

estudios centrados en dimensiones específicas de bienestar o malestar, estudios en subgrupos de población no asimilables a población general, estudios cualitativos.

Resultados: Se identificaron un total de 1.433 registros, de los cuales 1.306 fueron excluidos tras la revisión de título y abstract. Para los restantes 127 se revisó el texto completo, y se determinó que 65 cumplían los requisitos, identificando las variables utilizadas para medir el trabajo reproductivo. Las variables fueron agrupadas en función de la dimensión que abordan, obteniéndose las siguientes categorías: roles, tiempo, contribución relativa, responsabilidad y equidad.

Conclusiones: El análisis del trabajo reproductivo como variable explicativa requiere medir un fenómeno complejo y multidimensional. Con frecuencia no existe información específica, de manera que se utilizan variables proxy, que no permiten una aproximación precisa a la carga de trabajo que asume una persona. La medición a través del tiempo dedicado a esta actividad también presenta limitaciones, en la medida en que no informa sobre el reparto en el contexto de la pareja. Utilizar un marco común para analizar el trabajo reproductivo podría dar coherencia a la evidencia sobre su impacto en la salud.

76. ACCESO AL AGUA POTABLE Y AL SANEAMIENTO. UNA VISIÓN DE GÉNERO PARA AVANZAR EN EL DESARROLLO

M.L. Usera-Clavero, M.T. Ruiz-Cantero, D. Gil-González, M. Carrasco-Portiño

Consejería de Sanidad y Política Social, Región de Murcia; Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Alicante.

Antecedentes/Objetivos: Las desigualdades de género y los serios problemas de cambio climático, atenúan la ya difícil viabilidad de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) para 2015, con una evolución claramente insuficiente. El acceso al agua potable y al saneamiento (A/S) son esenciales para el cumplimiento de los derechos humanos (ONU-2010) y Agua y Género es una prioridad temática de ONU-Agua (2011), pero hay pocos estudios empíricos sobre la diferencia de impacto en la salud de las mujeres. Describir la evidencia científica internacional sobre las deficiencias de acceso al A/S y su impacto en la salud pública desde la perspectiva de género.

Métodos: Revisión sistemática. Medline, Scopus y Embase, 2008-2012, Inglés, francés y español. Palabras claves "drinking water"/"sanitation" and "women"/"gender". Incluidos estudios empíricos originales sobre deficiencias del A/S y salud de mujeres. Excluidos socioeconómicos/sociodemográficos, técnicos medioambientales, violencia sexual, conflictos armados y catástrofes. Clasificación: 1. Tema central de dos maneras: 1.1 Problemas/factores relacionados con el déficit A/S y 1.2. Número de ODM susceptibles de ser menoscabados o comprometidos, 2. Perspectiva de género (PG): (3 parámetros: Sexo/género como variable/dimensión clave, Desigualdad y Fomento participación/aplicabilidad para equidad de género en salud/empoderamiento) 3. Tipo de estudio y 4. Lugar de procedencia: Regiones OMS.

Resultados: Identificados 174. Desestimados 149. Incluidos 25. Tema Central. Problemas/factores: enfermedades (sobre todo diarreas): 8, accesibilidad: 6, calidad: 3, transporte de agua: 3, inseguridad/angustia: 2, consecuencias 3: (absentismo escolar: 1, mortalidad materna: 1, e infantil: 1). ODM comprometido: sustento medio ambiente: 24, igualdad de género/autonomía: 14, pobreza/hambre: 13, salud materna: 9, VIH/SIDA, paludismo y otras enfermedades: 8, mortalidad infantil: 8, enseñanza 1ª: 5. Objetivos comprometidos/estudio mediana = 3. PG Valorados 20/25 artículos, 70% cumplen 1 o más parámetros. Tipo de estudio: Transversal: 17, cohortes: 5, casos y controles: 2, ensayo aleatorio: 1. Procedencia: África: 12, Las Américas: 4, Asia Sudoriental: 2, Europa: 2, Mediterráneo Oriental: 2 y Pacífico Oriental: 1.

