

3. Wang Y, Zhu J, DeLuca HF. Where is the vitamin D receptor? *Arch Biochem Biophys.* 2012;523:123–33.
4. Theodoratou E, Tzoulaki I, Zgaga L, Ioannidis JP. Vitamin D and multiple health outcomes: Umbrella review of systematic reviews and meta-analyses of observational studies and randomised trials. *BMJ.* 2014;348:g2035.
5. Bolland MJ, Grey A, Avenell A. Effects of vitamin D supplementation on musculoskeletal health: A systematic review, meta-analysis, and trial sequential analysis. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2018;6:847–58.
6. Peris P, Martínez-Ferrer A, Monegal A, Martínez de Osaba MJ, Muxi A, Guañabens N. 25 hydroxyvitamin D serum levels influence adequate response to bisphosphonate treatment in postmenopausal osteoporosis. *Bone.* 2012;51:54–8.

Enrique Casado Burgos\*

*Servicio de Reumatología, Hospital Universitari Parc Taulí (UAB), Sabadell, Barcelona, España*

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [ecasado@tauli.cat](mailto:ecasado@tauli.cat)

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2019.03.009>  
0212-6567/

© 2019 El Autor. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Políticas sanitarias, perspectiva de género y diversidad afectivo sexual: ¿una asignatura pendiente?



### Health policies, gender perspective and affective- sexual diversity: An unresolved matter?

*Sr. Editor:*

Pretendemos identificar la existencia de la inclusión de la perspectiva de género (PG) y diversidad afectivo-sexual (DA-S) en las políticas sanitarias actuales de la Comunidad Autónoma de Aragón. Para ello se procede a la revisión de las Estrategias y Programas de Salud desarrollados por el Departamento de Sanidad del Gobierno de Aragón, vigentes en la actualidad y alojados en su página web de libre acceso (de 2008 a 2018)<sup>1</sup>. Criterios de exclusión: Estrategias o Programas no desarrollados por el Departamento de Sanidad. Se han revisado también otros documentos de especial interés: I Plan Estratégico para la Igualdad de Hombres y Mujeres en Aragón (2017-2020), Plan de Salud de Aragón para 2030<sup>2,3</sup>. Se ha elaborado de un cuestionario, valorando unos ítems adaptados de otras investigaciones donde se examina la PG en los proyectos de investigación<sup>4</sup>. Para analizar la DA-S se ha valorado que contuviera las palabras Lesbianas, Gais, Trans, Bisexuales, Intersexuales, Queer (LGTBIQ) o «diversidad afectivo-sexual» (tabla 1).

En total son 20 publicaciones revisadas: I Plan Estratégico para la Igualdad de Hombres y Mujeres en Aragón (2017-2020), Plan de Salud de Aragón para 2030 y 18 Estrategias (tabla 1). En el Plan de Salud, la PG se circunscribe al ámbito de la violencia intrafamiliar y a los ejes de desigualdades como generalidad. Se concluye que se dispone de poca información sobre desigualdades por los ejes conocidos (edad, género, clase social, etnia, territorio). Existe un epígrafe de desarrollo de programas de educación A-S. En el I Plan Estratégico para la Igualdad de Hombres y Mujeres en Aragón (2017-2020), no se aborda ningún

aspecto específico referente a la PG ni a la DA-S. Se excluyen del análisis 5 Estrategias, ya que son las Estrategias Nacionales del SNS. Excluida la Estrategia de Violencia de Género (VG) al ser abordada por el Instituto Aragonés de la Mujer.

De las 12 Estrategias, en el 50% (n=6) se indica alguna referencia sobre la magnitud de los problemas que abordan en las mujeres y los hombres, y estratifica por sexo y por edad en la epidemiología. Son las Estrategias de Cardiopatía Isquémica, Ictus, Diabetes, EPOC, de Salud Mental y de Drogodependencias. En el 25% (n=3) aparecen variables que relacionan el problema de salud con cualquier factor de género. En el 16,6% (n=2) se tiene en cuenta el género como determinante de la salud. El 25% (n=3) sitúa a las mujeres dentro de los colectivos de personas en situación de mayor vulnerabilidad. El 8% (n=1) asocia la mala salud a la discriminación por género. La Estrategia de la Diabetes expresa un interés en promover investigaciones que estudien las diferencias del comienzo y desarrollo de la diabetes en hombres y mujeres. El 16,6% (n=2) hace referencia al colectivo LGTBIQ. La Estrategia de Salud Mental considera a este colectivo como vulnerable. La de Atención Comunitaria, la incluye en el contexto de educación para la salud y en del desarrollo de actividades por parte de los Equipos de Atención Primaria.

