9%).

**Gráfico 13: Puesta en práctica de Programas, Protocolos, Decretos y Actividades de la DGSP (en %).**



Los índices más bajos de participación en la "Consulta Joven", (26,1% declara haberla puesto en práctica) pueden estar afectados por el carácter voluntario del trabajo en la misma.

### 5.3.1. Aspectos de mejora propuestos en las respuestas a las preguntas abiertas

Recordamos aquí que las categorías establecidas han sido definidas a partir de expresiones, algunas literales, de las respuestas obtenidas. Dado lo escueto de las respuestas, en algunas categorías faltarían matizaciones y una mayor claridad.

Empezando por la "Consulta Joven", los aspectos de mejora señalados por las 18 personas que han contestado (12,8%) en este caso son relativos prioritariamente a formación dirigida a los profesionales para el desarrollo de la misma, seguido de un aumento en el número de consultas y tiempo de dedicación, así como una mejor coordinación de las actividades. También se considera necesario aumentar el número de profesionales dedicados a su desarrollo.

*"Formación específica y amplia en temas y número de profesionales, para permitir continuidad."*

La adecuación de la "Consulta Joven" de forma colaborativa entre los ámbitos sanitario y escolar, y la evaluación de la misma son otros de los aspectos planteados, aunque con menor peso en las respuestas que los anteriores.

*"Debería realizarse dentro del ámbito escolar del joven en colaboración con maestros y asociaciones de padres, con una base curricular en educación para la salud como asignatura transversal."*

*"...evaluar la experiencia de estos años y en función de lo que se esté haciendo proponer nuevas actuaciones."*

#### Categorías de aspectos de mejora de la "Consulta Joven"

1. Formación: específica para profesionales y ampliación de temática (relaciones, sexualidad, contacto, comunicación, respeto, goce....).
2. Personal: necesidad de más personal específico.
3. Tiempo: suficiente y adecuado para el desarrollo de la consulta y un mayor número de consultas.
4. Cambio de enfoque: lugar, espacio, ámbito en el que se desarrolla.
5. Relación ámbito escolar.
6. Coordinación, unificación de criterios: tipo profesionales, contenidos y desarrollo de las consultas, planificación.
7. Evaluación de resultados.

En relación al "**Protocolo de dispensación de la píldora postcoital**" la formación dirigida a las usuarias en educación sexual y planificación familiar es la propuesta con mayor peso entre las 18 personas que contestaron (12,8%) y se matiza de nuevo como propio del ámbito escolar. En este sentido, se propone la coordinación con "Consulta Joven".

Otra de las propuestas repetidas es la necesidad de un sistema de registro de la dispensación de la postcoital que permita conocer resultados en los distintos ámbitos.

*"El registro de datos de cara a conocer la administración en otros centros, SUAP, áreas..."*

Aunque en menor medida, también el conocimiento de la legislación relativa a este protocolo es un aspecto que preocupa al personal sanitario que respondió a esta pregunta. Además, se propone una ampliación del horario de dispensación y preocupa el hecho de que haya profesionales que dificulten el acceso a la misma.

*"Mejorar su dispensación los fines de semana que es cuando suele haber mayor demanda y los servicios están cerrados..."*

*"En muchos centros de salud se niega, se ponen trabas, se dificulta la atención"*

*"Exigencia a profesionales cumplimiento de este derecho"*

#### Categorías de aspectos de mejora del "Protocolo de dispensación de la postcoital"

1. Conocimiento de legislación: referida a su dispensación.
2. Formación: dirigida a las usuarias, en educación sexual y planificación familiar, en el ámbito escolar.
3. Sistema de Registro: de los datos de dispensación en los centros de salud, SUAP.
4. Dispensación: se consideran las manifestaciones que implican la mejora de la dispensación de la píldora postcoital.
5. Coordinación: con la "Consulta Joven"

Entre las propuestas de mejora expresadas por 6 de las personas encuestadas (4,3%) respecto al **"Decreto de derechos de la madre, el padre y el recién nacido"** está la difusión del mismo (éste ha resultado ser el menos conocido), junto a la coordinación interinstitucional para la mejora del cumplimiento del mismo.

*"Cuidar el que se cumplan los derechos. Sobre todo el punto 3 del artículo 2<sup>13</sup>. Siguen llegando quejas...".*

Una mejor coordinación del ámbito hospitalario con el extra-hospitalario es otra de las propuestas de mejora del Decreto.

**Categorías de aspectos de mejora del "Decreto de Derechos de la madre, el padre y recién nacido"**

1. Aumento de los permisos de maternidad/paternidad.
2. Cumplimiento: de los derechos contenidos en el Decreto.
3. Coordinación: entre el ámbito hospitalario y extra-hospitalario (para el cumplimiento).
4. Difusión del Decreto entre la población.

La adecuación del espacio donde se desarrolla el **"Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama"** es el principal aspecto a mejorar desde el punto de vista de las 12 personas que contestaron (8,5%).

*"El acceso a la unidad móvil es un problema, para muchas mujeres, ahora que ha aumentado la edad de cribado o por ejemplo para las mujeres que tienen antecedentes de cáncer de mama y que pasan por el programa cada dos años para las que la mamografía crea mayores niveles de ansiedad, un centro sanitario reúne mejores condiciones que la unidad móvil...".*

Cabe señalar que ciertas observaciones realizadas por algunas personas encuestadas no han sido incluidas en este caso ya que implican un desconocimiento del programa.

Una mayor rapidez en la disponibilidad de los resultados patológicos en la historia clínica de las usuarias es otro de los aspectos propuestos de mejora de la atención sanitaria.

---

<sup>13</sup> El punto 3 del Artículo 2 se refiere a los Derechos de la mujer durante el parto y postparto:

- a) Derechos relacionados con la asistencia sanitaria.
- b) Derechos relacionados con el principio de autonomía.
- c) Derechos relacionados con la intimidad.
- d) Derechos relacionados con la información.

*"Tener información clínica de los resultados patológicos con celeridad, actualmente son las mujeres las que nos informan cuando vienen a pedirnos opinión de su caso".*

Una vez más se plantea la mejora de la coordinación, en este caso entre Atención Especializada y Primaria. Otra de las categorías que se repite respecto a otros de los programas, aunque en menor medida, es la difusión del programa entre la población, además de ampliar el rango de edad de la población diana a mujeres más jóvenes. Esta última presenta una variabilidad que en algunos casos puede estar relacionada a un desconocimiento de la incidencia en edades más jóvenes o de las recomendaciones a nivel estatal e internacional a este respecto (se plantea en algún caso ampliar hasta los 35 años o poder solicitar el estudio mamográfico a cualquier edad).

#### Categorías de aspectos de mejora del "Programa Detección Precoz Cáncer de Mama"

1. Adecuación del espacio: problemática de las unidades móviles.
2. Difusión del Programa.
3. Disponibilidad de los resultados patológicos de las pacientes en su historia clínica.
4. Rango de edad: ampliar el rango de edad de la población diana a mujeres más jóvenes.
5. Coordinación: entre Atención Especializada y Atención Primaria.

Respecto al "**Protocolo de petición mamográfica**", la ampliación del rango de edad de la población diana es la que mayor peso adquiere entre las propuestas planteadas, (7,8% de la respuesta), así como de nuevo la coordinación entre AE y AP, y la mejora en los tiempos de espera para realizar las pruebas. Con menor peso, se repite la categoría difusión del protocolo, en este caso entre los profesionales.

**Categorías de aspectos de mejora del "Protocolo de petición mamográfica"**

1. Rango de edad: ampliar hacia mujeres más jóvenes.
2. Reducir lo tiempos de espera: para las pruebas complementarias.
3. Difusión: del protocolo a profesionales.
4. Coordinación: entre Especializada y Primaria.

La mayor dificultad encontrada por los 14 profesionales que responden (el 9,9%) para la práctica del **"Protocolo de actuación sanitaria ante los malos tratos"** es el tiempo disponible por paciente, así como el tiempo de tramitación que implica.

Otros aspectos a mejorar son nuevamente la coordinación entre profesionales y los diferentes organismos implicados, el apoyo y seguimiento posterior a las víctimas de los malos tratos y la evaluación del propio protocolo.

*"...intervenciones centradas en el apoyo y seguimiento de mujeres maltratadas que no pueden acudir a recursos específicos que posibiliten un futuro cambio en la toma de decisiones de esa mujer".*

Por último se propone crear recursos específicos para los hombres maltratadores, formación continuada en este campo para los profesionales, y una táctica específica en pediatría para casos de maltrato a la infancia.

**Categorías de aspectos de mejora del "Protocolo de actuación sanitaria ante los malos tratos"**

1. Tiempo: disponible para llevarlo a cabo, y tiempo de tramitación (burocracia).
2. Coordinación: entre profesionales y Administraciones.
3. Recursos para hombres maltratadores.
4. Apoyo y seguimiento a víctimas.
5. Evaluación del protocolo.
6. Táctica específica en pediatría.
7. Formación: dirigida a profesionales (de seguimiento).

En cuanto a posibles mejoras del **“Protocolo de Atención a Víctimas de Agresiones/Abusos Sexuales”**, las propuestas expresadas por el 5% repiten el seguimiento posterior a las víctimas, la formación dirigida a los profesionales y la difusión del mismo protocolo.

También se repiten las categorías de coordinación (entre profesionales y administraciones) y tiempo disponible en las consultas, considerado como insuficiente para aplicar el protocolo y tramitar este tipo de casos.

**Categorías de aspectos de mejora del “Protocolo de Atención a Víctimas Agresiones/Abusos Sexuales”**

1. Formación específica para profesionales.
2. Coordinación: entre las administraciones y ámbito sanitario.
3. Seguimiento a víctimas.
4. Difusión del protocolo.
5. Tiempo: disponible para llevarlo a cabo, y tiempo de tramitación (burocracia).

**5.4. Participación en actividades de sensibilización y formación en perspectiva de género y lugar donde recibieron la formación**

El 40,4% de las personas que respondieron al cuestionario declara haber participado en algún tipo de actividad de sensibilización o formación en perspectiva de género y prácticamente el total de éstas lo hicieron en Cantabria (tan sólo 3 personas responden haber recibido formación fuera de la Comunidad Autónoma de Cantabria).

Entre el personal que declara haber participado en alguna actividad, en las **respuestas abiertas** las principales temáticas de los cursos de formación a los que se declara haber asistido incluyen la violencia de género (61,2%), seguida a distancia de la formación en salud y género (10,2%), y de la formación relativa a salud sexual y reproductiva (6,1%). Además se menciona la participación en diversos cursos y actividades (seminarios y jornadas) organizadas por la Consejería de Sanidad, el Servicio Cántabro de Salud, el Hospital Universitario Marqués de

Valdecilla, la Dirección General de la Mujer y el Observatorio de Salud Pública de Cantabria.

El mayor índice de participación en cursos sobre violencia de género está relacionado a la formación brindada por la Consejería de Sanidad de Cantabria a los profesionales de los centros de salud.

Para conocer la **importancia concedida a lo aprendido en los cursos de formación**, el cuestionario propone se otorgue una puntuación del 1 al 4, siendo 1 lo menos importante y el 4 lo más importante. La **media de 3,18** representa una actitud positiva del personal ante la formación recibida.

## **6. Diferencias y condicionantes de la salud de hombres y mujeres percibidas por el personal sanitario**

El análisis de este bloque temático incluye preguntas referidas a las opiniones y conocimientos de los profesionales acerca del género como un determinante de la salud, así como a la consideración que se da en la atención sanitaria a las situaciones de salud y necesidades diferenciales de hombres y mujeres.

