

Sensibilidad de género en la formulación de planes de salud en España: lo que pudo ser y no fue

Rosana Peiró^{a,b} / Nieves Ramón^a / Carlos Álvarez-Dardet^{b,c} / Concha Colomer^{b,d} / Carmela Moya^{b,d} /
Carme Borrell^{b,e} / Antoni Plasència^{a,f} / Eduardo Zafra^g / María Isabel Pasarín^e

^aCentro de Salud Pública de Alzira. Consejería de Sanidad. Generalitat Valenciana. Alzira. Valencia. España.

^bRed Temática de Investigación de Salud y Género. Instituto de Salud Carlos III. Madrid. España.

^cDepartamento de Salud Pública. Universidad de Alicante. Alicante. España.

^dEscuela Valenciana de Estudios para la Salud. Consejería de Sanidad. Generalitat Valenciana. Valencia. España.

^eAgència de Salut Pública de Barcelona. Barcelona. España.

^fUniversitat Autònoma de Barcelona. Cerdanyola del Vallès. Barcelona. España.

^gServicio de asistencia sociosanitaria. Consejería de Sanidad. Generalitat Valenciana. Valencia. España.

Este estudio ha sido parcialmente financiado por una beca educativa libre de Merck Sharp & Dohme.

La Red de Investigación sobre Género y Salud (RIGS) está parcialmente financiada por el Instituto de Salud Carlos III del Ministerio de Sanidad y Consumo (ayuda G03/042).

Correspondencia: Rosana Peiró. Centro de Salud Pública de Alzira. Pau, s/n. 46600 Alzira. Valencia. España.

Correo electrónico: peiro_ros@gva.es

Recibido: 22 de septiembre de 2003.

Aceptado: 22 de diciembre de 2003.

(Gender sensitivity in the formulation of Spanish health plans: what it could have been but wasn't)

Resumen

Objetivo: Examinar de forma sistemática la sensibilidad de género en las políticas formuladas en los planes de salud, de las comunidades autónomas (CCAA) de España que lo tienen disponible. Definimos «sensibilidad de género» como el grado en que los planes de salud tienen en cuenta la existencia del género como categoría de relación y desarrollan acciones para aminorar las desigualdades debidas a éste.

Material y métodos: Se diseñó un cuestionario con una estructura similar a la de los planes de salud, que a su vez están basados en la propuesta de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Éstos tienen una parte introductoria, que hemos denominado de «contenido simbólico» y describe objetivos y valores generales del plan de salud, y otra, que hemos denominado el «contenido operativo» del plan de salud, donde se concretan los objetivos específicos y las intervenciones para conseguirlos. Se construyen índices de sensibilidad simbólica de género y de sensibilidad operativa de género.

Resultados: Se analizaron 13 planes de salud. El País Vasco, la Comunidad Valenciana y Canarias tienen un alto índice de sensibilidad simbólica que no se corresponde en todas las comunidades con su índice de sensibilidad operativa. El País Vasco, Cataluña y Galicia tienen los índices de sensibilidad operativa de género más altos.

Conclusiones: La sensibilidad de género en los planes de salud es muy desigual por CCAA. Algunas vías para la acción serían la formación de coaliciones y redes de profesionales y colectivos para poner de manifiesto el problema, así como construir sobre la experiencia de las CCAA con mayor sensibilidad de género en sus propuestas.

Palabras clave: Plan de salud. Desigualdad. Sensibilidad de género. Política sanitaria.

Abstract

Aim: To systematically examine gender sensitivity in the policies formulated in the health plans of the various Autonomous Communities in Spain in which these plans are available. We defined gender sensitivity as the extent to which the health plans took gender into account as a relation category and developed interventions to ameliorate gender-related inequalities.

Material and methods: A questionnaire with a structure similar to that of the health plans, which were based on the World Health Organization's proposal, was designed. The questionnaire consisted of an introductory section, which we called the «symbolic content», and described the general objectives and values of the health plan. In the other section, which we called the «operative content» of the health plan, the specific objectives and the interventions to achieve them were expressed in concrete terms. A gender sensitivity symbolic index and gender sensitivity operative index were constructed.

Results: Thirteen health plans were analyzed. Those of the Basque Country, the Valencian Community and the Canary Islands showed high symbolic content, which did not always match their subsequent operative implementation. The health plans of the Basque Country, Catalonia and Galicia showed the greatest operative gender sensitivity.

Conclusions: Gender sensitivity in health plans varies widely among Autonomous Communities. Some channels for action would be to set up partnerships and networks for health professionals and collectives in order to raise awareness of the problem and build on the experience of the Autonomous Communities whose initiatives are carried out with the greatest gender sensitivity.

Key words: Health plan. Inequality. Gender sensitivity. Health policy.

Introducción

El interés por las desigualdades en salud ha ido creciendo en los últimos años. La Organización Mundial de la Salud (OMS) las define como las variaciones que son innecesarias, evitables e injustas¹. La justicia es un valor y la mayor o menor adhesión de una sociedad compromete la intervención para que el conocimiento disponible se transforme en acciones y políticas poblacionales para su consecución.

Las diferencias biológicas, sexuales, culturales y sociales entre los hombres y las mujeres tienen implicaciones respecto a cómo y cuáles son los problemas de salud que les afectan; por tanto, también en cuanto a sus necesidades de intervención sanitaria y social²⁻⁴. El sexo, en el sentido biológico, interfiere por las diferencias en los efectos de los tratamientos, los resultados de las pruebas diagnósticas y la presentación de los signos y síntomas clínicos entre los hombres y las mujeres²⁻¹⁴. El sexo, relacionado con el hecho diferencial reproductivo, produce diferencias entre hombres y mujeres, y necesidades específicas^{2-5,15,16}. El género es un concepto que incorpora los factores sociales asociados a los diferentes patrones de socialización de hombres y mujeres, que tiene que ver con los roles familiares, las expectativas laborales, los tipos de ocupación y la cultura social, que interfiere también en el proceso de salud y enfermedad^{2-5,17-20}.

La invisibilidad de estas formas de producir desigualdad perpetúa la cadena de situaciones que acaba produciendo un patrón diferencial respecto de qué y cómo enfermar y morir entre los hombres y las mujeres. Desde una perspectiva de salud pública, el interés por las desigualdades de género aparece porque esta situación de salud diferenciada se produce por la consistencia epidemiológica de que el género (masculino y femenino) es un determinante de la salud frente a la consideración del sexo como un factor de confusión²⁻²¹. Que además este conocimiento se transforme en intervención tiene que ver con la acción de políticas de salud, por su capacidad potencial de actuar sobre los factores de la distinta vulnerabilidad de las mujeres y los hombres para modificarlos, y su capacidad de organizar los recursos sanitarios para abordar la enfermedad.