Como conclusiones podemos afirmar que la PG y la inclusión de la DA-S en las Políticas de Salud continúan siendo una asignatura pendiente. No existe una preocupación por la morbilidad diferencial entre hombres y mujeres, ni por encontrar otros factores explicativos<sup>5</sup>. Tampoco existe inclusión clara y específica sobre las necesidades de salud o acciones concretas relacionadas la orientación afectivo-sexual y las identidades de género<sup>6</sup>. Queda patente la existencia de dificultades en avanzar en la integración de la PG en las actuaciones sanitarias lo que impide la eliminación de desigualdades entre hombres y mujeres. Sería conveniente revisar los planes directores vigentes para lograr una inclusión efectiva de la PG y de la DA-S que se materialicen en unos instrumentos operativos de abordaje de la salud.

**Tabla 1** Total de estrategias revisadas. Total de estrategias incluidas. Ítems para el análisis de la perspectiva de género y diversidad afectivo-sexual

*Total de estrategias revisadas*

1. Estrategia de Optimización del Uso de Antibióticos
  2. Estrategia de Cuidados Paliativos
  3. Estrategia de Cardiopatía Isquémica
  4. Estrategia de Cáncer
  5. Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva
  6. Estrategia de Atención al Parto
  7. Estrategia de Violencia de Género
  8. Estrategia de abordaje a la Cronicidad
  9. Estrategia de Enfermedades Neurodegenerativas
  10. Estrategia de Ictus
  11. Estrategia de Salud Mental
- Estrategia de EPOC
13. Estrategia de Diabetes
  14. Estrategia de Enfermedades Raras
  15. Estrategia de Enfermedades Reumatológicas
  16. Estrategia de Seguridad del Paciente
  17. Estrategia de Atención Comunitaria en el Sistema de Salud de Aragón. Atención Primaria
  18. II Plan Autonómico sobre Drogodependencias y otras Conductas Adictivas 2010-2016

*Total de estrategias incluidas en el análisis*

1. Estrategia de Optimización del Uso de Antibióticos
2. Estrategia de Cardiopatía Isquémica
3. Estrategia de Cáncer
4. Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva
5. Estrategia de abordaje a la Cronicidad
6. Estrategia de Ictus
7. Estrategia de Salud Mental
8. Estrategia de EPOC
9. Estrategia de Diabetes
10. Estrategia de Seguridad del Paciente
11. Estrategia de Atención Comunitaria en el Sistema de Salud de Aragón. Atención Primaria
12. II Plan Autonómico sobre Drogodependencias y otras Conductas Adictivas 2010-2016

**Cuestionario**

*Análisis PG en las estrategias, programas o planes*

- Pregunta 1. ¿Existe alguna referencia sobre la magnitud del problema en las mujeres y los hombres?
- Pregunta 2. Si existen datos epidemiológicos ¿aparecen estratificados por sexo y por edad?
- Pregunta 3. ¿Se incluye alguna referencia sobre la existencia o inexistencia de conocimiento científico acerca del problema con perspectiva de género?
- Pregunta 4. ¿Se tiene en cuenta el género como determinante de la salud?
- Pregunta 5. Aparecen variables que relacionan el problema de salud que se aborda en los planes y cualquier factor de género
- Pregunta 6. A lo largo de las estrategias, se plantea relación existente entre el problema de salud abordado y cualquier factor de género: función social, división del trabajo, ciclo de la vida, papel de la familia...?
- Pregunta 7. ¿Contribuye a poner de manifiesto diferencias o desigualdades entre hombres y mujeres en el tema de salud investigado?
- Pregunta 8. ¿Contribuye a incrementar el conocimiento de la salud de las mujeres o de los hombres y la diversidad en su expresión?
- Pregunta 9. ¿Pretende señalar qué cambios en la estructura del género puede afectar a la equidad en salud entre hombres y mujeres?

*Análisis DA-S en las estrategias, programas o planes*

- Pregunta 10. Aparición de los ítems «Lesbianas, Gais, Trans, Bisexuales, Intersexuales, Queer (LGTBIQ)» o «diversidad afectivo-sexual» en cualquiera de los apartados

DA-S: diversidad afectivo-sexual; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

## Bibliografía

1. Estrategias del Departamento de Sanidad. Gobierno de Aragón [consultado 20 May 2019] Disponible en: <http://www.aragon.es/DepartamentosOrganismosPublicos/Departamentos/Sanidad/AreasTematicas/SanidadProfesionales/EstrategiasSalud/EstrategiasSalud.2>.
2. I Plan Estratégico para la igualdad de hombres y mujeres en Aragón (2017-2020) [consultado 20 May 2019] Disponible en: [http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Organismos/InstitutoAragonMujer/Documentos/Doc/plan\\_igualdad\\_hombres\\_mujeres.pdf](http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Organismos/InstitutoAragonMujer/Documentos/Doc/plan_igualdad_hombres_mujeres.pdf).
3. Plan de Salud de Aragón para 2030 [consultado 20 May 2019] Disponible en: [http://aragonparticipa.aragon.es/sites/default/files/plan\\_de\\_salud.pdf](http://aragonparticipa.aragon.es/sites/default/files/plan_de_salud.pdf).
4. Tomás C, Yago T, Eguiluz M, Samitier MA, Oliveros T, Palacios G. A tool to assess sex-gender when selecting health research projects. *Aten Primaria*. 2015;47:220-7, <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2014.05.010>
5. Valls Llobet C. Morbilidad diferencial entre mujeres y hombres. *Feminismo/s* 18. 2011:281-90, <http://dx.doi.org/10.14198/fem.2011.18.15>
6. Gasch-Gallén À, Rodríguez-Arenas MÁ, Tomás-Aznar C, Latasa P, Gil-Borrelli CC, Velasco-Muñoz C, et al. Inclusión de la orientación afectivo-sexual y de las identidades de género como

