

# PROPUESTA DE INDICADORES PARA UN PERFIL SOBRE SALUD DE LAS MUJERES EN LA COMUNIDAD VALENCIANA

VITA ASCENSIÓ ARRUFAT GALLÉN

Programas de Promoción de la Salud Centro de Salud Pública Castelló

ROSA MARIA MARÍN TORRENS

Jefa de Servicio de docencia Escuela Valenciana de estudios para la Salud

Recibido/15/07/2011

Aceptado/25/09/2011

## Resumen

Con el fin de determinar el perfil de la salud del colectivo de mujeres de un área o departamento de salud, en este artículo se proponen indicadores básicos agrupados en: Situación Demográfica, Situación política y socio económica, *Status* de Salud, Modos de Vida, Medio Ambiente, Servicios para el Cuidado de la Salud y Políticas Públicas de desarrollo.

**Palabras clave:** Salud, perfil, mujeres, desarrollo.

## Abstract

In order to establish the health profile of a group of women belonging to a health area or department, in this paper we put forward some basic indicators according to: Demographic Situation, Politic and Socioeconomic Situation, Health Status, Mode of Life, Environment, Health Service and Public Policies for Development.

**Keywords:** Health, profile, women's, development.

## 1. Introducción

En el trabajo sobre «Principios generales para un perfil sobre mujer y salud», donde relacionamos los datos necesarios para la recogida de información que servirán para evaluar los progresos realizados en la salud de las mujeres en la Comunidad<sup>1</sup>, se asumen los planteamientos de la Conferencia sobre la salud de las mujeres de Europa Central y del Este «La salud de las mujeres cuenta», realizada en Febrero de 1994. Estos se basan en los principios de Inversión en salud de las mujeres, Derechos humanos, Una vida saludable, Recursos para la Autonomía de las mujeres (empoderamiento), Servicios adecuados y acogedores para las mujeres y Relaciones de género.

Un indicador es un instrumento de medición construido teóricamente para ser aplicado a un conjunto de unidades de análisis con el propósito de producir un número que cuantifica algún concepto asociado a ese colectivo<sup>2</sup>. Y además es el reflejo de situaciones a tres niveles de aproximación. El primer nivel mide el estado de un evento específico, el segundo nivel es trazador de eventos afines y representa a un grupo mayor de indicadores de los cuales se considera representativo; y el tercer nivel es indicativo de situaciones mucho más generales que se suponen asociadas con el evento específico objeto de medición<sup>3</sup>.

Utilizar como unidad de análisis el hogar para conocer el diagnóstico de salud de una comunidad como se hace en las encuestas del Instituto Nacional de Estadística (INE) no aporta información sensible a la perspectiva de género. Tampoco aporta información por sexo de la población general si en los indicadores no se estratifica por sexo<sup>4</sup>. Por lo tanto, al referirnos a la perspectiva

---

1. Arrufat, Vita; Calvo, Consuelo. Guía para la elaboración del Perfil de Salud de las mujeres. Forum mujer trabajo y salud. Barcelona febrero 1995.

2. Guía para la elaboración del programa de la mujer en atención primaria de salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Colección Atención Primaria de Salud 4. Dirección General de Planificación Sanitaria. Madrid 1985.

3. Propuesta de un sistema de indicadores sociales de igualdad entre géneros. Ministerio de Asuntos Sociales. Serie estudios 39. Instituto de la Mujer. Madrid 1994.

4. Leticia Artiles. Crítica desde la perspectiva de género al «Índice de equidad de la contribución financiera» Informe de la OMS 2000. El problema de la equidad financiera en

de género lo hacemos entendiéndolo referido al significado social<sup>5</sup> construido alrededor de la diferencia sexual, basado fundamentalmente en la división por sexo de los roles y el poder<sup>6</sup>. El objeto de interés en materia de género no es la mujer o el hombre, perse; son las relaciones de desigualdad social entre mujeres y hombres, y el impacto que esta desigualdad ejerce sobre la vida de las personas<sup>7</sup>.

Las mujeres, por su capacidad reproductora y capacidad como cuidadoras, requieren mayor atención de salud, por ello es necesario utilizar indicadores de salud poblacionales diferenciados por sexo<sup>8</sup>, aquí priorizamos los relativos a las mujeres.

El objetivo de este trabajo es proponer indicadores básicos a considerar para la realización de un diagnóstico de salud desde la perspectiva de género, para cuya identificación se han considerado las características: Relevancia, Perdurabilidad, Fácil comprensión, Viabilidad, Fiabilidad y Validez.

