

ESPECIAL

Estado de salud y género en Cataluña. Una aproximación a través de las fuentes de información disponibles

P. Brugulat / E. Séculi / J. Fusté

Unitat de Pla de Salut i Avaluació. Servei Català de la Salut.

Correspondencia: Elisa Séculi. Subdirecció General de Planificació Sanitària. Departament de Sanitat i Seguretat. Travessera de les Corts, 131-159. Edifici Ave Maria. 08028 Barcelona.
Correo electrónico: eseculi@dsss.scs.es

Recibido: 14 de marzo de 2000.
Aceptado: 24 de noviembre de 2000.

(Health status and gender in Catalonia. An approach using the information sources available)

Resumen

Objetivo: Presentar las diferencias en el estado de salud de varones y mujeres en Cataluña a través de las principales fuentes de información disponibles.

Métodos: Se presentan las principales fuentes de información sanitaria institucionales referidas al ámbito catalán. Se hace una aproximación a la morbimortalidad según género.

Resultados: Los varones mueren antes que las mujeres y presentan con mayor frecuencia patologías que requieren ingreso hospitalario. Las conductas poco saludables son más frecuentes en los varones que en las mujeres. Éstas, en general, cualquiera que sea la clase social a la que pertenecen, presentan más enfermedades crónicas y discapacidades y declaran peor percepción del estado de salud que los varones de la misma clase social.

Conclusiones: Las fuentes de información institucionales en Cataluña permiten caracterizar el estado de salud según género, si bien deberían incorporar variables que facilitaran el análisis de la información desde la perspectiva de género.

Palabras clave: Fuentes de información sanitaria. Género. Desigualdades en salud.

Summary

Objective: To present health status differences between men and women in Catalonia across the main available data sources.

Methods: The main institutional health data sources of the Catalan population are presented. Mortality and morbidity differences by gender are studied.

Results: Men die before than women and present more frequently pathologies that require hospitalary care. Unhealthy behaviours are more frequent in men than in women. Women in general, in all social classes, present more frequently chronic disorders and disabilities and declare worse perception of health status than men of the same social class.

Conclusions: Institutional sources of data available in Catalonia allow the description of gender differences in health, nevertheless new variables should be included to improve gender perspective analyse.

Key words: Health data sources. Gender. Inequalities in health.

Introducción

Las diferencias de salud según género son objeto de debate y de estudio, interés que ha sido fomentado por una segunda ola feminista y la creciente preocupación por las desigualdades en salud de los distintos grupos en la sociedad¹. Existen referencias de que ya John Graunt, en el siglo XVII, observó en Inglaterra que las mujeres vivían más que los varones, hecho que continúa dándose en todos los países, excepto en Nepal y las Maldivas, donde la esperanza de vida de los varones es superior a la de las mujeres².

Hasta hace pocos años, los estudios epidemiológicos se centraban a menudo en los problemas de salud de los varones, lo que ha dado lugar a un vacío de conocimiento respecto a los de las mujeres³. Cada vez existe una mayor conciencia de la necesidad de pro-

fundizar en las diferencias de salud según género, en este sentido, en Cataluña últimamente se han publicado diversos estudios que ahondan en el análisis de estas diferencias⁴⁻⁶.

La finalidad de este trabajo es caracterizar el estado de salud de varones y mujeres en Cataluña a partir de las principales fuentes de información disponibles. Trabajar con los datos que éstas proporcionan permite avanzar en el conocimiento de las diferencias en el estado de salud^{7,8}, monitorizar su evolución en el tiempo y aportar elementos para el diseño de políticas orientadas a la superación de las desigualdades.

Métodos

Se han seleccionado por su estabilidad, exhaustividad y calidad, el registro de mortalidad, diversos registros de morbilidad y encuestas de salud. Del Registro de Mortalidad del Departamento de Sanidad y Seguridad Social (DSSS) que se inició en 1983, se presenta la mortalidad en base a los XVII grupos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9). Para el estudio de la evolución temporal en el período 1985-1997, se han seleccionado las principales causas de mortalidad en los distintos grupos de edad de la población adulta: enfermedad cerebrovascular, isquemia del corazón, tumor pulmonar, suicidio, accidentes y sida. Se han estandarizado las tasas de mortalidad por el método directo, utilizando a la población europea como referencia. Se presenta información sobre la esperanza de vida sin incapacidad (EVSI), indicador global de salud construido a partir de los datos de mortalidad y de incapacidad que mide el tiempo que la población puede esperar vivir sin ninguna incapacidad.