determinantes sociales de la salud. *Gac Sanit*. 2018;32:400-1, <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.12.008>

Blanca Obón-Azuara<sup>a,b,\*</sup>, Ángel Gasch-Gallén<sup>b,c</sup>, Isabel Gutiérrez-Cía<sup>b,d</sup> y Concepción Tomás-Aznar<sup>b,c</sup>

<sup>a</sup> *Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Clínico Universitario de Zaragoza, Zaragoza, España*

<sup>b</sup> *Grupo Interdisciplinar Independiente de Estudios de Género Aragón (GRIIEGA), Zaragoza, España*

<sup>c</sup> *Departamento de Fisiología y Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Zaragoza, Zaragoza, España*

<sup>d</sup> *Dirección Médica, Hospital Clínico Universitario de Zaragoza, Zaragoza, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [blankaobona@hotmail.com](mailto:blankaobona@hotmail.com)

(B. Obón-Azuara).

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2019.06.004>  
0212-6567/

© 2019 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Percepción asociada a la automedicación con antimicrobianos en farmacias de Fortaleza, Brasil



### Perception of self-medication with antibiotics in pharmacies of Fortaleza, Brazil

Sr. Editor:

La automedicación es un fenómeno habitual en la actualidad, con motivaciones y consecuencias diversas. Cuando hecha de manera inadecuada, además de la posibilidad de no haber cura y del riesgo de reacciones adversas, contribuye para el surgimiento y diseminación de la resistencia microbiana. De este modo, el conocimiento sobre los factores relacionados a tal práctica pueden dar soporte al uso racional de medicamentos en el entorno estudiado.

Este estudio se realizó con el objetivo de conocer la percepción asociada a la práctica de la automedicación con antimicrobianos en farmacias de la ciudad de Fortaleza, Brasil.

Es un estudio transversal, descriptivo, realizado en 100 oficinas de farmacias privadas, según criterio poblacional de la ciudad de Fortaleza, entre enero y junio de 2006.

Fueron entrevistadas 145 personas, mediante consentimiento esclarecido, que adquirieron medicamentos en cualquier forma farmacéutica, conteniendo al menos un fármaco antimicrobiano en sus ingredientes activos sin prescripción médica, mediante encuesta directa.

A partir de las indagaciones, se pudo valorar la percepción de los entrevistados respecto al tratamiento antimicrobiano adquirido, bien como los motivos razonados para automedicarse.

Las mujeres fueron la mayoría de los usuarios entrevistados. El nivel de educación más pronunciado fue la educación secundaria (29,5%). Únicamente el 39% de los entrevistados definieron correctamente la posología de los medicamentos adquiridos. La prescripción médica previa (42,6%) fue la principal motivación para automedicarse. Únicamente el 15,9% de los entrevistados señalaron la resistencia microbiana como resultado del incumplimiento del tratamiento, mientras la mayoría identificaba de modo genérico el riesgo, pero no pudo describirlo adecuadamente.

La población muestreada retrata la población de Fortaleza, una vez que se encontraron similitudes al comparar los aspectos sociodemográficos: edad, género y número de habitantes/domicilio con los resultados del «Censo Demográfico»<sup>1</sup>. El rango de edades entre 18 y 47 años (71,3%) representó la mayor parcela de los entrevistados, cuyo intervalo concentra la población económicamente activa. El 31,1% de los entrevistados consideró que los antibióticos sirven para la inflamación (tabla 1), lo que se explica por el desconocimiento y *per se* ya evidencia la falta de preparación para asumir la responsabilidad clínica por el manejo de dichos fármacos. Duong et al. (1997)<sup>2</sup> encontraron resultados similares cuando el 34,5% de sus entrevistados indicaron que los antibióticos servirían para infección, mientras que el 32,7% para inflamación. El uso imprudente, además de ser un riesgo para la salud del propio paciente, es también un riesgo comunitario cuando se considera la emergencia de la resistencia microbiana<sup>3</sup>.

La compra de antimicrobianos sin prescripción tiene estrecha relación con el hecho de «haber sido curado antes por los mismos antimicrobianos» (tabla 1). Los entrevistados asocian el medicamento al problema de salud pasado, llevándolos a utilizar este razonamiento para ellos y para los de su entorno cercano.