Conclusiones: Se han encontrado escasos estudios pero focalizan bien los problemas derivados del déficit de acceso adecuado al A/S y ponen de manifiesto relevantes y significativos problemas en la salud de las mujeres. Los ODM suelen estar comprometidos de forma conjunta y la mortalidad infantil es una consecuencia grave de diarreas. La evidencia encontrada revela el difícil progreso de las mujeres hacia un desarrollo de los pueblos en equidad.

113. GOBERNANZA EN IBEROAMÉRICA: UN RETO PARA SU SEGURIDAD Y SOBERANÍA ALIMENTARIA

C. Calderón-Vallejo, J. Fernández-Sáez, V. Clemente-Gómez, R. Umaña-Peña, M.T. Ruiz-Cantero

ESPOCH; Universidad de Alicante.

Antecedentes/Objetivos: El discurso político sobre el reto de la desnutrición ha aumentado y llevado a acuerdos nacionales e internacionales. Pero existe un nivel crucial de acción descuidado, centrado en los entornos y procesos que sustentan las políticas y su implementación. Se pretende analizar los factores de la gobernanza que influyen en el impulso de las políticas de nutrición en Iberoamérica, comparándolos con un grupo de países desarrollados, en 2012.

Métodos: Estudio transversal ecológico para 2012, que utiliza el país como unidad de análisis (iberoamericanos, Canadá, nórdicos y España) sobre relación entre la gobernanza y 1. Seguridad alimentaria (SeA) y 2. Soberanía alimentaria (SoA). Fuentes información: Estadísticas de Naciones Unidas, Banco Mundial, FAO y UNICEF. Se realizó un modelo de regresión lineal simple, y ajustado por riqueza.

Resultados: Controlado por la riqueza del país se detectan asociaciones entre las variables de seguridad alimentaria y soberanía alimentaria con las de gobernanza: La efectividad gubernamental se relaciona con el acceso al agua $R^2 = 67,4\%$ ($p = 0,002$), prevalencia de subnutrición $R^2 = 44,9\%$ ($p = 0,02$) intensidad déficit alimentario $R^2 = 51,5\%$ ($p = 0,03$), desnutrición aguda $R^2 = 52,1\%$ ($p = 0,01$). La voz y rendición de cuentas con el acceso al agua $R^2 = 66,4\%$ ($p = 0,003$), desnutrición aguda $R^2 = 49,1\%$ ($p = 0,02$). El estado de derecho con el acceso al agua $R^2 = 66,4\%$ ($p = 0,003$), desnutrición aguda $R^2 = 51,1\%$ ($p = 0,01$). El control de la corrupción con el acceso al agua $R^2 = 71,4\%$ ($p = 0,01$), desnutrición aguda $R^2 = 49,8\%$ ($p = 0,02$). La transparencia con el acceso al agua $R^2 = 69,5\%$ ($p = 0,001$), desnutrición aguda $R^2 = 50,9\%$ ($p = 0,01$). Y la calidad regulatoria con el acceso al agua $R^2 = 55,4\%$ ($p = 0,05$) y desnutrición aguda $R^2 = 52,9\%$ ($p = 0,009$).

Conclusiones: La efectividad gubernamental es la condición de la gobernanza más ligada a la seguridad y soberanía alimentaria en los países Iberoamericanos. La disponibilidad de agua potable mejorada, se relaciona con todas las categorías de la gobernanza, y la desnutrición aguda con la mayoría. Siendo importante el impulso político para dar respuesta a la población vulnerable necesitada, las intervenciones para fomentar la disponibilidad, utilización y acceso a los alimentos todavía precisan mejorar y evaluar los procesos de toma de decisiones, y los procesos por los que las decisiones son implementadas, o no.

Financiación: Proyecto Prometeo. SENESCYT, Ecuador.

825. EQUIDAD DE GÉNERO EN ESPAÑA. DETERMINANTE SOCIAL DE LA SALUD SIGUE DESFAVORABLE A LAS MUJERES EN 2011

J. Fernández-Sáez, M.T. Ruiz-Cantero, M. Guijarro, C. Ródenas, V. Clemente, M. Carrasco, V. Roca, M. Martí, D. Jiménez

Universidad de Alicante; Universidad de Cantabria.

