

La influencia del género en el acceso y valoración de los servicios sanitarios

SILVIA MATUTE BRAVO
MARTA GIL-LACRUZ
YOLANDA GARCÍA LANZUELA
ÁREA DE PSICOLOGÍA SOCIAL
UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA

Las encuestas de salud pueden constituirse en un instrumento privilegiado de comunicación entre la comunidad y sus recursos sanitarios, al preguntar directamente a los clientes del servicio cuáles son las pautas de utilización y la satisfacción de dicho uso. De hecho, en este artículo se describe como en la encuesta de salud del barrio de Casablanca (Zaragoza) el género influye en un acceso y percepción diferencial de los recursos sanitarios. Entre otros indicadores, las vecinas de la comunidad presentan una mayor frecuencia de consultas médicas, lugares de consulta diferenciales y una evaluación propia de dichos servicios.

La consideración de las valoraciones de los ciudadanos y ciudadanas es fundamental para poder profundizar en el estudio de las necesidades de la salud de los distintos grupos poblacionales y es un requisito indispensable de la intervención sanitaria si se quiere responder a un entorno ecológico cambiante y a un

tejido social complejo (Costa y López, 1986). Este interés es coherente tanto con la importancia concedida a la participación de los ciudadanos/as en el sistema sanitario por parte de los organismos competentes (ej. OMS, CE, Ministerio de Sanidad y Consumo, Consejos de Salud, etc.) y su legislación correspondiente (ej. ley 14/86 del 25 de abril), como por la filosofía implícita en la investigación de las demandas, la prevención y la toma de conciencia de la comunidad en la promoción de su propia salud.

Palabras clave: salud y género, utilización de los recursos sanitarios, satisfacción, sistema sanitario y comunidad.

La influencia del género en el acceso y valoración de los servicios sanitarios



Silvia Matute Bravo
Marta Gil-Lacruz
Yolanda García Lanzuela

Marco teórico

Desde 1946, la definición consensuada por las autoridades sanitarias de salud contempla indicadores psicosociales relativos al bienestar, trascendiendo las concepciones anteriores que la circunscribían a la ausencia de enfermedad. Esto se refleja en la Carta Constitucional de la OMS (1946) que define la salud como “el estado de completo bienestar físico, mental y social”, y no solo como ausencia de enfermedad.

La evolución terminológica de la salud ha sido paralela a los cambios sociales, especialmente acelerados desde la Revolución Industrial y de sus correspondientes patrones epidemiológicos y repuestas políticas (Cockerman, 2001; Maestro y Huertas, 1993).

El estado de bienestar exige para su consecución tanto la satisfacción de las necesidades básicas de la persona, como su adaptación continua a un entorno de referencia (San Martín, 1979) y su consiguiente desarrollo integral (Ituarte, 1994). Trasciende el nivel de análisis puramente individual y biológico y sitúa a la comunidad como enclave imprescindible para analizar el estado de salud de una población. De ahí se infiere la importancia de considerar en el estudio de la salud, el efecto de las variables culturales y de los factores comunitarios en los que el individuo se socializa (Montón, 2000; Gobierno de Aragón, 1997).

Es fundamental la participación de todos los miembros que forman parte de la misma (Sánchez, 1991), expresando sus necesidades, colaborando en la priorización de éstas y en la

solución de sus problemas , alcanzando así un mayor bienestar compartido (Charis y Newbrough, 1986), que fomente una sociedad más igualitaria y más justa (Titmuss, 1963) y contribuya al fin de las desigualdades sociales (Sánchez, 1991).

En España a partir de la instauración de la democracia se han producido avances importantes contra las desigualdades sociales y se ha asumido la condición de salud como bien social.

La Constitución, recoge el derecho a la salud en sus artículos 43 y 49 y la Ley General de Sanidad refuerza éste, haciendo universal la asistencia sanitaria y abogando por la protección y promoción de la salud, prevención de la enfermedad y orientando las políticas de salud hacia la superación de los desequilibrios territoriales y sociales.

