



closingap

Women for a Healthy Economy Informe 1 Noviembre 2018



Coste de oportunidad de la brecha de género en la salud



CG

closingap

04

Un compromiso ineludible

Introducción de Marieta Jiménez



06

ClosinGap

Women for a healthy economy



12

El coste de oportunidad de la brecha de género en salud

Desigualdades en la prevalencia de enfermedades y hábitos de vida

La reducción de la tasa de fertilidad tiene efectos en la salud demográfica y económica del país

El rol del cuidador no profesional desde la perspectiva de género

El empleo y sus consecuencias en la salud

Sesgos inconscientes de género en la salud

Las mujeres viven cuatro años más pero con peor salud



52

Conclusiones



56

Anexo

Metodología

Descripción metodológica

La reducción de la tasa de fertilidad tiene efectos en la salud demográfica y económica del país

El rol del cuidador no profesional desde la perspectiva de género

El empleo y sus consecuencias en la salud

Sesgos inconscientes de género en la salud

Las mujeres viven cuatro años más, pero con peor salud

Definiciones de trabajo



61

Bibliografía

Fuentes de información

Bibliografía



00

Un compromiso ineludible

Marieta Jiménez
Presidenta de ClosinGap
Presidenta y Directora General de Merck



Tengo el honor de presentar el primer informe -sobre la brecha de género en salud- del clúster **ClosinGap. Women for a Healthy Economy**, plataforma de empresas constituida en septiembre de 2018 con la participación de Merck, MAPFRE, Vodafone, Repsol, Meliá Hotels International, Mahou San Miguel y Solán de Cabras, L'Oréal y BMW Group y un empeño común: calcular el impacto económico de las diferentes brechas de género en España.

Queremos poner cifras a una realidad que existe y está en la agenda pública, que tiene una vertiente claramente social pero también importantes consecuencias económicas que vamos a cuantificar, investigar, analizar y contribuir a eliminar. Este es, precisamente, el elemento que hace única a nuestra iniciativa. El abordaje de la desigualdad desde una óptica distinta: la de los números que otorgan mayor contundencia a la realidad social que subyace en cada brecha de género.

¿Cuál es el coste de oportunidad de desaprovechar el talento femenino? ¿Qué consecuencias medibles y cuantificables tiene la desigualdad entre las mujeres y los hombres en ámbitos como la salud, la conciliación, la digitalización, las pensiones, la movilidad, el turismo, el tiempo libre o el consumo?

Las empresas que formamos hoy **ClosinGap**, y las que se vayan incorporando, adquirimos un triple compromiso. En primer lugar, la generación de los datos y su análisis. En segundo lugar, la elaboración conjunta de recomendaciones para ayudar a cerrar las brechas de género. Por último, la puesta en marcha en nuestras organizaciones de medidas concretas dirigidas a eliminar cualquier desigualdad de género y a garantizar el aprovechamiento del talento de las mujeres.

Este primer informe analiza la brecha de género en salud y lo lideramos desde Merck, empresa de ciencia y tecnología con presencia en 66 países que tengo el honor de dirigir en España. El impulso de la ciencia y la investigación están en el ADN de nuestra compañía, con un objetivo principal: ayudar a crear, mejorar y prolongar la vida de las personas; ya sea desde el desarrollo de fármacos innovadores, tecnologías de laboratorio e investigación o materiales tan cotidianos como los cristales líquidos de nuestros teléfonos móviles. Y siempre desde el compromiso de la sostenibilidad.

Permítanme adelantar solo una de las conclusiones de este informe sobre la brecha de salud: las mujeres viven más años, pero con peor salud que los hombres. De eliminarse estas desigualdades, el ahorro potencial que supondría para el conjunto de la sociedad que las mujeres llegaran a la edad avanzada con mejor salud sería de casi 9.000 millones de euros al año, equivalente al 0,8% del PIB.

Me despido ya agradeciendo la confianza y el compromiso de las empresas que se han sumado a este retador proyecto. Estoy convencida de que la única manera de cambiar el mundo y construir una economía más saludable es aprovechar el talento de todas las personas; hombres y mujeres. Y para ello hay que eliminar las brechas de género. Nos va el futuro en ello.

01

ClosinGap. Women for a healthy economy



En el año 2014, Merck puso en marcha a nivel global el programa **Healthy Women, Healthy Economies** en colaboración con el Foro de Cooperación Económica Asia Pacífico con el fin de eliminar los obstáculos que impiden aprovechar todo el potencial que tienen las mujeres. Poco tiempo después, esta iniciativa era considerada por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) como un programa clave para lograr los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

Ahora, cuatro años después, Merck ha decidido impulsar en España la creación de **ClosinGap. Women for a healthy economy**. El objetivo de este clúster, presentado públicamente el 7 de septiembre de 2018, es **analizar el coste de oportunidad que tiene para la economía la persistencia de desigualdades** en ámbitos como la salud, la conciliación, las pensiones, el uso del tiempo libre, el consumo, el turismo, la movilidad o la digitalización.

Estas son algunas de las brechas que todavía persisten entre hombres y mujeres a pesar de que **España se encuentra entre los 25 países mejor situados** (24) de los 144 estudiados en el *Global Gender Gap Report*¹ del Foro Económico Mundial, que estima que nuestro país ha sido capaz de cerrar hasta el momento cerca de un 75% de su brecha de género.

El estudio, publicado en noviembre de 2017, sitúa a España en la línea de la media de Europa Occidental y **en mejor situación que la media global**, que da por cerrada un 68% de la brecha de género.

Además, de acuerdo al último Eurobarómetro sobre Igualdad de Género², **los españoles** –tras suecos y finlandeses- **son los europeos que más declaran su apoyo y compromiso de contribución activa a la igualdad** de género en la economía, las empresas, la promoción de una sociedad justa y democrática o la propia esfera personal.

Distintos estudios oficiales ponen de manifiesto periódicamente **algunas de las consecuencias más significativas de estas desigualdades**: pensiones hasta un 40% más bajas en el caso de las mujeres, mayor disponibilidad de tiempo libre en hombres o permisos casi exclusivamente solicitados por mujeres para el cuidado de hijos o familiares en situación de dependencia, entre otras.

El propósito de **ClosinGap** es partir de estas consecuencias sociales e ir **un paso más allá** mediante el estudio de los

efectos que estas brechas de género tienen en términos económicos y de pérdida de talento femenino. En otras palabras, **cuánto deja de crecer nuestro país** por no aprovechar todo el potencial de las mujeres.

El informe *A way forward for Spain*, publicado por McKinsey³ en 2017, cuantificó que, “de no haberse producido una entrada de mujeres en el mundo laboral como la efectuada en la década de 1990, **el PIB español del año 2015 habría sido un 18% menor**”.

A partir de esta realidad, la pregunta que cabe formularse es **cuál es el potencial y el talento que España pierde de forma específica por cada una de las brechas** de género.

Con el ánimo de contribuir a encontrar respuestas a esta pregunta, las empresas que forman el clúster van a impulsar la publicación de informes periódicos destinados a analizar desde este punto de vista las principales brechas de género. Hasta la fecha, están ya previstos los siguientes campos de estudio⁴.

Empresa que lidera del análisis	Coste de oportunidad analizado
Merck	Brecha en la salud
Repsol	Brecha en la conciliación
MAPFRE	Brecha en las pensiones
Mahou San Miguel y Solán de Cabras	Brecha en el ocio
L'Oréal	Brecha en el consumo
BMW Group	Brecha en la movilidad
Meliá Hotels International	Brecha en el turismo
Vodafone	Brecha en el ámbito digital

El que aquí se presenta es el primero de esta serie de estudios monográficos y tiene como fin analizar algunas de las principales causas y efectos de la desigualdad entre mujeres y hombres en el ámbito de la salud y generar el debate necesario en nuestra sociedad para poder acelerar el cierre de la brecha global de género que, según el Foro Económico Mundial, al ritmo actual podría llevar alrededor de 170 años⁵.

Para ello, se ha partido de dos conceptos clave:

Brecha de género en salud, definida como el conjunto de desigualdades existentes en el estado de **bienestar físico, psicológico, social y espiritual por condición de género** y, por tanto, susceptibles de ser evitables.

El **coste de oportunidad** es el **valor económico de la alternativa a la que se renuncia al decidirse por una determinada actuación o gasto**. El valor económico citado iguala a los beneficios que se habrían obtenido de haber elegido la mejor alternativa posible. Existe siempre un coste de oportunidad porque los recursos disponibles

son limitados (ya se trate de dinero o tiempo) ya que es precisamente esta circunstancia la que obliga a elegir entre las opciones posibles.



1 The Global Gender Gap Report, 2017.

2 Special Eurobarometer 465, 2017.

3 A way forward for Spain, 2017.

4 El análisis del impacto económico de las distintas brechas ha requerido realizar una cuidadosa asignación de dimensiones para evitar solapamientos o coincidencias, y ha adaptado un criterio conservador de forma tal que puedan ser interpretadas como un umbral mínimo.

5 The Global Gender Gap Report 2016 (World Economic Forum).

La salud, factor determinante del bienestar de las personas



En España, el 74% de la población valora su salud positivamente.

6 Encuesta Nacional de Salud (ENS; INE, 2017).

7 Barómetro Sanitario (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2018)

8 Disponible en <https://www.bloomberg.com/news/articles/2018-09-19/u-s-near-bottom-of-health-index-hong-kong-and-singapore-at-top>

9 Para este trabajo, se ha realizado un análisis en profundidad de Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud (INCLASNS; MSCBS), la Base de Datos Clínicos de Atención Primaria – BDCAP (MSCBS, 2015), el Conjunto Mínimo Básico de Datos – Atención Ambulatoria Especializada (CMBD-AAE) (MSCBS, 2015), el Conjunto Mínimo Básico de Datos – Hospitalización (CMBD-H) (MSCBS, 2015) y la Estadística de defunciones según la causa de muerte (INE, 2016).

10 Encuesta Nacional de Salud (ENS; INE, 2017).

11 Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de Atención Ambulatoria Especializada (CMBD-AAE) y de Hospitalización (CMBD-H) y Base de Datos de Clínicos de Atención Primaria (BDCAP, MSCBS).

12 Encuesta Nacional de Salud

13 El análisis efectuado para identificar las brechas de género en las patologías clínicas registradas en los distintos niveles de atención sanitaria (primaria / hospitalaria) parte de una visión general del total de diagnósticos médicos identificados, a partir del cual (i) se eliminan aquellos relacionados con el aparato genital -tanto de hombres (H) como de mujeres (M), incluidas mamas; (ii) se calcula la frecuencia de cada diagnóstico para cada sexo sobre el total de personas/diagnósticos de cada sexo; (iii) se calcula la ratio entre ambas frecuencias tanto desde la perspectiva masculina (H/M) como de la femenina (M/H); y (iv) sobre estas ratios se identifican aquellas cuya incidencia es superior a 2 veces la observada para el sexo opuesto y se eliminan aquellos diagnósticos con frecuencia < 1% para cada sexo sobre el total del sexo correspondiente.

En España, el **74% de la población valora su salud positivamente**, según la Encuesta Nacional de Salud (ENS) elaborada por el Instituto Nacional de Estadística (INE) y publicada en 2018⁶, que pone de manifiesto una mejoría en la percepción en la última década tanto en hombres como en mujeres, así como en todos los grupos de edad, excepto en el de 75 y más años.

La ENS evidencia, asimismo, que **“aumenta la prevalencia de las enfermedades crónicas**, los factores de riesgo cardiovascular, metabólicos y las enfermedades del apartado locomotor”, y que se incrementa **“la población con limitaciones y discapacidad funcional”**.

Este aumento de la cronicidad es consecuencia del **crecimiento de la esperanza de vida**, que también supone un mayor uso del sistema sanitario público. Los ciudadanos lo valoran con **6,68 puntos sobre 10 en el Barómetro Sanitario** del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social⁷.

Un Sistema Nacional de Salud que cuenta, según datos de 2016, con **175.118 profesionales médicos** (de los que el 47,7% son hombres y el 52,3% mujeres) y **186.033 profesionales de enfermería** (de los que el 85,9% son mujeres y apenas el 14,1% hombres).

En Atención Primaria (AP) la distribución de **profesionales médicos** por sexo muestra un patrón menos equilibrado (41,8% hombres y 58,2% mujeres) que en Atención Especializada (AE) (49,2% hombres y 50,8% mujeres); desequilibrio que, de forma más acusada, se observa en la distribución de los **profesionales de enfermería**: mientras que el 78,7% del personal de enfermería en AP son mujeres, asciende al 87,2% en AE.

El trabajo de estos profesionales y el funcionamiento del conjunto del sistema sanitario español es valorado muy positivamente a nivel global, ocupando el **tercer puesto tras Hong Kong y Singapur en el último ranking elaborado por Bloomberg**⁸, que analiza los costes médicos, la calidad asistencial y la esperanza y nivel de vida. Igualmente, The Lancet sitúa a la **sanidad española entre las 20 primeras de su Healthcare Access and Quality Index**, con 92 puntos sobre 100.

Sin embargo, las estadísticas de morbilidad y mortalidad⁹ y la propia ENS¹⁰ evidencian un **número acotado de brechas de género en sa-**

lud. Así, esta última pone de manifiesto que **“los hombres valoran su salud favorablemente (78%) con mayor frecuencia que las mujeres (70%)”** y añade que **“la brecha se ensancha según se desciende en la escala social”**.

Con el fin de llevar a cabo el análisis que es objeto de este informe, se ha procurado acompañar el **ciclo de vida de las personas (hombres y mujeres) en relación a su salud y a su relación con los servicios sanitarios** a partir de un **diagnóstico** que se nutre de las estadísticas oficiales procedentes del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social y del INE, principalmente.

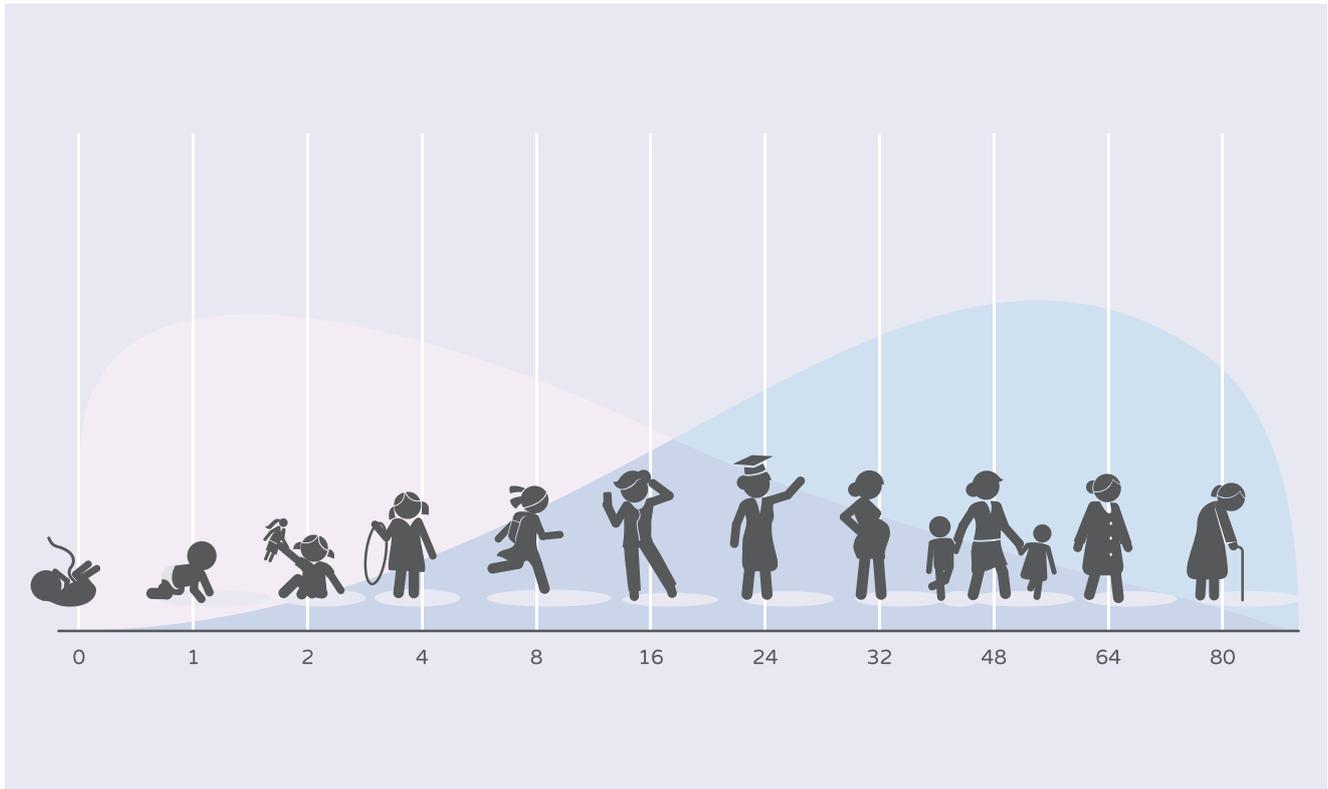
El análisis se ciñe al registro de indicadores que informan sobre la salud de las personas y las posibles desigualdades de género existentes, tanto aquellos que emanan de la oferta de servicios sanitarios¹¹ como de la demanda (personas)¹² comenzando con atención primaria (identificación de problemas de salud), seguida de atención hospitalaria (diagnósticos y procedimientos clínicos) para concluir con las diferencias de morbilidad y mortalidad entre hombres y mujeres¹³.



Causas de las desigualdades entre mujeres y hombres en salud

Los patrones de salud de las personas están determinados por **causas biológicas (naturales) y sociales (convenciones)** que determinan los diferentes tipos de riesgos a lo largo de la vida, desde la más temprana infancia hasta la edad avanzada pasando por la adolescencia, juventud, edad adulta (periodos fértiles en el caso de las mujeres) y mayor.

Figura 1. Ciclo de vida



Los factores biológicos

Los factores biológicos predisponen genéticamente a determinados problemas de salud y enfermedades. Responden a diferencias biológicas singulares entre mujeres y hombres como la **maternidad**, las **patologías prevalentes** y la **mayor longevidad**.

Los factores sociales

Los factores sociales determinan la vulnerabilidad de las personas en función del género, la edad, la renta, el nivel educativo, la situación laboral y la residencia, entre otros atributos demográficos, geográficos y socio-económicos. En este grupo, destacan de acuerdo con la literatura¹⁴, los **cuidados** informales o no

profesionales de terceros, generalmente familiares (hijos, mayores, dependientes, enfermos); el **acceso y uso de los servicios de salud**; los **sesgos inconscientes de género en salud**; los **estilos de vida y conductas de riesgo**; los **estereotipos**; y los **sectores o actividades predominantes en el ámbito laboral (ocupación)**.



¹⁴ Entre otros, Sen G, Östlin P. (2007), "Unequal, Unfair, Ineffective and Inefficient. Gender Inequity in Health: Why it exists and how we can change it". Geneva: WHO; 2007. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/wgekn_final_report_07.pdf y "Desigualdades de género en salud: Un análisis descriptivo de la salud de los españoles y las españolas" (Número 27. Panorama Social, Primer Semestre 2018), disponible en: https://www.funcas.es/publicaciones_new/Sumario.aspx?IdRef=4-15027.

Ambos tipos de factores repercuten en la salud de las mujeres durante toda su vida, especialmente en el periodo de edad fértil y a su término¹⁵, así como durante la edad avanzada cuando, además, se encuentran en situación de soledad¹⁶. Los riesgos para la salud no son por tanto neutrales respecto al género, como tampoco lo son sus efectos, susceptibles de ser evitables, para lo cual es preciso identificarlos.



Figura 2. Causas de las brechas de género en salud



Efectos de la brecha de género en salud

El estado de salud tiene efectos económicos y en el bienestar.

El deterioro de la salud reduce la capacidad de generación de ingresos, produce costes directos, indirectos e intangibles, repercute en la salud demográfica y económica del país, en la calidad del capital humano, en la productividad y limita el potencial de crecimiento tanto personal como del conjunto de la economía.

En el momento en que esa ausencia de salud presenta un comportamiento diferente en hombres y mujeres es cuando nos encontramos ante una brecha de género.

Figura 3. Caracterización de efectos de la desigualdad de género en salud en términos de PIB y bienestar social

Fuente: Afi

En el ámbito personal/familiar	Para la economía	En presupuestos públicos
Capacidad de generación de ingresos	Salud demográfica	Eficacia y eficiencia en asignación de recursos públicos
Costes incurridos	Capital humano	-
Bienestar	Potencial de crecimiento	-

En consecuencia, el cálculo del coste de oportunidad en términos económicos se realiza a partir de la estimación que distintos efectos generados por la brecha de género en salud tienen en la economía y el bienestar de las personas y de la sociedad en su conjunto, a través de su incidencia en la capacidad de generación de ingresos, en la calidad del capital humano y en la asignación de recursos, entre otros.

¹⁵ Desde la menarquia hasta la menopausia y a partir de entonces.
¹⁶ El 72% de los hogares unipersonales de más de 65 años están integrados por mujeres; el 82% de las personas declaradas en situación de viudedad de más de 65 años viviendo solas son mujeres (INE).

Se destacan los siguientes efectos por grupo de causas identificadas¹⁷:

	Coste de oportunidad		
	Ámbito personal y familiar	Conjunto de la economía y sociedad	Presupuestos públicos
Desigualdades en la prevalencia de enfermedades y hábitos de vida	<p>Problemas de salud, patologías y causas principales de muerte</p> <p>Efectos en morbilidad y mortalidad en corto, medio y largo plazo. Tabaco, alcohol, sedentarismo, obesidad, prácticas de riesgo que producen accidentes</p> <p>Acceso y uso de servicios de atención primaria y atención hospitalaria</p>		
	Secuelas físicas, sociales y psicológicas a la persona afectada, su familia y entorno próximo.		Deterioro de salud mental / trastornos de la conducta alimentaria (TCA)
La reducción en la tasa de fertilidad tiene efectos en la salud demográfica y económica del país		Salud demográfica → Crecimiento de la población y población en edad de trabajar (PET) → Crecimiento del PIB potencial → Tasa de dependencia	
El rol del cuidador desde la perspectiva de género	Deterioro de salud física y mental. Renuncia a ingresos por ocupación	Dedicación que generaría empleos potenciales de cuidadores profesionales	Incapacidad temporal en cuidadoras informales por depresión, ansiedad
El empleo y sus consecuencias en la salud	Sectores de ocupación Exposición y acumulación de exposición a agentes Accidentes de trabajo		Duración de recuperación enfermedades profesionales
Sesgos inconscientes de género en la salud	Precisión en diagnósticos y procedimientos		
Las mujeres viven cuatro años más pero con peor salud		Un mejor cuidado de la salud durante toda la vida ahorra costes de cuidados en edad avanzada.	
	Proyección cualitativa	Estimación cuantitativa	

¹⁷ Otros efectos asociados a la productividad, la disponibilidad de tiempo destinado a actividades productivas (incluida formación), autocuidados u ocio y los efectos producidos por el descolgamiento o interrupción de carreras profesionales serán analizados desde la perspectiva de otras brechas, tales como conciliación, ocio y consumo.

02

El coste de oportunidad de la brecha de género en salud



2.1

Desigualdades en la prevalencia de enfermedades y hábitos de vida

Para conocer el estado de salud e identificar las diferencias en patologías prevalentes se parte del análisis de las estadísticas de diagnósticos en atención primaria (BDCAP) y hospitalaria (especializada CMBD-AAE y hospitalizaciones CMBD-H), que permiten, además, poner el foco en los distintos grupos de edad -jóvenes (0-24 años), adultos jóvenes (25-44), adultos mayores (45-64) y mayores (65 años y más)- y, de este modo, acompañar el análisis a lo largo del ciclo de vida de las personas¹⁸.

Atención Primaria (AP)

Los problemas de salud (PS)¹⁹ por los que acuden hombres y mujeres a los servicios de AP son similares para todas las edades, si bien:

- Los hombres destacan en problemas generales, aparato respiratorio y digestivo, piel y faneras²⁰.

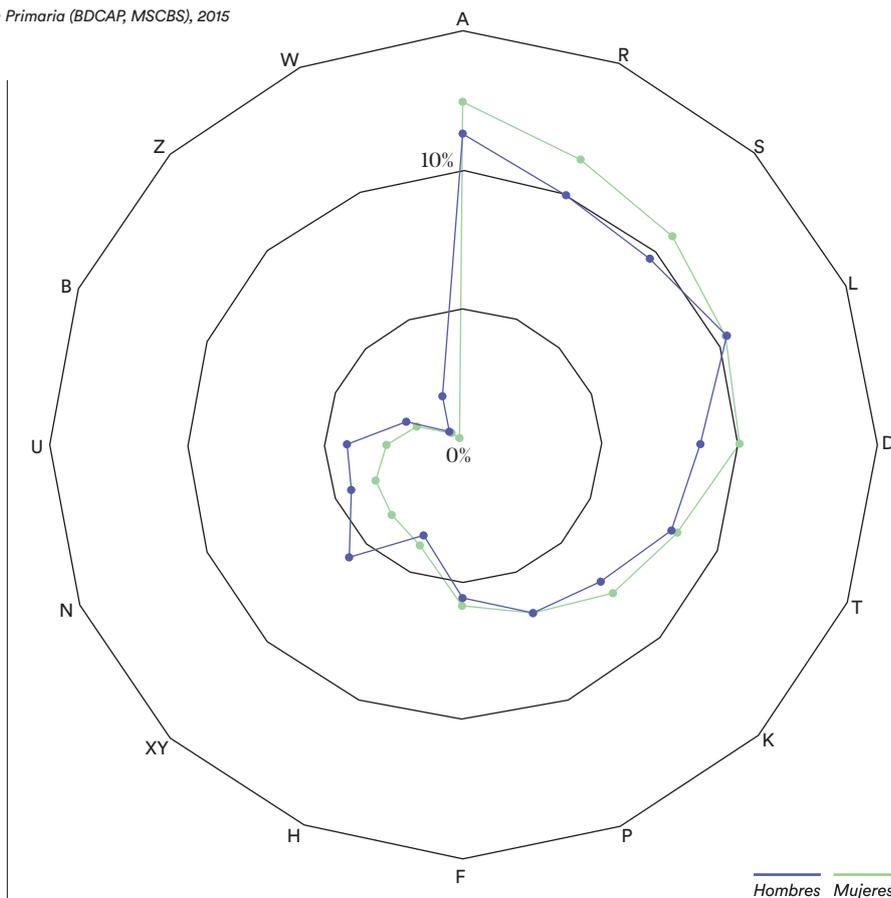
- Las mujeres destacan en aparato genital y urinario, sistema nervioso y planificación familiar, embarazo, parto y puerperio.

La diferencia más pronunciada, como es lógico, se produce en el grupo de **planificación familiar, embarazo, parto y puerperio**, pues en las mujeres los diagnósticos de este grupo se producen 7,9 veces más que en los hombres, seguido por los aparatos genital (1,6 veces), urinario (1,5 veces) y sistema nervioso (1,3 veces), todos con una ratio superior en el caso de las mujeres. El resto de ratios se mueven en torno a 1, indicando que no existe mucha diferencia entre hombres y mujeres.

