

Tesis doctoral

**La búsqueda de ayuda en hombres y mujeres con Síndrome Coronario Agudo:
Un estudio desde la perspectiva de género y la desigualdad social**

Julia Bolívar Muñoz

**Directores: Nuria Romo Avilés
Antonio Daponte Codina**

UNIVERSIDAD DE GRANADA

**Instituto Universitario de Investigación de Estudios de las mujeres
y de género**

**Programa de Doctorado
“Estudios de las mujeres y de género”**



Tesis doctoral

**La búsqueda de ayuda en hombres y mujeres con Síndrome Coronario
Agudo: Un estudio desde la perspectiva de género y la desigualdad social**

Doctoranda: Julia Bolívar Muñoz

Directores de la tesis: Nuria Romo Avilés y Antonio Daponte Codina

Granada, Noviembre de 2013

Editor: Editorial de la Universidad de Granada
Autor: Julia Bolívar Muñoz
D.L.: GR 1014-2014
ISBN: 978-84-9028-994-5

La doctoranda JULIA BOLÍVAR MUÑOZ y los directores de la tesis NURIA ROMO AVILÉS Y ANTONIO DAPONTE CODINA garantizamos, al firmar esta Tesis doctoral, que el trabajo ha sido realizado por la doctoranda bajo la dirección de los directores de la Tesis y hasta donde nuestro conocimiento alcanza, en la realización del trabajo, se han respetado los derechos de otras personas autoras a ser citadas, cuando se han utilizado sus resultados o publicaciones.

Granada, noviembre de 2013

Directores de la Tesis:

Nuria Romo Avilés

Antonio Daponte Codina

Doctoranda:

Julia Bolívar Muñoz

Como directora de la Tesis y hasta donde mi conocimiento alcanza el trabajo ha sido realizado por la doctoranda bajo mi dirección y se han respetado los derechos de otros autores a ser citados, cuando se han utilizado sus resultados o publicaciones. Asimismo, el trabajo reúne todos los requisitos de contenido, teóricos y metodológicos, para ser admitido a trámite, a su lectura y defensa pública, con el fin de obtener el referido título de Doctora, y por lo tanto AUTORIZO la presentación de la referida Tesis para su defensa y mantenimiento de acuerdo con lo previsto en el Real Decreto 99/2011, de 28 de enero.

Granada, noviembre de 2013

Nuria Romo Avilés

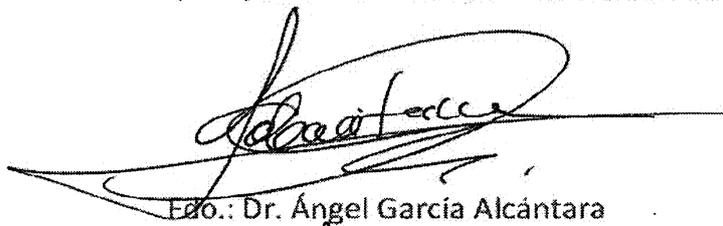
Como director de la Tesis y hasta donde mi conocimiento alcanza el trabajo ha sido realizado por la doctoranda bajo mi dirección y se han respetado los derechos de otros autores a ser citados, cuando se han utilizado sus resultados o publicaciones. Asimismo, el trabajo reúne todos los requisitos de contenido, teóricos y metodológicos, para ser admitido a trámite, a su lectura y defensa pública, con el fin de obtener el referido título de Doctora, y por lo tanto AUTORIZO la presentación de la referida Tesis para su defensa y mantenimiento de acuerdo con lo previsto en el Real Decreto 99/2011, de 28 de enero.

Granada, noviembre de 2013

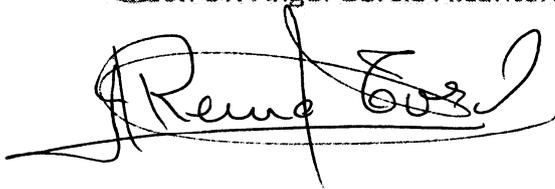
Antonio Daponte Codina

El Dr. Ángel García Alcántara y el Dr. Antonio Reina Toral, como miembros de la directiva de ARIAM Andalucía, autorizan a Julia Bolívar Muñoz a mostrar los resultados obtenidos en la investigación: *“La búsqueda de ayuda en hombres y mujeres con Síndrome Coronario Agudo: Un estudio desde la perspectiva de género y la desigualdad social”*, realizada a partir de los datos de contacto del Registro ARIAM, y que optará a la obtención del título de Doctora por la Universidad de Granada.

Fdo.: Dr. Ángel García Alcántara y Dr. Antonio Reina Toral.



Fdo.: Dr. Ángel García Alcántara



Fdo.: Dr. Antonio Reina Toral.

Granada, 2013



Dedicada a todas las mujeres y los hombres que han participado en este estudio
contándonos sus experiencias

Este trabajo es el resultado de diversas colaboraciones y apoyos a lo largo de los años, y también es fruto de diversas miradas y aportaciones de personas a las que me gustaría mostrar agradecimiento:

A mis directores Nuria Romo y Antonio Daponte. A Nuria por la confianza que depositó en mí y por todo el esfuerzo que ha realizado en la dirección de esta tesis. A Antonio por todo lo aprendido desde que llegué a la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP), y por su dedicación a este proyecto. Agradezco especialmente a ambos sus sabios consejos y la paciencia empleada.

Al equipo de investigación con el que inicié mi andadura en este proyecto: Nuria Pascual, Juan Miguel Torres, Fernando Rossell y Antonio Reina. De manera especial a Nuria, gran profesional y mejor persona, sin ella este trabajo no hubiese sido posible.

A la EASP por su apoyo institucional y a mis compañeros y compañeras por su alto nivel profesional y personal. A Rafa Martínez, Laura López, Pablo Sánchez, Gastón Babio y a Montse Holgado por su colaboración en el proyecto.

A Fran por haber estado a mi lado durante todos estos años.

A mis amigas y compañeras. Ainhoa, Viqui, Tere, Mariola, Juncal y Eugenia. A todas ellas por su generosidad, su apoyo y por toda la energía positiva que me han estado transmitiendo en todo momento.

A mi familia. A mi madre, mi padre y mis hermanos por la comprensión y el ánimo que me han transmitido cuando han estado conmigo en Granada, pero también desde la distancia y a pesar de ella. A todas las mujeres de mi familia, por ser un ejemplo de fortaleza.

Índice

ÍNDICE	17
ABREVIATURAS	21
LISTADO DE TABLAS	23
LISTADO DE FIGURAS	25
RESUMEN	27
PRESENTACIÓN	31
CAPÍTULO 1. LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES DESDE UN ENFOQUE DE GÉNERO Y OTRAS DESIGUALDADES SOCIALES	41
1. LA MAGNITUD DE LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES	43
1.1. La primera causa de muerte para hombres y mujeres	43
1.2. Los datos de nuestro contexto	45
1.3. La evolución de la mortalidad y morbilidad por enfermedad cardiovascular	50
1.4. El marco de Atención Sanitaria a las cardiopatías en Andalucía.....	53
2. UNA MIRADA DE DESIGUALDAD DE GÉNERO Y SOCIOECONÓMICA SOBRE LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES	61
2.1. La construcción social de las enfermedades cardiovasculares	63
2.2. La reciente presencia de las mujeres en su estudio.....	73
2.3. Sesgos de género y otras desigualdades sociales en las enfermedades cardiovasculares	88
2.3.1. De los factores de riesgo tradicionales a los determinantes sociales y las desigualdades en salud.....	91
2.3.2. Género y clase social como ejes clave de desigualdad.....	101
2.3.3. Sobre signos, síntomas y diagnósticos.....	105
2.3.4. Los tiempos de demora prehospitalaria.....	109
2.3.5. Cómo accedemos al sistema sanitario.....	116
2.3.6. El tratamiento de la enfermedad.....	119
2.3.7. La recuperación tras el episodio coronario.....	122
3. LA IMPORTANCIA DE UNA PRONTA ACTUACIÓN ANTE EL INICIO DE LOS SÍNTOMAS	125
3.1. Las recomendaciones sanitarias para una pronta asistencia ante el SCA.....	125
3.2. ¿Hacia dónde miran las campañas de concienciación?	130
3.3. Justificación de este estudio.....	137
4. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN E HIPÓTESIS	139
4.1. Objetivo general	139
4.2. Objetivos específicos	139
4.3. Hipótesis	139

CAPÍTULO 2. EL PROCESO DE INVESTIGACIÓN	141
1. TIPO DE ESTUDIO.....	143
2. METODOLOGÍA.....	151
2.1. Diseño	151
2.2. Ámbito geográfico	151
2.3. Población	151
2.4. Muestra y selección de las personas participantes.....	151
2.5. Técnica de recogida de datos	154
2.6. Trabajo de campo	162
2.7. Análisis estadístico.....	167
CAPÍTULO 3. RESULTADOS.....	171
1. EL PROCESO SEGUIDO POR HOMBRES Y MUJERES ANTE EL INICIO LOS SÍNTOMAS	173
1.1. Tasa de respuesta	173
1.2. Características de hombres y mujeres participantes en el estudio	174
1.3. El contexto en el que se produce el evento coronario.....	177
1.4. Descripción e interpretación de los síntomas	179
1.5. Pensamientos más frecuentes	181
1.6. Toma de decisiones	182
1.7. Actuaciones realizadas	184
1.8. Demora prehospitalaria.....	191
1.9. Medios de transporte utilizados.....	193
1.10. Motivaciones expresadas en la decisión del transporte utilizado	197
1.11. Conocimiento del 061.....	199
2. FACTORES ASOCIADOS CON LA DEMORA PREHOSPITALARIA EN HOMBRES Y MUJERES	201
3. FACTORES ASOCIADOS AL USO DE MEDIOS PROPIOS EN EL TRASLADO AL CENTRO SANITARIO EN HOMBRES Y MUJERES	206
CAPÍTULO 4. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	211
1. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	213
1.1. Sobre el proceso seguido ante el inicio de síntomas de SCA	213
1.2. Sobre los factores asociados a la demora prehospitalaria.....	223
1.3. Sobre los factores asociados al traslado por medios propios	230
2. FORTALEZAS Y LIMITACIONES DE ESTE TRABAJO.....	232
CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES.....	235
CAPÍTULO 6. BIBLIOGRAFÍA	243

CAPÍTULO 7. ANEXOS	279
ANEXO I. INVESTIGADORES, INVESTIGADORAS Y HOSPITALES COLABORADORES DEL PROYECTO ARIAM EN ANDALUCÍA	281
ANEXO II. PETICIÓN DE AUTORIZACIÓN PARA EL USO DE DATOS ARIAM DE PACIENTES CON SCA DIRIGIDA A GERENCIA.	285
ANEXO III. PETICIÓN DE AUTORIZACIÓN PARA EL USO DE DATOS ARIAM DE PACIENTES CON SCA DIRIGIDA A PROFESIONAL MÉDICO.....	287
ANEXO IV. AUTORIZACIÓN DE USO DE DATOS IDENTIFICATIVOS DE PACIENTES	289
ANEXO V. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ENCUESTA TELEFÓNICA.	290
ANEXO VI. CUESTIONARIO.....	291
ANEXO VII. ANÁLISIS BIVARIANTE DEMORA PREHOSPITALARIA Y MEDIO DE TRANSPORTE	296
ANEXO VIII. DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN HOSPITAL DE INGRESO	304

Abreviaturas

Angina inestable (AI)
Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª edición (CIE-9)
Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª edición (CIE-10)
Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias de Atención Primaria (DCCU-AP)
Electrocardiograma (ECG)
Empresa Pública de Emergencias Sanitarias (EPES)
Encuesta de Población Activa (EPA)
Enfermedad coronaria (EC)
Enfermedades cardiovasculares (ECV)
Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP)
Infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAM con ST)
Infarto agudo de miocardio sin elevación del segmento ST (IAM sin ST)
Instituto de Estadística de Andalucía (IEA)
Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (MSPSI)
Organización Mundial de la Salud (OMS)
Organización Panamericana de la Salud (OPS)
Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias (PAUE)
Plan Operativo de Distrito para Urgencias y Emergencias (PODUE)
Servicio Andaluz de Salud (SAS)
Servicios de Cuidados Críticos y Urgencias (SCCU)
Síndrome Coronario Agudo (SCA)
Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA)
Tiempo medio de respuesta (TMR)
Unidades de Cuidados Coronarios (UCC)
Unidades de Cuidados Intensivos (UCI)
Zonas Básicas de Salud (ZBS)

Listado de Tablas

Tabla 1. Muertes totales por causas de hombres y mujeres en los países europeos....	44
Tabla 2. Muertes totales por causas de muerte de hombres y mujeres menores de 75 años en los países europeos.....	45
Tabla 3. Defunciones según las causas de muerte por ECV. España, 2010.....	46
Tabla 4. Años potenciales de vida perdidos (APVP) por 100.000 hombres y mujeres de 0-69 años y porcentaje sobre el total. España, 2009	47
Tabla 5. Defunciones según las causas de muerte por ECV. Andalucía, 2010	48
Tabla 6. Actividad en Urgencias y Emergencias en el SAS. Número según tipo de dispositivo, 2010.....	58
Tabla 7. Hospitales participantes.	153
Tabla 8. Dimensiones y bloques de variables que componen el cuestionario	156
Tabla 9. Distribución de encuestas realizadas por provincias.....	174
Tabla 10. Características sociodemográficas y socioeconómicas	175
Tabla 11. El entorno de la persona al inicio de los síntomas	177
Tabla 12. Descripción e interpretación de los síntomas.	179
Tabla 13. Pensamientos ante el inicio de los síntomas	181
Tabla 14. Quién o quiénes toman las decisiones	183
Tabla 15. Actuaciones que realizan hombres y mujeres cuando piensan que necesitan ayuda, en primer, segundo y tercer lugar	185
Tabla 16. Edad media de hombres y mujeres en relación a la búsqueda de “atención de emergencia”	187
Tabla 17. Diferentes tiempos de demora prehospitalaria	192
Tabla 18. Medios de transporte utilizados por hombres y mujeres para el traslado a un centro sanitario.	194
Tabla 19. Edad media de hombres y mujeres en relación al tipo de transporte	195
Tabla 20. Primer medio de transporte en hombres y mujeres por grupos de edad ...	196
Tabla 21. Motivaciones expresadas sobre medio de transporte utilizado	198
Tabla 22. Modelo multivariante. Factores asociados a tardar una hora o más desde el inicio de los síntomas hasta la llegada al hospital en hombres, en mujeres, y en hombres y mujeres conjuntamente, Andalucía	205
Tabla 23. Modelo multivariante. Factores asociados al traslado por medios propios en hombres, en mujeres, y en hombres y mujeres conjuntamente, Andalucía.	210
Tabla 24. Análisis bivariante, llegada al hospital más tarde de una hora para cada una de las variables	296
Tabla 25. Análisis bivariante. Utilización de medios propios para cada una de las variables.....	299
Tabla 26. Distribución de la muestra por hospitales.....	304

Listado de Figuras

Figura 1. Mortalidad por causas en hombres y mujeres de 65 y más años en Andalucía, 2010.....	48
Figura 2. Tendencia de las tasas estandarizadas de la mortalidad por ECV en España (E) y Andalucía (A), entre 1990 y 2010	51
Figura 3. Tendencia de las tasas estandarizadas de la mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón en España (E) y Andalucía (A), entre 1990 y 2010	52
Figura 4. Mapa de coberturas de los equipos de emergencias aéreas.....	59
Figura 5. John Henry, héroe popular americano en el momento de su muerte, martillo en mano.....	70
Figura 6. Portada del <i>Time Magazine</i> . “Mujer y enfermedad del corazón”. Agosto, 2003.	77
Figura 7. Marco conceptual de los determinantes de las desigualdades sociales en salud. Comisión para reducir las Desigualdades en Salud en España, 2010. Basado en Solar e Irwin y Navarro.	96
Figura 8. Actúa a tiempo ante síntomas de ataque al corazón.....	126
Figura 9. Campaña “La verdad acerca del corazón”.....	127
Figura 10. Información acerca de los ataques al corazón para las mujeres.	127
Figura 11. Campaña “Dolor al pit”.....	129
Figura 12. Campaña “Marca un gol a la Hipertensión”.....	135
Figura 13. Folleto actividades en el marco de las III Jornadas Salud y Corazón, del Programa aragonés “Mujer y Corazón”	137
Figura 14. Primera actuación de hombres y mujeres ante el inicio de los síntomas por grupos de edad	186
Figura 15. Distintas actuaciones que realizan los hombres cuando consideran que necesitan ayuda.....	189
Figura 16. Distintas actuaciones que realizan las mujeres cuando consideran que necesitan ayuda.....	190
Figura 17. Medios de transporte utilizados hasta primer centro sanitario.	194
Figura 18. Porcentaje de hombres y mujeres que llaman al 061 y son transportadas por el 061 como primera opción.....	196
Figura 19. ¿Había oído hablar alguna vez del servicio del 061?.....	199
Figura 20. ¿Antes de este último infarto había hecho uso alguna vez del 061?.....	200

Resumen

Las enfermedades cardiovasculares constituyen un importante problema de salud pública. Tradicionalmente se ha invisibilizado a las mujeres en su estudio, siendo consideradas como enfermedades “generadoras de viudas”. Un número importante de oportunidades de mejora para la reducción de la mortalidad en estas enfermedades residen en la llamada fase “prehospitalaria”. Sin embargo, existen escasas investigaciones en nuestro contexto que, desde una perspectiva de desigualdad de género y socioeconómica, aborden esta temática.

El principal objetivo de esta tesis ha sido analizar el proceso de búsqueda de ayuda seguido por hombres y mujeres con Síndrome Coronario Agudo (Infarto Agudo de Miocardio y Angina Inestable) desde el inicio de los síntomas hasta el ingreso en un hospital del sistema sanitario público en Andalucía, desde una mirada de género y de desigualdad social.

Para dar respuesta a estos objetivos se ha realizado un estudio observacional de prevalencias sobre una muestra representativa de personas que ingresaron, con Síndrome Coronario Agudo, en las Unidades de Cuidados Intensivos de 33 hospitales públicos de Andalucía. Se ha aplicado una encuesta telefónica, y se les ha preguntado acerca de lo que pensaron al inicio de los síntomas, su interpretación, las actuaciones que realizaron cuando consideraron que necesitaban asistencia sanitaria, los tiempos de demora prehospitalaria, los transportes empleados y las personas intervinientes en la toma de decisiones, recogiendo asimismo variables sociodemográficas y socioeconómicas. Se realizó un análisis bivariante y multivariante para hombres y mujeres mediante regresión logística.

Fueron encuestados 948 hombres y 468 mujeres, con una edad media de 63,0 años y 70,5 respectivamente. El 29,9% de los hombres y el 24,2% de las mujeres supieron, desde el principio, que se trataba de un SCA ($p < 0,001$). Casi la mitad de los hombres tomaron la decisión de buscar asistencia sanitaria ellos solos (47,4%), mientras que las mujeres informaron en mayor porcentaje que fueron otras personas distintas a ellas

(51,4%) quienes tomaron la decisión ($p < 0,001$). Más de la mitad de las personas utilizaron medios propios para desplazarse en busca de asistencia sanitaria; el 10% de los hombres condujeron ellos mismos ($p < 0,001$). El 29,2% de las personas utilizaron al menos dos medios de transporte distintos. El tener ingresos inferiores a 1.500 euros mensuales se asoció a una mayor demora, especialmente en el caso de los hombres (OR: 1,56; IC95%: 1,06-2,30). El tener estudios primarios o no tener estudios, se asoció a una mayor probabilidad de ser trasladadas por medios propios, especialmente en el caso de las mujeres, (OR: 4,47; IC95%: 1,98-11,38). Factores como el entorno, la sintomatología y su interpretación, y las actuaciones realizadas ante el inicio de los síntomas también influyeron en la demora y en el medio de transporte.

Se han apreciado diferencias significativas entre hombres y mujeres en el proceso de búsqueda de ayuda realizado al inicio de los síntomas. Por otro lado, la respuesta de hombres y mujeres no se ha ajustado a las recomendaciones clínicas, ya que la demora prehospitalaria identificada ha sido superior a la conveniente, especialmente en el caso de las mujeres. Las personas más desfavorecidas socioeconómicamente también han presentado una mayor demora y un mayor uso de medios propios de transporte en la búsqueda de asistencia sanitaria.

Presentación

Pese a la importancia de las enfermedades cardiovasculares en las mujeres, su estudio es relativamente reciente y más reciente aún la incorporación de la perspectiva de género. La investigación científica biomédica generada sobre las enfermedades cardiovasculares es amplia, tanto a nivel epidemiológico como clínico, en términos de principales factores de riesgo, pronóstico, manejo de la enfermedad, tratamientos, etc. No obstante, la evidencia disponible, además de dejar de lado con frecuencia la dimensión más social de la enfermedad, invisibiliza a las mujeres. Su exclusión en las muestras de estudios clínicos y epidemiológicos clave, la no desagregación según sexo de los análisis realizados o la universalización de los términos “hombre” y “mujer”, sin tener en cuenta otros ejes como la posición socioeconómica o el territorio, son algunos de los ejemplos de esta invisibilización.

La mejora en los tratamientos, en las tecnologías aplicadas y en las actuaciones realizadas desde instancias médicas han tenido como resultado una importante mejora en la supervivencia y calidad de vida de las personas que han sufrido un Síndrome Coronario Agudo (SCA) infarto agudo de miocardio (IAM) o angina inestable (AI) una vez han sido atendidas en entornos hospitalarios. Sin embargo, entre un tercio y la mitad de las muertes por enfermedades cardiovasculares de hombres y mujeres se producen antes de llegar al hospital, en la mayoría de los casos sin haber recibido ningún tipo de asistencia sanitaria, por lo que un número importante de oportunidades de mejora para la reducción de la mortalidad en estas enfermedades residen precisamente en esta fase, llamada fase prehospitalaria. En este fenómeno reside el interés de su estudio. Es necesario avanzar con investigaciones específicas que, desde una perspectiva de género y de desigualdad socioeconómica, palien la falta de información no sesgada y minimicen desigualdades.

Desde el inicio del dolor, o síntomas equivalentes, hasta que una persona con un posible SCA es atendida en una unidad hospitalaria, intervienen diversos factores que actúan de distinta manera según las relaciones de género y las características socioeconómicas de las personas. Algunos de estos factores son, por ejemplo, el

reconocimiento de los síntomas y la percepción de la gravedad, los antecedentes de enfermedad coronaria de la persona, su entorno familiar, el vivir en un entorno rural o urbano, o la disponibilidad de dispositivos de emergencias sanitarias y otros servicios sanitarios prehospitalarios, entre otros. Ante todos estos elementos cabría realizarse algunas preguntas: ¿Cuál es el proceso de búsqueda de ayuda seguido por hombres y mujeres ante el inicio de los síntomas o malestares sugerentes de SCA y hasta que son atendidas en un centro hospitalario? ¿Reaccionan de la misma manera? ¿Qué diferencias y similitudes observamos entre hombres y mujeres? ¿Se observan desigualdades socioeconómicas en el acceso al sistema sanitario?

A nivel internacional existe abundante literatura científica sobre los elementos específicos de la fase prehospitalaria. Dos de los temas más importantes abordados son los tiempos de demora y el medio de transporte utilizado en la consecución de atención sanitaria. Los estudios parecen indicar que las mujeres presentan una mayor demora, debido a un menor reconocimiento de la enfermedad y otros factores que van más allá de los factores clínicos; también se han observado diferencias de género en los pensamientos y creencias y las diversas actuaciones realizadas ante el inicio de los síntomas. Asimismo, se han evidenciado desigualdades sociales en el acceso al sistema sanitario en personas con SCA. No obstante, existen escasas investigaciones en el contexto andaluz, y menos aún en las que se aborde todo el proceso seguido por hombres y mujeres desde el inicio de los síntomas.

Esta tesis aborda precisamente esta fase. Intenta ahondar en el conocimiento sobre el proceso que se inicia con el comienzo de los síntomas en hombres y mujeres hasta que llegan al hospital. Pretende contribuir, al menos parcialmente, a la falta de información cuantitativa en nuestro contexto, contando con las experiencias de hombres y mujeres que han sufrido un SCA, y comparándolas, detectando diferencias, y teniendo en cuenta además la “lente” de las desigualdades sociales en salud. Pretende obtener información que permita mejorar la pronta atención de esta enfermedad, clave para la supervivencia y posterior calidad de vida de estas personas,

así como aportar datos específicos sobre la experiencia de hombres y mujeres en un momento concreto de la enfermedad: el inicio de un dolor o malestar que pueden identificar (o no) como relacionado con el corazón. Dentro de este proceso se hace hincapié en los factores sociales asociados a la demora prehospitalaria y al medio de transporte utilizado en la búsqueda de asistencia sanitaria. Se trata de personas que ingresaron en las Urgencias hospitalarias de hospitales públicos andaluces, con diagnóstico al alta de la Unidad de Cuidados Intensivos de Infarto Agudo de Miocardio o Angina Inestable y que sobrevivieron, al menos, un año desde ese evento.

Esta línea de investigación se viene desarrollando desde el año 2003 en la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP). En 2006 iniciamos un proyecto de investigación con el objetivo de identificar los factores asociados a la forma de acceso al sistema sanitario en pacientes con SCA. Este proyecto fue financiado por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (Expte.0079/2006). El estudio se abordó desde un enfoque cualitativo, con la realización de grupos focales. El desarrollo de estos grupos tenía por objetivo último la obtención de información para el diseño de un cuestionario. En la composición de los grupos focales la variable sexo fue utilizada como criterio de heterogeneidad intragrupal, de modo que en cada grupo hubiese hombres y mujeres. Este hecho, unido a (o debido a) la falta de sensibilidad de género y de experiencia en este campo, hizo imposible el contar con información relevante específica sobre las mujeres y sus experiencias (las mujeres con SCA contactadas para participar en los grupos focales eran mujeres mayores que los hombres y tenían diversos problemas de salud, y presentaban además otro tipo de dificultades para acudir a los lugares donde se desarrollaron las sesiones con los grupos, por lo que finalmente pudieron participar muy pocas mujeres, lo cual no permitió un análisis diferenciado). Esta primera investigación formó parte del trabajo que presenté para la obtención del Diploma de Estudios Avanzados (DEA), en el año 2006. Posteriormente avanzamos en esta misma línea, desarrollando otro proyecto financiado por Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (PI06/90450) en el que se realizaron entrevistas semiestructuradas a hombres y mujeres mayores de 75 años con SCA y residentes en

áreas rurales distanciadas de centros hospitalarios, con el mismo objetivo de identificar los factores asociados a la forma de acceso al sistema sanitario. En esta fase del estudio ya se pudieron identificar algunas diferencias significativas en las experiencias de hombres y mujeres. A partir de aquí se diseñó un cuestionario que se aplicó primero a las provincias orientales de Andalucía (financiado por la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Expte. PI09/90461), y posteriormente a las provincias occidentales (financiado por la Consejería de Economía y Hacienda, Fondos G+ 2010).

Desde el año 2006 me he formado y he participado en diversos proyectos sobre género y salud y desigualdades sociales en salud en la Escuela Andaluza de Salud Pública. Mi interés y sensibilidad han ido en aumento desde entonces, de forma que hoy en día lo que presento es un estudio que aporta nueva información respecto a los trabajos anteriores y en el que se incorpora el género y las desigualdades socioeconómicas, tanto en el marco explicativo como en el diseño y en el análisis de los datos, factores centrales para el logro de objetivos de la investigación.

El principal objetivo de esta investigación es conocer el proceso seguido por hombres y mujeres con SCA (IAM y AI) desde el inicio de los síntomas o del malestar hasta el ingreso en un hospital del sistema sanitario público en Andalucía, desde una mirada de género y de desigualdad social. Esta investigación se ha realizado con una metodología cuantitativa, aplicando la encuesta telefónica como técnica de recogida de datos, para poder obtener diversas magnitudes, desde el grado de reconocimiento de las personas de lo que les estaba sucediendo hasta las actuaciones que realizaron, los tiempos de demora, los tipos de transporte utilizados, así como los factores asociados a la demora prehospitalaria y al uso de medios de transporte propios en el traslado en busca de asistencia sanitaria.

Esta tesis se estructura según los siguientes capítulos:

Un primer capítulo dedicado a las enfermedades cardiovasculares compuesto de cuatro grandes apartados. El primer apartado del Capítulo 1 muestra la información relativa a la magnitud de las enfermedades cardiovasculares en el mundo, en Europa y en nuestro contexto. Para finalizar, se describe sucintamente el marco de atención sanitaria a las cardiopatías en Andalucía. En el segundo apartado se aporta una mirada de género y de desigualdades sociales sobre las enfermedades cardiovasculares. Se realiza un recorrido sobre la presencia de las mujeres y la perspectiva de género en la literatura científica en relación a las enfermedades cardiovasculares, principalmente en el SCA. Se abordan los factores de riesgo y los determinantes sociales de la enfermedad y destacamos el género y la clase social como ejes clave de desigualdad. Se exponen los sesgos de género y otras desigualdades en relación a los signos y síntomas, el uso de los dispositivos de emergencia y los tiempos de demora, así como los distintos sesgos diagnósticos, terapéuticos y en la recuperación identificados en las investigaciones. El tercer apartado está dedicado a la importancia de una pronta actuación ante el inicio de posibles síntomas sugerentes de SCA y a las recomendaciones, establecidas desde instancias gubernamentales y sociedades científicas, sobre cómo deben actuar las personas ante el inicio de síntomas o malestares sugerentes de IAM o AI. También se analizan algunas campañas de concienciación y sobre salud cardiovascular. Para finalizar este primer capítulo, en el cuarto apartado, se realiza una justificación del estudio, y presentamos la pregunta de investigación y los objetivos propuestos en este trabajo.

En el Capítulo 2 se presenta el proceso de investigación. Se justifica el método utilizado y se detallan todos los pasos realizados en el desarrollo de la investigación, incluyendo el tipo y área de estudio, la muestra, el método y el análisis de los datos, entre otros aspectos metodológicos de interés.

A continuación, en el Capítulo 3, se desarrollan los resultados, organizados por apartados para cada uno de los objetivos específicos.

Seguidamente se muestran, en el Capítulo 4, los hallazgos y las aportaciones de este estudio, y se exponen las principales limitaciones, así como las fortalezas del presente trabajo. Las principales conclusiones y recomendaciones que se derivan de la investigación son expuestas a continuación, en el Capítulo 5.

Los últimos capítulos corresponden al listado de las fuentes bibliográficas (Capítulo 6) y a los anexos (Capítulo 7), que incluyen diverso material relacionado con el trabajo de campo, la metodología y los resultados.

El lenguaje es importante en la lucha por la igualdad de hombres y mujeres. El lenguaje construye realidades, es más, como bien se ha dicho “lo que no se nombra, no existe”. Por este motivo, en este trabajo he procurado evitar un uso sexista del lenguaje. Asimismo, he utilizado el nombre completo de las personas en el listado de fuentes bibliográficas, siempre que me ha sido posible, a modo de reconocimiento de la producción científica de las mujeres y de los hombres que han investigado sobre la materia objeto de esta tesis.

*Dices que tienes corazón,
y solo lo dices porque sientes sus latidos;
eso no es corazón..., es una máquina
que al compás que se mueve hace ruido*

Rima LXXVII, *Libro de los gorriones*
Gustavo Adolfo Bécquer (1836-1870),

Capítulo 1. Las enfermedades cardiovasculares desde un enfoque de género y otras desigualdades sociales

1. La magnitud de las enfermedades cardiovasculares

1.1. La primera causa de muerte para hombres y mujeres

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), y su Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima revisión (CIE-10), entre las enfermedades cardiovasculares (ECV) (CIE-10:I00-I99) se encuentran las enfermedades coronarias (CIE-10:I20-I25), las enfermedades cerebrovasculares (CIE-10:I60-I69) y otras enfermedades como la cardiopatía reumática, la cardiopatía congénita, la enfermedad arterial periférica o las embolias pulmonares. Las enfermedades coronarias pueden originar una serie de trastornos conocidos como síndromes coronarios agudos (SCA). El SCA es la representación aguda de la cardiopatía isquémica y comprende al infarto agudo de miocardio (IAM) con elevación del segmento ST (IAM con ST), el infarto agudo de miocardio sin elevación del segmento ST (IAM sin ST) y la angina inestable (AI). Las enfermedades cerebrovasculares son enfermedades de los vasos sanguíneos que irrigan el cerebro, entre las cuales se encuentran los accidentes cerebrovasculares (ACV) o ictus (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011a, 2013).

Según esta clasificación, y los datos disponibles de la Organización Mundial de la Salud, puede decirse que las ECV son la principal causa de muerte en todo el mundo (el 31% del total de muertes). Concretamente, del total de muertes por ECV, el 46% de los hombres mueren por cardiopatía isquémica y el 34% por enfermedades cerebrovasculares. En el caso de las mujeres, la mortalidad es del 38% y el 37% respectivamente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011b).

En Europa, las ECV matan a más personas que todos los tumores combinados, situándose también como primera causa de muerte en hombres y en mujeres. El porcentaje es más elevado en las mujeres (52% del total de fallecimientos) comparado con el de los hombres (42%). Las cardiopatías coronarias por sí mismas son la principal causa de muerte, dando cuenta de 1,8 millones de muertes cada año, sobre un quinto

en los hombres (20%) y en las mujeres (22%) (Tabla 1). En el caso de ser menor de 75 años, los porcentajes se reducen al 13% y al 17% respectivamente (Tabla 2) (NICHOLS ET AL., 2012). Cabe destacar diferencias entre países europeos, observándose las tasas más bajas en los países del sur de Europa, los países mediterráneos, entre ellos España (SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA, 2008a; EUROSTAT, 2009:115).

Tabla 1. Muertes totales por causas de hombres y mujeres en los países europeos

N(%)	Hombres UE	Mujeres UE	Hombres Europa	Mujeres Europa
ECV				
Cardiopatía coronaria	356.366 (15)	324.984 (14)	888.194 (20)	915.548 (22)
Ictus	191.784 (8)	272.140 (11)	436.861 (10)	636.832 (15)
Otras ECV	321.660 (13)	443.920 (18)	510.983 (12)	643.457 (15)
Cáncer				
Cáncer de estómago	36.552 (2)	23.962 (1)	71.250 (2)	48.256 (1)
Cáncer colorrectal	78.581 (3)	66.141 (3)	110.286 (2)	99.691 (2)
Cáncer de pulmón	184.354 (8)	73.675 (3)	261.436 (4)	91.676 (2)
Cáncer de mama	897 (0)	89.953 (4)	1.348 (0)	133.263 (3)
Otros cánceres	401.620 (17)	291.718 (12)	550.079 (13)	416.523 (10)
Otras causas de muerte				
Traumatismos e intoxicaciones	154.701 (6)	80.088 (3)	423.857 (10)	161.603 (4)
Enfermedades respiratorias	201.613 (8)	176.692 (7)	307.978 (7)	233.244 (6)
Otras causas de muerte	489.661 (20)	574.790 (24)	808.135 (20)	856.946 (20)
Total	2.417.769 (100)	2.418.063 (100)	4.370.407 (100)	4.237.039 (100)

Fuente: Elaboración propia a partir de NICHOLS ET AL. (2012). Últimos datos disponibles para cada país. Europa: 53 países que comprenden la Región Europea OMS; UE: Europa de los 27. *Enfermedades cardiovasculares*: Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª edición (CIE-10) códigos I00-I99; CIE-9ª edición códigos 390-459. *Cardiopatía coronaria*: CIE-10 códigos I20-I25; CIE-9 códigos 410-414). *Ictus*: CIE-10 códigos I60-I69; CIE-9 códigos 430-438.