Así, en tres décadas, España pasa de ser uno de los países con mayor mortalidad de Europa a ser uno de los que mantiene un nivel de salud más altos (Caïs y Castilla, 1995). No obstante, subsisten diferencias territoriales y sociales, que se traducen en variaciones importantes en la salud poblacional (Rodríguez y de Miguel, 1990). Esta desigualdad no es un hecho novedoso, ni esta focalizada en dominios exclusivos; de hecho, tiene una larga trayectoria histórica y está presente en numerosos estudios internacionales (Rosen, 1947; Sigevist, 1941).

La población española percibe esta mejora y se siente fundamentalmente sana, según aparece en la Encuesta Foessa 5 (junio, 1993), donde mas de dos tercios de los encuestados afirman estar totalmente sanos o más bien sanos. En las personas jóvenes (18 a 21 años) más de la mitad se consideran totalmente sanos, descendiendo este porcentaje según la edad, hasta situarse en un 11% en las personas mayores de 60 años (Caïs y Castilla, 1995).

Como se observa en otros estudios (De Miguel, 1994:161) “según se avanza en edad aumenta la proporción de personas que se consideran con una salud deficiente”. A igualdad de años, las mujeres suelen sentirse peor que los varones, conclusiones que se confirman con los datos de la Encuesta de Salud de 1995. Hay que matizar que las mujeres presentan más achaques de salud que los varones a partir de los 45 años, ampliándose esta diferencia en el grupo de los mayores de 65 años.

Quizá la morbilidad femenina sea mayor porque las mujeres sufren más molestias de todo tipo y más estados de ansiedad, en todos los rangos de edad, cultura y grupo socioeconómico

(OMS, 1996). Esta mayor debilidad objetiva se traduce en la consideración de la salud más deficiente, que favorece la mayor tendencia de las mujeres a acudir al médico y a medicarse. Acuden además con más frecuencia al dentista, pero se hospitalizan menos (si se excluye el motivo del parto). Consumen más medicamentos, especialmente a medida que envejecen y disminuyen los ingresos familiares y su nivel educativo (Guillen, 1990; Nathasons y Lorenz, 1982; Piperno y Di Orio, 1990). El consumo de medicamentos y consultas en urgencias se incrementan en las mujeres que trabajan en el hogar, al tiempo que disminuyen las visitas al dentista (Clark, 1990).

Las diferencias epidemiológicas y la desigualdad en los comportamientos sanitarios nos permiten inferir la existencia de un “sesgo de género en salud”, entendido como el planteamiento erróneo de igualdad o de diferencias entre hombres y mujeres, en cuanto a su naturaleza, a sus comportamientos y /o razonamientos, el cual puede generar una conducta desigual en los servicios sanitarios (Ruiz y Verbrugge, 1997).

Manteniendo constante el sexo y la edad, según se desciende el nivel socioeconómico, aumenta la proporción de los que manifiestan una salud deficiente. Es posible que esa igualdad sea mayor que en épocas pasadas, pero el sistema actual todavía mantiene grados perceptibles de diferenciación. No hay que olvidar que conviven dos sistemas sanitarios, el público y el privado.

La clase acomodada disfruta así de una mejor atención sanitaria (De Miguel, 1997) o, cuando menos, de la posibilidad de elegir. La clase baja utiliza fundamentalmente la sanidad pública, mientras que cuanto más elevada es la clase social, más se utilizan seguros privados, y sobre todo, la combinación de público y privado a la vez (Cañs y Castilla, 1995).

La comunidad tiene el derecho y el deber de participar a nivel colectivo e individual en todos los proyectos y actividades que afectan a su propia salud, y, en concreto, en la planificación o gestión de la salud comunitaria (Declaración de Liverpool sobre el derecho a la salud, 1988), expresando sus necesidades y colaborando en la priorización de éstas y en la planificación de los servicios sanitarios (DGA, 1991). La participación comunitaria es uno de los pilares básicos de la promoción de la salud.