## 2. Recomendaciones de indicadores de salud desde la perspectiva de género

En una primera revisión se consideran indicadores necesarios: La Situación Demográfica, la Situación política y socioeconómica, el Estatus de salud, los Modos de vida (lifestyles), Medio ambiente, los Servicios para el cuidado de la salud y las Políticas de desarrollo.

La situación demográfica (tabla I): se considera necesaria para caracterizar la población de mujeres a estudiar y la proporción de hombres agrupados por edad, ambos datos de la pirámide de población. Los índices de nacimiento por

---

salud. Memorias del seminario internacional el derecho a la Salud y la Equidad en los servicios de salud. Bogota, abril 27 y 28 de 2001. Plataforma Interamericana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo. Observatorio universitario de política social y calidad de vida, ALAMES. Octubre 2001 The need for Objective and Subjective Indicators in Gender Statistics (Paper presented at the APEC Experts meeting on Gender, and Science and Technology, Manila, Philippines March 10-11, 1998.

5. Historia y género. Las mujeres en la Europa moderna y contemporánea. Edición a cargo de James S. Amelang y Mari Nash. Edicions Alfons el Magnànim. Institut Valencià d'estudis i investigació. 1990.
6. Medicines i Gènere. El torsimany necessari. Alizabeth Mora Torres, Albert Gras i Martí (coords.) *Revista Feminismo/S* del Centro de Estudios sobre la mujer de la Universidad de Alicante. Núm. 10, diciembre de 2007.
7. Estrategia europea para la salud y el desarrollo de la infancia y la adolescencia. Herramienta de género. WHO europe. 2007 documento de trabajoormation/
8. Los determinantes sociales de la salud. Los hechos probados. Richard Wilkison y Michael Marmot. Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaria General de Sanidad. Dirección General de Salud Pública. Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología. OMS Europa.

Tabla I. Situación Demográfica

I. 1.	Total población*
I. 2.	Población de mujeres por grupos de edad.
I. 3.	Porcentaje de mujeres en la población total.
I. 4.	Porcentaje de población rural y urbana por sexos.
I.5.	Índice de nacimientos por 1.000 habitantes en población rural y urbana.
I. 6.	Índice de mortalidad natural por sexo por 100.000 habitantes.
I. 7.	Crecimiento natural de la población.
I. 8.	Índice de fertilidad, abortos y natalidad por grupos de edad en población urbana.
I.9.	Índice de fertilidad abortos y natalidad por grupos de edad en población rural.
I. 10.	Edad del primer matrimonio por sexos, en zona rural y urbana.
I. 11.	Índice de matrimonios por 1.000 habitantes.
I. 12.	Índice de divorcios por 1.000 habitantes en hombres y mujeres.

\* datos de especial relevancia e interés. Obligado conocer.

zonas rural y urbana y la mortalidad que incluye los fallecimientos de hombres y mujeres, ambos forman parte del crecimiento natural de la población.

Los índices de fertilidad, abortos y natalidad en población rural y urbana se necesitan para conocer la salud sexual y reproductiva. Se incluyen también el índice de matrimonios y divorcios por sexo, para observar las diferencias entre hombres y mujeres en situaciones que pueden ser traumáticas. Influye en la selección la facilidad de recogida por provincias y municipios en la web del INE.<sup>9</sup>

La situación política y socio-económica (tabla II): se ha considerado interesante su recogida para identificar la capacidad de autonomía económica de las mujeres, primordial para el disfrute de los derechos humanos, y derechos de las mujeres. Algunos de los indicadores de este apartado como el porcentaje de escaños parlamentarios ocupados por mujeres, y el promedio de horas de trabajo de las mujeres incluyendo el trabajo remunerado y no remunerado, se han recogido en los informes del Instituto de la Mujer<sup>10</sup>. Algunos de los indicadores de este y otros apartados no pueden disponerse por sexos en los Departamentos de Salud, aún así se relacionan para ir creando conciencia de las diferencias y las aportaciones de los mismos en el análisis por sexos. El número de familias monoparentales se extrae del INE.