Tabla 2. Muertes totales por causas de muerte de hombres y mujeres menores de 75 años en los países europeos

N(%)	Hombres UE	Mujeres UE	Hombres Europa	Mujeres Europa
ECV				
Cardiopatía coronaria	151.864 (19)	54.513 (9)	489.685 (13)	244.774 (17)
Ictus	64.332 (6)	43.966 (7)	208.702 (6)	162.543 (11)
Otras ECV	114.228 (10)	60.904 (10)	243.953 (10)	135.974 (10)
Cáncer				
Cáncer de estómago	20.395 (2)	9.907 (2)	47.489 (2)	25.412 (2)
Cáncer colorrectal	41.130 (2)	26.120 (4)	63.073 (4)	46.256 (3)
Cáncer de pulmón	118.456 (7)	44.506 (7)	181.934 (10)	56.599 (3)
Cáncer de mama	512 (0)	51.725 (8)	837 (0)	84.663 (6)
Otros cánceres	198.911 (12)	178.267 (28)	310.360 (17)	268.616 (19)
Otras causas de muerte				
Traumatismos e intoxicaciones	118.910 (15)	34.917 (5)	373.950 (10)	102.061 (7)
Enfermedades respiratorias	63.024 (5)	32.956 (5)	140.170 (6)	64.078 (5)
Otras causas de muerte	258.070 (20)	94.221(15)	515.851 (22)	234.548 (16)
Total	1.149.832 (100)	632.002 (100)	2.576.004 (100)	1.425.524 (100)

Fuente: Elaboración propia a partir de NICHOLS ET AL. (2012). Últimos datos disponibles para cada país. Europa: 53 países que comprenden la Región Europea OMS; UE: Europa de los 27. *Enfermedades cardiovasculares*: Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª edición (CIE-10) códigos I00-I99; CIE-9ª edición códigos 390-459. *Cardiopatía coronaria*: CIE-10 códigos I20-I25; CIE-9 códigos 410-414. *Ictus*: CIE-10 códigos I60-I69; CIE-9 códigos 430-438.

1.2. Los datos de nuestro contexto

Según el Instituto Nacional de Estadística (INE), la principal causa de defunción en el año 2010 en España fueron las ECV, responsables de 27 de cada 100 defunciones en el caso de los hombres y de 35 de cada 100 en el caso de las mujeres (INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA, 2011a) (Tabla 3).

Tabla 3. Defunciones según las causas de muerte por ECV. España, 2010

	Ambos sexos		Hombres		Mujeres	
	N	%*	N	%*	N	%*
Defunciones por todas las causas	382.047	100	198.121	100	183.926	100
ECV (CIE-10:I00-I99, CIE-9:390-459)	119.128	31	54.406	27	64.722	35
		%**		%**		%**
Infarto agudo de miocardio y otras enfermedades isquémicas del corazón	35.268	30	20.226	37	15.042	23
Enfermedades cerebrovasculares	30.161	25	12.632	23	17.529	27
Otras enfermedades del corazón	20.531	17	8.967	16	11.564	18
Insuficiencia cardíaca	16.038	13	5.598	10	10.440	16
Enfermedades hipertensivas	9.474	8	3.124	6	6.350	10
Otras enfermedades de los vasos sanguíneos	3.948	3	2.624	5	1.324	2
Enfermedades cardíacas reumáticas crónicas	1.811	2	518	1	1.293	2
Aterosclerosis	1.897	2	717	1	1.180	2
Total	119.128	(100)	54.406	(100)	64.722	(100)

Elaboración propia a partir de INE. Defunciones según la Causa de Muerte todas las edades, 2010.

*% ECV respecto del total de defunciones

**% respecto del total de ECV

Los años potenciales de vida perdidos (APVP) son una forma de visualizar el peso de las muertes ocurridas en edades jóvenes, las cuales podrían ser prevenidas. Su cálculo implica la suma de las muertes ocurridas a cada edad, multiplicándola con el número de años restantes hasta llegar a los 70 años u otra edad escogida. En nuestro país, las enfermedades cardiovasculares realizan una contribución significativa sobre el total de años de vida perdidos hasta los 70 años. En el año 2009, las enfermedades cardiovasculares en su conjunto representaron el 16% del total de APVP en el caso de los hombres y el 11% de los APVP en las mujeres (Tabla 4).

Tabla 4. Años potenciales de vida perdidos (APVP) por 100.000 hombres y mujeres de 0-69 años y porcentaje sobre el total. España, 2009

	Todas las causas	ECV	Enfermedad coronaria	Ictus
Hombres	3.884	620 (16%)	288 (7%)	107 (3%)
Mujeres	1.843	198 (11%)	49 (3%)	61 (3%)

Fuente: Elaboración propia a partir de NICHOLS ET AL. (2012).

En el año 2010 las ECV registraron el mayor número de altas hospitalarias con internamiento en España para los hombres (15,7% del total de altas), con un total de 1.512 altas por cada 100.000 habitantes, y el segundo lugar en el caso de las mujeres (10,8% del total de altas), con 1.165 altas por cada 100.000 habitantes. La morbilidad hospitalaria para esta causa ha aumentado en los últimos años, pasando de un 8,2% de las altas en el año 1990 a un 13% en el 2010 (INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA, 2011b).

En Andalucía, en el año 2010, las ECV representaron el 30% del total de muertes en los hombres y el 40% en las mujeres, falleciendo por la causa específica de cardiopatía isquémica 3.666 hombres y 3.040 mujeres (Tabla 5). Entre las personas de 65 y más años, la tasa de mortalidad por ECV por 100.000 en el año 2010 fue de 1.487,18 para los hombres y 1.188,90 para las mujeres (Figura 1).

Tabla 5. Defunciones según las causas de muerte por ECV. Andalucía, 2010

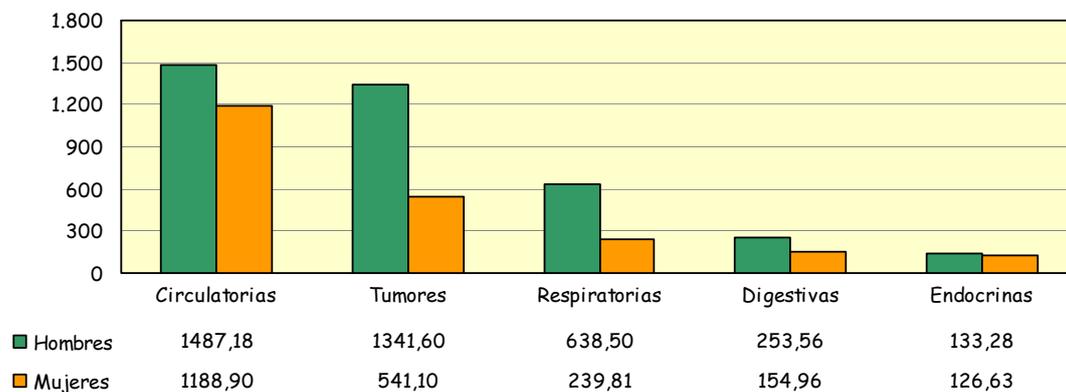
	Ambos sexos		Hombres		Mujeres	
	N	% *	N	%*	N	%*
Defunciones por todas las causas	64.471	100	33.911	100	30.560	100
ECV (CIE-10:I00-I99, CIE-9:390-459)	22.120	34	10.017	30	12.103	40
		%**		%**		%**
Infarto agudo de miocardio y otras enfermedades isquémicas del corazón	6.706	30	3.666	37	3.040	25
Enfermedades cerebrovasculares	5.921	27	2.603	26	3.318	27
Otras enfermedades del corazón	2.891	13	1.278	13	1.613	13
Insuficiencia cardíaca	3.383	15	1.188	12	2.195	18
Enfermedades hipertensivas	1.789	8	619	6	1.170	10
Otras enfermedades de los vasos sanguíneos	651	3	422	4	229	2
Enfermedades cardíacas reumáticas crónicas	272	1	71	1	201	2
Aterosclerosis	507	2	170	2	337	3
Total	22.120	100	10.017	100	12.103	100

Elaboración propia a partir de INE. Defunciones según la Causa de Muerte, todas las edades, 2010.

*% ECV respecto del total de defunciones

**% respecto del total de ECV

Figura 1. Mortalidad por causas en hombres y mujeres de 65 y más años en Andalucía, 2010.



Fuente: Consejería de Salud (2011). Tasas estándar por 100.000 habitantes (Población estándar europea).

En Andalucía se observan tasas de mortalidad por enfermedad cardiovascular más altas en comparación con el promedio del conjunto del país (CABALLERO-GÜETO ET AL., 2012). Así, por ejemplo, mientras que en el año 2010 la tasa estandarizada de mortalidad por cardiopatía isquémica en España (para todas las edades) es de 64,8 en

hombres y 26,8 en mujeres por 100.000 habitantes, en Andalucía esta tasa asciende hasta 76,4 y 37,8, respectivamente. Alguna hipótesis apunta a que la población andaluza presenta porcentajes más elevados en algunos de los principales factores de riesgo cardiovascular, como es el caso de la hipertensión arterial, dislipemias, diabetes, obesidad, el tabaquismo o el sedentarismo. Además, los resultados muestran un patrón geográfico, de forma que en el suroeste andaluz se observa un exceso de mortalidad por estas y otras causas (CONSEJERÍA DE SALUD, 2005:17).

Las ECV afectan tanto a hombres como mujeres, si bien ellas pierden menos años de vida por ECV, debido a un desarrollo más tardío de la enfermedad en comparación con los hombres. La enfermedad cardiovascular es mucho más frecuente en las edades avanzadas de la vida, donde el número de mujeres es superior al de hombres. Ello explica que las mujeres, a pesar de tener menor riesgo cardiovascular que ellos, presenten un mayor número de muertes por esta causa. Las tasas de mortalidad cardiovascular ajustadas por edad y las tasas específicas de edad son mayores en los hombres, si bien a partir de los 85 años las tasas se van acercando. Concretamente, las tasas de mortalidad por enfermedad cerebrovascular son mayores en las mujeres, mientras que las cardiopatías causan más muertes entre los hombres. En el caso de los hombres, la primera causa de muerte es la cardiopatía isquémica a partir de los 65 años, sin embargo, en las mujeres con estos mismos grupos de edad, la mortalidad es mayor por enfermedad cerebrovascular (HERAS, 2006). No obstante, si tenemos en cuenta los grupos de edad a partir de los 70 años, las cardiopatías aumentan considerablemente entre las mujeres, y es que esta enfermedad aparece más tarde en ellas, unos diez años más tarde. Por otro lado, en las mujeres la cardiopatía isquémica se presenta sobre todo como angina de pecho, mientras que en los hombres lo hace en forma de infarto agudo de miocardio y muerte súbita. Tras un infarto agudo de miocardio, el pronóstico es peor en las mujeres, que presentan una mayor frecuencia de reinfarto, insuficiencia cardíaca, shock cardiogénico, y tienen además una mayor mortalidad hospitalaria y tardía. En general, la mortalidad en los primeros 28 días tras

un IAM es superior en las mujeres (MARRUGAT ET AL., 1998; ROHLFS ET AL., 2004; HERAS, 2006; SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA, 2008a; MACHÓN ET AL., 2010).

1.3. La evolución de la mortalidad y morbilidad por enfermedad cardiovascular

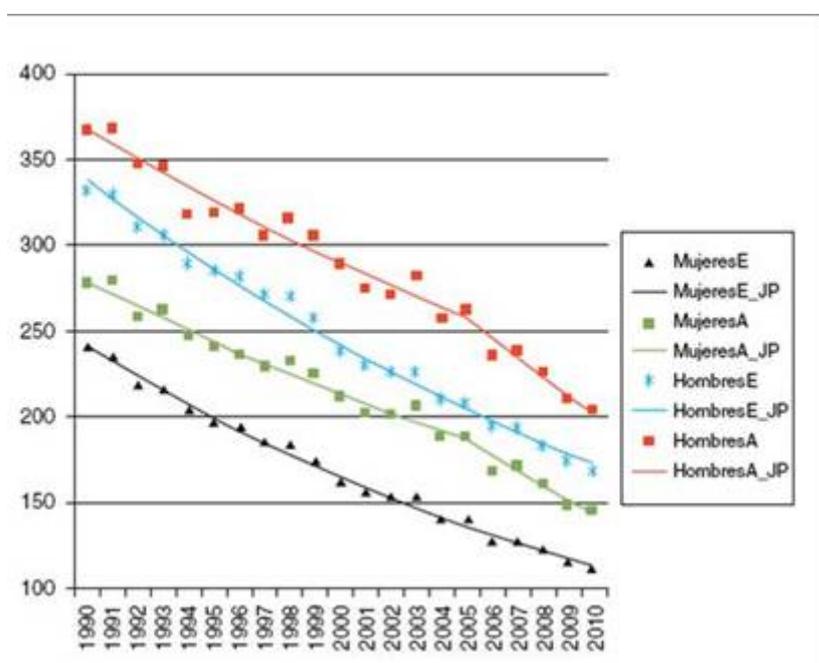
En las últimas décadas, las tasas de mortalidad cardiovascular están disminuyendo en los países de rentas más altas, principalmente países europeos, y norteamericanos (OROZCO-BELTRÁN ET AL., 2012). La prevención de la enfermedad y las distintas estrategias de intervención parecen contribuir a esta reducción de la mortalidad (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011b). En Europa, el descenso de la cardiopatía isquémica es más acentuado en los países del norte y los países occidentales, mientras que en los países del centro y del este el descenso es menos destacado. Las tasas de mortalidad por ictus también observan un importante descenso en la práctica totalidad de los países europeos (NICHOLS ET AL., 2012).

Tanto en España como en Andalucía, la mortalidad por ECV ha disminuido en estos años, si bien al analizar esta tendencia comprobamos que el mayor descenso se debe a la disminución de las enfermedades cerebrovasculares. En 1975 la tasa de mortalidad por enfermedad cerebrovascular en España era de 164,3 para los hombres y de 139,5 para las mujeres, frente a una tasa de 42,5 y 33,2 respectivamente en 2008 por cada 100.000 habitantes/año. Sin embargo, el descenso de la mortalidad por cardiopatía ha sido sustancialmente menor (126,2 hombres y 60,1 mujeres en 1975, frente a 67,7 y 28,9 respectivamente en el año 2008 por cada 100.000 habitantes/año) (GUTIÉRREZ ET AL., 2011).

En Andalucía, estudios recientes muestran también un importante descenso en la mortalidad, tanto en las enfermedades isquémicas del corazón como en las enfermedades cerebrovasculares desde el año 1975 en adelante, lo que apunta que, si bien este descenso puede deberse a cambios en los factores de riesgo cardiovascular, a diferencias en el nivel socioeconómico o en el acceso a los servicios de salud, la causa más importante puede ser el aumento de la supervivencia por una mejora en las

terapias de estas enfermedades (CONSEJERÍA DE SALUD, 2005:17). En un reciente estudio se pone de manifiesto un menor descenso de la mortalidad por ECV en Andalucía en comparación con el descenso del conjunto de España a lo largo de los 20 años estudiados, por lo que las diferencias en el año 2010 han aumentado con respecto a la media española (CABALLERO-GÜETO ET AL., 2012) (Figura 2 y Figura 3).

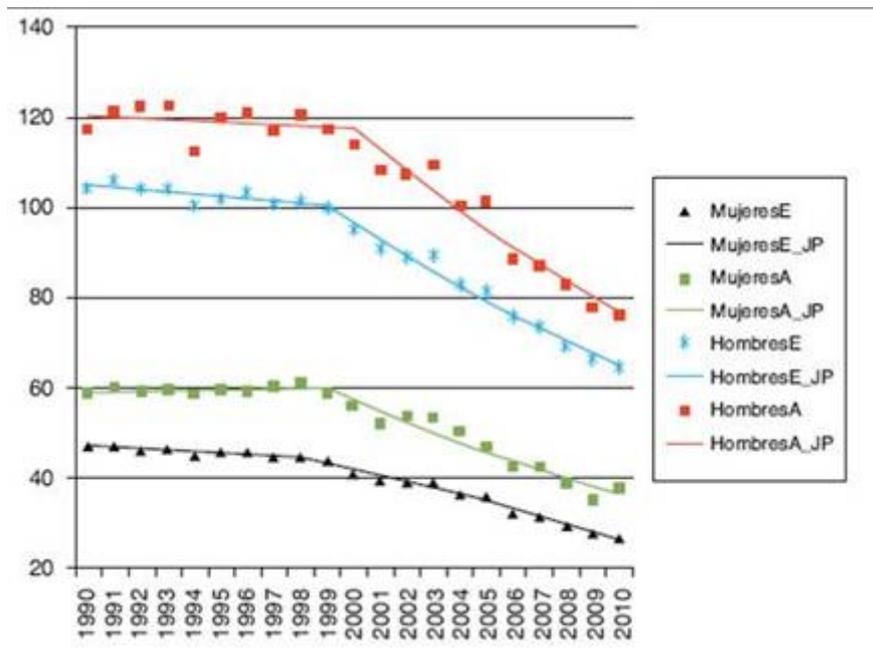
Figura 2. Tendencia de las tasas estandarizadas de la mortalidad por ECV en España (E) y Andalucía (A), entre 1990 y 2010



Fuente: CABALLERO-GÜETO ET AL., 2012.

La tendencia de la tasa estandarizada por sexo y edad fue analizada mediante “joinpoint” regresión y se representa en la figura mediante líneas (_JP)

Figura 3. Tendencia de las tasas estandarizadas de la mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón en España (E) y Andalucía (A), entre 1990 y 2010



Fuente: CABALLERO-GÜETO ET AL., 2012.

La tendencia de la tasa estandarizada por sexo y edad fue analizada mediante “joinpoint regresión” y se representa en la figura mediante líneas (_JP).

En términos de incidencia de la enfermedad (el número de casos nuevos), en el caso concreto del IAM y de la AI estos parecen mantenerse estables, si bien se estima que cada año aumentará un 1,5% o un 2% el número de casos que ingresarán en los hospitales españoles (SANS, 2005:7), lo que significa un aumento de las formas más crónicas de la cardiopatía isquémica. Este problema va a ser importante debido principalmente al envejecimiento de la población en nuestro entorno y a que los avances en el manejo de la enfermedad (la mejora en la atención sanitaria en términos de diagnóstico, tecnología, tratamiento y rehabilitación) están traduciéndose en una disminución de su mortalidad (BANEGAS ET AL., 2006).

Según un estudio realizado recientemente en nuestro país, las Comunidades Autónomas con un envejecimiento más acelerado contarán en 2031 con alrededor del 30% de las mujeres y un 25% de hombres con una edad superior a los 65 años (CENTRO

SUPERIOR DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS, 2010:20). El envejecimiento progresivo de la población, junto con la mejora en el manejo de la enfermedad y en los tratamientos, se traducen en un aumento de la prevalencia de la cardiopatía isquémica y de su tasa de morbilidad hospitalaria, de forma que se estima que cada año aumentarán en unas 2.000 las personas ingresadas por infarto o angina en nuestro contexto (SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA, 2008b). En base a este aumento de la morbilidad cardiovascular, se estima la generación de una progresiva demanda asistencial, tanto desde una perspectiva sanitaria asistencial como social (ABADES PORCEL Y RAYÓN VALPUESTA, 2012).

1.4. El marco de Atención Sanitaria a las cardiopatías en Andalucía

La atención a pacientes con cardiopatías en Andalucía se realiza en distintos niveles asistenciales, que van desde la Atención Primaria a la Atención Especializada, tanto hospitalaria como extrahospitalaria. La atención urgente también incluye varios niveles asistenciales, como los dispositivos de urgencias de Atención Primaria, la asistencia a través del 061 y los Servicios de Urgencias hospitalarios.

1.4.1. Atención Primaria

La red de Atención Primaria del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) consta, en el año 2012, de 24 distritos de atención primaria y 9 áreas de gestión sanitaria y cuenta con 406 centros de salud, 696 consultorios locales y 415 consultorios auxiliares (SERVICIO ANDALUZ DE SALUD, 2012a). En ellos desarrollan sus funciones, según datos disponibles del año 2011, 3.516 médicos y 2.624 médicas de familia, 2.343 enfermeros y 3.879 enfermeras. Estos datos equivaldrían aproximadamente a 1

profesional de medicina de familia y 1 de enfermería por cada 1.503 y 1.442 habitantes, respectivamente.

En el entorno rural, las Zonas Básicas de Salud (ZBS) cobran especial relevancia. Constituyen la demarcación poblacional y geográfica elemental en Andalucía, por lo que se garantiza la atención sanitaria en todos sus municipios mediante los centros de Atención Primaria. La estructura, organización y funcionamiento de los servicios de atención primaria de salud, en el ámbito del Servicio Andaluz, viene regulada por el Decreto 197 de 3 de julio de 2007 (BOLETÍN OFICIAL DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA, 2007). En una de las localidades de la ZBS se ubica el Centro de Salud, con la premisa que no diste del resto de municipios más de 30 minutos a través de transporte rodado. En el medio rural, la ZBS cuenta con Consultorios Locales en aquellas poblaciones incluidas en la zona que no disponen de Centro de salud. El personal sanitario se hace cargo de la asistencia ambulatoria, domiciliaria y atención continuada de urgencia. En aquellas ZBS donde existe Servicio de Urgencia, se tiende a la máxima coordinación e integración en el Equipo Básico de Atención Primaria.

En este nivel asistencial también se lleva a cabo la atención urgente a través de los Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias de Atención Primaria (DCCU-AP). A raíz de la Resolución 1 del año 1997 se crean estos dispositivos que se estructuran en el ámbito territorial de cada Distrito de Atención Primaria de Salud (SERVICIO ANDALUZ DE SALUD, 1997). Desde este momento todas las unidades y recursos del Servicio Andaluz de Salud (SAS) de atención a las urgencias fuera del ámbito hospitalario (se excluyen los Servicios de Cuidados Críticos y Urgencias Hospitalarios) pasan a denominarse DCCU-AP. Los DCCU-AP fueron creados con el objetivo de mejorar la atención a las urgencias y emergencias en este ámbito de la Atención Primaria (CONSEJERÍA DE SALUD, 2005:36).

Los DCCU se definen como:

“El equipo de profesionales sanitarios y no sanitarios y los recursos materiales encargados de la atención y asistencia en el ámbito extrahospitalario de toda aquella patología de inicio súbito e inesperado, o agudización de una patología previa, que causa disconfort a cualquier persona por estar en ella implicada su salud, basando esta atención en los beneficios que demuestra la evidencia científica, así como en el trato personal, humano y de respeto” (SERVICIO ANDALUZ DE SALUD, 2012b).

Andalucía cuenta, en el año 2012, con 499 DCCU en los centros de salud, de los que 366 son Unidades de Cuidados Críticos y Urgencias –puntos fijos– y 133 son Bases de Equipos Móviles (ambulancias) (SERVICIO ANDALUZ DE SALUD, 2012a). Todos los dispositivos asistenciales extrahospitalarios del Servicio Andaluz de Salud son coordinados a través de los centros coordinadores de urgencias y emergencias gestionados por la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias (EPES), en base a los protocolos de coordinación aprobados por el Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias (PAUE), iniciado en 1990. Todo ello se realiza en cada localidad mediante el Plan Operativo de Distrito para Urgencias y Emergencias (PODUE), para garantizar el acercamiento de la atención urgente a los domicilios de las personas.

1.4.2. Emergencias sanitarias

La atención a una emergencia tiene como objetivo evitar la muerte y/o disminuir las posibles secuelas. Los Servicios de Emergencia Médicos (SEMs) en España forman parte integral del sistema público de salud. Su función principal es proporcionar atención médica en todas las situaciones de emergencia, incluyendo catástrofes. Los Servicios de Emergencia Médica Extrahospitalaria se pueden definir como:

“Una organización funcional que realiza un conjunto de actividades secuenciales humanas y materiales, con dispositivos fijos y móviles, con medios adaptados, coordinados, iniciados desde el mismo momento en el que se detecta la emergencia médica, que tras analizar las necesidades, asigna

respuesta sin movilizar recurso alguno o bien desplaza sus dispositivos para actuar in situ, realizar transporte sanitario si procede y transferir al paciente al centro adecuado de tratamiento definitivo” (PACHECO ET AL., 1998 citado por BARROETA URQUIZA Y BOADA BRAVO, 2011:23).

La Empresa Pública de Emergencias Sanitarias (EPES) fue creada en 1994 por la Consejería de Salud para prestar atención integral a las urgencias y emergencias prehospitalarias en Andalucía. La EPES cuenta, en el año 2012, con 256 profesionales de medicina (80 mujeres y 176 hombres), 235 de enfermería (103 mujeres y 111 hombres) y 3 técnicas y 196 técnicos de Emergencias Sanitarias. Cuenta además con 8 centros coordinadores, uno en cada provincia, 30 equipos de emergencia terrestres (UVI Móvil), 5 equipos de emergencia aéreos, 5 Equipos de Coordinación Avanzada (Málaga y Sevilla), 5 helicópteros medicalizados y una unidad de Soporte Vital Básico en Sevilla (EMPRESA PÚBLICA DE EMERGENCIAS SANITARIAS, 2013).

El tiempo medio de respuesta (TMR) de los equipos de emergencias terrestres, es decir, el transcurrido desde la hora de recepción de la llamada en el centro coordinador hasta la hora de llegada al lugar del suceso del equipo de emergencias, es de 12 minutos y 5 segundos. Para los equipos de ámbito urbano el TMR es de 10 minutos y 53 segundos, en el ámbito rural el TMR es de 17 minutos y 22 segundos (BARROETA URQUIZA Y BOADA BRAVO, 2011:141).

Según datos del Plan Integral de Atención a las Cardiopatías (PICA), en la Comunidad Autónoma de Andalucía, en el año 2001, las personas que ingresaron por SCA habían contactado previamente con el sistema sanitario extrahospitalario en el 51% de los casos (de ellos, el 33% con el 061, el 48% con el centro de salud y el 19% con otros sistemas), mientras que el 49% restante de pacientes acudió directamente al hospital, utilizando medios propios (CONSEJERÍA DE SALUD, 2005:38).

1.4.3. La Red de Atención de Urgencias Extrahospitalarias en Andalucía

Según los últimos datos disponibles, la red de atención de urgencias extrahospitalarias está compuesta por los distintos dispositivos que funcionan de forma coordinada (SERVICIO ANDALUZ DE SALUD, 2011a):

– Los Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias (DCCU) del Servicio Andaluz de Salud (SAS). Punto móvil con equipo médico y de enfermería que acerca la atención urgente a los domicilios: 499 DCCU-AP, de los que 366 son Unidades de Cuidados Críticos y Urgencias –puntos fijos– y 133 son Bases de Equipos Móviles (ambulancias).

– Los Equipos de Emergencias del 061: unidad móvil que acude a domicilio cuando existe un riesgo vital para la persona: 30 equipos de emergencias terrestres, 5 equipos de coordinación avanzada y 5 equipos aéreos.

– También se dispone de la Red de ambulancias medicalizadas del Servicio Andaluz de Salud (SAS): vehículos con equipamiento clínico para el traslado de pacientes que requieren atención urgente. La red de transporte urgente está integrada por 438 ambulancias medicalizadas con equipo médico y de enfermería y, en verano, se refuerza con 9 ambulancias adicionales. Realizan los traslados a los centros sanitarios de los casos urgentes. La red de transporte de pacientes críticos está compuesta por 12 ambulancias medicalizadas terrestres para las capitales de provincia y 1 en cada hospital comarcal, apoyado por el transporte aéreo interhospitalario para las grandes distancias.

La activación de los distintos tipos de dispositivos en función de la gravedad del caso se realiza a través de los 8 Centros de Coordinación de urgencias, emergencias y transporte de pacientes en situación urgente y crítica, distribuidos en cada una de las provincias. El proceso de atención sanitaria comienza con la recepción de las llamadas (números 061, 112 o similares), a las que se aplican protocolos que resuelven las

peticiones de quienes llaman, mediante consejo o el envío de recursos (SERVICIO ANDALUZ DE SALUD, 2006:12; BARROETA URQUIZA Y BOADA BRAVO, 2011:136).

Según la última información disponible según sexo en relación a la actividad en Urgencias y Emergencias sanitarias en el SAS, hubo un mayor porcentaje de mujeres andaluzas que hicieron uso de los DCCU-AP, de transporte urgente y de equipos de emergencias SAS-EPES/061, en comparación con el porcentaje de hombres (Tabla 6).

Tabla 6. Actividad en Urgencias y Emergencias en el SAS. Número según tipo de dispositivo, 2010

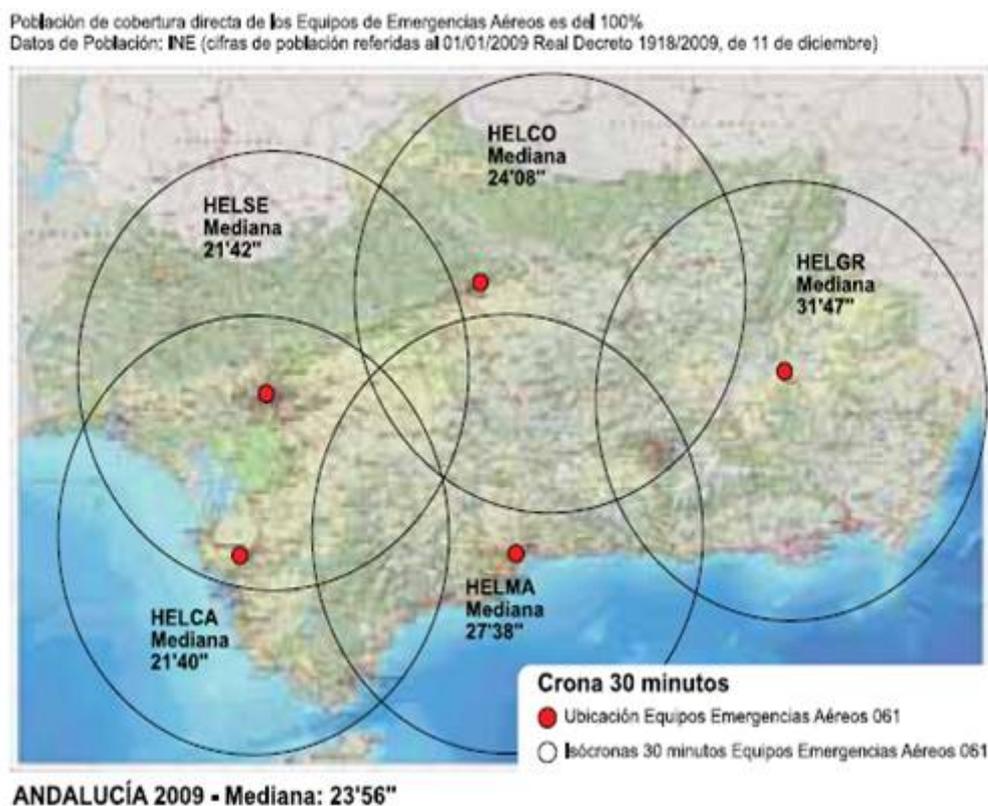
TIPO DE DISPOSITIVO	NÚMERO	% MUJERES	% HOMBRES
Dispositivos de cuidados críticos y urgencias de atención primaria			
Urgencias atendidas en el centro	5.389.120	54,41	45,59
Urgencias atendidas en domicilio	406.766	54,69	45,31
Servicio de cuidados críticos y urgencias hospitalarios			
Total urgencias atendidas	3.475.842		
Red de transporte urgente			
Total actuaciones	322.125	53,56	46,44
Red de transporte de críticos			
Total traslados de pacientes	9.937		
Equipos de emergencias SAS-EPES/061			
Actuaciones de los Equipos de Emergencias EPES 061	78.264		
Actuaciones de los UCCU	238.431	56,09	43,91
Actuaciones de los Equipos Móviles	278.699	57,12	42,88
Total intervenciones			
Teléfono único de urgencias (902 50 50 61)			
Total llamadas	969.150		

Fuente: SIGAP, INIHOS y EPES.

Fuente: SERVICIO ANDALUZ DE SALUD, 2010.

El 67,15% de la población de Andalucía es atendida por equipos de emergencias de la EPES y del SAS en isocronas de 15 minutos, entendiéndose por isocrona la línea que une puntos sobre el terreno que están a la misma distancia temporal. El 22,85% de la población de Andalucía es atendida en isocronas de 20 minutos. En las áreas más dispersas es fundamental el empleo de los equipos aéreos para garantizar tiempos óptimos de acceso a hospitales útiles (BARROETA URQUIZA Y BOADA BRAVO, 2011:155) (Figura 4).

Figura 4. Mapa de coberturas de los equipos de emergencias aéreas



Fuente: BARROETA URQUIZA Y BOADA BRAVO, 2011:149.

HELSE: Helipuerto de Sevilla, HELCO: Helipuerto de Córdoba, HELGR: Helipuerto de Granada, HELCA: Helipuerto de Málaga y HELMA: Helipuerto de Málaga.

1.4.4. Atención Especializada: Servicios de Cuidados Críticos y Urgencias (SCCU) y Medicina Interna, Cardiología y cirugía cardíaca

La atención hospitalaria es el segundo nivel de atención. Los hospitales y sus correspondientes centros de especialidades constituyen la estructura sanitaria responsable de la atención hospitalaria programada y urgente, tanto en régimen de internamiento como ambulatorio y domiciliario. En 2012 el Sistema Sanitario Público de Andalucía cuenta con 47 hospitales públicos (29 hospitales del Servicio Andaluz de Salud, 6 hospitales públicos gestionados por Empresas Públicas y otras formas de gestión pública de la Consejería de Salud, y 12 hospitales públicos de alta resolución de la Consejería de Salud) (GAVIRA Y CARMONA, 2012).