Entendiendo participación como “el proceso en virtud del cual los individuos y las familias asumen responsabilidades en

cuanto a su salud y bienestar propios y los de la colectividad, y mejoran la capacidad de contribuir a su propio desarrollo económico y al comunitario, llegan a conocer mejor su propia situación y a encontrar incentivo para resolver sus problemas comunes, esto les permite ser agentes de su propio desarrollo, y a la vez, beneficiarios pasivos de la ayuda al desarrollo” (Organización Mundial de la Salud, 1979).

Por lo que, participando en la mejora de la calidad de vida y en la solución de los problemas y por el bien de todos, desarrollamos nuestras capacidades para la salud. Participar para acabar con las desigualdades de bienestar (Sánchez, 1991), no actuando sólo en las esferas burocráticas, sino en procesos en los que la comunidad quiere participar (está motivada), sabe participar (está formada) y puede participar (está organizada), y con sentido crítico conoce sus problemas, los analiza y busca soluciones. El espacio propio de la intervención sanitaria social es la comunidad. Los grupos que la conforman pueden llegar a convertirse en auténticos agentes de su salud y de cambio y desarrollo en su propio entorno socioambiental, a través de la educación para la salud (Serrano, 1989). Entorno en el cual, el Centro de Salud, puede ser un “puente” entre el equipo y su población atendida, diseñando estrategias de participación con su población, basada en la creación de múltiples mecanismos de participación comunitaria (López y Silas, 1993).

Para conseguir que los servicios sanitarios públicos respondan a las nuevas necesidades que el siglo XXI ha impuesto, han de entenderse en el marco de una política económica y social “global”, que, basada en la participación, la solidaridad y el reparto, pueda garantizar la satisfacción de las necesidades humanas, interviniendo sobre las causas sociales de enfermar y considerando la salud como elemento de un renovado concepto de “calidad de vida”, centrado en la vitalidad del ser humano, tanto individual como colectivamente (Maestro y Huertas, 1992).

Método

La encuesta de salud de Casablanca (barrio de Zaragoza) se realizó dentro de un entorno comunitario y patrocinada por su centro de salud. Para que la muestra fuera representativa se

entrevistaron en su domicilio 1.032 vecinos, cuya representatividad atendió a los datos del Padrón Municipal de edad y sexo (tabla 1).

Tabla 1. Análisis descriptivo de la edad y el sexo de la muestra.

	Hombres		Mujeres	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Juventud (de 16 a 29 años)	173	16,8	164	15,9
Adultos (de 30 a 59 años)	237	23,0	255	24,7
Tercera edad (más de 60 años)	87	8,4	116	11,2
Total	497	48,2	535	51,8

En este artículo, hemos seleccionado el instrumento relativo a la utilización del sistema sanitario. Dicho instrumento se basó en buena medida, en las preguntas realizadas en la encuesta de salud de la ciudad en la que se integra. De este modo, garantizabamos la posibilidad de comparar los datos entre ambos territorios y establecer una línea de base sobre la que diseñar posibles intervenciones. Por eso, nuestro trabajo introdujo también preguntas relativas a la mejora de los servicios sanitarios.

Previo a la explotación estadística de los resultados, exponemos las características más relevantes de la comunidad en relación con Zaragoza capital. Durante las dos semanas anteriores a la entrevista, el 65% de los encuestados de Casablanca habían padecido alguna dolencia o trastorno de salud. Sin embargo, sólo el 30% de las personas entrevistadas habían acudido a un servicio sanitario. Aún así, el porcentaje de clientes del sistema sanitario es mayor en el barrio que en el resto de la ciudad (25,1%).