Figura 4. AP. PS. Efectos de la brecha de género en salud

Fuente: Afi, a partir de Base de Datos de Clínicos de Atención Primaria (BDCAP, MSCBS), 2015

- A: Problemas generales e inespecíficos
- R: Aparato respiratorio
- S: Piel y faneras
- L: Aparato Locomotor
- D: Aparato digestivo
- T: Aparato endocrino, metabolismo y nutrición
- K: Aparato circulatorio
- P: Problemas psicológicos
- F: Ojo y anejos
- H: Aparato auditivo
- XY: Aparato genital
- N: Sistema nervioso
- U: Aparato urinario
- B: Sangre, órganos opoyéticos y sistema inmunitario (Linfáticos, bazo y médula ósea)
- Z: Problemas sociales
- W: Planificación familiar, embarazo parto y puerperio



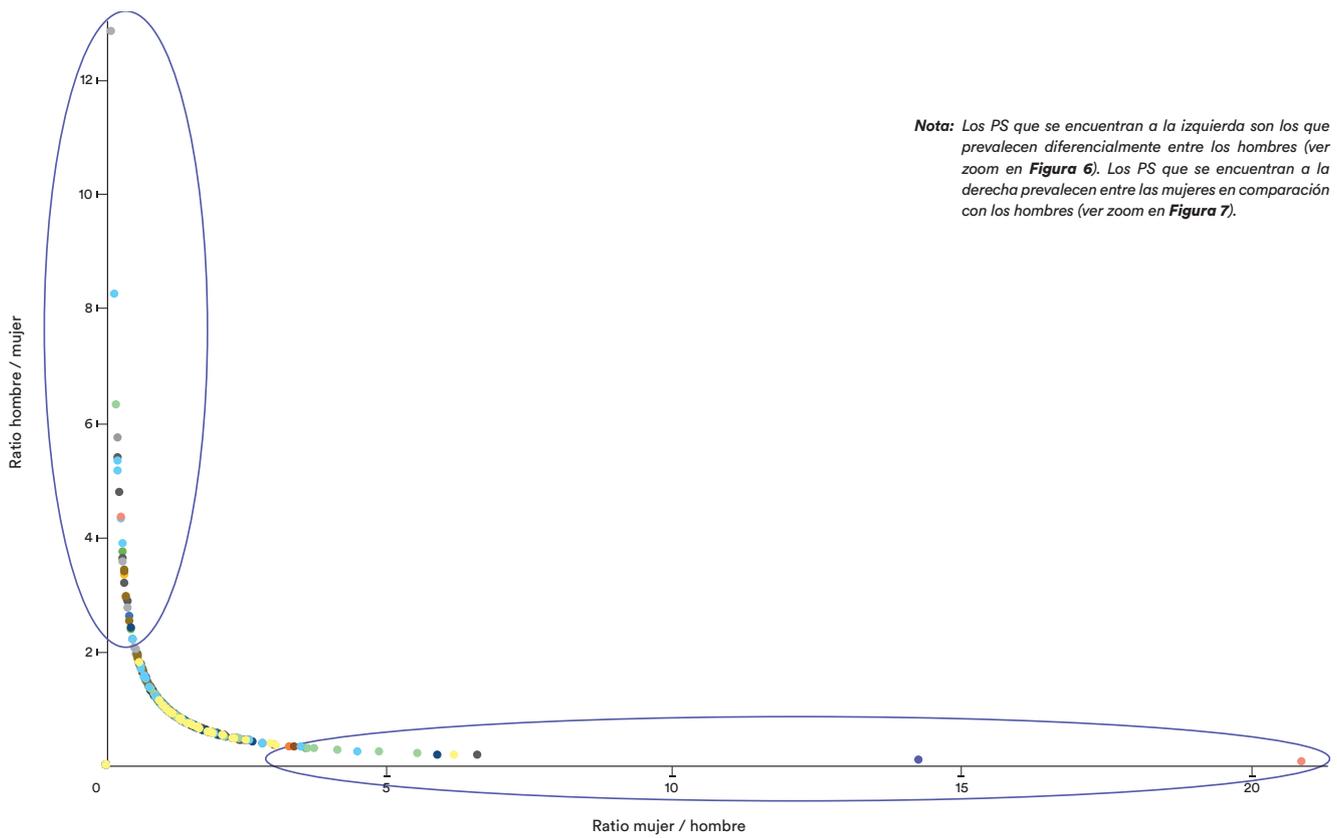
¹⁸ Se realiza un análisis general para cada sexo y uno particular habiendo eliminado aparato genital y mamas en el que la unidad de referencia son los PS / diagnósticos en los distintos niveles de atención a la salud sobre el total de personas con esos determinados PS / diagnósticos. Con ellos se calcula la frecuencia de los PS / diagnósticos sobre el grupo poblacional y sexo en cuestión, hallando la ratio entre ambas frecuencias tanto desde la perspectiva masculina (H/M) como femenina (M/H). Sobre estas ratios se visibilizan aquellas cuya incidencia es superior a 2 veces la observada para el sexo opuesto (comportamientos diferenciales evidentes) y se eliminan aquellos diagnósticos con frecuencia < 1% (dimensión suficiente).

¹⁹ En Atención Primaria se identifican y registran problemas de salud (PS) asociados a aparatos a partir de la Base de Datos de Clínicos de Atención Primaria (BDCAP, MSCBS) 2015 con la que se ha realizado el análisis. La descripción metodológica de la BCAP establece que la información se centra en el usuario y los problemas de salud (PS) o acontecimientos relacionados que le suceden a lo largo del tiempo, así como en la manera en la que se actúa sobre ellos.

²⁰ Pelos, uñas, glándulas sudoríparas y sebáceas.

Figura 5 AP. PS. No incluye aparato genital y mamas

Fuente: Afi, a partir de Base de Datos de Clínicos de Atención Primaria (BDCAP), 2015

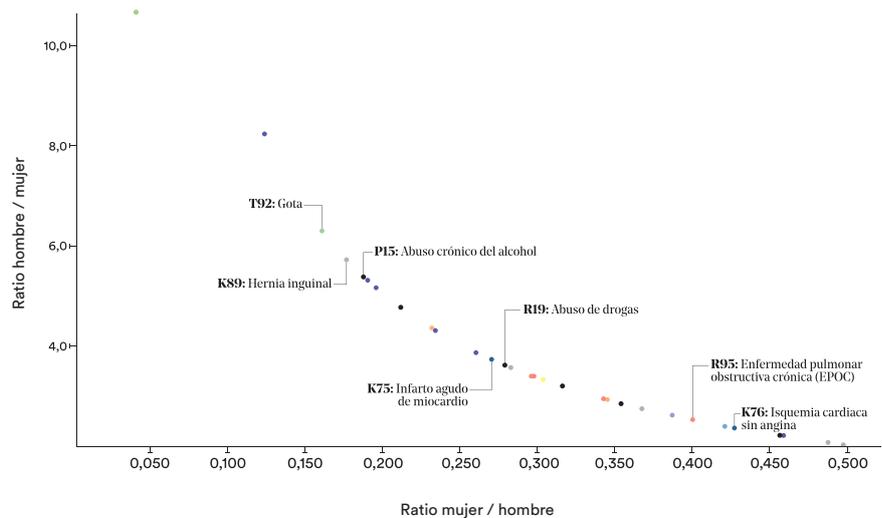


Eliminando aparato genital y mamas se observa que los **hombres** presentan con mayor frecuencia **PS relacionados con aparatos cardiovascular** (infarto agudo de miocardio, isquemia cardiaca sin angina), **respiratorio** (enfermedad pulmonar obstructiva crónica-EPOC), **endocrino, metabolismo y nutrición** (gota), **digestivo** (hernia inguinal) y **problemas psicológicos** (abuso de drogas, abuso crónico de alcohol) (Figura 6).



Figura 6 AP. PS. Hombres. Todas las edades

Fuente: Afi, a partir de Base de Datos de Clínicos de Atención Primaria (BDCAAP), 2015



Las **mujeres** presentan con mayor frecuencia **PS relacionados con los aparatos locomotor** (osteoporosis, artrosis de rodilla, otras artrosis, deformidades adquiridas de los miembros), **endocrino, metabolismo y nutrición** (hipo e hipertiroidismo, bocio, otros problemas endocrinos/metabólicos/nutricionales, déficit vitamínico/nutricional), **nervioso** (síndrome del túnel carpiano, migrañas), **sangre** (anemia ferropénica, otras anemias inespecíficas), **urinario** (cistitis, incontinencia urinaria), **circulatorio cardiovascular** (venas varicosas), **piel** (caída de pelo) y **problemas psicológicos** (depresión). Ver Figura 7.

Del análisis se extraen los resultados mostrados en la Tabla 1.

Figura 7. AP. PS. Mujeres. Todas las edades

Fuente: Afi, a partir de Base de Datos de Clínicos de Atención Primaria (BDCAAP), 2015

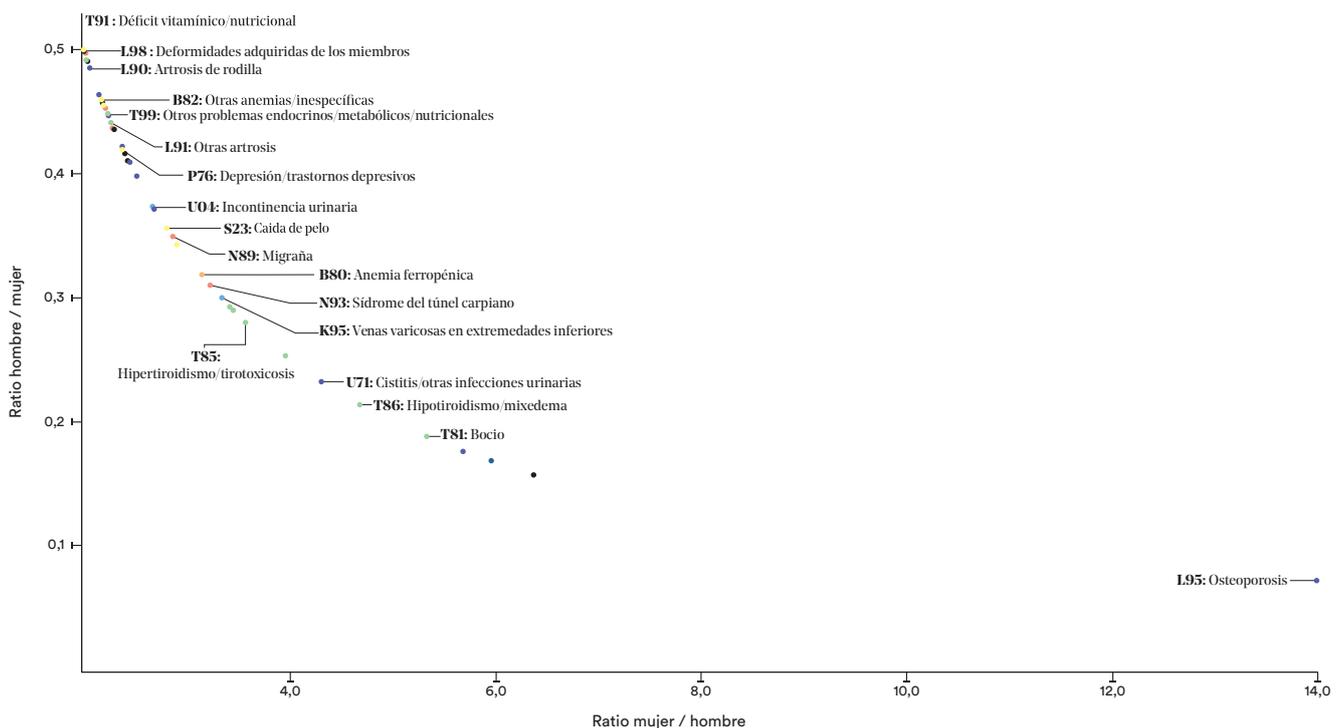


Tabla 1. PS diferenciales entre hombres y mujeres. AP. Por rangos de edad

Fuente: Afi a partir de Base de Datos de Clínicos de Atención Primaria (BDCAP), 2015

Edad	Mujeres	Hombres
0 - 24 años	Cistitis / otras infecciones urinarias; otros problemas endocrinos / metabólicos / nutricionales; disuria/micción dolorosa; anemia ferropénica; hipotiroidismo / mixedema / caída del pelo.	Trastornos hiperkinéticos.
25 - 44 años	Astenia / cansancio / debilidad general; Anemia ferropénica; Otras anemias/inespecíficas; Colecistitis / coleditiásis; Estreñimiento; Síndromes vertiginosos; Venas varicosas en extremidades inferiores; Migraña; Síndrome del túnel carpiano; Vértigo/vahído; Depresión/ trastornos depresivos; Signos/síntomas de la voz; Bocio; Hipertiroidismo/tirotoxicosis; Hipotiroidismo/mixedema; Déficit vitamínico/ nutricional; Otros problemas endocrinos / metabólicos/ nutricionales; Cistitis/otras infecciones urinarias; Incontinencia urinaria; Otros métodos de contracepción/planificación familiar; Infertilidad.	Enfermedades hepáticas no especificadas; Quiste/fístula pilonidal; Esterilización; Abuso de drogas; Hernia inguinal.
45 - 64 años	Astenia/cansancio/debilidad general; Anemia ferropénica; Otras anemias/inespecíficas; Estreñimiento; Síndromes vertiginosos; Venas varicosas en extremidades inferiores; Palpitaciones/percepción de los latidos cardíacos; Deformidades adquiridas de la columna vertebral; Otras artrosis; Osteoporosis; Deformidades adquiridas de los miembros; Signos/síntomas de la cadera; Signos/síntomas articulares no especificados; Migraña; Síndrome del túnel carpiano; Trastornos de somatización/ de conversión; Depresión/trastornos depresivos; Laringitis/traqueítis aguda; Signos/síntomas de la voz; caída del pelo; Bocio; Hipertiroidismo/ tirotoxicosis; Hipotiroidismo/mixedema; Déficit vitamínico/nutricional; Cistitis/otras infecciones urinarias; Incontinencia urinaria; Otros métodos de contracepción / planificación familiar.	Hepatitis viral; Hernia inguinal; Isquemia cardíaca con angina; Infarto agudo de miocardio; Isquemia cardíaca sin angina; Fibrilación auricular/aleteo auricular; Otras enfermedades cardíacas; Ausencia/pérdida de la satisfacción sexual; Disfunción/preocupación sexual no incluida en P07 a P09; Abuso crónico del alcohol; Abuso de drogas; Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC); Gota.
> 65 años	Síndrome de colon irritable; Venas varicosas en extremidades inferiores; Palpitaciones/ percepción de los latidos cardíacos; Otras fracturas; Deformidades adquiridas de la columna vertebral; Otras artrosis; Osteoporosis; Deformidades adquiridas de los miembros; Migraña; Síndrome del túnel carpiano; Psicosis afectivas; Trastornos de la ansiedad/estado de ansiedad; Depresión/trastornos depresivos; Reacción de adaptación no incluida en P02 o P82; Sensación de ansiedad/tensión/ nerviosismo; Asma; caída del pelo; Bocio; Hipertiroidismo/tirotoxicosis; Hipotiroidismo/ mixedema; Cistitis/otras infecciones urinarias; Incontinencia urinaria.	Hernia inguinal; Infarto agudo de miocardio; Isquemia cardíaca sin angina; Aterosclerosis; enfermedad arterial periférica; Ausencia/ pérdida de la satisfacción sexual; Disfunción/ preocupación sexual no incluida en P07 a P09; Abuso crónico del alcohol; Abuso del tabaco; Bronquitis crónica; Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC); Gota; Neoplasias malignas de la vejiga urinaria; Micción imperiosa/frecuente; Hematuria.

Atención Hospitalaria (AH)

En Atención Hospitalaria se identifica y registra la información clínico asistencial de pacientes atendidos en áreas de hospitalización sin ingreso²¹ y hospitalización a domicilio (AAE), así como todas las altas producidas en los hospitales de agudos (AH) del Sistema Nacional de Salud²².

Atención Ambulatoria Especializada (AAE)

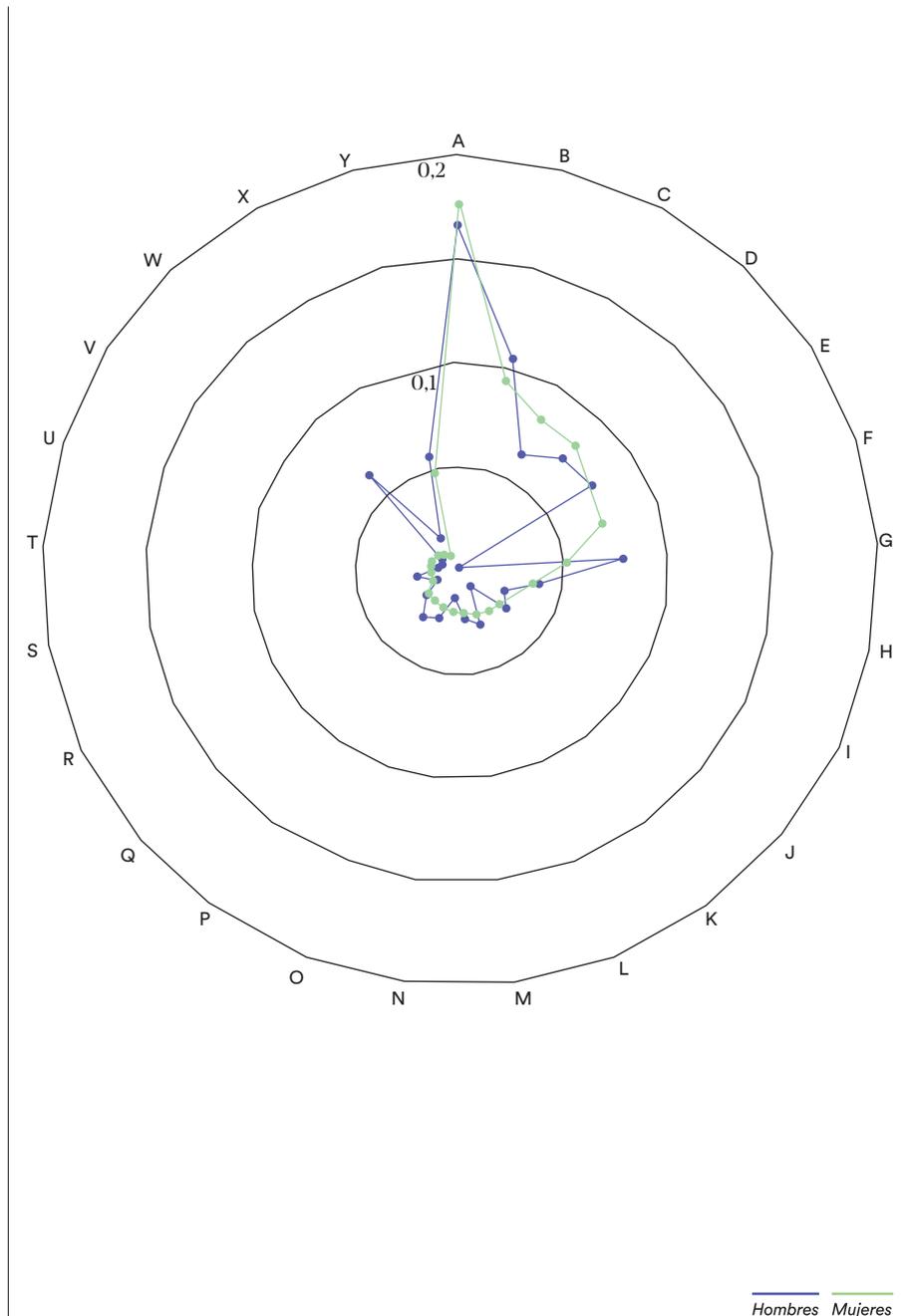
En general, la distribución de diagnósticos por servicio clínico en AAE (Figura 8) es similar entre hombres y mujeres para todas las edades, destacando los hombres en **urología** y **cirugía general y digestiva** y las **mujeres en obstetricia y ginecología, traumatología y cirugía ortopédica**

y en los grupos de **unidad del dolor y reumatología**.

Figura 8. AAE. Diagnósticos. Todas las edades

Fuente: Afi, a partir de CMBD-AAE (MSCBS, 2015)

- A. Oftalmología
- B. Otro hospital de día médico
- C. Traumatología y C. Ortopédica
- D. Oncología Medica
- E. Hospital de día oncológico
- F. Obstetricia y Ginecología
- G. Cirugía General y Digestiva
- H. Dermatología
- I. Hospital de día psiquiátrico
- J. Digestivo
- K. Unidad del Dolor
- L. Oncología Radioterápica
- M. Medicina Interna
- N. Cirugía Olástica y Reparadora
- O. Hematología Clínica
- P. Otorrinolaringología
- Q. Restos de Servicios
- R. Cirugía Maxilofacial
- S. Nefrología
- T. ACV-Angiología y Cirugía Vascular
- U. Anestesia y Reanimación
- V. Hospital de día
- W. Urología
- X. Cardiología
- Y. Resto de grupos



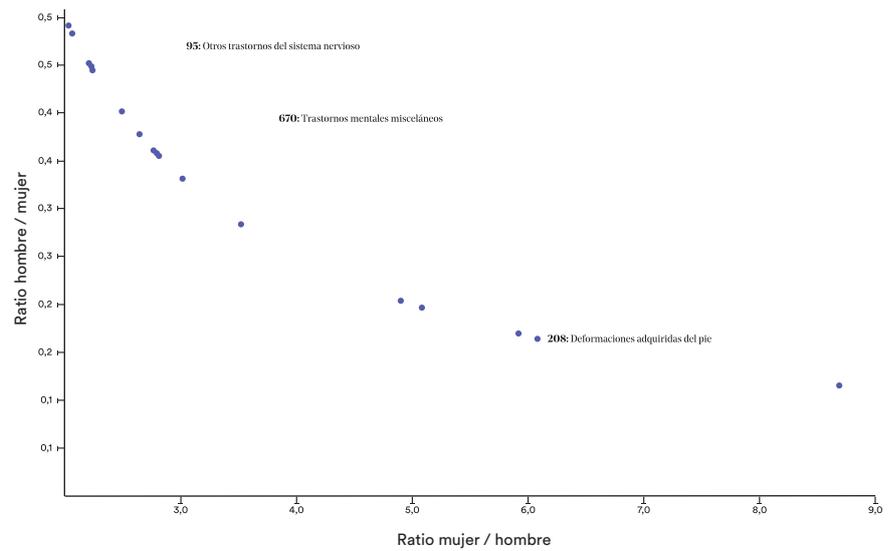
²¹ Entre las que se incluyen cirugía ambulatoria, procedimientos diagnóstico-terapéuticos de alta complejidad, hospital de día, urgencias y consultas externas.

²² Para realizar este análisis se han empleado el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de Atención Ambulatoria Especializada (CMBD-AAE) y de Hospitalización (CMBD-H) de 2015.

Eliminando los diagnósticos relacionados con el aparato genital y las mamas (Figura 12), las mujeres presentan con mayor frecuencia diagnósticos relacionados con **trastornos tiroideos, trastornos del estado de ánimo y osteoartritis**.

Figura 12. H. Diagnósticos. Mujeres. Todas las edades

Fuente: Afi a partir de CMBD-H (MSCBS, 2015)



Los hombres (Figura 13) presentan mayor frecuencia de diagnósticos relacionados con **aterosclerosis coronaria y otras cardiopatías, historial de salud mental y abuso de sustancias psicotrópicas, EPOC y trastornos relacionados con el alcohol**.

Figura 13. H. Diagnósticos. Hombres. Todas las edades

Fuente: Afi a partir de CMBD-H (MSCBS, 2015)

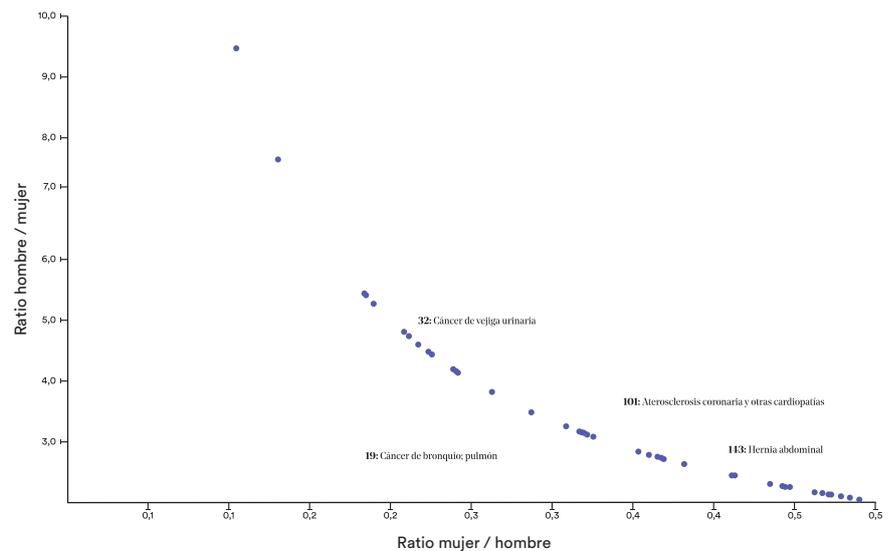


Tabla 2. Diagnósticos diferenciales entre hombres y mujeres. AH. Por rangos de edad

Fuente: Afi a partir de CMBD-H (MSCBS, 2015)

Edad	Mujeres	Hombres
0 - 24 años	Inmunizaciones y cribaje de enfermedades infecciosas; Anemias carenciales y otras; Infecciones de vías urinarias.	Trastornos articulares y luxaciones relacionadas con traumatismo; Fractura de miembro superior.
25 - 44 años	Inmunizaciones y cribaje de enfermedades infecciosas; Trastornos tiroideos; Anemias carenciales y otras; Asma; Infecciones de vías urinarias; Tratamiento anticonceptivo y procreativo; Reacciones alérgicas.	Trastornos articulares y luxaciones relacionadas con traumatismo; Fractura de miembro superior; Fractura de miembro inferior; Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos; Trastornos relacionados con el alcohol; Trastornos relacionados con sustancias psicotrópicas; Códigos E: No especificados; Códigos E: Lugar del acontecimiento.
45 - 64 años	Trastornos tiroideos; Reacciones alérgicas; Trastornos del humor.	Aterosclerosis coronaria y otras cardiopatías; Trastornos relacionados con el alcohol.
> 65 años	Trastornos tiroideos; Osteoartritis; Osteoporosis; Trastornos del humor; otras infecciones urinarias; Incontinencia urinaria.	Aterosclerosis coronaria y otras cardiopatías; Enfermedad pulmonar obstructiva crónica y bronquiectasia; Códigos de cribaje, historia de salud mental y abuso de sustancias psicotrópicas.



Mortalidad

En relación a la **mortalidad**, las Estadísticas de defunciones según la causa de muerte del INE desvelan que las **mujeres** fallecen con mayor frecuencia que los hombres en situaciones de **trastorno mental senil y presenil, Alzheimer y por causas relacionadas con enfermedades hipertensivas**, mientras que entre los **hombres**, las principales causas diferenciales de muerte son los **tumores (vejiga, aparato respiratorio, hígado), las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, las lesiones autoinfringidas y la cirrosis**.

Dicho esto, **las mujeres fallecen en España en mayor proporción por enfermedades cardiovasculares (ECV) que los hombres**. Posteriormente analizaremos las causas de ello. En 2016 murieron 64.471 mujeres por esta causa (32% del total de defunciones) y 55.307 hombres (26%). Por su parte, las **enfermedades cerebrovasculares**²⁴ fueron la **primera causa de muerte en mujeres** en 2016 (15.566 fallecimientos, 8%), mientras que en los hombres fueron los **tumores malignos de tráquea, bronquios y pulmón** (17.624 fallecimientos, 8%).

²⁴ Trombosis, embolia, hemorragia cerebrales y aneurismas, fundamentalmente.

Hábitos y estilos de vida

Hasta ahora hemos hablado de la prevalencia de las enfermedades según el sexo de las personas, en función de la edad y del tipo de asistencia. A continuación, vamos a abordar la prevalencia de enfermedades, pero desde el enfoque de los hábitos y estilos de vida.

En primer lugar, señalaremos el aumento de la prevalencia de la obesidad en los últimos 30 años, periodo en el que “se ha multiplicado por 2,4”, según la ENS, que refleja que esta realidad

es más frecuente en hombres que en mujeres, al igual que en el sobrepeso, donde hay hasta 14 puntos de diferencia, siendo también más habitual entre el género masculino.

Este mismo estudio determina que “en España, el 69% de las mujeres y el 58% de los hombres consumen a diario fruta fresca y el 46% de las mujeres y el 35% de los hombres, verduras, ensaladas u hortalizas”; y refleja que la proporción de tiempo que las personas permanecen sentadas en su actividad

es similar (38%) si bien a la hora de distribuir su tiempo libre, la actividad física de los hombres es mayor.

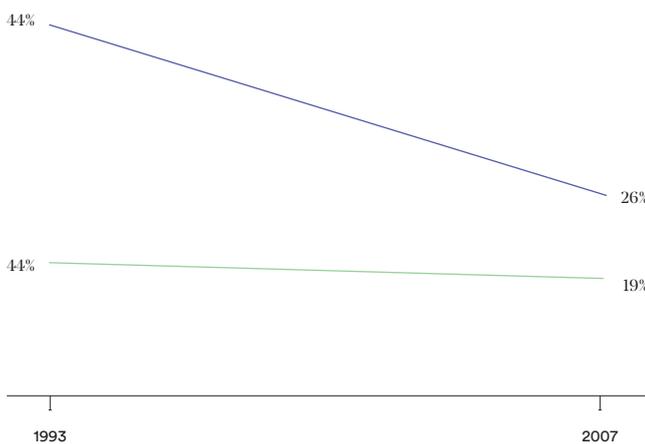
Asimismo, 1 de cada 2 adultos hombres declara beber alcohol frente a un 25% de las mujeres y también se observa una mayor proporción de hombres fumadores, pese a que hay una tendencia a igualarse (Figura 14) habiendo registrado una diferencia de apenas 7 puntos porcentuales en el año 2017.

Figura 14. Hábitos (% población)

Fuente: Afi a partir de ENS

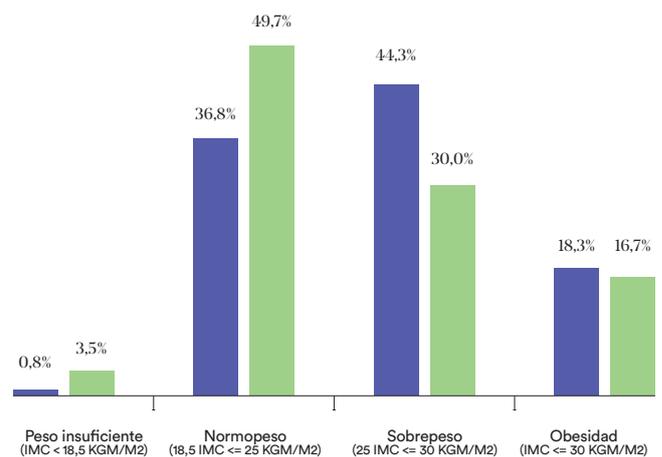
Fumadores

Hombres Mujeres



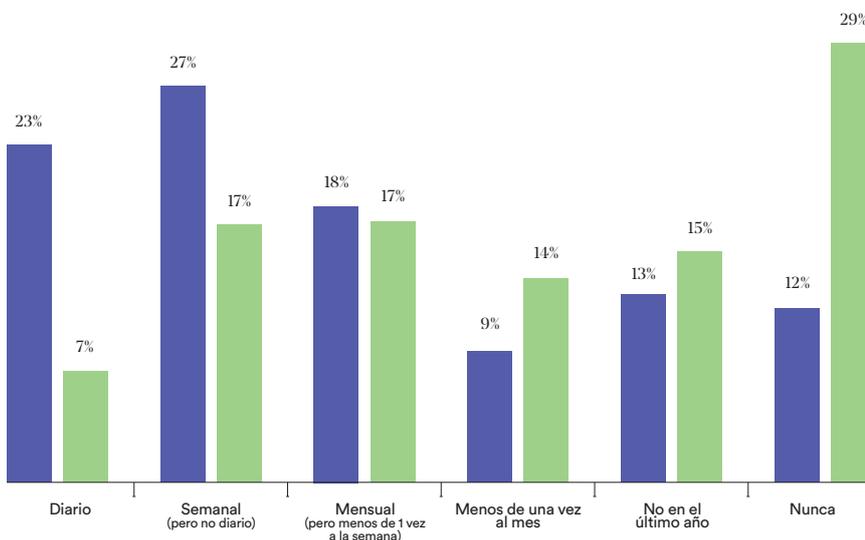
Índice de Masa Corporal

Hombres Mujeres



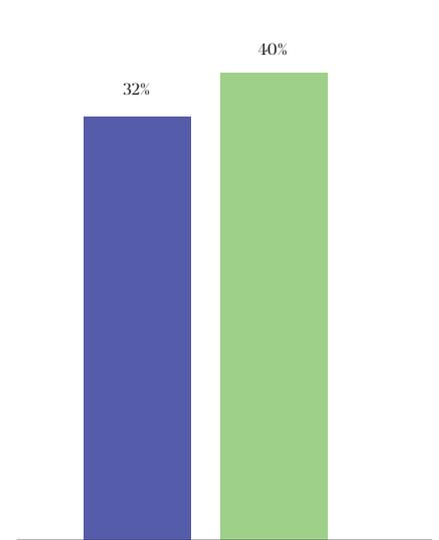
Consumo de alcohol

Hombres Mujeres



Sedentarismo en tiempo de ocio

Hombres Mujeres



Cabe preguntarse cuáles son las consecuencias que estos estilos de vida pueden tener en la salud de las personas.