Las áreas de Urgencias hospitalarias y los Servicios de Medicina Intensiva están integrados en los Servicios de Cuidados Críticos y Urgencias (SCCU). Un Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias se considera un servicio central del Hospital, que engloba varias áreas asistenciales integradas, cuyo eje conductor organizativo es la gradación de la asistencia con arreglo a la gravedad de la persona enferma, la intensidad de los cuidados y bajo un concepto de continuidad asistencial. En los SCCU disponen de áreas o secciones de Urgencias y áreas o secciones de Medicina Intensiva (CONSEJERÍA DE SALUD, 2005:39). En el año 2010 Andalucía contaba con 44 SCCU, donde se atendían los casos de mayor gravedad (SERVICIO ANDALUZ DE SALUD, 2011a).

2. Una mirada de desigualdad de género y socioeconómica sobre las enfermedades cardiovasculares

La enfermedad cardiovascular ha sido considerada, hasta hace muy poco, como una “generadora de viudas” (STROTHER, 2002). Si bien las ECV son unas de las enfermedades más sensibles al género, su investigación ha sufrido históricamente la “ceguera” de género, debido a la no consideración de las mujeres y de la dimensión de género en su estudio, entendiendo el género como “un sistema de relaciones sociales, simbólicas y psíquicas en las que se sitúa de forma diferente y desfavorable a las mujeres con respecto a los varones” y como “una categoría de análisis científico que permite estudiar este sistema de relaciones y contemplar a los sexos como entidades políticas, sociales y culturales para, con ello, superar las limitaciones y el determinismo (ficticio) que incorpora la categoría sexo” (ORTIZ GÓMEZ, 2002:30, 2006).

Desde un enfoque de género, el estudio de la salud de las mujeres implica el abordaje de los problemas específicos de salud que requieren atención específica en las mujeres y suele centrarse en los procesos de su ciclo vital y en la morbilidad diferencial (VELASCO ARIAS, 2008). La morbilidad diferencial hace referencia al conjunto de enfermedades, motivos de consulta o factores de riesgo que merecen una atención específica hacia las mujeres, sea porque solo en ellas se pueden presentar dichos problemas, porque sean mucho más frecuentes en el sexo femenino o porque, aunque no sean específicas las mujeres, tiene una alta prevalencia en ellas (VALLS LLOBET ET AL., 2008). Así, por ejemplo, en el caso de las ECV, la presentación clínica del IAM es diferente en hombres y mujeres, siendo por tanto un aspecto de morbilidad diferencial (VELASCO ARIAS, 2008). Por otro lado, hay que tener en cuenta que, si bien la salud de hombres y mujeres es diferente, porque hay factores biológicos (genéticos, hereditarios, fisiológicos, etc.) que se manifiestan de forma diferente en la salud y en los riesgos de enfermar, también existen desigualdades de género en salud, es decir que hay otros factores que pueden ser explicados por las relaciones de género y que influyen de una manera injusta en la salud de hombres y mujeres (ROHLFS ET AL., 2000). Cuando estas desigualdades se expresan en la atención sanitaria recibida, hablamos de

sesgos de género en la atención sanitaria. El género, a su vez, es considerado también como un determinante de la salud, ya que es uno de los ejes fundamentales que organizan la vida social, pues genera una diferenciación jerarquizada de espacios y funciones sociales, sumando o restando oportunidades a las mujeres y a los hombres (GARCÍA CALVENTE ET AL., 2010).

La constatación de la gravedad de las ECV en las mujeres ha sido relativamente reciente. Las mujeres han sido excluidas casi sistemáticamente en los protocolos de investigación, las muestras, las herramientas metodológicas, los análisis y los resultados de los estudios. Esta invisibilidad se justificaba por las posibles “fluctuaciones hormonales” de las mujeres, por ser consideradas “embarazadas en potencia”, por tener asumido que el hombre es el “modelo” o “norma” por parte de la comunidad científica médica, o directamente por no creer que las mujeres puedan estar afectadas por este tipo de enfermedades, entre otros argumentos (STROTHER, 2002; SEN ET AL., 2005:24; HAMMOND ET AL., 2007).

Como bien explica Strother (2002), la salud de las mujeres y la atención a su salud está influenciada por la organización de la sociedad basada en género, clase, etnia y edad, y la dominación del sistema biomédico (el paradigma dominante) que enfatiza la búsqueda de una patología, la localización de la enfermedad a nivel individual y la atención en la cura más que en la prevención. Otro elemento a tener en cuenta es la tendencia a la tecnologización en la sociedad, en la ciencia y la medicina, que anima a nuevas soluciones, más sofisticadas y especializadas, y a veces no probadas, sobre otras menos invasivas. Muy relacionado con la tecnologización, el interés por el beneficio económico ha promovido tratamientos más pensados en aspectos económicos que sociosanitarios.

Si bien este es el panorama existente, también es cierto que los estudios sobre las ECV en las mujeres, y los distintos sesgos de género en estas enfermedades, han aumentado considerablemente en las últimas décadas del siglo xx. Podríamos decir

que en la actualidad nos encontramos en un momento de pleno desarrollo en este sentido, en el que destaca además un abordaje multidisciplinar, con importantes aportaciones de la enfermería, la medicina, la antropología, la sociología y la psicología, entre otras.

También ha sido durante la última mitad del siglo xx cuando se están analizando otros ejes de desigualdad social en relación a las ECV. Las desigualdades sociales se manifiestan como desigualdades en salud, de manera que las personas y los grupos sociales más desaventajados tienen peores niveles de salud y enferman y tienen índices de mortalidad más altos que aquellas personas y grupos sociales situados en posiciones más aventajadas. Para entender estas diferencias en salud, injustas y evitables, hay que considerar los contextos sociopolíticos y socioeconómicos como determinantes estructurales de la desigualdad y su interacción con otros factores, que dan lugar a exposiciones y vulnerabilidades diferenciales en los estilos de vida, en las condiciones de vida y trabajo, en el acceso al sistema sanitario, entre otros, y que inciden en un impacto desigual en la salud. La igualdad en salud implica que todas las personas pueden desarrollar su máximo potencial de salud independientemente de su posición social u otras circunstancias determinadas por factores sociales (WHITEHEAD, 1992; EVANS ET AL., 2001; MACKENBACH Y BAKKER 2002; SOLAR E IRWIN, 2007). En el caso específico de las enfermedades cardiovasculares, la firme creencia acerca de una especial propensión de los hombres con altos niveles educativos y con ocupaciones no manuales (el perfil de “hombre ejecutivo”), ha invisibilizado la exposición y la vulnerabilidad de los grupos social y económicamente más desfavorecidos.

2.1. La construcción social de las enfermedades cardiovasculares

Gracias al enfoque multidisciplinar en el desarrollo de los estudios de género se ha puesto en evidencia la asumida objetividad, neutralidad y universalidad del conocimiento científico en general y del conocimiento sobre la salud en particular.

Desde varios marcos teóricos, las mujeres han jugado un papel intelectual clave en la construcción de todo un campo de saber sobre los complejos y eficaces mecanismos de reproducción y mantenimiento de la dominación de lo masculino en la salud (HUBER, 2007).

La crítica feminista en salud ha tenido como eje prioritario el ámbito científico médico, produciendo un amplio desarrollo en el conocimiento sobre patriarcado, política sexual y división sexual del trabajo, la diferencia sexual y el androcentrismo científico, entre otros (MIQUEO, 2001). Un elemento clave en la crítica feminista en salud es precisamente la denuncia del androcentrismo como forma de conocimiento, como una cuestión estructural al propio sistema. Entendido como la “identificación de lo masculino en general con lo humano y la equiparación de lo humano con lo masculino, lo cual lleva a constituir lo masculino como la norma” (ORTIZ GÓMEZ, 2006; GIL GARCÍA Y ROMO AVILÉS, 2007), el androcentrismo es uno de los rasgos del modelo médico hegemónico (medicina facultativa u ortodoxa), también analizado críticamente desde la antropología social y médica. Este modelo médico hegemónico se caracteriza por ser un sistema jerárquico, asimétrico, de dominación en la relación médico/paciente y clasista. Está determinado por el biologicismo, el individualismo, la ahistoricidad, la asociabilidad, la exclusión del saber del paciente, la medicalización de los problemas y la identificación ideológica con la racionalidad científica (MENÉNDEZ, 1993).

Desde esta tradición médica hegemónica se han venido construyendo modelos médicos en los que la salud de las mujeres se ha circunscrito al aparato reproductivo, y se ha establecido además la inferioridad biológica y fisiológica de estas. Se trata de una invisibilización de los “otros” problemas de salud, por una definición limitada de la salud de las mujeres restringida a la reproducción. Otro elemento clave ha sido la asunción de la patología como norma, de forma que los procesos fisiológicos relativos a menstruación, pubertad, embarazo, lactancia, menopausia, etc. son patologizados, lo

que apoya la idea de que “la mujer está naturalmente dispuesta para un permanente estado nervioso” (DUBY Y PERROT, 1993; ARAYA, 2006).

La representación social y cultural que del corazón se ha ido configurando a lo largo de la historia es clave para entender la invisibilidad de las mujeres en relación a las ECV. El corazón ha tenido una especial resonancia simbólica en muchas culturas (BAEZA, 2001), marco en el que predominan dos representaciones aparentemente contradictorias: la imagen del corazón como una máquina y la imagen del corazón como el centro de sentimientos y emociones, lo cual puede asociarse con imágenes masculinas y femeninas respectivamente (EMSLIE ET AL., 2001). La imagen femenina del corazón como el centro de la vida emocional ya se encuentra en el antiguo Egipto y en Grecia. El corazón se asocia con ternura y compasión o la falta de estas virtudes, y de manera particular con el amor religioso y romántico. En cambio, la representación masculina del corazón como máquina evoca imágenes de mecanismos y procesos en movimiento en el cuerpo. Según estas autoras, el bombeo de la sangre por el corazón hacia el cuerpo reafirma la metáfora hidráulica a partir del siglo VII, siendo bastante frecuente en el discurso médico: "el corazón es una bomba muscular que trabaja día y noche hasta la muerte" (EMSLIE ET AL., 2001).

El androcentrismo, como forma de conocer el mundo y de interpretarlo, se desprende de los discursos médicos y textos científicos analizados en los últimos años desde la perspectiva del género. Riska (2000) reproduce un texto publicado por Osler¹ en 1910, en el cual se identifica el perfil propenso a la angina de pecho con el hombre robusto, vigoroso, entusiasta y ambicioso, lo que sugiere de nuevo la idea del corazón como máquina con la imagen del motor a toda velocidad.

1 William Osler (1849-1919) fue un prestigioso médico canadiense, primer profesor de medicina de la Johns Hopkins University y autor de *The Principles and Practice of Medicine* (1892), libro de referencia a finales del siglo XIX y principios del siglo XX en los estudios de Medicina en Estados Unidos y Europa.

Miqueo (2007) lo ejemplifica también en la reproducción de este texto extraído de un documento de 1925:

“Anatomía Patológica. La angina de pecho es la resultante de un estado de agotamiento cardíaco, principalmente de la contralidad, producido a consecuencia de una alteración coronaria que disminuye el aporte sanguíneo y crea un estado de isquemia en el miocardio. [...] Etiología. Afecta preferentemente al sexo masculino en la edad media de la vida. Se ve rara vez en los hospitales, tanto por lo rápido de su curso cuanto porque son más atacadas las clases acomodadas y pudientes. Según Osler, no suelen ser las personas débiles y nerviosas las más predispuestas, sino los sujetos vigorosos de cuerpo y espíritu, que viven en lucha continua y permanente tensión (políticos, banqueros, médicos, hombres de negocios). Es generalmente reconocida la relación de esta enfermedad con la arterioesclerosis diseminada y con la mesoarteritis sifilítica por la lesión de las coronarias. Merecen también consideración etiológica algunas intoxicaciones, por ejemplo: el plomo y tabaco, cuya acción es principalmente vascular; este último produce una forma muy peculiar (angina nicotínica). Como causas ocasionales obran los esfuerzos y fatigas, conmociones violentas del espíritu, pesares intensos, etc.” (DEL CAÑIZO, 1925:463).

“Diagnóstico diferencial. La coexistencia de una aortitis sifilítica o de una arterioesclerosis diseminada es un dato importante a favor del diagnóstico de angina de pecho. Pero en los casos de lesión coronaria primitiva, sin manifestaciones periféricas ni alteraciones demostrables del corazón, puede ser muy difícil el diagnóstico diferencial, sobre todo con una angina o pseudoangina nerviosa, patrimonio de histéricas o neuropatas, susceptible de imitar todos los rasgos de un ataque anginoso. La edad y antecedentes del sujeto, la falta de la expresión de angustia del rostro, la mayor tendencia a moverse y gritar y algo de teatral y forzado, propio de las cosas neuropáticas, es muchas veces un guía seguro para un espíritu sagaz. Ante síndromes dolorosos en personas que pasen de los cuarenta años, y con mayor razón si hay antecedentes sifilíticos, se debe ser reservado en el diagnóstico” (DEL CAÑIZO, 1925:466-467).

Durante las primeras décadas del siglo xx se asienta la idea de que son enfermedades “de hombres”, y se identifica además un perfil de persona y grupo propensos, con lo que se circunscribe esta enfermedad como propia de un grupo social específico (políticos, banqueros, etc.).

En la revisión realizada por King y Paul (1996) se listan escasas publicaciones sobre enfermedades cardiovasculares en las revistas de enfermería y médicas

norteamericanas y europeas hasta los años treinta y, la literatura científica que hay, está centrada en los hombres. Según estas dos autoras, si bien algunos estudios muestran durante las primeras décadas del siglo xx que las mujeres también son susceptibles de desarrollar aterosclerosis. El discurso imperante era que las enfermedades cardiovasculares constituían un proceso normal que podía esperarse en las edades mayores. Estas edades no representaban mayor interés o preocupación para la comunidad científica, pero sí las edades jóvenes (principalmente hombres), ya que la enfermedad les afecta durante los años “productivos”. Por otro lado, las historias de las mujeres jóvenes con enfermedades cardiovasculares no fueron bien documentadas, ya que supuestamente las mujeres estaban protegidas de la enfermedad por su rol de amas de casa.

En la primera mitad del siglo xx, se da una vinculación entre los roles sociales de las mujeres y el contenido de la escasa literatura científica sobre estas en relación a las ECV. Algunos autores hicieron referencia a las implicaciones de la enfermedad cardíaca en la capacidad de las mujeres para ser amas de casa y poder mantener las tareas del hogar. Si bien las mujeres fueron parte de la fuerza de trabajo en el período de entreguerras (entre los años veinte y los años cuarenta), los roles de las mujeres permanecían predominantemente centrados el cuidado de la casa y la crianza de los hijos y las hijas. Esto puede explicar, según King y Paul (1996) por qué los autores consideraron inicialmente el impacto de la enfermedad cardiovascular en las mujeres embarazadas, desde una visión paternalista hacia la enfermedad de estas mujeres. Por ejemplo, Hamilton, en 1927 resalta la mortalidad por enfermedades cardiovasculares durante el embarazo:

“A primera vista, la atención a las mujeres con enfermedades cardiovasculares durante el embarazo parece ser un problema menor [...] aunque este grupo de mujeres es pequeño en comparación con todas las mujeres embarazadas, proporciona un porcentaje sorprendentemente grande de todas las muertes maternas en el embarazo”.

No obstante, en el mismo artículo, señala que muchas de estas mujeres con síntomas de enfermedad cardíaca, realmente son mujeres “que están cansadas, asustadas, nerviosas y con neurosis cardíaca” (HAMILTON, 1927).

Hacia mediados del siglo xx y de manera paralela a la construcción social de las ECV como enfermedades de hombres (enfermedades generadoras de viudas), se fueron incorporando a este perfil algunos “estilos de vida” característicos también del modelo masculino hegemónico del momento (el consumo de tabaco o de alcohol, por ejemplo) como factores de riesgo médicos en las sociedades occidentales¹.

Bartley (1985) analiza la construcción social de las distintas categorías diagnósticas de las enfermedades cardiovasculares en Gran Bretaña y el proceso por el cual se aplican como causa de muerte, durante la primera mitad del siglo xx, especialmente en los años veinte y treinta, y hasta nuestros días, como un proceso económico y social. A partir de los años veinte, desde la comunidad médica, la enfermedad coronaria se fue construyendo como categoría clínica y se configuró como la enfermedad de la riqueza, atribuida al incremento de los niveles de vida y a conductas individuales como la obesidad o el consumo de tabaco, de ahí su "explosión" como epidemia. El desarrollar una enfermedad del corazón era el precio que había que pagar por los altos niveles de bienestar; la responsabilidad individual fue crucial en el desarrollo de la salud pública en los siguientes años. Esta autora reflexiona en sus conclusiones sobre la necesidad de dejar de considerar la enfermedad coronaria como categoría, y dejar de hablar de la epidemia de la enfermedad cardíaca, redefiniendo el problema en términos de la experiencia de un grupo social, en vez de una entidad clínica, ya que debemos tener en cuenta que estas clasificaciones son construidas política, administrativa, social y económicamente (BARTLEY, 1985).

¹ Desde la perspectiva biomédica, un factor de riesgo cardiovascular (FR) se considera una característica biológica o una conducta que aumenta la probabilidad de padecer o de morir a causa de una enfermedad cardiovascular en aquellas personas que lo presentan (KANNEL ET AL., 1961).

En el desarrollo del estudio de los distintos factores de riesgo para las enfermedades cardiovasculares en los años cincuenta en Estados Unidos el foco se centró en “el interior” de los hombres (RISKA, 2000). Desde la cardiología se desarrolló toda una serie de perfiles de conductas propensas a enfermar. El comportamiento más prototípico se denominó “Tipo A”, desarrollado a partir del estudio de hombres blancos de clase media. Algunos de los rasgos de este “Tipo A” eran: intensidad del esfuerzo en el logro de metas propuestas de manera autónoma, pero por lo general mal definidas; la inclinación profunda y el afán de competir; el deseo persistente de reconocimiento y promoción; la participación continua en funciones múltiples y diversas estando constantemente sometidos a restricciones de tiempo; tendencia habitual para acelerar el ritmo de ejecución de muchas funciones físicas y mentales y el estado de alerta mental y físico extraordinario. Según Riska, esta construcción significó la medicalización de la “masculinidad tradicional”, ya que se penalizaba con la enfermedad el modelo masculino hegemónico de la clase media norteamericana.

El estudio de estos perfiles de conducta fue asumido entonces por la psicología, que creó la llamada personalidad “Tipo A”. Este perfil correspondía a aquellos ejecutivos muy competitivos, orientados al trabajo y ambiciosos económicamente. Estos hombres eran los que tenían un alto riesgo de presentar una enfermedad cardíaca (eran los ejecutivos estresados), asociado además a rasgos de rabia, hostilidad y agresividad. Esta “personalidad” se alejaba de aquellos hombres pertenecientes a la “clase media blanca”, también responsables pero con puestos de menos éxito, y de los duros trabajadores “ganadores del pan” para el hogar, prototipo norteamericano surgido después de la II Guerra Mundial, en pleno capitalismo y consumismo. De ahí surgió el “Hardiness” o el “John Henry”, perfiles que permitían explicar la propensión a enfermar en hombres con otras ocupaciones sin tanto “éxito social” o menos “hipermasculinos” (RISKA, 2010).

El “John Henryism” fue configurado como estrategia de afrontamiento a factores estresantes psicosociales y ambientales. Tiene como origen la figura mítica de John

Henry, un hombre afroamericano que trabajaba en la construcción de vías del ferrocarril y que murió tempranamente por problemas cardiovasculares debidos al sobreesfuerzo. Esta figura representa a un grupo particular de la clase trabajadora, aquellos hombres orientados hacia el éxito e importantes autoexigencias pero con importantes impedimentos ambientales (físicos y sociales) para lograrlo (RISKA, 2000; 2002) (Figura 5).

Figura 5. John Henry, héroe popular americano en el momento de su muerte, martillo en mano



Fuente: Palmer Hayden (1890-1973), *John Henry's Death*.

No obstante, la vinculación de las enfermedades cardiovasculares a la llamada “clase trabajadora” ya se había observado con anterioridad, no desde enfoques psicologicistas, sino sociológicos. Federico Engels, en su análisis sobre la situación de la clase obrera de Inglaterra de 1845 relata:

“Se indica igualmente, de diferentes fuentes, que las enfermedades del corazón, sobre todo la hipertrofia cardíaca, la inflamación del pericardio, los espasmos de los orificios aurículoventriculares y de la entrada de la aorta, son padecimientos frecuentes entre los mineros y se explican fácilmente por el

trabajo excesivo [...]. Todos los testimonios médicos están de acuerdo en subrayar que la salud de todos los niños empleados en la confección de encajes sufren por ello considerablemente, que esos niños son pálidos, desmedrados, enclenques, demasiado pequeños para su edad y también mucho menos capaces que otros niños de resistir las enfermedades. Sus padecimientos más comunes son: debilidad general, vahídos frecuentes, dolores de cabeza, en los costados, en la espalda, en las caderas, palpitaciones del corazón, náuseas, vómitos, y falta de apetito, desviación de la columna vertebral, escrófulas y tisis” (ENGELS, 1887, traducido por JOJ, 2002:273,338).

En las décadas centrales del siglo xx, el infarto de miocardio fue descrito como la patología del “cuerpo fordista”, otra imagen implícitamente masculina. Se ha sugerido que las ECV son en sí una metáfora de las sociedades mecanizadas occidentales, por lo que reflejan la división sexual del trabajo (EMSLIE ET AL., 2001; POLLOCK, 2010). El trabajo del hombre era de primera importancia para el crecimiento de la economía en el desarrollo de Norteamérica; las mujeres, y de manera especial las mujeres mayores, no fueron vistas como actrices clave en la construcción de la sociedad (KING Y PAUL, 1996).

Las principales críticas a estos modelos y perfiles para explicar las causas de la enfermedad fueron las relacionadas con la individualización de las causas. Emociones y biología (estrés) constituyeron el principal marco de referencia, ciegos a las estructuras sociales subyacentes a la enfermedad. Los conceptos centrales del discurso médico y psicológico individualizaron las diferencias en salud, aunque los conceptos están basados en categorías sociales, especialmente en posiciones sociales de clase y género (RISKA, 2002). La construcción social del estrés como causa de las principales enfermedades cardiovasculares fue crucial para la corriente del “Health-lifestylism” que emergió en los años setenta y en los ochenta en los Estados Unidos y según la cual la mayoría de las enfermedades son el resultado de malos hábitos o comportamientos de las personas (CRAWFORD, 1977; RISKA, 2000).

Todas las causas de la enfermedad cardiovascular se ubicaban en el contexto laboral y profesional o en la esfera pública, en una sociedad que después de la II

Guerra Mundial estaba orientada completamente al trabajo y al consumo (RISKA, 2002, 2010; TAJER, 2009:38). En todo este desarrollo, las mujeres seguían siendo invisibles a ojos de la medicina, la psiquiatría, la psicología o la enfermería. Según algunos discursos de los años cincuenta, las mujeres estaban protegidas ante las enfermedades cardiovasculares puesto que estaban fuera de las esferas públicas de la economía competitiva y lejos de adoptar los comportamientos masculinos responsables de la enfermedad. El éxito de las mujeres en el mundo de los hombres las haría enfermar como ellos (KING Y PAUL, 1996; RISKA, 2000; POLLOCK, 2010).

Desde perspectivas menos psicologicistas, a partir de los años sesenta del siglo xx se empiezan a publicar investigaciones que ponen de manifiesto la relación inversa entre posición socioeconómica (utilizando distintos indicadores de estatus socioeconómico) y enfermedades cardiovasculares en Estados Unidos y Reino Unido. A diferencia de la evidencia existente hasta la fecha, la mortalidad por enfermedad cardiovascular era más frecuente en las clases sociales más desfavorecidas (KAPLAN Y KEIL, 1993). Asimismo, a partir de los años setenta aumentan las críticas en relación al planteamiento de la salud cardiovascular de los hombres como estándar. Se cuestiona la extrapolación automática a las mujeres de los resultados de estudios realizados exclusivamente por hombres y con hombres, particularmente centrados en el contexto laboral.

Los primeros estudios epidemiológicos importantes sobre enfermedades cardiovasculares y sus factores de riesgo desarrollados tanto en Estados Unidos como en Europa y en España fueron realizados en el entorno laboral; este medio también ha servido para experiencias de ensayos clínicos de prevención cardiovascular (BALAGUER, 2004). Algunos ejemplos son el Twin Cities Prospective Study estadounidense a finales de los años cuarenta, con profesionales e industriales (KEYS ET AL., 1963) o el estudio Whitehall, con funcionarios londinenses, iniciado a finales de los años sesenta (ROSE ET AL., 1977). En nuestro país, un ejemplo es el Estudio Manresa, también a finales de los años sesenta (ABADAL ET AL., 1994).

Todos estos elementos han podido provocar no sólo la invisibilidad del riesgo cardiovascular de las mujeres en el personal de salud, sino en las propias mujeres, con lo que se ve reducida la capacidad de reconocer sus síntomas como cardíacos y se subestima su riesgo personal (GURWITZ ET AL. 1997; MARRUGAT ET AL. 1998; FINNEGAN, 2000; MOSER ET AL., 2005; KRISTOFFERZON ET AL., 2003). Pese a que las mujeres jóvenes y los grupos desfavorecidos son también vulnerables a la enfermedad cardíaca, algunos estereotipos sociales y de género que hoy en día siguen estando asociados a la percepción sobre las enfermedades cardiovasculares son la convicción de que sólo las mujeres más mayores mueren de infarto, y de que los que mueren de enfermedad coronaria son los hombres blancos, de países occidentales, de clase media y media alta, fumadores y con altos niveles de estrés (TAJER, 2009:26; VELASCO, 2010).

2.2. La reciente presencia de las mujeres en su estudio

2.2.1. La presencia de las mujeres en estudios norteamericanos sobre enfermedades cardiovasculares.

En los últimos años de la década de los años cuarenta del siglo xx se inició en Estados Unidos uno de los estudios de cohorte pioneros en la identificación de los principales factores de riesgo de las ECV y en el análisis de sus efectos: el Framingham Heart Study. Tras más de veinte años de seguimiento, en los años setenta, este estudio mostró que si bien la incidencia de la enfermedad era mayor en los hombres, la ventaja a priori que poseían las mujeres se eliminaba por una mayor mortalidad relativa en ellas. Una vez producido un infarto, el pronóstico era claramente peor en las mujeres que en los hombres, principalmente debido a una tasa de mortalidad más alta y una mayor probabilidad de reinfarto (KANNEL Y CASTELLI, 1972; KANNEL ET AL., 1979). Además, las manifestaciones de la enfermedad coronaria diferían entre hombres y mujeres, siendo más probable que los infartos no fueran identificados o reconocidos en las mujeres. En el caso de los hombres, la angina de pecho tendía a evolucionar más en infarto y era más frecuente la muerte súbita (KANNEL Y ABBOTT, 1987). En el año 2003,

el Framingham registró a la tercera generación de participantes, los nietos y nietas de quienes habían participado originariamente.

Si bien el Framingham Heart Study fue pionero en este sentido, permitiendo ver las diferencias entre hombres y mujeres, también ha sido objeto de reflexión desde una perspectiva de género, por presentar sesgos biomédicos como la limitación de los factores de riesgo cardiovasculares al hábito tabáquico y otros menos sensibles a las mujeres, invisibilizando otros factores determinantes o influyentes en las ECV, o también por el hecho de que se reclutaran personas jóvenes, hasta los 62 años, hecho que subestimaba la enfermedad en las mujeres durante los primeros años, para las que la enfermedad aparece más tarde (COLLINS Y DOUGLAS, 2002:401; VELASCO, 2010; MOSCA ET AL., 2011).

En 1964, la conferencia organizada por la Asociación Americana del Corazón (American Heart Association, AHA) se anunciaba como “sólo para mujeres”. No obstante, con este cartel no estaban centrando el foco de la conferencia en la salud cardiovascular de las mujeres, sino que los patrocinadores trataban de atraer la atención a mujeres que tendrían que atender los problemas de corazón de sus maridos (STROTHER, 2002). No fue hasta 1989 que la Asociación Americana del Corazón acogió su primer congreso centrado en la enfermedad cardíaca en las mujeres. Además, a partir de los años noventa, es más frecuente ver en las publicaciones análisis separados para hombres y mujeres, en los que se aprecian importantes diferencias en la detección de problemas coronarios en las mujeres (AYANIAN ET AL., 1991; STEINGART ET AL., 1991; HEALY, 1991).

Es también en los años noventa del siglo xx cuando se empieza a manifestar un interés y una inquietud más allá de los circuitos médicos y científicos sobre las enfermedades cardiovasculares en las mujeres. En 1993, Hening publica en el *The New York Times Magazine* un reportaje especial bajo el título “¿Son diferentes los

corazones de las mujeres?”. Uno de los relatos que aparece es el caso de “Paula Upshaw”, recogido por Valls Llobet (2008):

“Paula Upshaw era una terapeuta de Laurel, Marylane. En el 1991 sufrió un ataque cardíaco. Como profesional de la salud ella tenía muchos más conocimientos sobre sus síntomas: eran los denominados “clásicos” de un ataque cardíaco (un dolor torácico terrible, hormigueo en su brazo izquierdo, sudoración y náuseas). Paula explicaba: «Nunca consideraron que fuera un problema de corazón... siempre estuvieron seguros de que era mi estómago». Con su insistencia (ya que era una paciente asertiva) le realizaron tres electrocardiogramas. Pero los médicos de urgencias le dijeron que sus síntomas eran normales (según ellos tenía problemas de estómago) y la enviaron a su casa prescribiéndole antiácidos y medicación antiulcerosa. Su problema cardíaco no fue diagnosticado hasta que hizo una tercera visita a urgencias la tarde del viernes y se negó a volver a su casa. Aunque fue admitida en el hospital, nadie pensó en su corazón. Al día siguiente, el cardiólogo de urgencias durante el fin de semana estuvo analizando electrocardiogramas, incluido el de Paula Upshaw. Sin prestar atención al sexo de la paciente preguntó: ¿quién es el paciente de treinta y seis años que tiene un ataque cardíaco masivo?”.

Los años ochenta y noventa del siglo xx fueron claves en la visibilización de los sesgos de género en las enfermedades cardiovasculares, sesgos diagnósticos y terapéuticos que supusieron el cuestionamiento de las directrices adoptadas hasta el momento para el manejo “adecuado” de la enfermedad y los tratamientos implantados, basados en las respuestas obtenidas en grandes estudios con miles de sujetos que, en la mayoría de los casos, excluían a las mujeres (FISHER ET AL., 1982; DOUGLAS, 1986; HEALY, 1991; ALFONSO ET AL., 2006).

El Women’s Health Initiative Observational Study (WHI) se inició en 1991 para estudiar las causas más comunes de muerte, discapacidad y deterioro de la calidad de vida de las mujeres pasada la menopausia, principalmente la enfermedad cardiovascular, el cáncer y la osteoporosis. El objetivo general era reducir estas enfermedades a través de estrategias de prevención e identificación de factores de riesgo (HEALY, 1991; THE WOMEN’S HEALTH INITIATIVE STUDY GROUP, 1998). Este proyecto comprendía la realización de un ensayo clínico con terapia hormonal que tuvo que ser interrumpido en 2002, en uno de sus grupos, debido al aumento inesperado de riesgo

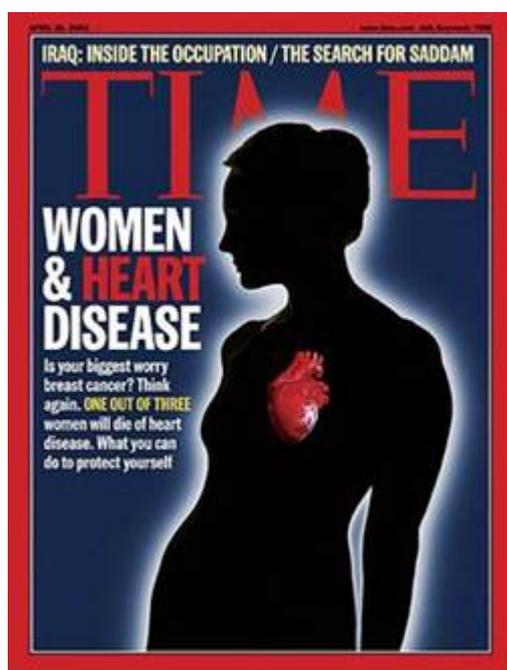
de cáncer de mama invasivo, de infartos de miocardio y de ictus, en contra de la evidencia existente que sugería que el tratamiento hormonal tenía un beneficio cardiovascular en estas mujeres (WENGER, 2006).

A finales de los años noventa se inicia el Women's Ischemic Syndrome Evaluation (WISE), un estudio multicéntrico, cuyo objetivo era mejorar de forma innovadora la evaluación clínica y los tests diagnósticos de enfermedad coronaria, investigar los mecanismos de isquemia miocárdica y evaluar la influencia de las hormonas y la respuesta a las pruebas diagnósticas específicas para mujeres (BAIREY ET AL., 1999; REDBERG ET AL., 2004). Desde distintas instancias científicas se establecieron actuaciones específicas para mujeres dirigidas a la población, a la comunidad investigadora, a profesionales de la salud y a las propias organizaciones sanitarias. A partir de los resultados obtenidos en el WISE, se emitieron como mensaje general unas recomendaciones y objetivos:

1. Mejorar el conocimiento de la patología y fisiopatología de las diferencias en cardiopatía isquémica
2. Mejorar el entendimiento de la sintomatología y de las técnicas diagnósticas, desarrollo y validación de mejores métodos diagnósticos para detectar isquemia
3. Promover la investigación clínica específica por sexo
4. Investigar los mecanismos por los que se producen eventos cardiovasculares adversos en la fase precoz de tratamiento hormonal
5. Promover el traslado de la investigación a la práctica clínica: estimular la investigación y su aplicación clínica para hacerla efectiva, mejorar la educación de la comunidad científica y de la sociedad

El conocido magazín estadounidense *Time* lanza en 2003 un especial sobre la relevancia de las enfermedades cardiovasculares en las mujeres. En su portada se lee: "¿Es tu mayor preocupación el cáncer de mama? Piensa de nuevo. UNA DE CADA TRES mujeres morirá de enfermedad de corazón. ¿Qué puedes hacer para protegerte?" (Figura 6).

Figura 6. Portada del *Time Magazine*. “Mujer y enfermedad del corazón”. Agosto, 2003.



De manera paulatina se va produciendo un cambio en Estados Unidos, en lo referente a la concienciación de las mujeres en cuanto a las enfermedades cardiovasculares, y de un 30% de mujeres concienciadas sobre la enfermedad cardiovascular como principal causa de muerte en las mujeres en el año 1997 se pasa al 54% de las mujeres en el año 2009 (MOSCA ET AL., 2010), desbancando al cáncer y concretamente al cáncer de mama en las creencias sobre mortalidad de las mujeres.