La información sobre morbilidad procede de fuentes de diversa naturaleza: registros de carácter general, específicos de determinadas patologías y encuestas de salud. El Conjunto Mínimo Básico de Datos del Alta Hospitalaria (CMBDAH), que se inició en 1990 en el DSSS, es la principal fuente de información sobre la morbilidad hospitalaria. Los datos referentes al año 1990 proceden del CMBDAH y de la Encuesta de Altas Hospitalarias del Departamento de Sanidad y Seguridad Social. A partir de 1994 el CMBDAH recoge la totalidad de altas financiadas públicamente y el 90% del total de altas de Cataluña. El Conjunto Mínimo Básico de Datos de los Centros de Salud Mental (CMBDCSM), que se inició en 1998, contiene información relativa a los pacientes atendidos en régimen ambulatorio en dichos centros. El Registro de Cáncer de Tarragona de la Asociación Española contra el Cáncer facilita información desde 1980 y cubre aproximadamente un 9% de la población catalana. El Registro de Cáncer de Girona ha funcionado como registro poblacional de cáncer ginecológico durante el período 1980-1989 y a partir de 1995 como registro poblacional de cáncer. El REGICOR (Registro Gironí del Cor), que se inició en 1978, recoge datos clínicos y epidemiológicos sobre cardiopatía isquémica y cubre cerca de medio millón de habitantes.

Se han consultado también el Registro de Enfermos Renales de Cataluña, el Registro de Trasplante Cardíaco y el Registro de Trasplante Hepático, que datan de 1984, el registro de Diabetes Mellitus Insulinodependiente y el Sistema de Información sobre Drogo-dependencias, que se iniciaron en 1987, y el Registro de Trasplante de Progenitores Hematopoyéticos. Todos ellos recogen información sobre los pacientes tratados y su distribución territorial.

En relación con la morbilidad atendida en los centros de atención primaria (CAP), se dispone de información procedente de estudios de ámbitos territoriales concretos, que han permitido hacer una aproximación a la morbilidad atendida en el conjunto de Cataluña.

La Encuesta de salud de Catalunya (ESCA) de 1994 es un estudio transversal por entrevista a una muestra de 15.000 personas, representativa de la población no institucionalizada de Cataluña, que aporta información sobre la autovaloración del estado de salud, la morbilidad crónica y discapacidad, la utilización de recursos y la satisfacción con los servicios. La ESCA incluyó el General Health Questionnaire (GHQ-12)⁹, cuestionario que permite estimar la prevalencia de trastornos mentales en la población, medida como la probabilidad de presentar un trastorno mental en el momento de la entrevista.

Resultados

Mortalidad

En 1996, se han alcanzado 75,2 y 82,4 años de esperanza de vida (EV) al nacer para varones y mujeres, respectivamente, con una diferencia de 7,2 años superior en las segundas, mientras que a principios de siglo la diferencia era de 1,7 años. Entre 1975 y 1996, el incremento en la EV ha sido de 3,8 años en los varones y de 5,7 años en las mujeres.

Aunque la población catalana es muy longeva, parte del tiempo que puede esperar vivir será con alguna discapacidad. En 1994, la EVSI al nacer¹⁰ para el conjunto de la población es de 67,6 años. Hasta los 45 años la EVSI es superior en las mujeres, entre los 45 y los 65 años casi se iguala en los dos sexos, y a partir de esta edad es ligeramente superior en los varones.

En el período 1994-1996, un 53% de las defunciones corresponde a varones, con una tasa de mortalidad de 9,5 por 1.000 varones y año. En las mujeres la tasa es de 8 por 1.000 mujeres. La sobremortalidad masculina se produce en todas las edades, a pesar de que el número de defunciones en mujeres mayores de 75 años es superior al de varones. La tabla 1 resume las principales causas de muerte para varones y mujeres en este período. La razón de las tasas de mortalidad entre sexos, según grupo de edad por causas seleccionadas (tabla 2), muestra la situación de desventaja de los varones respecto de las mujeres. Las tablas 3 y 4 exponen la evolución de la mortalidad en el período 1985-1997 para las causas seleccionadas, donde se observa que, excepto la mortalidad por tumor pulmonar y suicidio, existe un descenso de la mortalidad en ambos sexos. Se constatan pequeñas variaciones