9. <http://www.ine.es/>

10. Consultada 21 marzo 2011, [http://www.inmujer.es/ss/Satellite?pagename=InstitutoMujer%2FPPage%2FIMUJ\\_Home](http://www.inmujer.es/ss/Satellite?pagename=InstitutoMujer%2FPPage%2FIMUJ_Home)

Tabla II. Situación política y socioeconómica

II. 1.	PIB per cápita.
II. 2.	Ingresos de las mujeres como porcentaje de los ingresos de los hombres.
II. 3.	Mujeres con trabajo, como porcentaje del total de población ocupada. Tasa bruta de actividad y tasa corregida. Tasa bruta de empleo y tasa corregida.
II. 4.	Distribución numérica y porcentual de la población femenina por sectores de actividad. Sectores de agricultura, industria, construcción y servicios.
II. 5.	Mujeres en paro como porcentaje del total de parados de la población.
II. 6.	Porcentaje de escaños parlamentarios ocupados por mujeres.
II. 7.	Trabajo administrativo y de dirección, porcentaje de mujeres.
II. 8.	Porcentaje de mujeres médico.
II. 9.	Porcentaje de mujeres que ocupan puestos de antigüedad en el sistema de salud. (% de jefaturas de servicio ocupados por mujeres).
II. 10.	Promedio de horas de trabajo en mujeres, incluyendo trabajo remunerado y no remunerado.
II. 11.	Nivel cultural por grupos de edad y sexo. Nivel de estudios
II. 12.	Familias monoparentales cuya cabeza sea mujer en relación al total de familias monoparentales. (Mujeres con personas a su cargo: niños y/o adultos).
II. 13.	Cartillas titulares de activos por sexo.
II. 14.	Cartillas de pensionistas por sexos.
II. 15.	Porcentaje de catedráticas mujeres y número absoluto de catedráticas y catedráticos en la Universidad local/es.
II. 16.	Ocupación y situación profesional: Población ocupada según tipo de ocupación y sexo

El *Status* de salud (tabla III): se ha medido utilizando las 10 primeras causas de Mortalidad y las 5 primeras causas de morbilidad hospitalaria en mujeres, datos disponibles online<sup>11</sup> que permiten la comparación.<sup>12</sup>

Se detallan indicadores de cobertura de los programas de salud dirigidos a mujeres y hombres, y los que se dirigen a la atención sanitaria de la función reproductora de las mujeres. La morbilidad sentida se selecciona por indicar la percepción de las mujeres y su entorno. Del INE se extraen indicadores utilizados para conocer la calidad de la atención a la maternidad, entre otros las defunciones por complicaciones del embarazo, parto y puerperio, la mortalidad neonatal precoz y tardía por sexo, mortalidad perinatal e infantil por

11. Consultado 21 de marzo 2011, <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p414&file=inebase&L=0>

12. Consultado 21 marzo 2011, <http://www.ec.europa.eu/eurostat>

Tabla III. Status de Salud

III. 1.	Diez primeras causas de mortalidad en la población femenina.
III. 2.	Cinco primeras causas de morbilidad hospitalaria atendida en mujeres.
III. 3.	Estancia media hospitalaria por sexo.
III. 4.	Cinco primeros programas con mayor número de usuarios incorporados en atención primaria, según el Sistema de Información para la Gestión de Atención Primaria (SIGAP) Actualmente SIP
III. 5.	Cobertura de los programas de seguimiento del embarazo, planificación familiar y atención integral a la mujer climatérica, mujer mayor de 40 años.
III. 6.	Morbilidad sentida por las mujeres. Encuesta de salud de la población de área de Salud
III. 7.	Prevalencia de discapacidades y minusvalías por grupos de edad y sexo.
III. 8.	Defunciones por complicaciones de embarazo, parto y puerperio.
III. 9.	Mortalidad neonatal precoz por sexo.
III. 10.	Mortalidad neonatal tardía por sexo.
III. 11.	Mortalidad perinatal por sexo.
III. 12.	Mortalidad infantil tardía o postneonatal por sexo.
III. 13.	Mortalidad infantil por sexo.
III. 14.	Tres primeras causas de mortalidad perinatal y su distribución porcentual.
III. 15.	Esperanza de vida al nacer por sexo.
III. 16.	Años potenciales de vida perdidos por sexos.
III. 17.	Número de mujeres ingresadas en larga estancia (más de un año) en instituciones de salud mental. Residencias asistidas. Porcentaje de ingresos de mujeres en larga estancia comparado con hombres.
III. 18.	Cinco diagnósticos más frecuentes de salud mental en mujeres.
III. 19.	Índice de mortalidad por edad y sexo, a causa de suicidios o heridas auto-inflingidas.
III. 20.	Índice de mortalidad por accidentes de tráfico por sexos.
III. 21.	Incidencia de las fracturas de cadera por sexo.
III. 22.	Índice de Mortalidad por accidentes laborales, según tipo de industria por sexos.