Tanto en Zaragoza como en Casablanca, los recursos sanitarios a los que se ha acudido son en su mayoría de titularidad pública. El centro de salud de Casablanca, otros centros de salud y el ambulatorio de la seguridad social (especialidades) son los centros médicos donde se realiza la mayoría de las consultas sanitarias del barrio. En segundo lugar, destacarían las consultas privadas que en Zaragoza capital suponen un porcentaje mayor (ver tabla 2).

Tabla 2: Comparación entre el porcentaje y el lugar en que se efectúan las consultas médicas realizadas en Casablanca y Zaragoza capital.

Consultas (%) Casablanca		Consultas (%) Zaragoza capital		Lugar de la última visita	Casablanca (% consultas)	Zaragoza capital (% consultas)
No	Sí	No	Sí			
69,9%	30,1%	72,5%	25,1%	Centro de Salud de Casablanca (servicios médicos)	35,4%	Seguridad Social: 75,6%
NS/NC=2,4%				Centro de Salud de Casablanca (asistente social)	3,5%	Sdad.Médica Privada, Mutua Obligatoria y particulares: 19,2%
				Otros Centros de Salud	17,0%	
				Ambulatorio Seguridad Social (especialidades)	12,9%	
				Servicio urgencias hospital	4,5%	
				Consulta privada (particular / mutua privada)	12,2%	
				Empresa o lugar de trabajo	2,3%	
				Visita del médico de cabecera al domicilio	0,6%	
				Servicio especial de urgencias a domicilio	0,3%	
				Consulta telefónica	0,0%	
				Consulta externa en hospital	8,0%	
				Consultas alternativas:		
				- Naturistas	0,3%	
				- Acupuntor	0,6%	
				Otras	2,3%	Otros y NS / NC 5,1%
				Total	100,0%	100,0%

Tabla 3. Comparación del motivo por el que se realiza la consulta en Zaragoza capital y Casablanca.

Motivo de la consulta	Casablanca		Zaragoza	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Diagnóstico y / o tratamiento	138	44,7	368	46,5
Dispensa de recetas	107	34,6	241	30,5
Revisión	32	10,4	178	22,3
Parte de alta / baja	8	2,6	13	1,6
Otros	24	7,8	22	2,8
			NS / NC = 47	5,9
Total	309	100,0	791	100,0

El principal motivo de las visitas se debe a cuestiones relativas al diagnóstico y/o tratamiento de dolencias y/o enfermedades. La dispensa de recetas también ocupa un papel importante. El que una de cada tres consultas se hayan realizado con este fin, nos da una idea aproximada del grado de medicalización de

la población de referencia. Si sumamos los motivos burocráticos (dispensa de recetas, revisión y parte de alta y baja) éstos explican casi la mitad de las consultas realizadas (tabla 3).

Resultados

La explotación estadística de los datos se ha realizado en base al nivel de medida de las variables. El principal objetivo de estos análisis estriba en observar las posibles diferencias de género en la utilización de los recursos sanitarios. Por eso, cuando la variable es nominal o categórica (ej. motivo y solución de la consulta) se ha trabajado con tablas de frecuencias, de contingencia y el procedimiento chi cuadrado. Si la variable dependiente es numérica o de intervalo (ej. tiempo de espera, duración de la consulta) se ha utilizado el análisis de varianza.

A la pregunta: ¿en las dos últimas semanas ha consultado usted con algún profesional de la salud (médico, ATS, matrona, asistente social, psicólogo, especialistas, profesionales alternativos: curanderos, homeópatas, naturistas, acupuntores, etc.) por algún problema suyo, molestias o enfermedad)?, las mujeres (34,6% de las encuestadas) han contestado con más frecuencia de una manera afirmativa (consultas = 10,41948; $gl = 1$; $p = 0,00125 < p = 0,01$) (número de consultas = 10,67880; $gl = 4$; $p = 0,03042 < p = 0,05$) (tabla 4).