Antecedentes/Objetivos: La distancia de la equidad de género entre los países mejor y peor posicionados ha crecido. España ha empeorado relativamente. La evidencia sugiere que la situación social de

las mujeres influye en la salud de ambos sexos y varía al interior de los países. Objetivo: determinar la evolución de la equidad de género en España entre 2006 y 2011.

Métodos: Estudio ecológico sobre la equidad de género en España y CC.AA, mediante el cálculo del Índice de Equidad de Género modificado (IEGm) en 2006 y 2011: Diferencias entre las proporciones en hombres (H) y mujeres (M) en educación, economía y empoderamiento (-1: inequidad para las M, 0: equidad y 1: inequidad para los H). Cálculo convergencia beta (β): -1: convergencia, 1: no convergencia, mediante correlación de Spearman (r) entre el valor del IEGm de las CC.AA para 2006 y sus Tasas de crecimiento (TC). Convergencia cuando las CCAA con menor IEGm mejoran más rápido que las más equitativas, en 2011 respecto a 2006. Cálculo convergencia sigma (σ): 0: convergencia, 1: no convergencia, mediante resta de las desviaciones medias de las CC.AA en 2006 y 2011. Indica la dispersión de los valores de equidad de género de las CC.AA en 2011 respecto a 2006. Convergencia: valor de 2011 < que en 2006.

Resultados: Todas las CC.AA han mejorado su IEGm en 2011 excepto País Vasco (TC = $-0,007 \times \text{año}$), Extremadura y Murcia: $-0,003$ y Canarias: $-0,001$. No se detecta que las CC.AA. de menor IEGm tengan mayor crecimiento o viceversa ($= -0,345$, $p = 0,2$). Pero País Vasco pasa de ocupar la 1ª posición en 2006 a la 11ª, y Navarra que era quien menor IEGm tenía en 2006 ($-0,184$), en 2011 es la que más mejora (0,018): de 17ª a 5ª posición. En 2011, Galicia, que estaba en la 5ª posición ($-0,120$), es la CC.AA más paritaria ($-0,049$), y Murcia la menos ($-0,184$). En todo caso, la dispersión de los valores del IEGm de las CC.AA no ha variado en 2011 respecto a 2006 ($= 2,6$ en ambos años). La brecha de género de empoderamiento marca el patrón del IEGm de España en ambos años, en 2011 desfavorable a las M en todas las CC.AA. Aquellas con mejor brecha de género en empoderamiento en 2006 han empeorado en 2011, y las de mayor la han reducido ($: -0,574$ $p = 0,02$), implicando reducción en la dispersión entre CC.AA. ($= 0,2$).

Conclusiones: Pese a que la equidad de género no ha crecido en España como en otros países en 2011 respecto a antes de la crisis económica, ésta es alta, al ser sus valores próximos a 0. Tiene un patrón coincidente con el del empoderamiento político, lo que explica el descenso del País Vasco, modelo de desarrollo de género en España, y lo que es importante: la inequidad sigue desfavorable a las mujeres.

Financiación: Instituto de la Mujer.

861. LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA FIBROMIALGIA COMO PROBLEMA DE SALUD A TRAVÉS DE LAS POLÍTICAS Y LA PRENSA EN ESPAÑA

E. Briones-Vozmediano, C. Vives-Cases

Grupo de Investigación en Salud Pública, Universidad de Alicante; CIBER de Epidemiología y Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: La fibromialgia (FM) es una enfermedad crónica dolorosa recientemente reconocida que afecta principalmente a las mujeres. El objetivo de este estudio es analizar la emergencia y visibilidad de la FM como un problema de salud en las políticas sanitarias, iniciativas parlamentarias (IP) y noticias de prensa en España.

Métodos: Este estudio está estructurado en tres análisis independientes pero relacionados entre sí, acerca de la visibilización de la FM como un problema de salud desde distintos enfoques metodológicos y fuentes de información. Para ello se realizaron búsquedas sistemáticas a través de Internet y análisis de contenido cualitativo de los planes de salud autonómicos, noticias de prensa (El País, El Mundo y ABC) e iniciativas parlamentarias (IP) en España hasta el año 2013.