### **6.1. Percepciones y conocimiento de algunas cuestiones relativas a la salud de mujeres y hombres**

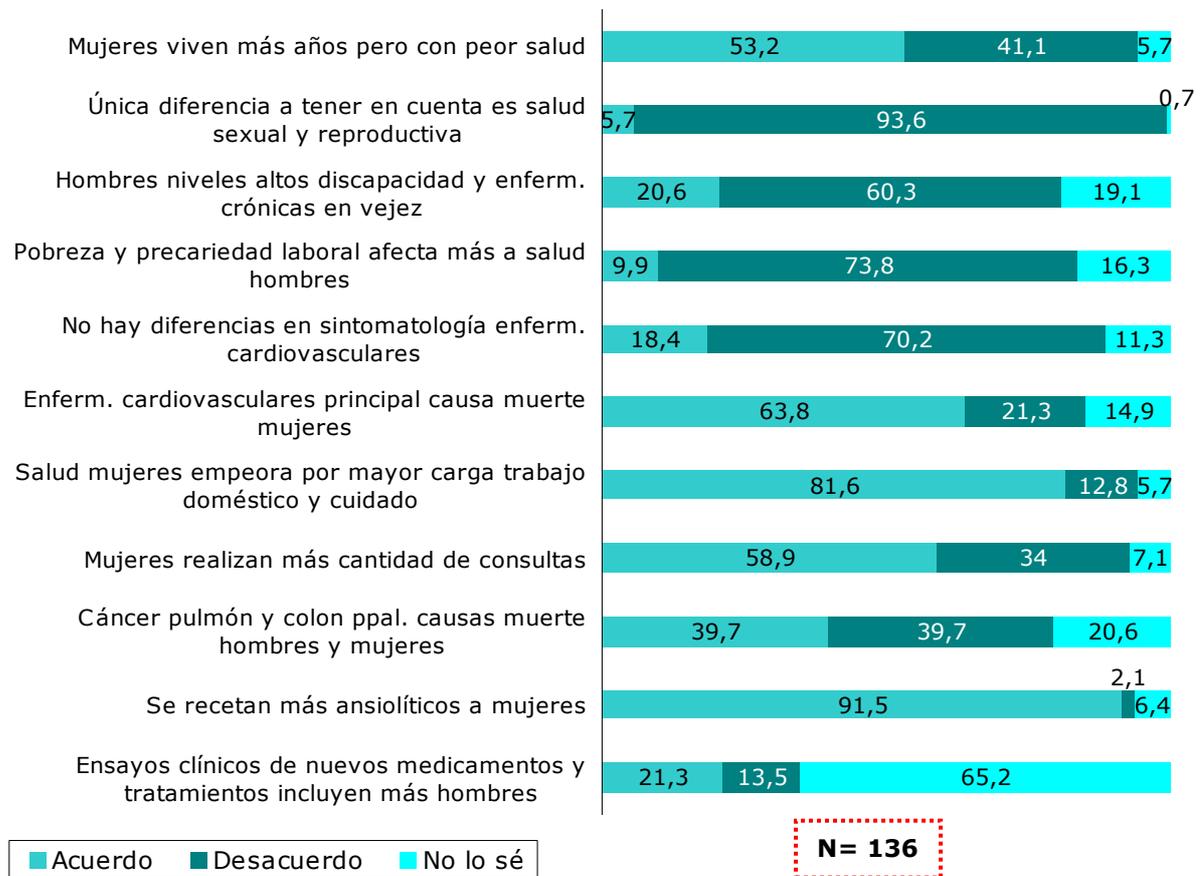
Esta pregunta plantea a las personas participantes una serie de cuestiones sobre algunas diferencias de salud entre hombres y mujeres determinadas por factores de orden más social, ante las que deben posicionarse “de acuerdo”, “en desacuerdo” o “no lo sé”.

Entre las cuestiones planteadas (gráfico 14), el grado de acuerdo o desacuerdo es prácticamente unánime en aquellas de experiencia o conocimiento más general y más evidenciadas por los medios de comunicación, sin implicar necesariamente una información más específica en materia de diferencias de género entre hombres y mujeres, como son: “Las únicas diferencias de salud a tener en cuenta entre hombres y mujeres son las que conciernen a la salud reproductiva y sexual” con lo que un 93,6% está en desacuerdo, y “A las mujeres les son recetados más ansiolíticos que a los hombres” con lo que un 91,5% dice estar de acuerdo. También es bastante unánime la respuesta ante la afirmación “La salud de las mujeres empeora debido a la mayor carga de trabajo doméstico y de cuidado de personas dependientes”, ante la que un 81,6% se muestra de acuerdo.

En este sentido, llama más la atención la respuesta tan dividida ante la afirmación “Las mujeres viven más años que los hombres, pero con peor salud” con la que un 53,5% se muestra de acuerdo frente al 41,1% que está en desacuerdo. Lo cual hace evidente que el 46,8% de las personas encuestadas desconocen que aunque las mujeres tienen por término medio una mayor esperanza de vida que los hombres, no destacan por una vida con mejor salud, información de la que aparentemente no hacen suficiente eco los medios de comunicación o el propio

sistema de salud. Las mujeres presentan tasas más altas de morbilidad y discapacidad a lo largo de la vida y, por su mayor longevidad, tienen mayores probabilidades de sufrir enfermedades crónicas asociadas con la edad (Verbrugge, 1990). Según datos de la Encuesta de Salud de Cantabria, al 73,3% de las mujeres residentes en la Comunidad Autónoma se les ha diagnosticado una enfermedad crónica, frente al 60,5% de los hombres (Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud Pública. Observatorio de Salud Pública de Cantabria, 2009)

**Gráfico 14: Percepciones y conocimiento acerca de la salud de mujeres y hombres (en %).**



Respecto al enunciado “La pobreza y la precariedad laboral afectan más a la salud de los hombres que a la de las mujeres”, un 73,8% se muestra en desacuerdo frente a un 9,9% que esta de acuerdo, y un 16,3% que en este caso declara no saber. Existe múltiple literatura al respecto, tanto a nivel internacional (World Health Organization, 2009) y europeo (M. A. Durán, 2007) (Artazcoz & Rueda, 2007), (Artazcoz, Borrell, Cortes, Escriba-Aguir & Cascant, 2007) como estatal y autonómico que confirma que la salud de las mujeres se ve más afectada por la

pobreza y la precariedad laboral (Artazcoz, 2007a), (Artazcoz, 2007b), (Bacigalupe de la Hera & Martín Roncero, 2007).

Ante la cuestión "No existen diferencias entre hombres y mujeres en la sintomatología de enfermedades cardiovasculares como el infarto", el mayor porcentaje se muestra en desacuerdo (70,2%) y sólo un 18,4% dice estar de acuerdo. La Sociedad Española de Cardiología y la investigación en la materia en los últimos años reconocen las diferencias sintomatológicas entre hombres y mujeres como contribuyentes a que las enfermedades cardiovasculares como el infarto pasen más desapercibidas en las mujeres. Éstas por lo general, al tener diferentes síntomas y curso de la enfermedad, no identifican el problema a tiempo, con las consecuencias que ello tiene en el pronóstico (Rohlfes et al., 2004). Pero además distintos estudios ponen en evidencia potenciales diferencias en el esfuerzo terapéutico y diagnóstico. Sesgos que pueden derivarse de los patrones de socialización diferencial con respecto al reconocimiento de los síntomas, la percepción de la enfermedad y la conducta de búsqueda de la atención (Gómez Gómez, 2002), (Rodríguez-Sanz, Carrillo Santistevé & Borrel, 2005).

Frente a la afirmación "Las enfermedades cardiovasculares son una de las principales causas de mortalidad en mujeres", el 63,8% opina estar de acuerdo, y un 21,3% está en desacuerdo. Según los datos de causas de mortalidad del Movimiento Natural de Población en 2008 (Instituto Cántabro de Estadística, 2008), las enfermedades cardiovasculares representan la primera causa de muerte en las mujeres en Cantabria. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (2008), las mujeres mueren más a menudo por enfermedades cardíacas que los hombres (tasas de mortalidad de 31,5% y 26,8% respectivamente).

Respecto a si "Los hombres padecen en mayor proporción que las mujeres niveles altos de discapacidad y enfermedades crónicas en la vejez", un 60,3% está en desacuerdo, el 20,6% de acuerdo y un 19,1% declara que no lo sabe. Ante esta cuestión, prácticamente el 40% desconoce que son las mujeres quienes padecen mayor proporción que los hombres de niveles de discapacidad y enfermedades crónicas en la vejez. La Encuesta de Salud de Cantabria 2006 (Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud Pública. Observatorio de Salud Pública de Cantabria, 2009) muestra que entre la población de 65 y más años, las mujeres presentan mayor grado de dependencia funcional para cuidados personales, labores domésticas o movilidad que los hombres.

En el caso de "El cáncer de pulmón y el de colon son de las principales causas de mortalidad en hombres y en mujeres", el 39,7% de las personas encuestadas declaran estar de acuerdo, mientras que el mismo porcentaje está en desacuerdo y el 20,6% declara no saberlo. En esta pregunta hay una doble lectura, por un lado el 60,3% de las personas encuestadas desconocen que el cáncer de colon es la segunda causa de muerte en España tanto en mujeres como en hombres, al tiempo que se podría argüir (aunque nadie lo hizo) que el cáncer de pulmón es efectivamente la primera causa de muerte en hombres en el país pero no en mujeres, aunque en éstas muestra una evidente tendencia al crecimiento en los últimos años, teniendo Cantabria una de las tasas más altas de mortalidad en mujeres del país (pero aun muy por debajo de la de los hombres).

Otra cuestión ante la que no hay consenso en la respuesta es sobre si "Las mujeres realizan más cantidad de consultas sanitarias para ellas mismas (no para el resto de la familia) que los hombres", estando de acuerdo un 58,9% y en desacuerdo un 34%. La mayor morbilidad y uso de servicios sanitarios por parte de las mujeres adultas es un tema bastante analizado y documentado en sociología de la salud (M. Á. Durán, 2004) . De acuerdo a la Encuesta de Salud de Cantabria 2006, en las cuatro semanas anteriores a la misma habían acudido a la consulta más las mujeres (36,6%) que los hombres (26,6%).

Por último, ante la cuestión de si "En el desarrollo de nuevos medicamentos y tratamientos, los ensayos clínicos incluyen más hombres que mujeres", el 65,2% declara que no lo sabe y tan sólo un 21,3% afirma estar de acuerdo. En este sentido se observa un mayor desconocimiento en relación a los aspectos referidos a la investigación, incluso teniendo en cuenta que el debate sobre la exclusión sistemática de las mujeres de los ensayos clínicos existe en la bibliografía científica desde principios de los noventa (Ruiz-Cantero & Verdú-Delgado, 2004).

En general se observa un mayor desconocimiento en aquellas cuestiones que implican diferencias de género aun poco estudiadas, o incluso los aspectos más estudiados, como las enfermedades cardiovasculares, no se han difundido suficientemente y, por tanto, aun hay un sector que desconoce la evidencia científica al respecto.

A continuación se presentan los resultados significativos según las diferentes variables demográficas, sociolaborales y otras cuestiones relativas a formación:

- **Por sexo:**

En general, no se encuentra relación entre el sexo de las personas que han respondido y su conocimiento acerca de las cuestiones expuestas sobre la salud de hombres y mujeres, excepto en las referidas a causas principales de muerte en hombres y mujeres.

Ante la afirmación "Las enfermedades cardiovasculares son una de las principales causas de mortalidad en mujeres", el 57,4% de las mujeres declara estar de acuerdo frente al 80,0% de los hombres. Siguiendo el mismo patrón, es más alto el porcentaje de mujeres que declara "no lo sé" (18,8%) que el de hombres (5,0%) para esta cuestión.

Igualmente encontramos cierta diferencia en las respuestas dadas por mujeres y hombres ante la cuestión "el cáncer de pulmón y el de colon son de las principales causas de mortalidad en hombres y en mujeres", en este caso el 52,5% de los hombres responden estar "de acuerdo" frente al 34,7% de las mujeres.

No hay diferencias significativas en las respuestas dadas según el **área profesional** de las personas encuestadas.

- **Por categoría profesional:**

En referencia a "Las mujeres viven más años pero con peor salud", el porcentaje de de acuerdos es más alto entre el personal de gestión sanitaria (76,0%), trabajo social (67,0%) y fisioterapia (100%).

Ante la cuestión "No existen diferencias entre hombres y mujeres en la sintomatología de enfermedades cardiovasculares como el infarto" los que mejor conocen esta realidad son el personal técnico y de gestión sanitaria, con un porcentaje de desacuerdo del 88,2%, seguido del personal médico (77,4%), trabajo social (66,7%) y enfermería (61,7%).

De la misma manera, las categorías que muestran un mayor conocimiento en cuanto a que "Las enfermedades cardiovasculares son una de las principales causas de mortalidad en hombres y mujeres" son el personal médico (79,0%) y el de gestión sanitaria (76,5%).

En cualquier caso, la respuesta "no lo sé" corresponde mayormente al personal de fisioterapia, trabajo social y auxiliares de enfermería, debido a que la relación con el paciente y su formación en ciencias de la salud es diferente, y es más bajo entre el personal técnico y de gestión sanitaria y médico (aunque no quiere decir que sus respuestas sean siempre correctas).

El desconocimiento acerca de si en los ensayos clínicos para el desarrollo de nuevos medicamentos y tratamientos se incluyen más hombres, se da en todas las categorías.

▪ **Por participación en actividades de sensibilización y formación en la perspectiva de género en salud:**

En relación a la participación del personal en actividades de sensibilización y formación sobre perspectiva de género en salud, encontramos diferencias significativas en las respuestas para los siguientes ítems:

En cuanto a la afirmación sobre si "La pobreza y la precariedad laboral afectan más la salud de los hombres que la de las mujeres", el 84,2% de las personas que participaron en alguna actividad de sensibilización o formación dice estar en desacuerdo, frente al 66,7% de las que no participaron.