Tabla 4. Comparación de la consulta con algún profesional de salud en las dos últimas semanas en función del sexo del encuestado.

Consulta con algún profesional de salud en las dos últimas semanas		Sexo del encuestado		
		Hombre	Mujer	Total
SI	Frecuencia	126	185	311
	% de sexo del encuestado	25,4%	34,6%	30,1%
NO	Frecuencia	371	350	721
	% de sexo del encuestado	74,6%	65,4%	69,9%
Total	Frecuencia	497	535	1032
	% de sexo del encuestado	100,0%	100,0%	100,0%

En comparación con los vecinos del barrio, las mujeres de Casablanca utilizan con más frecuencia los servicios sociales de

su centro de salud, las especialidades, las consultas privadas y las consultas externas en hospitales. Sus compañeros destacan en la utilización de los servicios médicos de su centro de salud, de urgencias y del lugar de trabajo. También los hombres son los que solicitan un mayor número de consultas sanitarias a domicilio (tanto del médico de cabecera, como del servicio especial de urgencias) (tabla 5).

Tabla 5. Comparación del lugar donde se efectuó la última visita en función del sexo del encuestado.

Lugar donde se efectuó la última visita sexo del encuestado	Total	Hombre	Hujer
Centro de Salud de Casablanca (servicios médicos) Frecuencia	46	64	110
% de sexo del encuestado	36,5%	34,6%	35,4%
Centro de Salud de Casablanca (asistente social) Frecuencia	2	9	11
% de sexo del encuestado	1,6%	4,9%	3,5%
Otros Centros de Salud, situados fuera del barrio Frecuencia	22	31	53
% de sexo del encuestado	17,5%	16,8%	17,0%
Ambulatorio Seguridad Social (especialidades) Frecuencia	16	24	40
% de sexo del encuestado	12,7%	13,0%	12,9%
Servicio urgencias del hospital Frecuencia	6	8	14
% de sexo del encuestado	4,8%	4,3%	4,5%
Consulta privada (particular / mutua privada) Frecuencia	15	23	38
% de sexo del encuestado	11,9%	12,4%	12,2%
Empresa o lugar de trabajo Frecuencia	6	1	7
% de sexo del encuestado	4,8%	0,5%	2,3%
Visita del médico de cabecera al domicilio Frecuencia	1	1	2
% de sexo del encuestado	0,8%	0,5%	0,6%
Servicio especial de urgencias a domicilio Frecuencia	1	–	1
% de sexo del encuestado	0,8%	–	0,3%
Consulta Externa en hospital Frecuencia	8	17	25
% de sexo del encuestado	6,3%	9,2%	8,0%
Naturistas Frecuencia	–	1	1
% de sexo del encuestado	–	0,5%	0,3%
Acupuntor Frecuencia	1	1	2
% de sexo del encuestado	0,8%	0,5%	0,6%
Otros Frecuencia	2	5	7
% de sexo del encuestado	1,6%	2,7%	2,3%
Total Frecuencia	126	185	311
% de sexo del encuestado	100,0%	100,0%	100,0%

Seguramente debido a que en los hombres y en la pregunta sobre la alternativa sanitaria aportada en la consulta, el porcentaje de la respuesta “no sabe, no contesta” es más elevado que

en las mujeres (recuérdese que las mujeres habían realizado más consultas médicas durante los últimos 15 días), las soluciones que se les plantean son comparativamente menos frecuentes en todas las categorías que en las encuestadas. Para ambos casos, predomina como primera opción el diagnóstico, seguida de la revisión o el control. Lo cual es coherente con las respuestas obtenidas en la pregunta complementaria que hacía referencia al motivo de la consulta ($\chi^2 = 23,05525$; $gl = 7$; $p = 0,00167 < p = 0,01$) (tablas 6 y 7).

Tabla 6. Comparación del motivo de consulta en función del sexo del encuestado.