Las primeras recomendaciones clínicas para la prevención de las enfermedades cardiovasculares en las mujeres fueron publicadas por la Asociación Americana del Corazón en 1999. Fueron revisadas y actualizadas en el 2004 en la *Guía para el manejo de pacientes con IAM con elevación del ST* (ANTMAN ET AL., 2004) y en el 2007 en la *Guía para el manejo de pacientes con IAM sin elevación del ST* (ANDERSON ET AL., 2007) y culmina en el año 2011 con una guía específica para la prevención de la enfermedad cardiovascular en las mujeres publicada también por la AHA (MOSCA ET AL., 2011). Cabe destacar que en las guías sobre manejo de la enfermedad se aborda de manera específica la fase previa a las actuaciones hospitalarias (abordaje en la “fase

prehospitalaria”), donde se hace referencia a los servicios de emergencia médica accesibles telefónicamente y a la demora prehospitalaria.

Pese a los avances, el informe publicado por la Women Heart (Coalición Nacional para Mujeres con Enfermedades del Corazón) en 2011, identifica cuestiones importantes sin resolver en relación a la salud cardiovascular de las mujeres, concretamente:

1. ¿Qué factores influyen o explican las desigualdades en la epidemiología de la enfermedad cardiovascular y la enfermedad y los resultados entre hombres y mujeres?
2. ¿Cuáles son las mejores estrategias para evaluar, modificar y prevenir el riesgo de una mujer de padecer enfermedades del corazón?
3. ¿Cuáles son los métodos más precisos y eficaces para evaluar y reconocer el dolor de pecho y otros síntomas sugestivos de enfermedad coronaria en las mujeres?
4. ¿Qué papel juega la historia reproductiva de la mujer y la terapia hormonal en la menopausia en el desarrollo de enfermedades del corazón?
5. ¿Cuáles son los factores de riesgo de trastornos cardiovasculares asociados con el embarazo y cómo tratarlos mejor?
6. ¿Cuál es el mejor método para el estudio de las diferencias de sexo en la lesión vascular para poder mejorar las terapias para la reparación cardiovascular?
7. ¿Cuáles son los tratamientos más eficaces para la insuficiencia cardíaca diastólica en las mujeres?
8. ¿Por qué las mujeres jóvenes son más propensas que los hombres a morir de un ataque al corazón o después de cirugía de revascularización?
9. ¿Cómo afectan los factores psicosociales a la enfermedad cardiovascular en las mujeres?
10. ¿Qué variables biológicas son más influyentes en el desarrollo y los resultados clínicos de la enfermedad y qué se puede hacer para reducir las tasas de mortalidad en las mujeres?

2.2.2. La presencia de las mujeres en estudios europeos sobre enfermedades cardiovasculares.

En Europa se iniciaron estudios epidemiológicos clave sobre ECV en los años sesenta en países como Suecia, Francia y Reino Unido, estudios en los cuales las mujeres estaban excluidas. En Londres, en el Whitehall Study I se examinaron, entre 1967 y 1969, 18.403 funcionarios (hombres) de 40-64 años, para estudiar los determinantes sociales asociados a las ECV (ROSE ET AL., 1977; ROSE Y MARMOT, 1981). No fue hasta la década de los años setenta y de los ochenta cuando se pusieron en marcha investigaciones en las que las mujeres se incorporaban como población de estudio, como el Goteborg BEDA Study (Suecia), el Northwick Park Heart Study (Reino Unido) y el PROCAM en Alemania (BALAGUER, 2004).

Otro estudio europeo a destacar es el “Monitoring Cardiovascular Disease” (MONICA Project). Nació a principios de los años ochenta y se considera una de las investigaciones más importantes realizadas sobre la epidemiología de las ECV. Su principal objetivo fue investigar las tendencias de la mortalidad cardiovascular, la enfermedad coronaria, la enfermedad cerebrovascular y la morbilidad para evaluar el grado en que estas tendencias están relacionadas con cambios en los factores de riesgo conocidos, los hábitos de vida, la atención sanitaria y las principales características socioeconómicas de hombres y mujeres. Participaron 21 países y 38 regiones principalmente europeos, pero también de Norteamérica y Asia; las primeras encuestas realizadas, en el año 1986 y en el 1990, tuvieron en cuenta solamente el tramo de 24-64 años de edad, lo cual conllevaba de nuevo implicaciones para el análisis de la enfermedad cardiovascular para las mujeres en los primeros hallazgos del proyecto. En España, Cataluña participó como región en el estudio.

En la investigación clínica y básica en el campo de las intervenciones cardiovasculares cabe destacar el Women in Innovations (WIN), un proyecto

desarrollado en 2008 por un consorcio de especialistas intervencionistas de todo el mundo, y que tenía como objetivos (CHIEFFO ET AL., 2010):

1. Modificar la percepción existente sobre los tratamientos para las mujeres con enfermedades cardiovasculares, incidiendo en los sesgos existentes tanto en el personal médico como en las pacientes, mediante el esfuerzo internacional de asociaciones y personas clave
2. Elaborar una declaración de posicionamiento y darle la mayor difusión
3. Incluir a todos aquellos cardiólogos y cardiólogas intervencionistas con interés para abordar la enfermedad en las mujeres
4. Fomentar que las mujeres especialistas en cardiología intervencionista tengan un mayor protagonismo en su participación en las sociedades profesionales

En 2004, el Consejo de la Unión Europea elaboró un borrador de conclusiones sobre la promoción de la salud cardiovascular, a partir de resoluciones anteriores, dirigido a la Comisión Europea y a los Estados Miembros. Reconocía que el marco para una estrategia de promoción de salud cardiovascular requiere de un abordaje integral, multisectorial, multidisciplinar, participativo y basado en investigación. Que debe considerar a las personas a lo largo del ciclo de vida y las diferencias sociales, culturales, la edad y el sexo, teniendo en cuenta, además, que las tasas más altas de desigualdades se producen en los grupos social y económicamente más desfavorecidos (COUNCIL OF EUROPEAN UNION, 2004). La visibilización de las ECV en las mujeres a nivel europeo se ha visto impulsada, en los últimos años, tras la creación del informe “Alerta Roja para los Corazones de las Mujeres” (“Red Alert for Women’s Hearts”), en el marco del proyecto Euro Heart, creado por la Red Europea del Corazón y la Sociedad Europea de Cardiología, en el cual participan 21 países de Europa (STRAMBA, 2009). El Euro Heart, promovido y desarrollado por sociedades científicas, fue iniciado para hacer frente a la importante carga de las ECV en Europa y para determinar las áreas específicas de intervención en la prevención de muertes evitables y la discapacidad. Este proyecto también analiza las diferencias entre hombres y mujeres. El grupo de

trabajo creado sobre enfermedades cardiovasculares en el parlamento europeo presentó dicho informe en abril de 2010. Una de las principales denuncias que se realizan es la infrarepresentación de las mujeres en los ensayos clínicos de terapias para las ECV.

Este grupo de trabajo estableció una serie de recomendaciones para mejorar las perspectivas a nivel europeo (MAAS ET AL., 2011):

1. Apoyo gubernamental para promover la investigación cardiovascular en mujeres
2. Esfuerzos en Salud Pública para aumentar la concienciación sobre el riesgo cardiovascular en las mujeres
3. Desarrollo de programas educacionales sobre diferencias de género en las enfermedades cardiovasculares
4. Registros estandarizados sobre diferencias de género en la atención cardiovascular
5. Una mayor interacción entre disciplinas médicas implicadas en la salud de las mujeres
6. Más análisis específicos de género y una mayor inclusión de mujeres en ensayos clínicos
7. Uso de diseños apropiados y herramientas estadísticas para detectar efectos de género
8. Mejorar la sensibilidad y especificidad en la evaluación de los síntomas de ECV en las mujeres
9. Proporcionar datos específicos para hombres y mujeres en todas las guías
10. Implementar estrategias específicas en la práctica clínica

En los últimos años, la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) y otras organizaciones y sociedades científicas han elaborado un gran número de guías de práctica clínica y documentos de consenso de personas expertas. Concretamente, en el año 2009 publican una nueva versión de la guía para el manejo del infarto agudo de miocardio en pacientes con elevación del segmento ST, con la novedad de la incorporación del manejo prehospitalario (VAN DE WERF ET AL., 2009). Lentamente, la visibilización de la

importancia de las ECV en las mujeres empieza a manifestarse desde estas instituciones biomédicas en los últimos años, con la inclusión de una pequeña sección, sobre el manejo clínico de la enfermedad en mujeres, en la guía sobre manejo del infarto sin elevación del ST (HAMM ET AL., 2011). De reciente publicación, la guía europea de prevención cardiovascular en la práctica clínica incluye un apartado específico sobre factores de riesgo psicosociales, entre los cuales incluye el estatus socioeconómico bajo, el aislamiento social y la falta de apoyo social (PERK ET AL., 2012).

2.2.3 La presencia de las mujeres en los estudios sobre enfermedades cardiovasculares en España.

En nuestro país es relativamente reciente el estudio de las ECV desde la investigación epidemiológica y clínica. De manera similar al contexto internacional, el interés por el estudio de ECV en las mujeres no fue ni automático ni inmediato (RUIZ PÉREZ ET AL., 2004).

A finales de los años sesenta se inicia el estudio de factores de riesgo y morbimortalidad coronaria en un grupo de operarios de una fábrica de neumáticos en el municipio barcelonés de Manresa (ABADAL ET AL., 1994). Una década más tarde se desarrolla, también en Cataluña, el REGICOR (Registre Gironí del Cor). Este proyecto empezó siendo un registro hospitalario para la ciudad de Girona, pero a finales de los años ochenta se amplió al ámbito poblacional, y se estudió la distribución de la enfermedad coronaria y sus factores de riesgo en la población general, con lo que se pudo describir por primera vez la incidencia de infarto de miocardio y otros indicadores de morbilidad y mortalidad para hombres y mujeres (MARRUGAT ET AL., 1994).

El número de investigaciones fue en aumento en los años noventa, con el desarrollo de estudios como el DRECE (Dieta y Riesgo de Enfermedades Cardiovasculares en España) y el DRECA andaluz (GUTIÉRREZ ET AL., 2011), el IBÉRICA (Investigación, Búsqueda

Específica y Registro de Isquemia Coronaria Aguda) (ÁLVAREZ-LEÓN ET AL., 2004) o el PRIAMHO I (Registro estable de infarto de miocardio con una cobertura nacional), entre otros. Marrugat et al. (1998) mostraron, a partir de datos del registro RESCATE (Recursos Empleados en el Síndrome Coronario Agudo y Tiempos de espera), que las mujeres que sufren un infarto de miocardio tienen un mayor riesgo de muerte (72% mayor después de un mes, y un 73% más elevado al cabo de seis meses) o de ser readmitidas en el hospital en comparación con el de los hombres. Estos resultados son independientes de las diferencias que hay en ambos sexos con respecto a la edad, de la presencia de otras enfermedades y de las características del infarto. También se encontró una mayor demora en las mujeres y diferencias en el tratamiento.

En estos años (los noventa) se empieza ya a generar un cuerpo importante de publicaciones en revistas biomédicas o de salud pública, los cuales aportan principalmente datos de morbilidad, mortalidad y factores de riesgo asociados a las ECV. Es fácil identificar en estos trabajos la invisibilidad de las mujeres ya que, o no están incluidas en los estudios, o se trata de población demasiado joven, o bien los análisis no se realizan para hombres y mujeres (análisis desagregados), entre otros sesgos. En el año 2000 se editó la primera monografía española sobre las enfermedades cardiovasculares en las mujeres (CASTRO, 2000), en la cual se identificaban una serie de aspectos clave a mejorar. Miqueo (2008:163) transcribe las recomendaciones de esta primera monografía:

- “1) Investigar si hay razones biológicas que obliguen a modificar las pautas diagnósticas o terapéuticas, o es solo un problema de percepción o de indicación de técnicas o métodos adecuados
- 2) Investigar si este problema se produce solo en la enfermedad coronaria o también en las demás entidades en que se aprecian diferencias y que han sido menos exploradas (cardiopatías congénitas, valvulares, hipertensión arterial, enfermedad vascular periférica, miocardiopatía y trasplante cardíaco)
- 3) Investigar la relación entre embarazo y enfermedad cardiovascular
- 4) Estudiar aún más las relaciones hormonales y las enfermedades cardiovasculares especialmente en lo relacionado con los anticonceptivos orales y con la terapia hormonal sustitutiva para dar consejo fundado a las pacientes

- 5) Obtener información específica sobre el uso de los fármacos cardiovasculares, puesto que las recomendaciones están basadas en los datos derivados de los resultados obtenidos en los estudios realizados, predominante o exclusivamente, en poblaciones de hombres jóvenes o de mediana edad
- 6) Corregir la inequidad que resulta de no incluir la proporción adecuada de mujeres en ensayos clínicos como para obtener de ellos información válida en mujeres
- 7) Mejorar el conocimiento sobre esta patología con más estudios epidemiológicos que valoren los factores de riesgo, sobre todo los derivados de aspectos psicológicos y socioeconómicos que resultan de la diferente facilidad de acceso al mundo laboral
- 8) Aumentar la conciencia de las propias mujeres de los problemas cardiovasculares que les afectan a lo largo de la vida (a través de las autoridades sanitarias, asociaciones y organizaciones civiles, prensa, etc.)
- 9) Mejorar los niveles de información y formación en el diagnóstico, tratamiento y prevención de la patología cardíaca en la mujer y estimular el interés por los estudios en este campo”

Desde el año 2000 han aumentado considerablemente los estudios sobre las ECV en las mujeres. En el año 2002, el Informe sobre la salud de las mujeres en Asturias aportó datos sobre la magnitud y la severidad de la enfermedad coronaria en las mujeres asturianas (MOSQUERA TENREIRO, 2002). Rohlfs y su equipo publicaron en el año 2004 una revisión de las diferencias y desigualdades entre mujeres y hombres en relación con la incidencia, la mortalidad, la letalidad, la presentación, el diagnóstico y los factores de riesgo para la cardiopatía isquémica. En el año 2006, la *Revista Española de Cardiología*, de enfoque eminentemente biomédico y clínico, inició una nueva serie en su sección «Puesta al Día» titulada «Enfermedades Cardiovasculares en la Mujer». En el artículo “Enfermedades Cardiovasculares en la Mujer: ¿por qué ahora?” se destacó la mayor mortalidad global en las mujeres europeas por ECV en comparación con los hombres, y la escasa percepción de la magnitud y la gravedad de este problema entre las mujeres, el personal sanitario y los medios de comunicación en nuestro contexto (ALFONSO ET AL., 2006). Este fue el primero de una serie de artículos que evidenciaron diferencias en la presentación clínica, pruebas diagnósticas y tratamiento de diversas enfermedades coronarias (AGUADO-ROMERO ET AL., 2006; BERNAL Y MORO, 2006; TORNOS, 2006; ALDASORO ET AL., 2007).

El importante aumento de las investigaciones en estos últimos años y el debate generado entorno a las ECV en las mujeres impulsó, en el año 2008, la publicación de *La situación en España de la enfermedad cardiovascular en la mujer*, el primer informe sobre la situación de las ECV en las mujeres en nuestro país. Fue realizado por la Sociedad Española de Cardiología para el Observatorio de la Salud de la Mujer y fue coordinado por la Agencia de Investigación de la Sociedad Española de Cardiología. Es el estudio más extenso realizado hasta la fecha sobre la influencia del sexo en el SCA en España, con una muestra de 48.369 personas (el 26,6% son mujeres). Este trabajo tenía como objetivo conocer la realidad del manejo, el tratamiento y las características de las patologías cardiovasculares más relevantes en las mujeres, identificando diferencias entre hombres y mujeres. En sus resultados ha puesto de manifiesto diferencias y desigualdades en las características clínicas, el perfil de riesgo, la realización de pruebas diagnósticas, las medidas terapéuticas y el pronóstico en la mayor parte de las enfermedades estudiadas, sobre todo en el SCA, la insuficiencia cardíaca (IC) y la hipertensión arterial (HA). Las diferencias en el manejo diagnóstico y terapéutico han resultado ser, en general, desfavorables para las mujeres, lo que puede justificar los peores resultados y mayor letalidad para las mujeres (SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA, 2008b).

En el informe se recomendaron estrategias para mejorar los aspectos negativos encontrados:

“Campañas dirigidas a la mujer que apuesten a la concienciación de que la cardiopatía isquémica es una enfermedad que afecta de manera tan importante a la mujer como otras ya incluidas en la mentalidad preventiva de la mujer, como el cáncer de mama”. Por otra parte, “hacen falta programas para cambiar la actitud de todos los ámbitos asistenciales para mejorar la identificación precoz de la mujer con SCA y la optimización de tratamientos”.

Otro documento a destacar es la actualización de la *Estrategia en Cardiopatía Isquémica del Sistema Nacional de Salud*, publicado en 2011, y que, a diferencia de su versión anterior del año 2006, presenta algunas variaciones en el abordaje de la

enfermedad en las mujeres. En el documento del año 2006, en la sección de “Aspectos generales del documento”, señalan:

“Finalmente, decir que tener en cuenta el enfoque de género mejoraría los resultados de las actuaciones preventivas y del sistema sanitario, tanto en términos de mortalidad y morbilidad como de calidad de vida” (MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO, 2006:30).

En este mismo informe se hace referencia al “sesgo terapéutico de género” y, entre las recomendaciones, se toma además en consideración a los grupos sociales más vulnerables (personas desfavorecidas socioeconómicamente, ancianas o inmigrantes):

“Aumentar la información de la población sobre los efectos del consumo de tabaco en la salud [...] promoviendo campañas informativas adaptadas a grupos específicos de población según la edad, género y rol”. O “desarrollar estudios epidemiológicos [...], tanto en población general como en subgrupos de mayor riesgo o que soportan una mayor carga de la enfermedad (p.e., socioeconómicamente más desfavorecidos, ancianos, mujeres o inmigrantes)” (MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO, 2006:49).

La versión actualizada del año 2011 contiene un apartado específico de desigualdades en la atención al SCA, a partir de los resultados del informe realizado por la Sociedad Española de Cardiología en el año 2008. Se observa por lo tanto un cambio cualitativo en la versión actualizada en el año 2011, en comparación con la anterior, ya que recomiendan programas con enfoque de género para niños y niñas y el abordaje de las desigualdades de género y de clase social entre sus recomendaciones específicas. Asimismo establece recomendaciones específicas dirigidas a los y las profesionales de la salud (MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD, 2011:62-68):

“Promover la sensibilización entre los profesionales de la salud para reconocer la cardiopatía isquémica como una enfermedad que afecta de forma importante a la mujer” y otras del tipo “Programa de salud para niños y niñas, con enfoque de género para la deshabituación tabáquica.”

“Potenciar e incentivar asimismo investigaciones para proporcionar más conocimiento sobre desigualdades (género, clase social, etc.) y promover la

inclusión del enfoque de género en todas las investigaciones sobre Cardiopatía, especialmente en los ensayos clínicos.”

Finalmente cabe destacar nuevos aportes en nuestro país, que incluyen la perspectiva de género, en el estudio de los determinantes de las enfermedades cardiovasculares en las mujeres. Un reciente informe, publicado en 2010, aborda la metodología y los determinantes psicosociales de género en las enfermedades cardiovasculares, y analiza los estereotipos de género y los determinantes psicosociales y de género que pueden estar influyendo en las formas diferentes en que mujeres y hombres enferman, consultan, son atendidos, son tratados, e incluso mueren por las enfermedades cardiovasculares (VELASCO, 2010).

Actualmente, el conocimiento sobre la salud cardiovascular de las mujeres se encuentra en fase de desarrollo. Algunas de las recomendaciones aplicables a nuestro contexto podrían resumirse en (REDBERG et al., 2004; SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA, 2008b; CHIEFFO ET AL., 2010; MAAS ET AL., 2011; WENGER, 2012):

1. El incremento de la inclusión de mujeres en los ensayos clínicos, analizando los datos según hombres y mujeres
2. La definición de los mecanismos biológicos que subyacen a la fisiopatología de la cardiopatía isquémica en las mujeres, con énfasis en la enfermedad microvascular
3. El aumento de la investigación en la prevención, reconocimiento y manejo de las enfermedades cardiovasculares y aumento de la formación a la comunidad médica y científica
4. El aumento de la conciencia de riesgo de cardiopatía coronaria en las mujeres y en profesionales de la salud (campañas, programas, etc.)
5. La exploración de las disciplinas psicosociales, ambientales y socioculturales y su relación con las enfermedades cardiovasculares, incluyendo los impactos diferenciales en hombres y mujeres

6. La exploración de las asociaciones e interrelaciones políticas, económicas, éticas, empresariales, legales, comunitarias y culturales con las enfermedades cardiovasculares de las mujeres

2.3. Sesgos de género y otras desigualdades sociales en las enfermedades cardiovasculares

El sesgo de género puede considerarse como “aquel planteamiento erróneo de igualdad o de diferencias entre hombres y mujeres [...], el cual puede generar una conducta desigual en los servicios sanitarios, incluida la investigación, y que es discriminatorio de un sexo respecto a otro” (RUIZ, 2001:164; RUIZ-CANTERO ET AL., 2007). Un planteamiento erróneo de igualdad, clave en el abordaje de las enfermedades cardiovasculares, ha sido la primacía del modelo tradicional de estudio (el hombre), anulando por tanto las diferencias biológicas entre hombres y mujeres, tal y como hemos visto en apartados anteriores. En el sentido contrario, las diferencias biológicas existentes entre mujeres y hombres han sido utilizadas para mantener la desigualdad social, por ejemplo, la búsqueda de componentes psicosomáticos en las quejas de las mujeres, en comparación con las quejas de los hombres (RUIZ, 1997; MIQUEO, 2001; ROHLFS, 2010). Otro sesgo a tener en cuenta es la “universalización” del concepto “mujer” o del concepto “hombre”, cuando en realidad estamos hablando de mujer blanca, heterosexual, occidental y de clase media, y de hombre blanco, heterosexual, etc.

El subestimar la magnitud y la gravedad de las ECV en las mujeres está estrechamente vinculado a la existencia de sesgos de género específicos, como el atribuir los mismos factores de riesgo, síntomas, cuadro clínico etc., a las mujeres que a los hombres; el realizar conductas terapéuticas desiguales (menor esfuerzo terapéutico, etc.); o el no considerar especificidades en los programas de rehabilitación cardíaca. Son expresiones de las desigualdades de género en salud, es

decir, de diferencias en materia de salud entre hombres y mujeres que son sistemáticas, innecesarias, evitables e injustas (BRAVEMAN, 2006).

Como hemos comentado anteriormente, la desigualdad de género surge de las construcciones socioculturales e históricas que transforman las diferencias sexuales en discriminaciones, que se expresan en la división sexual del trabajo y en un acceso diferencial y jerarquizado a recursos materiales y simbólicos, así como al poder en sus distintas expresiones (COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, 2004:4; GARCÍA CALVENTE ET AL., 2008).

En relación a los sesgos de género en el abordaje de las ECV, si bien estos son claramente perjudiciales para las mujeres, también pueden afectar de forma negativa a los hombres. El estereotipar “lo masculino” como lo positivo, lo favorable o sano, dando por hecho que los hombres tienen una situación mejor es otro sesgo a considerar. El pensar lo masculino como universal presenta también problemas para comprender la vulnerabilidad de los hombres (ESTEBAN, 2001).

La masculinidad, como concepto estático y práctica unificada, está siendo cuestionada en los últimos años. Los estudios sobre masculinidad están permitiendo profundizar sobre algunos conceptos, como el de la “masculinidad hegemónica”. En estos estudios, se reflexiona sobre el hecho que las relaciones de género están construidas en un contexto social y cultural, que son prácticas sociales construidas, de manera que es necesario considerar la complejidad de dichos comportamientos y evitar la “esencialización” que representa la construcción de prácticas clave de hombres y mujeres en oposición binaria. Así, por ejemplo, Connell considera que las masculinidades son parte de un gran sistema de relaciones y establece un modelo relacional en el que se diferencian varios tipos de masculinidad que interactúan con otras áreas de práctica social como la clase, la raza, la sexualidad y la discapacidad. Estas masculinidades implican prácticas que influyen en el estado de salud de los hombres. Una de estas masculinidades, la denominada “hegemónica” es la dominante,

la encarnación del patriarcado (CONNELL, 1995:78). Según Robertson, la denominada “masculinidad hegemónica” es la base sobre la cual se homogeniza a los hombres en el campo de la salud (ROBERTSON, 2007).

Algunos ideales normativos de la masculinidad hegemónica influyen en las creencias y comportamientos en salud, como la negación de la debilidad y la vulnerabilidad, el control físico y emocional, el aparentar ser fuerte y robusto o el rechazo de cualquier tipo de necesidad de ayuda. Las estructuras sociales que promueven este tipo de masculinidad (la hegemónica) la reproducen porque, si bien perjudican la salud de los hombres, tiene ventajas, como el mantenimiento de las relaciones de poder y de estatus (COURTENAY, 2000). Las posturas críticas, no obstante, plantean que estos comportamientos “masculinos hegemónicos” responden a normas sociales y culturales y, por tanto, estos comportamientos no son únicos ni estáticos, sino que están configurados según estructuras de clase de manera distinta según lugar, edad, momento histórico y otros factores. Es necesario reconocer la diversidad de identidades y diferencias entre hombres y su salud, también sobre las relaciones desiguales de poder entre hombres y mujeres y entre los distintos grupos de hombres, y cómo estas relaciones se crean y se mantienen a través de las estructuras sociales. Hay que tener en cuenta la diversidad entre personas y las formas en las que opera el poder, en una forma de diversidad estructurada (CONNELL, 1995:79; ROBERTSON, 2007), tal y como hemos visto anteriormente con los diferentes “perfiles de hombres propensos a enfermar”. Así, por ejemplo, Galdas et al. (2010) critican la atribución automática de los tradicionales estereotipos de “feminidad” y “masculinidad” ante la toma de decisiones y actuaciones en el inicio de los síntomas de infarto. En su investigación encontraron que los comportamientos de hombres y mujeres no siempre se pueden analizar fácilmente desde patrones de género binarios. Los factores contextuales y otros elementos influyen en estos comportamientos y respuestas a los síntomas.

En cierto sentido desde estas posturas se cuestiona la permanencia (y dominancia) del modelo hegemónico masculino y se sugiere la ruptura o debilitamiento de las jerarquías de género. No obstante, desde otros planteamientos, se matiza en que no se está debilitando la dominación masculina, ni tampoco las fuerzas de estratificación (BERESWILL Y NEUBER, 2012:70). Según Bourdieu, la dominación masculina está incorporada, interiorizada de forma inconsciente mediante la incorporación y el aprendizaje a edades tempranas, durante el aprendizaje (socialización). El cómo las estructuras sociales se graban en nuestro cuerpo y nuestra mente, y forman las estructuras de nuestra subjetividad, es lo que denomina el hábitus. Este mecanismo es lo que permite la perpetuación de la dominación masculina, que encuentra en el mismo orden social su mantenimiento y reproducción (BOURDIEU, 1988:477).

2.3.1. De los factores de riesgo tradicionales a los determinantes sociales y las desigualdades en salud

En el apartado anterior hemos visto en qué contexto social, económico y científico-médico se fueron configurando los factores de riesgo asociados a las enfermedades cardiovasculares. Desde los primeros estudios realizados en Estados Unidos y en Europa, los principales factores considerados fueron la edad, el colesterol, la diabetes, la hipertensión, el tabaquismo, la herencia genética, el estrés, la obesidad o la frecuencia cardíaca. El modelo de masculinidad hegemónica y otros tipos de masculinidades y de perfiles de personalidad también fueron considerados factores de riesgo, asociados a condiciones y exposiciones laborales concretas.

Si observamos los tradicionales perfiles de riesgo asociados a las ECV, como el tabaquismo, el consumo de alcohol o la hipertensión, vemos que estos dan una mayor respuesta a la enfermedad de los hombres. Las mujeres pueden presentar distintos perfiles de riesgo cardiovascular; además, hay factores de riesgo que deberían ser prevenidos o abordados de forma diferente entre mujeres y hombres como, por

ejemplo, la diabetes o la obesidad (VALLS LLOBET ET AL., 2008). Si nos centramos en Andalucía, en el caso del tabaquismo, hay que considerar que el aumento en el consumo de tabaco en las mujeres se está produciendo en las edades más tempranas, en un proceso de feminización del consumo de tabaco (JIMÉNEZ RODRIGO, 2007:403; DAPONTE-CODINA ET AL., 2009; MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD, 2011), mientras que entre las mujeres más mayores la prevalencia de consumo de tabaco no es tan alta. Según la Encuesta Andaluza de Salud del 2007, el 94,3% de las mujeres de 65 a 74 años ni fuma ni ha fumado nunca, y este porcentaje asciende al 96,2% en mujeres de 75 y más años (ENCUESTA ANDALUZA DE SALUD, 2007).

El cuestionamiento en los últimos años de la falta de evidencia y la invisibilidad de las mujeres en la investigación epidemiológica y clínica ha dado lugar a estudios específicos y a la incorporación de las mujeres al análisis de los factores de riesgo de las ECV. La Asociación Americana del Corazón ha publicado recientemente una actualización de la guía para la prevención de la ECV en las mujeres (MOSCA ET AL., 2011). Según esta guía, los factores de riesgo a considerar para mantener una salud cardiovascular ideal en las mujeres son: colesterol, presión arterial, la glucemia en ayunas, el índice de masa corporal, el consumo de tabaco, la actividad física y la dieta (para el control de la hipertensión). Otros factores de riesgo a tener en cuenta son la mayor gravedad de la diabetes de manera específica para las mujeres, la importancia de los niveles de fósforo, vitamina D y proteína C reactiva, los anticonceptivos hormonales y la terapia hormonal sustitutiva en la menopausia (VALLS LLOBET, 2008; VELASCO ARIAS, 2010).

Desde un enfoque más amplio de la salud y sus determinantes, en el abordaje de las enfermedades cardiovasculares es necesario ir más allá de los tradicionales factores de riesgo considerados como “estilos de vida individuales” y responsabilidad por tanto de la propia persona. Las llamadas “conductas individuales” o “estilos de vida individuales” están condicionados por los contextos sociales, de modo que la persona, a nivel individual, puede tener poca capacidad para incidir sobre ellos.

El desarrollo de estudios sobre la producción social de la enfermedad, como marco teórico, es crítico con las teorías sobre los “estilos de vida no saludables” como determinantes de la salud. Así, por ejemplo, si se analiza el consumo de tabaco (como factor de riesgo vinculado a un estilo de vida) sin más, en relación al IAM (su impacto en la enfermedad), estamos focalizando la responsabilidad de la conducta en la persona y, por tanto, de ella se deriva el “merecido castigo”, es decir, la enfermedad. Hoy en día existe un claro consenso sobre el papel fundamental que ejerce lo social y lo cultural sobre la salud y bienestar de las poblaciones. Se estima que los entornos físicos, sociales, políticos, culturales y económicos dan cuenta del 60% de la salud de las personas, y los sistemas de salud el 25%, mientras que los factores genéticos o biológicos apenas dan cuenta del 15% (CANADIAN INSTITUTE FOR ADVANCED RESEARCH, 2002).

Los orígenes sociales de las enfermedades han sido descritos desde la antigüedad, y se encuentran diversas referencias a lo largo de la historia, si bien el siglo XIX fue clave en el desarrollo de la visión social de las enfermedades, especialmente en Europa, dado el contexto de profunda transformación producido con la revolución industrial. Las condiciones materiales como el empleo, la vivienda o los ingresos son analizadas como principales factores causales de las enfermedades. Desde esta mirada, se identifica a la acción política, más que la acción sanitaria, como la garante de la prevención de la enfermedad y de la reducción de las desigualdades en salud, conectando así la medicina, la ciencia social y la política (TAYLOR Y RIEGER, 1984; WAITZKIN, 2006; GIL GARCÍA Y ROMO AVILÉS, 2007; SEGURA DEL POZO, 2013). En el siglo XX, desde la década de los años sesenta, se han ido produciendo un conjunto de hitos en su avance en los mismos contextos internacionales. Lalonde señaló, en los años setenta, a la biología humana, el medio ambiente y los estilos de vida como las principales causas de enfermedad y muerte en Canadá. La organización de la atención de salud sería el cuarto componente de este campo de la salud. Si bien es en este último donde mayores esfuerzos se prestan, los orígenes de la enfermedad están en los tres primeros, lo cual abre una nueva perspectiva sobre las causas de la

enfermedad. Se trataría del primer modelo formal de “determinantes de la salud” (LALONDE, 1981:31-34).

La Declaración de Alma Ata (1978), otro hito importante, fruto de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, celebrada en Kazajstán sentaba las bases para el abordaje de los determinantes sociales de la salud. Introducía una definición amplia y positiva de la salud y ponía el énfasis en la necesidad de incidir sobre algunos determinantes clásicos del entorno como el acceso y calidad de los alimentos, las redes de saneamiento de aguas, vivienda y educación, así como la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del sector salud. La declaración hace además un llamamiento a los países ante la grave desigualdad existente en el estado de salud de la población, especialmente entre los países en desarrollo y los desarrollados, y también dentro de cada país (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 1978).

En la Carta de Ottawa (1986), formulada en la Primera Conferencia Internacional de Promoción de Salud, se afirmaba que la salud se crea en el contexto cotidiano en el que viven y trabajan las personas, y amplía el foco desde las conductas individuales hacia los determinantes del entorno. Además, introducía el concepto de políticas públicas saludables, definiéndolas como aquellas medidas introducidas por los gobiernos para lograr entornos favorables a la salud (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 1986). En 2005, la OMS crea la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial para abordar los determinantes sociales de la salud y las inequidades.

La epidemiología social, como disciplina, se plantea cómo las condiciones sociales influyen y determinan la situación de salud y sanitaria de las poblaciones. Las ciencias sociales aportan la mirada de la influencia de lo social, en su más amplio sentido, en los estados de salud de la población (BERKMAN Y KAWACHI, 2000). La epidemiología social pone en evidencia un cambio epistemológico y metodológico respecto a la

epidemiología clásica, nutriéndose para ello de conceptos y métodos tradicionales en las ciencias sociales (KRIEGER, 2001; 2002). En este marco, los determinantes sociales de la salud se entienden como las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud que las atiende. Los problemas de salud son atribuibles a las condiciones en las cuales la gente desarrolla su vida: el nivel socioeconómico, la educación, el género, el empleo y las condiciones laborales, la exclusión social o el medio ambiente físico están ampliamente considerados como los determinantes sociales que mayor incidencia tienen en la salud de las personas (WILKINSON Y MARMOT, 2003; SOLAR E IRWIN, 2007).

La Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud de la OMS (CDSS) identifica a los determinantes estructurales como aquellos que generan estratificación y divisiones en clases sociales, y que definen la posición socioeconómica individual a partir de jerarquías de poder, prestigio y acceso a recursos. Estos determinantes estructurales de las desigualdades están enraizados en instituciones clave del contexto político y socioeconómico (como la tradición política y cultural, el sistema político, el gobierno, las políticas que desarrolla, etc.) (Figura 7). El contexto socioeconómico y político posiciona a las personas y los grupos en los distintos estratos (ejes de desigualdad). Según este marco, los estratificadores más importantes son la clase social, el género, la raza/etnia, la edad y el territorio (SOLAR E IRWIN, 2007). Más adelante, dentro de este capítulo, profundizaremos sobre ellos.

Figura 7. Marco conceptual de los determinantes de las desigualdades sociales en salud. Comisión para reducir las Desigualdades en Salud en España, 2010. Basado en Solar e Irwin y Navarro.



Fuente: COMISIÓN PARA REDUCIR LAS DESIGUALDADES EN SALUD EN ESPAÑA (2010:7).

Los determinantes estructurales influyen en las desigualdades de salud mediante los denominados en el modelo como “intermedios”. Entre los principales determinantes intermedios se incluyen los servicios de salud, las condiciones de empleo y trabajo, el trabajo doméstico y de cuidados o el barrio o área de residencia y sus características. Los aspectos ocupacionales son los que tradicionalmente han destacado en el estudio de las ECV, tal y como hemos visto en apartados anteriores.

Los sistemas de salud son considerados un importante determinante intermedio de la salud y de la equidad. La manera como se organice la atención médica y sanitaria, en sus aspectos de promoción, protección y recuperación de la salud y de prevención, control y tratamiento de la salud y de las enfermedades, son claves para la calidad de vida de las poblaciones:

“Adecuadamente diseñados, los sistemas de salud pueden hacer frente al problema de la desigualdad en la exposición y a la vulnerabilidad entre los grupos, por ejemplo, mejorando la equidad en el acceso, mediante la promoción de la acción intersectorial, estimulando a las comunidades a participar en procesos de toma de decisiones, o mediante la adopción de políticas públicas e innovadoras en materia de salud” (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2008).

En el caso de España, con la Ley General de Sanidad de 1986 se estableció el modelo sanitario de Servicio Nacional de Salud, cuyos rasgos principales son la financiación pública a través de impuestos y presupuestos estatales, la prestación de asistencia sanitaria en condiciones de universalidad, equidad, gratuidad en el acceso y la utilización para toda la población, y una amplia descentralización de competencias en las Comunidades autónomas teniendo en cuenta las posibles desigualdades de las diferentes áreas geográficas, entre otras. Si bien la implantación de este sistema ha presentado importantes obstáculos, es el modelo que mejor puede garantizar el acceso a la asistencia sanitaria universal, como derecho de la ciudadanía y no como servicio privado (MINUÉ Y GARCÍA, 2012).

La mayor parte de estudios sobre la equidad en el acceso a la asistencia sanitaria (igual acceso o igual utilización a igual necesidad), se basan en mediciones de utilización de servicios que dificultan y limitan la interpretación de los datos observados (URBANOS Y MENEU, 2008; MENEU Y PEIRÓ, 2008). Los estudios realizados en Europa y en nuestro país ponen de manifiesto una mayor utilización de las consultas de medicina general por parte de los grupos socialmente más desfavorecidos y un mayor uso de las consultas de especialistas y asistencia bucodental por parte de los grupos más favorecidos, con una mayor frecuencia en el caso de las mujeres (RODRÍGUEZ ET AL., 2006; URBANOS, 2007; MÁRQUEZ ET AL., 2008; RODRÍGUEZ Y BORRELL, 2009). En relación a las urgencias hospitalarias y a los ingresos hospitalarios, si bien algunos trabajos indican un mayor uso por parte de los grupos menos favorecidos (RODRÍGUEZ ET AL., 2006), otros estudios remarcan los días de hospitalización o los tiempos de espera, en perjuicio de los grupos con menores ingresos económicos (URBANOS, 2007). En Andalucía se ha identificado un mejor acceso a los servicios bucodentales y un mayor

uso de consultas preventivas en personas con nivel educativo más alto y menor dificultad económica, y no se ha encontrado patrones de desigualdad en el uso de los servicios de hospitalización y urgencias (MÁRQUEZ ET AL., 2008).

En relación a la equidad en el acceso y utilización de servicios, hay otros elementos a tener en cuenta, como las posibles diferencias en la actitud del profesional sanitario ante distintos grupos sociales, dificultades en la comprensión u otras barreras por parte de los y las pacientes, u otros sesgos en el esfuerzo terapéutico. En los siguientes apartados de este capítulo abordaremos algunos de ellos.

La vivienda y el entorno residencial con considerados otros determinantes intermedios clave. En los últimos años han aumentado las investigaciones que analizan las características de los lugares donde se desenvuelve la vida de las personas, los barrios y su impacto en factores conductuales, psicosociales y biológicos en relación con las ECV. El entorno residencial es un espacio donde tienen lugar experiencias vitales que van a dar lugar a unas exposiciones y unas vulnerabilidades diferenciales a enfermar en hombres y mujeres. Características como el flujo de tráfico, la existencia de zonas verdes y otras zonas recreativas, el grado y calidad de las aceras en cuanto a su capacidad para ser utilizadas para caminar, pasear y mantener relaciones sociales, el grado de peatonalización, la oferta de tiendas y comercios, la existencia de espacios que fomenten las relaciones sociales y la participación de las mujeres y los hombres, la percepción de seguridad, la limpieza y un largo etcétera, configuran distintas oportunidades en hombres y mujeres para desarrollar conductas saludables como la actividad física, la cohesión o la integración social. El nivel socioeconómico del barrio se ha asociado positivamente con la incidencia de enfermedades del corazón, también con la práctica de actividad física, la obesidad y otros factores de riesgo, habiendo considerado en el análisis características individuales de las personas, como nivel educativo, la clase social ocupacional, el nivel de ingresos, la edad y otras variables importantes (DIEZ ROUX ET AL., 2001; BOONE ET AL., 2011). Así, por ejemplo, en el caso de la práctica de actividad física, además del nivel educativo o la clase social de

pertenencia, el hecho de que haya zonas verdes en el barrio, la calidad del aire o el nivel de analfabetismo del barrio impactan en la probabilidad de realizar actividad física en el tiempo libre, lo cual muestra, además, peores indicadores para las mujeres de los grupos socioeconómicamente más desfavorecidos (SÁNCHEZ, 2006:19; MUXÍ Y CIOCOLETTO, 2009; BOLÍVAR-MUÑOZ ET AL., 2010).

Los factores psicosociales y las condiciones de vida y trabajo, incluyendo la sobrecarga, las múltiples responsabilidades y el aislamiento social (FLEURY ET AL., 2000), afectan de distinta forma a hombres y mujeres e intervienen en la enfermedad cardiovascular. Hablamos de una “vulnerabilidad diferencial”, abordaje relativamente reciente de las ECV. A modo de ejemplo, se ha puesto de manifiesto que las mujeres priorizan la atención a las necesidades de su familia sobre sus propias necesidades de salud, por lo que la falta de tiempo y las obligaciones familiares son las principales “barreras” para el desarrollo de conductas saludables (HART, 2005). En un estudio realizado entre mujeres norteamericanas para conocer el grado de concienciación sobre la enfermedad cardiovascular y su importancia, se ponían de manifiesto barreras entre las propias mujeres para adoptar acciones preventivas y dificultades para adoptar conductas saludables. Estas dificultades fueron mayormente las responsabilidades familiares y de cuidados (51%), la confusión sobre qué hacer (42%), el afirmar que Dios u otro poder mayor era al final quien determinaba su salud (37%), o el no tener dinero o un seguro (32%) (MOSCA ET AL., 2010).

La reciente *Guía Europea de prevención de riesgo cardiovascular en la práctica clínica* incluye el bajo nivel socioeconómico, la falta de apoyo social, el estrés en el trabajo y en la vida familiar, la depresión, la ansiedad, la hostilidad y la angustia como elementos que contribuyen al riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares y a un peor pronóstico y curso de la enfermedad, incluyendo un cuestionario con preguntas clave para evaluar los factores de riesgo psicosocial en la práctica clínica (PERK ET AL., 2012). La incorporación de elementos como el nivel socioeconómico o los roles de género son indicativos de nuevas sensibilidades por parte de las sociedades

científicas. En nuestro país, en el estudio ESCARVAI (Estimación del riesgo cardiovascular de la Comunidad Valenciana), Velasco y Pont proponen la inclusión de factores psicosociales y otros sensibles al género como la ansiedad, los síntomas depresivos o los duelos, así como la situación laboral, el nivel educativo, las condiciones características del trabajo productivo y reproductivo, y otros relacionados con la situación de pareja y el entorno social, factores todo ellos con impacto diferencial según los modos de vida de hombres y mujeres (VELASCO Y PONT, 2010).

Desde aproximaciones más cercanas a la etnoepidemiología y la salud mental, Tajer analiza la construcción de la vulnerabilidad coronaria, y fragilidad específica, de hombres y mujeres de alto y bajo nivel socioeconómico. Presenta una visión más amplia del estrés como causante de las enfermedades cardiovasculares, circunscrito tradicionalmente al entorno laboral/público en el que se han movido históricamente los hombres (esfera pública versus esfera privada de las mujeres). Considera los ideales de género, las relaciones de poder en el entorno laboral, en el hogar y en las relaciones interpersonales, las dificultades para articular las distintas esferas de la vida, e incorpora la subjetividad en el proceso salud-enfermedad-atención. Así, por ejemplo, en el grupo de mujeres de clases populares un elemento específico de vulnerabilidad resulta ser el “síndrome de la súper mujer”, este rasgo de omnipotencia se configura como un estresor específico para ellas (TAJER, 2009:73). También critica la asunción de que las mujeres que enferman son las que adoptan “roles masculinos” (las que fuman, las ejecutivas “agresivas”, etc.), ya que “no debe calificarse como un proceso de masculinización a los modos de adquisición actuales de la autonomía femenina, que tiene sus propias complejidades muy diferentes a la experiencia masculina” (TAJER, 2010).

2.3.2. Género y clase social como ejes clave de desigualdad

Desde el marco de los Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, los grupos más desfavorecidos presentan una mayor exposición específica y una mayor vulnerabilidad a los factores y a las condiciones perjudiciales para la salud. Señalábamos anteriormente que las desigualdades o inequidades en salud son aquellas diferencias en la salud socialmente producidas y sistemáticas en su distribución. Estas diferencias son importantes, ya que su reducción mejoraría significativamente la salud de toda la población. Son también injustas, porque son consecuencia de las dinámicas sociales y no resultado de la voluntad de las personas, y son evitables, porque los factores más importantes que las causan son conocidos y prevenibles (WHITEHEAD, 1990, 1992; MACINKO ET AL., 2002). Si bien existen diferencias en salud por razones genéticas, hereditarias, etc. la mayoría de las diferencias en salud en las poblaciones se deben a causas que tienen que ver con factores políticos, económicos, sociales y culturales, que dan lugar a una desigual distribución de los recursos, el poder y el prestigio (WHITEHEAD, 1992; BENACH, 1997; BENACH Y MUNTANER, 2005:13; SOLAR E IRWIN, 2007). En este marco, el género y la clase social son estratificadores clave que interactúan además con otros ejes de desigualdad y que situán a hombres y a mujeres en el escenario social en distintos niveles de desigualdad en salud. Hay simultaneidad en las formas de desigualdad, por lo que es necesario contextualizarlas en la medida de lo posible, geográficamente, temporalmente, culturalmente, etc. (KRIEGER, 2001 2002; ROBERTSON, 2007; ESTEBAN, 2010).

La aproximación teórica que desde el feminismo ha estado analizando los diversos sistemas de poder, prestigio y discriminación que operan en nuestras sociedades es la perspectiva de la interseccionalidad. Tiene su origen en los planteamientos críticos de las mujeres afroamericanas académicas e intelectuales, a finales del siglo XIX y principios del siglo XX, que debían hacer frente a un doble sistema de discriminación, género y raza. Esta aproximación propone que la etnicidad, la clase, el género y la edad son categorías de opresión y privilegio que están construidas socialmente y que

interactúan simultáneamente, formando patrones entrelazados interdependientes (CRENSHAW, 2011). Los sistemas de dominación y de opresión limitan el acceso al poder y a los privilegios, influyen en las relaciones sociales, construyen significados y conforman las experiencias diarias de las personas (MURPHY ET AL., 2009).

La interseccionalidad ofrece explicaciones sobre la complejidad de las experiencias de las personas, marcadas por construcciones sociales de privilegio y opresión. No obstante, no se trata solo de una perspectiva teórica sino que también está conceptualizada como una metodología y un mecanismo para el cambio social (MCCALL, 2005; MURPHY ET AL., 2009). Yuval (2011) considera la interseccionalidad como una aproximación sociológica, desde los estudios de género a la estratificación social a nivel estructural. Estratificación social, considerada tanto en términos de agrupación de personas que guardan alguna característica común (nivel de renta, status ocupacional, etc.) como en términos del vínculo que mantienen con otros grupos como dominados, explotados o subordinados y los dominadores o explotadores. Son los grupos dominados, explotados o subordinados quienes tienen un peor acceso a los recursos, al poder y al prestigio.

Las ECV han estado fuertemente asociadas a los hombres pertenecientes a las clases más favorecidas hasta hace relativamente pocos años. De hecho, uno de los informes más importantes sobre la magnitud de las desigualdades sociales realizado por un grupo de personas expertas bajo el liderazgo de Douglas Black, en Reino Unido, a finales de los años setenta (el informe es conocido como el “Black Report”), mostraba estadísticas sobre una mayor morbilidad y mortalidad por ECV en las clases sociales no manuales en comparación con los trabajadores manuales (BLACK ET AL., 1980). No obstante, hemos visto como Engels ya conocía en 1845 el padecimiento frecuente de los mineros o los niños y las niñas empleadas en las fábricas textiles. También en Inglaterra, el Whitehall Study mostró que las tasas de mortalidad (especialmente por IAM) eran mayores en los niveles inferiores de la escala jerárquica en comparación con los niveles ejecutivos entre los funcionarios. Los primeros también

tenían además una mayor propensión a la obesidad, al tabaquismo, menor tiempo de ocio, practicaban menos actividad física y tenían mayor tensión arterial. Este estudio dio cuenta del gradiente social, es decir, que entre un grupo social considerado relativamente homogéneo, como era el funcionariado, había diferencias entre las escalas. No se trataba sólo de diferencias entre los grupos más y menos favorecidos (ROSE Y MARMOT, 1981). En el Whitehall Study II, desarrollado a mediados de los años ochenta, ya incluyó a un tercio de mujeres funcionarias. La relación inversa entre el grado ocupacional y el riesgo de sufrir ECV se repite en el citado estudio, esta vez también en el caso de las mujeres.

En la actualidad, existe evidencia suficiente que muestra la relación inversa entre la clase social y las ECV, y que precisamente son los grupos más desfavorecidos quienes más probabilidad de enfermar y morir tienen, principalmente en los países denominados “ricos” pero también en países con ingresos medios y bajos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011a; BLAS Y SIVASANKARA, 2011:32). Las personas con niveles educativos más bajos, aquellas con menores ingresos, los trabajadores y trabajadoras manuales, tienen una mayor probabilidad de enfermar y de morir por esta causa (KAPLAN Y KEIL, 1993; CLARK ET AL., 2009; HAWKINS ET AL., 2012). Desde la perspectiva de la producción social de la enfermedad, los grupos sociales más desfavorecidos realizan los trabajos más peligrosos, sus viviendas están en peores condiciones, viven en barrios más deteriorados y disponen de menos recursos económicos y de todo tipo para asegurar sus necesidades de salud (KRIEGER, 2001). Algunos estudios han puesto de manifiesto una mayor exposición y vulnerabilidad de las mujeres en estos grupos. Las mujeres de clase social más desfavorecida están más expuestas y son más vulnerables a unas peores condiciones de vida y trabajo unido al modelo de género tradicional (HELLER ET AL., 1984; KAPLAN Y KEIL, 1993; DAVIS ET AL., 2005; REEDER, 2011). Tienen además niveles de instrucción y de renta mucho menores que los hombres, situación que se agudiza conforme aumenta la edad. La etnia también ha sido objeto de estudio en intersección con la clase social, especialmente en Estados Unidos, en

relación a las mujeres afroamericanas, en términos de morbilidad y mortalidad por ECV (ROGER ET AL., 2012).

Los factores de riesgo cardiovasculares tradicionales, como son el consumo de tabaco, la obesidad, el sedentarismo, la hipertensión o el colesterol, tampoco se distribuyen de manera aleatoria entre las poblaciones, sino que existen desigualdades en perjuicio de los hombres y las mujeres de las clases más desfavorecidas (KAPLAN Y KEIL, 1993; CLARK ET AL., 2009; RODRÍGUEZ Y BORRELL, 2009; ALVES ET AL., 2012). En Andalucía, por ejemplo, los trabajadores y trabajadoras manuales o personas con niveles educativos primarios (o sin estudios) presentan mayor prevalencia de obesidad y de consumo de tabaco y una menor práctica de actividad física, en comparación con quienes se encuentran en posiciones socioeconómicas más favorecidas (DAPONTE CODINA ET AL., 2007, 2008). También en Andalucía, un estudio pone de manifiesto que para las mujeres el riesgo de obesidad y de diabetes mellitus de tipo 2 está relacionado con dificultades (económicas) percibidas para llegar a fin de mes. A mayor dificultad percibida para llegar a fin de mes, mayor probabilidad de tener obesidad o diabetes, que podría explicarse por el mayor peso que tienen las mujeres, como rol asignado, en la planificación y ejecución de los gastos para el mantenimiento de la estructura familiar (alimentación, facturas, etc.), por lo que ellas pueden sufrir “más las consecuencias de la incertidumbre asociada a las posibilidades de adquisición de los alimentos necesarios para los miembros de la familia” (ESCOLAR-PUJOLAR, 2009).

La perspectiva del curso de vida analiza las experiencias de vida de una persona, de una cohorte o de varias generaciones para explicar la salud de las poblaciones y las personas. Las experiencias tanto pasadas como presentes están, además, determinadas por el entorno social, económico y cultural. Algunos estudios, partiendo de este enfoque, han puesto de manifiesto la importancia del nivel socioeconómico del padre y la madre durante la infancia como origen del desarrollo posterior de la enfermedad cardiovascular en la vida adulta. La dieta, la salud y las circunstancias materiales de la madre pueden impactar en la salud ya en la propia gestación y

durante toda la infancia. Las desigualdades en la salud infantil están relacionadas con los aspectos sociales y conductuales en las edades más tempranas, y las conductas del padre y la madre en relación a los factores de riesgo tienden a ser reflejadas en los niños y las niñas (CLARK ET AL., 2009), que van acumulando así la exposición a diversos riesgos que tendrán un impacto en su salud en la vida adulta (PERK ET AL., 2012).

Si bien se está produciendo un desarrollo, desde las diversas aproximaciones teóricas, sobre los mecanismos a través de los cuales los determinantes sociales causan ECV, todavía no se ha avanzado lo suficiente en el análisis desde un enfoque de género en las distintas experiencias según los distintos ejes de desigualdad en el caso de las mujeres. De la misma manera, en el caso específico de los hombres, Emslie y Hunt (2009) reflexionan sobre el importante peso de los estudios centrados sobre la experiencia de los hombres blancos norteamericanos o norteeuropeos en relación a las enfermedades cardiovasculares. Incluso cuando los estudios incluyen hombres de grupos socioeconómicamente más desfavorecidos o minorías étnicas en sus muestras, raramente se analiza la experiencia de esos hombres, ni la intersección de género, con la edad, con la etnicidad y con la clase social, sugiriendo que todavía queda mucho trabajo que hacer examinando las experiencias en las enfermedades cardiovasculares y las construcciones de género entre diferentes grupos de hombres.

2.3.3. Sobre signos, síntomas y diagnósticos

Las ECV, entre ellas el IAM, se manifiestan con síntomas y signos diferentes en hombres y en mujeres. No obstante, la no inclusión de las mujeres en los primeros estudios realizados al respecto invisibilizó estas diferencias, con lo que la forma “típica” sintomatológica de los hombres fue el referente o “norma” de manifestación de la enfermedad (dolor opresivo y constante en el pecho que irradia hacia los brazos, en especial el izquierdo). De hecho, el hablar de síntomas “atípicos” de la mujer

representa un ejemplo más de la consideración del hombre visto como norma y la mujer como excepción.

Actualmente encontramos abundante literatura científica sobre la sintomatología específica de IAM en las mujeres, que parece ser más amplia y presenta además un cuadro clínico distinto. La mayor parte de las investigaciones realizadas muestran que la presentación de un IAM en las mujeres se da a una edad más tardía en comparación con la de los hombres. Por otro lado, diferentes estudios indican que las mujeres presentan un mayor número de trastornos o enfermedades (mayor comorbilidad), como diabetes mellitus, hipertensión arterial e insuficiencia cardíaca. Algunas investigaciones ponen de manifiesto que, una vez considerados todos estos factores, ellas presentan menos dolor en el pecho –o dolor “típico”– y más dolor de cabeza o de espalda. Los dolores pericordiales que acompañan el infarto o lo preceden irradian más hacia las mandíbulas en las mujeres y no hacia el brazo izquierdo como en los hombres; también presentan náuseas, vómitos, molestias abdominales, fatiga y disnea (LOVLIN ET AL., 2006; ALDASORO ET AL., 2006; ANDERSON ET AL., 2007; COVENTRY ET AL., 2011).

Se ha argumentado que esta sintomatología denominada como “inespecífica” o “atípica” es la causante de la falta de reconocimiento de la enfermedad por parte de las mujeres. Sin embargo, también se ha puesto de manifiesto que incluso presentando síntomas “típicos”, muchas mujeres pueden ignorarlos o no interpretarlos (recordemos que son consideradas “enfermedades de hombres”), y acuden en busca de atención sanitaria en menor medida que los hombres a igual necesidad. En algunos casos piden ayuda médica cuando interviene la familia o amistades y no perciben ser población de riesgo, incluso teniendo antecedentes familiares (LOCKYER, 2005).

También se ha puesto de manifiesto que las personas con bajo nivel educativo reconocen en menor medida los síntomas de infarto, así como desigualdades según el nivel educativo del paciente o la paciente en el diagnóstico en el caso de la angina

(MCKEE ET AL., 2012). El personal médico puede no entender los signos o síntomas descritos o subestimar la información aportada y, por otro lado, puede darse que la jerga médica empleada sea poco comprendida por la otra parte. Las personas con un menor nivel educativo pueden sentir mayor incomodidad o vergüenza a la hora de hacer preguntas al/la profesional médico. No obstante, también se ha evidenciado una menor escucha, apoyo emocional, disposición a hacerles partícipes en la toma de decisiones y empatía hacia quienes tienen un nivel educativo menor, con ocupaciones manuales o con bajos ingresos (DE LAENDER, 2011:42-44).

En el caso específico de la actitud hacia los pacientes hombres y las pacientes mujeres en el proceso diagnóstico, se producen, sesgos de género en la valoración y escucha de los síntomas en la consulta, según sean presentados por hombres o mujeres (RUIZ CANTERO, 2006; ADAMS ET AL., 2008):

“Cuando los síntomas no corresponden a los signos observables por los médicos, las experiencias pueden ser excluidas del proceso en el cual se construye el conocimiento científico. El discurso médico básicamente asigna el privilegio del conocimiento a la voz de la medicina más que a la voz de quien padece y sus acompañantes. En consecuencia, las experiencias vitales de quienes padecen no tienen cabida en los espacios retóricos de intercambio de conocimiento/experiencias médicas. Sin duda, el desconocimiento médico de este «otro» conocimiento influye en que ciertos síntomas de las mujeres sean considerados «atípicos»” (RUIZ CANTERO, 2006:8).

Algunos estudios han evidenciado que las quejas de las mujeres se atribuyen mayormente a factores emocionales, incluso cuando se describe un mismo caso para hombres y para mujeres, y se identifican además más enfermedades psicosomáticas en ellas (COLAMECO ET AL., 1983; BERSTEIN Y KANE, 1981; ADAMS ET AL., 2008). Tajer et al., identifican sesgos en la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas en profesionales de cardiología relativas al género, lo cual puede afectar la equidad de género en la calidad de la atención sanitaria (TAJER ET AL., 2002, 2003). En el estudio de Adams et al., se sugiere además que el personal médico está más en sintonía con la forma en que el/la paciente de su propio sexo presenta su historia, mostrando además

diferencias según el sexo del personal médico en los estilos de entrevista en las consultas. En las consultas, las mujeres con enfermedad cardíaca han expresado falta de habilidades comunicativas, rudeza, condescendencia y falta de atención, y se han sentido tratadas como hipocondríacas, estresadas, con ataques de pánico o han visto achacar su malestar a la menopausia (HAMMOND ET AL., 2007).

La falta de formación del personal de la salud es uno de los factores intervinientes (ADAMS ET AL., 2008). Esta falta de formación es la herencia del modelo médico hegemónico y el androcentrismo imperante en las facultades de medicina:

“La formación médica no ha remarcado que podía haber diferencias en el modo de enfermar de mujeres y hombres, que los métodos de diagnosticar pudieran ser diferentes, o que las terapias y los fármacos tuvieran diferentes maneras de actuar entre mujeres y hombres. La formación del médico o la médica de primaria o de hospital no ha sido enfocada hacia las patologías más prevalentes entre el sexo femenino, ni tampoco dispone (porque no existe) de una ciencia sistematizada para apreciar la diferente expresión de la sintomatología de algunas enfermedades según el sexo de las personas” (VALLS LLOBET ET AL., 2008).

Las mujeres pueden tener menos probabilidades de ser referidas para pruebas diagnósticas, pueden ser diagnosticadas más tarde y pueden ser peor diagnosticadas (CIAMBRONE Y KASKI, 2011). Los sesgos diagnósticos están íntimamente relacionados con el sesgo terapéutico, en tanto que “la probabilidad de que quien padece sea tratado es casi nula si por cualquier causa queda excluido del proceso diagnóstico, o disminuye si durante el proceso diagnóstico no se realizan las pruebas oportunas” (RUIZ CANTERO Y VERDÚ DELGADO, 2004). Finalmente, es necesario destacar que, desde miradas más socioculturales, se critica que el diagnóstico y el tratamiento no se basan en el análisis de los síntomas ni en los signos detectados por el “ojo” y “mano” clínicas, sino en los signos producidos por pruebas diagnósticas desarrolladas desde el modelo médico hegemónico. El personal médico no solo debe posibilitar que el o la paciente narre su enfermedad, sino que debe aprender a decodificar cultural y médicamente el significado de dichas narrativas (MENÉNDEZ, 2003).

2.3.4. Los tiempos de demora prehospitalaria

En relación a las enfermedades cardiovasculares, uno de los aspectos más analizados sobre el acceso al sistema sanitario es la denominada demora prehospitalaria. Se considera demora hospitalaria el intervalo de tiempo desde el inicio de síntomas sugerentes de SCA hasta la llegada al hospital (NGUYEN, 2010a). Otra definición utilizada considera el tiempo desde que la persona percibe un malestar, reconoce los síntomas como signos de una enfermedad y decide buscar asistencia médica mediante sus propios medios o contactando con los servicios de emergencia sanitaria (LEFLER Y BLONDY, 2004). Estos tiempos podrían dividirse a su vez en: el tiempo que transcurre desde el inicio de los síntomas hasta su valoración como signo de enfermedad; desde que se valora que se está enfermo/a hasta que decide buscar atención sanitaria; o la decisión de pedir ayuda hasta la llegada al hospital (SAFER ET AL., 1979).

Estos tiempos son considerados clave, ya que la intervención médica precoz es crucial para la supervivencia y posterior calidad de vida de estas personas. El acceso temprano al tratamiento es clave en la supervivencia por enfermedad cardiovascular, de ahí la importancia de conseguir una mínima demora prehospitalaria. La eficacia clínica de las terapias y la supervivencia ante un SCA están estrechamente relacionadas con el tiempo que transcurre desde los primeros síntomas al tratamiento correspondiente; por lo que la minimización del tiempo hasta el diagnóstico y el tratamiento constituye una prioridad (BARROETA URQUIZA Y BOADA BRAVO, 2011; ROSSELL Y MELLADO, 2011).

En el caso concreto de la mortalidad por IAM esta es mayor en el ámbito poblacional que la existente a nivel hospitalario, ya que gran parte de las muertes se producen entre personas que no llegan al hospital o que no han recibido ningún tipo de asistencia sanitaria, es decir, en la fase prehospitalaria. En España se ha evidenciado que entre el 30% y el 40% de los fallecimientos se producen antes de llegar al hospital,

en la mayoría de los casos sin haber recibido ningún tipo de asistencia sanitaria (ARÓS ET AL., 1999; MARRUGAT ET AL., 2002). Una proporción elevada de las muertes tiene lugar en la primera hora desde el inicio de los síntomas, es la llamada “hora de oro”, de ahí que la intervención médica precoz es crucial para el tratamiento exitoso de pacientes con SCA (BOERSMA ET AL., 1996; MARCO AGUILAR, 2006:1; ROSSELL Y MELLADO, 2011).

El estudio sobre los tiempos de demora en las ECV versa tanto en la medición de los distintos tiempos en las poblaciones, como en los factores asociados a esa demora, ya sean factores clínicos, demográficos, socioeconómicos o específicos de género. Sobre estos últimos, las investigaciones se han desarrollado más recientemente. En general, los estudios realizados ponen de manifiesto que la demora observada es mayor a la conveniente tanto en hombres como en mujeres. No obstante, durante los últimos años, uno de los aspectos más analizados es el mayor retraso en la búsqueda de ayuda en las mujeres. En algunos trabajos esta mayor demora de las mujeres se atribuye una edad más avanzada. También se ha observado una interacción entre el sexo y la edad, de forma que las diferencias entre hombres y mujeres en la duración de la demora es mayor entre los hombres y las mujeres más mayores en comparación con los hombres y las mujeres más jóvenes, especialmente entre los 65 y los 75 años (MOSER ET AL., 2005; O’DONNELL ET AL., 2006; ISAKSSON, 2008; NGUYEN, 2010b;).

En el contexto español, en el estudio de Castiella et al. realizado en Teruel (1997) se identificó un mayor tiempo de decisión en las mujeres, un mayor tiempo de transporte en los hombres y ninguna diferencia en el tiempo médico. En todos los casos se observa un incremento de la demora a medida que avanza la edad del/la paciente. En el trabajo de Marrugat et al. (1998) las mujeres con un primer infarto presentaron una mediana de tiempo de una hora más en comparación con los hombres entre la presentación de los síntomas y la monitorización. En el estudio realizado en Asturias, las mujeres tardaron una hora más que los hombres entre el inicio de los síntomas y la llegada a urgencias (mediana para las mujeres 180 minutos y 120 para los hombres) (MOSQUERA TENREIRO, 2002).

En Valencia, en el estudio realizado a partir del Registro del Infarto Agudo de Miocardio en Valencia, Alicante y Castellón (PRIAMVAC), la mediana del retraso prehospitalario fue de 150 minutos en las mujeres y 120 en los hombres. En el recientemente publicado estudio alicantino, la demora media desde el inicio de los síntomas hasta la llegada al hospital fue también mayor en las mujeres: 240,3 minutos en hombres y 503,3 en mujeres (CARBAJOSA ET AL., 2011). Otro estudio publicado sobre el IAM sin EST en 97 servicios de urgencias españoles, también ha mostrado que las mujeres tardaban más en acudir a urgencias (OR= 0,52; IC95%, 0,28-0,95) (RIESGO ET AL., 2011). Según los resultados del estudio realizado en Santander (ALCONERO ET AL., 2013), la media de minutos desde el inicio de los síntomas, hasta la entrada en urgencias, fue de 120 en las mujeres, y de 119,5 en los hombres, y no se encontraron diferencias estadísticamente significativas por sexo, si bien en los hombres la dispersión fue mayor.

Algunos trabajos han utilizado modelos teóricos para describir la toma de decisiones de las personas en la fase prehospitalaria (LEFLER Y BONDY, 2004; WALLER, 2006). El modelo de las creencias sobre la salud (basado en la teoría motivacional), el modelo de la autorregulación de afrontamiento con las amenazas de salud, la teoría de la acción razonada y la teoría del comportamiento planificado, todas ellas desarrolladas desde la psicología social. También el interaccionismo simbólico (basado en el modelo sociológico de la teoría de roles) ha sido utilizado en la asociación de variables, ya que otras personas, distintas a la que está sufriendo el episodio coronario, juegan un papel importante en el proceso de búsqueda de ayuda. Todos estos modelos apoyan la importancia del reconocimiento de los síntomas como problema cardiovascular, como forma de reducir la demora prehospitalaria.

En la amplia revisión de la literatura científica internacional realizada por Lefler y Bondy (2004), sobre los factores asociados a una mayor demora en las mujeres, destacan dos períodos. Hasta el año 1995, fueron identificados como factores que reducían la demora el reconocimiento de los síntomas como cardíacos, el buscar

consejo en un compañero o compañera de trabajo y, a veces, la severidad del dolor. Los factores que incrementaron la demora fueron: el ser diagnosticadas previamente de hipertensión, diabetes o angina, ser afroamericanas, el consultar a un médico/a o a un miembro de la familia, la presencia de los síntomas durante el día y la decisión de las mujeres de tratar ellas mismas los síntomas. A partir de 1995, según esta revisión, se identificaron, además de los tradicionales factores clínicos, otros factores sociodemográficos y variables contextuales. Sobre los factores clínicos, las personas con comorbilidades se demoraron más que aquellas sin ellas. Las autoras indicaron que, entre las personas mayores y aquellas con comorbilidades, los comportamientos aprendidos de automanejo y autotratamiento en el abordaje diario de la enfermedad crónica les podrían haber llevado a la autosuficiencia y la regulación de los síntomas, lo que conlleva un mayor retraso. Las personas que se enfrentan a diario con síntomas de la enfermedad crónica puede que opten por buscar ellas mismas el tratamiento rápidamente, debido a que pueden evaluar erróneamente los síntomas de presentación, los atribuyan a su ya existente enfermedad, y porque ya han adquirido patrones para hacer frente a estos problemas, elementos que pueden darse de forma específica en las mujeres. Además, las reacciones de las mujeres ante el dolor y la enfermedad están culturalmente mediadas y probablemente expresadas de forma distinta a los hombres.

Otros factores destacados en esta revisión ante una mayor demora fueron el tener edad avanzada, bajos ingresos, bajo nivel educativo y vivir solo/a, y se destacó además que las mujeres anteponían tradicionalmente a sus familias y las obligaciones de la casa a su propia salud. El no querer causar problemas a los demás era un factor que contribuía a la demora en mujeres, mientras que para los hombres lo fue el no tener conocimiento de la terapia trombolítica. Las mujeres, además de minimizar el impacto de la enfermedad, no querían “molestar”. Las variables contextuales incluían el que hubiese algún testigo al inicio de los síntomas, el consultar primero a personal médico, la hora del día, el día de la semana, la actividad y el lugar. El tener una relación con

el/la testigo aumentó la demora, también el consultar con personal médico (LEFLER Y BONDY, 2004).