El análisis realizado visibiliza la incidencia de **patologías asociadas a los estilos de vida y conductas de riesgo** desarrollados durante la vida de las personas, si bien resulta más evidente en el caso de los hombres que, con los mencionados niveles superiores de **tabaquismo**, muestran una mayor prevalencia de patologías relacionadas con el aparato respiratorio, incluido el cáncer.

Si continúa la tendencia de tabaquismo entre mujeres es posible que en un futuro cercano haya más mujeres fumadoras que hombres fumadores entre la población adulta y, con ella, una mayor presencia de tipologías de cáncer del aparato respiratorio entre la población femenina. Hay que subrayar que, en la mujer, el **tabaquismo** presenta otras implicaciones de sa-

lud adicionales, tales como la aparición temprana de la menopausia, osteoporosis e interferencias en la fertilidad²⁵.

En cuanto al **sedentarismo** y la **obesidad**, son conocidos sus efectos en la salud y pueden apreciarse en muchas de las patologías prevalentes en las mujeres en edad adulta y avanzada, asociadas al **aparato locomotor**. Es importante subrayar que las mujeres disfrutan de una hora menos de ocio que los hombres, tal y como analizaremos en el estudio monográfico sobre la brecha de género correspondiente.

Por último, en cuanto a la incidencia de **prácticas de riesgo que pueden conducir a accidentes (Figura 15)**, se observa que los sufridos en casa (“accidentes caseros”) tienen una incidencia mayor entre las mujeres, siendo el doble que entre hombres (4% de las mujeres declaran haber sufrido uno frente al 2% de los hombres). Este dato refleja las consecuencias de la

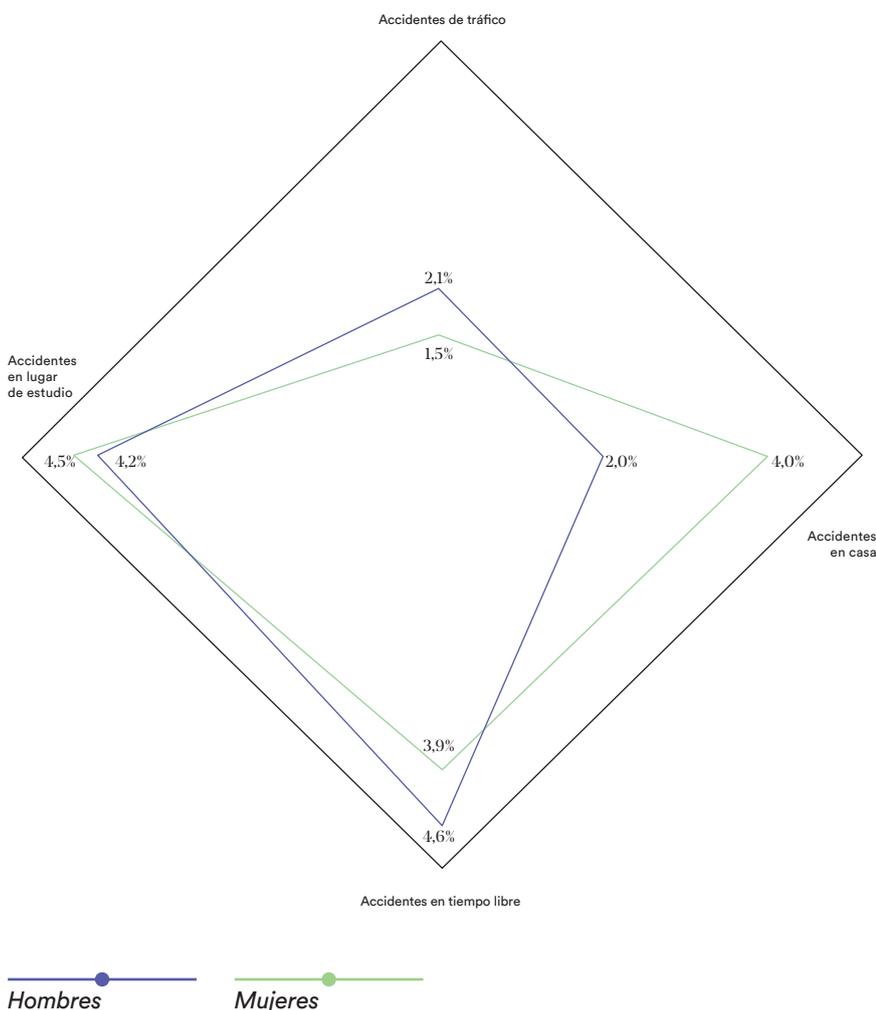
ausencia de roles compartidos todavía en el ámbito familiar, siendo la mujer la que todavía carga en mayor parte con las responsabilidades del hogar.

De hecho, la Encuesta de Empleo del Tiempo elaborada por el INE en 2009-2019, desvelaba que la duración media diaria de la dedicación a cuidados y tareas del hogar ascendía a 4 horas y 29 minutos en el caso de las mujeres frente a 2 horas y 32 minutos en el caso de los hombres. Este aspecto será analizado en la brecha de conciliación.

Por el contrario, los accidentes sufridos en el tiempo libre y aquellos relacionados con la movilidad (suceden “fuera de casa”) tienen mayor incidencia entre hombres que entre mujeres –las posibles motivaciones de estos últimos se analizarán en la correspondiente brecha de movilidad-, si bien la diferencia no es tan relevante como en los que ocurren “en casa”.

Figura 15. Accidentes (% población)

Fuente: Afi a partir de ENS



25 Elisardo Becoña y Fernando L. Vázquez (2000) “Las mujeres y el tabaco: características ligadas al género”, Rrv Esp Salud Pública 2000; 74: 13-23 disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17000103>

Esteriotipos sociales de género y consecuencias en la salud

Si hablamos de prevalencia de enfermedades según el sexo y queremos analizar la brecha de género existente, no podemos dejar de analizar las consecuencias en la salud que causan los estereotipos sociales de género.

El Eurobarómetro Especial sobre Desigualdad de Género (Nº 465, Junio 2017) muestra que dos de cada tres españoles considera que existe

un problema con la forma en la que las mujeres son presentadas en los medios de comunicación y en la publicidad –uno de los países, tras Suecia y Francia, donde más preocupa esta realidad- y el 51% considera que dicho problema debe ser atendido.

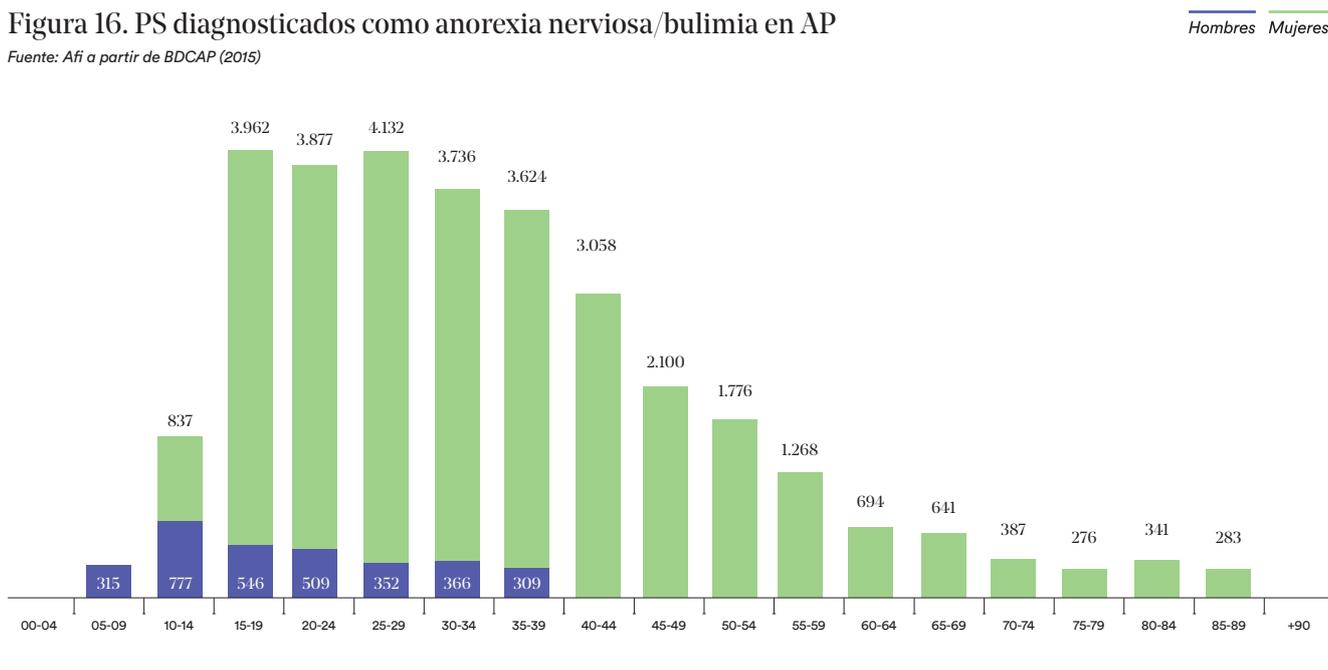
Uno de los efectos en salud relacionado con este problema es el asociado con los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) entre los que se encuentran la anorexia y la bulimia, enfermedades que afectan más a las

mujeres (ratio 7:1), aunque no exclusivamente: del total de casos diagnosticados en AP en 2015, cercanos a los 36.000 (Figura 16), el 87,6% correspondieron a mujeres, frente al 12,4% en hombres.

El grueso se concentra en edades comprendidas entre los 15 y los 44 años, si bien tiene presencia en todos los rangos de edad a partir de la menarquía en mujeres.

Figura 16. PS diagnosticados como anorexia nerviosa/bulimia en AP

Fuente: Afi a partir de BDCAP (2015)



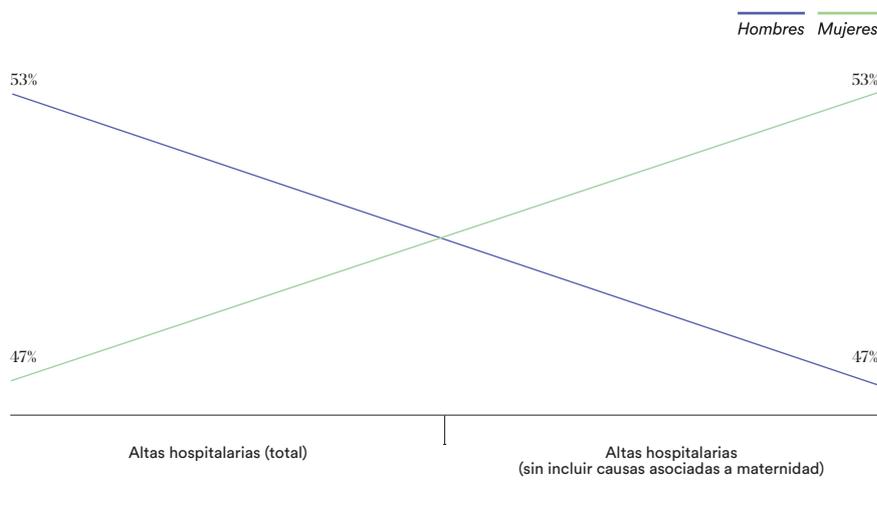
Acceso al sistema sanitario

Para concluir este primer capítulo descriptivo de las diferencias en las prevalencias de la mujer y el hombre en las enfermedades y los estilos de vida en el marco de la sociedad actual, vamos a analizar qué tipo de diferencias persisten entre ambos sexos a la hora de acceder a los servicios relacionados con el Sistema Nacional de Salud (SNS).

Como punto de partida, es necesario subrayar que la maternidad determina la relación de las mujeres con los servicios sanitarios así como su estado de salud a lo largo de su vida²⁶. De hecho, **uno de cada cinco (19%) casos²⁷ de altas hospitalarias registradas por mujeres está relacionado con la maternidad** (complicaciones del embarazo, parto y puerperio) y sube hasta tres de cada cinco (60%) si nos centramos en el segmento de mujeres en edades comprendidas entre los 25 y 44 años²⁸.

Figura 17. Altas hospitalarias con y sin causas asociadas a la maternidad

Fuente: Afi a partir de Encuesta de morbilidad hospitalaria (INE, 2016). Total altas hospitalarias 2016 (INE): 4.844.832
Nota: con causas asociadas a la maternidad nos referimos al grupo 1.500 Complicaciones del embarazo, parto y puerperio (O00-O9A) de la estadística de referencia.



²⁶ En primer lugar, se realiza un análisis de los problemas de salud (PS) / diagnósticos para todos los aparatos con el objetivo de obtener unas conclusiones generales sobre los motivos de asistencia al Sistema Nacional de Salud. Luego, se eliminan de la muestra aquellos relacionados con el aparato genital, incluidas mamas, al tratarse de diagnósticos estrictamente biológicos. De este modo se obtienen los PS / diagnósticos diferenciales en hombres y mujeres, con una incidencia superior al doble respecto al sexo opuesto y con una frecuencia mayor al 1% sobre el total de diagnósticos.

²⁷ 475.507 casos registrados

²⁸ No incluye los casos de mujeres menores a 25 años. De hacerlo, el porcentaje se elevaría al 67% considerando el rango 15-44 años.

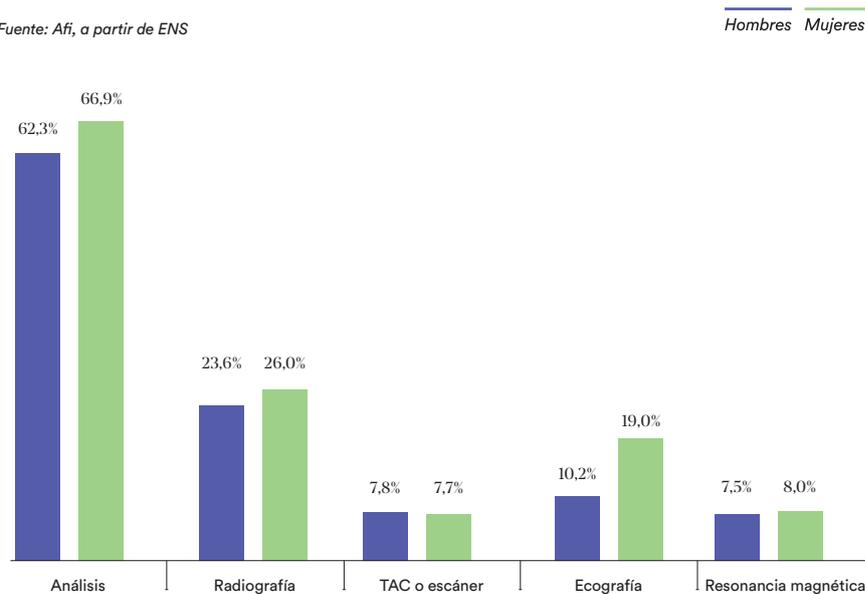
De acuerdo con la ENS, las mujeres son usuarias más frecuentes de los servicios de salud en España: el 91,4% de las mujeres ha asistido a una consulta médica en el último año frente al 82,1% de los hombres.

El número de estancias hospitalarias y estancia media (días) ascendió a 17,2 millones para los hombres (7,9 días) y 16,6 millones para las mujeres (6,9 días), con una incidencia similar de casos urgentes (64,6% de las estancias de hombres; 63,6% para las mujeres).

En términos generales, la aplicación diferencial de procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos entre hombres y mujeres (Figura 18), medidos por el número de pruebas realizadas en los últimos 12 meses, no evidencia desigualdades.

Figura 18. Aplicación de procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos. Pruebas realizadas en los últimos 12 meses (% población)

Fuente: Afi, a partir de ENS

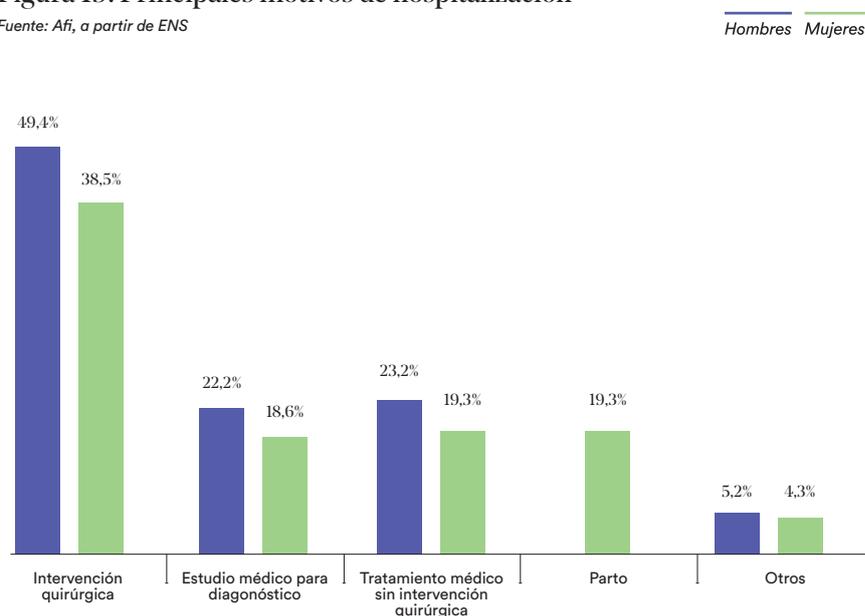


Salvo en los motivos relacionados con partos, no se observan brechas significativas entre los motivos de hospitalización (Figura 19), si bien las **intervenciones quirúrgicas representan cerca del 50% de los motivos de hospitalización de los hombres, más de diez puntos por encima de las mujeres**. En el resto de motivos también los hombres superan en frecuencia a las mujeres, salvo en el único caso de los partos.



Figura 19. Principales motivos de hospitalización

Fuente: Afi, a partir de ENS



Las intervenciones quirúrgicas representan cerca del 50% de los motivos de hospitalización de los hombres, **más de diez puntos por encima de las mujeres.**

EN CONSECUENCIA...



En Atención Primaria (AP)

Los problemas de salud por los que acuden hombres y mujeres son similares, si bien los hombres destacan en problemas generales, aparato respiratorio y digestivo, piel y fane- ras y las mujeres en aparato genital y urinario, sistema nervioso y planificación familiar, embarazo, parto y puerperio. Eliminando aparato genital y mamas, los hombres presentan con más frecuencia problemas rela-

cionados con aparatos cardiovascular (infarto agudo de miocardio, isque- mia cardiaca sin angina), respiratorio, endocrino, metabolismo y nutrición, digestivo y problemas psicológicos y las mujeres problemas relacionados con los aparatos locomotor, endocri- no, metabolismo y nutrición, nervioso, sangre, urinario, circulatorio cardio- vascular (venas varicosas), piel y pro- blemas psicológicos.



En Atención Ambulatoria Especializada (AAE)

La distribución de diagnósticos por servicio clínico es similar entre hom- bres y mujeres. Los hombres destacan en urología y cirugía general y diges- tiva; las mujeres en obstetricia y gine- cología, traumatología y cirugía orto- pédica, y en los grupos de unidad del dolor y reumatología. Eliminando los diagnósticos relacionados con el apa- rato genital y las mamas, los hombres

presentan una mayor frecuencia de diagnósticos relacionados con cáncer de vejiga, cáncer de bronquio y/o pul- món, aterosclerosis coronaria y otras cardiopatías y hernia abdominal. Las mujeres, diagnósticos relacionados con problemas de deformidades ad- quiridas del pie, trastornos mentales misceláneos y otros trastornos del sis- tema nervioso.



En Altas Hospitalarias (AH)

Los hombres destacan en enferme- dades del sistema circulatorio cardio- vascular y respiratorio. Las mujeres, en diagnósticos relacionados con las complicaciones del embarazo, parto y puerperio. La mayor diferencia en los diagnósticos generales se produ- ce, en los hombres, en enfermedades del aparato respiratorio y genitouri- nario y en las mujeres en enferme- dades del sistema osteo-mioarticular y tejido conjuntivo, enfermedades de

la sangre y de los órganos hemato- poyéticos. Eliminando los diagnósti- cos relacionados con aparato genital y mamas, los hombres presentan ma- yor frecuencia de diagnósticos rela- cionados con aterosclerosis coronaria y otras cardiopatías, historial de salud mental y abuso de sustancias psico- trópicas, EPOC y trastornos relacio- nados con el alcohol y las mujeres con trastornos tiroideos, trastornos del humor y osteoartritis.



Mortalidad

En relación con la mortalidad, las mu- jeres fallecen con mayor frecuencia en situaciones de trastorno mental senil y presenil, Alzheimer y por causas re- lacionadas con enfermedades hiper- tensivas, y en mayor proporción que los hombres por enfermedades cardio- vasculares, con las enfermedades cere-

brovasculares como primera causa de muerte en mujeres. Para los hombres las principales causas diferenciales de muerte son los tumores (vejiga, aparato respiratorio, hígado), las enfermeda- des crónicas de las vías respiratorias inferiores, las lesiones auto infringidas y la cirrosis.

Hábitos y estilos de vida

En hábitos y estilos de vida se observa mayor prevalencia de consumo de **tabaco y alcohol** en hombres, aunque la incidencia está aumentando en mujeres. También se observa mayor **obesidad y sobrepeso** en hombres, **menor actividad física** en mujeres y mayor índice de **accidentes domésticos** en mujeres frente a accidentes laborales en hombres.

Estereotipos sociales de género

En relación a los estereotipos sociales de género, uno de los condicionantes de la salud asociados hace referencia a los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) entre los que se encuentran la anorexia y la bulimia, enfermedades que afectan más a las mujeres (ratio 7:1): del total de casos diagnosticados en AP en 2015, el 87,6% correspondieron a mujeres.

Servicios de salud

En el acceso y uso de los servicios de salud no se observan diferencias entre hombres y mujeres salvo una mayor frecuencia de la Atención Primaria en mujeres, y de la Atención Hospitalaria en hombres.



2.2

La reducción de la tasa de fertilidad tiene efectos en la salud demográfica y económica del país

A continuación abordaremos los principales efectos que la maternidad tiene en la salud demográfica y económica del país. Señalábamos antes que la maternidad determina la relación de las mujeres con los servicios sanitarios así como su estado de salud a lo largo de su vida.

Si bien la fertilidad está asociada biológicamente a la condición de mujer, el ejercicio de la maternidad está condicionado por el contexto económico y social, y los efectos de dicho ejercicio repercuten, a su vez, en la salud demográfica y económica del país. Dejaremos para análisis posteriores el detalle pormenorizado de la repercusión que tiene este aspecto en la carrera profesional de las mujeres y en la conciliación de la vida personal y familiar.

Comenzaremos señalando que la tasa de natalidad está determinada por múltiples factores. Desde la propia libertad personal y familiar hasta las circunstancias o condiciones en las que dicho ejercicio se realiza (edad, ocupación, ingresos, prestaciones sociales, etc.) o los efectos sobre el bienestar económico de la familia (distribución del tiempo para trabajo, cui-

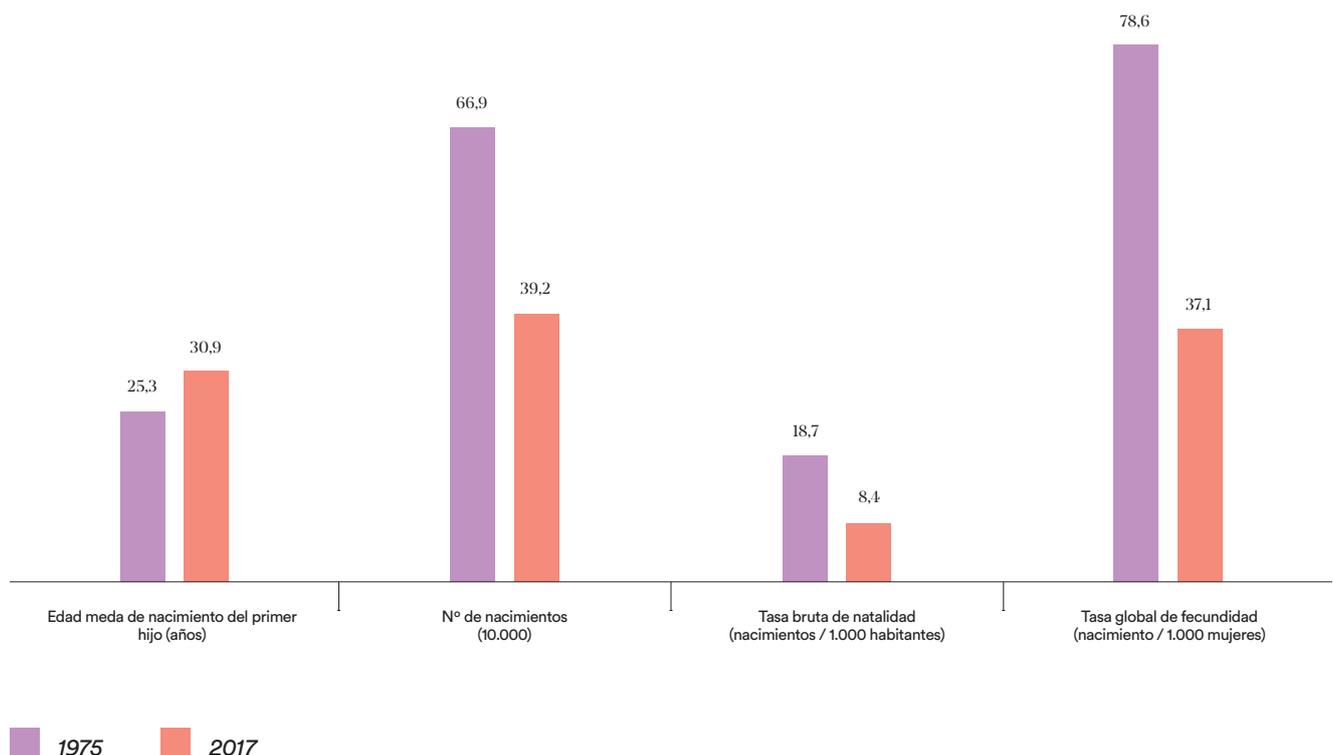
dados, ocio y otras actividades, etc.)

Con estos antecedentes, observamos (Figura 20) que **la tasa bruta de natalidad ha caído en España 2,5 veces con respecto a la registrada en 1975**, mientras que la tasa global de fecundidad lo ha hecho en más de 2 veces, con un **número de nacimientos que en 2017 representa el 58% de los registrados en 1975** y con una **elevación de la edad media de nacimiento del primer hijo de seis años, hasta los 31**.



Figura 20. Indicadores de fertilidad en España. 1975 y 2017

Fuente: Añi, a partir de Indicadores demográficos básicos (INE)





Esta situación evidencia importantes costes de oportunidad. El más inmediato, desde un punto de vista demográfico, pues afecta al crecimiento vegetativo y estructura de la pirámide poblacional.

Cabe preguntarse si el crecimiento de la natalidad depende de las condiciones en las que se ejerce la maternidad e incluso cuál habría sido la población española en caso de que se hubieran producido condiciones que hubieran favorecido un mayor nacimiento de niños a lo largo de las últimas décadas.

Para responder a estas preguntas nos situamos en 1985, en el momento inmediatamente anterior a la entrada de España en la entonces Comunidad Económica Europea (CEE) y comparamos la evolución en promedio del resto de países del entorno en términos de natalidad con la de España.

Los países seleccionados son Alemania, Austria, Bélgica, Francia, Grecia, Irlanda, Italia, Países Bajos, Portugal, Reino Unido y Suecia. Cabe destacar que la tasa de natalidad de estos países se ha comportado de forma diferente entre ellos (Figura 21), aunque en todos los casos (incluyendo España

y a excepción de Suecia) ésta ha disminuido en el periodo analizado.