sexo. Tres primeras causas de mortalidad perinatal y su distribución porcentual se selecciona para conocer los problemas de salud más relevantes al inicio de la vida. Del INE obtenemos la Esperanza de vida al nacer por sexo y los Años potenciales de vida perdidos por sexo. Se selecciona el porcentaje de ingresos en unidades de larga estancia por sexos. Y los 5 diagnósticos de salud Mental más frecuentes en mujeres; así como; la mortalidad por suicidio lesiones auto-inflingidas. Para conocer la magnitud de las lesiones involuntarias se cuenta con el índice de mortalidad por accidentes de tráfico. En relación

Tabla IV. Modos de Vida

IV. 1.	Número de cigarrillos por sexo y edad.
IV. 2.	Porcentaje de mujeres y hombres que practica algún deporte.
IV. 3.	Programas implantados en el área para la promoción de hábitos de vida saludables en las mujeres
IV. 4.	Población protegida anual, por grupos de edad y sexo, en los programas de Educación sexual incluyendo los talleres de sexo seguro y autoconocimiento (de 14 a 20, 21 a 30, de 31 a 40, de 41 a 50, más de 51).
IV. 5.	Prevalencia de lesiones por violencia domestica.
IV. 6.	Prevalencia de lesiones por agresiones sexuales. Aproximación al estudio de la prevalencia de agresiones sexuales denunciadas en el juzgado. Diferenciando entre violaciones y agresiones.
IV. 7.	Número de grupos de autoayuda en mujeres.
IV. 8.	Porcentaje de recién nacidos que tienen un peso inferior a 2.500 gramos.
IV. 9.	Porcentaje de niños alimentados con el pecho materno.
IV. 10.	Porcentaje de prostitución femenina.
IV. 11.	Distribución del consumo de alcohol por sexo.
IV. 12.	Consumo de sustancia psicotrópicas por edad y sexo.
IV. 13.	Uso de drogas ilegales por edad y sexo.

con la diversidad de empleo en la industria y agricultura en mujeres, se puede contar con la mortalidad por accidentes laborales. Un indicador indirecto de la gravedad de la osteoporosis puede ser la incidencia de las fracturas de cadera por sexo.

Los modos de vida (tabla IV): se pueden recopilar indicadores relevantes que suponen riesgo de enfermedad, como el consumo de tabaco, consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, lesiones por violencia, agresiones sexuales, uso de medicamentos ilegales y porcentaje de prostitución femenina. E indicadores positivos como Programas de Educación para la salud implantados en el área o departamento de salud, población protegida anualmente por programas de educación sexual, número de grupos de autoayuda, y nombre y frecuencia de niños alimentados al pecho materno.

Medio ambiente (tabla V): Reconocemos que las mujeres inmersas en una comunidad determinada son un recurso ambiental de calidad del aire, agua y suelo a tener en cuenta para valorar la salud.

Servicios para el cuidado de la Salud (tabla VI): es prioridad contar con información sobre los cuidados de salud sexual y reproductiva, durante el embarazo y parto. También los recursos humanos profesionales y no profesionales, como los cuidadores para la salud.

Tabla V. Medio Ambiente

V. 1.	Tendencias en la incidencia de enfermedades y efectos adversos atribuibles a la polución del aire, tierra y agua.
V. 2.	Incidencia de las enfermedades profesionales por sexo.
V. 3.	Cobertura de las revisiones de salud ocupacional por sectores de producción. (azulejo, manipuladores de pesticidas, servicios, almacenes de naranjas, exposiciones químicas,...).
V. 4.	Número de playas en condiciones de calidad de agua de baño.
V. 5.	Porcentaje de población cubierta por los servicios de potabilización de agua.
V. 6.	Porcentaje de población con recogida sistemática de residuos sólidos urbanos.
V. 7.	Consumo de pesticidas y herbicidas en la provincia. (litros de pesticidas consumidos por Hectárea cultivada)