Respecto a si "Las enfermedades cardiovasculares son una de las principales causas de mortalidad en hombres y mujeres", el 73,7% de las 57 personas que participaron en alguna actividad (40,4% del total) conoce este dato y dice estar de acuerdo, aunque el porcentaje de personas en desacuerdo es similar para ambos grupos (en torno al 20% de los que participaron en actividades formativas y de los que no participaron).

Por último, ante la cuestión sobre si "En el desarrollo de nuevos medicamentos y tratamientos, los ensayos clínicos incluyen más hombres que mujeres" el 33,0% del personal que ha recibido algún tipo de formación declara estar de acuerdo, frente a un 14,6% de quienes no participaron.

En general, el porcentaje de respuestas "no lo sé" es más alto entre el personal que no ha participado en ninguna de las actividades de formación y sensibilización para todos los ítems.

Hasta aquí se puede afirmar que las personas que han participado en alguna actividad de sensibilización y formación responden más acertadamente en parte de las cuestiones planteadas, por lo que nos atrevemos a afirmar que la formación recibida ha influido de manera positiva en el conocimiento de las diferencias de género en salud.

▪ **Autoevaluación del nivel de formación en temas de salud y género existente en el ámbito laboral.**

Existen diferencias significativas en las respuestas dadas en algunos de los ítems planteados, aunque la relación entre autoevaluación y conocimiento de lo planteado presenta múltiples paradojas. Es decir, no todas las cuestiones planteadas obtienen respuestas coherentes con el nivel de conocimiento sobre perspectiva de género en salud declarado.

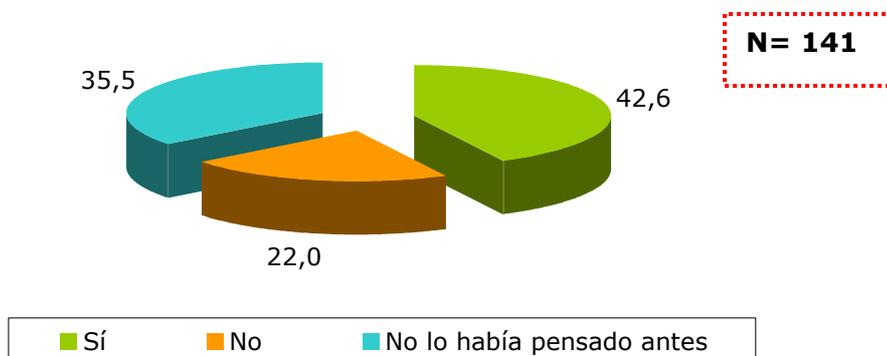
<b>Coherencia</b>	<b>Paradoja</b>
<p><i>"Los hombres padecen en mayor proporción que las mujeres niveles altos de discapacidad y enfermedades crónicas en la vejez".</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El porcentaje de personas que expresan su desacuerdo ante la cuestión, va aumentando de acuerdo al nivel de conocimiento sobre la perspectiva de género en salud declarado.</li> </ul>	<p><i>"Las enfermedades cardiovasculares son una de las principales causas de mortalidad en hombres y mujeres".</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El grupo de personas con un nivel mediano declarado son quienes presentan el porcentaje más alto de acuerdo (75,4%).</li> <li>▪ El resto de categorías presentan porcentajes de acuerdo algo superior al 50%.</li> </ul>
<p><i>"La salud de las mujeres empeora debido a la mayor carga de trabajo doméstico y de cuidado de personas dependientes".</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El 94,7% del personal con un nivel alto de conocimiento sobre enfoque de género en salud afirma correctamente estar de acuerdo.</li> <li>▪ El resto de niveles presenta un porcentaje de respuestas acertadas en torno al 70%.</li> </ul> <p><i>"En el desarrollo de nuevos medicamentos y</i></p>	<p><i>"El cáncer de pulmón y el de colon son de las principales causas de mortalidad en hombres y mujeres"</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El grupo de nivel "muy escaso o ninguno" es el que obtiene el porcentaje más alto (85,7%) de respuestas adecuadas ("acuerdo").</li> <li>▪ Le sigue el grupo de nivel "mediano" (46,2%), "alto" (42,1%) y por último "bajo" (27,3%)</li> </ul>

<p><i>tratamientos, los ensayos clínicos incluyen más hombres que mujeres”.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El porcentaje de acuerdos con la cuestión aumenta con el nivel de conocimiento sobre la perspectiva de género en salud declarado.</li> <li>▪ En el caso de las personas con un nivel “muy escaso o ninguno”, el porcentaje de “no lo sé” es del 100%</li> <li>▪ Entre quienes declaran un nivel bajo de conocimiento del enfoque de género en salud, un 84% responde no saber acerca de esta cuestión.</li> </ul>	<p><i>“En el desarrollo de nuevos medicamentos y tratamientos, los ensayos clínicos incluyen más hombres que mujeres”.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Los porcentajes de personas en desacuerdo con esta realidad son mayores en los niveles “alto” (15,8%) y “mediano” (19,7%).</li> </ul>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## 6.2. Percepciones sobre diferencias en salud entre hombres y mujeres

Para averiguar sobre este punto se plantea una pregunta de opinión que mide la importancia asignada por parte de las personas encuestadas a la integración de la perspectiva de género en salud e indaga sobre la misma en su propia área de trabajo.

**Gráfico 15: Percepciones sobre diferencias en salud entre hombres y mujeres (en %).**



Aunque un 42,6% declara percibir diferencias en salud entre mujeres y hombres, el 35,5% afirma que antes de responder al cuestionario no se lo había planteado y un

22,0% afirma no percibir ninguna diferencia en salud entre hombres y mujeres (gráfico 15).

Se han analizado los siguientes cruces de variables:

En el análisis **por sexo y categoría profesional** no se observan diferencias significativas en las respuestas a este apartado.

- **Por área profesional:**

El análisis de las respuestas según el área profesional muestra que un 52,9% del personal técnico y de gestión sanitaria afirma no percibir diferencias en salud entre hombres y mujeres, frente al 17,7% del personal de AP.

Dentro del personal de AP, el 37,0% declara que "no lo habían pensado antes", frente al 23,0% del personal técnico y de gestión sanitaria.

Evidentemente, las diferencias observadas pueden deberse a que el personal técnico y de gestión sanitaria no comparte el espacio de consulta ni la relación con los pacientes, pero resulta de particular interés ya que son quienes planifican los programas de salud.

- **Por autoevaluación del nivel de formación en temas de salud y género existente en el ámbito laboral:**

El porcentaje de personas que aprecian diferencias en salud entre hombres y mujeres aumenta en función del mayor grado de conocimiento sobre perspectiva de género en salud declarado. A pesar de esta tendencia, entre las personas que declaran un nivel alto de formación, el 26,0% declara no percibir diferencias en salud entre mujeres y hombres, autoevaluación que choca con esta percepción. No obstante, sólo el 5,3% de este grupo declara no haber pensado antes en esta cuestión, mientras que en el resto de niveles el porcentaje es mayor a 36,0%.

El nivel de conocimiento medio declarado sobre enfoque de género en salud también resulta paradójico teniendo en cuenta que tan sólo el 42,0% de este grupo percibe que existan diferencias en salud entre hombres y mujeres, y el 36,0% no se lo había planteado antes.

### **6.2.1. Diferencias expresadas en las respuestas a la pregunta abierta**

De la información aportada en las respuestas abiertas, del 23,4% que expresa alguna diferencia percibida en salud entre hombres y mujeres, las contribuciones de mayor peso son aquellas relacionadas a la salud mental, la salud sexual y reproductiva, y la sobrecarga de trabajo/relación vida laboral y familiar.

*"Todavía se aprecian diferencias en patología psíquica (ansiedad y relacionales)".*

*"Las mujeres acuden más a servicios sanitarios y requieren una intervención psicosocial por sobrecargas y situaciones de salud diferentes a los hombres".*

*"Más sobrecarga, por acarrear con más responsabilidades de las que les corresponde".*

En menor medida, las respuestas abiertas señalan diferencias relativas a la patología músculo-esquelética, mayor en las mujeres, y a las relacionadas con los hábitos de vida poco saludables como son el consumo de tabaco y alcohol y llevar una vida sedentaria, aspectos que siguen siendo asociados mayormente a los hombres.

Asimismo se enfatiza la mayor incidencia de las enfermedades crónicas en las mujeres, así como la mayor frecuencia en la que éstas acuden a la consulta como acompañantes de algún familiar. Una minoría asocia a las mujeres con el "dolor crónico", la "violencia de género" y el hecho de acudir con mayor frecuencia a la consulta médica para ellas mismas. Igualmente se señalan puntualmente diferencias a "nivel cardiovascular" como problemática más común entre los hombres de entre 40 y 50 años.

De nuevo, las explicaciones registradas por el personal no permiten conocer matices sobre cómo se entienden las diferencias.

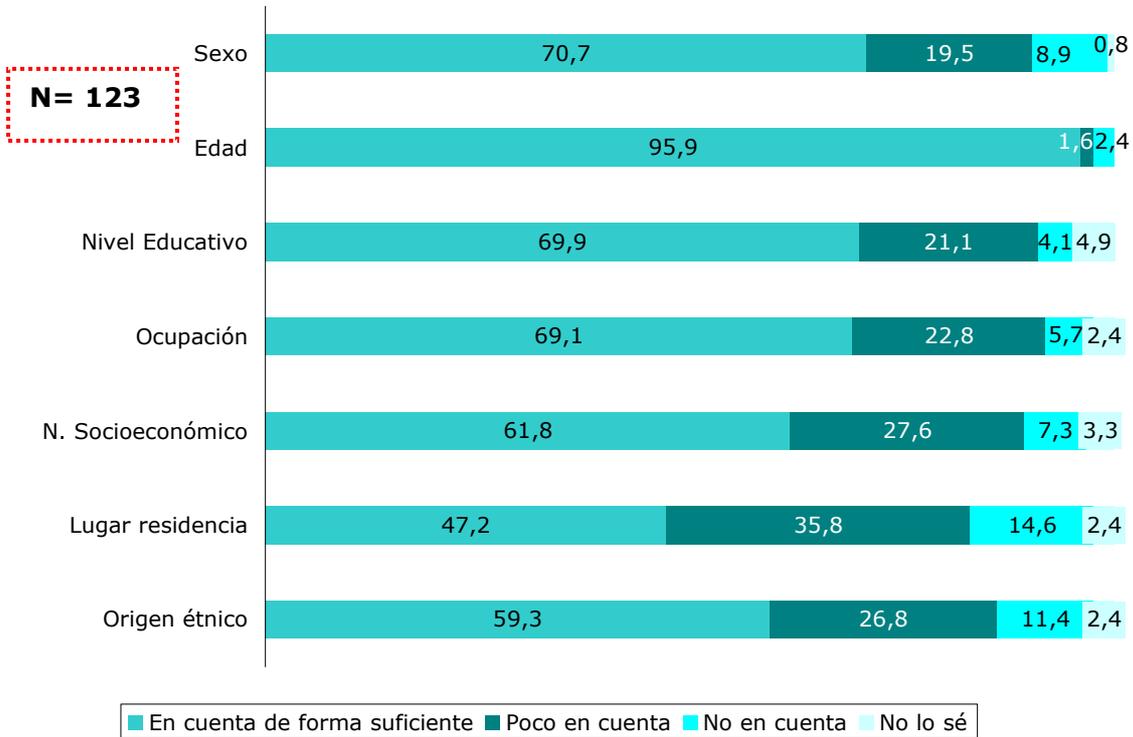
**Categorías de las diferencias en salud entre hombres y mujeres expresadas por el personal encuestado**

1. Salud mental: mayor incidencia en mujeres.
2. Salud sexual y reproductiva.
3. Sobrecarga: de trabajo que repercute en la salud de las mujeres.  
Relación vida laboral y familiar.
4. Hábitos de vida (Alcoholismo, tabaco, sedentarismo, stress): más relacionado a los hombres.
5. Patología músculo-esquelética: mayor incidencia en las mujeres.
6. Número en tratamiento – enfermedades crónicas: mayor número de mujeres.
7. Consultas sobre familia: muchas de las consultas realizadas por las mujeres son por cuestiones relativas a un familiar.
8. Número de consultas: mayor entre las mujeres.
9. Dolor crónico: asociado a las mujeres
10. Violencia de género.
11. Problemática cardiovascular: mayor entre hombres de 40 a 50 años.
12. Consultas de urgencia: mayor frecuencia entre las mujeres.
13. Otras: sin suficiente peso ni claridad expositiva.

### **6.3. Variables determinantes de la salud**

La pregunta se plantea en una escala de importancia asignada a la consideración de determinantes sociales de la salud (sexo, edad, ocupación, lugar de residencia, nivel educativo y socioeconómico, y origen étnico) en la atención sanitaria brindada (gráfico 16). Para esta cuestión se han tenido en cuenta 123 respuestas por considerarse que la pregunta no procede en el caso de aquellas personas que no pasan consulta o que su labor no implica el trabajo directo con las personas.