El país que presenta mejores resultados es Suecia, que aumenta la tasa en un 4,4% (Figura 22), mientras que en el resto de países disminuye. El promedio de los países seleccionados (sin España) es de una disminución del 18,7%. España se encuentra por debajo de la media (-29,3%), cayendo desde los años de la crisis de 2007-08.

Si el país hubiera mantenido un comportamiento similar a la media de países del entorno, habrían nacido según el estudio 1,2 millones de personas más desde 1985.

Figura 21. Evolución de la tasa de natalidad en países europeos (1984-2016)

Fuente: Afi, a partir de Banco Mundial

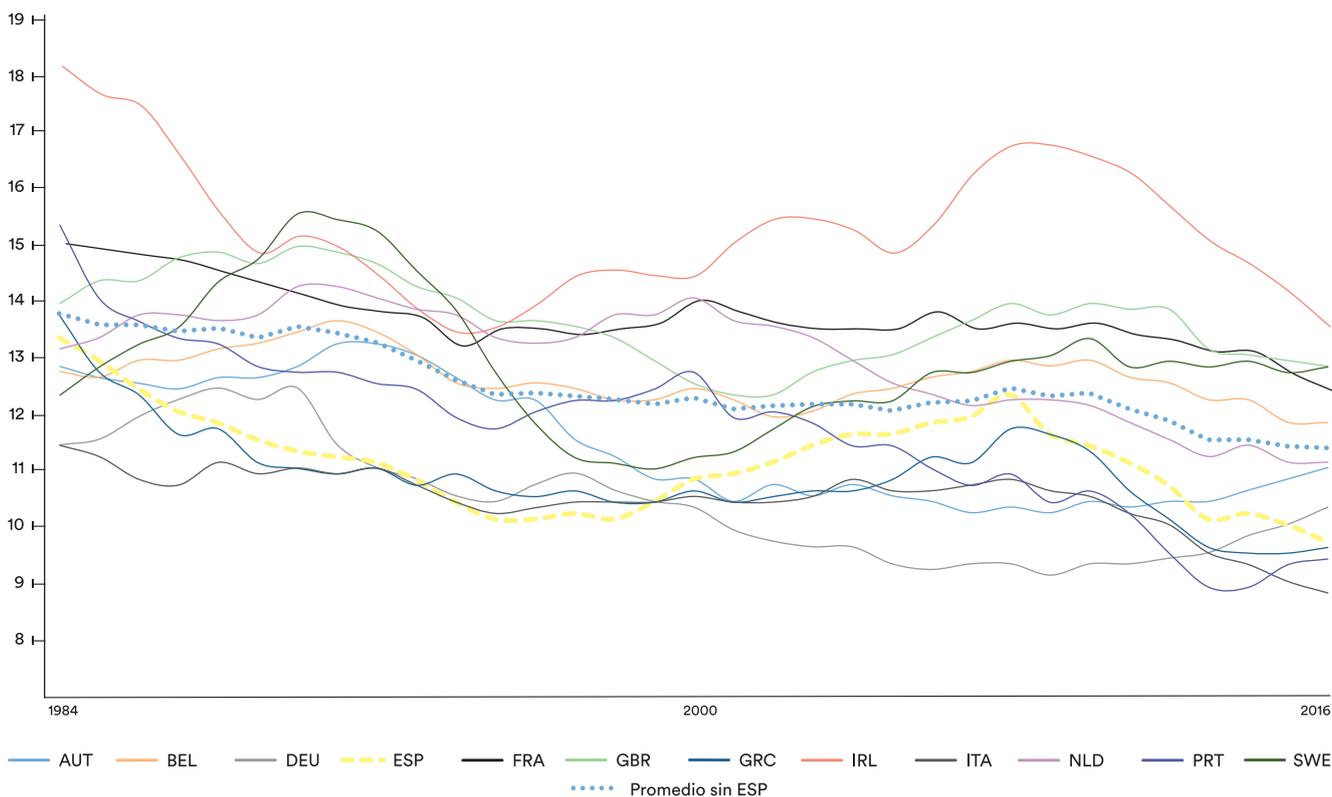


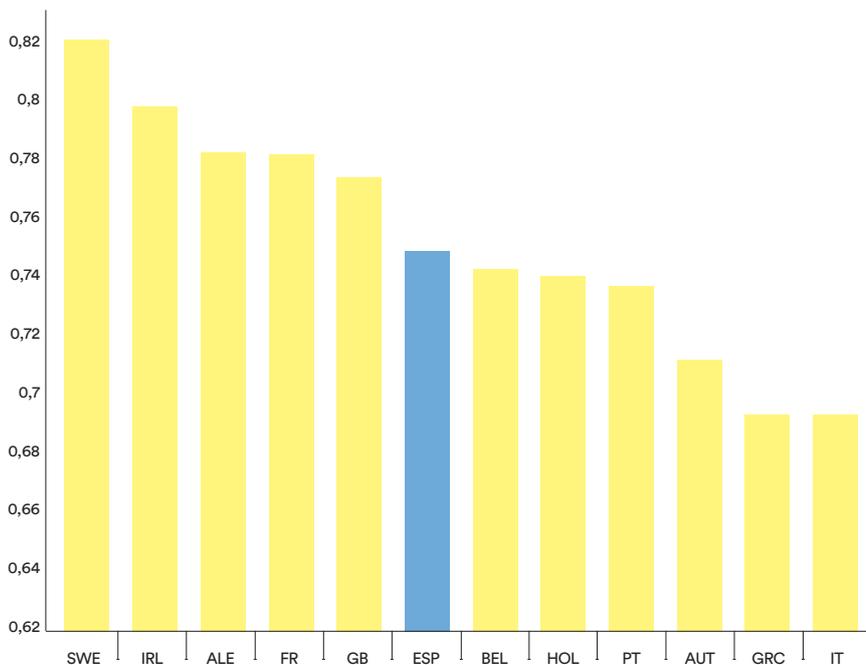
Figura 22. Tasa de variación de la tasa de natalidad en países europeos (1984-2016)

Fuente: Afi, a partir de Banco Mundial



Figura 23. Global Gender Gap Index de los países seleccionados

Fuente: Afi, a partir de Global Gender Gap Index Report (2017)



Aquellos países que presentan una mejor evolución de natalidad son los que obtienen puntuaciones más altas en el índice Global de la Brecha de Género elaborado por el World Economic Forum-WEB (Suecia, Alemania, Reino Unido), a excepción de Irlanda (Figura 23). Aquellos que más han disminuido sus tasas de natalidad también son los que tienen puntuaciones más bajas (Grecia e Italia).

Centrándonos tan solo en los relacionados con las condiciones en las que se ejerce la maternidad, vemos que aquellos que presentan unas condiciones más favorables registran una mejor puntuación en el índice y una mejor evolución de la tasa de natalidad.

Si tomamos como referencia de estas condiciones más favorables el permiso parental, vemos que países en los que éste es más prolongado, como Suecia, Alemania y Reino Unido muestran una mejor evolución de la tasa de natalidad (Figura 24). Sin embargo, aquellos países con una mayor duración del permiso de maternidad/paternidad para las mujeres, pero ningún (o un) día para los hombres (Irlanda, Italia), registran un peor índice y en el caso de Italia, un mal resultado en la evolución de la natalidad.

Figura 24. Duración del permiso de maternidad/paternidad (días)

Fuente: Afi, a partir de Global Gender Gap Index Report (2017, WEF)



El crecimiento de la población viene determinado por el número de nacimientos y de defunciones y por el saldo migratorio (inmigraciones menos emigraciones) que se producen en un año.

Manteniendo los datos del saldo migratorio y de las defunciones tal cual se han producido, calculamos el número de nacimientos anuales adoptando para España la variación promedio de la tasa de natalidad de los países del entorno.

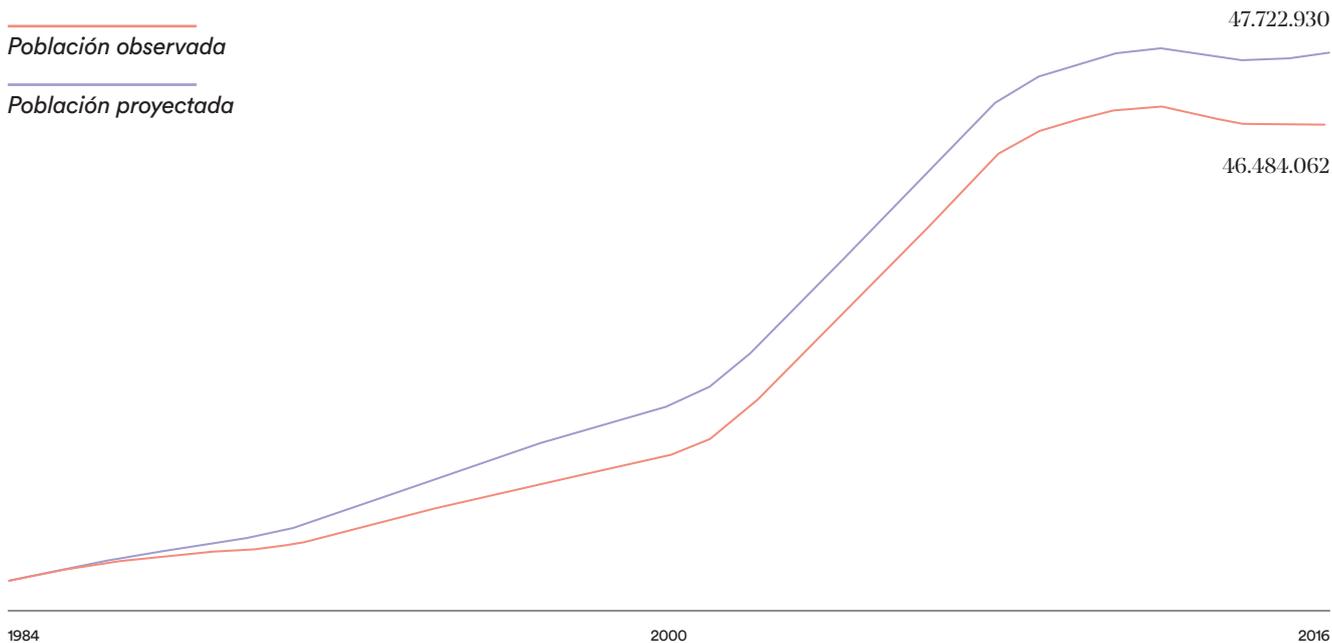
Tabla 3. Proyecciones de crecimiento poblacional en España

Fuente: Afi, a partir de INE y Banco Mundial.

Edad	1984	1985	2015	2016
Población residente ESP	38.330.364	38.469.512	46.444.832	46.484.062
Población residente promedio UE	28.266.393	28.307.746	31.516.031	31.664.522
Tasa de nacimientos ESP (por cada 1.000 habitantes)	12,3	11,9	9,0	8,7
Tasa de nacimientos promedio UE (por cada 1.000 habitantes)	12,7	12,5	10,4	10,3
TV TN PROMEDIO UE	-	-0,02	-0,01	0,00
Nº nacimientos ESP	473.281	456.298	420.290	410.583
Nº defunciones ESP	299.409	312.532	422.568	410.611
Saldo migratorio ESP (INM-EMI)		-4.618	-33.772	39.258
Nº nacimientos promedio UE	359.754	354.619	327.194	327.584
Tasa nacimientos España proyectada con TV promedio UE	12,3	11,9	9,0	8,7
Nacimientos en España de haber tenido la TN con TV promedio UE	12,3	12,11	10,03	10,00
TV TN PROMEDIO UE	473.281	465.739	465.994	464.754
Población España de haber tenido la TN con TV promedio UE	38.330.364	38.478.953	47.629.529	47.722.930

Figura 25. Tamaño de la población española: observada Vs estimada

Fuente: Afí, a partir de INE y Banco Mundial



El resultado de ese cálculo es que en 2016 hubiera habido 47,7 millones de habitantes en España (Figura 25), 1,2 millones más de los que somos hoy, una cifra un 2,6% superior a la observada para ese mismo año.

De estos 1,2 millones, casi **900.000 personas integrarían la Población en Edad de Trabajar (PET, 16-64 años)** disminuyendo la tasa de dependencia (calculada como el número de mayores de 65 años entre la PET) un **0,8%**.

De acuerdo con Cruz y Ahmed (2016)²⁹, el incremento de un punto porcentual de la ratio de PET sobre el total de la población genera un aumento directo de 1,5 puntos porcentuales del PIB per cápita³⁰. Este efecto es hallado en promedio para 120 países, entre los que se encuentran aquellos a los que se hace referencia en este trabajo.

Aplicando este resultado a las estimaciones de crecimiento de población realizadas para España, la PET habría aumentado de **62,46% en 1984 a 65,31% en 2016** (0,0013 puntos mayor a la observada), lo que habría incrementado el PIB per cápita en 2016 un 0,2% (de 24.040€ a 24.087€).

En términos de **PIB total, el coste de oportunidad** (crecimiento al que hemos renunciado por una menor tasa de natalidad, tal como se ha estimado), sería de **31.003 millones de euros (un 2,8% del PIB observado en 2016), cantidad equivalente a casi el 50% del gasto público anual en sanidad en España.**

Estos resultados contienen una implicación política importante, ya que la transición demográfica a la que se enfrenta España, con una población cada vez más longeva, con menores tasas de natalidad y una PET decreciente, puede conllevar importantes costes de oportunidad en términos de crecimiento económico.

Los cambios en la estructura de edad de la población hacia una PET más elevada conllevan mayor producción y recursos economía y facilitan la generación la generación de ahorro e inversión en capital físico y humano que contribuye positivamente a la productividad laboral.

Estas mejoras contribuirían al saneamiento de las finanzas públicas, permitiendo destinar más recursos a los hogares con rentas más bajas y generando un mayor bienestar para el conjunto de la sociedad³¹.

Así, de los 31.003 millones de euros de PIB de 2016 que habríamos obtenido con una PET mayor, el 9,3% habría formado parte de la recaudación por cotizaciones sociales de Seguridad Social, lo que representaría 2.872 millones de euros más en recaudaciones³².

En términos de PIB total, el coste de oportunidad por una menor tasa de natalidad sería de 31.003 millones de euros.

²⁹ Cruz, M., & Ahmed, S. A. (2016). On the impact of demographic change on growth, savings, and poverty. The World Bank.

³⁰ Para más información consultar el anexo metodológico Cruz, M., & Ahmed, S. A. (2016). On the impact of demographic change on growth, savings, and poverty. The World Bank.

³¹ Este cálculo se realiza suponiendo que el total del aumento de la PET se encontrara trabajando y considerando que el peso de las cotizaciones sociales sobre el PIB de 2016 fue del 9,3% (fuente: Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social).

Tabla 4. Coste de oportunidad

Fuente: Afi, a partir de INE y Banco Mundial.

	1984	2016 observado	2016 estimado
Tasa de nacimientos España	12,3	8,7	10,0
Nº nacimientos España	473.281	410.583	464.754
Población España	38.330.364	46.484.062	47.722.930
PET	23.894.249	30.269.001	31.167.628
Mayores de 65 años	4.466.289	8.694.164	8.694.164
PIB (millones €)	-	1.118.522	1.149.525
Δ PIB (millones €)	-	-	31.003
% PIB 2016	-	-	2,8%
PIB per cápita (€)	-	24.040	24.087
Tasa de dependencia	18,7%	28,7%	27,9%

Para concluir este capítulo, señalaremos que los datos disponibles ponen de manifiesto que España presenta un **importante reto demográfico**.

Las proyecciones de población del INE (2018) muestran que si se mantienen las tendencias demográficas actuales en fecundidad, mortalidad y migraciones, España ganará 2,4 millones de habitantes en los próximos 15 años y 1,8 millones en 2068 sobre la población 2018.

El aumento de las defunciones en todo el periodo dará lugar a un saldo vegetativo negativo. El saldo migratorio será positivo, compensando el efecto anterior y contribuyendo a que aumente la población.

El número de nacimientos continuará hasta 2023 con la tendencia a la baja observada desde 2009. Entre 2018 y 2032 se producirán en torno a 5,7 millones de nacimientos, un 16,2% menos que en los 15 años previos. Se espera un pequeño repunte del número de nacimientos entre 2033 y 2048 para posteriormente volver a disminuir en los 15 años siguientes. El incremento del número de nacimientos entre 2033 y 2048 se proyecta suponiendo que la fecundidad de las mujeres evolucione al alza, pasando de 1,31 hijos en 2018 a 1,41 en 2033.

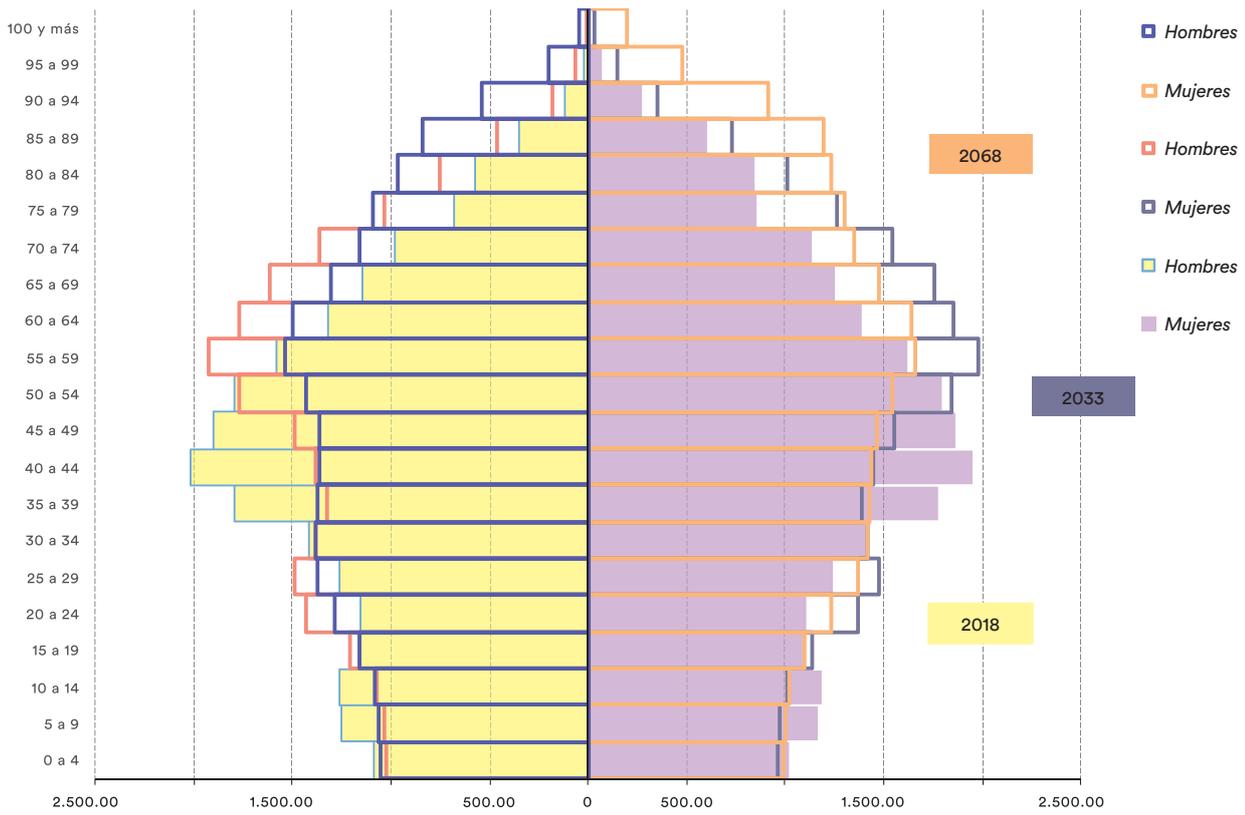
La esperanza de vida a los 65 años seguirá aumentando hasta los 23,0 años en hombres y 26,9 en mujeres en 2067 (esperándose que vivan hasta los 88,0 y 91,9 años, respectivamente). A pesar del aumento de la esperanza de vida, el número de defunciones continuará creciendo debido al envejecimiento de la población.

La intensidad del proceso de envejecimiento de la población en España se ve reflejada en la pirámide poblacional (**Figura 26**). El descenso de la natalidad en los próximos 50 años (hasta 2068) disminuirá la proporción de jóvenes menores de 16 años y aumentará la de los mayores de 65 años. Como consecuencia, la tasa de dependencia se elevará desde el 28,7% observado en 2016 hasta el 51,7% en 2068.



Figura 26. Proyección de las pirámides poblacionales en España: 2018, 2033 y 2068

Fuente: Afi a partir de Proyecciones de población (INE 2018)



En consecuencia...



Tasa bruta de natalidad

La tasa bruta de natalidad ha caído en España 2,5 veces desde 1975 y la tasa global de fecundidad lo ha hecho en más de 2 veces. **En 2017, los nacimientos representan el 58% de los registrados en 1975** y la edad media de nacimiento del primer hijo ha aumentado seis años, hasta los 31.

Variación de la tasa de natalidad

Adoptando para España la variación de la tasa de natalidad promedio (simple) de los países del entorno se puede concluir que en 2016 podía haber habido **47,7 millones de habitantes en España, 1,2 millones más** de los que somos hoy.

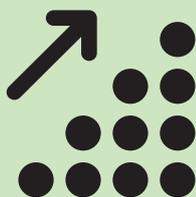


Habitantes

De ese 1,2 millón de habitantes adicionales, **900.000 personas** integrarían la población en edad de trabajar, lo que hubiera podido reducir la tasa de dependencia un 0,8%.

PIB Total

En términos de PIB total el crecimiento al que hemos renunciado por una menor tasa de natalidad sería de **31.003 millones de euros** (un 2,8% del PIB observado en 2016), cantidad equivalente a casi el 50% del gasto público anual en sanidad en España.



Cotizaciones sociales

De los 31.003 millones de euros de PIB de 2016 que habríamos obtenido con una población en edad de trabajar mayor, el 9,3% habría formado parte de la recaudación por cotizaciones sociales de Seguridad Social, lo que representaría 2.872 millones de euros más en recaudaciones.



2.3

El rol del cuidador no profesional desde la perspectiva de género

Abordamos en este bloque las consecuencias que, en términos de coste de oportunidad, tiene para la salud de las mujeres su rol, todavía muy mayoritario, de cuidadoras de niños o de familiares en situación de dependencia, pues las consecuencias en la conciliación serán abordadas en el estudio monográfico de esta brecha.

Cuidado de menores

Del total de personas entre los 16 y los 64 años que dejan de estudiar o trabajar por estar al cuidado de niños, el 95% son mujeres (**Figura 27**). En este mismo grupo de edad, mujeres y hombres se reparten en una proporción 2:1 la responsabilidad de atender de forma regular a personas dependientes.

Figura 27. Personas entre 16 y 64 años.

Fuente: Afi a partir de conciliación entre la vida laboral y familiar (INE, 2010)

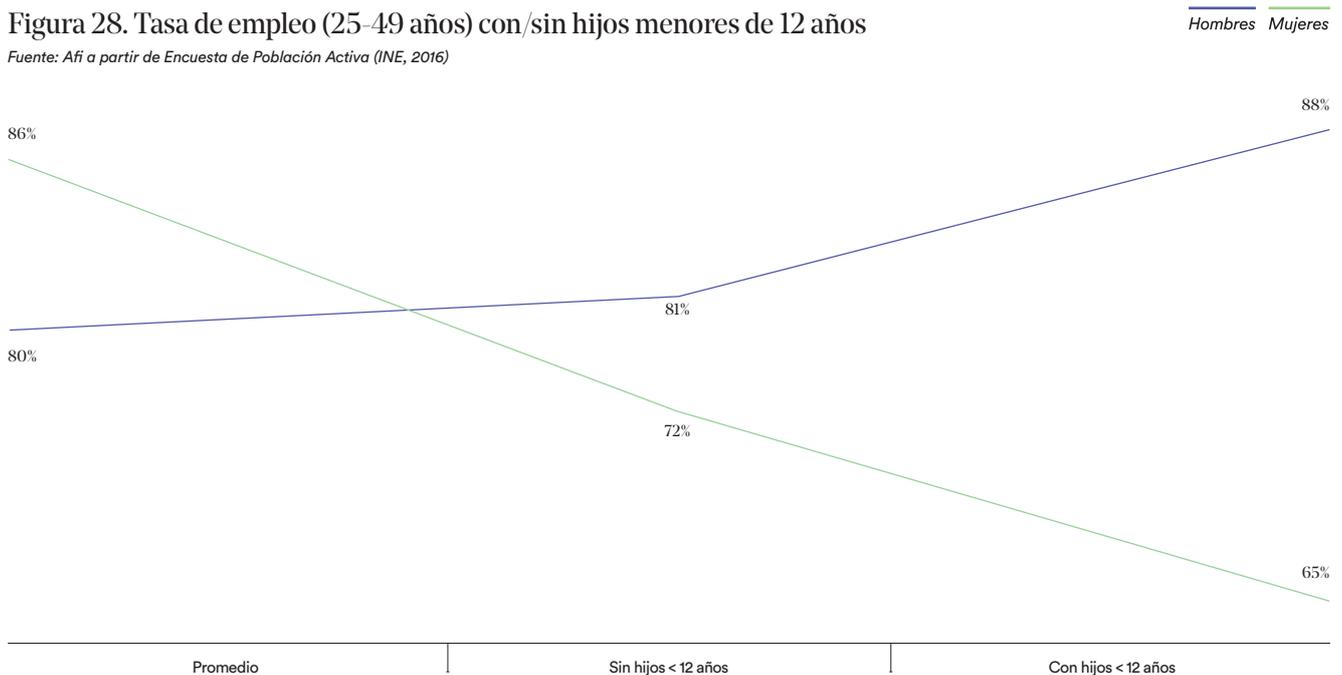


Esa asignación de tareas tiene efectos en la tasa de empleo entre 25 a 49 años en función de si hombres y mujeres tienen o no hijos menores a los 12 años (edad coincidente con el límite máximo reconocido por ley para la reducción de jornada por cuidado de hijos). Así (**Figura 28**), mientras que tener hijos de esa edad no parece ejercer un efecto negativo en la tasa de empleo en el caso de los hombres, su efecto es el opuesto en el caso de las mujeres. Y en ambos la intensidad del efecto crece con el número de hijos de esas edades.

Ello puede tener que ver con que las mujeres, especialmente aquellas que trabajan fuera del hogar, tienden a asumir el rol de cuidador principal, mientras que los hombres tienden a ocupar el rol de cuidador secundario³³.

Figura 28. Tasa de empleo (25-49 años) con/sin hijos menores de 12 años

Fuente: Afi a partir de Encuesta de Población Activa (INE, 2016)



³³ Observatorio de las personas Mayores. Boletín sobre el envejecimiento. Nº 35 (Octubre 2008). Cuidadoras y cuidadores: el efecto del género en el cuidado no profesional de los mayores, disponible en <http://www.imserso.es/interpresnt3/groups/imserso/documents/binario/boletinopm35.pdf>



Con el propósito de visibilizar esta desigual dedicación, la **Tabla 5** recoge un panorama fiel a las estadísticas disponibles de dedicación a los cuidados no profesionales de personas mayores o enfermas crónicas.

Cuidado de personas mayores y/o enfermas

Un total de más de 4,3 millones de personas declaran hacerse cargo de los cuidados de estas personas de forma no profesional. De ese total, el **59% son mujeres y dedican el 62% de las horas declaradas, que ascienden a 1.800**

millones de horas al año (sobre un total de 2.900 millones). Se trata de una dedicación no profesional que, de formalizarse, equivaldría a más de 977.000 empleos anuales a jornada completa, teniendo en cuenta que el Estatuto de los Trabajadores establece que la jornada laboral máxima legal en España es de 1.826 horas anuales. **El potencial económico del diferencial de dedicación que las mujeres emplean en estas labores de cuidados asciende a 7.812 millones de euros al año, lo que representa un 0,7% del PIB y el 85% de la nómina mensual de todas las pensiones contributivas del país.**

Tabla 5. Número de horas dedicadas al cuidado no profesional de personas mayores o con dolencias crónicas (ENS)

Fuente: Afi a partir de ENS y Encuesta anual de coste laboral (INE, 2016)

	Cuidadores/as	% sobre total	< 10 H*	% sobre total	≥10 o < 20*	% sobre total	>20*	% sobre total
Total (hombres y mujeres)	4.383.341	100%	1.573.082	35,9%	834.730	19,0%	1.954.048	44,6%
Total horas dedicadas en una semana	55.293.678	100%	7.865.412	14,2%	8.347.300	15,1%	39.080.966	70,7%
Total horas dedicadas al año	2.875.271.239	-	409.001.411	-	434.059.598	-	2.032.210.230	-
Nº mujeres*	2.585.016	59%	839.365	19,1%	460.339	10,5%	1.276.171	29,1%
Nº horas dedicadas en una semana	34.323.633	62%	4.196.823	7,6%	4.603.392	8,3%	25.523.417	46,2%
Nº horas dedicadas al año	1.784.828.926	-	218.234.821	-	239.376.409	-	1.327.217.696	1,149.525
Nº hombres*	1.798.325	41%	733.718	16,7%	374.391	8,5%	677.877	15,5%
Nº horas dedicadas en una semana	20.970.044	38%	3.668.588	6,6%	3.743.907	6,8%	13.557.549	24,5%
Nº horas dedicadas al año	1.090.442.312	-	190.766.589	-	194.683.189	-	704.992.534	-
Diferencia nº horas mujeres y hombres	694.386.614	24%	-	-	-	-	-	-
Coste laboral de los cuidados/hora (€) ³⁴	11,25	-	-	-	-	-	-	-
Coste anual de la diferencia (millones de €)	7.812	-	-	-	-	-	-	-

* horas a la semana

³⁴ Estimado a partir de Encuesta anual de coste laboral (INE, 2016). Promedio de los códigos CNAE 87 Asistencia en establecimientos residenciales y 88 Actividades de servicios sociales sin alojamiento. El coste de los cuidados está conformado en un 73% por coste salarial y 27% coste laboral. Número de días trabajados al año= 217.