En un estudio realizado en el año 2005 por Rosenfeld et al., se analizaron las trayectorias en el proceso de toma de decisiones en un grupo de 52 mujeres norteamericanas con IAM. Se identificaron 6 patrones comunes de comportamiento entre el tiempo que transcurre desde que las mujeres (con IAM) saben que están experimentando síntomas graves hasta que buscan ayuda:

1. *Lo saben y buscan ayuda*: saben que algo va mal, toman la decisión de buscar ayuda y actúan en relativamente poco tiempo, entre 5 y 15 minutos
2. *Lo saben y dejan que otra persona tome el mando*: avisan a alguien de que tienen síntomas y buscan automáticamente ayuda médica a partir de las recomendaciones recibidas
3. *Lo saben y van en busca de ayuda bajo los propios términos de la paciente*: quieren mantener el control y no quieren recibir ayuda de nadie
4. *Lo saben y esperan*: deciden que necesitan ayuda pero se demoran porque no quieren molestar
5. *Barajan hipótesis alternativas*: las mujeres consideran que los síntomas no son debidos a causas cardíacas, sino a una indigestión y son reacias a llamar al 061 hasta que el dolor es insoportable
6. *Minimizan*: intentan ignorar sus síntomas o esperan que desaparezcan y no identifican que sus síntomas están relacionados con el corazón

El estudio concluyó que incluso las mujeres del primer grupo, que sabían lo que tenían y acudieron en busca de atención médica, admitían estar confundidas sobre los síntomas de un infarto de corazón. El mayor obstáculo para reducir la demora de estas mujeres, según estas autoras, fue la falta de conciencia en la interpretación de los síntomas (ROSENFELD ET AL., 2005).

En el estudio de Galdas et al. (2010) realizado en Canadá, la reticencia a renunciar a buscar ayuda (y demorarse) se relacionó con la ambigüedad de la gravedad de los síntomas (percibidos), de forma que las personas reaccionaron cuando los síntomas persistían en el tiempo y aumentaba la severidad del dolor. La decisión de buscar ayuda se relacionó con una compleja interacción entre la experiencia, las creencias, los conocimientos, las emociones y el contexto del evento, y no se encontraron diferencias entre hombres y mujeres en términos de actuaciones.

En una reciente revisión realizada por Nguyen (2010a), en la que se incluyen estudios desde 1960 hasta el año 2008, se mostró que las mujeres presentaron una mayor demora en 24 de los 44 estudios analizados, mientras que en 14 estudios no encontraron diferencias entre hombres y mujeres. Ellas contactaron más con su médico de cabecera, eran viudas en mayor proporción y vivían solas: todo ello aumentó la demora. Las mujeres tendían a manejar su enfermedad ellas mismas y estos mecanismos también aumentaron la demora (NGUYEN ET AL., 2010a; 2010b). Song et al. observaron que la discordancia entre los síntomas esperados y los síntomas reales se asociaron también con una mayor demora (2010).

El desconocimiento de lo que les está pasando (bien porque no consideran que la enfermedad cardiovascular pueda afectar también a las mujeres, bien por la presentación y la errónea interpretación de la sintomatología), el no querer reconocer los síntomas u otros factores relacionados con los roles asignados a hombres y mujeres, y por tanto cuestiones de género, se configuran como elementos clave de la demora prehospitalaria. No obstante, deben considerarse también otros factores asociados con el propio sistema sanitario en las desigualdades de género en la demora prehospitalaria (RUIZ CANTERO ET AL., 2007). En Estados Unidos se ha puesto de manifiesto recientemente que las mujeres que hacen uso de los dispositivos de emergencia es más probable que experimenten demora desde el momento de la llamada y hasta alcanzar el hospital, en comparación con los hombres (CONCANNON ET AL., 2009; CONTRERAS, 2010). Estos resultados indican que una parte de la mayor demora

prehospitalaria observada en las mujeres puede venir también del sistema sanitario y no de las propias mujeres, si bien es necesario profundizar sobre esta parte del proceso ya que son diversos los factores que podrían estar influyendo en las actuaciones realizadas desde estos dispositivos de emergencia durante el tiempo de respuesta, el tiempo en escena y el tiempo específico de transporte (ORNATO, 2009; AGUILAR ET AL., 2012).

Si bien parece ser que hay una mayor demora en las mujeres en comparación con los hombres, tanto ellos como ellas se demoran en la búsqueda de asistencia sanitaria. En la revisión realizada por Emslie y Hunt (2009) sobre las ECV en hombres, se identificaron algunos discursos acordes con el modelo hegemónico masculino en relación a la demora, de manera que el estoicismo, la resistencia y el autocontrol fueron factores que aumentaban la demora en los hombres. Algunos hombres consideraban la salud como “territorio femenino”, cuando describían cómo las mujeres (habitualmente las esposas) llamaban en busca de ayuda mientras ellos se demoraban, o el hecho de verse forzados a llamar por presiones de sus parejas, si bien estos discursos no fueron generalizables. En algunos casos, se puso de manifiesto que los hombres no se sentían personalmente en riesgo de enfermedad por no sentirse identificados como un candidato coronario. En otros casos, no reconocieron los síntomas por no aparecerles bajo la sintomatología “clásica” o “típica”, porque no pensaron que les pudiera volver a suceder al sentirse “protegidos” por la medicación en el caso de los hombres con antecedentes de IAM, o por haber adoptado nuevos “estilos de vida” más saludables, como la práctica de actividad física o el cese en el consumo de tabaco (EMSLIE Y HUNT, 2009).

Finalmente cabe destacar otras inequidades en relación con los tiempos de demora. Es necesario detenerse en este punto en las desigualdades en el acceso al sistema sanitario en las personas con SCA. Algunos estudios han evidenciado que en las comunidades rurales las personas mayores se enfrentan a más barreras para el acceso a la asistencia sanitaria en comparación con las áreas urbanas, con el consiguiente efecto negativo en la demora prehospitalaria y en el acceso a tratamiento ante el caso

concreto de padecer una enfermedad cardiovascular (SVENSSON ET AL., 2003; VAVOURANAKIS ET AL., 2010). En cuanto al nivel socioeconómico, de nuevo encontramos en la literatura internacional desigualdades en perjuicio de las personas con menores ingresos y con menor nivel educativo (GÄRTNER ET AL., 2008). El tener un seguro de salud privado también se ha asociado con una menor demora, una situación más frecuente entre los hombres y las personas más jóvenes (O'DONNELL ET AL., 2006).

2.3.5. Cómo accedemos al sistema sanitario

En las investigaciones sobre la forma de acceso al sistema sanitario ante el inicio de los síntomas se han descrito principalmente las distintas formas de acceso, –si las personas utilizan medios propios o si hacen uso de dispositivos de emergencia,–, así como los factores asociados al uso de un medio u otro; también se ha analizado qué medio es más rápido hasta la llegada a las urgencias hospitalarias, o hasta el acceso al tratamiento.

El interés por el estudio del medio de transporte utilizado por las personas con SCA reside en el hecho de que en las áreas en las que existen dispositivos de emergencia médica extrahospitalaria, estos tienen como función principal el proporcionar atención médica en todas las situaciones de emergencia, de forma que pueden proporcionar diagnóstico y tratamiento de manera rápida (BARROETA URQUIZA Y BOADA BRAVO, 2011). De forma general, ante el inicio de síntomas sospechosos de SCA, se aconseja el uso de los dispositivos de emergencia sanitaria accesible telefónicamente, y se desaconseja el uso del transporte propio por los peligros que pueda conllevar cuando es la propia persona la que conduce.

Aunque se puede llegar antes al hospital utilizando medios propios, con el uso de los dispositivos de emergencia se accede antes al tratamiento, por lo tanto se recomienda su uso (HUTCHINGS ET AL., 2004; SALA ET AL., 2005; SO ET AL., 2006; SONG ET AL. 2010). Estas recomendaciones han sido objeto de debate, por las propias dificultades

en la medición de los distintos tiempos y la complejidad de los factores intervinientes en cada situación, por lo que también se ha puesto de manifiesto el preservar no solo la opción de llamar a los dispositivos de emergencia sino la recomendación de utilizar el vehículo familiar inmediatamente disponible (TURNER, 2005). De hecho, en algunos casos, el propio personal médico en la Atención Primaria ha aconsejado el que las personas se dirijan al hospital por sus propios medios (LOZZI ET AL., 2005).

En los trabajos publicados sobre el transporte utilizado en pacientes con SCA la información disponible no siempre ha permitido conocer las actuaciones específicas realizadas por hombres y mujeres y los factores asociados a dichas actuaciones. El tratamiento de la variable “sexo” como mera variable “de ajuste”, la no realización de análisis de forma separada para hombres y mujeres y la no inclusión de factores que, desde una perspectiva de género pueden estar determinando la forma de acceso, dificultan el conocimiento sobre el transporte prehospitalario. Por otro lado, hay que tener en cuenta las especificidades culturales, geográficas, de los propios sistemas de salud, etc. en los distintos países y regiones, en las distintas investigaciones sobre el transporte.

En España, en el estudio realizado por Carbajosa-Dalmau et al. (2010), el grupo de las mujeres fue más frecuente que acudieran por sus propios medios, o trasladadas por ambulancias medicalizadas (13% frente al 11,3% de los hombres), y en el grupo de los hombres fue más frecuente que acudieran transportados por ambulancia no medicalizada (26,9% frente al 16,7% de las mujeres), aunque estas diferencias no alcanzaron significación estadística. En Andalucía, según datos aportados por el Plan Integral de Atención a las Cardiopatías, quienes ingresaron por SCA en los hospitales públicos contactaron previamente con el sistema sanitario extrahospitalario en el 51% de los casos (de ellos, el 33% con el 061, el 48% con el centro de salud y el 19% con otros sistemas), mientras que el 49% restante acudieron directamente al hospital, utilizando medios propios (CONSEJERÍA DE SALUD, 2005:38).

Pese a las limitaciones en el análisis sobre el medio de transporte y el establecimiento de recomendaciones, los resultados arrojados por los estudios realizados han mostrado que, en general, las personas acuden en mayor medida en vehículos particulares, taxis u otro tipo de transporte público. Las personas que han sido transportadas por los servicios de emergencias tenían una edad más avanzada y estaban más graves (BROWN ET AL., 2000; OSGANIAN ET AL., 2002). También se ha observado que el tener conocimiento de la importancia de la rápida asistencia médica y de llamar a una ambulancia es más frecuente entre quienes han identificado los síntomas como de origen cardíaco (THURESSON ET AL., 2008). El vivir solo/a también se ha asociado a un mayor uso de los dispositivos de emergencia (BROWN ET AL., 2000). Las personas que viven solas pueden tener menos oportunidades de transporte. La no disponibilidad de vehículo propio y la mayor “dependencia” en ese sentido de parientes u otras personas, en el proceso de toma de decisiones y forma de traslado al hospital, son factores que además se han relacionado con una mayor demora prehospitalaria (MARRUGAT ET AL., 1998) y podrían estar afectando de manera especial a las mujeres. El pensar que los síntomas no son suficientemente graves, el que simplemente no se les ocurra llamar, el pensar que el acudir por medios propios es más rápido debido a la localización desde el lugar en el que aparecen los síntomas hasta el hospital, fueron algunos de los argumentos utilizados por las personas que no hicieron uso de los dispositivos de emergencia en aquellos lugares donde estaban disponibles. Las personas con IAM veían la ambulancia como una opción de transporte cuando se encontraban realmente enfermas, por lo que la llamada a los servicios de emergencia solo se realizó cuando percibían gravedad en los síntomas (MEISCHKE ET AL., 1995a; BOLÍVAR-MUÑOZ ET AL., 2007).

En algunos trabajos se ha mostrado que las mujeres son mayormente transportadas al hospital por ambulancias en comparación con los hombres, independientemente de factores como la edad o la gravedad (ZIMMERMAN ET AL., 2009; MATHEWS ET AL., 2011). Sin embargo, en otras investigaciones no se han apreciado diferencias entre hombres y mujeres en el uso de ambulancias, sino que son otros los factores, relacionados con las

características clínicas, demográficas o relacionadas con creencias (HUTCHINGS ET AL., 2004; THURESSON ET AL., 2008; HONG ET AL., 2009). Los resultados en la literatura internacional respecto a los factores socioeconómicos no son concluyentes, ya que según algunos estudios los grupos más desfavorecidos parecen realizar un menor uso de los dispositivos de emergencia (SIEPMANN ET AL., 2000; HONG-BING, 2009; SONG ET AL. 2010), mientras que en otros trabajos se ha observado un menor uso en los grupos más favorecidos (MEISCHKE ET AL., 1995b; SCHERER ET AL., 2012).

2.3.6. El tratamiento de la enfermedad

A principios de los años noventa se publicaron una serie de investigaciones sobre diferencias en el uso de procedimientos en hombres y mujeres hospitalizados por enfermedad coronaria y de manera específica en el IAM. A las mujeres que ingresaron en un hospital con dolor torácico se les realizó un número menor de pruebas exploratorias, procedimientos diagnósticos y terapéuticos como cateterismos o by-pass de coronarias (AYANIAN Y EPSTEIN, 1991; STEINGART ET AL., 1991). Ayanian y Epstein discutieron sobre sus resultados la posibilidad de que estas diferencias fuesen debidas a cuestiones clínicas, a las conductas de los y las pacientes o por sesgos de género en la atención sanitaria. Estas diferencias, según los autores, podrían no significar siempre una menor atención o tratamiento en las mujeres, sino que los hombres podrían estar “sobrediagnosticados” y “sobreatados”.

Desde los años noventa ha aumentado el conocimiento sobre los sesgos de género en el esfuerzo en todo el proceso terapéutico en el SCA y las ECV en general. Por un lado puede estar aplicándose el mismo tratamiento a hombres y mujeres cuando en realidad ese tratamiento se ha desarrollado a partir de estudios realizados con hombres y, por otro lado, también se pueden estar aplicando tratamientos con beneficios demostrados en ambos sexos de manera significativamente inferior en las mujeres (SCHULMAN ET AL., 1999; RUIZ CANTERO Y VERDÚ DELGDO, 2004; CHIEFFO ET AL., 2010).

En nuestro país también se han desarrollado trabajos que han puesto de manifiesto desigualdades en la aplicación de procedimientos terapéuticos en problemas cardiovasculares. Monteagudo-Piqueras y Sarria-Santamera (2006) observaron, en el grupo de ≥ 65 años, que a las mujeres se les practicaba un 34% menos de coronariografías y un 33% menos de intervenciones coronarias percutáneas que a los varones. Aguado-Romero et al. (2006) mostraron que las mujeres accedían con menor frecuencia que los hombres a los procedimientos cardíacos intervencionistas en Andalucía: en ellas se realizaron con menor frecuencia procedimientos diagnósticos y terapéuticos, incluso habiendo considerado la edad, el diagnóstico y la comorbilidad. Heras (2006) describió una menor utilización de fármacos antitrombóticos y bloqueadores beta en mujeres en el contexto de los SCA y una utilización inadecuada de las estatinas, entre otras. Concluyó que algunas características específicas de las cardiopatías en las mujeres están todavía mal identificadas y que son necesarios más estudios que demuestren el beneficio de las diferentes terapias y estrategias de tratamiento. Aldasoro et al. (2007) evidenciaron diferencias de género en el uso del tratamiento de revascularización precoz tras un IAM. Una parte importante de las diferencias se explicó por la distinta edad de presentación de la enfermedad. Las desigualdades persistieron incluso al eliminar el efecto de mayor comorbilidad y menor frecuencia de síntomas “típicos”, y fueron las de mayor edad las que sufrieron más inequidad. Sin embargo, estas desigualdades perdieron la significación estadística cuando las mujeres tardaban lo mismo que los hombres en acceder a los cuidados médicos, destacando el peso de los sesgos de género y no tanto factores clínicos en las diferencias en los tratamientos.

Calvo et al. (2008) mostraron cómo las mujeres tenían menos probabilidad de recibir fibrinólisis que los hombres, independientemente de su edad, antecedentes, procedencia o tamaño del hospital. En el mismo año, en el informe publicado sobre la situación en España de las enfermedades cardiovasculares en la mujer, se indicaba que “en conjunto, la intensidad del tratamiento y del esfuerzo diagnóstico, sobre todo si

consideramos el perfil clínico más desfavorable de las mujeres, puede ser valorado como menor en este grupo de población” (SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA, 2008b).

La investigación sobre la atención sanitaria ante ECV en las mujeres ha evidenciado que ellas deben presentar los mismos factores de riesgo, sintomatología, etc. que los hombres para recibir igual esfuerzo terapéutico. “Ser «como un hombre» ha sido históricamente un precio de las mujeres han tenido que pagar por la igualdad”, explicaba la cardióloga Healy en una editorial del año 1991 titulada “El síndrome de Yentl”, haciendo referencia al cuento que relata la historia de una chica judía que tuvo que disfrazarse de chico para poder ir a la escuela y estudiar el Talmud, vetado para las mujeres judías de finales del siglo XIX en la Europa Oriental (HEALY, 1991). Tajer (2009) señala que este síndrome hace referencia al “coste de género” en la atención a la salud, y es que la sociedad patriarcal trata más seriamente los problemas de los hombres, por lo que las mujeres, para que sean atendidas con calidad, deben enfermar como ellos. Otra situación que se da, en este mismo sentido, es la denominada por Tajer (2009) la “oveja negra”, y hace referencia al coste de detección y tratamiento para el sistema de salud, que se da cuando una persona contrae una enfermedad que no es esperable en su grupo. Por ejemplo, que una persona de alto nivel socioeconómico contraiga una enfermedad propia de las clases más desfavorecidas o, el caso que nos ocupa, que las mujeres tengan cardiopatías. Otra situación bastante frecuente es que las mujeres refieran dolores “típicos” de enfermedad cardíaca, pero sin que se pueda evidenciar desde las pruebas que se les realizan, ya que las pruebas podrían estar identificando mejor la enfermedad en los hombres, no en las mujeres. Es lo que se le llama Síndrome Cardíaco X (VELASCO ARIAS, 2010:49).

Además de las desigualdades de género, se ha puesto de manifiesto otro tipo de desigualdades en el acceso a actividades preventivas en atención primaria, y en la calidad y cantidad de procedimientos hospitalarios. Así, por ejemplo, en términos de actividades preventivas se han encontrado desigualdades para la detección precoz de la hipertensión (KAPLAN Y KEIL, 1993). También en nuestro contexto se observan

desigualdades en el consejo médico para dejar de fumar o para realizar actividad física en perjuicio de las personas más desfavorecidas (DAPONTE CODINA ET AL., 2008; MARTÍNEZ-GÓMEZ ET AL., 2013). Asimismo, algunos estudios han mostrado que las personas con menor nivel de estudios, nivel económico o residentes en áreas deprimidas, reciben menor tratamiento farmacológico y quirúrgico (Alter et al., 2004; Clark et al., 2009; HAWKINS ET AL., 2012).

2.3.7. La recuperación tras el episodio coronario

La experiencia vivida en el hospital, la información recibida por parte del personal sanitario o la implicación de los y las pacientes en la toma de decisiones durante la fase hospitalaria de la enfermedad, tienen un impacto en la recuperación y en la calidad de vida posterior de las personas con enfermedades cardiovasculares. Junto a las diferencias en los procedimientos terapéuticos, se han observado otras en el consejo y en las recomendaciones sobre hábitos de salud en las personas afectadas por la ECV durante la estancia hospitalaria¹. Las mujeres mayores están menos satisfechas con su participación en la toma de decisiones durante la fase hospitalaria e informan recibir recomendaciones preventivas en menor medida en comparación con los hombres (ARNETZ Y ARNETZ, 2009).

Una vez hombres y mujeres reciben el alta en el hospital se produce la vuelta al hogar. El restablecimiento y la recuperación tras la enfermedad son desiguales en hombres y mujeres, con resultados perjudiciales para ellas. Con la vuelta al hogar, los roles tradicionales de género impactan de forma negativa en la recuperación de las mujeres. Algunos estudios han mostrado que los hombres enfermos implican más a sus esposas en su recuperación y reciben más ayuda y apoyo, mientras que las mujeres que han sufrido un IAM reciben menor apoyo social y de otro tipo en comparación con

¹ Por ejemplo, recomendaciones sobre dieta o actividad física. Es lo que se denomina prevención secundaria.

los hombres. De hecho, ellas experimentan falta de convencimiento sobre sus problemas de corazón por parte de las personas que las cuidan y reciben menos ayuda con las tareas del hogar por parte de cuidadores o cuidadoras informales (JOHANSEN, 1999; KRISTOFFERZON ET AL., 2003; MONTEAGUDO-PIQUERAS Y SARRIA-SANTAMERA, 2006).

Algunas investigaciones sugieren que los hombres casados van más a rehabilitación y que las mujeres casadas van menos por necesidad de atender las responsabilidades familiares (COOPER ET AL., 2002). La división sexual del trabajo constituye uno de los ejes principales del análisis de género. En las distintas sociedades, los patrones culturales tradicionales asignan a las mujeres el papel de proveedora principal de atención y cuidado a las personas dependientes y al conjunto de la familia (GARCÍA CALVENTE ET AL., 2004). La mayor influencia de la opinión de los hijos e hijas adultos en las mujeres también se ha configurado como elemento motivador para acudir a estos programas de rehabilitación cardíaca (LIEBERMAN ET AL., 1998).

La decisión de asistencia a un programa de rehabilitación cardíaca se ha asociado, en algunas investigaciones, a las creencias relativas a la identificación de una causa conocida que explique la enfermedad y al control percibido de la enfermedad. La percepción de las consecuencias también se ha utilizado para predecir la asistencia a programas de rehabilitación cardíaca, de forma que el asistir a rehabilitación se ha relacionado significativamente con una mayor creencia de que la enfermedad tiene serias consecuencias y puede ser curada o controlada (PETRIE ET AL., 1996; COOPER ET AL., 1999). En 2003, Doiron y Meagher realizaron un estudio sobre un grupo de mujeres en el que se observó la contradicción entre el conocimiento socialmente construido (las mujeres no enferman de IAM) y la realidad de sus experiencias, lo que les ocasionaba incertidumbre y falta de control sobre la enfermedad. A diferencia de los hombres, las mujeres pueden estar atribuyendo en mayor medida las causas de su enfermedad cardiovascular a factores no controlables, como el estrés o los antecedentes familiares (HAMMOND ET AL., 2007). Entre las supervivientes de infarto del estudio de Finnegan et

al., algunas mujeres afirmaron que su vida estaba en manos de Dios y que todavía no habían sido llamadas (FINNEGAN ET AL., 2000).

Las mujeres y las personas mayores parecen beneficiarse menos de los programas de rehabilitación cardíaca (ANDERSON ET AL., 2007). También se han evidenciado desigualdades socioeconómicas en el acceso a la rehabilitación cardíaca en perjuicio de aquellas personas con un nivel educativo más básico y con menores ingresos (ALTER ET AL., 2004; NIELSEN ET AL., 2008). En España la población que accede a estos programas (un 3%) es escasa, en comparación con otros contextos europeos en los que hay mayor número de programas y una mayor participación de hombres y mujeres (CANO ET AL., 2012). Según un estudio realizado en nuestro país en el año 2003, en 10 de las 11 unidades de rehabilitación analizadas, el número de mujeres fue inferior al 20%, lo que pone de manifiesto importantes desigualdades de género y territoriales (MÁRQUEZ CALDERÓN ET AL., 2003).

El diseño y la organización de los programas de rehabilitación pueden ser cuestionados, desde una perspectiva de género, por no adecuarse a las mujeres. Si bien se asume que la rehabilitación cardíaca también puede ser positiva para la salud de las mujeres, la evidencia de sus beneficios está basada predominantemente en los hombres, porque son los que principalmente participan. En un estudio realizado en Suecia, las mujeres que participaron en un programa de rehabilitación cardíaca presentaron un aumento en angina de pecho, en procedimientos quirúrgicos y rehospitalizaciones en comparación con las que no participaron. Algunos estudios sugieren que serían necesarios programas más integrales, más allá de los tradicionales orientados para hombres (FRIDLUND, 2000; RUIZ CANTERO Y VERDÚ DELGADO, 2004; BECKIE Y BECKSTEAD, 2010), y adaptados para grupos socioeconómicamente más desfavorecidos (MEILLIER ET AL., 2012; PERK ET AL., 2012).

3. La importancia de una pronta actuación ante el inicio de los síntomas

3.1. Las recomendaciones sanitarias para una pronta asistencia ante el SCA

Desde las sociedades profesionales, las autoridades sanitarias y la propia comunidad investigadora, se destaca la importancia de la existencia de un sistema de emergencias accesible telefónicamente y su conocimiento por parte de la población. En los países que disponen de dispositivos de emergencias, de forma general, se aconseja a la población una rápida actuación y el transporte mediante una ambulancia asistida y debidamente equipada.

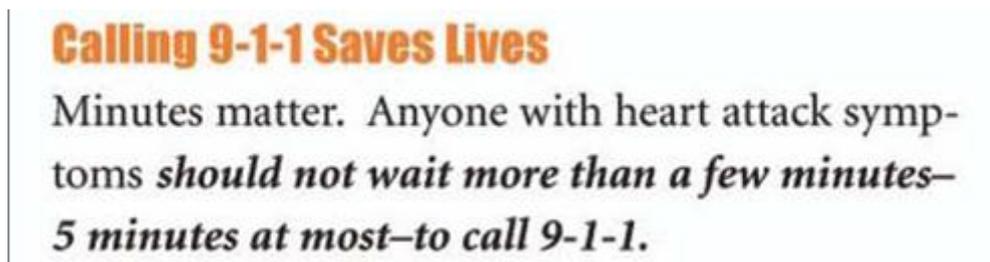
Tal y como hemos apuntado anteriormente, una parte importante de la mortalidad prehospitalaria se debe a complicaciones que, en algunos casos, se pueden resolver si el o la paciente recibe la atención adecuada. Ya hemos visto que el pronóstico de estas personas es dependiente del tiempo. A medida que transcurre el tiempo aumenta la gravedad y la mortalidad, de ahí la importancia de conocer los factores intervinientes en el proceso y de conseguir un rápido acceso a un sistema sanitario cualificado. Algunos estudios resaltan el hecho de que los dispositivos de emergencia médica no son solo un medio de transporte, sino que también proporcionan diagnóstico y tratamiento (BROWN ET AL., 2000; THURESSON ET AL., 2007; JOHANSSON ET AL., 2008; HUTCHINGS ET AL., 2004), si bien también se ha aconsejado el acudir al hospital mediante el vehículo familiar inmediatamente disponible (TURNER, 2005; LOZZI ET AL., 2005).

Las recomendaciones realizadas por la OMS (2006) para una pronta asistencia ante el SCA están dirigidas a una audiencia mundial, con lo que no se puede tener en cuenta las situaciones concretas de diferentes países y poblaciones (indican la necesidad de que las asociaciones profesionales locales lo traduzcan y adapten para su uso local). Tanto para el caso de IAM como de AI, una vez se ha recomendado hacer uso del tratamiento farmacológico correspondiente señala: "Si tiene un hospital cerca de casa,

pídale a alguien que llame una ambulancia o lo lleve a urgencias de inmediato. Si no hay ningún hospital ni centro de salud cercano, llame al médico enseguida” (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2006:15).

Las guías publicadas por la American College of Cardiology y la American Heart Association Task Force para el manejo del SCA recomiendan que las personas con síntomas de SCA (molestias en el pecho con o sin irradiación al brazo, la espalda, el cuello, la mandíbula, falta de aliento, debilidad, sudoración, náuseas, sensación de mareo) deberían llamar al teléfono de emergencias sanitarias (911) y deberían ser transportadas al hospital por ambulancia, en lugar de por amistades o familiares (ANTMAN ET AL., 2004, ANDERSON ET AL., 2007) (Figura 8):

Figura 8. Actúa a tiempo ante síntomas de ataque al corazón



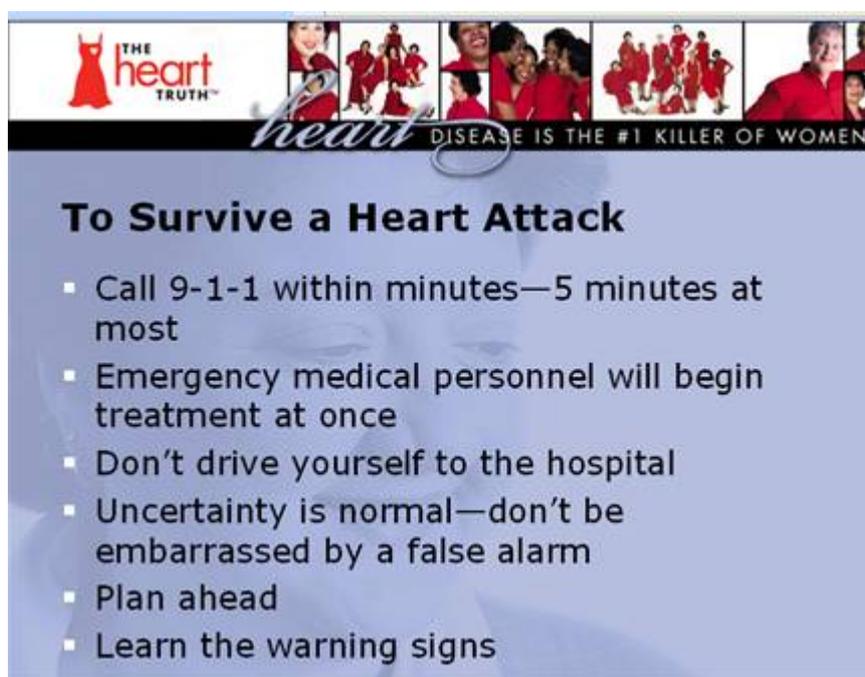
Fuente: ANTMAN ET AL., 2004.

De manera específica para las mujeres, en los últimos años se están dirigiendo recomendaciones en el contexto internacional. Así, en Estados Unidos, la Women’s Heart Foundation, en su plan de acción para las mujeres se indica que busquen atención y tratamiento de forma rápida y llamen a los dispositivos de emergencia. Siguiendo en Estados Unidos, la presentación de la Campaña Nacional de Concienciación sobre las enfermedades cardiovasculares en las mujeres, “La verdad acerca del corazón” (“The Heart Truth” en su versión en inglés), del Departamento de Sanidad y Servicios Sociales, indica de manera específica que deben “llamar al teléfono de emergencias sanitarias”. Gracias a la llamada, “el personal de emergencias médicas iniciará el tratamiento rápidamente”, y no deben sentirse avergonzadas si se trata de una falsa alarma. También advierten “no conduzcas tú misma hasta el hospital” y

“conoce los signos de alarma” (Figura 9). Orientado a las mujeres latinas, la oficina para la salud de la mujer del Sanidad y Servicios Sociales de Estados Unidos aconseja la llamada al 911 sin perder tiempo ante la aparición de dolor y opresión en el pecho, dolor inusual en la parte superior del cuerpo, falta de aire, sudor frío, fatiga inusual, mareo o aturdimiento repentinos y náusea (sentir el estómago revuelto) (Figura 10).

Figura 9. Campaña “La verdad acerca del corazón”.

Indicaciones sobre cómo sobrevivir a un ataque al corazón



THE heart TRUTH™

heart DISEASE IS THE #1 KILLER OF WOMEN

To Survive a Heart Attack

- Call 9-1-1 within minutes—5 minutes at most
- Emergency medical personnel will begin treatment at once
- Don't drive yourself to the hospital
- Uncertainty is normal—don't be embarrassed by a false alarm
- Plan ahead
- Learn the warning signs

Fuente: NATIONAL INSTITUTE FOR HEART, LUNG AND BLOOD (NHLBI) (2002).

Figura 10. Información acerca de los ataques al corazón para las mujeres.

Indicación sobre la actuación a realizar.



Haga la Llamada. ¡No Pierda Tiempo!

Información acerca de los ataques al corazón para las mujeres, ahora con más materiales en español.

Conozca los Síntomas.

Las guías de atención al SCA de la Sociedad Europea de Cardiología subrayaban el papel clave de los Servicios Emergencia Médicas en el diagnóstico, estratificación y tratamiento de estas personas, recomendando que el acceso al sistema sanitario sea mediante los sistemas de emergencia. En la última guía disponible de práctica clínica de la Sociedad Europea de Cardiología sobre IAM con ST se indica que:

“La mejoría del conocimiento por parte del paciente y de la opinión pública sobre los síntomas que se relacionan potencialmente con el IAMCEST y la necesidad de llamar al servicio médico de urgencias directamente, preferiblemente a través de un número único telefónico centralizado, es una herramienta importante para reducir el retraso en la atención al paciente” (STEG ET AL., 2013).

En nuestro país, uno de los objetivos principales de la Estrategia Española de Cardiopatía Isquémica relacionado con la asistencia prehospitalaria es el “proporcionar asistencia in situ, con capacidad de desfibrilar en el menor tiempo posible, y proporcionar transporte rápido al hospital, con personal capacitado y equipamiento adecuado” (MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD, 2011:43-46). Como recomendaciones para la consecución de estos objetivos, indican:

“Elaborar y poner en marcha un plan estratégico de comunicación a las poblaciones de interés, orientado a lograr un uso más eficiente de los sistemas de emergencias.

Extender el sistema de transporte medicalizado (personal sanitario y desfibrilador) para toda la población, tanto urbana como rural, con los menores retrasos posibles.

“Coordinación de la asistencia entre los sistemas de emergencias médicas y los hospitales receptores”.

Desde las distintas Comunidades Autónomas también se lanzan indicaciones a la población, relativas a la forma de actuar ante el inicio de los síntomas de infarto. Algunos ejemplos ilustrativos que mostramos son las campañas específicas de Asturias, Cataluña y Andalucía. No obstante, en estas campañas no se han identificado recomendaciones específicamente dirigidas hacia las mujeres.

En la *Guía de Recomendaciones clínicas de Cardiopatía isquémica de Asturias* del año 2005 se establece que: “Los pacientes con síntomas coronarios deben ser transportados hacia el hospital en una ambulancia antes que por sus amigos o familiares” (CONSEJERÍA DE SALUD Y SERVICIOS SANITARIOS, 2005). En Cataluña, la campaña puesta en marcha en el año 2012 indica: “¿Dolor en el pecho? Llama al 112. Conoce los síntomas. Los segundos cuentan. Llama al 112 y recibe tratamiento” (DEPARTAMENT DE SALUT. GENERALITAT DE CATALUNYA, 2012). (Figura 11).

Figura 11. Campaña “Dolor al pit”.