Tabla 1. Principales causas de muerte según sexo. Grandes grupos de la CIE 9. Cataluña, 1994-1996

Causas de muerte	Varones		Mujeres	
		Tasa anual por 100.000 habitantes		Tasa anual por 100.000 habitantes
Aparato circulatorio		301,1	Aparato circulatorio	347,2
Tumores		294,8	Tumores	176,2
Aparato respiratorio		99,4	Aparato respiratorio	57,3
Causas externas		59,8	Aparato digestivo	40,7
Aparato digestivo		51,4	Trastornos mentales	40,2
Glándulas endocrinas		46,7	Glándulas endocrinas	34,7
Trastornos mentales		21,4	Causas externas	26,6
Sistema nervioso y órganos de los sentidos		18,5	Sistema nervioso y órganos de los sentidos	20,0
Aparato genitourinario		17,1	Aparato genitourinario	16,8
Resto de grupos		37,1	Resto de grupos	39,8

Fuente: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Registre de Mortalitat de Catalunya.

Tabla 2. Razón de las tasas de mortalidad* entre sexos según grupo de edad, por causas seleccionadas. Cataluña, 1994-1996

Grupo de edad	E. cerebrovascular (ICD 430-438) razón V/M	Isquemia del corazón (ICD 410-414) razón V/M	Tumor pulmonar (ICD 162) razón V/M	Suicidio (E 950 -E 959) razón V/M	Accidentes (E810 -E 825) razón V/M	Sida (ICD 279) razón V/M
0-14	2,24	0,48	0,00	0,00	1,27	1,34
15-24	1,92	2,41	1,45	4,15	3,35	2,72
25-34	1,20	12,16	3,20	3,67	3,95	3,19
35-44	1,67	8,48	4,26	3,28	4,49	5,39
45-54	1,88	7,39	10,75	3,31	2,76	9,98
55-64	2,30	4,77	12,97	2,21	3,53	7,23
65-74	1,74	3,10	15,10	2,53	2,54	6,28
> 74	0,99	1,40	9,96	3,43	2,69	4,97

*Tasa anual de mortalidad por 100.000 habitantes.

Fuente: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Registre de Mortalitat de Catalunya.

Tabla 3. Evolución de la tasa de mortalidad* según causas seleccionadas y sexo. Cataluña, 1985-1997

Años	1985		1988		1991		1994		1997	
	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M
E. cerebrovascular	111,89	99,63	93,44	82,31	87,94	75,71	74,31	64,03	58,66	51,07
Isquemia del corazón	105,54	50,33	97,36	47,18	98,40	48,38	92,09	41,34	89,42	41,27
Tumor pulmonar	66,64	6,08	73,18	4,48	73,56	5,86	74,33	6,61	71,84	6,74
Diabetes	16,76	21,40	15,27	18,18	14,91	16,38	14,06	13,37	14,37	14,10
Cirrosis	35,59	15,15	33,33	13,96	28,83	12,33	25,57	11,25	18,70	8,46
Accidentes de tráfico	18,42	5,86	28,49	8,71	26,79	7,73	16,81	4,71	15,14	4,45
Suicidio	9,34	3,26	8,72	3,50	9,13	3,75	10,67	3,19	9,95	3,71

*Tasa de mortalidad por 100.000 habitantes, estandarizada por edad según la población estándar europea.

Fuente: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Registre de Mortalitat de Catalunya.

Tabla 4. Evolución de la razón y diferencial varón/mujer en las tasas de mortalidad* de las causas seleccionadas. Cataluña, 1985 y 1997

Causas	Razón V/M		Diferencial V/M	
	1985	1997	1985	1997
E. cerebrovascular	1,1	1,2	12,3	7,6
Isquemia del corazón	2,1	2,2	55,2	48,2
Tumor pulmonar	11,0	10,7	60,6	65,1
Diabetes	0,8	1,0	-4,6	0,3
Cirrosis	2,4	2,2	20,4	10,2
Accidentes de tráfico	3,1	3,4	12,6	10,7
Suicidio	2,9	2,7	6,1	6,2

*Tasas de mortalidad por 100.000 habitantes, estandarizadas por edad según la población estándar europea.