Las políticas de salud se concretan de forma explícita en un documento público, que en nuestro país son los planes de salud. Éstos planes son nuestro objeto de análisis y contienen, para un período determinado, los principios y valores que los rigen, los objetivos a conseguir y las estrategias e intervenciones que se van a llevar a cabo para conseguirlo. El plan de salud es el resultado de la denominada «construcción de una política» y describe los problemas de salud y las propuestas de intervención que han entrado en la agenda política como resultado del juego de intereses y poder de los diferentes actores²²⁻²⁵.

Nuestro objetivo es describir los planes de las comunidades autónomas (CCAA) y comparar su sensibilidad de género, definida como la medida en que los planes de salud tienen en cuenta la existencia del género como categoría de relación y desarrollan acciones para aminorar las desigualdades debidas a éste. Sabemos que el análisis de la formulación es el análisis de las intenciones, y no de las intervenciones que realmente se implantan, pero estas intenciones explícitas recogidas en los planes de salud pueden informar sobre los ejes en los que se mueven estas políticas, y que finalmente inspirarán las acciones que se lleven a cabo^{22,24}. Pero además, este análisis también puede informar acerca de los problemas de salud que no han llegado ni siquiera a formularse como tales en el espacio retórico, el de la formulación; por tanto, informa de los temas sobre los que no se actúa, ya que difícilmente se interviene sobre algo que no ha entrado en la agenda política²²⁻²⁴.

El objetivo de este trabajo es examinar de forma sistemática la sensibilidad de género en las políticas formuladas en los planes de salud de las CCAA de España que disponen de ellos.

Material y métodos

Diseño del estudio

Descripción de la sensibilidad de género de los planes de salud de las CCAA, a partir de su revisión sistemática mediante un cuestionario que se utiliza de guía de lectura, diseñado a tal efecto y que se describe más adelante. Los planes de salud identificados fueron leídos en su totalidad por una persona (N.R.) y 7 de ellos por 2 (N.R. y R.P.), siguiendo dicho cuestionario de lectura. La sensibilidad de género de un plan de salud es mayor cuanto mayor es el número de respuestas positivas a las preguntas del cuestionario. Este instrumento revisa exclusivamente si, dado un tipo de propuesta de acción en un plan de salud, ésta incluye el género como categoría de relación y las intervenciones para aminorar la desigualdad que se derive; por tanto, no realiza ninguna valoración sobre la priorización que cada plan de salud ha realizado. Se construyen índices de sensibilidad para cada uno de los apartados de los planes de salud que se revisan, y se describen en un apartado a continuación. Los resultados se muestran en tablas con un símbolo cuando la respuesta es afirmativa y en blanco cuando ésta es negativa.

Descripción de la estructura de los planes de salud

Los planes de salud tienen una estructura basada en, y por tanto, similar a la estrategia de «Salud para

Todos en el año 2000» de la OMS, con una parte general e introductoria y una segunda parte donde se describen los problemas de salud, los entornos para la salud y los objetivos de apoyo, que prioriza esta estrategia y, por tanto, sobre los que se va a intervenir²⁶.

Siguiendo esta estructura, los planes de salud en España tienen, mayoritariamente, una primera parte introductoria y general donde se describe la situación socioeconómica, cultural y de estado de salud de la comunidad autónoma a la que hace referencia, en muchos casos comparada con la situación en otras áreas geográficas (CCAA, España, Europa). También incluyen unos objetivos generales y los valores y principios que deben regir, transversalmente, la segunda parte de los planes de salud, que describe las intervenciones a realizar de una forma más concreta. Esta parte contiene los problemas de salud que han sido priorizados con una descripción epidemiológica de su situación, los objetivos con la cuantificación en porcentaje de los cambios que se pretende conseguir y las intervenciones con las que se pretende alcanzar estos objetivos. Además, y siguiendo la estructura de «Salud para todos» de la OMS, los planes de salud suelen contar con 2 apartados más. En uno de ellos se describen los entornos para la salud donde se va a priorizar la intervención, entendidos éstos como el lugar y el contexto social en que las personas desarrollan las actividades diarias y en el cual interactúan factores ambientales, organizativos y personales que determinan la salud y el bienestar²⁷ (la escuela, la ciudad, el centro de salud, el lugar de trabajo, etc.). El otro apartado incluye los objetivos relacionados con los problemas de salud de forma indirecta, como los sistemas de información, la investigación, la formación y demás.

Comunidades autónomas estudiadas

Los planes de salud se han obtenido mediante una búsqueda a través de Internet en las consejerías de salud de las diferentes CCAA, donde se han localizado 12 de ellos. Posteriormente, se hizo un contacto telefónico y se localizó uno más. De las 17 CCAA, se han obtenido los planes de salud de Andalucía²⁸, Canarias²⁹, Comunidad Valenciana³⁰, Cataluña³¹, Navarra³², País Vasco³³, Extremadura³⁴, Murcia³⁵, Galicia³⁶, Aragón³⁷, Castilla y León³⁸, Castilla-La Mancha³⁹ y Baleares⁴⁰. Cantabria, La Rioja y la Comunidad de Madrid actualmente no lo tienen disponible. En Asturias está en proceso de realización. Siempre se seleccionó el último plan de salud disponible.

Diseño del cuestionario y método de utilización

Para describir y comparar los diferentes planes de salud de las CCAA de forma sistemática, se diseñó un

cuestionario como guía de lectura para recoger información (tabla 1). Las preguntas de las que consta se seleccionaron teniendo en cuenta las guías para la evaluación del impacto de género que se estaban utilizando en otras instituciones, como la Unión Europea o la Organización Panamericana de la salud (OPS)⁴¹. Éstas

Tabla 1. Cuestionario para la revisión sistemática de la sensibilidad de género en los planes de salud, para los contenidos simbólicos y operativos

Contenidos simbólicos
¿Se describe la situación general de los determinantes sociales comparados con los problemas de salud desagregados por sexo?
Entre los principios y valores, ¿reducir las desigualdades o específicamente las de género es uno de los ejes?
Entre los objetivos generales, ¿se menciona la reducción de desigualdades o específicamente las de género?
Contenidos operativos
<i>En los problemas de salud priorizados en el plan de salud</i>
En la descripción de la situación de salud
¿Describe el problema de salud desagregado por sexo?
En la intervención
¿Propone objetivos específicos para la reducción de las desigualdades de género en la población?
¿Propone líneas de actuación para la reducción de las desigualdades de género en la población?
¿Propone objetivos específicos y líneas de actuación para grupos de exclusión social?
<i>En los entornos para la salud</i>
En la descripción de la situación de salud
¿Describe la situación de salud en el entorno específico desagregada por sexo?
En la intervención
¿Propone objetivos específicos para la reducción de las desigualdades de género en la población?
¿Propone líneas de actuación para la reducción de las desigualdades de género en la población?
¿Propone objetivos específicos y líneas de actuación para grupos de exclusión social?
<i>En los objetivos de apoyo al desarrollo del plan</i>
En la descripción de la situación de salud
¿Describe la necesidad de su desarrollo y sus implicaciones con respecto al género?
En la intervención
¿Propone objetivos para su desarrollo con implicación de género para la población?
¿Propone líneas de actuación con implicaciones de género para la población?
¿Propone objetivos específicos y líneas de actuación para grupos de exclusión social?
<i>En capítulos específicos</i>
¿Incluye un apartado sobre salud reproductiva?
¿Incluye un apartado sobre salud de las mujeres en población general?
¿Incluye un apartado de población excluida con objetivos y líneas de actuación?