Esta dedicación a los cuidados tiene, además de las implicaciones económicas directas descritas asociadas al tiempo empleado no remunerado, otras relacionadas con la salud. En particular, se observa una mayor prevalencia de enfermedades que pueden llegar a ser incapacitantes como la **depresión, la ansiedad o el estrés**.

Prevalencia de depresión

De acuerdo con la ENS, el 13,3% de las mujeres ha padecido **depresión** alguna vez en la vida (9,7% en el último año), frente al 6,0% de los hombres (4,5%).

- Destaca la mayor prevalencia de la depresión entre las mujeres incapacitadas para trabajar (el 34,2% de las incapacitadas menciona haberla padecido en el último año), seguidas por las jubiladas (17,7%), las que se dedican a labores del hogar (12,8%), las que se encuentran en situación de desempleo (10,1%) y las que se encuentran trabajando fuera del hogar (5,1%).
- En los hombres, también son los incapacitados para trabajar los que manifiestan en mayor proporción haber sufrido depresión en los últimos 12 meses (29,0%), seguidos por los que se encuentran en desempleo (7,1%),

los jubilados (6,7%) y los que se encuentran trabajando (1,9%).

En cuanto a la **ansiedad**, el 11,8% de mujeres manifiestan haberla padecido alguna vez frente al 5,5% de los hombres, el 9,8% de mujeres y el 4,8% de los hombres en el último año.

- La prevalencia de ansiedad crónica en el último año en mujeres es mayor en aquellas incapacitadas para trabajar (32,2%), jubiladas (13,7%), desempleadas (12,1%), las que se dedican a labores del hogar (10,6%) y empleadas (7,1%).
- En los hombres, también son los incapacitados para trabajar los que mayor prevalencia de ansiedad crónica tienen (25,9%), seguidos de los desempleados (8,5%), los jubilados y los que se dedican a las labores del hogar (4,9%) y los que se encuentran trabajando fuera del hogar (3,1%).

Las diferencias entre hombres y mujeres en la incidencia de la depresión se comienzan a observar en la adolescencia y aumentan en la edad adulta, reduciéndose en las etapas más longevas. Son varios los estudios que mencionan que estas diferencias no se deben únicamente a causas biológicas **sino también a condicionantes sociales** como la desigualdad de poder y la posición

social, así como la sobrecarga física y emocional entre de conciliar trabajo y cuidados familiares, como se trata de poner en evidencia en esta sección.

Estas causas pueden afectar tanto a hombres como a mujeres, pero las mujeres están más expuestas a las mismas, si bien “las depresiones son infradiagnosticadas y en los hombres más porque no reconocen ni manifiestan la depresión.” (Curto, Grau, Fortuño, Riobóo, & Vidal (2011).

Dentro de los factores de índole social señalados predomina el rol diferente que las mujeres asumen –o tienen socialmente asignado– en la sociedad en general y en la provisión de cuidados no profesionales (y por tanto, no remunerados) de personas dependientes (hijos, enfermos y mayores), en particular. En las siguientes páginas se aborda esta relación y sus efectos económicos.

Prevalencia de la depresión y la ansiedad en su relación ante el cuidado de personas en situación de dependencia

Con este propósito se acude a la base de datos de la ENS, que hace referencia únicamente a los cuidados de personas dependientes enfermas y mayores, sin incluir el cuidado de los hijos. De estos datos se desprende que

el 12,9% de las mujeres y el 9,5% de los hombres han cuidado al menos una vez a la semana de personas mayores o con una dolencia crónica.

De estas personas, el **18,4% de las mujeres** y el **9,8% de los hombres** declaran haber tenido **depresión** alguna vez en la vida, mientras que el 13,4% y 7,3%, respectivamente, aseguran haberla sufrido en los 12 últimos meses. En cuanto a la **ansiedad**, el 16,2% de las mujeres y el 9,0% de los hombres que cuidan la han sufrido alguna vez en la vida (el 13,6% y 7,3%, respectivamente, en los 12 últimos meses).

Comparando estas cifras con los datos generales, vemos que existe mayor prevalencia de depresión y ansiedad entre las mujeres que cuidan de personas mayores o con dolencias crónicas.

Por su parte, el estudio realizado en España y en otros seis países³⁶ en el marco de la campaña *Embracing Carers* (Cuidar a los cuidadores) liderada por Merck y apoyada por la asociación europea Eurocarers junto con otras organizaciones internacionales de cuidadores, desvela que el 47% de los cuidadores no profesionales presentan síntomas y necesitan atención médica por depresión, ansiedad y estrés y el 61% consideran que su salud física se resiente por la labor que día a día desempeñan como cuidadores de familiares o pacientes.

Los motivos son dificultades para dormir, falta de tiempo para acudir al médico, para hacer ejercicio saludable, efectos en las carreras profesionales y nivel de ingresos por reducción de jornada laboral, tensiones familiares, etc.

Para analizar si la prevalencia de depresión y ansiedad es estadística y significativamente diferente entre hombres y mujeres, y entre aquellos que cuidan a terceros, se estima un modelo probabilístico con los datos de la ENS del INE, controlando por diferentes factores socioeconómicos (detalle metodológico en el anexo)³⁷.

La probabilidad de sufrir depresión en las mujeres es 5,5 puntos más alta que en los hombres. Los cuidados incrementan la probabilidad de sufrir depresión en las mujeres en 3,4 puntos adicionales. En cuanto a la ansiedad, la probabilidad de que las mujeres la sufran es 5,8 puntos más

alta que en los hombres, y los cuidados incrementan dicha probabilidad en 2,7 puntos adicionales.

Esta situación tiene su correspondiente coste de oportunidad. De acuerdo con Oliva-Moreno, López-Bastida, Montejo-González, Osuna-Guerrero y Duque-González³⁸ (2009) el coste de las enfermedades mentales de la población en general en España es de 7.019 millones de euros (0,6% del PIB de 2016), de los cuales el 39,6% son costes médicos directos, el 7,3% costes de cuidados informales y el 42,7% son pérdidas de productividad laboral.

Atendiendo al coste de oportunidad que suponen las pérdidas de productividad laboral, se aproxima el coste en bajas laborales temporales causadas por la prevalencia de depresión y ansiedad. Para calcular la distribución por sexos de las bajas por incapacidad temporal por estos diagnósticos, se aplica la distribución de los casos registrados en AP (**Tabla 6**).

La probabilidad de sufrir depresión en las mujeres es 5,5 puntos más alta que en los hombres.

³⁶ Francia, Alemania, Italia, Reino Unido, Estados Unidos y Australia. 3.516 cuidadores no profesionales entrevistados en el periodo entre el 7 de julio y el 8 de agosto de 2017.

³⁷ En este análisis incluimos, además de las variables explicativas que nos ocupan principalmente (sexo, cuidados) otras variables socioeconómicas (situación laboral, edad, estado civil y nivel de estudios) que también afectan a la probabilidad de sufrir depresión y ansiedad. Existen otros factores no observables no incluidos en la estimación (número de hijos, relación de parentesco con el receptor de los cuidados, entre otros) que podrían afectar a la probabilidad estimada y variar los resultados. No obstante, del análisis realizado se obtienen resultados significativos y consistentes con los hallados en la literatura relacionada.

³⁸ Oliva-Moreno, J., López-Bastida, J., Montejo-González, A. L., Osuna-Guerrero, R., & Duque-González, B. (2009). The socioeconomic costs of mental illness in Spain. *The European Journal of Health Economics*, 10(4), 361-369.

Tabla 6. Casos de trastornos mentales en AP (2014)

Fuente: BD CAP

	Hombres	Mujeres
P01 - Sensación de ansiedad/tensión/nerviosismo	239.183	444.228
P03 - Sensación/sentimientos depresivos	8.877	22.615
P74 - Trastornos de la ansiedad/estado de ansiedad	365.042	627.303
P76 - Depresión/trastornos depresivos	158.294	347.181
Subtotal depresión y ansiedad en AP	771.396	1.441.327
Distribución	34,9%	65,1%





La incapacidad temporal que generan la depresión y la ansiedad tiene un **impacto en el PIB 345 millones de euros mayor en el caso de las mujeres.**

Así, teniendo en cuenta el coste laboral total bruto y el coste por hora en el año 2016 para un trabajador promedio (30.708 y 15,35 euros, respectivamente), se calcula el coste de las bajas por incapacidad temporal causadas por ansiedad y depresión que ascendieron en total a 140.708 (MTOIT, INSS), con una duración media de 66 días³⁹. Asumiendo una jornada completa de 8 horas, las bajas por depresión y ansiedad supondrían una dedicación de 1.140 millones de euros (0,1% del PIB) en 2016.

Distinguiendo entre hombres y mujeres, y con las hipótesis descritas, la **incidencia de depresión y ansiedad en el PIB** por la vía de la incapacidad temporal que supone es **345 millones de euros mayor en las mujeres que en los hombres, lo que representa un 0,03% del PIB.**

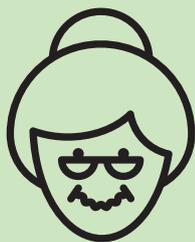
De los datos mostrados se desprende la existencia de una mayor prevalencia y probabilidad de sufrir depresión y ansiedad por parte de las mujeres.

No obstante, a pesar de estas evidencias, para poder dimensionar con exactitud la proporción del coste de oportunidad que se corresponde con el impacto de los cuidados en la salud de las mujeres tendrían que darse la circunstancia de que no existieran factores no observables que condicionen el análisis; factores que no se pueden aislar debido al nivel de detalle de la información disponible.

39 Ver nota 37



En consecuencia...



Cuidados de personas mayores y enfermas

En España, 4,3 millones de personas declaran hacerse cargo de los cuidados de personas mayores y enfermos crónicos de forma no profesional. **El 59% son mujeres** (64% en el caso de dependientes) y dedican a este fin el 62% de las horas totales declaradas (1.800 millones de horas al año). Se trata de una dedicación no profesional que, de formalizarse, equivaldría a más de 977.000 empleos anuales a jornada completa, teniendo en cuenta que el Estatuto de los Trabajadores establece que la jornada laboral máxima legal en España es de 1.826 horas anuales.

El 12,9% de las mujeres y el 9,5% de los hombres cuidan al menos una vez a la semana de personas mayores o con una dolencia crónica. De ellos, el 13,4% de las mujeres y el 7,3% de los hombres declaran haber sufrido depresión en los 12 últimos meses. En cuanto a la **ansiedad**, los porcentajes para este mismo periodo alcanzan el 13,6% y 7,3% respectivamente.



Hijos menores de 12 años

Tener hijos menores de 12 años no tiene un efecto negativo en la tasa de empleo en hombres entre 25 y 49 años. En cambio, en las mujeres, se produce el efecto opuesto existiendo una brecha de 23 puntos porcentuales.

Potencial económico

El potencial económico de esta mayor dedicación al cuidado de personas mayores y/o enfermas que llevan a cabo las mujeres asciende a **7.812 millones de euros al año, el 85% de la nómina mensual de todas las pensiones contributivas del país.**



Cuidados

Los cuidados incrementan la probabilidad de sufrir depresión en las mujeres en 3,4 puntos adicionales. En cuanto a la ansiedad, los cuidados incrementan dicha probabilidad en las mujeres en 2,7 puntos adicionales.

PIB

La incidencia de depresión y ansiedad en el PIB por la vía de la incapacidad temporal es **345 millones de euros mayor en las mujeres que en los hombres**, lo que representa un 0,03% del PIB.



2.4

El empleo y sus consecuencias en la salud

Otra de las cuestiones en las que vamos a detenernos a lo largo de este estudio es en las consecuencias de la ocupación como elemento determinante de la salud y, por tanto, con potencial de cara a la hora de generar valor para la economía.

Se observa en este sentido que, por tipo de jornada, **seis de cada diez jornadas completas las realizan hombres frente a una de cada cuatro de las jornadas a tiempo parcial.**

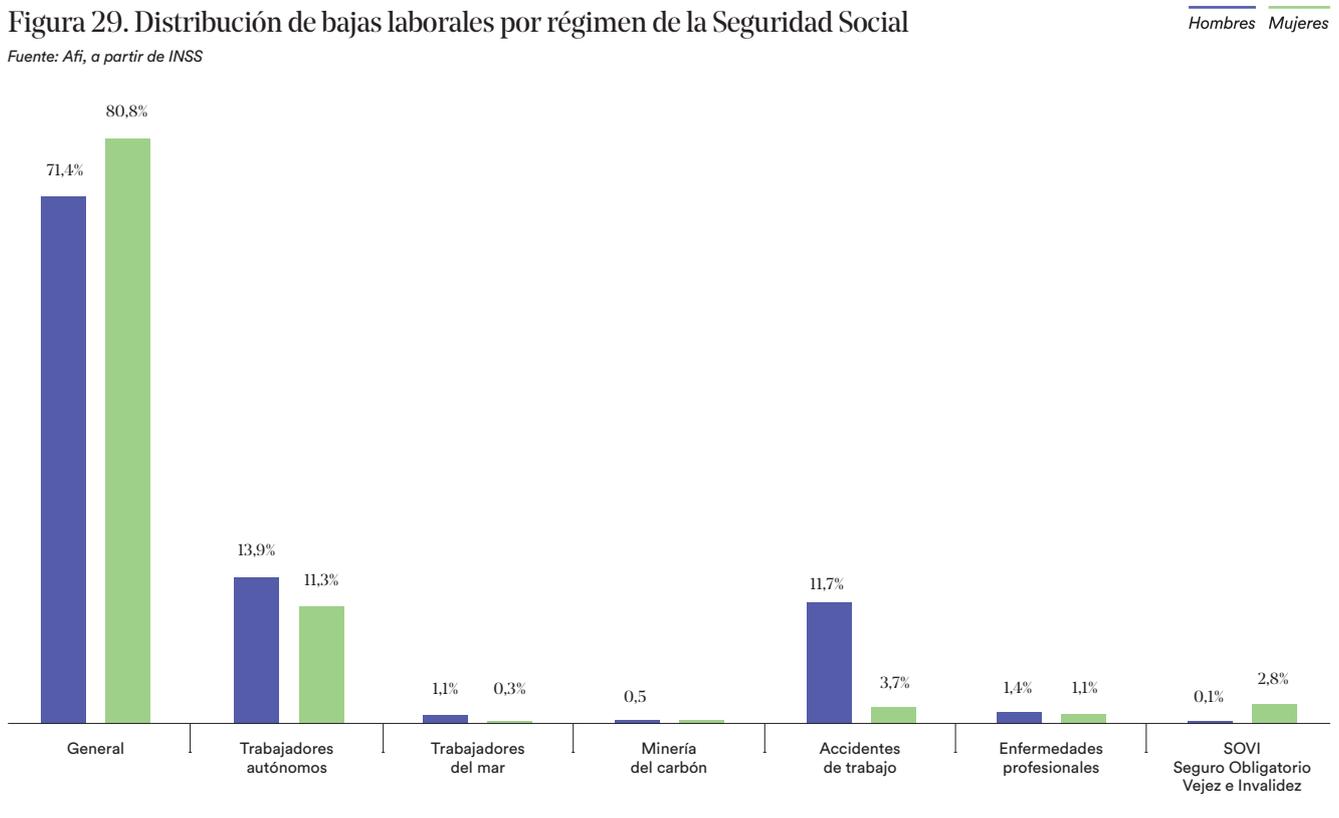
Las principales ramas de actividad por número de ocupados hombres son industria manufacturera (17,3%), comercio (14,6%), construcción (10,0%), transporte y almacenamiento (7,4%)

y hostelería (7,4%). Las principales ocupaciones para las mujeres se concentran en el sector comercio (17,4%), actividades sanitarias (14,2%), hostelería (10,2%), educación (9,9%) e industria manufacturera (7,2%).

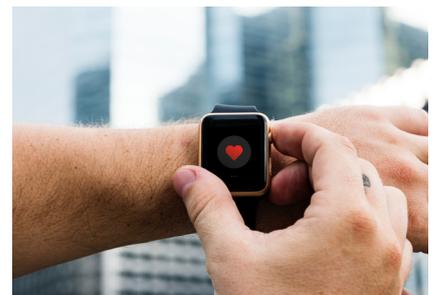
Por **situación profesional**, entre las mujeres predominan las asalariadas (87,8%, de las que 68,1% corresponden al sector privado y 19,6% al público), mientras que las trabajadoras por cuenta propia apenas representan un 12,2% del total de ocupadas. Cuatro de cada cinco hombres (79,9%) son, por su parte, asalariados (sector privado 66,8% y sector público 13,1%) y uno de cada cinco (20,1%) se desempeña como trabajador por cuenta propia.

Figura 29. Distribución de bajas laborales por régimen de la Seguridad Social

Fuente: Afi, a partir de INSS



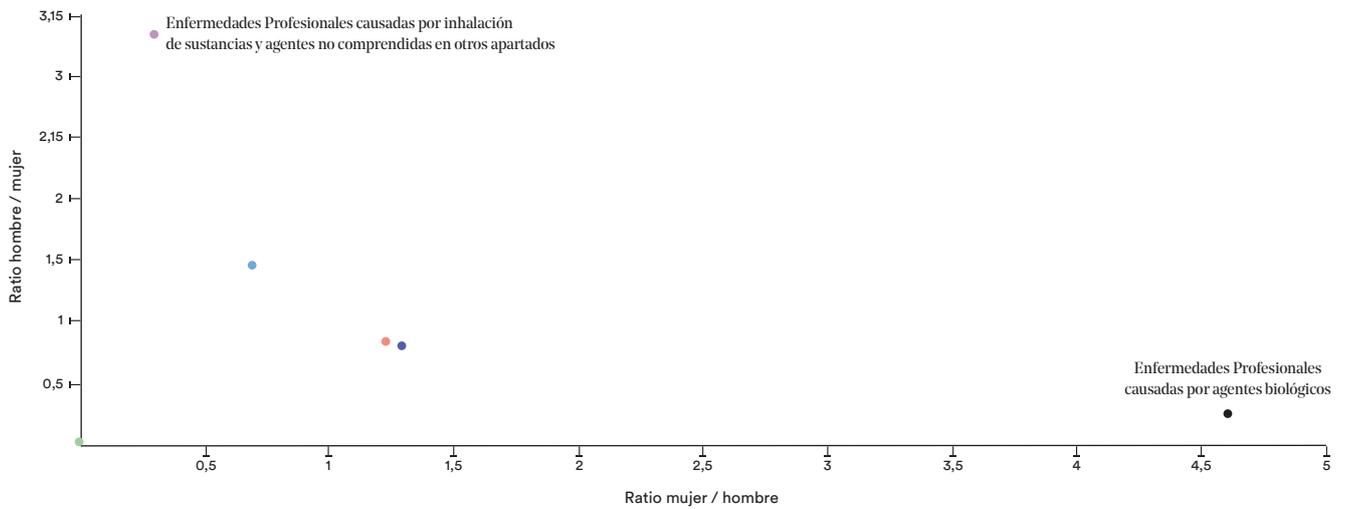
En relación a las **enfermedades profesionales (EP)** - aquellas contraídas como consecuencia del trabajo ejecutado y provocadas por elementos o sustancias externas⁴⁰-, los **hombres** se encuentran más afectados -a partir del porcentaje de partes con baja por grupo de EP- por **inhalación de sustancias**, mientras que las **mujeres** lo están más por **agentes biológicos (Figura 30)**. La duración media de las bajas por EP es de 95,21 días en el caso de los hombres y de 105,84 días en el de las mujeres (cerca de 11 días más).



⁴⁰ Grupo 1: Enfermedades profesionales causadas por agentes químicos; Grupo 2: Enfermedades profesionales causadas por agentes físicos; Grupo 3: Enfermedades profesionales causadas por agentes biológicos; Grupo 4: Enfermedades profesionales causadas por inhalación de sustancias y agentes no comprendidos en otros apartados; Grupo 5: Enfermedades profesionales de la piel causadas por sustancias y agentes, no comprendidos en alguno de los otros apartados; Grupo 6: Enfermedades profesionales causadas por agentes carcinogénicos. La Secretaría del Estado de la Seguridad Social, Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social, recoge esta información en la base de datos CEPROSS.

Figura 30. Principales agentes causantes de EP en hombres y en mujeres

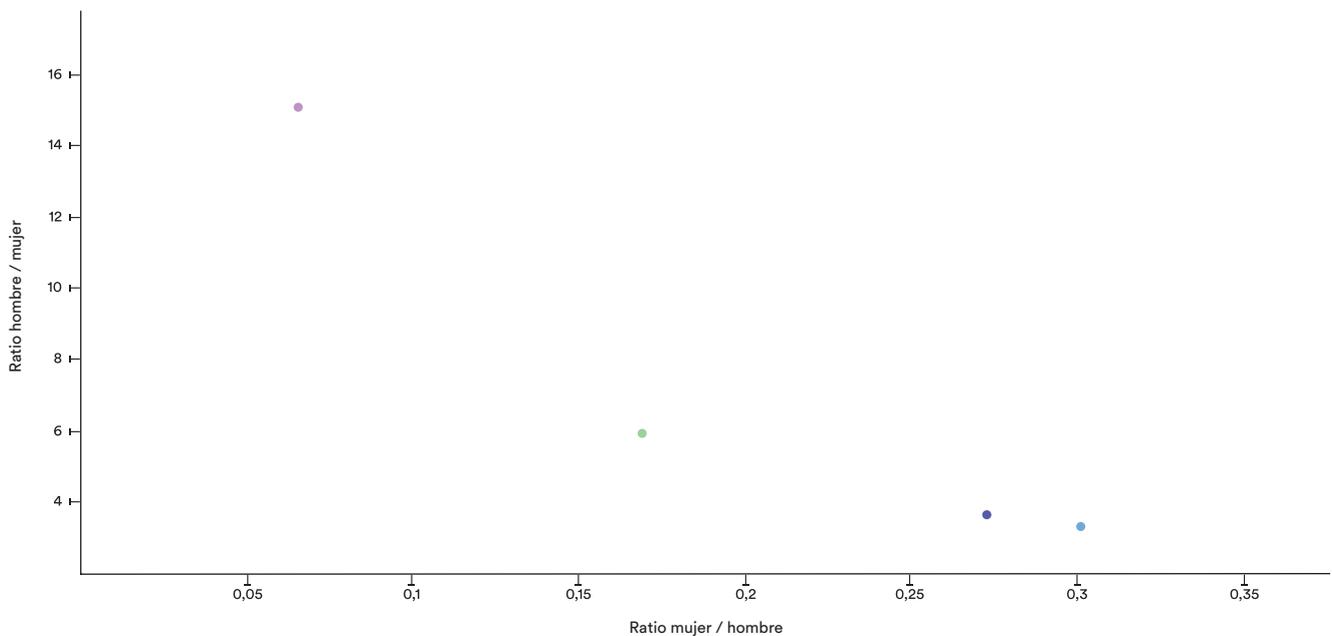
Fuente: Afi a partir de CEPROSS 2017



- Enfermedades Profesionales causadas por agentes químicos
- Enfermedades Profesionales causadas por agentes químicos
- Enfermedades Profesionales causadas por agentes biológicos
- Enfermedades Profesionales causadas por inhalación de sustancias y agentes no comprendidas en otros apartados
- Enfermedades Profesionales de la piel causadas por sustancias y agentes no comprendidos en alguno de los otros apartados
- Enfermedades Profesionales causadas por agentes carcinógenos

Figura 31. Accidentes de trabajo con baja según actividad económica. Hombres

Fuente: Afi a partir de PANOTRASS 2017



- Actividades de los hogares como empleadores de personal doméstico
- Construcción
- Otros servicios
- Suministro de agua, actividades de saneamiento, gestión de residuos y descontaminación

Se ha detectado asimismo una mayor incidencia de **accidentes “caseros”** informados por las mujeres -en una relación superior a 2 veces respecto a los hombres, tal como queda reportado en la **Figura 15**.

Las **actividades con mayor EP comunicadas en hombres son fabricación de productos metálicos** excepto maquinaria y equipo (8,9%); **industria de la alimentación** (8,1%); **fabricación de vehículos de motor, remolques y semirremolques** (7,8%) y **construcción especializada**. **En mujeres, comercio al por menor** (13,6%); **actividades sanitarias** (11,1%); **servicios a edificios y actividades de jardinería** (9,2%) y **servicios de comidas y bebidas**.

Por sectores de actividad⁴¹, entre las mujeres (**Figura 32**), el **de la información y las comunicaciones** presentan una incidencia de EP causadas por agentes físicos 14 veces superior a los hombres.

Se observa asimismo en las mujeres la **acumulación de EP causadas por distintos agentes en un mismo sector de actividad**. Tal es el caso de **otros servicios, sector primario, hostelería y educación** (donde concurren EP causadas por agentes físicos y enfermedades de la piel), y **actividades sanitarias y de servicios sociales**, donde concurren EP causadas por agentes químicos y enfermedades de la piel.

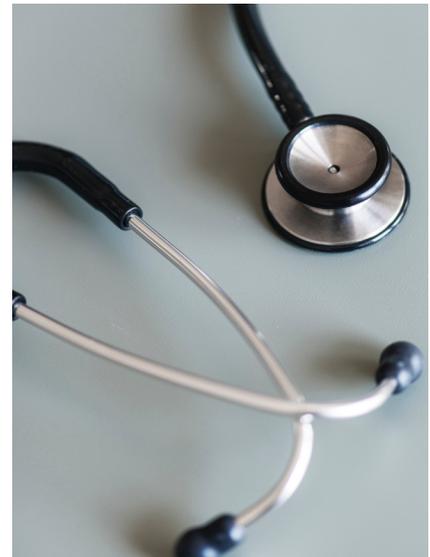
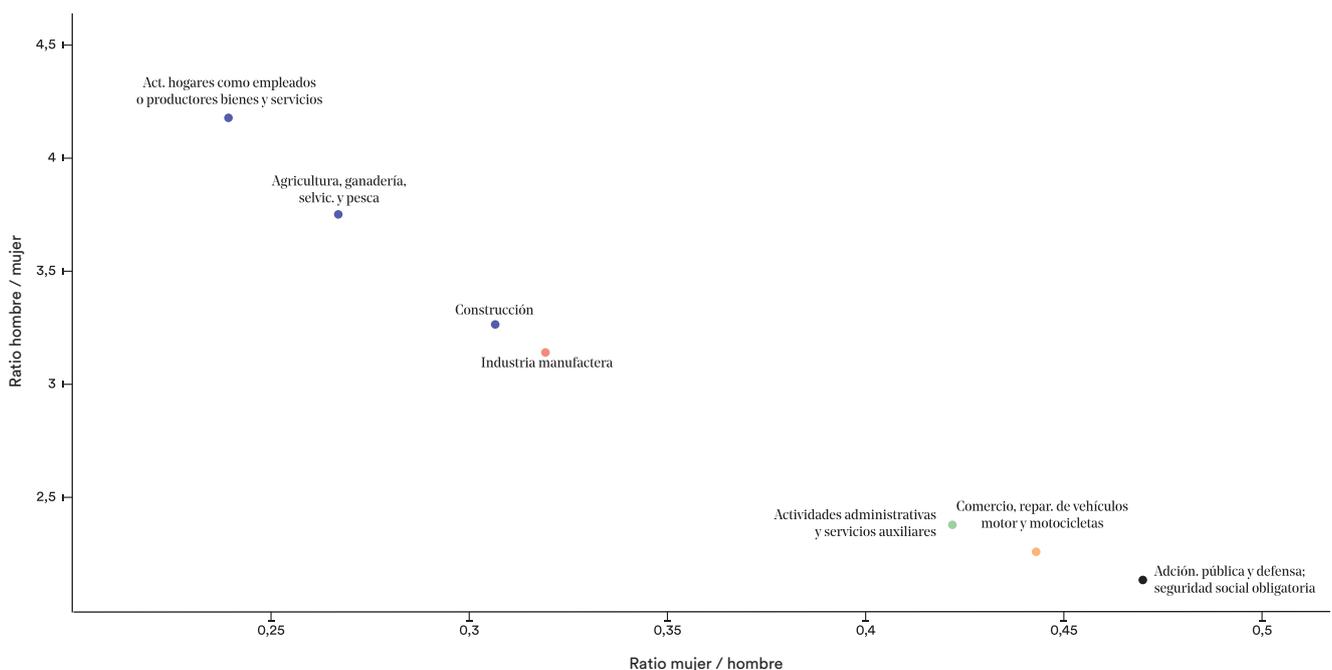


Figura 32. Incidencia de EP por agente causante y sector de actividad. Mujeres. 2017

Fuente: Afi, a partir de CEPROSS



Entre los **hombres (Figura 33)**, la incidencia de EP vinculadas a **agentes físicos** es más de 4 veces mayor que en mujeres en las **actividades realizadas como empleadores o productores de bienes y servicios**, mientras que en la **construcción** es superior a 3 veces.

En actividades del **sector primario** desempeñadas por los hombres son las EP causadas por **agentes biológicos** las que con mayor diferenciación se presentan.