Fuente: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Registre de Mortalitat de Catalunya.

en la razón de mortalidad por las causas seleccionadas y destaca que la mortalidad por diabetes prácticamente se ha igualado en ambos sexos, mientras que anteriormente era superior en las mujeres.

Morbilidad

Exceptuando el ingreso por parto, puerperio y complicaciones del embarazo, las hospitalizaciones son más frecuentes en varones que en mujeres en todos los grupos de edad y para la mayoría de los grupos diagnósticos, pero los motivos de ingreso son diferentes. En los varones, las enfermedades del aparato digestivo son la primera causa de hospitalización, seguidas de las del circulatorio, las del respiratorio y de las le-

siones y envenenamientos. En las mujeres, el primer motivo de ingreso es el parto, el puerperio y las complicaciones del embarazo, seguido del ingreso por enfermedades del aparato circulatorio, del aparato digestivo y del sistema nervioso y órganos de los sentidos. La tabla 5 muestra la evolución de los ingresos hospitalarios entre 1990 y 1997.

En los centros de atención primaria (CAP), las mujeres son atendidas más frecuentemente por hipertensión arterial, infecciones respiratorias agudas, artrosis y depresión, mientras que los varones lo son por infecciones respiratorias agudas, hipertensión arterial, bronquitis y diabetes¹¹. Por otro lado las mujeres hacen una mayor utilización de estos servicios que los varones¹².

En 1998, de los pacientes atendidos en los centros de salud mental, un 39,2% fueron varones y el 60,8%, mujeres. En los primeros son más frecuentes ansiedad y trastornos de la personalidad (25,7%), depresión y trastornos afectivos (20,2%) y trastornos esquizofrénicos (13,1%), y en las mujeres, depresión y trastornos de la personalidad (37,6%), ansiedad y trastornos de la personalidad (26%) y trastornos adaptativos (10,9%).

Según el Registro de Cáncer de Tarragona, en Cataluña cabe esperar actualmente una incidencia anual de 12.500 casos de cáncer en varones y 9.100 en mujeres. El de pulmón, próstata y vejiga urinaria son los más frecuentes en varones y el de mama y colon en mujeres.

La incidencia de infarto agudo de miocardio (IAM)¹³ presenta diferencias entre sexos, siendo la razón varón:mujer de 5. La incidencia en los varones aumenta progresivamente con la edad, mientras que en las mujeres hay un incremento abrupto a partir de los 55 años. La letalidad entre los pacientes con IAM es superior en las mujeres que en los varones. Las mujeres desarro-

Tabla 5. Tasas de hospitalización* por sexo, según los principales grupos diagnósticos. Cataluña, 1990-1997

Patología	Varones			Mujeres		
	1990	1994	1997	1990	1994	1997
Enfermedades del aparato digestivo	14,90	14,70	14,95	10,40	10,10	10,17
Enfermedades del aparato circulatorio	10,40	11,80	14,34	8,30	9,30	11,12
Enfermedades del aparato respiratorio	12,20	11,40	13,93	6,60	6,30	8,04
Parto, puerperio y complicaciones del embarazo	-	-	-	21,90	17,00	18,26
Lesiones y envenenamientos	13,30	10,20	9,99	8,00	7,20	7,69
Neoplasias	8,50	8,70	9,98	5,80	7,60	8,68
Enfermedades del aparato genitourinario	8,80	7,10	7,64	11,10	7,90	8,22
Enfermedades del sistema nervioso/ órganos de los sentidos	6,10	6,20	7,19	5,90	7,20	8,81
Enfermedades del aparato locomotor	6,40	5,80	6,16	7,20	6,40	7,19
Síntomas y signos mal definidos	7,60	5,30	5,54	7,30	4,10	4,08

*Tasas de hospitalización por 1.000 habitantes.

Fuente: Servei Català de la Salut. Conjunto Mínimo de Datos del Alta Hospitalaria.

llan IAM más graves que los varones y requieren mayor tratamiento después del alta, incluso después de un ajuste por comorbilidad y diferencias de edad entre sexos¹⁴.