Motivo de la consulta	Sexo del encuestado		
	Hombre	Mujer	Total
Diagnos/tratamiento Frecuencia	64	74	138
% de sexo del encuestado	50,8%	40,4%	44,7%
revisión Frecuencia	37	70	107
% de sexo del encuestado	29,4%	38,3%	34,6%
Dispensa de recetas Frecuencia	14	18	32
% de sexo del encuestado	11,1%	9,8%	10,4%
Partes de alta y baja Frecuencia	4	4	8
% de sexo del encuestado	3,2%	2,2%	2,6%
Otros Frecuencia	7	17	24
% de sexo del encuestado	5,6%	9,3%	7,8%
Total Frecuencia	126	183	309
% de sexo del encuestado	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 7. Comparación de la solución de la consulta en función del sexo del encuestado.

Solución de la consulta	Sexo del encuestado		
	Hombre	Mujer	Total
Burocracia Frecuencia	3	8	11
% de sexo del encuestado	0,6%	1,5%	1,1%
Revisión o control Frecuencia	11	27	38
% de sexo del encuestado	2,2%	5,0%	3,7%
Pruebas diagnósticas Frecuencia	10	15	25
% de sexo del encuestado	2,0%	2,8%	2,4%
Especialista Frecuencia	–	7	7
% de sexo del encuestado	–	1,3%	0,7%
Diagnós y tratamiento Frecuencia	4	11	15
% de sexo del encuestado	0,8%	2,1%	1,5%
Diagnóstico Frecuencia	81	94	175
% de sexo del encuestado	16,3%	17,6%	17,0%
Terapéutica Frecuencia	9	17	26
% de sexo del encuestado	1,8%	3,2%	2,5%
NS/NC Frecuencia	379	356	735
% de sexo del encuestado	76,3%	66,5%	71,2%
Total Frecuencia	497	535	1032
% de sexo del encuestado	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 8. Análisis de varianza: utilización de los recursos sanitarios entre los grupos de la variable sexo.

Medias correspondientes a la utilización de los recursos sanitarios	Sc	F	P	Hombres	Mujeres
1. Nº. consultas (15 últimos días)	9,17	6,32	0,0120	0,39	0,58
2. Tiempo de espera previo consulta	717,12	1,15	0,2838	16,14	19,25
3. Tiempo duración de la consulta	178,58	0,54	0,4612	14,47	16,03
4. Grado de satisfacción con la atención	0,59	1,44	0,2306	1,63	1,54

No se encuentran diferencias significativas ni en los tiempos de espera y duración de la consulta, ni y esto es muy importante, en el grado de satisfacción resultante de la atención sanitaria recibida.

Sí que se observan, tal y como adelantábamos anteriormente, comportamientos diferenciales en función del género en cuanto al número de consultas realizado en los últimos 15 días a la realización del cuestionario: las mujeres han realizado más consultas médicas que los hombres (tabla 8).

En estudios anteriores preguntamos a los encuestados como se podrían mejorar los recursos sanitarios (Gil-Lacruz, Calvo y Bujedo, 1997; Gil-Lacruz, García, Matute, Aragón y Guevares, 1999; Santa Cecilia, Matute, Gil-Lacruz y García, 1997). Encontramos un mayor porcentaje de respuesta específica a la pregunta de si es posible mejorar el sistema sanitario, entre los hombres (66,8% de los encuestados) que entre las mujeres (62,2% de las entrevistadas), seguramente debido a que entre las encuestadas se da una mayor frecuencia de casos en que el sistema se considera que funciona adecuadamente (un 25,4% de las entrevistadas esta satisfecha con los servicios sanitarios, frente a un 19,3% de los hombres) ($F = 6,05157$; $gl = 2$; $p = 0,04852 < p = 0,05$). El dato curioso es que esta valoración positiva no se traduzca en una mayor satisfacción con la atención recibida en la última consulta sanitaria.