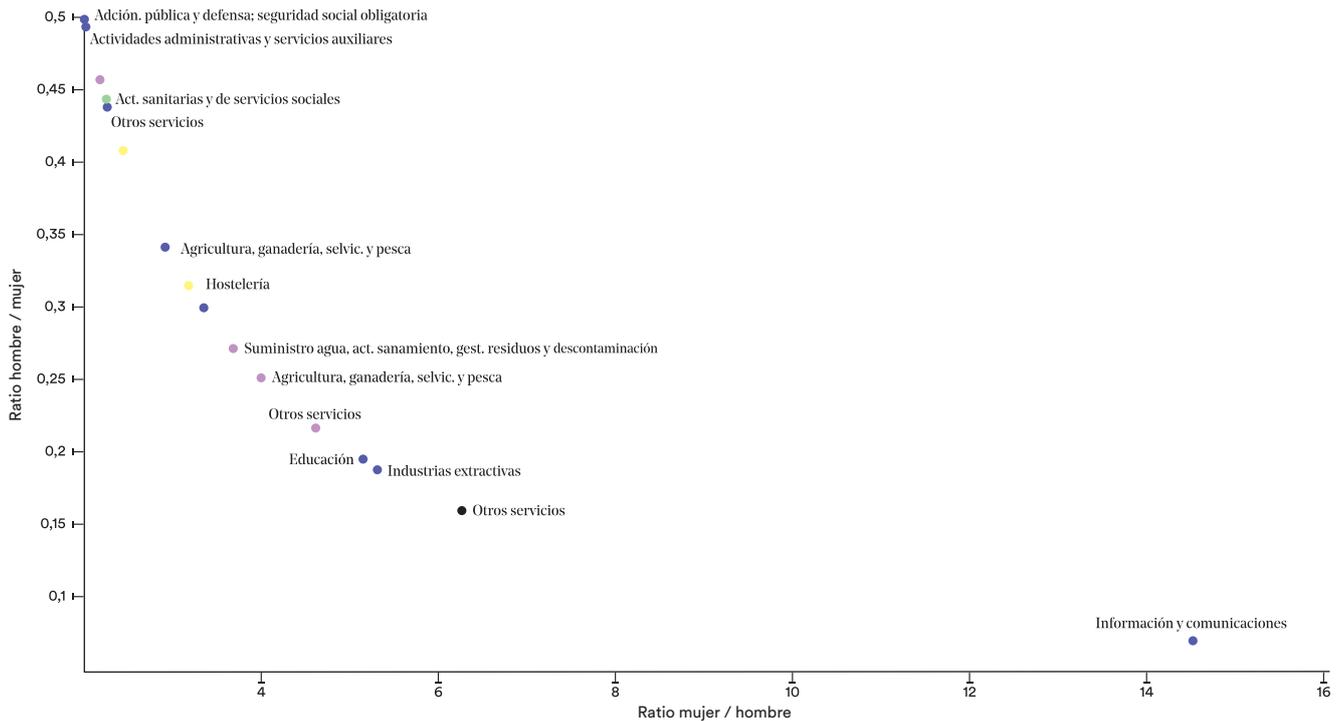
Por **inhalación de sustancias** se observa mayor incidencia en la

industria manufacturera, actividades administrativas y servicios auxiliares y AAP, defensa y seguridad social.

⁴¹ El análisis de incidencia diferencial de EP por sector de actividad se ha realizado controlando por el número de ocupados, para cada sexo, en cada sector.

Figura 33. Incidencia de EP por agente causante y sector de actividad. Hombres. 2017

Fuente: Afi, a partir de CEPROSS



La **incapacidad permanente (IP)** es una prestación social que trata de cubrir la pérdida de rentas salariales o profesionales de las personas afectadas de un proceso derivado de enfermedad o accidente laboral que reduce o anula su capacidad laboral de forma previsiblemente definitiva. Se divide en IP total, IP absoluta y gran invalidez.

Los **hombres reciben la condición de IP en una proporción de más de dos veces sobre las recibidas por las mujeres (Figura 34)**, si bien la tendencia es gradualmente a la baja en los últimos cuatro años. Por el contrario, **las bajas de IP muestran una proporción entre hombres y mujeres menor (1,5 veces en 2017)**, seguramente motivada por las propias circunstancias que motivan dichas bajas (fallecimiento, cumplimiento de edad o plazo de prestación).

No ha sido posible realizar un análisis de causas y valoraciones de certificación de IP solicitadas con la información pública disponible en las administraciones públicas competentes.

Figura 34. Ratio H/M de altas y bajas por Incapacidad Permanente⁴², 2014-2017

Fuente: AFI, a partir de la Seguridad Social



⁴² Se entiende que el alta es inicial cuando da lugar a la apertura de un nuevo expediente de prestación (no quedan por tanto incluidas las altas por rehabilitación, traslado o revisión). Las bajas definitivas computan todos los supuestos de cese previsiblemente definitivo de la prestación, excluyéndose por tanto las suspensiones y bajas por traslado o revisión. Se consideran bajas definitivas: fallecimiento del titular, pérdida del derecho por cumplimiento de edad o plazo (jubilación parcial a jubilación ordinaria) y otras causas de baja (sanción, opción a otra prestación).

En consecuencia...

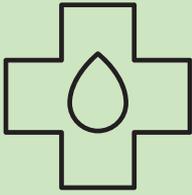


Acumulación de EP

Se observa en las mujeres la **acumulación de EP causadas por distintos agentes en un mismo sector de actividad**. Es el caso de **otros servicios, sector primario, hostelería y educación** (donde concurren las causadas por agentes físicos y enfermedades de la piel), y **actividades sanitarias y de servicios sociales**, que aglutina aquellas causadas por agentes químicos y enfermedades de la piel.

Mayor incidencia

Se ha detectado una mayor incidencia de **accidentes “caseros”** informados por las mujeres -en una relación superior a 2 veces respecto a los hombres. Es necesario contextualizar este dato en un marco en el que las mujeres, entre otras cuestiones, piden el 92% y el 83% de las excedencias por cuidado de menores y familiares a cargo, según datos del Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social.



Ocupaciones predominantes

Las ocupaciones predominantemente desempeñadas por mujeres concentran enfermedades profesionales que requieren mayor tiempo de recuperación, que podría explicar que la duración media de las bajas por enfermedad profesional sea 11 días superior en el caso de las mujeres (105,84 días) que en el de los hombres (95,21 días).

Potencial económico

Los hombres reciben la condición de IP en una proporción de más de dos veces sobre las recibidas por las mujeres.



2.5

Sesgos inconscientes de género en la salud



Se diagnostican en mayor medida los problemas de salud relacionados con las enfermedades cardiovasculares (ECV) en hombres, a pesar de que las mujeres fallecen más por estas patologías.

43 Diseño de un sistema para el estudio del sesgo de género en la praxis médica en atención primaria mediante situaciones clínicas modelo: <https://www.researchgate.net/publication/278018234>.

44 Estadística de defunciones según la causa de muerte del (INE) 45 Fuente: CMBD-H diagnósticos principales (MSCBS, 2015).

46 260.804 y 232.598 episodios por hombres, respectivamente, frente a 77.676 y 109.875 en mujeres.

47 1.059.429 episodios en mujeres frente a 279.141 en hombres.

48 30.623 diagnósticos en hombres frente a 10.238 mujeres en AAE; 430.134 diagnósticos en hombres frente a 157.248 en mujeres en hospitalizaciones.

49 <https://secardiologia.es/comunicacion/notas-de-prensa/notas-de-prensa-sec/8946-la-cardiopatía-isquémica-es-la-primera-causa-de-muerte-en-la-mujer>; http://www.msccbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/eqidad/O7modulo_06.pdf;

50 http://www.who.int/cardiovascular_diseases/es/

En el presente capítulo abordaremos los sesgos inconscientes de género y sus efectos desde un punto de vista sanitario. Éstos se materializan en dos tipos de expresiones: la universalización de diagnósticos / terapias / procedimientos por extrapolación de resultados obtenidos con sujetos hombre (androcentrismo) y el tratamiento diferencial basado en creencias y/o estereotipos.

Precisión en diagnósticos

Otra dimensión que nos proponemos analizar es la **mayor frecuencia de falta de precisión en el diagnóstico de patologías presentadas por mujeres** (recurrencia a categoría “otros”) y los **diferentes procedimientos aplicados a hombres y mujeres ante los mismos síntomas**.

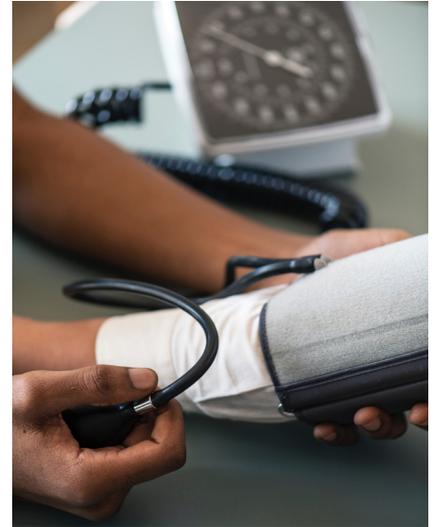
Las mujeres fallecen por ECV en mayor proporción que los hombres⁴⁴ y las enfermedades cerebrovasculares fueron la primera causa de muerte en mujeres en 2016. Sin embargo, comparando **diagnósticos**⁴⁵ se observa que:

- Los **hombres** son diagnosticados con **enfermedades del sistema cardiovascular** (327.448 casos) en mayor medida que las mujeres, prevaleciendo sobre las mujeres en **angina de pecho, IAM, otras enfermedades isquémicas del corazón, disritmias cardíacas, enfermedades cerebrovasculares, aterosclerosis** y otras enfermedades del sistema circulatorio o cardiovascular.
- Las **mujeres** son diagnosticadas con estas enfermedades en **menor medida** (252.323 casos), destacando en las enfermedades hipertensivas, las enfermedades de la circulación pulmonar, las insuficiencias cardíacas y las venas varicosas de las extremidades inferiores.

Asimismo, en el análisis de **patologías prevalentes**, destacaban, por nivel de atención:

- En AP sobresalían los **diagnósticos de IAM e isquemia cardíaca sin angina en hombres**⁴⁶, mientras que **en mujeres destacaban las venas varicosas en extremidades inferiores**⁴⁷.
- En la AH destacaba el diagnóstico de **aterosclerosis coronaria y otras cardiopatías en hombres**⁴⁸, mientras que **en mujeres no se distinguía ninguna ECV**.

Por lo tanto, se evidencia que a lo largo del ciclo de atención **se diagnostican en mayor medida los problemas de salud relacionados con las ECV en hombres que en mujeres, a pesar de que las causas de fallecimiento en mujeres están más relacionadas con las ECV que en el caso de los hombres**.



Los **motivos** que están detrás del mayor número de fallecimientos por ECV en mujeres están condicionados por **factores** de riesgo genéticos / hereditarios / **biológicos** como la edad, el sexo o los factores genéticos/hereditarios que no pueden ser modificados, son inalterables; y por factores **sociales / hábitos de vida / androcentrismo**, sobre los cuales sí se pueden actuar⁴⁹ **de forma preventiva**, entre los que destacan la **hipertensión arterial** (mucho más frecuente en las mujeres), **el tabaquismo** (vistas las tendencias de adicción en secciones anteriores), **el nivel de colesterol en sangre, la diabetes, el sobrepeso/obesidad, el sedentarismo y el estrés**, entre otros.

Otros factores de riesgo específicos de la mujer son los **ovarios poliquísticos**, el consumo de **anticonceptivos orales** y los **factores hormonales** a lo largo del ciclo vital ya señalados.

Según la OMS⁵⁰, los IAM y los **accidentes vasculares cerebrales prematuros son prevenibles en más del 80% de los casos** mediante la promoción de **hábitos de vida saludables**, así como con la **educación e investigación en salud**.

Las mujeres suelen tener **una mayor frecuencia cardíaca**, menor tamaño de las cavidades cardíacas y arterias coronarias más estrechas que las de los hombres, lo que influye en el fun-

cionamiento del sistema circulatorio cardiovascular. Además, el aspecto hormonal también influye en el riesgo de sufrir ECV, ya que los estrógenos suponen un mecanismo de protección, que varía a lo largo del ciclo vital.

Al finalizar el periodo de edad fértil de las mujeres, **los factores de riesgo se multiplican para ellas (diabetes, hipercolesterolemia, hipertensión y obesidad)**. Por ese motivo, presentan una mayor edad cuando sufren ECV, lo que además complica la recuperación. También existen patologías cardiovasculares propias del periparto a tener en consideración.

El **conocimiento social** sobre la salud juega un papel determinante en la detección de las enfermedades. De acuerdo con un estudio⁵¹, el 39% de las mujeres reconoce los síntomas de un IAM frente al 57% de los hombres. Aquellos que no lo hacen los confunden con problemas digestivos, respiratorios o de ansiedad/depresión. Como consecuencia, la demora en llegar a urgencias por parte de las mujeres es mayor, lo que aumenta la probabilidad de fallecimiento.

Este menor diagnóstico se debe a que las **mujeres** pueden presentar una **síntomatología diferente** a los hombres ante un IAM y una percepción del riesgo a sufrirlo menor, ya que las personas suelen relacionarlo con más frecuencia a hombres de avanzada edad.



Procedimientos y tratamientos

La situación que se acaba de exponer en relación a la sintomatología también tiene consecuencias en los tratamientos. De acuerdo con la Sociedad Española de Cardiología (SEC), “frente a los mismos síntomas de enfermedad cardiovascular, **sólo el 15% de las mujeres reciben un tratamiento adecuado**, mientras que el porcentaje llega hasta el **56% en los hombres**”⁵².

El retraso en la sospecha de sufrir una ECV por parte de mujeres prorroga el momento del tratamiento, lo que se traduce en un empeoramiento del pronóstico. Por lo tanto, para la mejora de la detección de ECV es fundamental la realización de **estudios y ensayos clínicos** que incorporen a **mujeres**, con el objetivo de localizar la sintomatología particular en las mismas y divulgar la información de cara a la sociedad.

La base de datos de hospitalizaciones (CMBD-H) permite el **cruce de diagnósticos principales con los procedimientos registrados**, el sexo y los grupos de edad. Con el objetivo de aislar al máximo posible los efectos biológicos sobre los diagnósticos y sus correspondientes procedimientos, seleccionamos aquellos relacionados con neoplasias y con los sistemas circulatorio, cardiovascular y nervioso para hombres y mujeres de 65 años y más, teniendo en cuenta el número de diagnósticos por aparato y sexo en ese grupo de edad.

Se calcula el número de procedimientos realizados por diagnóstico para cada sexo, seleccionando aquellos que representen al menos el 1% del total de procedimientos y se analiza si existen diferencias entre sexos.

No se observan diferencias en los procedimientos realizados en hospitalizaciones a hombres y mujeres en neoplasias y enfermedades del sistema nervioso pero sí en algunos de los diagnósticos del sistema cardiovascular. Así, en el caso del diagnóstico de IAM, se observa que por cada diagnóstico en hombres se realiza un mayor número de procedimientos que por cada diagnóstico en mujeres.

Por cada 100 hombres diagnosticados con IAM se realizan 80,9 cateterismos y arteriografías coronarias, 65,1, en el caso de mujeres diagnosticadas con IAM, lo que supone una diferencia de 15,9 puntos.

En el resto de procedimientos (otros procedimientos en vasos no de cabeza y cuello; ultrasonidos diagnósticos de corazón (ecocardiogramas); otros procedimientos terapéuticos cardiovasculares sin uso de quirófano y angioplastias percutáneas transluminales coronarias (APTC) las diferencias son de 22,2; 4,5; 12,1; y 11,2 puntos, respectivamente.

En el caso de **enfermedades cerebrovasculares agudas**, por cada 100 personas diagnosticadas se realizan 21,5 **resonancias magnéticas** en hombres y 16,6 en mujeres (4,9 puntos de diferencia).



Se diagnostican en mayor medida los problemas de salud relacionados con las enfermedades cardiovasculares en hombres que en mujeres, a pesar de que ellas fallecen más por estas patologías.

⁵¹ Hombres y mujeres ante un IAM, ¿actuamos diferente? presentado en el Congreso SEC de las Enfermedades Cardiovasculares 2017. <http://www.congresocec.org/web/index.php>.

⁵² <https://secardiologia.es/512-formacion-y-becas/congreso-sec-2011/3607-enfermedad-cardiovascular-mata-a-casi-un-8-mas-de-mujeres-que-hombres-espana>

⁵³ Cateterismos cardíacos diagnósticos y arteriografías coronarias, otros procedimientos en vasos no de cabeza y cuello, ultrasonidos diagnósticos de corazón (ecocardiogramas), otros procedimientos terapéuticos cardiovasculares sin uso de quirófano y angioplastias percutáneas transluminales coronarias (APTC).

En consecuencia...

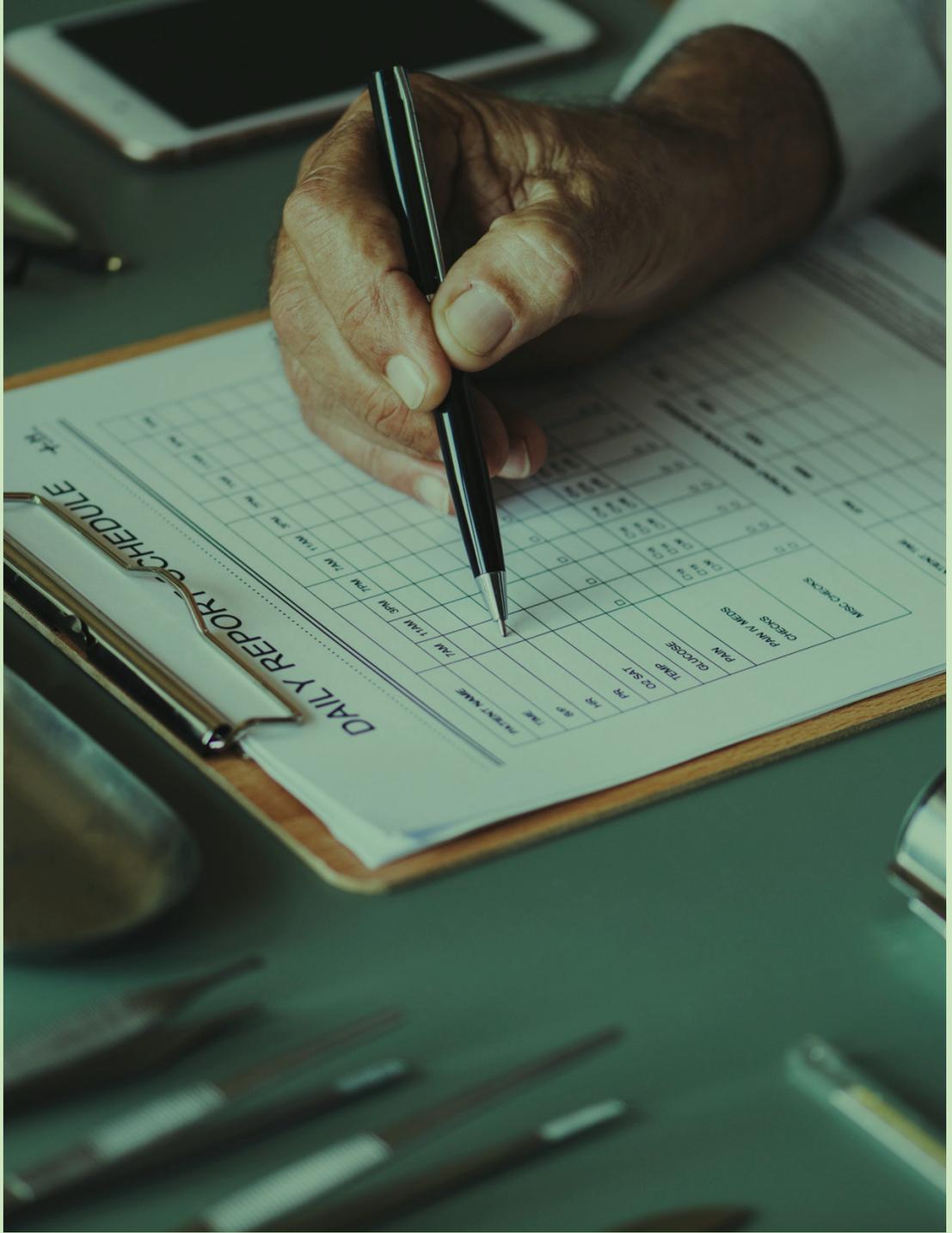


Diagnósticos

En el ámbito de los diagnósticos, se identifican en mayor medida los problemas de salud relacionados con las ECV en hombres que en mujeres, a pesar de que las causas de fallecimiento en mujeres están más relacionadas con las ECV que en el caso de los hombres. Este menor diagnóstico se debe a que las mujeres pueden presentar una **sintomatología diferente** a la de los hombres ante un IAM y una percepción del riesgo a sufrirlo menor.

Tratamientos

En el ámbito de los tratamientos, por cada diagnóstico de IAM se realiza un mayor número de procedimientos en hombres que en mujeres. Por ejemplo, por cada 100 hombres diagnosticados se realizan 80,9 cateterismos y arteriografías coronarias, frente a 65,1 en mujeres. En enfermedades cerebrovasculares agudas, las resonancias magnéticas realizadas en hombres diagnosticados superan en cinco puntos a las realizadas en mujeres diagnosticadas.



2.6

Las mujeres viven cuatro años más pero con peor salud

Abordamos por último las consecuencias del coste de oportunidad en la última fase de la vida de las mujeres, deteniéndonos en las consecuencias de la mayor longevidad en el contexto de un país, España, que se encuentra en las primeras posiciones del mundo en esperanza de vida al nacer (85,84 en mujeres y 80,31 años en hombres; 2016, INE).

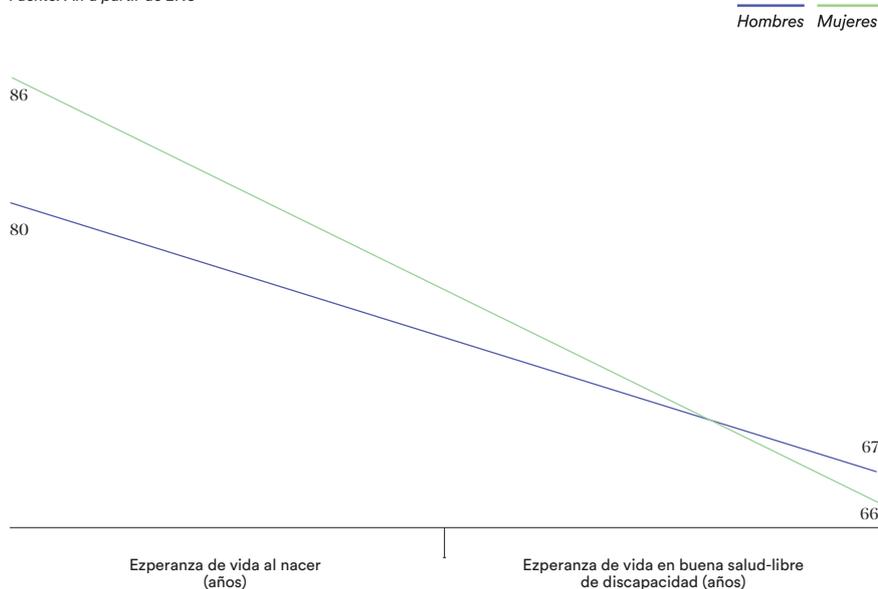
No en vano, en octubre de 2018 el *Institute for Health Metrics and Evaluation* (IHME) de Washington publicó en la revista *The Lancet* los resultados de un estudio que sitúa a España como el país más longevo del mundo en 2040. No obstante, si bien las mujeres registran una **esperanza**

de vida al nacer seis años superior a la de los hombres, y 3,9 años mayor al llegar a los 65 años, si tan solo se consideran los años en buena salud **la diferencia desaparece** (Figura 35) e incluso se invierte en relación a la de los hombres (66,06 vs 67,47 años).



Figura 35. Esperanza de vida al nacer y en buena salud-libre de discapacidad

Fuente: Afi a partir de ENS

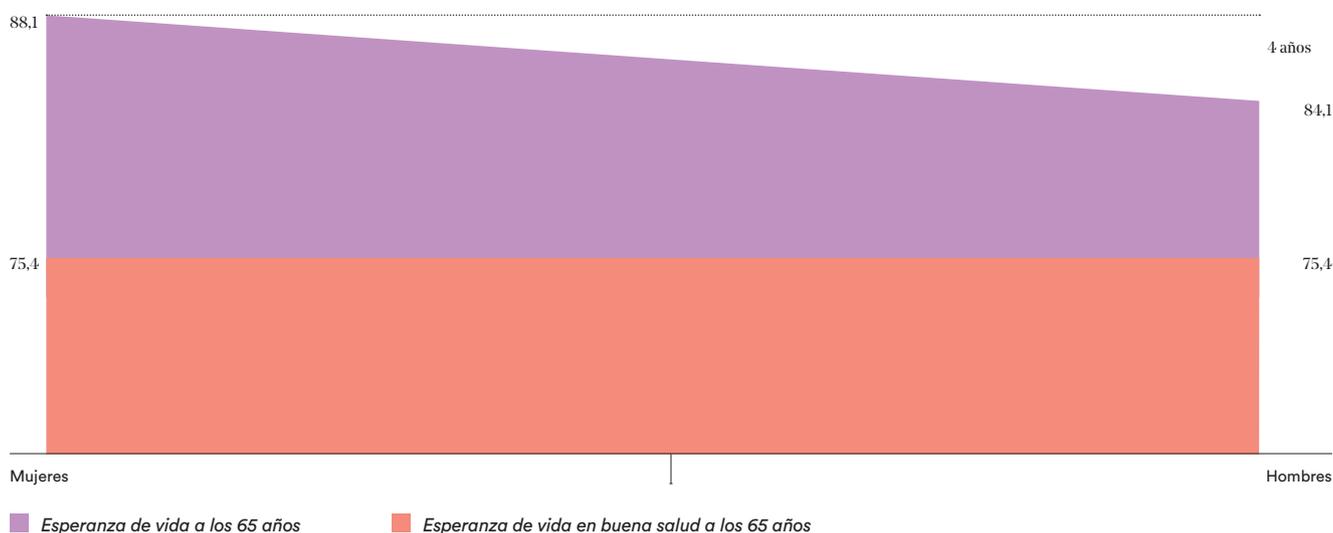


Por lo tanto, **las mujeres viven más años que los hombres, pero con peor salud**. En concreto, son cuatro años adicionales de vida en situación de mala salud o discapacidad los que viven las mujeres respecto de los hombres (Figura 36).

Además, tres de cada cuatro hogares unipersonales de mayores de 65 años son mujeres que viven solas.

Figura 36. Diferencia de esperanza de vida en buena salud entre hombres y mujeres

Fuente: Afi, a partir de (INE, 2017)





Las mujeres viven más años que los hombres, pero con peor salud.

Esta imagen de las diferencias en las condiciones de salud en las que mujeres y hombres llegan a la edad avanzada es un reflejo de la acumulación de desigualdades de género y otros factores sociales que se han relacionado a lo largo del trabajo, que condicionan algunas de las patologías prevalentes.

De eliminarse estas desigualdades, el ahorro potencial que supondría para el conjunto de la sociedad que las mujeres llegaran a la edad avanzada con mejor salud alcanzaría los **8.945 millones de euros al año** (durante esos cuatro años adicionales en situación de mala salud) por los cuidados que la dependencia requiere. Esta cantidad supone el 70% del total de la factura farmacéutica.

A partir de los 75 años hombres y mujeres viven en mala salud, respectivamente, 8,7 y 12,7 años, generando una brecha de 4 años de mala salud para las mujeres.

En 2016 había en España 2.651.874 mujeres mayores de 75 años de las cuales 1.832.163 (69,1%) se declaraban dependientes funcionales para el cuidado personal (**Tabla 7**), esto es, que presentan dificultades para alimentarse, sentarse y levantarse, ponerse, ir al servicio, ducharse, etc. Aplicando a este colectivo la distribución de grados de dependencia asignados por las administraciones públicas⁵⁴ alcanzaríamos la distribución estimada en la **Tabla 8**.

Tabla 7.
Población > 75 años y dependencia funcional declarada

Fuente: Afi a partir de Población residente 2016 y Encuesta Nacional de Salud 2016 (INE)

	Nº personas	Población >75 años con alguna dependencia funcional declarada	% sobre total > 75 años
Mujeres > 75 años	2.651.87	1.832.163	69,1%
Hombres > 75 años	1.718.433	924.600	53,8%

Tabla 8.
Distribución del número de dependientes funcionales > 75 años por grado (estimación)

Fuente: Estimación Afi a partir de SAAD 2016

Mujeres	Dato
Grado III	438.957
Grado II	549.711
Grado I	475.495
Sin grado	367.999

Hombres	Dato
Grado III	221.520
Grado II	277.411
Grado I	239.958
Sin grado	185.711

⁵⁴ Certificación del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD, 2016) a personas dependientes: Grado III (Gran Dependencia): 24% del total de dictámenes (363.920); Grado II (Dependencia severa): 30% (455.741); Grado I (Dependencia moderada): 26% (394.212); Sin grado: 20,1% (305.092).



El coste de los cuidados que este colectivo de hombres y mujeres necesita para mejorar su bienestar en la situación de dependencia funcional que sufren se ha estimado a partir de los costes (salarial y laboral) de los cuidadores, que en términos de salario/hora ascenderían a (11,25 euros/hora)⁵⁵ por cuidador.