Tabla VI. Servicios para el Cuidado de la Salud

VI. 1.	Métodos anticonceptivos instaurados por primera vez en el último año. Centro de Salud Sexual y Reproductiva (CSSyR)
VI. 2.	Tasa de incidencia anual de esterilizaciones definitivas en hombres y mujeres. CSSyR
VI. 3.	Captación anual de mujeres por grupos de edad en los CSSyR
VI. 4.	Ayuda por maternidad de la seguridad social a mujeres embarazadas
VI. 5.	Incidencia de las enfermedades inflamatorias de pelvis.
VI. 6.	Prevalencia de las enfermedades inflamatorias de pelvis.
VI. 7.	Índice comparativo de cesáreas en los alumbramientos de Castellón/Valencia/Alicante/P Valencià y España.
VI. 8.	Número de licenciados/as en medicina por habitante.
VI. 9.	Número de enfermeras por habitante.
VI. 10.	Indicadores de calidad en el proceso de atención en el programa de la madre.
VI. 11.	Servicios específicos hospitalarios dedicados a las mujeres (ginecología, toxicología, diagnóstico de cáncer,...).
VI. 12.	Servicios de apoyo (gubernamentales y no gubernamentales) para las mujeres que viven con HIV y SIDA.
VI. 13.	Número de nacimientos de mujeres portadoras de HIV positivo.
VI. 14.	Número de nacimientos de mujeres portadoras de HBs Ag. positivo.
VI. 15.	Alcance de la cobertura de los servicios de ayuda en el domicilio, gubernamental y no gubernamental. Numero de ayudas a cuidadoras de mayores de 65 años. Expresado en porcentaje de mayores de 65 años asistidos en domicilio por mujeres
VI. 16.	Número de trabajadores sociales por habitante. Dependencia (Sanidad, Bienestar Social, Municipales, otras)
VI. 17.	Número de personas de ayuda en el domicilio por habitante.
VI. 18.	Número de Psicólogos/as y pedagogos/as de servicios públicos por habitante.

Tabla VII. Políticas de Desarrollo

VII. 1.	Políticas y documentos políticos para promover la salud de las mujeres.
VII. 2.	Describir los esfuerzos actuales de reforma en particular en la provisión de servicios de salud para las mujeres.
VII. 3.	Progresos alcanzados en los objetivos específicos para la salud de las mujeres.
VII. 4.	Que temas de salud se han debatido y se han reflejado en los medios de comunicación local. Análisis de los temas relacionados con la salud de la mujer en un año de los periódicos locales.
VII. 5.	Descripción de las políticas que se han realizado y los mecanismos utilizados con vistas a reducir las desigualdades en el estado de salud.
VII. 6.	Descripción de cada programa diseñado y realizado con el objetivo de eliminar las diferencias entre sectores de la población en particular desde 1990. Programas de salud y Protocolos implantados en el área/Departamento de salud, con los correspondientes resultados según los indicadores de calidad en el proceso, dependientes de la Conselleria de Sanitat. Programas en marcha dependientes de los Municipios. Programas implantados por la Conselleria Bienestar Social, Conselleria de Cultura Educació i Ciència y de la Direcció General de la Dona.
VII. 7.	Mujeres y hombres encarcelados.
VII. 8.	Emigrantes hombres y mujeres, legales e ilegales.
VII. 9.	Casas de acogida existentes para mujeres.

Políticas de desarrollo (tabla VII): Los indicadores seleccionados no se pueden obtener si al menos no hay Políticas de género. No es posible la atención a la salud continuada sin el recurso de las políticas específicas de Promoción de la Salud de las mujeres, ni sin programas de Promoción de la Salud dirigidos a las mujeres en las diferentes etapas de la vida con el fin de su empoderamiento. Se debe prestar especial atención a las situaciones de emigración, privación de libertad y la atención de las lesiones por violencia.

### 3. Conclusión

Actualmente hay ejemplos de aproximación al diagnóstico de salud de las mujeres como los realizados desde la Unión Europea<sup>13 14 15</sup>, el Ministerio de

13. The state of women's health in the European Community. [http://ec.europa.eu/health-eu/my\\_health/women/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health-eu/my_health/women/index_en.htm)

14. Egalité et non-discrimination. Rapport annuel 2006. Commission européenne. 2007 Année européenne de l'égalité des chances pour tous.

15. Closing the Gap: Strategies for Action to tackle Health Inequalities in Europe. A European project from 2004 to 2007. Final Report (1/6/2004-31/5/2007) EuroHealthNet. (EuroHealthNet. Mejorar la equidad en materia de salud a través de los determinantes

Trabajo y Asuntos Sociales<sup>16</sup> <sup>17</sup>, y el Observatorio de Salud de las mujeres<sup>18</sup>. Desde la Consellería de Sanitat<sup>19</sup> y tomando como fuente la Encuesta de salud se han identificado algunos indicadores para mujeres en la edad adulta. Estos principios generales podrían servir para elaborar un perfil sobre mujer y salud. En especial, centrados en el área o departamento de salud, para que desde la Dirección General de la Mujer se coordine con municipios y Consellería de Sanidad, en el Consejo de Salud del Departamento y apoye su realización para la totalidad de las áreas/Departamentos de Salud de la Comunidad Valenciana.