**Gráfico 16: Variables tenidas en cuenta como determinantes de la salud (en %).**



La edad se presenta como la variable más tenida "en cuenta de forma suficiente" por un mayor porcentaje de personas encuestadas (95,9%), seguida del sexo (70,7%) y nivel educativo del o de la paciente (69,9%), la ocupación (69,1%), nivel socioeconómico (61,8%), origen étnico (59,3%), y por último, el lugar de residencia (47,2%). Llama la atención que más de una cuarta parte de las respuestas consideradas para esta pregunta declaren tener poco o nada en cuenta el sexo de la persona atendida, o que la mitad y casi la tercera parte tengan poco o nada en cuenta el lugar de residencia y la ocupación respectivamente. En general, salvo la edad, el resto de determinantes sociales consultados son poco tenidos en cuenta, considerando la gran relevancia e impacto que tienen en la salud de las personas, tal como establece la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS (Organización Mundial de la Salud, 2008).

Para esta pregunta se han analizado los siguientes cruces de variables:

▪ **Por categoría profesional:**

En el análisis de las variables que se tienen en cuenta como determinantes en salud, en el caso del sexo del o de la paciente, aunque las diferencias entre categorías no son significativas, merece la pena resaltar que un 11,3% del personal médico declara no tenerlo en cuenta, siendo de un 6,4% en el caso de enfermería y de un 20,0% de fisioterapia. El resto de categorías (trabajo social y auxiliar de enfermería) tienen en cuenta esta variable en mayor o menor medida a la hora de atender a sus pacientes.

En cuanto al porcentaje de "tengo en cuenta de forma suficiente" para cada una de las variables, se establece a continuación un orden de prioridad de las mismas para cada una de las categorías profesionales.

Así, el 97% del **personal médico** tiene en cuenta de forma suficiente la edad del paciente, porcentaje que desciende al 71,0% en el caso del nivel educativo, al 69,0% en el nivel socioeconómico, al 68% en referencia al sexo, al 66,0% respecto a la ocupación y, por último, al 64,0% en el caso del origen étnico.

En el caso del **personal de enfermería**, el orden de las variables tenidas en cuenta de forma suficiente se establecen así: edad (96,0%), sexo (77,0%), nivel educativo (72,3%), ocupación (68,0%), nivel socioeconómico (57,0%) y origen étnico (55,0%).

El **personal de fisioterapia** es el único grupo que declara unánimemente tener en cuenta de forma suficiente tanto la edad como la ocupación de sus pacientes. En cambio el sexo y el nivel educativo apenas son tenidos en cuenta de forma suficiente por el 20,0%, mientras que la mayoría responden que tienen poco o nada en cuenta el nivel socioeconómico y el origen étnico.

El sexo, la edad y el origen étnico son las variables tenidas en cuenta de forma suficiente por el 83,0% del **personal de trabajo social**, porcentaje que baja al 66,7% para el nivel educativo, ocupación y nivel socioeconómico de sus pacientes.

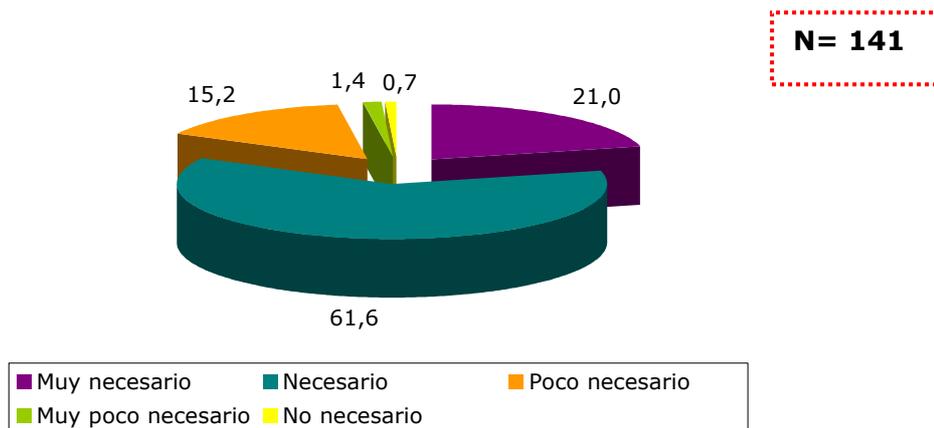
Por último, el índice de respuesta del **personal auxiliar de enfermería** ha sido tan bajo que no se puede considerar sus contestaciones.

## 7. Opiniones y recomendaciones del personal sanitario en cuanto a políticas y programas de salud

### 7.1. Necesidad de planes, programas y protocolos de salud que aborden diferentes necesidades entre mujeres y hombres

Este apartado solicita a la persona encuestada que califique el grado de necesidad de implantación de planes, programas y protocolos con perspectiva de género, en una escala desde "muy necesario" a "no necesario". Esta pregunta se plantea como una forma de medir el grado de importancia que se le asigna a la perspectiva de género en las políticas de salud.

**Gráfico 17: Percepción de necesidad de implantación de Planes, Programas y Protocolos de Salud con perspectiva de género (en %).**



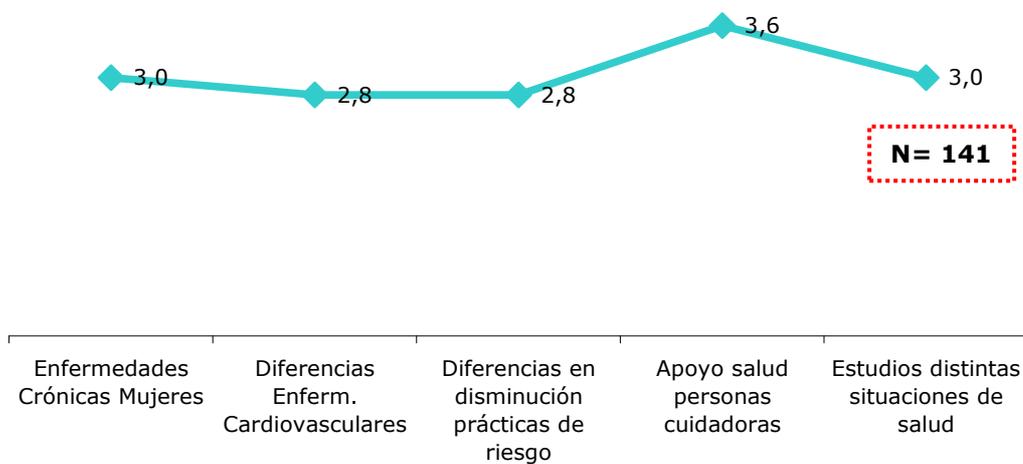
Una mayoría de las personas encuestadas (61,6%) considera "necesaria" la implantación de planes, programas de salud y protocolos que aborden diferentes necesidades de salud entre mujeres y hombres; el 21,0% opina que es "muy necesario" y un 15,2% lo considera "poco necesario" (gráfico 17).

Se analizaron las diferencias **por sexo, área y categoría profesional**, no encontrándose diferencias significativas en las respuestas.

## 7.2. Importancia de programas y actuaciones con perspectiva de género

Esta pregunta plantea una serie de programas, protocolos y actuaciones con enfoque de género, así como algunos dirigidos a la salud de las mujeres en particular, que podrían llevarse a cabo en el Sistema de Salud de Cantabria, pidiéndose a las personas encuestadas que otorguen a cada una un orden de importancia en una escala de Likert de 1 a 4 (siendo el 1 el menos importante). Para el análisis se han calculado las puntuaciones medias (gráfico 18).

**Gráfico 18: Importancia Programas y Protocolos. Puntuación media.**



Así, las personas encuestadas consideran como programas de salud con enfoque de género más necesarios aquellos encaminados a proporcionar "apoyo a la salud de las personas cuidadoras de personas mayores y discapacitadas", otorgando a esta iniciativa una puntuación media de 3,6; seguida de "estudios e investigaciones sobre las distintas situaciones de salud de hombres y mujeres", así como de "establecer programas y protocolos de diagnóstico y tratamiento de enfermedades crónicas más frecuentes en mujeres", con una media de 3,0. Con la menor puntuación (2,8) se señala la necesidad de que haya "programas y protocolos de la salud que tengan en cuenta las diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a la disminución de prácticas de riesgo: reducción de accidentes y consumo de alcohol, tabaco y drogas", e iniciativas que "tengan en cuenta las diferencias entre hombres y mujeres respecto a las enfermedades cardiovasculares".

### **7.2.1. Otros programas y actuaciones propuestas en las respuestas a la pregunta abierta.**

Ante la pregunta abierta sobre otros programas y actuaciones necesarias en salud, solo el 6,4% de las personas que respondieron contribuyó con sugerencias, destacando en primer lugar las relacionadas con la educación sexual en las escuelas, así como sobre el impacto de las cargas de trabajo en la salud.

*"Programas de educación sexual en que se trabajen las actitudes diferentes del hombre y la mujer ante la sexualidad".*

En menor medida, se apunta a la necesidad de programas de diagnóstico y tratamiento de enfermedades crónicas más frecuentes en los hombres y de enfermedades cardíacas en las mujeres.

*"Protocolos para los profesionales sanitarios que pueden detectar los avisos, síntomas de un infarto inminente o de desarrollo de enfermedades cardíacas que muchas veces pasan desapercibidos en las mujeres".*

También se proponen programas con enfoque de género, sobre violencia de género, formación en salud mental y en salud de inmigrantes, y más tiempo para cada consulta.

*"Programas sobre situaciones de vulnerabilidad de las mujeres que puedan incidir en la violencia de género (inmigrantes, drogodependencias, discapacitadas)".*

*"Programas de salud para la población con enfoque de género".*

### **7.3. Existencia de iniciativas en el área de trabajo**

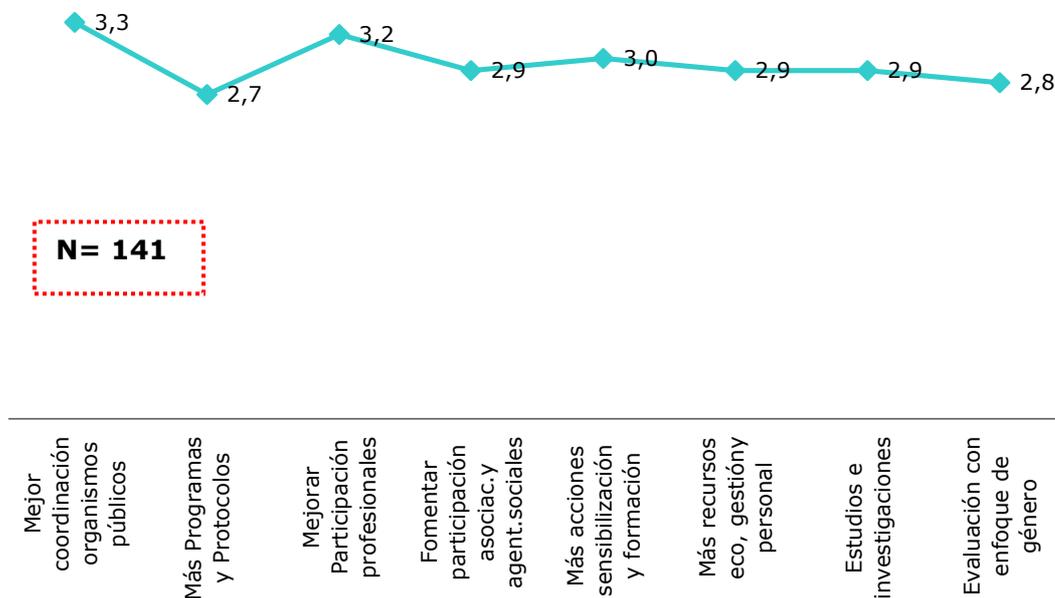
Del personal que ha respondido, sólo un 7,1% afirma que se esté llevando a cabo algún tipo de iniciativa en su área de trabajo para abordar las diferencias de salud en hombres y mujeres, aunque algunas de las iniciativas mencionadas tienen que ver específicamente con salud de las mujeres, como son: el "Protocolo de Detección Precoz del Cáncer de Mama", el "Protocolo de Atención a Malos Tratos" y el *II Plan de Salud de las Mujeres 2008-2011*. Solo los programas de salud sexual y reproductiva incluirían a hombres y mujeres.

### 7.4. Utilidad de las iniciativas para atender diferentes necesidades en salud de mujeres y hombres

Se plantean una serie de iniciativas para atender las diferentes necesidades en salud de hombres y mujeres a las que el personal encuestado debe otorgar un orden de importancia en una escala de Likert del 1 al 4 (siendo 1 el menos importante).

Los diferentes tipos de actuaciones propuestas en la pregunta se han definido a partir de recomendaciones incluidas en las guías y herramientas de transversalización de la perspectiva de género, así como de los resultados incluidos en las consultas realizadas por la *Evaluación del Plan de Salud para las Mujeres* y de las recomendaciones de las personas expertas consultadas en el proceso de la elaboración del cuestionario.