En el período 1990-1997, entre los pacientes que recibieron un trasplante renal hay un predominio masculino, siendo la razón varón:mujer de 1,8. En cuanto a la supervivencia de los nuevos casos en tratamiento sustitutivo renal en pacientes mayores de 14 años, las mujeres tienen un riesgo un 12% menor de morir que los varones¹⁵. Así mismo, existe un predominio masculino en el trasplante hepático¹⁶, el cardíaco¹⁷ y el de progenitores hematopoyéticos¹⁸, exceptuando la indicación de este último en el tratamiento del cáncer de mama.

Entre 1987 y 1994, la tasa de incidencia de diabetes mellitus insulino dependiente en la población de 0-29 años fue de 12,8 por 100.000 para los varones y de 9,8 para las mujeres¹⁹. En cuanto a la diabetes mellitus no insulino dependiente, un estudio de 1995 realizado en Cataluña en población de 30-89 años mostró una prevalencia del 10,3%, similar en ambos sexos²⁰.

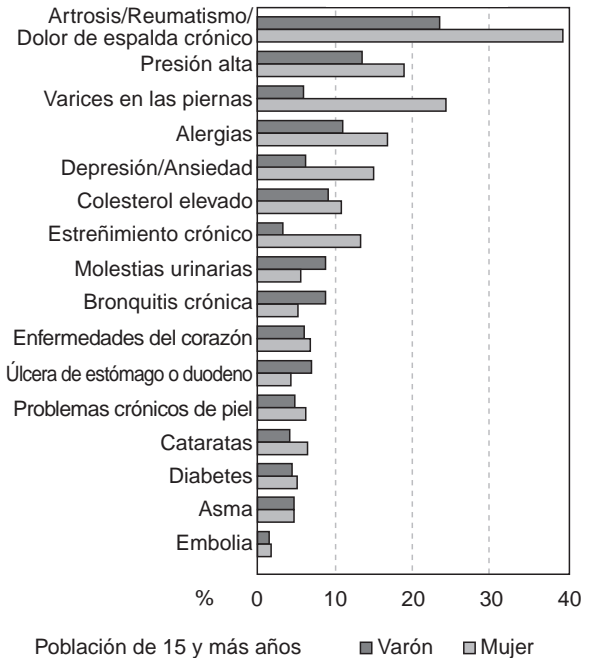
Percepción de la salud

Según la ESCA¹² tres de cada 4 personas consideran que su salud es buena, muy buena o excelente. La proporción de mujeres (71,4%) con esta percepción es más baja que la de varones (80,9%), lo que se observa en todos los grupos de edad. La autovaloración del estado de salud es peor cuanto más desfavorecida es la clase social, patrón común para ambos sexos, si bien en las clases más desfavorecidas la diferencia entre varones y mujeres es más pronunciada.

El 68,2% de las mujeres y el 56,0% de los varones declaran presentar problemas de salud crónicos (fig. 1). Los más frecuentes son los del aparato locomotor, tanto en varones como en mujeres, aunque éstas manifiestan presentarlos en un porcentaje superior. Un 12% de la población declara alguna discapacidad, entendiéndose como tal los problemas de salud que suponen restricciones funcionales para desarrollar las actividades de la vida diaria. Las discapacidades son más frecuentes en las mujeres (14,1 %) que en los varones (9,6 %) y en los grupos de mayor edad. Las mujeres (14,2%) declaran con mayor frecuencia que los varones (9,7%) haber restringido, por problemas de salud, sus actividades habituales algún día en las dos últimas semanas, especialmente a partir de los 65 años.

El 14% de la población manifiesta haber experimentado algún accidente durante el último año que ha requerido atención sanitaria o que ha generado restricción de la actividad. La incidencia es más elevada en los varones jóvenes, pero a partir de 45 años es más alta en las mujeres, sobre todo en las mayores de 64 años que se accidentan casi 3 veces más que los varones.

Figura 1. Población que declara presentar trastornos crónicos según sexo. Cataluña, 1994. Fuente: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Els catalans parlen de la seva salut. Barcelona: Servei Català de la Salut, 1998.



La prevalencia de trastornos mentales es del 15,8% en varones y del 18,9% en mujeres. A partir del GHQ-12 de la ESCA, se estimó que la probabilidad de presentar un trastorno mental es mayor en las mujeres en todos los grupos de edad, en las clases sociales más bajas, en los grupos de población de menor nivel de estudios y en los desempleados de ambos sexos²¹.