En Andalucía, desde la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias (EPES), se recomienda:

“Si es testigo de una situación en la que alguien sufre un fuerte dolor en el pecho y malestar general: Llame al 061 o al 902 505 061. Coloque al paciente en posición semisentado o acostado con la cabeza más alta que el resto del cuerpo. Quite o afloje cualquier prenda que le apriete y haga sitio a su alrededor para que se ventile suficientemente. Siga en todo momento las instrucciones que se le den por teléfono, siempre es en beneficio del paciente”.

El “Programa Corazón”, puesto en marcha por la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias, tiene como objetivo mejorar la atención sanitaria en pacientes que han sufrido un infarto agudo de miocardio o angina de pecho. Los consejos a estas personas son los siguientes:

“Tranquilidad. Su dolor puede ser una angina de pecho, manifestación de su enfermedad cardíaca.

Debe sentarse. Si estaba realizando alguna actividad física, suspéndala de inmediato.

Recuerde el momento exacto en el que ha comenzado el dolor (hora y minutos).

Poner un comprimido de Vernies, una cafinitrina o dos pulsaciones de spray de nitroglicerina debajo de la lengua.

Mueva la lengua hacia ambos lados para que los comprimidos se disuelvan mejor facilitando así su absorción.

Si a los 5-10 minutos no ha desaparecido completamente el dolor, ponga un nuevo comprimido de Vernies o Cafinitrina debajo de la lengua y espere otros 5 o 10 minutos. Si el dolor no cesa tome otra dosis.

Si con la tercera toma no desaparece el dolor tome media aspirina (si no es alérgico y la tolera habitualmente) y llame al 061 o acuda al centro de salud más próximo. En cualquier caso, no espere más de 20 minutos desde la aparición del dolor”.

3.2. ¿Hacia dónde miran las campañas de concienciación?

En el apartado anterior se han apuntado algunas de las recomendaciones a la población sobre cómo debe actuar ante el inicio de los síntomas de infarto o angina. Sin embargo, ¿cómo pueden actuar las personas ante el inicio de los síntomas si desconocen lo que está sucediendo?, ¿cuáles son los mensajes para promover la salud cardiovascular en hombres y mujeres?, ¿hay algún tipo de orientación en las campañas de salud cardiovascular específica para las mujeres? La situación difiere según los países. A nivel internacional se han venido desarrollando en los últimos diez años importantes programas dirigidos a las mujeres de forma específica. Uno de los más importantes es, como hemos visto con anterioridad, “La verdad acerca del corazón” (“The Heart Truth”). Se trata de una campaña norteamericana promovida por el National Heart, Lung and Blood Institute (NHLBI). Esta campaña se inició en 2002 con el fin de alertar y concienciar a las mujeres sobre las enfermedades cardiovasculares (NATIONAL INSTITUTE FOR HEART, LUNG AND BLOOD, 2002). Un elemento destacable de esta campaña es que presta especial atención a grupos de especial vulnerabilidad como las

mujeres afroamericanas o latinas, y establece recomendaciones específicas sobre cómo actuar ante un posible caso de IAM o AI.

También en el año 2002, la Asociación Americana del Corazón y la Federación Mundial del Corazón (World Heart Federation, WHF) inician la campaña “Vestir de rojo” (“Go Red for Women”). Para este programa, el “Vestido rojo” (“Red Dress”) es el símbolo nacional para las mujeres en relación a las enfermedades cardiovasculares (NATIONAL INSTITUTE FOR HEART, LUNG AND BLOOD, 2002). En la actualidad, esta campaña está extendida a más de cuarenta países de todo el mundo, entre los cuales no se encuentra España¹. El vestido rojo pretende aumentar la atención sobre las enfermedades cardiovasculares en las mujeres y su importancia para la concienciación de las propias mujeres está reconocida. No obstante, la campaña, configurada de manera similar al lazo rosa de la lucha contra el cáncer de mama, no está, al igual que esta, exenta de críticas.

El lazo rosa, emblema de la lucha del cáncer de mama, fue creado como símbolo identificador de la enfermedad. En sus orígenes, uno de los objetivos principales era el de replantear tanto la cirugía que se realizaba como la práctica médica dominante, ya que el personal médico decidía sobre la extirpación o no de los senos en una operación, sin contar con la autorización de las propias mujeres. En este proceso se fueron formando coaliciones con profesionales de la medicina, personal investigador, instituciones e industrias farmacéuticas. En las campañas se realizan carreras, caminatas y otras actividades para mujeres supervivientes de cáncer de mama y mujeres en general, con una importante cobertura mediática, y es una oportunidad

¹ En países como Argentina se han desarrollado campañas como “Cuidá tu corazón”. En Chile “Mujeres en rojo” y en República Dominicana “De rojo por la mujer”. También en países como Australia, Malasia, Singapur, Taiwan, Kenia, Nigeria y otros países americanos, asiáticos y africanos se han publicado informes y se han realizado campañas y foros. En Europa se han realizado diversas campañas en Austria, Eslovaquia, Eslovenia, Finlandia, Holanda, Hungría, Irlanda, Islandia, Italia, Latvia, Lituania, Noruega, Polonia, Portugal, Rusia, , Suecia y Suiza.

para recaudar fondos. No obstante la campaña del lazo o cinta rosa está siendo revisada críticamente desde enfoques feministas y otros grupos activistas contra el cáncer. Su cuestionamiento parte del hecho de que el éxito mediático está dando la imagen de que la lucha contra la enfermedad está progresando, cuando en realidad apenas está empezando. También se ha criticado el hecho de que estas campañas imponen un modelo de optimismo de las mujeres con cáncer de mama como una forma de tiranía, cuando en realidad muchas de estas mujeres realmente sienten emociones de ira, tristeza o similares. Asimismo, se ha cuestionado el reforzamiento de estereotipos de género, como la restauración del cuerpo (la idea de que la recuperación implica necesariamente la reconstrucción de los senos). Por último, hay que tener en cuenta también los intereses de la industria farmacéutica y tecnológica en el mantenimiento de la lucha contra el cáncer (LERNER, 2010; SULIK, 2010).

En la misma línea, Pollock (2010) ha reflexionado sobre estas campañas y ha señalado que, además de haber tenido menos impacto en comparación con el lazo rosa, un “bonito vestido rojo” y las estadísticas presentadas no son suficientes para generar concienciación en las mujeres. Los discursos lanzados en estas campañas sobre el “hecho” de que los corazones de las mujeres son más difíciles de interpretar en comparación al de los hombres refuerza sentimientos de decepción de las mujeres, cuando en realidad el foco de atención no debería estar ahí. La toma de conciencia en las mujeres sobre el hecho de que ellas también están en riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares y la búsqueda de ayuda médica y la toma de conciencia del personal médico sobre el hecho de que también las mujeres necesitan tratamiento médico (objetivos perseguidos por esta campaña, además de recaudar fondos para investigación, etc.), no son suficientes, porque se centran en las personas, tanto en el foco del problema como en su solución. Según esta autora, es necesario ir más allá de lo individual, puesto que la concienciación debe ser entendida de forma más holística, en el sentido de ser conscientes de los determinantes sociales y de las formas de vida que están detrás de estas enfermedades, así como de la necesidad de

negociar los roles que se atribuyen tradicionalmente a hombres y mujeres (POLLOCK, 2010).

Más allá de las propias campañas, también es necesario llamar la atención sobre la representación que, desde medios como el cine y la televisión, se realiza en torno a las enfermedades cardiovasculares. La imagen de la persona (generalmente hombre) que se detiene bruscamente poniendo su mano en el pecho, con gestos de sentir un dolor terrible, y que acto seguido se desploma en el suelo, es la imagen que presentan la televisión y el cine sobre los síntomas de un infarto. Es el llamado “mito de Hollywood sobre el ataque al corazón”. Esta dramatización resulta engañosa, con un importante riesgo de que los hombres y las mujeres no reconozcan sus propios síntomas (SMITH, 2008; BRITISH HEART FOUNDATION, 2012).

¿Cuál es la situación en nuestro contexto? Si realizamos una revisión de las campañas de salud cardiovascular promovidas desde las distintas autoridades sanitarias, se puede observar que no tienen una orientación de género, que en algunos casos ni siquiera tienen en consideración a las mujeres y que tampoco están dirigidas a grupos vulnerables, como pueden ser grupos socioeconómicamente más desfavorecidos o población de zonas rurales. En general son campañas dirigidas bien a la población general, bien a los considerados grupos tradicionales de riesgo, como pueden ser hombres fumadores o personas diabéticas o con sobrepeso, para que controlen dichos factores de riesgo por las consecuencias que ello puede tener para su salud cardiovascular.

En España son diversas las campañas de salud cardiovascular que se han desarrollado desde el Ministerio, también a nivel de Comunidades Autónomas y desde sociedades profesionales, científicas, fundaciones y la industria farmacéutica. A nivel ministerial se vienen desarrollando anualmente diversas campañas de prevención del tabaquismo, reducción de la obesidad infantil y de promoción de “estilos de vida saludables” en general (dieta, práctica de actividad física, consumo de alcohol, entre

otros). En el año 2007 se lanzó, de manera puntual, una campaña específica para la prevención enfermedades cardio y cerebrovasculares bajo el lema “Cuidarte es el hábito más saludable”. El público objetivo de la campaña fue la población en general y se difundió mediante televisión, Internet, cuñas de radio, carteles y folletos. En los materiales elaborados para su difusión la única referencia a las mujeres puede leerse en los folletos:

“El infarto de miocardio tiene una mayor incidencia en los hombres, afectando de forma importante también a las mujeres. La enfermedad cerebrovascular daña a los vasos sanguíneos que irrigan el cerebro. El ictus (hemorragia o trombosis) es la más habitual y la padecen en mayor medida las mujeres” (MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD, 2007).

En el año 2009 la Fundación Española del Corazón (FEC), junto con la Sociedad Española de Cardiología (SEC) y los grupos farmacéuticos Novartis y Esteve, pusieron en marcha una campaña de salud cardiovascular en diferentes parlamentos autonómicos. El proyecto, “Tu corazón es vital. Toma el control”, tenía como objetivo principal sensibilizar y concienciar a la población sobre la importancia del control de la salud cardiovascular y sus factores de riesgo, a través de la implicación de la clase política. La “población” y la “clase política” (diputados y diputadas principalmente) fueron los principales destinatarios de dicha campaña.

El programa Cardiorisc “Cuídate Corazón” desarrollado por la Sociedad Española de Hipertensión Arterial, Liga Española para la lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA) y promovido por laboratorios Lacer, tenía como objetivo mejorar la atención farmacéutica sobre riesgo cardiovascular. Para ello desarrolló, en el año 2010, una herramienta de detección y seguimiento de pacientes con riesgo cardiovascular (LACER, 2010), para ser utilizada a través de las farmacias. Así, quienes han participado de este programa pueden conocer su riesgo cardiovascular a partir de la cumplimentación de un cuestionario *on line* en las propias farmacias. Esta herramienta, sin embargo, no considera factores de riesgo específicos en las mujeres, ni hace en ningún momento referencia a estas. Tampoco está orientado hacia quienes precisamente presentan

prevalencias más altas en factores de riesgo tradicionales –tabaquismo, obesidad, sedentarismo, etc.– como son los grupos socioeconómicamente más desfavorecidos.

Un claro ejemplo de la falta de sensibilidad sobre las enfermedades cardiovasculares en las mujeres en nuestro país es la campaña “Marca un gol a la Hipertensión” desarrollada también en el año 2010, con el apoyo de la SEH-LELHA. Se trata de una campaña de sensibilización, dirigida especialmente a personas mayores de 50 años y a las personas afectadas de hipertensión y otras patologías vinculadas a las enfermedades cardiovasculares, acerca de la importancia de la práctica del ejercicio físico para prevenir enfermedades y disfrutar de una mejor calidad de vida. Esta campaña contaba en su inauguración con Vicente del Bosque, entrenador de la Selección Española de Fútbol. En la web se podían encontrar consejos sobre el ejercicio físico y la alimentación cardiosaludable y, a través de un pequeño test, los “usuarios” conocían si su nivel de ejercicio era el adecuado. Durante tres meses, solo por participar en el test, quienes visitaran la web accedían al sorteo diario de un balón de fútbol firmado por la selección española. Si bien la campaña ya finalizó, y no disponemos de información específica sobre su contenido, la utilización del fútbol como deporte para promover la práctica de actividad física y el propio lema de la campaña determina a qué público va dirigida, especialmente si pensamos en personas mayores (Figura 12).

Figura 12. Campaña “Marca un gol a la Hipertensión”.



Fuente: Página web de la campaña “Marca un gol a la Hipertensión”.

Desde los portales web de salud de las distintas Comunidades Autónomas se puede acceder a contenidos de salud cardiovascular dirigidos tanto a la ciudadanía como a profesionales. Analizando la distinta información ofrecida por dichas plataformas¹, se observa que las campañas, guías, folletos etc. van dirigidos a población general, sin hacer especial énfasis en las mujeres. En algunos espacios se hace distinción entre los hombres y las mujeres en la identificación de los síntomas y su reconocimiento. La mayoría de la información sobre salud dirigida a las mujeres versa sobre cáncer (de mama y de útero), salud sexual y reproductiva, embarazo y violencia de género. Sin embargo, en algunas plataformas web, puede destacarse información específica sobre salud cardiovascular orientada hacia las mujeres. Así, por ejemplo, en el año 2000 se desarrolló en Canarias un programa de prevención y control de la Enfermedad Cardiovascular en Atención Primaria, con información específica para mujeres (CONSEJERÍA DE SANIDAD, 2000). En Galicia, en el año 2009 se desarrolló una *Guía Técnica del proceso de atención a la cardiopatía isquémica*, en el marco del Plan de Atención Integral a la Salud de la Mujer del año 2009 (CONSELLERÍA DE SANIDADE, 2009). En el año 2010 se desarrolló en la Comunitat Valenciana una Jornada sobre Salut cardiovascular i Gènere (CONSELLERIA DE SANITAT, 2010). Finalmente, cabe destacar en Aragón el Programa Aragonés Mujer y Corazón (PAMYC) (Figura 13). Este programa está orientado a mejorar el conocimiento de la enfermedad cardiovascular y de sus factores de riesgo en las mujeres, y a sensibilizar a la población en general y más especialmente a las mujeres y a sus médicos de la importancia de la cardiopatía isquémica y en concreto del infarto agudo de miocardio como principal problema de salud. Concretamente busca:

“– Sensibilizar a la población de la importancia de la Cardiopatía Isquémica en la Mujer como problema de Salud, al menos al mismo nivel que otras ya incluidas en su mentalidad preventiva, como el cáncer de mama.

¹ Entre los meses de marzo y mayo de 2012 realicé una revisión de los contenidos sobre corazón, salud cardiovascular y promoción de la salud en las páginas web de los gobiernos de salud de cada una de las 17 Comunidades Autónomas, Ceuta y Melilla (Servicios de salud, Departamentos de sanidad, Consejerías de Salud, etc.).

- Promocionar la salud cardiovascular, de forma que las personas adquieran hábitos y costumbres dentro de su entorno social, que genere bienestar y ayude a prevenir la aparición de enfermedad.
- Llamar la atención de los profesionales sanitarios de todos los ámbitos asistenciales para mejorar la identificación precoz de la mujer con Síndrome coronario agudo y conseguir la optimización de su tratamiento en la práctica real de acuerdo con las recomendaciones de las guías de las diferentes sociedades”.

En definitiva, si bien existen algunas campañas y actuaciones específicas en nuestro país en relación a las ECV en las mujeres, desde las autoridades sanitarias, la salud de las mujeres sigue circunscribiéndose a la salud reproductiva y la violencia de género, lo cual contribuye al mantenimiento de la invisibilidad de estas enfermedades en las mujeres.

Figura 13. Folleto actividades en el marco de las III Jornadas Salud y Corazón, del Programa aragonés “Mujer y Corazón”



3.3. Justificación de este estudio

Desde una disciplina como la epidemiología social y una mirada de equidad de género y social, este trabajo aborda las actuaciones de hombres y mujeres en

Andalucía desde el momento del inicio de los primeros síntomas o malestares hasta que reciben asistencia sanitaria por SCA, analizando además las “diferencias” entre hombres y mujeres y entre distintos grupos socioeconómicos. Las diferencias, en tanto que injustas y evitables, son desigualdades en el acceso al sistema sanitario, un importante determinante de la salud de las poblaciones y de manera especial en el caso de las enfermedades cardiovasculares.

Para comprender el proceso seguido por hombres y mujeres con un posible SCA, desde el inicio del dolor, o síntomas equivalentes, hasta que son atendidos en una unidad hospitalaria, hay que tener en cuenta diversos factores que además actúan de distinta manera según las relaciones de género y las características socioeconómicas de las personas. El análisis de estos factores puede resultar de utilidad para el abordaje de estrategias para la mejora de la atención en la fase prehospitalaria. En el trabajo que aquí se presenta se describe todo el proceso, desde que se inicia en las personas los síntomas o malestares, hasta que llegan a una unidad hospitalaria. Se han considerado, principalmente, los pensamientos en esos momentos sobre lo que les está sucediendo, la percepción de gravedad, la sintomatología expresada y su interpretación, el lugar donde se encontraban, con quién se encontraban, quién o quiénes tomaron las decisiones, qué tipo de ayuda solicitaron, qué medio de transporte utilizaron y cuánto tiempo emplearon, entre otros aspectos.

Las oportunidades de mejora y de reducción de la mortalidad para esta enfermedad residen principalmente en esta fase, en tanto que ha mejorado de manera importante la atención hospitalaria (fase hospitalaria). De ahí la importancia de conocer las actuaciones y el contexto en el que se produce la toma de decisiones por parte de hombres y mujeres en la fase prehospitalaria, para proporcionar información relevante que pueda dar claves para el desarrollo de estrategias orientadas a la reducción de la demora y la pronta actuación de estas personas, teniendo en cuenta además el enfoque de las desigualdades sociales y de género.

4. Objetivos de investigación e hipótesis

4.1. Objetivo general

Conocer el proceso de búsqueda de ayuda seguido por hombres y mujeres con Síndrome Coronario Agudo (Infarto Agudo de Miocardio y Angina Inestable) desde el inicio de los síntomas hasta el ingreso en un hospital del sistema sanitario público en Andalucía, desde una mirada de género y de desigualdad social.

4.2. Objetivos específicos

1. Describir las diferencias y similitudes entre hombres y mujeres en el proceso de búsqueda de ayuda ante el inicio de la sintomatología o malestar y hasta que llegan al hospital.
2. Analizar los factores asociados a una demora prehospitalaria mayor de una hora, desde el inicio de los síntomas hasta la llegada al hospital, examinando la existencia de desigualdades de género y otras desigualdades sociales.
3. Analizar los factores asociados a la utilización de medios propios para el traslado al centro sanitario, examinando la existencia de desigualdades de género y otras desigualdades sociales.

4.3. Hipótesis

Los hombres y las mujeres realizan actuaciones diferentes ante el inicio de los síntomas de SCA en Andalucía. Estas diferencias se presentan tanto en las

circunstancias en las que se encuentran ante el inicio de los síntomas, como en las actuaciones realizadas, los tiempos y el transporte empleado.

Hay desigualdades de género y otras desigualdades socioeconómicas en las actuaciones realizadas en la búsqueda de asistencia sanitaria en hombres y mujeres con SCA.

Capítulo 2. El proceso de investigación

1. Tipo de estudio

En este estudio hemos aplicado metodología cuantitativa. Existe un amplio debate desde las ciencias sociales y humanas sobre los paradigmas “cuantitativo” y “cualitativo”. El empirismo, y por tanto la cuantificación, constituye el paradigma dominante, estandarte de la supuesta “objetividad” y “neutralidad” de la ciencia y, de manera especial, en la ciencia médica. Algunas de sus principales críticas se refieren a su marcado carácter individualista, la visión atomizada de la sociedad y la incapacidad de captar las estructuras sociales, inclusive la explicación de los cambios sociales por la falta de perspectiva histórica y la falsedad en la pretensión de emular a las denominadas ciencias “físicas” o “naturales” (LOWY, 1974:266; BOURDIEU, 1978).

Desde el feminismo también se han puesto en cuestión los principios positivistas de objetividad y neutralidad del conocimiento científico. Durante las últimas décadas las investigadoras feministas han planteado desafíos a los análisis que la ciencia social hace de las mujeres, de los hombres y de la vida social en su conjunto: la mayoría de las veces la ciencia social, para su análisis, parte de las experiencias de los hombres, blancos, occidentales y burgueses (HARDING, 1987). También se ha analizado cómo las herramientas metodológicas cuantitativas objetivan la subjetividad y de qué manera la objetividad misma es una “cortina de humo” para los intereses de los hombres, la perspectiva y los privilegios de estos, y se omite a las mujeres en las investigaciones. A la asociación binaria de lo “cualitativo” y “cuantitativo” se fue configurando la estructuración dual de mujer/hombre, blando/duro, intuitivo/racional, y subjetividad/objetividad, interpretación/ciencia, por lo que las metodologías cualitativas se han visto como la forma más apropiada para posibilitar el escuchar y el dar voz a las mujeres (HUGHES Y COHEN, 2012).

Las metodologías cualitativas permiten capturar mejor las relaciones de género y su impacto en la salud. De hecho, es desde orientaciones cualitativas vinculadas a disciplinas como la antropología, la sociología y las ciencias sociales en general, desde

donde mayormente se han abordado los estudios con perspectiva de género. Como bien señala Ruiz Cantero (2006:7): “Los métodos cuantitativos son buenos para identificar, pero no son demasiado capaces para interpretar cómo interactúan los factores que subyacen en los comportamientos, en las opiniones y experiencias...”.

Si bien hay un especial énfasis en la importancia de los métodos cualitativos en los estudios de género¹, hay también investigadoras que han trabajado en la recuperación o “rescate” de “lo cuantitativo” (WESTMARLAND, 2001; HUGHES Y COHEN, 2012) y en la superación de lo que denominan una “dicotomía estereotipada” establecida sobre ambos métodos. Esta nueva reorientación se explica por el reconocimiento de la importante contribución desde “los números” a la visibilización de la situación de las mujeres o a la identificación de desigualdades de género, pero también ante ciertas dificultades o posibles rigideces planteadas en los métodos cualitativos (ROMO, 2009). Además, se ha mostrado que criterios como el geográfico o la disciplina desde la cual se aborda son factores a tener en cuenta sobre la dominancia de un método u otro en los estudios sobre género, mujeres y feminismo (HUGHES Y COHEN, 2012).

En las ciencias de la salud siguen siendo importantes los debates conceptuales, más o menos superados desde el feminismo, como el de la dicotomía sexo-género, debates que, frecuentemente, van en paralelo a la dicotomía cuantitativo-cualitativo. Esto podría dar lugar a una falta de libertad metodológica de los estudios sobre género y salud, y a una falta de espacio para reflexiones más productivas. Desde otro plano el género, en tanto que presente en todas las acciones humanas y sus productos, debe ser tenido en cuenta en la práctica investigadora, y la variedad de métodos debe ser amplia: “cada acto de una investigación puede ser construido y negociado desde la perspectiva de género”. La inclusión de la perspectiva de género añade calidad y rigor

¹ Algunos rasgos característicos del método feminista son, según Harding, el avance hacia nuevos recursos empíricos y teóricos (la orientación hacia las experiencias de las mujeres), el que la ciencia social ofrezca a las mujeres las explicaciones de los fenómenos sociales que ellas quieren y necesitan y el que la investigadora o el investigador se coloque en el mismo plano crítico que el objeto explícito de estudio (HARDING, 1987).

a las investigaciones, desarrollando aproximaciones metodológicas para la lucha contra la desigualdad y el empoderamiento de las mujeres (ROMO, 2009).

Cada vez más, desde las encuestas y otras técnicas cuantitativas consideradas tradicionalmente, con un importante sesgo positivista, como técnicas “duras”, se están desarrollando interesantes aportaciones a los estudios de género (ASTELARRA, 2005:2; EUROPEAN FOUNDATION FOR THE IMPROVEMENT OF LIVING AND WORKING CONDITIONS, 2007, RUIZ CANTERO ET AL., 2006; ROHLFS ET AL., 2000). Además, las técnicas cuantitativas han sido ampliamente utilizadas para analizar las desigualdades sociales en la salud de las poblaciones, ya que pueden ser útiles en la orientación de políticas públicas orientadas a la equidad (RUIZ CANTERO Y PAPÍ GÁLVEZ, 2007:1; COMISIÓN PARA REDUCIR LAS DESIGUALDADES EN SALUD EN ESPAÑA, 2010). Acompañando la utilización de las técnicas cuantitativas, son necesarias interpretaciones cautelosas de las estadísticas y las variables utilizadas en la investigación en salud ya que: “Ninguna de las posiciones sociales de interés, ni las variables utilizadas para representarlas, están libres de problemas o son evidentes por sí solas en su significado, medición o importancia” (MACINTYRE, 1986 citado por SEN ET AL., 2005:24).

Algunos retos metodológicos que hay que considerar son, por ejemplo, los estudios demográficos o el trabajo con censos o registros desde la perspectiva de género (WILLIAMS, 2010; VIKSTRÖM, 2012). Este último punto es especialmente relevante en las ciencias de la salud. Como bien señalan Sen et al. (2005:23):

“Aunque uno pueda tender a pensar de inmediato en vínculos complejos entre las ciencias biomédicas y sociales, la ausencia del análisis de género todavía se siente en formas sencillas y, lamentablemente, bastante difundidas [...]. Lo más triste es que los gerentes de datos y sistemas no están sensibilizados debidamente con respecto a la necesidad de un desglose por sexo, aunque sea básico, y menos aún a la presentación de datos que permita la tabulación múltiple y la clasificación entre el sexo y los estratificadores sociales como clase socioeconómica, raza o casta” .

García Calvente et al. (2010) sintetizan algunos rasgos diferenciales de la metodología feminista que pueden ser aplicables a la práctica concreta de la investigación en salud:

- La búsqueda, la detección y análisis de las diferencias y similitudes entre los hombres y las mujeres en un marco comparativo de las situaciones entre los sexos para identificar posibles desequilibrios y desigualdades.
- La centralidad del género como categoría transversal de análisis para entender el estado de salud y sus determinantes y las relaciones con el sistema sanitario.
- El reconocimiento de la diversidad de situaciones y experiencias en la salud de los hombres y las mujeres, analizando interacciones entre el género con otros determinantes de la salud como la edad, estatus socioeconómico, nivel educativo, etc.
- La atención y compromiso con los grupos vulnerables y desfavorecidos, buscando la voz de los grupos menos representados.
- La participación activa de los actores involucrados y orientación explícita hacia la transformación del conocimiento y de instituciones sociales, estructuras y culturas.
- La centralidad de la metodología cualitativa y la complementariedad de métodos cuantitativos y cualitativos.

Desde planteamientos interseccionales, McKall (2005) propone un marco metodológico en el que incluye tres aproximaciones para la investigación. La primera, la aproximación anticategoría, es la deconstrucción de las categorías analíticas homogéneas, como “hombre”, “mujer”, “blanco”, etc., cuestionando los criterios utilizados para la definición de tales categorías. La intracategoría, considera la intersección de múltiples categorías de un grupo específico para mostrar la complejidad de las experiencias vividas entre ese grupo, una vez deconstruidas las categorías dominantes. Por ejemplo, un estudio sobre la realidad de hombres árabes homosexuales de mediana edad. Finalmente, la intercategoría asume que dada la existencia de fuerzas estructurales que definen las posiciones y experiencias (racismo, clasismo, sexismo, discriminación por edad, etc.) utiliza dimensiones interseccionales

predeterminadas (clase, sexismo, etc.) para explorar la naturaleza interseccional de las desigualdades sociales. Desde este abordaje, se examina el alcance de las desigualdades, comparando datos socioeconómicos, de salud, y otros, describiendo las desigualdades estructurales entre grupos sociales definidos interseccionalmente. Estos dos últimos planteamientos no deben tratarse como mutuamente excluyentes (YUVAL, 2011). Este trabajo de tesis se aproxima al planteamiento “inter”, en tanto que pretende centrarse en la intersección de diversas categorías, considerando diversos ejes de desigualdad.

Una parte importante de nuestro trabajo consiste en describir la magnitud del problema, en obtener información diversa de un conjunto de personas, ubicadas en distintas áreas geográficas en la Comunidad Autónoma andaluza. Pretendemos la caracterización y comparación de hombres y mujeres que han sufrido un evento coronario. En qué contexto se produce el evento coronario (dónde se encontraban, con quién se encontraban, etc.), cuántas personas reconocen sus síntomas como de infarto y si se observan diferencias entre hombres y mujeres. También nos interesa la descripción de sus actuaciones, ya que estas están vinculadas a la supervivencia, y si se observan desigualdades según género o de otro tipo. Dados los objetivos de nuestro estudio, la descripción y el análisis de un proceso y un conjunto de actuaciones, valoramos la metodología cuantitativa como la adecuada. Si bien el método escogido presenta las limitaciones comentadas anteriormente, queremos resaltar los siguientes elementos positivos:

- El estudio se ha desarrollado en el marco de la epidemiología social, desde una mirada de género y equidad social.
- La investigación tiene una base individual, lo cual nos permite recoger información más precisa, más “fina”, como las variables sociodemográficas, las socioeconómicas o factores psicosociales (pensamientos y creencias).

– El poder cuantificar los distintos comportamientos de las personas ante el inicio de unos síntomas que resultan ser de SCA permite visualizar la magnitud del problema, en tanto que las actuaciones que realizan las personas juegan un papel fundamental en patologías en las cuales el tiempo es un factor clave como es el IAM o el AI, de cara a futuras recomendaciones para mejorar la supervivencia de hombres y mujeres en el período de tiempo que va desde el inicio de los síntomas hasta la atención hospitalaria.

El contenido del cuestionario utilizado tiene su origen en estudios desarrollados a partir de métodos cualitativos y cuantitativos realizados previamente con personas con SCA (GOLBERG ET AL., 1998; FINNEGAN ET AL., 2000; MOSER ET AL., 2005; THURESSON ET AL., 2007), y concretamente el estudio cualitativo realizado por la doctoranda y el equipo de investigación inicial sobre el contexto andaluz (BOLÍVAR-MUÑOZ ET AL., 2007). En general, se trata de estudios que abordan fracciones del proceso, bien la sintomatología, bien las creencias de la enfermedad o las actuaciones realizadas. De manera específica, en el estudio publicado en el contexto andaluz, la información cualitativa permitió un acercamiento en profundidad al fenómeno de estudio. Se pretendía obtener información sobre las motivaciones, creencias, actitudes y el proceso seguido, y una interpretación más profunda de los procesos que se desarrollan ante el inicio de los síntomas. A partir de los resultados de base cualitativa se diseñó el cuestionario utilizado en la investigación presentada en esta tesis. Este primer trabajo cualitativo permitió la incorporación de matices y elementos específicos del proceso y, lo que es más importante, permitió la inclusión de elementos para poder visibilizar las opiniones, actitudes y experiencias de las mujeres y de los hombres (BOLÍVAR-MUÑOZ ET AL., 2007).

En relación a este último punto, cabe destacar que las encuestas representan la técnica de recogida de datos más extendida en el método cuantitativo en investigación social. Según García Ferrando (1989:141), la encuesta puede ser definida como:

“Una técnica de investigación realizada sobre una muestra de sujetos representativa de un colectivo más amplio, que se lleva a cabo en el contexto de la

vida cotidiana, utilizando procedimientos estandarizados de interrogación, con el fin de obtener mediciones cuantitativas de una gran variedad de características objetivas y subjetivas de la población”.

Las encuestas comprenden “el conjunto de procesos encaminados a obtener una información determinada sobre una población” (BOSCH Y TORRENTE, 1993:9). Según se administren, podemos distinguir entre las encuestas cara a cara, las telefónicas, o por correo postal. Recientemente, con el aumento de las nuevas tecnologías, se está produciendo un aumento de las encuestas *on line* tanto para responder a objetivos de investigación como para objetivos comerciales (estudios de mercado). En la elección de una forma u otra intervienen diversos factores, como las características de la población a estudiar, el tamaño de la muestra, la dispersión geográfica, el tema de estudio, la urgencia por obtener resultados y el coste de la propia investigación, entre otros.

En nuestro caso, son diversos los factores que nos llevaron a realizar encuestas telefónicas, asumiendo sus posibles limitaciones, en comparación con otras formas de administración del cuestionario. En primer lugar, la dispersión geográfica de las personas a entrevistar y el alto coste de las entrevistas personales nos hicieron descartar la realización de encuestas cara a cara. Por otro lado, se trataba de una población mayor, posiblemente con dificultades para la lectura de documentos. A ello se unía la alta tasa de no respuesta de las encuestas postales, por lo que se descartó esta otra opción. La encuesta *on line* no llegó a plantearse como opción, dadas precisamente las características de la población a la que nos dirigíamos. Las encuestas telefónicas, por tanto, se presentaron como la “mejor alternativa” a la entrevista cara a cara. En primer lugar era la opción más económica. En segundo lugar era la más factible, puesto que disponíamos los números de teléfonos de las personas en el propio registro. Consideramos también que el tema de estudio podía ser abordado telefónicamente. Cabe destacar por último que la encuesta telefónica era la forma más “rápida” de obtención de resultados. Estos factores fueron clave en la elección de la forma de administración del cuestionario, valorando y considerando las posibles

limitaciones de la misma, en términos de muestreo, cobertura, no respuesta o errores de medición (BOSCH Y TORRENTE, 1993).

Esta investigación fue financiada por la Consejería de Salud (Expte.0079/2006), la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (Expte. PI06/90450/90461) y la Consejería de Economía y Hacienda, Fondos G+ 2010. Por motivos de financiación, se realizó en dos fases. Una primera fase en la que se recogió información en Andalucía oriental (provincias de Almería, Granada, Jaén y Málaga) y que se desarrolló durante los años 2007 y 2008, y una segunda fase que comprendió las provincias andaluzas occidentales (Cádiz, Córdoba, Huelva y Sevilla) y que se desarrolló del año 2009 al 2010.

2. Metodología

2.1. Diseño

Este es un estudio epidemiológico de prevalencias.

2.2. Ámbito geográfico

Andalucía

2.3. Población

La población de estudio estaba compuesta por hombres y mujeres que ingresaron en las Unidades de Cuidados Intensivos de 31 hospitales públicos de Andalucía con diagnóstico al alta de Síndrome Coronario Agudo (CIE-9:410-414, CIE-10:I20-I25) y cuya fecha de alta de ingreso tuvo lugar en el período comprendido entre el segundo semestre de 2008 y el primer semestre de 2010.

2.4. Muestra y selección de las personas participantes

Para el cálculo de la muestra de pacientes se obtuvo el número de altas hospitalarias por SCA de hombres y mujeres incluidas en el Conjunto Mínimo Básico de Datos de Andalucía (CMBDA). El CMBDA es un registro administrativo que contiene un conjunto de variables clínicas, demográficas y administrativas que resumen lo acontecido a un usuario en un episodio de asistencia hospitalaria. Proporciona información básica sobre las personas usuarias, sobre el centro y unidad que lo atiende y sobre su proceso asistencial (SERVICIO ANDALUZ DE SALUD, 2011a).