recomiendan, a grandes rasgos, la comprobación de que exista una información desagregada por sexo y, si ésta describe situaciones de salud diferentes entre hombres y mujeres, que se incluyan las intervenciones adecuadas para cada una, ya que las propuestas uniformes para situaciones de partida diferentes pueden producir desigualdad de género.

A la primera parte general e introductoria del plan de salud la hemos denominado «contenido simbólico» y a la segunda parte, «contenido operativo», siguiendo la clasificación utilizada en el análisis comparado de políticas de género⁴².

Las 3 preguntas que revisan la sensibilidad de género en la parte general e introductoria (contenidos simbólicos) se encuentran descritas en ese apartado de la tabla 1. Aquéllas revisan si en la introducción hay un apartado de situación de salud general desagregado por sexo, si alguno de los objetivos generales es sobre equidad o si entre los valores y principios del plan de salud se menciona la equidad. Las preguntas que revisan los contenidos operativos de cada plan de salud se encuentran descritas en dicho apartado de la tabla 1. El cuestionario revisa sistemáticamente, mediante una respuesta afirmativa o negativa a 4 preguntas, si para cada problema de salud priorizado, entorno de salud propuesto para la intervención y objetivo de apoyo al plan de salud, se proporciona información sobre la descripción de la situación por sexos y se incluyen objetivos específicos e intervenciones para alcanzarlos, tanto en la población general como en grupos de exclusión, que tengan en cuenta las implicaciones de género. También se describe como parte de los contenidos operativos la existencia de apartados específicos sobre salud reproductiva, salud de la mujer y población excluida (tabla 1).

De los 13 planes de salud, 7 fueron revisados por 2 personas con el objeto de identificar los desacuerdos, consensuar las decisiones para las situaciones dudosas y sistematizar más la utilización del cuestionario. En el apartado de los contenidos simbólicos, como criterio general, se clasificaba como afirmativo cuando se citaba la equidad, independientemente del grado de concreción que el plan utilice, cuando sólo algunos datos estaban desagregados por sexo, o en los objetivos o intervenciones se mencionara «teniendo en cuenta los grupos con necesidades específicas» o frases similares. En los contenidos operativos se siguió el mismo criterio. Con esto se pretendía que, si la subjetividad implícita en esta forma de clasificación producía un sesgo de mala clasificación, éste tendiera a la sobrestimación de la sensibilidad de género.

Índices de sensibilidad de género

Definimos sensibilidad de género como la medida en que las políticas o los planes tienen en cuenta la exis-

tencia del género como categoría de relación y desarrollan acciones para aminorar las desigualdades debidas a ello. Construimos un índice de sensibilidad de género para cada uno de los apartados del cuestionario, resultado de respuestas dicotómicas (sí/no) a las preguntas que se observan en la tabla 1. El «índice de sensibilidad simbólica» tiene un rango de 0 a 3: nulo representa 0 respuestas afirmativas; bajo representa una; medio, 2 y alto, las 3 respuestas afirmativas.

Para los contenidos operativos se construyen el «índice de sensibilidad operativa para la descripción de la situación», que tiene un rango de 0 a 1, y el «índice de sensibilidad operativa para la intervención», con un rango de 0 a 3 en el mismo sentido (entre nulo y alto, respectivamente). Éstos se describen para cada problema de salud, cada entorno para la salud y cada objetivo de apoyo al desarrollo del plan donde se analiza las propuestas de implantación. Se presenta cada apartado en una tabla donde cada símbolo es una respuesta afirmativa.

Un plan de salud dado tiene una sensibilidad simbólica mayor cuando tiene un mayor número de símbolos, con un máximo de 3, y que corresponden a 3 respuestas afirmativas del cuestionario usado para la revisión del contenido simbólico. Un plan de salud dado tiene una sensibilidad operativa para los problemas de salud mayor cuantas más descripciones de la situación por sexos y objetivos específicos y de intervención por género propone para cada problema de salud que se incluye en su plan. Lo mismo para el índice de sensibilidad operativa en los entornos para la salud y los objetivos de apoyo al plan de salud.

Los resultados se presentan en tablas descriptivas, sin resumir la información. Esta forma de presentación cumple mejor los objetivos de este trabajo de describir la situación e incita a la mejora por la comparación con otras CCAA.

Resultados

Índice de sensibilidad simbólica de género por comunidades autónomas

En la tabla 2 se observan los resultados sobre la sensibilidad simbólica de género en los planes de salud de las 13 CCAA estudiadas. Los planes de salud del País Vasco, la Comunidad Valenciana y Canarias tienen el índice de sensibilidad simbólica más alto, que corresponde a 3, e indica que realizan una introducción a la descripción social y de salud de la población con la información desagregada por sexo y, además, entre sus valores, principios y objetivos generales se encuentra la reducción de las desigualdades. El polo opuesto lo representan Navarra, Galicia y Extremadura, donde en

Tabla 2. Índice de sensibilidad simbólica en los planes de salud por comunidades autónomas

	Sensibilidad simbólica
Andalucía	♂ ♀
Aragón	♂
Baleares	♂ ♀
Canarias	♂ ♀ ♀
Castilla-La Mancha	♂
Castilla y León	♂
Cataluña	♂
Extremadura	
Galicia	
Murcia	♂ ♀
Navarra	
País Vasco	♂ ♀ ♀
Comunidad Valenciana	♂ ♀ ♀

Cada símbolo es una respuesta afirmativa a cualquiera de las preguntas del cuestionario del apartado contenidos simbólicos.

ninguno de los apartados introductorios de planes de salud se cita la equidad como uno de sus ejes prioritarios. Los planes de salud del resto de las CCAA tienen un índice de sensibilidad simbólica bajo o medio, es decir, la equidad es un eje u objetivo prioritario pero no incluyen información general de salud por sexos o la situación inversa, se proporciona información pero no se menciona como objetivo prioritario.