Hábitos y estilos de vida

El consumo moderado de alcohol es del 59,4 y del 32,9% en varones y mujeres, respectivamente, mientras que el consumo de riesgo se observa en el 6,4% de los varones y en el 2,2% de las mujeres. El consumo de alcohol es más frecuente en las clases sociales altas y la diferencia entre clases es mayor entre las mujeres. Según una encuesta del DSSS, en 1998, la prevalencia de fumadores de 15-64 años fue del 30,7% en mujeres y del 44,4% en varones, lo que representa un incremento global del 6,2% en relación con 1994, que se da especialmente en jóvenes y mujeres. En los varones la mayor proporción de fumadores se encuentra en los 35-44 años y en las mujeres en las de 15-24 años. En relación a las drogodependencias, en 1997, de las personas que iniciaron trata-

miento en centros de la Red de Atención a las drogodependencias, un 78,5% eran varones y el 21,5% mujeres. El inicio de tratamiento en los varones fue motivado principalmente por el consumo excesivo de alcohol (41,2%), heroína (38,5%) y cocaína (9%), y en las mujeres por el consumo excesivo de alcohol (36,1%), heroína (35,3%) y tabaco (28,1%)²².

Utilización de servicios sanitarios

Con independencia de la época del año, la proporción de mujeres (24,4%) que declara haber visitado algún profesional sanitario durante las 2 semanas anteriores a la entrevista es mayor que la de varones (18,9%); este hecho es una constante en todas las edades y clases sociales¹².

Discusión

Este trabajo resume las diferencias en el estado de salud entre varones y mujeres a partir de la revisión de fuentes de información disponibles. En Cataluña, en las últimas décadas, la esperanza de vida ha aumentado para varones y mujeres, pero es la de éstas la que ha experimentado mayor incremento. Las tasas de mortalidad, para las causas y período estudiados, han descendido en ambos sexos, excepto la mortalidad por tumor pulmonar y suicidio, pero el diferencial favorable a las mujeres se mantiene. Los varones presentan mayor frecuentación hospitalaria para la mayoría de grupos diagnósticos, mientras que las mujeres utilizan más los servicios de atención primaria. Las mujeres declaran, en todos los grupos de edad, una peor percepción del estado de salud, presentar en mayor proporción enfermedades crónicas y discapacidades y una prevalencia más elevada de trastornos mentales. Las conductas poco saludables, como el hábito tabáquico, el consumo excesivo de alcohol y la accidentabilidad son más frecuentes en los varones que en las mujeres. Tanto el exceso de mortalidad como de morbilidad masculina observado en enfermedades cardiovasculares, cáncer, bronquitis crónica y accidentes, están relacionados con hábitos que son más frecuentes en los varones. Las mujeres, en general, cualquiera que sea la clase social a la que pertenecen, presentan más enfermedades crónicas y discapacidades y declaran peor percepción del estado de salud que los varones de la misma clase social.

Así, en Cataluña, se observa un patrón de salud cercano al modelo tradicionalmente aceptado basado en que si bien las mujeres viven más que los varones, al considerar la percepción de salud y la prevalencia de

enfermedades crónicas y discapacidades, aquéllas están en situación de desventaja. Teniendo en cuenta la naturaleza de los problemas de salud, se observa que los varones presentan enfermedades más graves y fatales y, en cambio, las mujeres acumulan problemas crónicos a lo largo de la vida que repercuten negativamente en la valoración de su salud. Las desigualdades de salud entre sexos se han atribuido a razones diversas, tales como diferencias biológicas, exposición a determinados riesgos²³, forma de percibir y expresar las necesidades de salud, utilización de servicios sanitarios^{12,24,25}, así como la respuesta de los servicios sanitarios²⁶. Se considera²⁷ que las diferencias de género en salud son complejas, por lo que no se debe caer en una sobregeneralización y aceptación no crítica del tópico, según el cual los varones mueren antes pero las mujeres presentan más enfermedades crónicas y discapacidades. Movidos por la necesidad de disponer de mayor evidencia en torno a las diferencias de salud según género, se han producido numerosos trabajos que han profundizado en la explicación de las mismas. Así, el sexo, la edad, la ocupación, los ingresos, el contexto social y familiar, los hábitos y la utilización de servicios sanitarios, entre otros, han sido estudiados en relación con las desigualdades en salud. Los resultados sugieren que buena parte de la desigualdad en salud según género forma parte de la desigualdad social. En este sentido y entre otros hallazgos, se ha evidenciado el beneficio del trabajo remunerado en el estado de salud percibido por las mujeres^{28,29} y la importancia de los factores sociales de carácter estructural, superior a los conductuales, como determinantes de la salud³⁰. También se ha observado que cuando varones y mujeres se hallan sometidos a condiciones laborales y sociales similares se constatan más similitudes que diferencias en la salud de ambos sexos^{31,32}. Es necesario avanzar en la investigación dedicada a analizar los factores biológicos, culturales, sociales, económicos y políticos de la sociedad que producen riesgos diferenciales para la salud en varones y mujeres, y explicar no sólo las razones de los cambios en las diferencias, sino también las de la estabilidad de éstas³⁰.