**Gráfico 19: Utilidad de las iniciativas para atender diferentes necesidades en salud de mujeres y hombres. Puntuación media.**



En opinión de las personas que han respondido (gráfico 19), el tipo de necesidades identificadas para favorecer la implementación de la integración de la perspectiva de género en las políticas de salud son, por orden de importancia, “mejor coordinación de esfuerzos entre diferentes organismos públicos” (3,3), “mejorar la participación de profesionales en el diseño de planes, programas y protocolos de

salud con este enfoque" (3,2), "establecer más acciones de sensibilización y formación acerca de las diferentes necesidades de hombres y mujeres en salud" (3,0); seguido de "más recursos económicos, de gestión, personal técnico formados en la temática" y de "fomentar la participación de asociaciones y agentes sociales relevantes en la identificación y priorización de necesidades y en el desarrollo de planes y programas de salud" y "realizar más estudios e investigaciones en el área" (2,9), "evaluar con enfoque de género" (2,8) y por último "más programas y protocolos que atiendan estas necesidades" (2,7).

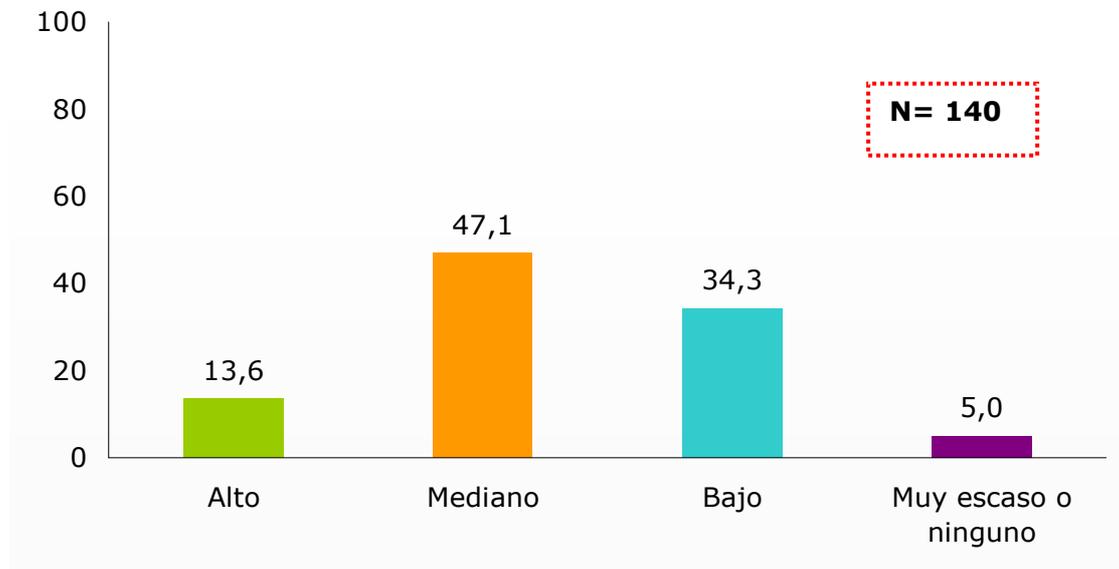
#### **7.4.1. Otras propuestas en las respuestas a la pregunta abierta.**

Entre las iniciativas propuestas en las respuestas abiertas para integrar la perspectiva de género en salud destacan una vez más la "formación" y la "difusión", así como *"un sistema de información sanitaria público y accesible, desagregando por sexo, en cuyo análisis se tenga en cuenta la perspectiva de género"*.

#### **7.5. Grado de integración del enfoque de género en la práctica profesional en base al conocimiento del mismo**

Esta pregunta se plantea como una auto-evaluación del nivel de formación en temas de salud y género que provengan tanto del ámbito laboral como de cursos en los que se haya participado fuera de la Comunidad Autónoma. Las personas encuestadas se posicionan en la escala que va desde "alto" a "muy escaso o ninguno".

**Gráfico 20: Grado de integración del enfoque de género en la práctica profesional en base al conocimiento del mismo (en %).**



El 47,1% considera que su grado de integración de la perspectiva de género en el ámbito laboral en base al conocimiento de la misma es "mediano", mientras que el 34,3% lo califica como "bajo", un 13,6% lo percibe como "alto", y sólo el 5,0% considera que su conocimiento sobre la perspectiva de género en salud es "muy escaso o ninguno" (gráfico 20).

Se han analizado los siguientes cruces de variables:

En el análisis **por sexo** no se han observado diferencias significativas entre las variables.

- **Por área profesional:**

Aunque no existen diferencias estadísticamente significativas por área profesional entre las personas que han respondido encuéstale cuestionario, es interesante destacar que a pesar de que un 52,9% del personal técnico y de gestión sanitaria declara no percibir diferencias en salud entre hombres y mujeres, un 23,5% se posiciona en un nivel alto de conocimiento sobre perspectiva de género en salud (frente a un 12,2% en el caso de personal de AP), un 58,8% declara un nivel mediano y un 11,8% considera que su nivel sea bajo (frente a un 37,4% en AP).

▪ **Por categoría profesional:**

De nuevo no se observan diferencias estadísticamente significativas, no obstante resulta de interés que la mayoría del personal técnico y de gestión (59,0%), médico (53,2%) y de enfermería (45,7%) declaran un nivel de integración mediano; en la categoría de trabajo social es un 33,3% el que declara este mismo grado de integración del enfoque de género en su práctica profesional. El resto de categorías de AP se posicionan en un nivel "bajo" o "escaso".

Para todas las categorías, la mayoría del personal declara un grado mediano de integración, exceptuando la categoría auxiliar de enfermería entre quienes el 33,0% declara un grado "bajo" y el 67% un grado "escaso o ninguno".

Es relevante tener en cuenta que puede existir un gradiente amplio de opinión en cuanto al significado del concepto de género y a lo que puede suponer integrarlo en la práctica profesional.

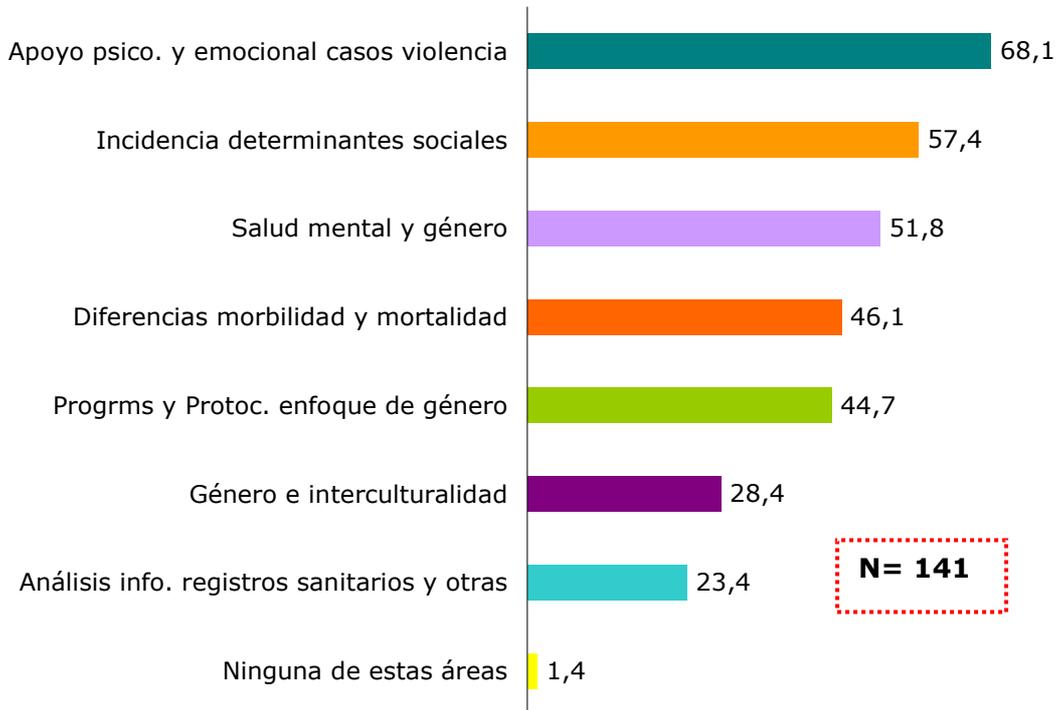
▪ **Por participación en actividades y formación en perspectiva de género en salud:**

En función de estas dos variables se encuentran claras diferencias en las respuestas dadas. Entre las personas que declaran un alto grado de introducción de la perspectiva de género en salud en su área de trabajo, el 63,2% participaron en alguna actividad de sensibilización y/o formación en enfoque de género en salud. Este porcentaje de participación se reduce hasta un 48,5% en el caso del personal que declara un grado de integración mediano, y a un 22,9% entre quienes han declarado un grado bajo. Por último, entre las personas que declaran un grado muy escaso o ninguno, el 28,6% participaron en alguna actividad.

**7.6. Actividades de formación con perspectiva de género en salud más importantes**

En este apartado se plantean una serie de posibles temáticas para llevar a cabo actividades de formación, pidiéndose a las personas encuestadas que las prioricen. Las opciones de respuesta intentan presentar los principales ejes señalados en la literatura acerca de las temáticas prioritarias de género en el ámbito de la salud.

**Gráfico 21: Actividades de formación, con enfoque de género en salud, consideradas más importantes (en %).**



De acuerdo a las propuestas planteadas en esta área (gráfico 21), los temas en los que las personas que han respondido al cuestionario consideran más importante llevar a cabo actividades de formación son en el "apoyo psicológico y emocional en la atención a casos de violencia" (68,1%), en la "incidencia en la salud de los determinantes sociales" (57,4%), y en "salud mental y género" (51,8%).

En una priorización media se consideran las "diferencias en morbilidad y mortalidad" (46,1%), y la formación en "normativas, programas y protocolos que se han establecido integrando la perspectiva de género" (44,7%).

En menor medida, se consideran como áreas importantes de formación en perspectiva de género y salud las temáticas relacionadas a "Género e interculturalidad" (28,4%) y "Análisis e interpretación de la información procedente de registros sanitarios u otras fuentes sociodemográficas" (23,4%).

Solo un 1,4% de las personas que han respondido a la encuesta considera que ninguna de las temáticas propuestas es importante para realizar actividades de formación.

Se han analizado los siguientes cruces de variables:

En el análisis **por sexo** no se han observado diferencias significativas entre las variables.

- **Por área profesional:**

En este caso no encontramos diferencias entre las respuestas del personal técnico y de gestión sanitaria y el de AP, excepto en la formación en torno a "Análisis de información de registros sanitarios", donde el 47,1% del personal de gestión sanitaria considera importante esta temática de formación (frente a un 20,2% del personal de AP), diferencia obviamente marcada por las distintas funciones que desempeñan cada uno de los colectivos de profesionales en sus áreas de trabajo. Por su parte, el personal de Atención Primaria prioriza las temáticas de formación más relacionadas con sus consultas.

- **Por categoría profesional:**

Se observan las siguientes diferencias en la priorización de las actividades de formación propuestas de acuerdo a la categoría profesional.

Además de la formación en torno a "Análisis de información de registros sanitarios", el **personal técnico y de gestión sanitaria** prioriza las temáticas de "normativas, programas y protocolos que se han establecido integrando la perspectiva de género", así como de las "diferencias en la morbilidad y mortalidad de hombres y mujeres".

En el caso del **personal médico**, las actividades de formación con enfoque de género que se consideran más importantes son las "diferencias en la morbilidad y mortalidad de hombres y mujeres", la "incidencia en la salud de los determinantes sociales" y las relacionadas al "género e interculturalidad".

En cambio, para el **personal de enfermería**, las actividades de formación más necesarias son las relativas a "normativas, programas y protocolos que se han establecido integrando la perspectiva de género", al "apoyo psicológico y emocional en la atención a casos de violencia" y al "Análisis de información de registros sanitarios".

El **personal de trabajo social** establece como prioritarias las temáticas en torno a la "salud mental y género", "normativas, programas y protocolos que se han establecido integrando la perspectiva de género" y "género e interculturalidad".

Para el **personal de fisioterapia**, en concordancia con el personal médico, prioriza como más relevantes las "diferencias en la morbilidad y mortalidad de hombres y mujeres", además del "Análisis de información de registros sanitarios" y el "género e interculturalidad".

Por último, el **personal auxiliar de enfermería** prioriza la temática de "género e interculturalidad", "salud mental y género" e "incidencia en la salud de los determinantes sociales".