Resultados: Los planes de salud no incluyen la FM entre los problemas de salud que priorizan en sus estrategias. Las IP reflejan la desproporcionada prevalencia femenina de la FM y denuncian su difícil diagnóstico, la falta de recursos destinados a la investigación y a su tratamiento, así como la falta de reconocimiento social y de las in-

capacidades laborales. La prensa refleja el estereotipo de enferma de las pacientes, pasivas y resignadas, que por el contrario cobran fuerza en grupo mediante las asociaciones, representadas como activas y luchadoras, quienes han conseguido llegar al Parlamento y tener impacto en las políticas. Ambos análisis indican que el año 2002 supuso un punto de inflexión en el reconocimiento social de la enfermedad, debido a la popularización del caso de particular de la diputada del PSOE en Cataluña, Manuela de Madre, a quien se le diagnosticó FM.

Conclusiones: La incipiente incorporación de la FM en la agenda parlamentaria española y su cobertura periodística tienen un impacto positivo, puesto que promueven el conocimiento y la sensibilización social sobre este problema de salud. Aún así, los resultados muestran que la construcción social de la FM como problema de salud se encuentra en fase de decrecimiento gradual de interés. Además, la falta de reconocimiento social de la enfermedad puede estar relacionada con que se construye socialmente como un problema de salud de mujeres, con estereotipos de género.

Financiación: Centro de Estudios sobre la Mujer (CEM), Universidad de Alicante.

719. "LAS PACIENTES PROBLEMÁTICAS": DISCURSOS PROFESIONALES SOBRE LAS PERSONAS AFECTADAS DE FIBROMIALGIA EN ESPAÑA

E. Briones-Vozmediano, I. Goicolea, A. Öhman, C. Vives-Cases

Grupo de Investigación en Salud Pública, Universidad de Alicante; Epidemiology and Global Health Unit, Umeå University, Sweden; Umeå Centre for Gender Studies; CIBER de Epidemiología y Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: Existe una tendencia a estigmatizar las enfermedades de las mujeres debido a la interiorización de estereotipos de género. Las implicaciones de este sesgo de género no han sido todavía plenamente explicadas. El objetivo de este estudio es explorar los discursos de profesionales sobre la fibromialgia (FM) y sus pacientes en España.

Métodos: Estudio cualitativo basado en 12 entrevistas personales con profesionales involucrados en la asistencia de las personas afectadas de FM (8 hombres y 4 mujeres con perfiles de medicina general, reumatología, psiquiatría, psicología, fisioterapia, salud ocupacional). Se empleó una muestra teórica para seleccionar a los participantes, basada en la capacidad de los participantes para contribuir a la pregunta de investigación. Las entrevistas fueron transcritas e importadas al software informático Atlas.ti-7, con ayuda del que se realizó un análisis del discurso, prestando especial atención a los repertorios interpretativos.

Resultados: Cuatro repertorios interpretativos emergieron de las entrevistas: 1) "La FM es una enfermedad de mujeres", 2) "La FM es una enfermedad con un fuerte componente psicológico, pero una débil base biomédica", 3) "Más diagnósticos de FM entre las mujeres, pero más bajas por enfermedad otorgadas a los hombres" y 4) "Desafiando la falta de reconocimiento social de la FM". Aunque los repertorios construyen el prototipo de paciente de FM con prejuicios y estereotipos de género, emerge la resistencia hacia esta visión con el último repertorio.

Conclusiones: Este estudio sugiere que las implicaciones de los estereotipos de género en las descripciones de los/as pacientes que hacen los/as profesionales influyen en su práctica profesional infravalorando la severidad y credibilidad de las pacientes y con un sesgo de género en el diagnóstico y concesión de las bajas por enfermedad y los permisos de incapacidad laboral. La relación médico-paciente se ve asimismo condicionada por estos prejuicios. Evidenciado que estos estereotipos afectan negativamente a la atención que reciben las personas afectadas de FM en España, se recomienda la sensibilización y formación de los profesionales.

Financiación: Centro de Estudios sobre la Mujer (CEM), Universidad de Alicante.