La riqueza de los datos procedentes de fuentes rutinarias de mortalidad y morbilidad o de las encuestas de salud permite progresar en el análisis de las desigualdades sociales y de género en salud. Sin embargo, a menudo las fuentes de información presentan limitaciones para llevar a cabo investigaciones orientadas a explicar estas diferencias, desde la perspectiva de la desigualdad. Es el caso, por ejemplo, de los registros de mortalidad en España, que se ven afectados por la ausencia o pobre calidad de la información sobre características socioeconómicas en los certificados de defunción, junto con una legislación más restrictiva para el uso de datos individuales que en los países del centro y norte de Europa³³. Es necesario in-

corporar la perspectiva de género en el diseño y análisis de las encuestas de salud³⁴ y de otras fuentes, incluyendo las variables necesarias para conocer las desigualdades en salud asociadas al género. La mejora de las fuentes de información, la publicación y difusión de los datos existentes, favorecerá su utilización por parte de los usuarios potenciales y, en definitiva, facilitará el uso eficiente de los recursos de información disponibles.

Agradecimientos

A Xavier Castells por la lectura crítica del trabajo y sus valiosas aportaciones. A Salvi Juncà, Vicenç Martínez, Antònia Medina, Mercè Mercader y Emilia Sánchez, miembros de la unidad de Plan de Salud y Evaluación.