Índices de sensibilidad operativa de género para la descripción y la intervención en los problemas de salud

La tabla 3 muestra los índices de sensibilidad operativa de género y se observa que más CCAA proporcionan la descripción de los problemas de salud por sexos que las que realizan propuestas de intervención por género. Baleares proporciona información por sexo para los 8 problemas de salud incluidos en su plan de salud, seguido del de Cataluña, que lo hace en 15 de los 17 problemas de salud incluidos. Los planes de salud de Murcia y Navarra incluyen información desagregada excepto para 3 problemas de salud, y los de Galicia, el País Vasco y Canarias lo hacen excepto para 4. La situación contraria es la de Castilla y León, cuyo plan de salud no proporciona la descripción por sexo de ninguno de los problemas de salud, seguida por Andalucía, cuyo plan de salud no describe la situación por sexo para 9 de sus 11 problemas de salud, y la Comunidad Valenciana, que no lo hace en 7 de los 14 problemas de salud que incluye.

Los símbolos a la derecha de la barra diagonal en la tabla 3 muestran la sensibilidad operativa por la intervención. Tres CCAA destacan por su mayor número de propuestas de intervención. El País Vasco

propone acciones diferenciadas para el total de los 9 problemas de salud que describe por sexo, Galicia propone intervenciones diferenciadas para 11 de 12 problemas de salud, y Cataluña lo hace en 10 de los 15 problemas de salud para los que incluye información desagregada. Navarra, Castilla-La Mancha, Castilla y León y Baleares son el grupo de CCAA cuyos planes tienen un menor número de propuestas de intervención.

El tabaquismo, la enfermedad oncológica y los accidentes de tráfico son los problemas de salud para los que más CCAA (11, 12 y 12, respectivamente) presentan información por sexos. En el sentido contrario, destaca el envejecimiento y la salud mental como problemas de salud que incluyen la mayoría de los planes (11 de las 13 CCAA estudiadas), pero sólo 3 y 4, respectivamente, proporcionan información por sexo. La enfermedad oncológica es el problema de salud sobre el que se proponen más intervenciones, fundamentalmente debido a la especificación de intervenciones en cánceres ligados al sexo. El número de CCAA que proponen intervenciones con sensibilidad de género en los accidentes de tráfico y el tabaquismo se reduce mucho, aun a pesar de que estaban entre los problemas de salud de los que mayoritariamente se presenta la información desagregada por sexo.

El País Vasco es la comunidad con mayor sensibilidad de género, con un índice de sensibilidad operativa alto para 3 problemas de salud: tabaquismo, enfermedad cardiovascular y enfermedad oncológica. El plan de salud del País Vasco presenta una información desagregada y propone objetivos e intervenciones específicas en la población general y en grupos vulnerables. Cataluña lo hace para el VIH/sida, y ninguna otra comunidad tiene un índice de sensibilidad operativa alto para sus problemas de salud. El plan de salud de Galicia presenta un índice de sensibilidad operativa media para 5 de los 11 problemas de salud para los que propone intervenciones.

Índices de sensibilidad operativa de género para la descripción y la intervención en los entornos para la salud

La tabla 4 muestra los entornos que han seleccionado la mayoría de los planes de salud como adecuados para realizar intervenciones que mejoren la salud. Tanto para la información como para las propuestas, los índices son bajos. Las CCAA de Murcia, País Vasco y Baleares presentan en sus planes de salud datos desagregados para el entorno laboral, y Aragón identifica el medio escolar como idóneo y propone mejorar la equidad en ese entorno dentro del programa de escuelas promotoras de salud. El resto no identifica los entornos como una posibilidad para las actuaciones en la reducción de desigualdades.

Tabla 3. Índices de sensibilidad operativa para la descripción de la situación y para la intervención por problemas de salud y por comunidades autónomas

	Andalucía	Aragón	Islas Balears	Canarias	Castilla- La Mancha	Castilla y León	Cataluña	Extremadura	Galicia	Murcia	Navarra	País Vasco	Comunidad Valenciana	Totales N (n/n) ^e
Tabaco	/	♀/♂	♀/♂	♀/♂	♀/♂		♀/♂	♀/♂	♀/♂	♀/♂	♀/♂	♀/♂	♀/♂	12 (11/4)
Alcohol y drogas	/	/		♀/♂	♀/♂		♀/♂	♀/♂	♀/♂	♀/♂		♀/♂	♀/♂	10 (8/3)
Alimentación		♀/♂		/	/		/	♀/♂	/			♀/♂	♀/♂	8 (3/2)
Ejercicio físico	/	♀/♂	♀/♂	♀/♂	/	/	♀/♂	/	♀/♂	/	/	♀/♂	♀/♂	13 (6/5)
Diabetes	♀/♂	♀/♂	♀/♂	♀/♂			♀/♂	♀/♂	♀/♂	♀/♂	♀/♂	♀/♂	♀/♂	10 (10/6)
Enfermedad cardiovascular y cerebrovascular	/ ♀	♀/♂	♀/♂	♀/♂	♀/♂	/	♀/♂	♀/♂	♀/♂	♀/♂	♀/♂	♀/♂	♀/♂	13 (11/3)
Enfermedad oncológica	♀/♂	♀/♂	♀/♂	♀/♂	♀/♂	/	♀/♂	♀/♂	♀/♂	♀/♂	♀/♂	♀/♂	♀/♂	13 (12/12)
Enfermedad osteoarticular				♀/♂			♀/♂		♀/♂				/	4 (3/3)
Enfermedad neurodegenerativa					♀/♂		♀/♂		/		♀/♂			4 (3/0)
Accidentes de tráfico	♀/♂	♀/♂	♀/♂	♀/♂	♀/♂	/	♀/♂	♀/♂	♀/♂	♀/♂	♀/♂	♀/♂	♀/♂	13 (12/2)
Violencia	/ ♀	/	♀/♂	/	♀/♂	/	♀/♂	♀/♂	♀/♂	♀/♂	/		/	11 (4/5)
Enfermedad respiratoria	/			/			♀/♂	♀/♂	/				♀/♂	6 (2/1)
Enfermedades infecciosas	/ ♀	♀/♂		♀/♂	/	/	♀/♂	♀/♂	♀/♂	♀/♂		/		10 (3/6)
Enfermedades prevenibles por vacunación	/	/		/	/	/ ♀	/	/	/ ♀	/		/	/	10 (0/2)
VIH/sida	♀/♂	♀/♂		♀/♂	♀/♂	/ ♀	♀/♂	♀/♂	♀/♂	♀/♂	♀/♂	♀/♂	♀/♂	11 (9/6)
Salud mental	/			♀/♂	/	/	♀/♂	/	/	♀/♂	/	♀/♂	/	11 (4/1)
Área socio-sanitaria														
Envejecimiento		/	♀/♂	/	/	/	♀/♂	/	♀/♂	/	/	/	/ ♀	11 (3/2)
Totales N (n/n) ^d	13 (4/4)	13 (8/3)	8 (8/2)	16 (11/6)	14 (8/1)	10 (0/2)	17 (15/10)	15 (8/5)	16 (12/11)	12 (8/5)	9 (6/1)	13 (9/9)	14 (7/4)	

El índice de sensibilidad operativa para la descripción de la situación (0-1) se encuentra a la izquierda de la barra diagonal. El índice de sensibilidad operativa para la intervención (0-3) se encuentra a la derecha.