## 8. Conclusiones y recomendaciones

El análisis de los resultados de esta encuesta pretende contribuir a conocer, en cierta medida, el grado de integración de la perspectiva de género al Sistema de Salud cántabro. Perspectiva que se plasma por primera vez como política sanitaria en la primera línea prioritaria de actuación del *Plan de Actuación: Salud para las Mujeres 2004-2007*, del Gobierno de Cantabria. Dicha línea incorpora un valor añadido al Sistema de Salud de la Comunidad Autónoma ya que proyecta inducir un cambio en los conocimientos, actitudes y prácticas del personal del sistema de salud, incluyendo gestores, investigadores y profesionales de la salud, que suponga una mejora en la planificación, puesta en marcha y ejecución de políticas, planes, programas y servicios con perspectiva de equidad de género en salud.

En este sentido, y a pesar de las dificultades encontradas en la fase de trabajo de campo y recogida de datos de esta encuesta, ya presentadas en la sección metodológica, así como del bajo índice de respuesta alcanzado, el tipo de información obtenida que se desprende de las percepciones y opiniones del personal gestor y de salud que respondió a la misma resulta relevante, aunque no se pueda generalizar a toda la población objeto de estudio.

El bajo índice de participación en la encuesta, a la luz de los comentarios recogidos al respecto de los propios profesionales, resulta indicativo por un lado de un cierto grado de saturación con lo que algunos consideran un exceso de peticiones a los profesionales de Atención Primaria, así como de una expresión del malestar con la gestión sentido por un sector de profesionales. Por otra parte, se evidencia un escaso interés en el tema de la perspectiva de género en la salud, unido a una falta de visión de necesidad de abordarlo en la práctica profesional. Conjetura que en sí misma revela la necesidad de una política más "agresiva" en cuanto a la sensibilización y formación de profesionales de la salud en materia de atención, diagnóstico, tratamiento e investigación con perspectiva de género.

El perfil de las personas que han respondido son mayoritariamente mujeres, con una distribución de edad entre 41 y 60 años, con estudios universitarios y una experiencia profesional de más de 15 años. Es importante tener en cuenta así mismo que la propia autoselección de las personas participantes puede ser

indicativa de un mayor interés o al menos curiosidad en el tema, y por tanto no representar el universo muestral.

La primera referencia destacable en el análisis de las respuestas en cuanto a las diferencias en la situación de salud de hombres y mujeres es que solo un 42,6% declara percibir las, mientras que un 22,0% afirma no percibir ninguna diferencia en salud entre hombres y mujeres, siendo quizá lo más relevante que el 35,5% afirma que antes de responder al cuestionario no se lo había planteado nunca. Dato que confirma la necesidad de iniciativas efectivas de sensibilización y formación como mínimo para ese 47,4% que no lo ha pensado antes o no percibe diferencias.

El grado de acuerdo o desacuerdo es prácticamente unánime en aquellas cuestiones de experiencia o conocimiento más general y más evidenciadas por los medios de comunicación, sin implicar necesariamente una información más específica en materia de diferencias de género entre hombres y mujeres. En general, las cuestiones menos conocidas resultan ser las diferencias de mortalidad y morbilidad entre mujeres y hombres. Llama la atención por ejemplo que el 46,8% de las personas que responden desconocen que, aunque las mujeres tienen por término medio una mayor esperanza de vida que los hombres, no destacan por una mejor salud, información de la que aparentemente no se ha hecho suficiente eco en los medios de comunicación o en el sistema de salud.

Finalmente, donde hay un mayor desconocimiento en materia de diferencias en salud entre mujeres y hombres es en los aspectos referidos a la investigación, incluso en las temáticas más estudiadas como las diferencias de género en las enfermedades cardiovasculares, lo cual demuestra un escaso conocimiento y difusión de la evidencia científica al respecto.

En cualquier caso, entre las personas que responden, el personal técnico y de gestión sanitaria parece conocer mejor aquellos aspectos relativos a situaciones y necesidades de salud diferentes de hombres y mujeres. De igual modo, las personas que han participado en alguna actividad de sensibilización y formación responden más acertadamente a parte de las cuestiones planteadas. Por ello nos atrevemos a afirmar que la formación recibida ha influido de manera positiva en el conocimiento de las diferencias de género en salud.

Las **actividades de formación** en las que se ha participado son en general bien valoradas e interesantes para el personal que ha respondido al cuestionario

(aunque un 59,6% no ha participado en actividades de formación). Se observa que la participación en actividades organizadas por la Consejería de Sanidad u otros organismos está claramente asociada a haberse formado en perspectiva de género en salud.

Respecto a las **propuestas de mejora y avance** para atender diferentes necesidades en salud de mujeres y hombres consideradas más útiles por las personas que responden, se priorizan los siguientes aspectos: en primer lugar, mejorar la **coordinación** de esfuerzos entre diferentes organismos públicos, inter e intra institucionales (entre administraciones, Atención Especializada, Atención Primaria y profesionales); incrementar la **participación** de profesionales en el diseño de planes, programas y protocolos de salud con este enfoque; desarrollar acciones encaminadas a la **sensibilización y formación** específica en género y salud; así como **difundir** información en cuanto a las políticas, planes, programas y actividades para su conocimiento general; y **realizar estudios e investigaciones** en el área.

En concreto, las **opiniones y recomendaciones** del personal sanitario en cuanto a **políticas y programas de salud**, muestran que la mayoría considera necesaria tanto la investigación como la implantación de planes, programas de salud y protocolos que aborden diferentes necesidades de salud entre mujeres y hombres. Concretamente, se señalan como más necesarios aquellos relativos: al apoyo a la salud de las personas cuidadoras de personas mayores y discapacitadas, a la educación sexual en las escuelas, al impacto de las cargas de trabajo en la salud, a la violencia de género, la salud mental y la salud de inmigrantes.

En materia de **formación**, el personal que ha respondido considera que los temas más importante para llevar a cabo actividades son: el "apoyo psicológico y emocional en la atención a casos de violencia", la "incidencia en la salud de los determinantes sociales" y "salud mental y género". En general, por categorías profesionales y sectores, las demandas están claramente relacionadas a sus ámbitos y necesidades de trabajo.

Resulta particularmente interesante el análisis de la **autoevaluación** que hacen los profesionales de su **nivel de formación** en temas de salud y género, y las respuestas otorgadas a los distintos supuestos sobre salud de mujeres y hombres planteados en el cuestionario, observándose algunas paradojas o incongruencias entre el nivel autopercebido y las respuestas recogidas, tanto de quienes declaran

un nivel bajo o nulo y responden acertadamente, como de quienes declaran un nivel alto y desconocen algunas evidencias en la materia.

Al llevar el análisis al ámbito de la **práctica clínica**, se puede inferir un **grado bastante limitado de integración de la perspectiva de género**. De acuerdo a la importancia otorgada por los profesionales a los factores determinantes de la salud de sus pacientes, se deduce que la edad es el determinante más tenido en cuenta por todos los niveles profesionales de la Atención Primaria. A pesar de que el sexo de la persona atendida es la segunda variable más tenida en cuenta de forma suficiente en el ámbito de la consulta, cabe señalar que más de una cuarta parte de las personas que responden a esta pregunta declaran tener poco o nada en cuenta este determinante en salud, así como el origen étnico; o que la mitad tengan poco y casi la tercera parte nada en cuenta el lugar de residencia y la ocupación respectivamente. De esta manera, salvo la edad, el resto de determinantes sociales consultados son poco tenidos en cuenta.

A la luz de todo lo expuesto se pueden desprender una serie de planteamientos al Sistema de Salud de Cantabria para garantizar la efectividad del compromiso adquirido a través de la política pública formulada en su día en el PASM de integrar la perspectiva de género a las acciones en salud en la Comunidad Autónoma. El primero de los planteamientos es que, como ya se apuntaba en la evaluación del PASM, incorporar la perspectiva de género al sistema de salud implica contribuir desde la administración pública a la transformación social y de la cultura organizacional del propio sistema de salud, para que la sociedad y el sistema de salud progresen en la misma dirección y al mismo tiempo. Por tanto, se hace preciso el debate político en cuanto al contenido de las políticas sobre determinantes sociales de la salud, y concretamente de género y salud, al que ya se apuntó en dicha evaluación. Este debate a nivel de la planificación de las políticas sanitarias y de los planes, programas y servicios que las ejecutan, se debe dar junto a los profesionales de salud (el 10% que respondió a la encuesta y el 90% que decidió no hacerlo), que son los principales agentes del cambio, para que éstos vean la necesidad de adoptarlas y ponerlas en práctica.

Aunque se aprecia un aumento de profesionales sensibilizados sobre las diferencias de género en la salud, éstos aun se encuentran en franca minoría. Además, los servicios de salud todavía no están incorporando en sus proyectos la perspectiva de género. La encuesta ha hecho un poco más evidente que aun queda mucho trabajo por hacer de sensibilización de gestores, técnicos y profesionales para poder

implantar en las gerencias de Atención Primaria la necesidad de visualizar y atender a la salud diferencial de hombres y mujeres.

Confiamos en que la invitación a la reflexión en torno a las diferencias de género en salud y a las necesidades percibidas en cuanto a la propia práctica clínica, haya servido a quienes respondieron y a los gestores de los equipos para una mayor toma de conciencia que se pueda traducir en medidas que favorezcan la garantía de una atención equitativa y de calidad en salud.

## Bibliografía

- Artazcoz, L. (2007a). *La Salut des de la sensibilitat de gènere*: Institut Catalá de les Dones.
- Artazcoz, L. (2007b). Los determinantes de la salud en una perspectiva integradora de los enfoques de género, clase social y trabajo. En C. Borrell & L. Artazcoz (Eds.), *Investigación en Género y Salud* (Sociedad Española de Epidemiología ed.).
- Artazcoz, L., Borrell, C., Cortes, I., Escriba-Aguir, V. & Cascant, L. (2007). Occupational epidemiology and work related inequalities in health: a gender perspective for two complementary approaches to work and health research. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61, 39-45.
- Artazcoz, L. & Rueda, S. (2007). Social inequalities in health among the elderly: a challenge for public health research. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61(6), 466-467.
- Bacigalupe de la Hera, A., & Martín Roncero, U. (2007) Desigualdades sociales en la salud de la población de la Comunidad Autónoma del País Vasco: la clase social y el género como determinantes de la salud. En ARARTEKO (Series Ed.), *Colección Derechos Humanos Juan San Martin* (pp. 185). Vitoria-Gasteiz.
- Borrell, C., García-Calvente, M. M. & Martí-Bosà, J. V. (2004). La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. *Gac Sanit*, 18(supl1), 2-6.
- Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud Pública. (2005). *Plan de Actuación: Salud para las Mujeres 2004-2007*. Santander: Gobierno de Cantabria.
- Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud Pública. (2009). *Salud de las Mujeres. II Plan de actuación 2008-2011*. Santander: Gobierno de Cantabria.
- Consejería de Sanidad, Dirección General de Salud Pública, & Observatorio de Salud Pública de Cantabria. (2009). *Encuesta de Salud de Cantabria 2006*. Santander: Gobierno de Cantabria.
- Consejería de Sanidad, & Observatorio de Salud Pública de Cantabria. (2008). *Evaluación del Plan de Actuación Salud para las Mujeres 2004-2007. Informe final*. Santander: Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud Pública. Gobierno de Cantabria.

- Durán, M. A. (2007). El trabajo no remunerado y las cuentas de la economía (las múltiples caras de la economía europea). In C. Prieto (Ed.), *Trabajo, género y tiempo social*, (Universidad Complutense de Madrid & Editorial Hacer ed.). Madrid.
- Durán, M. Á. (2004). Las demandas sanitarias de las familias. *Gaceta Sanitaria*, 18, 195-200.
- Díez, E., & Peirò, R. (2004). Intervenciones para disminuir las desigualdades en salud. *Gaceta Sanitaria*, 18, 158-167.
- Fanning, E. (2005). Formatting a Paper-based Survey Questionnaire: Best Practices. *Practical Assessment, Research & Evaluation*, 10 (12), 2-14
- Frery, R. (1996). Hints for designing effective questionnaires. *Practical Assessment, Research & Evaluation*, 5. Retrieved from <http://pareonline.net/getvn.asp?v=5&>
- Gender and Health Group. (1998). *Guidelines for the analysis of gender and health*: Liverpool School of Tropical Medicine.
- Gilson, L., Doherty, J., Loewenson, R., & Francis, V. o. s. n. P. n. u. s.-m.-c. o. s. (2007). *Challenging Inequity through Health Systems*: `<o:smarttagtype name="PersonName" namespaceuri="urn:schemas-microsoft-com:office:smarttags" />Comisión Determinantes Sociales de <st1:personname productid="la Salud. Organizaci□n Mundial" w:st="on">la Salud. Organización Mundial de la Salud.`
- Gálvez, T. (1999). *Indicadores de Género para el seguimiento y la evaluación del Programa de Acción Regional para las Mujeres de América Latina y el Caribe 1995-2001 y la Plataforma de Acción de Beijing*. Santiago de Chile: CEPAL, Naciones Unidas.
- Gómez Gómez, E. (2002). Equidad, género y salud: retos para la acción. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11 (5/6).
- Instituto Andaluz de la Mujer, Castro, C., & LIKaDI. (2004). Guía para la evaluación del impacto en función del género. In C. p. l. I. y. e. B. S. J. d. Andalucía (Ed.).
- Instituto Andaluz de la Mujer, Lasheras, M. L., Pires, M., Rodriguez, M. M., & LIKaDI. (2004). *Género y salud*.
- Instituto Andaluz de la Mujer, LIKaDI, & Castro, C. (2008). *Inventario, el mainstreaming de género en la práctica: experiencias ejemplares y buenas prácticas*: Consejería para la Igualdad y el Bienestar Social. Junta de Andalucía.