Bibliografía

1. Hunt K, Annandale E. Relocating gender and morbidity: examining men's and women's health in contemporary Western societies. *Introduction to Special Issue on Gender and Health. Social Science & Medicine* 1999; 48: 1-5.
2. United Nations. *Statistical Yearbook 1995*. Nueva York: United Nations, 1997.
3. Angell M. Caring for women's health. What is the problem? *N Engl J Med* 1993; 329: 271-272.
4. Rohlfs I. Diferencias y desigualdades. La salud de hombres y mujeres en la ciudad de Barcelona (tesis doctoral). Barcelona: Universitat Autònoma. Barcelona, 1998.
5. Fernández E, Schiaffino A, Rajmil L, Badia X, Segura A. Gender inequalities in health and health care services use in Catalonia (Spain). *J Epidemiol Community Health* 1999; 53: 0-4.
6. Rajmil L, Fernández E, Salas T, Barba G, Raspall F, Vila C et al. Gender differences in children's hospitalization in Catalonia: another inequality? *Acta Paediatr* 1999; 88: 990-997.
7. Dunnell K, Fitzpatrick J, Bunting J. Making use of official statistics in research on gender and health status: recent British data. *Soc Sci Med* 1999; 48: 117-127.
8. Generalitat de Catalunya. *Servei Català de la Salut. La salut de les dones a Catalunya: realitats i percepcions*. Barcelona: Merck Sharp & Dome España, 1999.
9. Goldberg DP, Cooper B, Eastwood MR, Kedward HB, Shepherd M. A standardized psychiatric interview for use in community surveys. *Br J Prev Soc Med* 1970; 24: 18-23.
10. Gispert R, Rué M. Esperança de vida sense incapacitat. *Catalunya i regions sanitàries 1994*. Barcelona: Institut Universitari de Salut Pública de Catalunya, 1996.
11. Generalitat de Catalunya. *Servei Català de la Salut. Morbiditat atesa en l'atenció primària. Informe del registre ANAC II*. Barcelona: Servei Català de la Salut, 1996.
12. Generalitat de Catalunya. *Departament de Sanitat i Seguretat Social. Enquesta de salut de Catalunya, 1994*. Barcelona: Servei Català de la Salut, 1996.
13. Generalitat de Catalunya. *Departament de Sanitat i Seguretat Social. 20 anys del REGICOR. Registre Gironí del Cor 1978-1988*. Sant Julià de Llor-Bonmatí: Servei Català de la Salut, 1998.
14. Marrugat J, Sala J, Masià R, Pavesi M, Sanz G, Valle V et al. Mortality differences between men and women following first myocardial infarction. *JAMA* 1999; 280: 1405-1409.
15. Generalitat de Catalunya. *Departament de Sanitat i Seguretat Social. Trasplantament renal a Catalunya 1984-1997. Registre de malalts renals de Catalunya (RMRC)*. Barcelona: Servei Català de la Salut, 1999.
16. Generalitat de Catalunya. *Departament de Sanitat i Seguretat Social. Registre de trasplantament hepàtic de Catalunya 1984-1994*. Barcelona: Servei Català de la Salut, 1996.
17. Generalitat de Catalunya. *Departament de Sanitat i Seguretat Social. Registre de trasplantament cardíac de Catalunya 1984-1996*. Barcelona: Servei Català de la Salut, 1998.
18. Generalitat de Catalunya. *Departament de Sanitat i Seguretat Social. Registre de trasplantament de progenitors hemopoètics de Catalunya 1988-1994*. Barcelona: Servei Català de la Salut, 1994.
19. Generalitat de Catalunya. *Departament de Sanitat i Seguretat Social. El registre de la diabetes mellitus insulínodépendent (DMID) de Catalunya*. *Butlletí Epidemiològic de Catalunya* 1995; 11: 155-163.
20. Generalitat de Catalunya. *Departament de Sanitat i Seguretat Social. Prevalença de diabetes mellitus no insulínodépendent a Catalunya*. *Butlletí Epidemiològic de Catalunya* 1997; 3: 41-43.
21. Rajmil L, Gispert R, Roset M, Muñoz PE, Segura A. Prevalencia de trastornos mentales en la población general de Catalunya. *Gac Sanit* 1998; 12: 153-159.
22. Generalitat de Catalunya. *Departament de Sanitat i Seguretat Social. Òrgan Tècnic de Drogodependències. Sistema de informació sobre drogodependències a Catalunya*. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1998.
23. Wingard DL. The sex differential in mortality and lifestyle. *Ann Rev Public Health* 1984; 5: 433-458.
24. Alonso J, Orfila F, Ruigómez A, Ferrer M, Antó JM. Unmet health care needs and mortality among Spanish elderly. *Am J Public Health* 1997; 87: 365-370.
25. Fernández JL, Bolívar I, López J, Sanz E. El impacto de la reforma de la atención primaria en la utilización de servicios médicos y de enfermería. *Atención Primaria* 1996; 18: 52-57.
26. Ruiz MT, Ronda E. Atención sanitaria según el sexo de los pacientes. *Med Clin (Barc)* 1994; 103: 537-538.
27. Macintyre S, Hunt K, Sweeting H. Gender differences in health: are things really as simple as they seem? *Soc Sci Med* 1996; 42: 617-624.
28. Rohlfs I, De Andrés J, Artacoz L, Ribalta M, Borrell C. Influencia del trabajo remunerado en el estado de salud percibido de las mujeres. *Med Clin (Barc)* 1997; 108: 566-571.
29. Haavio-Mannila E. Inequalities in health and gender. *Soc Sci Med* 1986; 22: 141-149.
30. Denton M, Walters W. Gender differences in structural and behavioral determinants of health: an analysis of the social production of health. *Soc Sci Med* 1999; 48: 1221-1235.
31. Lahelma E, Martikainen P, Rahkonen O, Silventoinen K. Gender differences in ill health in Finland: patterns, magnitude and change. *Soc Sci Med* 1999; 48: 7-19.
32. Emslie C, Hunt K, Macintyre S. Problematizing gender, work and health: the relationship between gender, occupational grade, working conditions and minor morbidity in full-time bank employees. *Soc Sci Med* 1999; 48: 33-48.
33. Borrell C, Pasarín MI. The study of social inequalities in health in Spain: where are we? *J Epidemiol Community Health* 1999; 53: 388-389.
34. Rohlfs I, Borrell C, Anitua C, Artacoz L, Colomer C, Escibá V et al. La importancia de la perspectiva de género en