Una celda en blanco significa que ese problema de salud no se menciona en el plan de salud. La barra diagonal sola significa que el problema de salud se menciona, pero su abordaje tiene sensibilidad de género 0.

^aObjetivos o líneas de actuación sobre patología mamaria y/o cérvix y/o endometrio. ^bObjetivos o líneas de actuación sobre el embarazo.

^cN: número de CCAA que tratan ese problema de salud; (n/n): número de CCAA que describen la situación por sexos en ese problema de salud/número que proponen intervenciones por género.

^dN: número de problemas de salud en el plan de salud de la CCAA; (n/n): número de problemas de salud de los que se aporta información por sexo/número de problemas de salud para los que se proponen intervenciones por género.

Índices de sensibilidad operativa de género para la descripción y la intervención en los objetivos de apoyo al desarrollo de los planes de salud

La tabla 5 muestra los objetivos de apoyo al desarrollo de los planes de salud. El plan de salud de Galicia propone una intervención para la recogida de información con respecto al cáncer de mama. Aragón identifica las desigualdades como problema de salud, la debilidad en la información que actualmente dispone y la necesidad de mejorar los sistemas de información para poder tener mejor conocimiento de la situación.

Apartados sobre salud reproductiva, salud de la mujer y grupos de exclusión

La tabla 6 muestra las CCAA que presentan capítulos sobre salud reproductiva con temas relacionados con la maternidad, el climaterio y el niño sano. Sólo el plan de salud del País Vasco incluye un apartado sobre salud de las mujeres respecto al impacto de los diferentes patrones de socialización y roles familiares en la salud.

Tabla 4. Índices de sensibilidad operativa para la descripción de la situación y para la intervención por comunidades autónomas y por entornos para la salud

	Andalucía	Aragón	Islas Baleares	Canarias	Castilla- La Mancha	Castilla y León	Cataluña	Extremadura	Galicia	Murcia	Navarra	País Vasco	Comunidad Valenciana	Totales N (n/n) ^a
Entorno para la salud														
Salud laboral	/	/	/♂	/	/	/	/	/	/	/♂	/	/♂	/	11 (0/3)
Medio ambiente	/	/		/	/	/	/	/	/			/	/	10 (0/0)
Salud en el medio escolar		/♂				/		/				/	/	5 (0/1)
Ciudades saludables	/				/			/						3 (0/0)
Prisiones										/			/	2 (0/0)
Servicios de atención primaria			/		/	/	/	/		/		/		7(0/0)
Servicios hospitalarios			/	/	/	/	/	/		/		/		8 (0/0)
Totales, N (n/n) ^b	3 (0/0)	3 (0/1)	3 (0/1)	3 (0/0)	5 (0/0)	4 (0/0)	4 (0/0)	6 (0/0)	2 (0/0)	4 (0/1)	0 (0/0)	5 (0/1)	4(0/0)	

El índice de sensibilidad operativa para la descripción de la situación (0-1) se encuentra a la izquierda de la barra diagonal. El índice de sensibilidad operativa para la intervención (0-3) se encuentra a la derecha.

La celda en blanco significa que ese entorno para la salud no se menciona en el plan de salud. La barra diagonal sola, que ese entorno para la salud se menciona pero su abordaje tiene sensibilidad de género 0.

^aN: número de CCAA que tratan ese entorno para la salud; (n/n): número de CCAA que describen la situación por sexos en ese entorno para la salud/número de las que proponen intervenciones por género.

^bN: número de entornos para la salud propuestos en el plan de salud de la comunidad autónoma; (n/n): número de entornos para la salud en los que se aporta información por sexo/número de entornos para la salud en los que se proponen intervenciones por género.

Índices de sensibilidad operativa frente a índice de sensibilidad simbólica

En la tabla 3 se observan los contenidos operativos con relación a los problemas de salud. Por una parte, mientras que el plan de salud del País Vasco, con un índice de sensibilidad simbólico elevado, se mantiene con un alto contenido operativo en sus propuestas, los planes de Canarias y la Comunidad Valenciana han reducido considerablemente su sensibilidad de género en el momento de concretar propuestas de intervención. La situación contraria se produce en el plan de salud de Galicia, con un índice en sensibilidad simbólica 0 y una sensibilidad operativa alta, ya que describe su situación por sexos para 12 de los 16 problemas de salud que prioriza y, excepto en el envejecimiento, para todos los demás realiza alguna propuesta para la reducción de la desigualdad de género.

Discusión

Los planes de salud de las CCAA estudiadas muestran importantes diferencias en cuanto a la sensibilidad de género, entendida como el grado en que tienen en cuenta el género como categoría de relación

y desarrollan acciones para reducir las desigualdades debidas a ello. Los planes de salud de Baleares, Cataluña, Murcia y Navarra son las que tienen el mayor índice de sensibilidad operativa en la descripción de los problemas de salud. El País Vasco, Cataluña y Galicia son las CCAA con mayor sensibilidad operativa para la intervención, tanto por el número de problemas de salud sobre los que hacen propuestas como porque algunas de ellas tienen un índice alto. Navarra y Baleares, con un índice de sensibilidad alto en la descripción, se encuentran entre las CCAA con un índice operativo para la intervención más bajo. La sensibilidad simbólica que explicitan los planes de salud de algunas CCAA no siempre se corresponde con su operativización, y algunas de ellas tienen posiciones extremas entre ambas. Aragón es la comunidad que propone más intervenciones sobre los entornos y los sistemas de apoyo a los planes de salud, aunque se mantienen todas en un nivel bajo o nulo. Sólo el País Vasco incluye un apartado sobre salud de género no reproductiva, y sería la comunidad con mayor sensibilidad de género en los planes de salud, con un índice alto, tanto en los contenidos simbólicos como en su traducción a contenidos operativos para la implantación.