Conclusiones

El estudio de los comportamientos sanitarios de la población nos remite al estudio de las necesidades de salud que la comunidad comparte (Anto, 1984). Para Donabedian (1973) la necesi-

dad de salud se trata de una perturbación en el estado de salud y del bienestar y su identificación es importante porque permitirá traducir el problema, la carencia y/o la dificultad de la salud, en sus equivalentes de servicios y recursos sanitarios. Los recursos producen servicios y los servicios a su vez, permiten satisfacer la necesidad (Carbonell, Gascón, Nolasco y Alvarez-Dardet, 1991).

Tanto el análisis de necesidades sanitarias de la población, como su nivel de educación sanitaria dependerán en gran medida de la cultura sanitaria que comparta esta población (conjunto de normas sociales que se relacionan con los estados de salud y enfermedad de la población) (Airhihenbuwa, 1994). Por ejemplo, en nuestra sociedad la salud depende del sexo y la educación sanitaria es una función que frecuentemente se encuentra a cargo de las mujeres (Rodríguez y De Miguel, 1990).

Una investigación de esta naturaleza intenta mejorar la capacidad del técnico en salud, para estimar con mayor precisión el grado en que los recursos sanitarios son fuente potencial de bienestar psicosocial del usuario. El diseño y desarrollo de intervenciones efectivas de amplio alcance – de manera especial en salud comunitaria – requiere necesariamente la comprensión de la forma en que operan, tanto dichos recursos como las pautas de comportamiento de las poblaciones de referencia.

Así, al profundizar en mecanismos de intervención (especialmente estrategias de planificación preventiva y de educación para la salud) complementarios y ajustados al cliente, se está mejorando tanto los niveles de satisfacción, como la calidad de los servicios sanitarios dispensación, a la par que se realiza una priorización más adecuada de los mismos (Gil-Lacruz, 2000).

Referencias bibliográficas

- AIRHIHENBUWA, C.O. (1994): "Health promotion and the discourse on culture: Implications for empowerment". *Health Education Quarterly*, 21, 345-353.
- ANTO, J. M. (1984): *Enquesta de salut de Barcelona, 1983*. Barcelona: Ajuntament de Barcelona.
- CAIS, J. y CASTILLA, E. J. (1995): *El sector sanitario, síntesis V Informe sociológico sobre la situación social en España*. Madrid: Documentación Social, pp. 227-272.

- CARBONELL, C.; GASCÓN, E.; NOLASCO, A. y ÁLVAREZ-DARDET, C. (1991): "Estudio de opinión sobre prioridades en salud en la comunidad valenciana". *Gaceta Sanitaria*, 24, 135-138.
- CHARIS Y NEWBROUGH (1986): "The meaning of community in Community Psychology". *Journal of Community Psychology*, 114, 335-340.
- CLARK, J. D. (1990): "Variation in Michigan Hospital use rates: de physician and hospital characteristics provide the explanations". *Social Science and Medicine*, 30, 67-82.
- COCKERMAN, W. C. (2001): *Sociología médica*. Madrid: Pearson Educación.
- CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA (1978).
- COSTA, M. y LÓPEZ, E. (1986): *Salud Comunitaria*. Barcelona: Martínez Roca.
- DECLARACIÓN DE LIVERPOOL SOBRE EL DERECHO A LA SALUD (1988).
- DE MIGUEL, A. (1997): *La sociedad española, 1996-1997*. Madrid: Universidad Complutense.
- DGA (1997): *Conocer para participar*. Ministerio de Educación y Consumo.
- DONABEDIAN, A. (1973): *Aspects of medical care administration: specifying requirements for Health Care*. Cambridge: Harvard University Press.
- GIL-LACRUZ, M. (2000): *Salud y fuentes de apoyo social. Análisis de una comunidad*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- GIL-LACRUZ, M.; CALVO, R. y BUJEDO, F. (1997): "La priorización según el cliente de las mejoras necesarias del sistema sanitario". *Studium*, 4, 119-126.
- GIL-LACRUZ, M.; GARCÍA, Y.; MATUTE, S.; ARAGÓN, R. y GUEVARES, C. (1999): "Valoración y sugerencias vecinales en la optimización de los recursos sanitarios de un barrio". *Sesión interactiva del VI Congreso de Metodología de las Ciencias Sociales y de la Salud*. Oviedo: Facultad de Psicología.
- GOBIERNO DE ARAGÓN (1997): *Educación para la salud. Conceptos y bases para el desarrollo de programas*. Zaragoza: Departamento de Sanidad.
- LEY GENERAL DE SANIDAD 14/86, de 25 de abril.