### Referencias bibliográficas

- ARRUFAT, Vita y CALVO, Consuelo. Guía para la elaboración del Perfil de Salud de las mujeres. Forum mujer trabajo y salud. Barcelona febrero 1995.
- Colección Atención Primaria de Salud 4. Dirección General de Planificación Sanitaria. Madrid 1985.
- Commission européenne. 2007 Année europeene de l'3galité des chances pour tous. Egalité et non-discrimination. Rapport annuel 2006.
- EuroHealthNet. Closing the Gap: Satrategies for Action to tackle Health Inequalities in Europe. A European Project from 2004 to2007. Final Report (1/6/2004-31/5/2007)
- Generalitat Valenciana. Consellería de Sanitat. Informes de Salud. Núm 108. Salud de la población de mediana edad (40-64 años) de la Comunitat Valenciana. Vicenta Escriba Agüir, Joan Quiles Izquierdo, Ana Fullana Montoro, Manuela Royo Marqués y Carlos Perelló Amorós.
- JAMES, S. Amelang y NASH, Mari.(Edras) *Historia y género. Las mujeres en la Europa moderna y contemporanea..* Edicions Alfons el Magnànim. Institut València d'estudis i investigació. 1990.

- 
- Sociales de la Salud. Estrategias en áreas de actuación como Enseñanza, Empleo y bienestar Social, Plan de igualdad, Economía, MedioAmbiente, Vivienda, Turismo
16. Mujeres y hombres en España. 2007 y 2008 Apdo. Salud. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. INE
17. Mujeres y hombres en España 2007. INE. Ministerio de trabajo y Asuntos Sociales. Secretaria General de Políticas de Igualdad. Instituto de la mujer.18562006 Aniversario de estadística oficial española.
18. Informes Salud y Género. 2005. 2006. 2007-2008. Las edades centra les de la vida. OSM [http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/e02\\_t05.htm](http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/e02_t05.htm)
19. Diferencias de género del estado de Salud de la población de mediana edad (40-64 años) de la Comunitat Valenciana. Informes de Salud. Núm 108. Servicio de Salud infantil y de la mujer. Sección de Climaterio y personas mayores. Vicenta Escriba Agüir, Joan Quiles Izquierdo, Ana Fullana Montoro, Manuela Royo Marqués y Carlos Perelló Amorós.Generalitat Consellería de Sanitat. 1 de. ISSN: 1139-6873

- Ministerio de Asuntos Sociales. Propuesta de un sistema de indicadores sociales de igualdad entre géneros Serie estudios 39. Instituto de la Mujer. Madrid 1994.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. INE. Mujeres y hombres en España. 2007 y 2008 Apdo. Salud.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. INE. Instituto de la Mujer. Secretaria General de Políticas de Igualdad. Mujeres y hombres en España 2007. 18562006 Aniversario de estadística oficial española.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaria General de Sanidad. Dirección General de Salud Pública. Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología. OMS Europa. Los determinantes sociales de la salud. Los hechos probados. Richard Wilkison y Michael Marmot.
- MORA TORRES, Alizabeth y GRAS I MARTÍ, Alberti (coords.) Medicines i Gènere. El torsimany necessari *Revista Feminismo/s* del Centro de Estudios sobre la mujer de la Universidad de Alicante. Núm. 10, diciembre de 2007.pp

#### *Consulta páginas webs*

<http://www.ine.es/>

[http://www.inmujer.es/ss/Satellite?pagename=InstitutoMujer%2FPage%2FIMUJ\\_Home](http://www.inmujer.es/ss/Satellite?pagename=InstitutoMujer%2FPage%2FIMUJ_Home) Consultada 21 marzo 2011,

<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p414&file=inebase&L=0> Consultado 21 de marzo 2011

<http://www.ec.europa.eu/eurostat> Consultado 21 marzo 2011

[http://ec.europa.eu/health-eu/my\\_health/women/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health-eu/my_health/women/index_en.htm) The state of women's health in the European

[http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/e02\\_t05.htm](http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/e02_t05.htm). Informes Salud y Género. 2005. 2006. 2007-2008. Las edades centrales de la vida. OSM Estrategia europea para la salud y el desarrollo de la infancia y la adolescencia. Herramienta de género. WHO Europe 2007. documento de trabajoormation/