Esta situación de índice de sensibilidad simbólica alto y sensibilidad operativa más baja ya se identificó en España para otros problemas relacionados con la

Tabla 5. Índices de sensibilidad operativa para la descripción de la situación y la intervención por comunidades autónomas y objetivos de apoyo

	Andalucía	Aragón	Islas Baleares	Canarias	Castilla-La Mancha	Castilla y León	Cataluña	Extremadura	Galicia	Murcia	Navarra	País Vasco	Comunidad Valenciana	Totales N (n/n) ^a
Objetivos de apoyo														
Sistemas de información	/	♂/♀	/	/	/	/	/	/	/♀ ^c	/	/	/	/	10 (1/2)
Formación	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	11 (0/0)
Investigación	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	10 (0/0)
N(n/n) ^b	3 (0/0)	3 (1/1)	3 (0/0)	2 (0/0)	3 (0/0)	3 (0/0)	2 (0/0)	3 (0/0)	1 (0/1)	3 (0/0)	2 (0/0)	0 (0/0)	3 (0/0)	

El índice de sensibilidad operativa para la descripción de la situación (0-1) se encuentra a la izquierda de la barra diagonal. El índice de sensibilidad operativa para la intervención (0-3) se encuentra a la derecha.

La celda en blanco significa que ese objetivo de apoyo no se menciona en el plan de salud. La barra diagonal sola, que ese objetivo de apoyo se menciona pero su abordaje tiene sensibilidad de género 0.

^aN: número de CCAA que tratan ese objetivo de apoyo; (n/n): número de CCAA que describen la situación por sexo para ese objetivo de apoyo/número de las que proponen intervenciones por género.

^bN: número de objetivos de apoyo propuestos en el plan de salud de la comunidad autónoma; (n/n): número de objetivos de apoyo en los que se aporta información por sexo/número de objetivos de apoyo en los que se proponen intervenciones por género.

^cInformación con respecto al cáncer de mama.

entrada de la mujer en el mundo del trabajo o la conciliación de la vida familiar y laboral⁴². Y no produce sorpresa, ya que la implantación de las políticas forma parte del proceso de desarrollo conjunto de una sociedad y, por tanto, difícilmente se llevarán a cabo políticas de reducción de las desigualdades de género en el sector de la salud si no se desarrollan también en los otros ámbitos.

La sensibilidad de género es mayor para la descripción de los problemas de salud que para las propuestas de intervención. Esto podría tener múltiples explicaciones. Una de ellas podría ser el resultado del esfuerzo de personas y colectivos profesionales para que habitualmente se desagreguen los datos por sexos y se obtenga información sobre la salud relacionada con el género⁴³⁻⁴⁵. En términos de desarrollo de políticas, esto significaría que nos encontramos en una fase muy inicial de medición de la situación de las desigualdades y lejos todavía de que se puedan implantar estrategias reales; de momento, sólo algunas CCAA han respondido realizando propuestas. Los politólogos identifican varias fases en la construcción e implantación de las políticas: una primera fase sería la construcción social de las desigualdades de género como problema de salud, que implica la participación de diferentes actores con información de la situación y preocupación social, seguida de la fase de formulación de políticas, que implica una priorización de propuestas que se quiere llevar a cabo para aminorar el problema, y posteriormente se producirían las fases de implantación y de evaluación de resultados^{22,23,46,47}. De hecho, el análisis muestra que la sensibilidad de género con mayor peso es la del componente de la descripción de la situación, mientras que el número de intervenciones para la reducción de las diferencias de

salud entre hombres y mujeres propuestas en estos mismos planes de salud es muy bajo. Más aún si tenemos en cuenta que gran parte de las intervenciones que se proponen tienen que ver con la reproducción, ya que son seguimientos especiales en situaciones de embarazo, lactancia o cánceres ginecológicos.

Se ha observado un índice de sensibilidad de género muy bajo en los entornos para la salud, entendidos como el lugar y el contexto social en que las personas desarrollan las actividades diarias y en el cual interactúan factores ambientales, organizativos y personales que afectan a la salud y el bienestar²⁷. Esta situación negativa se acentúa más por la pérdida que supone la inhibición en un ámbito con oportunidades muy amplias para la intervención⁴⁸. La descripción de la si-

Tabla 6. Existencia de los apartados específicos de salud reproductiva, de la mujer y de exclusión y vulnerabilidad por comunidades autónomas

	Salud reproductiva	Salud de la mujer	Exclusión y vulnerabilidad social
Andalucía	♀		♀
Aragón	♀		♀
Islas Baleares	♀		
Canarias	♀		
Castilla-La Mancha	♀		♀
Castilla y León			
Cataluña	♀		
Extremadura	♀		
Galicia	♀		
Murcia			♀
Navarra			
País Vasco	♀	♀	♀
Comunidad Valenciana	♀		

tuación en entornos para la salud como el medio escolar, las prisiones o el medio laboral podría dar muchas pistas sobre posibilidades de actuación. Además, esta forma de abordar los problemas de salud permite describir con mayor claridad las causas que dependen del medio físico y social y no sólo las relacionadas estrictamente con el comportamiento individual. Sobre todo porque, si las personas que trabajan en salud no muestran la importancia de los efectos de otras políticas (p. ej., la educación o las condiciones laborales) sobre la enfermedad, la forma de enfermar y los grupos a los que más afecta, difícilmente los que las diseñan pueden pensar en los efectos de aquéllas en la salud. La infrautilización del potencial de acción de los entornos para la salud aplicado a servicios sanitarios como la atención primaria merece un comentario especial. Los inicios del desarrollo de la atención primaria estuvieron centrados en mejorar la equidad de acceso; así, la prioridad para muchas CCAA fue su desarrollo en las zonas más deprimidas. Una vez conseguido este objetivo, el plan de salud de alguna comunidad expresa explícitamente en su introducción que la equidad ya se ha conseguido y, por tanto, deja de ser un objetivo prioritario cuando la información que se produce muestra que la desigualdad existe⁴⁹, y que la intervención con objetivos y seguimiento dirigidos a su reducción desde la atención primaria tiene éxito⁵⁰.

De las limitaciones

Aunque los planes de salud presentan contenidos similares, hay diferencias en su organización difiere entre ellos. Por ello, se sistematizó la recogida de información mediante el cuestionario, y 7 de ellos fueron revisados por 2 autoras con criterios para las situaciones dudosas que tendieran a la sobrestimación. El cuestionario se diseñó teniendo en cuenta las guías que con objetivos similares, aunque no específicamente de salud, se están utilizando en diferentes instituciones⁴¹. Una de las ventajas del cuestionario utilizado es que los elementos que incluye (información, objetivos e intervenciones sobre población general y en población excluida para la reducción de desigualdades por género) son fáciles de identificar.

Una limitación de este estudio puede ser su utilidad, ligada a que los planes de salud finalmente se consoliden como instrumento movilizador de recursos humanos y personales hacia unos objetivos concretos, y que diferentes revisiones han mostrado su debilidad al no haberse cumplido las expectativas iniciales^{51,52}. Sin embargo, no ha sido nuestro objetivo entrar en esta discusión, cuyas limitaciones y ventajas ya han sido identificadas en las revisiones mencionadas.