- LEY ORGÁNICA 3/1986, de 14 de abril, de medidas especiales en materia de Salud Pública.
- LÓPEZ FERNÁNDEZ, A. y SILAS ROMAN, D. (1993): "La participación comunitaria. Verdades y Falacias". *Revista Centro de Salud*, marzo, 103.
- MAESTRO, A. y HUERTAS, R. (1992): *La salud y el estado: los servicios sanitarios públicos entre el bienestar y la crisis*. Madrid: Fundación de Investigaciones Marxistas.
- MAESTRO, A. y HUERTAS, R. (1993): "Modelo socioeconómico y calidad de vida: Una aproximación al concepto de salud social". En L. Montiel (Ed.). *La salud en el Estado de Bienestar. Análisis histórico*. Madrid: Complutense.
- MONTON, J. L. (2000): *Estilos de vida, hábitos y aspectos psicosociales de los adolescentes: estudio de la población de 10 a 19 años de Pozuelo de Alarcón y Leganés*. Madrid: Universidad Complutense.
- NATHASON, C.A. y LORENZ, G. (1982): "Women and health: the service dimensions of medical data". En J. Zollinger (Ed.). *Women in the middle year*. New York: Wiley J. and Sons.
- OMS (1946): *Crónica de la OMS, volumen 1,31*.
- OMS (1979): *Formulación de estrategias con el fin de alcanzar la salud para todos en el año 2000*. Ginebra: OMS.
- OMS (1996): *The Women's health and development programme. Famile and reproductive health*. Ginebra: OMS.
- PIPERINO, A. y DE ORIO, F. (1990): "Social differences in health and utilization of health services in Italy". *Social Science and Medicine*, 31, 305-365.
- RODRÍGUEZ, J. A. y DE MIGUEL, J. M. (1990): *Salud y poder*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- ROSEN, G. (1947): "What is Social Medicine? A Genetic Analysis of the concept". *History Medicine*, 21.
- RUIZ, M. T. y VERBRUGE, L. (1997): "Gender Biass: a polarized view of the human gender". *Journal of Epidemiology and Community Health*, 51, 106-109.
- SÁNCHEZ ALONSO, M. (1991): *La participación. Metodología y práctica*. Madrid: Edición Popular.
- SAN MARTÍN, H. (1979): *Ecología humana y salud. El hombre y su ambiente*. México: Prensa Médica Mexicana.
- SANTA CECILIA, A.; MATUTE, S.; GIL-LACRUZ, M. y GARCÍA, Y. (1997): "El usuario responde ante las fuentes de mejora de

- su propia salud y del sistema sanitario". *Sesión interactiva VI Congreso Nacional de Psicología Social*. San Sebastián: Facultad de Psicología.
- SERRANO GONZÁLEZ, M. I. (1989): *Educación para la salud y participación comunitaria*. Madrid: Díaz de Santos.
- SIGEVERIST, H. E. (1941): *Medicine and Human Welfare*. New Haven: Yale University Press.
- TITMUTTS, R. (1963): "Essays of the Welfare State". En L.Montiel (1993). *La salud en el Estado de Bienestar. Análisis histórico*. Madrid: Universidad Complutense.