Asignando una dedicación de cuidados en función del grado de dependencia (Grado III 8 horas/día;

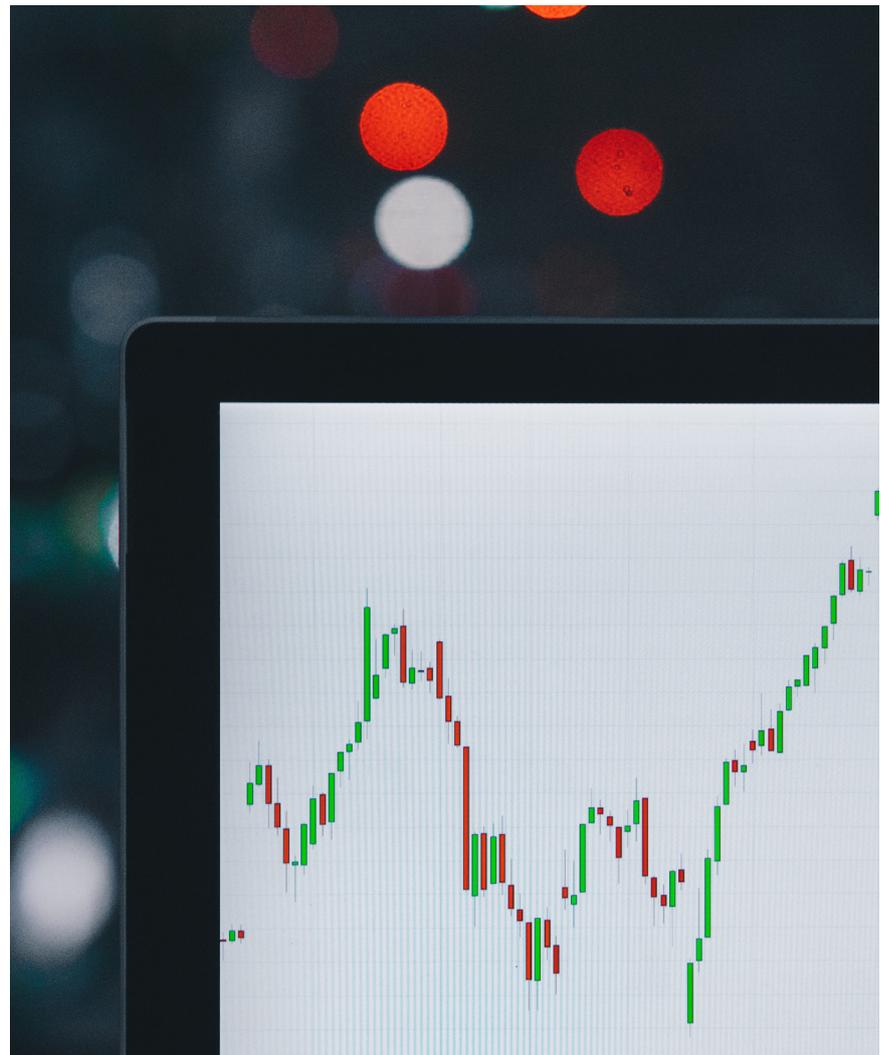
Grado II 4 horas /día y tanto Grado I como sin grado 2 horas/día), el ahorro potencial asociado a una mejor situación de salud en las mujeres mayores de 75 años (equivalente a alargar la esperanza de vida en buena salud), considerando las diferencias entre hombres y mujeres, supondría 8.945 millones de euros, equivalente al 0,8% del PIB. Esta cantidad supone el 70% del total de la factura farmacéutica.

Tabla 9. Estimación del valor económico (ahorro potencial) de alargar la esperanza de vida en buena salud de las mujeres

Fuente: Afi a partir de Población residente 2016 y Encuesta Nacional de Salud 2016 (INE)

	Millones de €, anual	% sobre PIB	Ahorro potencial (diferencia mujeres – hombres)
Mujeres > 75 años	18.059	1,6%	8.945 millones de euros al año
Hombres > 75 años	9.114	0,8%	0,8% del PIB

Se ha contrastado la dimensión del valor económico con otros estudios previos sobre longevidad y dependencia⁵⁶, cuyo resumen se presenta en la descripción metodológica del Anexo y que presentan valores de similar orden de magnitud.



⁵⁵ Estimado a partir de Encuesta anual de coste laboral (INE, 2016). Promedio de los códigos CNAE 87 Asistencia en establecimientos residenciales y 88 Actividades de servicios sociales sin alojamiento. El coste de los cuidados está conformado en un 73% por coste salarial y 27% coste laboral. Número de días trabajados al año= 217.
⁵⁶ Afi (2009), Braña (2004), Monteverde (2003).

En consecuencia...



Esperanza de vida

Las mujeres cuentan con una **esperanza de vida al nacer seis años superior a la de los hombres**, y 3,9 años mayor al llegar a los 65 años. No obstante, si tan solo se consideran los años en buena salud la diferencia desaparece y los hombres presentan mejores perspectivas.

Vida

Por lo tanto, las **mujeres viven más años que los hombres, pero con peor salud**. En concreto, son cuatro años adicionales de vida en situación de mala salud o discapacidad los que viven las mujeres a diferencia de los hombres.



PIB

Si las mujeres pudieran vivir en mejores circunstancias los cuatro años más que viven en mala salud en comparación con los hombres, **el ahorro potencial sería de 8.945 millones de euros al año, lo que supone cerca de casi 1 punto del PIB (0,8%)**. Esta cantidad supone el 70% del total de la factura farmacéutica.



03

Conclusiones



Al nacer, las mujeres españolas tienen una expectativa de vida de 85,84 años y los hombres de 80,31 años. Los hombres valoran mejor su estado de salud (78%), respecto a las mujeres (70%).

Hay dos tipos de factores que determinan la salud de las personas: los biológicos y los sociales. Los primeros, predisponen genéticamente a determinados problemas de salud; los segundos, determinan la vulnerabilidad de la salud las personas en función del género, la edad, la renta, el nivel educativo, la situación laboral y la residencia, entre otros atributos sociodemográficos.

Cuando se produce una ausencia de salud con un comportamiento diferente en hombres y mujeres es cuando existe una brecha de género en este ámbito que tiene una serie de efectos económicos y sociales en cuya cuantificación cuantitativa y cualitativa se ha detenido este estudio.



Desigualdades en la prevalencia de enfermedades y hábitos de vida

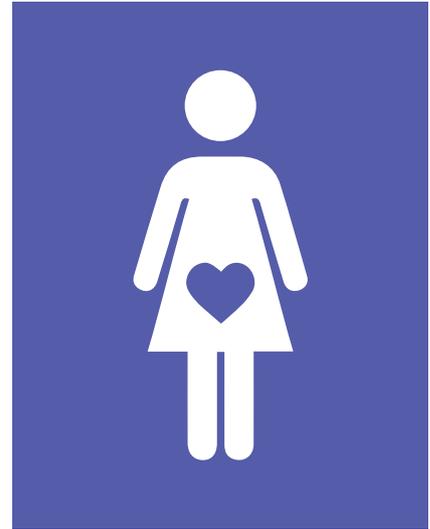
El uso del sistema sanitario no presenta diferencias de calado entre mujeres y hombres, si bien existe un mayor uso de la Atención Primaria en mujeres y de la Atención Hospitalaria en hombres.

Sí existen **importantes diferencias en las prevalencias** de las enfermedades. En hombres, enfermedades del aparato respiratorio, cardiovascular y cáncer. En mujeres, enfermedades del sistema osteo-mioarticular, sistema nervioso y trastornos del estado de ánimo.

En relación con la mortalidad, **las mujeres fallecen con mayor frecuencia en situaciones de trastorno mental senil y presenil**, Alzheimer y por causas relacionadas con enfermedades hipertensivas, y en mayor proporción que los hombres por enfermedades cardiovasculares, con las enfermedades cerebrovasculares como primera causa de muerte en mujeres. Para los hombres, las principales causas diferenciales de muerte son los tumores (vejiga, aparato respiratorio, hígado), las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, las lesiones autoinfringidas y la cirrosis.

En relación a los **hábitos y estilos de vida** se observa mayor obesidad y sobrepeso en hombres, menor actividad física en mujeres y mayor prevalencia de consumo de tabaco y alcohol en hombres, aunque la incidencia está aumentando en mujeres.

Además, los **estereotipos sociales de género siguen presentes**, situación considerada como un problema por dos de cada tres españoles. Uno de los condicionantes de la salud asociados hace referencia a los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) entre los que se encuentran la anorexia y la bulimia: del total de casos diagnosticados en AP en 2015, el 87,6% correspondieron a mujeres.



La reducción de la tasa de fertilidad tiene efectos en la salud demográfica y económica del país

La maternidad determina la relación de las mujeres con los servicios sanitarios, así como el estado de salud a lo largo de su vida. Su influencia en la salud va más allá de la perspectiva biológica, extendiéndose a la responsabilidad de los ciudadanos de los menores en los primeros meses y/o años.

La reducción de la tasa de fertilidad tiene efectos en la salud demográfica y económica del país. La tasa bruta de natalidad, determinada por múltiples factores, ha caído 2,5 veces con respecto a la registrada en 1975, mientras que la tasa global de fecundidad lo ha hecho en más de 2 veces, con un número de nacimientos en 2017 que representa el 58% de los registrados en 1975, y una elevación de la edad media de nacimiento del primer hijo de seis años, hasta los 31 en ese periodo.

Estos indicadores tienen efectos en la salud demográfica y económica del país. De haberse producido un comportamiento similar a la media de países de nuestro entorno, España habría alcanzado en 2016 una población de **47,7 millones de habitantes, 1,2 millones más de los registrados ese año.**

De ellos, casi 900.000 integrarían hoy la población en edad de trabajar, **disminuyendo la tasa de dependencia un 0,8% y contribuyendo al PIB con 31.000 millones de euros adicionales en 2016 (2,8% del PIB o una cantidad equivalente a casi el 50% del gasto público anual en sanidad en España), de los que 2.872 millones de euros (9,3%)** habrían formado parte de la recaudación por cotizaciones de la Seguridad Social.



El rol del cuidador no profesional desde la perspectiva de género

Analizado el rol del cuidador no profesional desde la perspectiva de género, en España persiste, como en otros países de nuestro entorno, un desigual reparto de los cuidados no profesionales entre hombres y mujeres.

De los 4,3 millones de personas que declaran hacerse cargo de los cuidados de personas mayores y enfermas crónicas de forma no profesional, el 59% (64% en el caso de cuidado de personas dependientes) son mujeres, quienes dedican 1.800 millones de horas (el 62% del total de horas declaradas) al año. Se trata de una dedicación no profesional que, de formalizarse, equivaldría a más de 977.000 empleos anuales a jornada completa, teniendo en cuenta que el Estatuto de los Trabajadores establece que la jornada laboral máxima legal en España es de 1.826 horas anuales.

El valor económico de la mayor dedicación que las mujeres emplean en las tareas de cuidados asciende a 7.812 millones de euros al año.

Esta desigual dedicación a los cuidados tiene además implicaciones en la salud, ya que la probabilidad de sufrir depresión y ansiedad en las mujeres es 5,5 y 5,8 puntos, respectivamente, mayor que en los hombres, incrementando para las mujeres cuidadoras en 3,4 y 2,7 puntos adicionales, respectivamente.

Esta mayor probabilidad supone un deterioro de la salud que, en términos exclusivamente de valor económico del mayor número de bajas por incapacidad temporal entre las mujeres, supera los **345 millones de euros (0,03% del PIB)**.

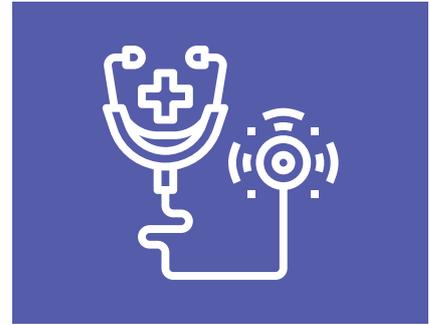


El empleo y sus consecuencias en la salud

El estudio llevado a cabo ha puesto de manifiesto, asimismo, que las mujeres acumulan **enfermedades profesionales causadas por distintos agentes en un mismo sector de actividad**. Es el caso de otros servicios, sector primario, hostelería y educación (donde concurren las causadas por agentes físicos y enfermedades de la piel) y actividades sanitarias y de servicios sociales, que aglutina aquellas causadas por agentes químicos y enfermedades de la piel.

En este mismo ámbito, se ha detectado que **las ocupaciones predominantemente desempeñadas por mujeres concentran enfermedades profesionales que requieren mayor tiempo de recuperación**, que podría explicar que la duración media de las bajas por enfermedad profesional sea 11 días superior en el caso de las mujeres (105,84 días) que en el de los hombres (95,21 días).

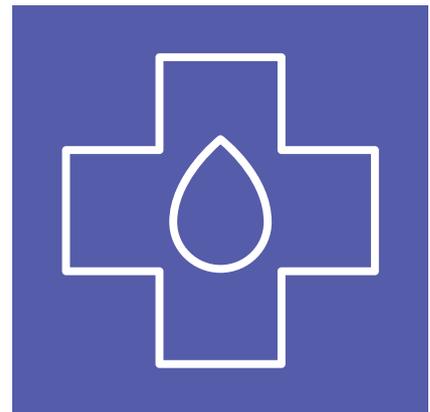
La incidencia de **accidentes “caseros”** informados por las mujeres es dos veces superior a la de los hombres.



Sesgos inconscientes de género en la salud

Se intuyen indicios de sesgos inconscientes de género en salud a partir del análisis de las patologías prevalentes.

Se diagnostican en mayor medida los problemas de salud relacionados con las enfermedades cardiovasculares en hombres que en mujeres, a pesar de que ellas fallecen más por estas patologías. Los síntomas de infarto agudo de miocardio en la mujer son menos conocidos, lo que podría conducir a una menor autopercepción del riesgo, y a que sean menos diagnosticadas.



Las mujeres viven cuatro años más pero con peor salud

Las desigualdades de género que se han relatado a lo largo del trabajo contribuyen a las diferentes condiciones y estados de salud en las que **mujeres y hombres llegan a la edad avanzada**. De hecho, las mujeres viven cuatro años más que los hombres, pero con peor salud.

El ahorro potencial que supondría para el conjunto de la sociedad que **las mujeres llegaran a la edad avanzada con mejor salud alcanzaría los 8.945 millones de euros al año (durante los cuatro años adicionales en situación de mala salud), equivalente al 0,8% del PIB**. Esta cantidad supone el **70% del total de la factura farmacéutica**.

Coste de oportunidad			
	Ámbito personal y familiar	Conjunto de la economía y sociedad	Presupuestos públicos
Desigualdades en la prevalencia de enfermedades y hábitos de vida	Patologías hombres: aparatos cardiovascular, respiratorio, endocrino, metabolismo y nutrición, digestivo y problemas psicológicos Patologías mujeres: aparatos locomotor, endocrino, metabolismo y nutrición, nervioso, sangre, urinario, circulatorio cardiovascular, piel y problemas psicológicos (depresión) Mortalidad hombres: tumores (vejiga, aparato respiratorio, hígado), enfermedades crónicas vías respiratorias inferiores, lesiones auto infringidas y cirrosis Mortalidad mujeres: trastorno mental senil y presenil, Alzheimer, enfermedades hipertensivas, enfermedades cerebrovasculares y cardiovasculares		
	Hombres: patologías de aparato digestivo y respiratorio relacionadas con hábitos de consumo y prácticas de riesgo Mujeres: patologías de aparato locomotor, trastornos tiroideos y del humor, asociados a sedentarismo y obesidad Prestar atención a tendencia tabaquismo en mujeres No se observan desigualdades o brechas en acceso y uso a servicios sanitarios		
	36.000 enfermos; 88% mujeres		Costes tratamiento
La reducción en la tasa de fertilidad tiene efectos en la salud demográfica y económica del país	Renuncia a ser 47,7 millones de habitantes en 2016, (+1,2 millones) de los que 0,9 millones integrarían la PET Renuncia a € 31.000 millones en 2016 (2,8% PIB) y reducción de tasa de dependencia en 0,8%		
El rol del cuidador desde la perspectiva de género	Δ probabilidad de depresión en 3,0 p.p.	1.800 millones de horas de más dedicadas a cuidados no remunerados (€ 7.812 millones/año)	Mayor incidencia de cuidadoras informales por depresión, ansiedad > € 345 millones / año (0,03% PIB)
El empleo y sus consecuencias en la salud	+ Exposición a agentes biológicos + Combinación de agentes - accidentes de trabajo + caseros		Hombres reciben condición de IP en una proporción > 2 veces que las mujeres. Duración de tiempo de recuperación por enfermedad profesional 11 días mayor en mujeres
Sesgos inconscientes de género en la salud	Nº procedimientos ante mismos diagnósticos ECV y cerebrovasculares superior en hombres		
En la edad avanzada, las mujeres enfrentan cuatro años adicionales en situación de mala salud		1,8 millones mujeres > 75 años dependientes funcionales 4 años adicionales en mala salud € 8.945 millones / año (0,8% PIB)	

Proyección cualitativa

Estimación cuantitativa

ANEXO

Metodología

Enfoque

La "Guía de indicadores para medir las desigualdades de género en salud y sus determinantes" de la Escuela Andaluza de Salud Pública realiza una propuesta de enfoque e indicadores, inspirados en "Unequal, Unfair, Ineffective and Inefficient. Gender Inequity in Health: Why it exists and how we can change it", que han servido de punto de partida para el planteamiento analítico de la brecha.

Descripción metodológica

Desigualdades en la prevalencia de las enfermedades y los hábitos de vida.

Atención Primaria (AP)

1.1. Fuente y códigos de clasificación

Fuente: Base de Datos de Clínicos de Atención Primaria (BDCAP, MSCBS), 2015. Códigos de las clasificaciones CIAP2.

1.2. Cálculo de enfermedades diferenciales

Del total de casos de problemas de salud (PS) registrados -problema o circunstancia por la que un usuario es atendido, ya sea por una acción de promoción de salud, de prevención de enfermedad o de atención a la misma, y que queda reflejado en la historia clínica mediante un código de las clasificaciones internacionales en uso:

1. Se eliminan aquellos relacionados con el aparato reproductivo (H y M), incluido mamas.
2. Se calcula el porcentaje de prevalencia de cada PS para cada sexo sobre el total de personas atendidas para cada sexo (una misma persona puede registrar varios problemas de salud en el periodo analizado).
3. Se calcula la ratio entre ambas prevalencias tanto desde la perspectiva masculina (H/M) como de la femenina (M/H).
4. Sobre estos ratios se identifican aquellos cuya prevalencia es superior a 2 veces la prevalencia del sexo opuesto.
5. Se eliminan los PS que sean < 1% de prevalencia para cada sexo sobre el total del sexo.

1.3. Listado de enfermedades relacionadas con el aparato reproductivo y las mamas eliminadas del análisis

W Planificación familiar, embarazo, parto y puerperio (problemas de salud eliminados)

- W76:** Anomalías congénitas que complican el embarazo
- W70:** Infección/sepsis puerperal
- W71:** Otras enfermedades infecciosas en el embarazo/parto/puerperio
- W75:** Lesiones que complican el embarazo

- W73:** Neoplasias benignas/inespecíficas en relación con el embarazo
- W72:** Neoplasias malignas en relación con el embarazo
- W78:** Embarazo
- W79:** Embarazo no deseado
- W80:** Embarazo ectópico
- W81:** Toxemia del embarazo
- W82:** Aborto espontáneo
- W83:** Aborto provocado
- W84:** Embarazo de alto riesgo
- W85:** Diabetes gestacional
- W90:** Parto normal/recién nacido vivo
- W91:** Parto normal/recién nacido muerto
- W92:** Parto complicado/recién nacido vivo
- W93:** Parto complicado/recién nacido muerto
- W93/92:** Parto complicado no incluido en W92 o W93
- W93-90:** Parto no incluido en W90 a W93 o W93/92
- W94:** Mastitis puerperal
- W95:** Otros problemas/enfermedades mamarias en el embarazo/puerperio
- W96:** Otras complicaciones del puerperio
- W99:** Otros problemas/enfermedades del embarazo/parto
- W99/96:** Otros problemas/enfermedades del embarazo/parto/puerperio no incluidos en W96 o W99
- W01:** Cuestiones acerca del embarazo
- W02:** Miedo a estar embarazada
- W03:** Hemorragia antes del parto
- W05:** Vómito/náusea del embarazo
- W10:** Contracepción postcoital
- W11:** Contracepción oral, en la mujer
- W12:** Contracepción intrauterina
- W17:** Hemorragia postparto
- W18:** Otros signos/síntomas del postparto
- W19:** Signos/síntomas de la mama/lactancia
- W21:** Preocupación sobre la apariencia en el embarazo
- W27:** Miedo a las complicaciones del embarazo
- W28:** Incapacidad/minusvalía por el embarazo/parto/puerperio
- W29:** Otros signos/síntomas del embarazo/parto/puerperio
- XY Aparato genital (problemas de salud eliminados)
- X83:** Anomalías congénitas del aparato genital femenino
- Y81:** Fimosis/prepucio excesivo
- Y82:** Hipospadias
- Y83:** Testículo no descendido
- Y84:** Otras anomalías congénitas del aparato genital masculino
- X72:** Candidiasis genital, en la mujer
- X74:** Enfermedad inflamatoria pélvica
- X92:** Infección genital femenina por clamidias
- Y73:** Prostatitis/vesiculitis seminal
- Y74:** Orquitis/epididimitis

- Y75:** Balanitis
- X78:** Fibromioma uterino
- X80:** Neoplasias benignas del aparato genital femenino
- X81:** Neoplasias genitales femeninas inespecíficas/otras
- Y79:** Neoplasias benignas/inespecíficas de mama/aparato genital masculino
- YX79:** Neoplasias benignas de mama (incluye X79)
- X75:** Neoplasias malignas de cuello de útero
- X76:** Neoplasias malignas de mama, en la mujer
- X77:** Otras neoplasias genitales femeninas
- Y77:** Neoplasias malignas de próstata
- Y78:** Otras neoplasias malignas de mama/aparato genital masculino
- X84:** Vaginitis/vulvitis no especificada
- X85:** Otros problemas de cuello de útero
- X86:** Citología de cuello de útero anormal
- X87:** Prolapso uterovaginal
- X88:** Mastopatía fibroquística
- X89:** Síndrome premenstrual
- Y85:** Hipertrofia prostática benigna
- Y86:** Hidrocele
- X01:** Dolor genital femenino
- X02:** Dolor menstrual
- X03:** Dolor intermenstrual
- X04:** Dolor en el coito, en la mujer
- X05:** Menstruación ausente/escasa
- X06:** Menstruación excesiva
- X07:** Menstruación irregular/frecuente
- X08:** Sangrado intermenstrual
- X09:** Signos/síntomas premenstruales
- X10:** Aplazamiento provocado de la menstruación
- X11:** Signos/síntomas menopáusicos
- X12:** Sangrado postmenopáusicos
- X13:** Sangrado postcoital
- X13/08-05:** Alteración de la menstruación/otros sangrados no incluidos en X05 a X08 o X13
- X14:** Secreción/flujo vaginal excesivo
- X15:** Otros signos/síntomas vaginales
- X16:** Otros signos/síntomas vulvares
- X17:** Otros signos/síntomas de la pelvis femenina
- X22:** Preocupación sobre la apariencia de las mamas, en la mujer
- X26:** Miedo al cáncer de mama, en la mujer
- Y01:** Dolor en el pene
- Y02:** Dolor en el escroto/testículos
- Y04:** Otros signos/síntomas del pene
- Y05:** Otros signos/síntomas de escroto/testículos
- Y06:** Signos/síntomas prostáticos
- Y07:** Impotencia orgánica no especificada
- Y08:** Otros signos/síntomas de la función sexual masculina
- YX18:** Dolor mamario (incluye X18)
- YX19:** Masa/bulto mamario (incluye X19)
- YX21:** Otros signos/síntomas mamarios (X21+Y16*)
- YX99:** Otras enfermedades del aparato genital/mamas (X99+Y99)
- YX03:** Secreción uretral (incluye Y03)

- YX20:** Signos/síntomas de los pezones (incluye X20)
YX27: Miedo a otras enfermedades genitales/de mama (X27+Y27)
YX29: Otros signos/síntomas del aparato genital/mamas (X29+Y29)
YX28: Incapacidad/minusvalía del aparato genital (X28+Y28)

Atención Hospitalaria (AH)

Atención ambulatoria especializada (AAE)

2.1. Fuente y códigos de clasificación

Fuente: Conjunto Mínimo Básico de Datos – Ambulatorio (CMBD AAE, MSCBS) 2015. Códigos de las clasificaciones CCS CIE9MC

2.2. Cálculo de enfermedades diferenciales

Del total de casos de episodios asistenciales registrados:

1. Se eliminan aquellos relacionados con el aparato reproductivo (H y M), incluido mamas.
2. Se calcula el % de prevalencia de cada diagnóstico para cada sexo sobre el total de episodios asistenciales (contactos) registrados para cada sexo.
3. Se calcula la ratio entre ambas prevalencias tanto desde la perspectiva masculina (H/M) como de la femenina (M/H).
4. Sobre estos ratios se identifican aquellos cuya prevalencia es superior a 2 veces la prevalencia del sexo opuesto.
5. Se eliminan los diagnósticos < 1% de prevalencia para cada sexo sobre el total de episodios de cada sexo.

2.3. Listado de enfermedades relacionadas con el aparato reproductivo y las mamas eliminadas del análisis

- 24:** Cáncer de mama
25: Cáncer de útero
26: Cáncer de cuello uterino
27: Cáncer de ovario
28: Cáncer de otros órganos genitales femeninos
29: Cáncer de próstata
30: Cáncer de testículo
31: Cáncer de otros órganos genitales masculinos
46: Neoplasia benigna del útero
164: Hiperplasia de la próstata
165: Afecciones inflamatorias de los órganos genitales masculinos
166: Otros trastornos genitales masculinos
167: Afecciones no malignas de la mama
168: Enfermedades inflamatorias de los órganos femeninos pélvicos
169: Endometriosis
170: Prolapso de los órganos genitales femeninos
171: Trastornos menstruales
172: Quiste ovárico
173: Trastornos menopáusicos
174: Infertilidad femenina
175: Otros trastornos genitales femeninos
177: Aborto espontáneo
178: Aborto provocado
179: Complicaciones postaborto
180: Embarazo ectópico
181: Otras complicaciones del embarazo

- 182:** Hemorragia durante el embarazo, desprendimiento prematuro de placenta y de placenta previa
183: Hipertensión que complica el embarazo, parto y puerperio
184: Parto prematuro o amenaza de parto prematuro
185: Embarazo prolongado
186: Diabetes o tolerancia anormal a la glucosa que complica el embarazo, el parto o el puerperio
187: Posición defectuosa y presentación anómala
188: Desproporción fetopélvica, obstrucción
189: Cesárea anterior
190: Sufrimiento fetal y contracciones anómalas en el parto
191: Polihidramnios y otros problemas de la cavidad amniótica
192: Complicación del cordón umbilical
193: Traumatismo del perineo y la vulva
194: Parto con fórceps
195: Otras complicaciones del nacimiento y puerperio que afectan al tratamiento de la madre
196: Embarazo y parto normales
163: Síntomas genitourinarios y afecciones mal definidas
215: Anomalías congénitas genitourinarias

Hospitalización (H)

3.1. Fuente y códigos de clasificación

Fuente: Conjunto Mínimo Básico de Datos – Hospitalización (CMBD H, MSCBS) 2015
 Códigos de las clasificaciones CCS CIE9MC

3.2. Cálculo de enfermedades diferenciales

Del total de altas hospitalarias por causa diagnosticada:

1. Se eliminan aquellos relacionados con el aparato reproductivo (H y M), incluido mamas.
2. Se calcula el % de prevalencia de cada causa para cada sexo sobre el total del sexo.
3. Se calcula la ratio entre ambas prevalencias tanto desde la perspectiva masculina (H/M) como de la femenina (M/H).
4. Sobre estos ratios se identifican aquellos cuya prevalencia es superior a 2 veces la prevalencia del sexo opuesto.
5. Se eliminan los diagnósticos < 1% de prevalencia para cada sexo sobre el total del sexo.

3.3. Listado de enfermedades relacionadas con el aparato reproductivo y las mamas eliminadas del análisis

- 24:** Cáncer de mama
25: Cáncer de útero
26: Cáncer de cuello uterino
27: Cáncer de ovario
28: Cáncer de otros órganos genitales femeninos
29: Cáncer de próstata
30: Cáncer de testículo
31: Cáncer de otros órganos genitales masculinos
46: Neoplasia benigna del útero
164: Hiperplasia de la próstata
165: Afecciones inflamatorias de los órganos genitales masculinos

- 166:** Otros trastornos genitales masculinos
167: Afecciones no malignas de la mama
168: Enfermedades inflamatorias de los órganos femeninos pélvicos
169: Endometriosis
170: Prolapso de los órganos genitales femeninos
171: Trastornos menstruales
172: Quiste ovárico
173: Trastornos menopáusicos
174: Infertilidad femenina
175: Otros trastornos genitales femeninos
177: Aborto espontáneo
178: Aborto provocado
179: Complicaciones postaborto
180: Embarazo ectópico
181: Otras complicaciones del embarazo
182: Hemorragia durante el embarazo, desprendimiento prematuro de placenta y de placenta previa
183: Hipertensión que complica el embarazo, parto y puerperio
184: Parto prematuro o amenaza de parto prematuro
185: Embarazo prolongado
186: Diabetes o tolerancia anormal a la glucosa que complica el embarazo, el parto o el puerperio
187: Posición defectuosa y presentación anómala
188: Desproporción fetopélvica, obstrucción
189: Cesárea anterior
190: Sufrimiento fetal y contracciones anómalas en el parto
191: Polihidramnios y otros problemas de la cavidad amniótica
192: Complicación del cordón umbilical
193: Traumatismo del perineo y la vulva
194: Parto con fórceps
195: Otras complicaciones del nacimiento y puerperio que afectan al tratamiento de la madre
196: Embarazo y parto normales
163: Síntomas genitourinarios y afecciones mal definidas
215: Anomalías congénitas genitourinarias

Mortalidad

4.1. Fuente y códigos de clasificación

Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte (INE) 2016. Códigos de las clasificaciones CIE10 .