- Instituto Cántabro de Estadística. (2008). *Movimiento Natural de Población Cantabria 2008*. Santander: Consejería de Economía y Hacienda. Gobierno de Cantabria.
- López, L. A., Jiménez, J. M., Luna, J. d. D., Solas, O., Martínez, J. I., & Manuel, E. d. (2002). Opiniones de los gestores de la atención primaria sobre las fuentes de influencia en la práctica médica: Diferencias con la opinión de los médicos asistenciales. *Gaceta Sanitaria*, 16, 417-424.
- Moser, A. (2007). *Gender and Indicators. An Overview Report.*: BRIDGE, Institute of Development Studies.
- Observatorio de Salud de Cantabria. (s/f). Memoria de solicitud del proyecto "La integración de la perspectiva de género en las acciones en salud en Cantabria: Evaluación del Plan de Salud para las Mujeres con enfoque multimétodo".
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *Determinantes sociales de la salud*.
- Organización Panamericana de la Salud. (2008). *Guía para el análisis y el monitoreo de la equidad de género en salud*.
- Ortiz-Gómez, T., Birriel-Salcedo, J., & Ortega del Olmo, R. (2004). Género, profesiones sanitarias y salud pública. *Gaceta Sanitaria*, 18, 189-194.
- Peiró, R., Ramón, N., Alvarez-Dardet, C., Colomer, C., Moya, C., Borrell, C., et al. (2004). Sensibilidad de género en la formulación de planes de salud en España: lo que pudo ser y no fue. *Gac Sanit*, 18(Supl 2), 36-46.
- Ravindran, S., & Kelkar-Khambete, A. (2007). *Women's health policies and programmes and gender - mainstreaming in health policies, programmes and within health sector institutions*: Comisión de Determinantes Sociales de la Salud. Organización Mundial de la Salud (OMS).
- Risberg, G., Johansson, E., Westman, G., & Hamberg, K. (2003). Gender in medicine – an issue for women only? A survey of physician teachers' gender attitudes. *International Journal for Equity in Health*, 2, 1-10
- Rodríguez-Sanz, M., Carrillo Santistevé, P., & Borrel, C. (2005). *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 ed.).
- Rohlfs, I., García, M. d. M., Gavalda, L., Medrano, M. J., Juvinyà, D., Baltasar, A., et al. (2004). Género y cardiopatía isquémica. *Gaceta Sanitaria*, 18, 55-64.
- Ruiz-Cantero, M. T., & Verdú-Delgado, M. (2004). Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico. *Gac Sanit*, 18(Supl 1), 118-125.

- Sen, G., George, A., & Ostlin, P. (2005). *Incorporar la perspectiva de género en la equidad en salud: un análisis de la investigación y de las políticas*: Organización Panamericana de Salud.
- Velasco Arias, S. (2009). *Recomendaciones para la práctica clínica con enfoque de género*: Observatorio de Salud de la Mujer. Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Verbrugge, L. M. (1990). Pathways in health and death. In R. Apple (Ed.), *Women, health and Medicine in America*. New York: Garland.
- Whitehead, M. (1990) The concepts and principles of equity and health. Copenhagen.
- Whitehead, M., & Dahlgren, G. (2007). *Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part I*: Organización Mundial de la Salud.
- World Health Organization. (2009). *Women and Health. Today's evidences, tomorrow's agenda*.

## Listado de gráficos

- Gráfico 1: Distribución de respuesta por área profesional (en %).
- Gráfico 2: Distribución de respuesta por Área Sanitaria de AP (en %).
- Gráfico 3: Distribución de respuestas por Centro de Salud (en %).
- Gráfico 4: Respuesta por Área de Gestión y Planificación (en %).
- Gráfico 5: Distribución por sexo (en %).
- Gráfico 6: Distribución por edad (en %).
- Gráfico 7: Distribución por nivel educativo (en %).
- Gráfico 8: Distribución según años de experiencia profesional (en %).
- Gráfico 9: Distribución por categoría profesional (en %).
- Gráfico 10: Conocimiento acerca de la existencia de Planes de Salud de las Mujeres (en %).
- Gráfico 11: Conocimiento de las actividades que se están llevando a cabo actualmente en el SCS y la Consejería de Sanidad (en %).
- Gráfico 12: Conocimiento de Programas, Protocolos, Decretos y Actividades sanitarias de la DGSP (en %).
- Gráfico 13: Puesta en práctica de Programas, Protocolos, Decretos y Actividades de la DGSP (en %).
- Gráfico 14: Percepciones y conocimiento acerca de la salud de mujeres y hombres (en %).
- Gráfico 15: Percepciones sobre diferencias en salud entre hombres y mujeres (en %).
- Gráfico 16: Variables tenidas en cuenta como determinantes de la salud (en %).
- Gráfico 17: Percepción de necesidad de implantación de Planes, Programas y Protocolos de Salud con perspectiva de género (en %).
- Gráfico 18: Importancia Programas y Protocolos. Puntuación media.
- Gráfico 19: Utilidad de las iniciativas para atender diferentes necesidades en salud de mujeres y hombres. Puntuación media.
- Gráfico 20: Grado de integración del enfoque de género en la práctica profesional en base al conocimiento del mismo (en %).
- Gráfico 21: Actividades de formación con enfoque de género en salud consideradas más importantes (en %).

**Anexo: Cuestionario**

Nº Cuestionario

**Encuesta a personal gestor, técnico y de salud de Atención Primaria, Servicio  
Cántabro de Salud y Consejería de Sanidad**

Esta encuesta forma parte del estudio que se está llevando a cabo desde el Observatorio de Salud Pública de Cantabria en relación al cumplimiento del objetivo de reducir desigualdades de género en los servicios sanitarios, establecido en el II Plan de Salud de las Mujeres 2008-2011 de la Consejería de Sanidad.

Dado que el objetivo general de la encuesta es obtener información para un mejor diseño de políticas, programas y protocolos sanitarios integrando un enfoque de género, conocer las opiniones y conocimientos del personal de gestión y profesionales de la salud de nuestro Sistema de Salud resulta muy valioso. Su participación es por tanto de gran importancia y utilidad, por lo que le rogamos complete el cuestionario en su totalidad.

La cumplimentación del cuestionario es de carácter anónimo y el OSPC se compromete a mantener la confidencialidad de los datos recabados, de acuerdo a la Ley de Protección de Datos de 1999. Podrá acceder a los resultados e informes que se publiquen a través de la página web del OSPC: [www.ospc.es](http://www.ospc.es)

Por favor marque con una X en las casillas que correspondan. Puede cumplimentarlo en el ordenador y enviarlo a través del correo electrónico: [info.ospc@fmdv.org](mailto:info.ospc@fmdv.org) o enviárnoslo a la dirección del OSPC: Hospital Santa Cruz, Observatorio de Salud Pública, Barrio Las Mazas 17-4ª planta, 39120 Liencres (Cantabria).

Para cualquier información, duda o consulta, no dude en ponerse en contacto con el OSPC bien por correo electrónico o llamando al teléfono 942-315209

¡Muchas gracias por su participación!

**a) El primer bloque de 5 preguntas tiene como objetivo explorar sobre su opinión, conocimiento y participación en algunos protocolos, programas y actividades de la Consejería de Sanidad.**

**1.a. ¿Conocía Usted. la existencia del Plan de Actuación: Salud para las Mujeres 2004-2007 de la Consejería de Sanidad?**

Sí       No

**1.b. ¿Y la del Plan de Actuación: Salud de las Mujeres 2008-2011?**

Sí       No

**2. De acuerdo a la información de la que dispone, marque a continuación las respuestas que reflejan lo que cree que se está llevando a cabo actualmente en el Servicio Cántabro de Salud y en la Consejería de Sanidad. Puede seleccionar más de una opción.**

2.1 El sistema de información de Atención Primaria analiza y presenta los datos que se recogen a través del OMI-AP desagregados por sexo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2.2 Se han establecido programas de salud específicamente para las mujeres	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2.3 Se han establecido programas de salud específicamente para los hombres	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2.4 En el diseño de planes y programas de salud se consideran distintas necesidades de salud de hombres y mujeres y acciones diferenciadas para abordarlas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

**3. Indique cuáles de los siguientes programas, protocolos, decretos o actividades de la Dirección General de Salud Pública conoce y cuáles ha puesto en práctica:**

	Conozco	He puesto en práctica
3.1 Consulta Joven.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No procede
En caso de conocerlo, ¿hay algún aspecto que mejoraría?		
3.2 Protocolo de Dispensación de la Anticoncepción de Emergencia / Postcoital.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No procede
En caso de conocerlo, ¿hay algún aspecto que mejoraría?		
3.3 Decreto sobre los derechos de la madre, el padre y el recién nacido en relación al nacimiento.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No procede
En caso de conocerlo, ¿hay algún aspecto que mejoraría?		

3.4 Programa Detección Precoz del Cáncer Mama.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No procede
En caso de conocerlo, ¿hay algún aspecto que mejoraría?		
3.5 Protocolo de Petición Mamográfica (Criterios de actuación para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la patología mamaria)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No procede
En caso de conocerlo, ¿hay algún aspecto que mejoraría?		
3.6 Protocolo de Actuación Sanitaria ante los Malos Tratos.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No procede
En caso de conocerlo, ¿hay algún aspecto que mejoraría?		
3.7 Protocolo de Atención Sanitaria a Víctimas de Agresiones/ abusos sexuales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No procede
En caso de conocerlo, ¿hay algún aspecto que mejoraría?		

**4. ¿Ha participado en alguna de las actividades de sensibilización y formación en la perspectiva de género en salud que se han llevado a cabo en Cantabria?**

- Sí
  En Cantabria
  Fuera de Cantabria  
 No (pase a la 6)

**En caso afirmativo, por favor indique cuáles**

En Cantabria

Fuera de Cantabria

**5. En general, ¿qué importancia le otorgaría a lo aprendido? por favor asigne un orden de importancia de 1 a 4 (siendo el 1 el menos importante).**

1

2

3

4

**b) El segundo bloque de 3 preguntas pretende conocer sus percepciones en cuanto a las diferencias y condicionantes de la salud de hombres y mujeres.**

**6. Los siguientes enunciados plantean una serie de cuestiones relativas a la salud de hombres y mujeres. Por favor, conteste de acuerdo a su percepción o conocimiento de cada una de ellas. Para aquellos enunciados planteados en términos muy amplios, seleccione la respuesta con la que más coincide.**

6.1 Las mujeres viven más años que los hombres, pero con peor salud	<input type="checkbox"/> Acuerdo <input type="checkbox"/> Desacuerdo <input type="checkbox"/> No lo sé
6.2 Las únicas diferencias de salud a tener en cuenta entre hombres y mujeres son las que conciernen a la salud reproductiva y sexual	<input type="checkbox"/> Acuerdo <input type="checkbox"/> Desacuerdo <input type="checkbox"/> No lo sé
6.3 Los hombres padecen en mayor proporción que las mujeres niveles altos de discapacidad y enfermedades crónicas en la vejez	<input type="checkbox"/> Acuerdo <input type="checkbox"/> Desacuerdo <input type="checkbox"/> No lo sé
6.4 La pobreza y la precariedad laboral afectan más la salud de los hombres que la de las mujeres	<input type="checkbox"/> Acuerdo <input type="checkbox"/> Desacuerdo <input type="checkbox"/> No lo sé
6.5 No existen diferencias entre hombres y mujeres en la sintomatología de enfermedades cardiovasculares como el infarto	<input type="checkbox"/> Acuerdo <input type="checkbox"/> Desacuerdo <input type="checkbox"/> No lo sé
6.6 Las enfermedades cardiovasculares son una de las principales causas de mortalidad en mujeres	<input type="checkbox"/> Acuerdo <input type="checkbox"/> Desacuerdo <input type="checkbox"/> No lo sé
6.7 La salud de las mujeres empeora debido a la mayor carga de trabajo doméstico y de cuidado de personas dependientes	<input type="checkbox"/> Acuerdo <input type="checkbox"/> Desacuerdo