¿Por qué permanece invisible? Construcción social de las desigualdades de género como problema de salud

La descripción de los conceptos, las desigualdades de género y cómo éstas afectan a la salud ha aumentado considerablemente en los últimos años. Sin embargo, la aplicación de estos conocimientos a la práctica no se ha producido. Por ello, existe actualmente un gran escalón entre lo que «se sabe» y lo que «se hace» para abordar las desigualdades de género. Los profesionales han producido información sobre las desigualdades de salud por género²⁻²⁰ y evidencian que es un problema importante en cuanto a su magnitud. Sin embargo, que este problema de salud entre en la agenda no tiene que ver con su importancia, sino con la capacidad de persuasión y la capacidad de definirlo conceptualmente²²⁻²⁴. Ciertamente, se necesita evidencia para argumentar que es un problema de salud, pero la construcción social de las desigualdades de salud por género como problema sanitario requiere diferentes actores y grupos interesados para que aboguen por esta inclusión, entendida como una combinación de acciones individuales y sociales destinadas a conseguir compromisos políticos, apoyo para las políticas de salud, aceptación social y apoyo de los sistemas para un determinado objetivo o programa de salud²⁷.

En España, la magnitud del problema tiene poco que ver con las políticas y programas que se proponen y las desigualdades en salud no son un problema prioritario, según se desprende de una revisión realizada para el informe SESPAS⁵³. La identificación social de los problemas tiene que ver con el poder de que se dispone para ponerlos de manifiesto²²⁻²⁴. Y actualmente la extensión del debate de las desigualdades de género a la sociedad presenta un panorama difuso, con pocas expectativas de dejarse oír en un contexto político donde el abordaje de las desigualdades de salud y la producción de información sobre su situación no es una prioridad. También por la confusión entre las palabras «política» (*politics*) y «políticas» (*policies*), 2 actividades relacionadas pero muy diferentes²²⁻²⁴. La primera tiene que ver con el poder y el uso de las diferentes estrategias para mantenerse en él o aumentarlo, mientras que la segunda tiene que ver con la acción (las políticas), desposeída de la búsqueda de poder pero ligada a los márgenes para la acción que el poder (la política) impone. Pero la habilidad de los grupos para influir los debates sobre cuestiones que afectan a la salud pública y dirigir la atención a algunas cuestiones en vez de a otras es parte de la «construcción social de los problemas de salud», que es lo que en la actualidad hace que se tenga la impresión de que las conductas individuales representan la causa más importante de los problemas de salud²⁵.

Instrumentos para el cambio: creación de redes, modelos de buena práctica y bases de datos de experiencias

Algunos instrumentos que pueden revertir la situación de las desigualdades en España son la creación de redes de profesionales que actúen abogando para que estos problemas entren en agenda. Las organizaciones tipo red son las que funcionan de forma transversal frente a la organización jerárquica clásica. Las redes producen sinergia entre sus recursos mediante estrategias colaborativas y están basadas en el intercambio de información. Hay redes internacionales de investigación sobre género, activas también en la arena de las políticas, que producen y diseminan información⁴². Un ejemplo para el caso español sería la Red de Investigación sobre Género y Salud (RISG), que tiene, como valor añadido a su actividad investigadora sobre las desigualdades de género, la capacidad de abogar produciendo información para la población. Con este papel de abogacía se intentaría dar respuesta a las preguntas que propuso Milio como cruciales para activar las políticas públicas saludables⁵⁴: ¿qué políti-

cas harían las opciones más saludables, en este caso las que reducen más las desigualdades de género, las más fáciles de elegir por los políticos y los que les apoyan?, ¿cómo deberían estar formuladas estas políticas para abordar la reducción de desigualdades de género para que sean las más fáciles de defender por ellos y sus seguidores? La primera pregunta se responde en términos de ganancia en salud: sabemos bastante sobre qué intervenciones producirían mejoras en la salud. La segunda se responde en términos de proceso (cómo llevarlas a cabo), y para esto se tiene menos experiencia tanto en la implantación como en el coste de oportunidad entre las otras alternativas posibles de intervención, más fáciles de defender.

Construir sobre la experiencia de las CCAA con mayor sensibilidad operativa de género para la intervención, como el País Vasco, Cataluña y Galicia, o con mayor sensibilidad de género para la descripción de la situación, como Baleares, mediante el intercambio de experiencias o procesos de *benchmarking*, podría beneficiar de forma rápida al resto de las CCAA reduciendo las desigualdades en la sensibilidad de género entre ellas.

Bibliografía

- Whitehead M. Conceptos y principios de igualdad y salud. Copenhague: Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para Europa; 1990.
- Krieger N. Gender, sexes and health: what are the connections—and why does it matter? *Int J Epidemiol* 2003;32:652-7.
- Rohlfs I, Borrell C, Fonseca M. Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos. *Gac Sanit* 2000;14(Supl 3):60-71.
- Doyal L. Sex, gender, and health: the need for a new approach. *BMJ* 2001;323:1061-3.
- Standing H. Gender and equity in health sector reform programmes: a review. *Health Policy Planning* 1997;12:1-18.
- Rathore SS, Wang Y, Krumholz HM. Sex-based differences in the effect of digoxin for the treatment of heart failure. *N Engl J Med* 2002;347:1403-11.
- Hochman JS, Tamis JE, Thompson TD, Weaver WD, White HD, Van de Werf F, et al. Sex, clinical presentation, and outcome in patients with acute coronary syndromes. Global use of strategies to open occluded coronary arteries in acute coronary syndromes IIb investigators. *N Engl J Med* 1999;341:226-32.
- Vaccarino V, Parsons L, Every NR, Barron HV, Krumholz HM. Sex-based differences in early mortality after myocardial infarction. National Registry of Myocardial Infarction 2 participants. *N Engl J Med* 1999;341:217-25.
- Ayanian JZ, Epstein AM. Differences in the use of procedures between women and men hospitalized for coronary heart disease. *N Engl J Med* 1991;325:221-5.
- Steingart RM, Packer M, Hamm P, Coglianese ME, Gersh B, Geltman EM, et al. Sex differences in the management of coronary artery disease. Survival and ventricular enlargement investigators. *N Engl J Med* 1991;325:226-30.
- Aguilar MD, Lazaro P, Fitch K, Luengo S. Gender differences in clinical status at time of coronary revascularisation in Spain. *J Epidemiol Community Health* 2002;56:555-9.
- Langhammer A, Johnsen R, Gulsvik A, Holmen TL, Bjermer L. Sex differences in lung vulnerability to tobacco smoking. *Eur Respir J* 2003;21:1017-23.
- Lacey EA, Walters SJ. Continuing inequality: gender and social class influences on self perceived health after a heart attack. *J Epidemiol Community Health* 2003;57:622-7.
- Keitt SK, Wagner CR, Tong C, Marts SA. Understanding the biology of sex and gender differences: using subgroup analysis and statistical design to detect sex differences in clinical trials. *Med Gen Med* 2003;5:39.
- Peiró R, Colomer C, Álvarez-Dardet C, Ashton JR. Does the liberalisation of abortion laws increase the number of abortions? *Eur J Public Health* 2001;11:190-4.
- World Health Organization. Gender and health: technical paper 1998. WHO/FRH/WHO/98.16. Geneva: World Health Organization, 1998.
- Lardelli Claret P, De Dios Luna del Castillo J, Jiménez Monleón JJ, Bueno Cavanillas A, García Martín M, Gálvez Vargas R. Age and sex differences in the risk of causing vehicle collisions in Spain, 1990 to 1999. *Accid Anal Prev* 2003;35:261-72.
- Artazcoz L, Borrell C, Benach J. Gender inequalities in health among workers: the relation with family demands. *J Epidemiol Community Health* 2001;55:639-47.
- Zierler S, Krieger N. Reframing women's risk: social inequalities and HIV infection. *Annu Rev Public Health* 1997;18:401-36.
- Rohlfs I. Desigualtats de gènere en la salut. En: Borrell C, Benach J, coordinadors. *Les desigualtats en la salut a Catalunya*. Barcelona: Fundació Jaume Bofill; 2002. p.179-216.
- Benach J, Yasui Y, Borrell C, Sáez M, Pasarín MI. Material deprivation and leading causes of death by gender: eviden-