4.2. Cálculo de enfermedades diferenciales

Del total de defunciones por causas:

1. Se eliminan aquellos relacionados con el aparato reproductivo (H y M), incluido mamas.
2. Se calcula el % de prevalencia de cada causa para cada sexo sobre el total del sexo.
3. Se calcula la ratio entre ambas prevalencias tanto desde la perspectiva masculina (H/M) como de la femenina (M/H).
4. Sobre estos ratios se identifican aquellos cuya prevalencia es superior a 2 veces la prevalencia del sexo opuesto.
5. Se eliminan las causas < 1% de prevalencia para cada sexo sobre el total del sexo.

4.3. Listado de enfermedades relacionadas con el aparato reproductivo y las mamas eliminadas del análisis

- 009-041: II. Tumores
- 023: Tumor maligno de la mama
- 024: Tumor maligno del cuello del útero
- 025: Tumor maligno de otras partes del útero
- 026: Tumor maligno del ovario
- 027: Tumores malignos de otros órganos genitales femeninos
- 028: Tumor maligno de la próstata
- 029: Tumores malignos de otros órganos genitales masculinos
- 077-080: XIV. Enfermedades del sistema genitourinario
- 078: Enfermedades de los órganos genitales masculinos
- 079: Enfermedades de los órganos genitales femeninos y trastornos de la mama
- 081: XV. Embarazo, parto y puerperio.

La reducción de la tasa de fertilidad tiene efectos en la salud demográfica y económica del país

Crecimiento de la población

$$Y_{t+1} = Y_t + \text{Nacimientos}_t - \text{Defunciones}_t - \text{Emigraciones}_t$$

Cruz y Ahmed (2016) estiman para 160 países entre 1950 y 2010, el efecto que tienen los cambios demográficos sobre el crecimiento económico, los ahorros y la pobreza. Como medida de los cambios demográficos utilizan la proporción de población en edad de trabajar sobre el total de población. Así, la estimación que realizan se basa en la siguiente ecuación:

$$1. \frac{Y}{N} = \frac{Y}{L} \frac{WAP}{N} \frac{L}{WAP}$$

Donde Y es el PIB total, N es la población total (Y/N es el PIB per cápita), L es el número de trabajadores (Y/L es la productividad), WAP es la población en edad de trabajar (WAP/N la proporción de población en edad de trabajar sobre el total de población) y (L/WAP es la tasa de ocupación).

Tomando logaritmos de las variables en (1) y representando la ecuación en términos de crecimiento:

$$2. g_y = g_z + g_w + g_l$$

Donde g_y es el crecimiento del PIB per cápita, g_z la productividad por trabajador, g_w el crecimiento de la proporción de población en edad de trabajar y g_l el crecimiento de la población activa.

Asumiendo que el crecimiento de la productividad por trabajador es una función de X variables y que el crecimiento de la población activa es constante, se obtiene la siguiente ecuación:

$$3. g_y = a + b f(x) + g_w + \varepsilon$$

La ecuación (3) sugiere que, manteniendo todo lo demás constante, un incremento de la proporción de población en edad de trabajar aumenta el crecimiento del PIB per cápita. Para esto es necesario realizar una serie de asunciones.

En esta ecuación influyen numerosos factores que no se están incluyendo en el análisis (variables omitidas). Así la ratio de fertilidad afecta al crecimiento de la población en edad de trabajar (g_w), lo que a su vez cambia el tamaño de la población (N). Una mayor esperanza de vida y los movimientos migratorios también afectan al tamaño de la población (N). La omisión de variables que afectan a las variables definidas en la ecuación (2) que afectan a su vez al crecimiento del PIB per cápita puede llevar a problemas de endogeneidad.

Para solucionar los problemas de endogeneidad los autores emplean diferentes aproximaciones econométricas para lo que encuentran resultados robustos. Así, el incremento de 1 punto porcentual de la ratio de población en edad de trabajar sobre el total de la población genera un aumento de 1,5 puntos porcentuales del PIB per cápita.

El rol del cuidador no profesional desde la perspectiva de género

Para analizar si la prevalencia de depresión y ansiedad es estadística y significativamente diferente entre hombres y mujeres, y entre aquellos que cuidan a terceros, se estima un modelo probabilístico con los microdatos de la Encuesta Nacional de Salud del INE, controlado por diferentes factores socioeconómicos. Además, a las estimaciones se les ha aplicado el factor de elevación de la encuesta para que los resultados sean representativos a nivel poblacional.

Los modelos probabilísticos (probit) permiten medir la probabilidad de que un individuo pertenezca o no al objeto de estudio, dada una serie de variables explicativas de los individuos.

El modelo probit, de clasificación binaria y estimado por Máxima Verosimilitud, tiene como variable dependiente dicotómica la probabilidad de que el individuo en cuestión responda "depresión" y/o "ansiedad crónica" a la siguiente cuestión de la Encuesta Nacional de Salud:

25. A continuación le voy a leer una lista con una serie de enfermedades o problemas de salud. ¿Padece o ha padecido alguna vez alguna de ellas?

Las variables independientes binarias son una serie de características socioeconómicas (sexo, actividad económica, grupo de edad, estado civil y nivel de estudios) y la variable cuidados, que viene determinada por la respuesta afirmativa del individuo a la siguiente pregunta de la Encuesta Nacional de Salud:

¿Cuida, al menos una vez a la semana, de alguna persona mayor o de alguien que tenga una dolencia crónica?

No lo considere si forma parte de su trabajo.

En cuanto a la interpretación de los parámetros estimados, el signo de los mismos indica en qué

dirección se mueve la probabilidad de sufrir depresión/ansiedad cuando aumenta la variable independiente en cuestión. A diferencia del modelo lineal, la cuantía del parámetro no tiene una interpretación directa como variación de la probabilidad. Debido a la no linealidad del modelo, se calculan los efectos marginales en puntos de interés. Los efectos marginales reflejan el cambio en la probabilidad de sufrir depresión/ansiedad cuando una variable que pertenece al vector de variables independientes cambia, manteniendo los demás factores fijos.

Para más información sobre los modelos probabilísticos consultar Wooldridge, J.M. (2002). *Econometric Analysis of Cross Section and Panel Data*. Cambridge: MIT Press.

Modelo probabilístico de depresión

Probit regression : Log pseudolikelihood = -10835694 | Number of obs = 23055 | Wald chi2 (18) = 1188,09 | Prob > chi2 = 0 | Pseudo R2 = 0,1317

depression	Coef.	Robusts Std. Err.	z	P> z	[95%	Conf. Interval]
sexo	0,409007	0,033195	12,32	0,000	0,3439455	0,474068
cuidados	0,222804	0,042270	5,27	0,000	0,1399567	0,305650
estudiando	0,201920	0,139389	1,45	0,147	-0,0712765	0,475117
desempleo	0,367296	0,048048	7,64	0,000	0,2731230	0,461469
jubilado	0,317293	0,058666	5,41	0,000	0,2023103	0,432275
incapacitado	1,239462	0,071497	17,34	0,000	1,0993320	1,379593
hogar	0,334278	0,055993	5,97	0,000	0,2245329	0,444023
otros_activo	-0,089587	0,442423	-0,20	0,840	-0,9567208	0,777547
adulto_joven	0,688739	0,129814	5,31	0,000	0,4343078	0,943170
adulto_mayor	0,991666	0,131317	7,55	0,000	0,7342905	1,249042
mayores	1,053736	0,140489	7,50	0,000	0,7783826	1,329090
casado	-0,199257	0,041530	-4,80	0,000	-0,2806546	-0,117859
viudo	0,089960	0,057123	1,57	0,115	-0,0219990	0,201919
separado	0,090897	0,090942	1,00	0,318	-0,0873456	0,269139
divorciado	0,231935	0,066579	3,48	0,000	0,1014421	0,362427
otros_civil	-0,808228	0,508253	-1,59	0,112	-1,8043860	0,187931
estudios_superiores_no_uni	-0,127004	0,037289	-3,41	0,001	-0,2000899	-0,053918
estudios_universitarios	-0,416762	0,047663	-8,74	0,000	-0,5101790	-0,323345
_cons	-2,471584	0,130695	-18,91	0,000	-2,7277420	-2,215425

Efecto marginal del modelo probabilístico de depresión

Marginal effects after probit: $y = Pr(\text{depression}) (\text{predict}) = 0,07025331$

variable	dy/dx	Std. Err.	z	P> z	[95%	C.I.]	X
sexo*	0,055087	0,00432	12,75	0,000	0,046617	0,063557	0,512995
cuidados*	0,034012	0,00728	4,67	0,000	0,019737	0,048287	0,112102
estudi~o*	0,030633	0,02371	1,29	0,196	-0,015832	0,077098	0,092978
desemp~o*	0,060442	0,00940	6,43	0,000	0,042016	0,078867	0,119308
jubilado*	0,048970	0,01021	4,80	0,000	0,028964	0,068975	0,206907
incapa~o*	0,328790	0,02690	12,22	0,000	0,276066	0,381513	0,026174
hogar*	0,054851	0,01095	5,01	0,000	0,033397	0,076305	0,086515
otros_~o*	-0,011287	0,05202	-0,22	0,828	-0,113236	0,090662	0,001259
adulto~n*	0,110950	0,02421	4,58	0,000	0,063509	0,158391	0,332576
adulto~r*	0,172492	0,02767	6,23	0,000	0,118263	0,226720	0,333800
mayores*	0,213344	0,03738	5,71	0,000	0,140081	0,286607	0,219295
casado*	-0,027579	0,00590	-4,68	0,000	-0,039135	-0,016022	0,588145
viudo*	0,012819	0,00863	1,49	0,137	-0,004093	0,029732	0,069239
separado*	0,013051	0,01389	0,94	0,347	-0,014169	0,040270	0,015877
divorc~o*	0,036456	0,01204	3,03	0,002	0,012851	0,060062	0,035871
otros_~l*	-0,059112	0,01516	-3,90	0,000	-0,088824	-0,029401	0,001171
estudi~i*	-0,016448	0,00462	-3,56	0,000	-0,025508	-0,007388	0,289718
e~tarios*	-0,046491	0,00434	-10,71	0,000	-0,055001	-0,037980	0,189139

(*) dy/dx is for discrete change of dummy variable from 0 to 1

Modelo probabilístico de ansiedad

Probit regression : Log pseudolikelihood = -10623240 | Number of obs = 23054 | Wald chi2 (18) = 684,39 | Prob > chi2 = 0 | Pseudo R2 = 0,0831

ansiedad	Coef.	Robusts Std. Err.	z	P> z	[95%	Conf. Interval]
sexo	0,424680	0,033020	12,86	0,000	0,3599611	0,489398
cuidados	0,181303	0,041930	4,32	0,000	0,0991221	0,263483
estudiando	0,080787	0,123758	0,65	0,514	-0,1617747	0,323349
desempleo	0,301494	0,046683	6,46	0,000	0,2099958	0,392992
jubilado	0,237286	0,059521	3,99	0,000	0,1206278	0,353945
incapacitado	1,014484	0,073187	13,86	0,000	0,8710414	1,157928
hogar	0,156766	0,055775	2,81	0,005	0,0474491	0,266082
otros_activo	0,596387	0,406700	1,47	0,143	-0,2007294	1,393504
adulto_joven	0,608076	0,113028	5,38	0,000	0,3865452	0,829607
adulto_mayor	0,787123	0,114817	6,86	0,000	0,5620855	1,012161
mayores	0,637131	0,124161	5,13	0,000	0,3937793	0,880483
casado	-0,164731	0,040576	-4,06	0,000	-0,2442597	-0,085203
viudo	-0,004261	0,059741	-0,07	0,943	-0,1213498	0,112829
separado	-0,049036	0,094061	-0,52	0,602	-0,2333927	0,135320
divorciado	0,181391	0,067619	2,68	0,007	0,0488595	0,313923
otros_civil	-0,464154	0,387128	-1,20	0,231	-1,2229110	0,294603
estudios_superiores_no_uni	-0,132466	0,036636	-3,62	0,000	-0,2042710	-0,060660
estudios_universitarios	-0,301635	0,045591	-6,62	0,000	-0,3909915	-0,212278
_cons	-2,253690	0,112822	-19,98	0,000	-2,4748170	-2,032562

Efecto marginal del modelo probabilístico de ansiedad

Marginal effects after probit: $y = Pr(\text{depression}) (\text{predict}) = 0,07151562$

variable	dy/dx	Std. Err.	z	P> z	[95%	C.I.]	X
sexo*	0,057992	0,00438	13,24	0,000	0,049407	0,066578	0,513101
cuidados*	0,027398	0,00698	3,93	0,000	0,013719	0,041077	0,112274
estudi~o*	0,011568	0,01859	0,62	0,534	-0,024870	0,048007	0,092985
desemp~o*	0,048518	0,00870	5,57	0,000	0,031459	0,065578	0,119200
jubilado*	0,035852	0,00987	3,63	0,000	0,016510	0,055194	0,207085
incapa~o*	0,248839	0,02557	9,73	0,000	0,198714	0,298964	0,026176
hogar*	0,023502	0,00913	2,57	0,010	0,005598	0,041406	0,086658
otros_~o*	0,121022	0,11116	1,09	0,276	-0,096858	0,338901	0,001260
adulto~n*	0,097084	0,02062	4,71	0,000	0,056665	0,137503	0,332553
adulto~r*	0,131506	0,02261	5,82	0,000	0,087184	0,175827	0,333760
mayores*	0,112392	0,02686	4,18	0,000	0,059739	0,165045	0,219423
casado*	-0,022995	0,00578	-3,98	0,000	-0,034320	-0,011669	0,588146
viudo*	-0,000580	0,00811	-0,07	0,943	-0,016475	0,015316	0,069272
separado*	-0,006464	0,01197	-0,54	0,589	-0,029917	0,016990	0,015956
divorc~o*	0,027944	0,01165	2,40	0,016	0,005109	0,050778	0,035862
otros_~l*	-0,044675	0,02412	-1,85	0,064	-0,091942	0,002591	0,001171
estudi~i*	-0,017367	0,00459	-3,78	0,000	-0,026363	-0,008370	0,289567
e~tarios*	-0,035922	0,00468	-7,67	0,000	-0,045104	-0,026741	0,189019

(*) dy/dx is for discrete change of dummy variable from 0 to 1

El empleo y sus consecuencias en la salud

El cálculo diferencial de las enfermedades profesionales entre hombres y mujeres sigue la misma metodología aplicada para las patologías prevalentes diferenciales de atención primaria y atención hospitalaria.

Las fuentes utilizadas en esta sección son la base de datos de patologías no traumáticas causadas por el trabajo (PANOTRASS) y de enfermedades profesionales (CEPROSS) del Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social).

Sesgos inconscientes de género en la salud

El cálculo de los procedimientos diferenciales

ante un mismo diagnóstico entre hombres y mujeres sigue una metodología similar a la aplicada para las patologías prevalentes diferenciales de atención primaria y atención hospitalaria.

Se cruzan los datos de diagnósticos principales con los procedimientos registrados, por sexo y grupo de edad, de la CMBD-H. Con el objetivo de aislar lo máximo posible los efectos biológicos sobre los diagnósticos y sus correspondientes procedimientos, se seleccionan aquellos relacionados con neoplasias y con los sistemas circulatorio y nervioso para hombres y mujeres de 65 años y más, teniendo en cuenta el número

de diagnósticos por aparato y género en ese grupo de edad.

Se calcula el número de procedimientos realizados según el número de diagnósticos para cada sexo, seleccionando aquellos más frecuentes (que representen al menos el 1% sobre el total de procedimientos) y se analiza si existen diferencias entre sexos de al menos 4,5 puntos.

Las mujeres viven cuatro años más, pero con peor salud

Valor económico de los cuidados en comparación con varios estudios.

	ClosinGap (2018)	Afi (2009)	Braña (2004)
GRADO III	19.530	24.497	18.646
GRADO II	9.765	14.557	11.245
GRADO I	4.883	9.587	5.504
SIN GRADO	4.883	-	-

Definiciones de trabajo

Enfoque de género⁵⁸ es el “concepto que hace referencia a las diferencias sociales -por oposición a las biológicas- entre hombres y mujeres que han sido aprendidas, cambian con el tiempo y presentan grandes variaciones tanto entre diversas culturas como dentro de una misma cultura. Responden a construcciones sociales, modificables por consenso social”.

El género, es por tanto, la **construcción social de las diferencias basadas en el sexo**, y atiende a las funciones, comportamientos y atributos que las sociedades consideran apropiadas para hombres y mujeres.

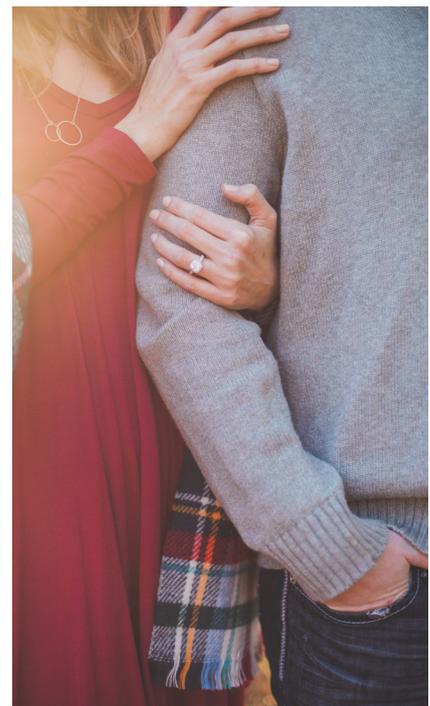
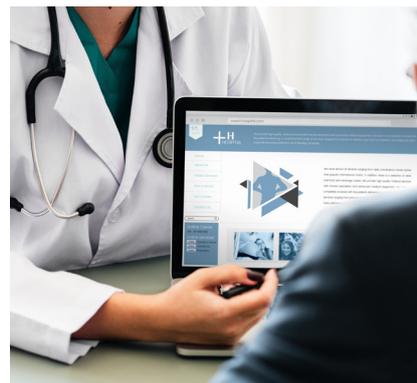
Salud⁵⁹ es el “estado completo de bienestar físico, psicológico, social y espiritual, no solo la ausencia de enfermedad o malestar”.

La salud es un **elemento multidimensional** y afectado por multitud de factores, y su conocimiento puede ser aproximado a partir de indicadores identificados en la literatura y en la información estadística disponible. Son muchas las dimensiones que “informan” parcialmente sobre el grado de bienestar recogido en la definición⁶⁰, por lo que es preciso acotar a aquellas que mejor expliquen la existencia, incidencia y efectos de la desigualdad de género en términos de salud.

Brecha de género en salud es la casuística analizada en este informe, y definida como el conjunto de desigualdades existentes en el estado de bienestar físico, psicológico, social y espiritual por condición de género y, por tanto, susceptibles de ser evitables.

De este modo, a pesar de que las mujeres presentan una mayor esperanza de vida al nacer (y a los 65 años) que los hombres, tienen una peor autopercepción de su salud. Por ello, se ha propuesto como indicador principal de la brecha de salud (“el problema”) el que registra que “las mujeres perciben que tienen peor salud (percepción propia del estado de salud)”, contrastado con un conjunto de indicadores complementarios seleccionados por su capacidad de objetivar el indicador principal propuesto, de carácter aparentemente subjetivo⁶¹.

El **coste de oportunidad** es el valor económico de la alternativa a la que se renuncia al decidirse por una determinada actuación o gasto. El valor económico citado iguala a los beneficios que se habrían obtenido de haber elegido la mejor alternativa posible. Existe siempre un coste de oportunidad porque los recursos disponibles son limitados (ya se trate de dinero o tiempo), ya que es precisamente esta circunstancia la que obliga a elegir entre las opciones posibles.



58 Comisión Europea (1998) “100 words for equality - A glossary of terms on equality between women and men”, disponible en <https://rm.coe.int/16805atcb6>.

59 Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Official Records of the World Health Organization, N° 2, p. 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948.

60 Morbilidad, mortalidad, vulnerabilidad, percepción de salud, conductas ante problemas de salud (preventiva, curativa, promotora), respuesta del sector salud (disponibilidad de servicios de salud para un problema específico, distancia al servicio sanitario, accesibilidad, calidad asistencial), resultados en salud y consecuencias inmediatas (mortalidad, recuperación, discapacidad), consecuencias sociales y económicas (estigma, pérdida de empleo, etc.), fundamentalmente.

61 Ver bibliografía y fuentes de datos.

Bibliografía y fuentes de información consultadas

Fuentes de información

- Base de Datos Clínicos de Atención Primaria – BDCAP (MSCBS, 2015)
- Base de Datos del Banco Mundial
- CEPROSS
- Certificación del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD, 2016) a personas dependientes
- Conciliación entre la vida laboral y la familiar (INE, 2008)
- Conjunto Mínimo Básico de Datos – Atención Ambulatoria Especializada (CMBD-AAE) (MSCBS, 2015)
- Conjunto Mínimo Básico de Datos – Hospitalización (CMBD-H) (MSCBS, 2015)
- Contabilidad Nacional Trimestral de España. Base 2010 (INE)
- El empleo de las personas con discapacidad (INE, 2016)
- Encuesta anual de coste laboral (INE, 2016)
- Encuesta de Empleo del Tiempo (INE, 2009-2010)
- Encuesta de Población Activa (EPA; INE, 2017)
- Encuesta Nacional de Salud (ENS; INE, 2017)
- Estadística de defunciones según la causa de muerte (INE, 2016)
- Estadística de profesionales sanitarios colegiados (INE, 2017)
- Estadísticas del Instituto Nacional de la Seguridad Social
- Estadísticas del Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social
- Global Gender Gap Index Report (2017), World Economic Forum (WEF)
- Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud (INCLASNS; MSCBS)
- Indicadores demográficos básicos (INE)
- Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME)
- Instituto de la Mujer (Mujeres en cifras- Salud)
- Instituto Europeo para la Igualdad de Género
- Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social (2017)
- Organización Mundial de la Salud, definición de salud (1984)
- PANOTRASS
- Proyecciones de población del INE (2018)
- Tesorería General de la Seguridad Social (2018)

Bibliografía

- AFI (2009): Los retos socioeconómicos del envejecimiento en España. Informe realizado para UNESPA (www.unespa.es/adjuntos/fichero_3009_20100125.pdf), AFI.
- Álvaro-Estramiana, J. L., Garrido-Luque, A., & Schweiger-Gallo, I. (2010). Causas sociales de la depresión. Una revisión crítica del modelo atributivo de la depresión. *Revista internacional de Sociología*, 68(2), 333-348.

- Barómetro Sanitario (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2018)
- Becoña, E., & Vázquez, F. L. (2000). Las mujeres y el tabaco: características ligadas al género. *Revista española de salud pública*, 74, 13-23.
- Bejarano, J. M. L., & Cuixart, C. B. (2011). Factores de riesgo cardiovascular y atención primaria: evaluación e intervención. *Atención primaria*, 43(12), 668-677.
- Bloomberg Ranking. Disponible en: <https://www.bloomberg.com/news/articles/2018-09-19/u-s-near-bottom-of-health-index-hong-kong-and-singapore-at-top>
- Braña, F.J. (2004). Una estimación de los costes de un seguro público de dependencia de los mayores en España. *Estudios de economía aplicada*, 22(3), 723-724.
- Calvente, G., Río-Lozano, M. D., Marcos Marcos, J., Cantos Vicent, R., Maroto Navarro, G., Ocaña Riola, R., & Ruiz-Cantero, M. T. (2015). Guía de indicadores para medir las desigualdades de género en salud y sus determinantes. *Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP)*
- Comisión Europea (1998) “100 words for equality - A glossary of terms on equality between women and men”
- Cruz, M., & Ahmed, S. A. (2016). On the impact of demographic change on growth, savings, and poverty. *The World Bank*.
- Curto, P. M., Grau, C. F., Fortuño, M. L., Riobóo, N. A., & Vidal, C. E. (2011). Factores sociológicos que influyen en el desarrollo de la depresión en las mujeres. *Anuario de hojas de Warmi*, (16)
- del Arco, D. A. (2018). Desigualdades de género en salud. Un análisis descriptivo de la salud de los españoles y las españolas. *Panorama social*, (27), 151-163
- Embracing Carers International Merck Survey (2017)
- Global Gender Gap Index Report (2017), World Economic Forum (WEF)
- Hombres y mujeres ante un IAM, ¿actuamos diferente? presentado en el Congreso SEC de las Enfermedades Cardiovasculares 2017. <http://www.congresosec.org/web/index.php>
- Manual de Tiempos Óptimos de Incapacidad Temporal (4ª Edición). Instituto Nacional de la Seguridad Social (2017)
- Mayor, E. (2015). Gender roles and traits in stress and health. *Frontiers in psychology*, 6, 779
- Menéndez, S. S. (2009). Enfermedades cardiovasculares. *Revista Panamericana de Salud*, 2000
- Monteverde, L. M. (2004). Discapacidades de las personas mayores en España: Prevalencia, duraciones e impacto sobre los costes de cuidados de larga duración. *Universitat de Barcelona*
- Observatorio de las personas Mayores. Cuidadoras y cuidadores: el efecto del género

- en el cuidado no profesional de los mayores. *Boletín sobre el envejecimiento* N° 35 (octubre 2008)
- Oliva-Moreno, J., López-Bastida, J., Montejo-González, A. L., Osuna-Guerrero, R., & Duque-González, B. (2009). The socioeconomic costs of mental illness in Spain. *The European Journal of Health Economics*, 10(4), 361-369
- Ruiz-Cantero, M. T., & Papi-Gálvez, N. (2007). Guía de estadísticas de salud con enfoque de género: análisis de internet y recomendaciones
- Sen, G., & Östlin, P. (2008). Gender inequity in health: why it exists and how we can change it.
- Sociedad Española de Cardiología
- Special Eurobarometer 465: Gender Equality 2017
- Tasa-Vinyals, E., Mora Giral, M., & Raich, R. M. (2015). Diseño de un sistema para el estudio del sesgo de género en la praxis médica en atención primaria mediante situaciones clínicas modelo. *Jornada d'Atenció Primària al Món Rural*
- The Lancet Healthcare Access and Quality Index (2017)
- WEF (2017). The Global Gender Gap Report
- Women Matter 2017: A way forward for Spain. *McKinsey & Company* (2017)
- Wooldridge, J.M. (2002). *Econometric Analysis of Cross Section and Panel Data*. Cambridge: MIT Press

Women for a healthy economy

Qué es ClosinGap. Women for a healthy economy

A iniciativa de Merck, ocho grandes empresas se han unido con el objetivo de crear un clúster que analice, de forma constructiva y rigurosa, cuál es el coste de oportunidad que tiene para la economía el hecho de que no se aproveche todo el talento femenino por el hecho de que sigan persistiendo brechas de género.

Quiénes nos hemos unido a este clúster

Las empresas que se han unido a este clúster son Merck, MAPFRE, Repsol, Vodafone, Meliá Hotels International, Mahou San Miguel y Solán de Cabras, BMW Group y L'Oréal.

Board de ClosinGap: Marieta Jiménez (Merck), Begoña Elices (Repsol), Antonio Huertas (MAPFRE), Francisco Román (Vodafone), Guenter Seemann (BMW Group), Gabriel Escarrer (Meliá Hotels International), Eduardo Petrossi (Mahou San Miguel y Solán de Cabras) y Juan Alonso de Lomas (L'Oréal).

Comité Ejecutivo de ClosinGap: Ana Polanco (Merck), María Pilar Rojas (Repsol), Eva Piera (MAPFRE), Rebeca Navarro (Vodafone), Natalia González-Valdés (L'Oréal), Pilar García de la Puebla (BMW Group), Lourdes Ripoll (Meliá Hotels International) y Patricia Leiva (Mahou San Miguel y Solán de Cabras).

Cuál es el trabajo que estamos desarrollando

Con una periodicidad bimestral, el clúster va a publicar informes detallados sobre cuál es la repercusión que tiene para el PIB la persistencia de las distintas brechas de género en ámbitos como la salud, las pensiones, la conciliación, las tecnologías de la información, el turismo, el ocio o la movilidad, además de desarrollar otras acciones comunes.

Cuáles son nuestros objetivos

Generar conocimiento y datos sobre las brechas de género, compartir buenas prácticas que ya se están llevando a cabo, crear nuevas iniciativas que sirvan para ir cerrando las brechas de género y hacer su aportación para que el debate de la igualdad siga en la agenda pública.

Dónde puedes saber más sobre nosotros

Puedes obtener más información entrando en www.closingap.com o en nuestros perfiles de Twitter (@ClosinGap) y LinkedIn.





Agradecimientos

El presente informe sobre el coste de oportunidad de la brecha de género ha sido elaborado en colaboración con Afi bajo la supervisión del **Doctor Julio Zarco**, director del Área de Personalización de la Asistencia Sanitaria y Responsabilidad Social Corporativa del Hospital Clínico San Carlos (Madrid), y de **Rafael Myro Sánchez**, Catedrático de Economía Aplicada de la Universidad Complutense de Madrid, a quienes ClosinGap quiere expresar su reconocimiento y gratitud por el tiempo dedicado y las aportaciones realizadas para enriquecer la investigación realizada.

Más información entrando en www.closingap.com
o en nuestros perfiles de **Twitter**
(**@ClosinGap**) y **LinkedIn**.