	<input type="checkbox"/> No lo sé
6.8 Las mujeres realizan más cantidad de consultas sanitarias para ellas mismas (no para el resto de la familia) que los hombres	<input type="checkbox"/> Acuerdo <input type="checkbox"/> Desacuerdo <input type="checkbox"/> No lo sé
6.9 El cáncer de pulmón y el de colon son de las principales causas de mortalidad en hombres y en mujeres	<input type="checkbox"/> Acuerdo <input type="checkbox"/> Desacuerdo <input type="checkbox"/> No lo sé
6.10 A las mujeres les son recetados más ansiolíticos que a los hombres	<input type="checkbox"/> Acuerdo <input type="checkbox"/> Desacuerdo <input type="checkbox"/> No lo sé
6.11 En el desarrollo de nuevos medicamentos y tratamientos, los ensayos clínicos incluyen más hombres que mujeres	<input type="checkbox"/> Acuerdo <input type="checkbox"/> Desacuerdo <input type="checkbox"/> No lo sé

**7. ¿Percibe en su área de trabajo diferencias en la salud entre hombres y mujeres que impliquen la necesidad de diferentes intervenciones?**

- Sí
- No
- No lo había pensado antes

En caso afirmativo, indique cuáles:

**8. En su práctica profesional, ¿cuáles de las siguientes variables tiene usted en cuenta como determinantes de la salud de sus pacientes?**

- No procede (puestos técnicos que no ven pacientes, pasar a pregunta 9)**

8.1 El sexo	<input type="checkbox"/> Tengo en cuenta de forma suficiente <input type="checkbox"/> Tengo poco en cuenta <input type="checkbox"/> No lo tengo en cuenta <input type="checkbox"/> No lo sé
-------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

8.2 La edad	<input type="checkbox"/> Tengo en cuenta de forma suficiente <input type="checkbox"/> Tengo poco en cuenta <input type="checkbox"/> No lo tengo en cuenta <input type="checkbox"/> No lo sé
8.3 El nivel educativo	<input type="checkbox"/> Tengo en cuenta de forma suficiente <input type="checkbox"/> Tengo poco en cuenta <input type="checkbox"/> No lo tengo en cuenta <input type="checkbox"/> No lo sé
8.4 La ocupación	<input type="checkbox"/> Tengo en cuenta de forma suficiente <input type="checkbox"/> Tengo poco en cuenta <input type="checkbox"/> No lo tengo en cuenta <input type="checkbox"/> No lo sé
8.5 El nivel socio-económico	<input type="checkbox"/> Tengo en cuenta de forma suficiente <input type="checkbox"/> Tengo poco en cuenta <input type="checkbox"/> No lo tengo en cuenta <input type="checkbox"/> No lo sé
8.6 El lugar de residencia	<input type="checkbox"/> Tengo en cuenta de forma suficiente <input type="checkbox"/> Tengo poco en cuenta <input type="checkbox"/> No lo tengo en cuenta <input type="checkbox"/> No lo sé
8.7 El origen étnico	<input type="checkbox"/> Tengo en cuenta de forma suficiente <input type="checkbox"/> Tengo poco en cuenta <input type="checkbox"/> No lo tengo en cuenta <input type="checkbox"/> No lo sé

**c) El tercer bloque de 6 preguntas tiene como objetivo conocer sus opiniones y recomendaciones en cuanto a políticas y programas de salud, así como a sus necesidades formativas.**

---

**9. ¿Considera necesario implantar planes, programas de salud y protocolos que aborden diferentes necesidades de salud entre mujeres y hombres?**

- Muy necesario
- Necesario
- Poco necesario

- Muy poco necesario
- No lo encuentro necesario
- No lo sé

**10. A continuación se enumeran una serie de programas y actuaciones que podrían llevarse a cabo en el Sistema de Salud de Cantabria, por favor asigne a cada una un orden de importancia de 1 a 4 (siendo el 1 el menos importante).**

10.1 Establecer programas y protocolos de diagnóstico y tratamiento de enfermedades crónicas más frecuentes en mujeres.

- 1       2       3       4       No sabe/no contesta

10.2 Establecer programas y protocolos de prevención y tratamiento que tengan en cuenta las diferencias entre hombres y mujeres respecto a las enfermedades cardiovasculares.

- 1       2       3       4       No sabe/no contesta

10.3 Establecer programas y protocolos de promoción de la salud que tengan en cuenta las diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a la disminución de prácticas de riesgo: reducción de accidentes y consumo de alcohol, tabaco, drogas.

- 1       2       3       4       No sabe/no contesta

10.4 Establecer programas de apoyo a la salud de personas cuidadoras de personas mayores y discapacitadas.

- 1       2       3       4       No sabe/no contesta

10.5 Llevar a cabo estudios e investigaciones sobre las distintas situaciones de salud de hombres y mujeres

- 1       2       3       4       No sabe/no contesta

10.6 Otros (indíquelo a continuación):

**11. ¿Se ha puesto en marcha alguna iniciativa en su área de trabajo para abordar las diferencias de salud en hombres y mujeres?**

- Sí       No

**En caso afirmativo, por favor indique en que ha consistido.**

**12. ¿En qué medida considera útiles las siguientes iniciativas para atender las diferentes necesidades en salud de hombres y mujeres (perspectiva de género en salud)? Por favor asigne a cada una un orden de importancia de 1 a 4 (siendo el 1 el menos importante).**

12.1 Mejor coordinación de esfuerzos entre diferentes organismos públicos (tales como la Dirección General de Salud Pública, Servicio Cántabro de Salud, Dirección General de la Mujer, Dirección General de Educación, Dirección General de Juventud, etc.)

1       2       3       4       No sabe/no contesta

12.2 Más Programas y Protocolos que atiendan estas necesidades

1       2       3       4       No sabe/no contesta

12.3 Mejorar la participación de profesionales en el diseño de planes, programas y protocolos de salud con este enfoque

1       2       3       4       No sabe/no contesta

12.4 Fomentar la participación de asociaciones y agentes sociales relevantes en la identificación y priorización de necesidades y en el desarrollo de planes y programas de salud.

1       2       3       4       No sabe/no contesta

12.5 Establecer más acciones de sensibilización y formación (formación profesional, sectorial, cursos, talleres, etc.) acerca de las necesidades diferenciales de hombres y mujeres en salud

1       2       3       4       No sabe/no contesta

12.6 Más recursos económicos, de gestión, personal técnico formados en la temática

1       2       3       4       No sabe/no contesta

12.7 Realizar estudios e investigaciones en el área

1       2       3       4       No sabe/no contesta

12.8 Evaluar con enfoque de género los planes y programas en marcha

- 1       2       3       4       No sabe/no contesta

12.9 Otras:

**13. ¿En qué grado cree usted que su nivel de conocimiento sobre la perspectiva de género en salud le permite introducirla en su práctica profesional?**

- Alto  
 Mediano  
 Bajo  
 Muy escaso o ninguno

**14. ¿En qué temas considera que sería importante llevar a cabo actividades de formación con perspectiva de género en salud para el personal del sistema sanitario? Puede seleccionar más de una opción.**

14.1 Diferencias en la morbilidad y mortalidad de hombres y mujeres	<input type="checkbox"/>
14.2 Incidencia en la salud de determinantes sociales como el sexo, la edad, la ocupación el nivel socioeconómico, el lugar de residencia y el origen étnico	<input type="checkbox"/>
14.3 Normativas, programas y protocolos que se han establecido integrando la perspectiva de género	<input type="checkbox"/>
14.4 Análisis e interpretación de la información procedente de registros sanitarios u otras fuentes sociodemográficas	<input type="checkbox"/>
14.5 Género e interculturalidad	<input type="checkbox"/>
14.6 Salud mental y género	<input type="checkbox"/>
14.7 Apoyo psicológico y emocional en la atención a casos de violencia	<input type="checkbox"/>

	<input type="checkbox"/>
14.8 Ninguna de estas áreas	<input type="checkbox"/>
14.9 Otros temas (indíquelo a continuación):	
14.10 No lo sé	<input type="checkbox"/>

**15. En el siguiente espacio puede realizar comentarios adicionales o sugerencias si lo desea:**

**Antes de finalizar, le rogamos complete los siguientes datos:**

**16. Sexo:**

Mujer       Hombre

**17. Edad:**

20-30 años       31-40 años       41-50 años  
 51-60 años       + 60 años

**18. Categoría profesional:**

- |                                                                 |                                              |
|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Gestión sanitaria                      | <input type="checkbox"/> Dirección           |
|                                                                 | <input type="checkbox"/> Personal técnico    |
| <input type="checkbox"/> Profesional de medicina                | <input type="checkbox"/> Medicina de familia |
|                                                                 | <input type="checkbox"/> Pediatría           |
|                                                                 | <input type="checkbox"/> Urgencias           |
|                                                                 | <input type="checkbox"/> Psiquiatría         |
| <input type="checkbox"/> Psicología clínica                     | <input type="checkbox"/> MIR                 |
| <input type="checkbox"/> Profesional de enfermería              | <input type="checkbox"/> ATS-DUE             |
|                                                                 | <input type="checkbox"/> Matrona             |
| <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta o terapeuta ocupacional |                                              |
| <input type="checkbox"/> Trabajo social                         |                                              |
| <input type="checkbox"/> Auxiliar de clínica                    |                                              |
| <input type="checkbox"/> Personal técnico sanitario             |                                              |

**19. Años de experiencia en su profesión**

- |                                    |                                     |                                        |
|------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0-5 años  | <input type="checkbox"/> 11-15 años | <input type="checkbox"/> 21-25 años    |
| <input type="checkbox"/> 6-10 años | <input type="checkbox"/> 16-20 años | <input type="checkbox"/> 26 años o más |

**20. Área de práctica profesional**

- Atención Primaria **(Por favor, pase a contestar la pregunta a)**
- Gestión **(Por favor, pase a contestar la pregunta b)**

**a) Ámbito asistencial de la Atención primaria**

**Centro de Salud en el que trabaja**

<input type="checkbox"/> <b>Área Santander</b>			
<input type="checkbox"/> C.S. Alto Pas	<input type="checkbox"/> C.S. Puerto Chico	<input type="checkbox"/> C.S. Vargas	<input type="checkbox"/> C.S. Dávila
<input type="checkbox"/> C.S. Pisueña Cayón	<input type="checkbox"/> C.S. Bajo Pas	<input type="checkbox"/> C.S. Cazoña	<input type="checkbox"/> C.S. Astillero
<input type="checkbox"/> C.S. La Marina	<input type="checkbox"/> C.S. Sardinero	<input type="checkbox"/> C.S. Centro	<input type="checkbox"/> C.S. Miera
<input type="checkbox"/> C.S. Pisueña Selaya	<input type="checkbox"/> C.S. Los Castros	<input type="checkbox"/> C.S. Cudeyo	<input type="checkbox"/> C.S. José Barros (Camargo)
			<input type="checkbox"/> Centro de planificación Familiar La Cagiga
<input type="checkbox"/> <b>Área Laredo</b>			
<input type="checkbox"/> C.S. Meruelo	<input type="checkbox"/> C.S. Alto Asón	<input type="checkbox"/> C.S. Santoña	<input type="checkbox"/> C.S. Gama
<input type="checkbox"/> C.S. López Albo-Colindres	<input type="checkbox"/> C.S. Bajo Asón	<input type="checkbox"/> C.S. Agüera	<input type="checkbox"/> C.S. Laredo
<input type="checkbox"/> <b>Área Torrelavega</b>			
<input type="checkbox"/> C.S. Torrelavega Centro: el Zapatón	<input type="checkbox"/> C.S. Covadonga	<input type="checkbox"/> C.S. Nansa	<input type="checkbox"/> C.S. Suances
<input type="checkbox"/> C.S. Altamira	<input type="checkbox"/> C.S. Dobra	<input type="checkbox"/> C.S. Saja Cabuerniga	<input type="checkbox"/> C.S. Polanco
<input type="checkbox"/> C.S. Besaya (Buelna)	<input type="checkbox"/> C.S. Liébana	<input type="checkbox"/> C.S. San Vicente	

<input type="checkbox"/> <b>Área Reinosa</b>	
<input type="checkbox"/> C.S. Campoó	<input type="checkbox"/> C.S. Los Valles
<input type="checkbox"/> <b>Urgencias de Atención Primaria (especificar arriba el C.S. en el Área correspondiente)</b>	

**b) Ámbito de Planificación y Gestión**

**Consejería de Sanidad**

Dirección General Salud Pública

Dirección General de Ordenación y Planificación Sanitaria

**Servicio Cántabro de Salud**

Subdirección de Asistencia Sanitaria

Gerencia de A.P. Santander-Laredo

Subdirección de Desarrollo y Calidad Asistencial

Gerencia de A.P. Torrelavega-Reinosa

Gerencia de A.P. Urgencias 061

**21. Nivel educativo alcanzado**

Postgrado: doctorado

Postgrado: maestría, especialidad

Título universitario

Formación Profesional