- ce from a nationwide small area study. *J Epidemiol Community Health* 2001;55:239-45.
22. Walt G. *Health Policy. An introduction to process and power*. London: Zed Books; 1994.
 23. Subirats J. *El análisis de las políticas públicas*. *Gac Sanit* 2001;15:259-64.
 24. Meny I, Thoening JC. *Las políticas públicas*. Barcelona: Ariel Ciencia Política; 1992.
 25. *Research Unit in Health and Behavioural Change*. University of Edinburgh. *Changing the Public Health*. London: John Wiley & Sons; 1989.
 26. Organización Mundial de la Salud. *Objetivos de salud: salud para todos en el año 2000*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1991.
 27. Organización Mundial de la Salud. *Promoción de la salud. Glosario*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1998.
 28. *II Plan Andaluz de Salud 1999-2002*. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Sevilla: Dirección General de Salud Pública y Participación; 1999.
 29. *Plan de Salud de Canarias 1997-2001*. Servicio Canario de Salud. Servicio del Plan de Salud e Investigación. Disponible en: <http://www.gobiernodecanarias.org>
 30. *II Plan de Salud de la Comunidad Valenciana 2001-2004*. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanidad. Valencia: Dirección General para la Salud Pública; 2001.
 31. *Pla de Salut de Catalunya 2002-2005. Estratègies de salut per a l'any 2010*. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social; 2002.
 32. *II Plan de Salud de Navarra 2001-2005*. Gobierno de Navarra. Departamento de Sanidad. *Anales Sis San Navarra* 2001; 24(Supl 3).
 33. *Políticas de salud para Euskadi. Plan de Salud 2002-2010*. Vitoria: Gobierno Vasco. Departamento de Sanidad; 2002.
 34. *Plan de Salud de Extremadura 2001-2004*. Badajoz: Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Consumo. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitaria; 2001.
 35. *III Plan de Salud de la Región de Murcia 2003-2007*. Murcia: Consejería de Sanidad y Consumo de Murcia; 2003. Disponible en: <http://www.murciasalud.es>
 36. *Plan de Salud de Galicia 2002-2005*. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia. Consellería de Sanidad. Secretaría General; 2002.
 37. *Plan de Salud de Aragón*. Zaragoza: Diputación General de Aragón, Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo, Dirección General de Salud Pública; 1999.
 38. Decreto 212/1998, de 8 de octubre, por el que se aprueba el segundo Plan de Salud de la Comunidad de Castilla y León.
 39. *Plan de Salud de Castilla-La Mancha 2001-2010*. Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha. Consejería de Sanidad.
 40. *Pla de Salut de les Illes Balears*. Govern de les Illes Balears. Conselleria de Salut i Consum. Direcció General de Salut Pública i Participació; 2003.
 41. *Guía para la evaluación del impacto en función del género* [consultado 05/09/2003]. Disponible en: http://europa.eu.int/comm/employment_social/equ_opp/gender/gender_es.pdf
 42. Mazur AG. *Blueprint policy. Theorizing feminist policy*. London: Oxford University Press; 2002. p. 47-51.
 43. *Recomanacions*. En: Borrell C, Benach J, coordinadors. *Les desigualtats en la salut a Catalunya*. Barcelona: Fundació Jaume Bofill; 2002. p. 335-40.
 44. *La salud pública desde la perspectiva de género y clase*. En: Borrell C, García-Calvente MM, Martí JV, editores. *Informe SESPAS* [en prensa]. *Gac Sanit* 2004.
 45. *Grupo de trabajo de género y salud pública de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS)*. Disponible en: <http://www.easp.es/sespas.genero.htm>
 46. Whitehead M. *Diffusion of ideas on social inequalities in health: a European perspective*. *Milbank Q* 1998;76:469-92.
 47. Gisbert R, Tresserras R. *De la teoría a la práctica. Elaborando planes de salud para el nuevo siglo*. *Gac Sanit* 2001;15:291-3.
 48. *Informe de la IUHPE para la Comisión Europea. La evidencia de la eficacia de la promoción de la salud. Configurando la Salud Pública en una Nueva Europa*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2000.
 49. *Comisión científica de estudios de las desigualdades sociales en salud en España. Desigualdades sociales en salud en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1996.
 50. Bernal E, Pradas F. *Prioridades en vigilancia en Salud Pública: de nuevo, desigualdades en salud*. En: Cabasés JM, Villalbí JR, Aibar C, editores. *Informe SESPAS 2002. Invertir para la salud. Prioridades en salud pública*. Madrid: SESPAS; 2002.
 51. Van Herten LM, Gunning-Schepers LJ. *Targets as a tool in health policy (part I): lessons learned*. *Health Policy* 2000;53:1-11.
 52. Gisbert R, Van der Water HPA, Van Herten LM. *La introducción de objetivos de salud en el marco de la política sanitaria española: una revisión documental del proceso*. *Gac Sanit* 2000; 14(Supl 3):34-44.
 53. Diez E, Peiró R. *Intervenciones para disminuir las desigualdades en salud en España*. En: Borrell C, García-Calvente MM, Martí JV, editores. *Informe SESPAS* [en prensa]. *Gac Sanit* 2004.
 54. Milio N. *Making healthy public policy, developing the science by learning the art: an ecological framework for policy studies*. En: Badura B, Kickbusck I, editors. *Health promotion research*. Copenhagen: World Health Organization Regional Publications; 1991. European series, n.º 37.