Primera fase, Andalucía oriental. Según el CMBDA, el número de altas en los hospitales de las provincias de Almería, Granada, Jaén y Málaga, cuyo motivo de ingreso fue SCA (Diagnóstico Principal), fue de 9.247 personas –6.292 hombres (68%) y 2.955 mujeres (el 32%)– en el año 2007. A partir de este número de altas de este año, y realizando un muestreo aleatorio simple específico para cada sexo, para una $P=0,50$, un nivel de confianza del 95% y un error muestral del 5%, el número resultante de personas a entrevistar que se consideró inicialmente (tamaño muestral) fue de 362 hombres y 340 mujeres.

Segunda fase, Andalucía occidental. El número de altas, según el CMBDA, en los hospitales andaluces de Cádiz, Córdoba, Huelva y Sevilla en el año 2009 fue de 8.316 hombres (66%) y 4.352 mujeres (34%). Se procedió al mismo tipo de muestreo y el tamaño muestral resultante fue de 367 hombres y 353 mujeres.

Una vez calculado el tamaño muestral para ambos sexos, el siguiente paso fue identificar, a partir del CMBDA, el número proporcional de ingresos de hombres y mujeres entre los hospitales participantes en el estudio. A partir de esta información distribuimos el número de entrevistas a realizar de manera proporcional a cada hospital de modo que el número de personas a entrevistar de cada hospital fuera, aproximadamente, proporcional al número de ingresos de la población por SCA.

Tabla 7. Hospitales participantes.

	Organismo	Tipo de hospital
H. Torrecárdenas (Almería)	SAS	Especialidades
H. Poniente (El Ejido)	Empresa pública	hospitalaria
H. La inmaculada (H. Overa)	SAS	Comarcal
H. Universitario Virgen Nieves (Granada)	SAS	Regional
H. Universitario San Cecilio (Granada)	SAS	Especialidades
H. Baza (Baza)	SAS	Comarcal
H. Santa Ana (Motril)	SAS	Comarcal
H. Complejo hospitalario (Jaén)	SAS	Especialidades
H. A. Guadalquivir (Andujar)	Empresa pública	hospitalaria
H. San agustín (Linares)	SAS	Comarcal
H. S. Juan de la cruz (Úbeda)	SAS	Comarcal
H. V. De la victoria (Málaga)	SAS	Especialidades
H. Antequera (Antequera)	SAS	Comarcal
H. Axarquía (Vélez-Málaga)	SAS	Comarcal
H. Costa del sol (Marbella)	Empresa pública	hospitalaria
H. De la serranía (Ronda)	SAS	Comarcal
H. Infanta Elena (Huelva)	SAS	Comarcal
H. Juan Ramón Jiménez (Huelva)	SAS	Especialidades
H. Riotinto (Minas de Riotinto)	SAS	Comarcal
H. Jerez de la Frontera (Jerez)	SAS	Especialidades
H. Puerta Del Mar (Cádiz)	SAS	Especialidades
H. Puerto Real (Cádiz)	SAS	Especialidades
H. Punta de Europa (Cádiz)	SAS	Comarcal
H. La Merced (Osuna)	SAS	Comarcal
H. Virgen de Valme (Sevilla)	SAS	Especialidades
H. Virgen del Rocío (Sevilla)	SAS	Regional
H. Virgen Macarena (Sevilla)	SAS	Regional
H. Infanta Margarita (Cabra)	SAS	Comarcal
Hospital de Montilla (Montilla)	SAS	Comarcal
H. Reina Sofía (Córdoba)	SAS	Regional
H. Valle de los Pedroches (Pozoblanco)	SAS	Comarcal

Una vez calculado el tamaño de la muestra e identificado el número de entrevistas a realizar para hombres y mujeres en cada hospital, el tercer paso fue la selección de las personas a entrevistar a partir de una base de datos con información de contacto y datos sociodemográficos básicos de pacientes con IAM y AI: El Registro ARIAM-Andalucía (Análisis del Retraso en el Infarto Agudo de Miocardio).

ARIAM es un registro multicéntrico programado como proyecto interno de mejora de la calidad en el tratamiento de la cardiopatía isquémica en las Unidades de

Cuidados Intensivos (UCI), Unidades de Cuidados Coronarios (UCC) y las Unidades funcionales (urgencias y observación). Participan hospitales españoles y sudamericanos (Argentina, Brasil, Colombia, Cuba, Paraguay, Perú y Uruguay). Se reclutan pacientes entre quienes ingresan en las UCI/UCC o en las Unidades funcionales (urgencias y observación) que tengan al ingreso el diagnóstico de SCA, ya sea IAM o AI (aunque el diagnóstico al alta no coincida con el del ingreso), siempre que el retraso entre el inicio de los síntomas y el ingreso en dichas unidades sea menor de 24 horas (se excluyen todos los pacientes con un retraso superior a 24 horas) (ÁLVAREZ-BUENO ET AL., 1999; AGUAYO ET AL., 2001).

El registro ARIAM en Andalucía está patrocinado por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía y por la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC). En los últimos años han participado una media de 31 centros, lo que supone más del 90% de los hospitales del sistema sanitario público de Andalucía (RUIZ ET AL., 2011b). La página web del registro andaluz es: www.ariam-andalucia.org. (Anexo I).

2.5. Técnica de recogida de datos

La recogida de datos se realizó mediante encuesta telefónica. Se diseñó un cuestionario a partir de estudios previos sobre acceso al sistema sanitario en pacientes cardiovasculares (GOLBERG ET AL., 1998; FINNEGAN ET AL., 2000; MOSER ET AL., 2005; SHIN 2007; BOLÍVAR-MUÑOZ ET AL., 2007; THURESSON ET AL., 2007). El cuestionario es el instrumento de medida de la información y la forma “protocolarizada” de realizar las preguntas en una encuesta (BOSCH Y TORRENTE, 1993:10).

Se siguieron pautas metodológicas para la elaboración de encuestas por teléfono (BOSCH Y TORRENTE, 1993:65). El cuestionario se configuró para ser leído por las personas encuestadoras. Se redactó de forma que la entrevista fuese ágil, que las preguntas resultaran fáciles y con lenguaje sencillo. El orden era importante, por lo que el

contenido del cuestionario siguió el orden y la secuencia del proceso que realizaron estas personas. A la persona entrevistada se le situaba en el momento de los primeros síntomas o del primer “dolor” o malestar de su último episodio de IAM o AI. Una vez situada en ese momento, el cuestionario se desarrolla en su contenido siguiendo la secuencia de los eventos: el lugar donde estaban, con quién estaban, qué pensaron en esos momentos, cómo interpretaron los síntomas o el malestar, cómo actuaron y qué medio de transporte utilizaron. Las preguntas eran cerradas pero en algunos casos se dejaron espacios abiertos, con el objetivo de no limitar las respuestas de la gente a categorías predefinidas.

El cuestionario se compone de los siguientes bloques de contenido:

Tabla 8. Dimensiones y bloques de variables que componen el cuestionario

DIMENSIÓN	CONTENIDO
CONTEXTO AL INICIO DE LOS SÍNTOMAS	Lugar donde se encontraba Hora del inicio de los síntomas Personas con las que se encontraba
	Quién toma las decisiones
SÍNTOMAS	Síntomas
PERCEPCIONES Y PENSAMIENTOS	Percepción de gravedad
	Primeros pensamientos antes de actuar
DOLOR PERCIBIDO	Dolor percibido
DEMORA	Tiempos
FORMA DE ACCESO	Actuaciones realizadas Medios de transporte utilizados
MOTIVACIONES ELECCIÓN MEDIO DE TRANSPORTE	Motivaciones en el uso del transporte
ANTECEDENTES	Antecedentes
SOCIOECONÓMICAS	Nivel educativo
	Nivel de ingresos
	Ocupación persona entrevistada y persona con mayores ingresos al hogar
DISPOSITIVOS DE EMERGENCIA SANITARIA	Conocimiento del 061 y su uso antes del infarto
SOCIODEMOGRÁFICAS	Sexo
	Edad
	Situación de convivencia
	Estado civil
	Municipio donde tuvo lugar el evento
	Distancia del municipio al hospital
	Situación laboral persona entrevistada y persona con mayores ingresos aportados al hogar

En relación a las variables socioeconómicas, se escogieron diversos indicadores. La posición socioeconómica hace referencia a factores sociales y económicos que determinan las posiciones que ocupan las personas o los grupos entre la estructura de una sociedad. Nuestro interés principal era mostrar la existencia de desigualdades en un proceso particular, por lo que la elección de un indicador u otro no fue considerado como crucial (GALOBARDES ET AL., 2006a, 2006b).

A la hora de considerar las desigualdades en salud en las personas mayores, debemos tener en cuenta las limitaciones existentes en el análisis de posición socioeconómica y su relación con la salud (BORRELL Y FERRANDO, 2003), especialmente en el caso de las mujeres. Desde la epidemiología social se está midiendo de diversas maneras la clase social de las mujeres, bien a partir de la ocupación de la persona entrevistada (clase social individual), bien atribuyendo a la mujer la clase del marido o de la persona que aporta mayores ingresos (convencional), bien atribuyendo a la persona la ocupación más privilegiada del hogar (dominante); esta última sería la más neutra al género, ya que no es una clasificación sexista (BORRELL ET AL., 2004). En las encuestas de salud se ha venido utilizado ampliamente la última ocupación desarrollada como determinante de las condiciones de vida durante la jubilación (ARBER Y GINN, 1993; BORRELL Y FERRANDO, 2003). En el caso de las mujeres mayores, en su mayoría han desempeñado trabajos no remunerados como son las tareas del hogar, cuidado y crianza de hijos/as y del esposo, por lo que se le suele atribuir la “clase social” a partir de la ocupación del marido (BORRELL ET. AL., 2004). Concretamente Andalucía es una de las regiones de España con las tasas más altas de mujeres que se clasifican como “amas de casa” en las encuestas, es decir, que no tienen un empleo remunerado y que se dedican a tareas relacionadas con el cuidado de la familia y del hogar. En el año 2007, el porcentaje de mujeres andaluzas mayores de 16 años en la categoría de “ama de casa” según la Encuesta Andaluza de Salud, era del 44,1%, y este porcentaje aumenta hasta el 57,3 % en las mayores de 65 años. De ahí las dificultades para medir la posición social específica de las mujeres mayores andaluzas a partir de la ocupación.

La medición del nivel de ingresos de la persona puede presentar el mismo problema y hay que tener en cuenta las posibles bajas tasas de respuesta para esta pregunta específica. Además de los ingresos, habría que considerar otras condiciones materiales desde una perspectiva de género, ya que muchas mujeres viven en situación de pobreza, por no haber generado una pensión ellas mismas y estar a expensas de los ingresos procedentes del hombre, ya sea por “jubilación”, por “viudedad” u otro tipo

de pensiones (BORRELL Y FERRANDO, 2003). Por lo que respecta al nivel de estudios, hay que tener en cuenta que se consigue en los primeros años de la vida de las personas, especialmente en las personas mayores, y que la mayoría dejaron la escuela con los estudios mínimos, lo cual podría resultar en una falta de diferenciación entre niveles. En las mujeres se destaca en general unos niveles educativos más bajos en comparación con los hombres en las edades adultas y mayores (RODRÍGUEZ Y BORRELL, 2009; ENCUESTA ANDALUZA DE SALUD, 2007).

Dadas las limitaciones de cada una de las opciones por separado, se incluyeron tanto los ingresos del hogar como el nivel educativo y la ocupación individual, con el objetivo de alcanzar mayor precisión e identificar las diferencias socioeconómicas en hombres y en mujeres.

Descripción de las variables

Sociodemográficas

- Sexo: Hombre; mujer
- Edad en años
- Municipio donde tuvo lugar el evento
- Hospital de referencia
- Estado civil: Soltero/a; casado/a/conviviendo en pareja; divorciado/a/separado/a; viudo/a
- Situación de convivencia: Vive solo/a; no vive solo/a
- Situación laboral: Trabaja; jubilado/a o pensionista (trabajó anteriormente); en desempleo; estudiante; ama de casa; incapacidad / invalidez permanente; otros
- Quién aporta mayores ingresos al hogar: Persona entrevistada; otra persona
- Antecedentes de Síndrome Coronario Agudo: Sí; no

Socioeconómicas

- Nivel de ingresos en el hogar: Menos de 250 €; entre 251 y 500 €; entre 501 y 750 €; entre 751 y 1.000 €; entre 1.001 y 1.250 €; entre 1.251 y 1.500 €; entre 1.501 y 1.750 €; entre 1.751 y 2.000 €; entre 2.001 y 2.250 €; entre 2.251 y 2.500 €; entre 2.501 y 3.000 €; entre 3.001 y 3.500 ; más de 3.500 €; no sabe, no contesta.
- Nivel educativo: No sabe leer o escribir; no ha estudiado pero sabe leer y escribir; estudios primarios (EGB/ ESO completo/a 8º o similar bachiller elemental); estudios de FP I (FP de grado medio, Oficialía industrial o equivalente), estudios de FP II (FP superior, Maestría industrial o equivalente), conservatorio 10 años; estudios secundarios (BUP, Bachiller LOGSE, COU, PREU = B Superior); estudios universitarios de grado medio (Diplomatura, Ingeniería Técnica. 3 cursos aprobados de Licenciatura); estudios universitarios de grado superior (arquitectura, Ingeniería, Licenciatura o equivalente); otros estudios, especificar
- Ocupación de la persona entrevistada y ocupación de la persona que mayores ingresos aporta al hogar

Contexto al inicio de los síntomas

- Hora de inicio de los síntomas: Por la mañana: 06:00–12:00; por la tarde: 12:00–19:59; por la noche: 20:00–23:59; de madrugada: 00:00–05:59
- Lugar en el que se encontraba al inicio de los síntomas: Vivienda habitual; otra casa distinta a la mía; calle; centro de trabajo; campo; otra
- Distancia desde el municipio donde tuvo lugar el evento al hospital de referencia: Mismo municipio del lugar del evento; hasta 24 Km.; 25 y más Km.
- Con quién estaba al inicio de los síntomas: Me encontraba solo/a; con otras personas (esposo/pareja, hijo/a, padre o madre, otros familiares, amistades, compañeros/as de trabajo, otras personas distintas); no sabe, No contesta.
- En esos momentos estaba ocupándose de alguien que necesitara ayuda: Sí; no

Toma de decisiones

- Quién toma la decisión de recibir asistencia médica: Él/ella mismo; otras personas; él/ella y otros/as
- Quién toma la decisión sobre el medio de transporte: Él/ella mismo; otras personas; él/ella y otros/as

Descripción e interpretación de los síntomas

- Náuseas, vómitos, angustia, arcadas; dolores corporales localizados en cualquiera de estas partes-opresión (pecho, brazos, hombro/s, cuello, codo, espalda, zona lumbar, mandíbula, por la zona del corazón); ausencia de aliento, ahogamiento, asfixiamiento, problemas para respirar; mareo; fatiga, cansancio; sudoración; cuerpo destemplado (fiebre, sensación de calor, enfriamiento); problemas estomacales (descomposición intestinal); ansias, crisis de ansiedad, nervios, tensión; pérdida de consciencia, conocimiento; otras, especificar cuáles: Sí, no
- Creencias sobre lo que le estaba sucediendo: Desde el 1er momento pensé que era un infarto o algo del corazón; pensaba que eran “nervios”; ninguna en especial; otra causa ¿Cuál?; no sabe, no contesta
- Dolor percibido del 0 al 10 (siendo 0 mínimo y 10 máximo)

Pensamientos y creencias al inicio de los síntomas

- Primeros pensamientos: Nunca pensé que fuera algo grave; desde el 1er momento pensé que era algo grave; en un primer momento pensé que no era grave y más tarde pensé que era algo grave; no sabe, no contesta
- Primeros pensamientos personas del entorno: Nunca pensaron que fuera algo grave; desde el 1er momento pensaron que era algo grave; en un primer momento pensaron que no era grave y más tarde pensaron que era algo grave; no procede; me encontraba solo; no había nadie conmigo; no sabe, no contesta

– Pensó que los dolores desaparecerían; pensó que los síntomas eran graves; pensó que se encontraba bien; pensó no le dio importancia y siguió con lo que estaba haciendo; pensó le desagradaba la idea que le ingresasen en un centro sanitario y le tuvieran que dejar allí; pensó que prefería esperarse hasta que se le pasara el dolor; pensó que quería averiguar rápido lo que le estaba pasando; pensó que tenía que acabar su jornada laboral antes de acudir en busca de auxilio; pensó que tenía que acabar el trabajo doméstico (labores domésticas) que estaba haciendo antes de acudir en busca de auxilio; pensó que tenía que esperar a que acudieran a auxiliarle; pensó que quería evitar alarmar a su familia y a las personas de su entorno; pensó que le desagradaba la idea de volver a pasar por lo mismo; pensó que no podía desatender a las personas dependientes (enfermas, infancia,...) que estaba cuidando; sí pensó, no pensó

Tiempos de demora

- Tiempo transcurrido hasta darse cuenta de que se trataba del corazón (minutos)
- Tiempo transcurrido hasta pedir auxilio de cualquier tipo (minutos)
- Tiempo transcurrido hasta solicitar asistencia sanitaria (minutos)
- Tiempo transcurrido hasta recibir asistencia sanitaria (minutos)
- Tiempo transcurrido hasta llegar al hospital (minutos)

Actuaciones realizadas ante el inicio de los síntomas

- Primera actuación/segunda actuación/tercera actuación: Llamar por teléfono a familiares (vecindario u otras personas); llamar por teléfono al 061 (Servicio de Emergencias Sanitarias); llamar por teléfono otra asistencia sanitaria distinta al 061; desplazarse en busca de familiares (vecinos u otras personas); desplazarse en busca de asistencia sanitaria Distinta al 061; otra posibilidad; no sabe, no contesta

Medios de transporte utilizados

– Primer transporte utilizado/segundo transporte utilizado/tercer transporte utilizado: por las ambulancias-helicóptero; por medio de transporte propio (¿Quién conducía el vehículo?); transporte público; caminando; otra opción; no sabe, no contesta

Motivaciones expresadas en el uso de un medio u otro de transporte

– Confianza hacia las ambulancias; asumiendo la gravedad de mi enfermedad, pensé que era el medio más apropiado; había utilizado con anterioridad el servicio; no contaba con ningún otro medio a mi disposición (era el que tenía más a mano); otra, ¿cuál?: sí, no; no sabe, no contesta.

– Desconocimiento de la existencia del servicio; me sentía bien para venir por mis propios medios; la percepción de estar abusando del servicio del 061, desconocimiento de lo que le estaba sucediendo; pensábamos que los síntomas eran leves; ignoraba que pudiese llamar; no se me ocurrió/no pensé en esa posibilidad de llamar al 061; pensaba que llegaría más rápido a través de otra forma/medios propios serían más rápidos por la cercanía de donde me encontraba hacia centro sanitario; otras, ¿cuáles?: sí, no; no sabe, no contesta

Grado de conocimiento de los dispositivos de emergencia accesible telefónicamente

– Conocimiento del 061

– Utilización del 061

2.6. Trabajo de campo

En las dos fases en las que se desarrolló el trabajo de campo, los procedimientos fueron idénticos:

Solicitud de autorizaciones

Para poder acceder a la base de datos del Registro ARIAM, se solicitó autorización a las Jefaturas de los Servicios de Cuidados Críticos y Urgencias de cada hospital, ya que en cada Servicio se encontraba una persona responsable del Registro ARIAM. En la carta dirigida a la Jefatura de Urgencias, se acompañaba un documento de autorización para el uso de datos identificativos de pacientes para realización de encuesta telefónica. Dicho documento debía ser firmado por la persona responsable del Registro y remitido vía fax, o correo postal a la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP).

Al mismo tiempo se informó sobre los objetivos de la investigación a las gerencias de los hospitales participantes. El involucrar a las gerencias, permitió el poder enmarcar la encuesta dentro del proceso asistencial del y de la paciente, mostrando interés en su evolución desde su ingreso en la UCI.

La documentación en la que se solicitaba la colaboración iba firmada conjuntamente por el responsable del Plan Integral de Atención a las Cardiopatías de Andalucía y por el Investigador principal del proyecto. En las cartas se incluía un breve resumen de los objetivos del estudio. Asimismo se hacía constar los organismos financiadores del estudio y se ofrecía la posibilidad de acudir al centro hospitalario para presentar el proyecto.

Los modelos para cada una de las cartas se encuentran en los Anexos II, III y IV.

Una vez seguidos estos procedimientos, fueron facilitadas las bases completas con datos de pacientes, en primera lugar la correspondiente a los datos de hospitales de las provincias orientales (años 2007-2008) y, en la siguiente fase, la de los hospitales occidentales (años 2009-2010). Ambas bases de datos contenían los registros y la información necesaria para poder realizar la encuesta telefónica: nombre del o de la paciente, teléfono, municipio de residencia, edad al ingreso por el evento coronario, hospital de ingreso (hospitales participantes en el estudio) y otras variables clínicas,

como el diagnóstico al alta de la UCI. Desde estas bases de datos se seleccionaron, de manera aleatoria, los hombres y las mujeres a encuestar de cada hospital.

Realización de las encuestas

Al inicio del contacto mediante llamada telefónica, y como paso previo a la obtención del consentimiento informado, se informó a las personas sobre la institución que desarrollaba la investigación, sobre el motivo de la llamada y sobre los objetivos del estudio. A continuación se les invitaba a participar en el estudio. El consentimiento informado puede verse en el Anexo V. El cuestionario está disponible en el Anexo VI.

Una empresa especializada en la realización de encuestas telefónicas fue la encargada de aplicar el cuestionario. El Centro de Análisis y Documentación Política y Electoral de Andalucía (CAPDEA), vinculado a la Universidad de Granada, dispone de un sistema de grabación de las llamadas para poder obtener un consentimiento informado grabado de cada una de las personas que acepten participar en el estudio.

Previamente a la recogida de datos, se realizó un “entrenamiento” al equipo encuestador. En esta sesión informativa y preparativa, se les explicó el porqué del estudio, las características de la población a la que iba dirigida el cuestionario y se analizó pregunta a pregunta para evitar problemas de comprensión. También se resolvieron las dudas de las personas entrevistadoras.

Desarrollo del trabajo de campo en las provincias orientales

El trabajo de campo se desarrolló desde el día 9 hasta el día 15 de julio de 2008. Habría que destacar las dificultades para la obtención de respuestas según las cuotas establecidas (distribución de la muestra de hombres y de mujeres proporcional a los ingresos en cada hospital). La falta de información en la base de datos de los contactos dificultó el alcanzar la muestra establecida inicialmente para las mujeres, y no se pudo realizar el 50% de encuestas a mujeres y el 50% a los hombres. Finalmente se hizo el esfuerzo de alcanzar, al menos, la distribución de hombres y mujeres en el CMBDA. El

número de mujeres efectivamente encuestadas (el 35% del total de la muestra) se corresponde con el porcentaje de altas hospitalarias por SCA en mujeres según los datos del CMBD en el período de estudio¹.

Desarrollo del trabajo de campo en las provincias occidentales

El trabajo de campo se realizó del 13 al 17 de diciembre de 2010. La información relativa a los hospitales Virgen del Rocío y el Hospital Universitario Virgen Macarena no fue obtenida a partir del registro ARIAM, sino previa solicitud a las gerencias y los propios Servicios de Información de ambos Hospitales. No se pudo contar con los y las pacientes del Hospital de la Línea de la Concepción de Cádiz, por no disponer de ningún registro con teléfono válido para efectuar las entrevistas telefónicas. En esta fase de nuevo surgieron dificultades para la obtención el tamaño de la muestra estipulado para las mujeres. Se consiguió un 32% de encuestas en mujeres y el 67% en hombres².

En general, el equipo encuestador destacó, al final del trabajo de campo y para ambas fases, la buena acogida y la buena disposición por parte de las personas encuestadas para responder al cuestionario. De hecho, estas personas agradecían que se les preguntara sobre lo que les había pasado, sobre cómo se encontraban, qué pensaron y qué sintieron en esos momentos.

Consideraciones éticas

Las entrevistas sólo fueron realizadas a quienes dieron su consentimiento informado. Dado que las entrevistas fueron telefónicas, el consentimiento fue grabado en archivos de audio.

¹ El número de altas en los hospitales de las provincias orientales, cuyo motivo de ingreso fue SCA (Diagnóstico Principal), fue de 9.247 personas: 6.292 hombres (68%) y 2.955 mujeres (el 32%).

² El número de altas en los hospitales andaluces de las provincias occidentales en el año 2008 fue de 8.316 hombres (66%) y 4.352 mujeres (34%).

La intimidad de las personas y la confidencialidad de los datos quedó garantizada al quedar registrado de cada mujer y de cada hombre sólo un número de identificación generado de forma aleatoria y ninguna otra información personal con capacidad identificadora durante la realización de la entrevista telefónica, de modo que en la base de datos generada no se disponía de ningún dato identificador.

El registro ARIAM sigue las actuales normas éticas y legales vigentes: Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal y al Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre (Boletín Oficial del Estado, 2008).

Procesamiento de las bases de datos y transformación de las variables

Una vez creadas las dos bases de datos, Andalucía oriental y occidental, se fusionaron para poner a realizar un único análisis para toda Andalucía. A continuación se procedió a la depuración de los datos y a la transformación de variables.

Se transformaron algunas variables, categorizando variables continuas como la edad o recodificando aquellas variables con un amplio número de categorías, agrupándolas según el propio criterio investigador o la literatura científica.

Para el logro del Objetivo específico 2: “Analizar los factores asociados a una demora prehospitalaria mayor de una hora, desde el inicio de los síntomas hasta la llegada al hospital, examinando la existencia de desigualdades de género y otras desigualdades sociales”, se utilizó la pregunta P.8.4 del cuestionario, referida al tiempo de llegar al hospital desde el inicio de los síntomas, transformándola para poder realizar análisis de regresión logística. Se transformó la variable continua en dicotómica, concretamente:

- Se consideró como demora el tardar 60 minutos en adelante.

- Se consideró como no demora el tardar hasta 59 minutos desde el inicio de los síntomas hasta llegar al hospital (entrada en el hospital dentro de la denominada “hora de oro”).

Para dar respuesta al Objetivo específico 3: “Analizar los factores asociados a la utilización de medios propios para el traslado al centro sanitario, examinando la existencia de desigualdades de género y otras desigualdades sociales” se utilizó la pregunta número 15.A.1 del cuestionario, sobre medio de transporte. Esta pregunta se transformó para poder realizar análisis de regresión logística, concretamente:

- Como medios propios se consideró el uso del vehículo particular, transporte público, ir caminando, etc.
- Se consideró como transporte sanitario: el ser desplazado en primer lugar por las ambulancias o el helicóptero del 061, o por otras ambulancias.

2.7. Análisis estadístico

Los factores asociados a un evento (las variables independientes o explicativas) pueden ser diferentes en hombres y mujeres o pueden tener un efecto diferente, por lo que se aconseja el realizar análisis separados para hombres y mujeres (RUIZ CANTERO, 2006:13).

“En las investigaciones con enfoque de género, el análisis de género debe primar sobre otros análisis. En primer lugar no se debe controlar el efecto de las diferencias según sexo como variable. Es más, es conveniente la estratificación por sexo de las variables desde el comienzo para identificar su comportamiento por separado en un sexo respecto a otro.” (RUIZ CANTERO, 2006:13)

Para responder a cada uno de los objetivos se realizaron diversos pasos, que pueden ser agrupados en dos etapas, una primera etapa de análisis bivariante y una segunda de análisis multivariante:

Análisis bivariante:

Para la consecución del Objetivo específico 1, se realizaron distribuciones de frecuencias en hombres y en mujeres para variables categóricas. Se estimaron medidas de tendencia central para las variables cuantitativas como la edad en años (media, moda, mediana), medidas de dispersión (desviación estándar) y medidas de posición (percentiles). Para evaluar diferencias entre hombres y mujeres se realizó el test de la Ji cuadrado (χ^2) y Fisher para variables categóricas y la t de student para las variables continuas (SÁNCHEZ-CANTALEJO, 1998). Los primeros resultados descriptivos fueron publicados en la revista *Emergencias* (BOLÍVAR-MUÑOZ ET AL., 2013).

Para la consecución de los Objetivos 2 y 3, se realizaron, en primer lugar, análisis bivariados separado para hombres y mujeres mediante regresión logística, obteniendo (OR) crudas con su intervalo de confianza del 95% (IC 95%), para conocer la fuerza de la asociación de ambas variables dependientes (demora y tipo de transporte) con cada una de las variables independientes. Los modelos de regresión son “modelos estadísticos que tratan de cuantificar la asociación o dependencia entre una variable resultado y una o varias variables predictoras [...]” (SÁNCHEZ-CANTALEJO, 2000:12). El análisis bivariado se encuentra disponible en el Anexo VII.

Análisis multivariante:

En un paso intermedio, y antes de la obtención de los modelos de regresión logística finales, se realizaron análisis multivariantes ajustados por grandes bloques de variables independientes para analizar su asociación respecto a la demora y al transporte (variables dependientes). Estos bloques de variables se correspondían con las dimensiones del cuestionario: sociodemográficas y socioeconómicas, contexto al inicio de los síntomas, sintomatología, percepción de gravedad, dolor percibido, forma de acceso y demora (ver Tabla 8). Como principales variables de ajuste se incluyeron la edad, el nivel educativo y la distancia al hospital de referencia. Se repitieron los análisis sustituyendo el nivel educativo por el nivel de ingresos. La fuerza de la asociación se estimó mediante la OR ajustada con su intervalo de confianza IC 95%. Se introdujeron

en cada uno de los modelos todas las variables y se retuvieron aquellas que fueron estadísticamente significativas para hombres y para mujeres ($p < 0,05$). Se probaron posibles interacciones para ajustar más adecuadamente la asociación entre las variables dependientes y las independientes.

A continuación se crearon los seis modelos finales de regresión logística multivariante, identificando de esta manera factores asociados a presentar una hora o más de demora en llegar al hospital y a factores asociados al uso de medios propios en hombres, en mujeres, y en hombres y mujeres de manera conjunta. Como principales variables independientes se incluyeron la edad, la distancia al hospital de referencia, el nivel de ingresos en el modelo sobre demora y el nivel educativo en el modelo de transporte. Se decidió mantener las mismas variables en los modelos finales en hombres, en mujeres, y en el modelo conjunto, para poder comparar como se asociaba una misma variable en ambos sexos, si bien en el caso de las mujeres gran parte de las variables perdían significación estadística tanto en los modelos de demora como en los modelos de transporte.

Para todos los análisis se ha utilizado el programa SPSS Versión 13.

Capítulo 3. Resultados

1. El proceso seguido por hombres y mujeres ante el inicio los síntomas

1.1. Tasa de respuesta

Seleccionamos del registro ARIAM aquellos hombres y mujeres con diagnóstico al alta de la UCI de IAM o AI, que tuvieran teléfono de contacto y que no hubieran fallecido durante la estancia hospitalaria (UCI o planta). Para Andalucía oriental contamos con una base de 2.482 registros (1.854 hombres y 628 mujeres) para poder efectuar las encuestas telefónicas atendiendo a las cuotas de sexo y hospital. De estos 2.484 registros, al eliminar los no elegibles (fallecidos al momento de la llamada, cuota completa de sexo u hospital, personas ilocalizables o teléfono erróneo), resultaron 981 contactos elegibles. Para Andalucía occidental contamos con una base mayor, con 3.869 registros (2.827 hombres y 1.042 mujeres) para poder efectuar las encuestas telefónicas atendiendo a las cuotas de sexo y hospital. De estos 3.869 registros, al eliminar los no elegibles (fallecidos, cuota completa de sexo u hospital, personas ilocalizables o teléfono erróneo), resultaron 982 contactos elegibles. Uniendo todas las provincias andaluzas, rechazaron un total de 204 mujeres y 342 hombres y aceptaron realizar el estudio 477 mujeres y 956 hombres, con una tasa de respuesta del 70% y del 73,5% respectivamente.

Se obtuvieron un total de 1.416 encuestas válidas, 948 hombres (67%) y 468 mujeres (33%). El 45,9% de las encuestas válidas se realizaron en las provincias orientales (Almería, Granada, Jaén y Málaga=, con un total de 421 hombres y 229 mujeres. El 54,1% en las provincias occidentales (Cádiz, Córdoba, Huelva y Sevilla), con un total de 527 hombres y 239 mujeres (Tabla 9). La distribución por hospitales se adjunta en el Anexo VIII.

Tabla 9. Distribución de encuestas realizadas por provincias

	Hombres	Mujeres	Total
Almería	71	39	110
Cádiz	126	47	173
Córdoba	108	45	153
Huelva	116	49	165
Granada	120	85	205
Jaén	94	54	148
Málaga	136	51	187
Sevilla	177	98	275
Total	948	468	1416

1.2. Características de hombres y mujeres participantes en el estudio

En este apartado se describen las características sociodemográficas y socioeconómicas de las personas participantes en este estudio, así como las diferencias y similitudes entre ambos sexos. De manera específica se aborda la edad, la presencia de antecedentes de SCA, la situación de convivencia, el nivel educativo, los ingresos en el hogar y la situación laboral (Tabla 10).

Tabla 10. Características sociodemográficas y socioeconómicas

	N	%	Edad Media	Edad Mediana	Edad Moda
Hombres	948	(66,9)	62,7	63,0	63
Mujeres	468	(33,1)	68,2	70,5	75
	Hombres		Mujeres		
Edad	N	%	N	%	P sexo
<60	412	(43,6)	110	(23,5)	
61-74	337	(35,6)	196	(41,9)	<0,001
75 y más	197	(20,8)	162	(34,6)	
Antecedentes de IAM o AI					NS
Ninguno	640	(67,9)	315	(67,7)	
1 o más de uno	303	(32,1)	150	(32,3)	
Situación de convivencia					<0,001
Vive solo/a	79	(8,3)	92	(19,7)	
Estado civil					<0,001
Soltero/a	44	(4,6)	16	(3,4)	
Casado/a o conviviendo en pareja	802	(84,6)	259	(55,3)	
Divorciado/a o separado/a	35	(3,7)	17	(3,6)	
Viudo/a	67	(7,1)	176	(37,6)	
Nivel educativo					<0,001
Sin estudios y estudios primarios	723	(76,3)	432	(92,5)	
Secundarios y más (FP en adelante)	225	(23,7)	35	(7,5)	
Ingresos netos mensuales					<0,001
Menos de 750 €	275	(32,1)	205	(54,4)	
de 751 hasta 1,000 €	141	(16,5)	56	(14,9)	
De 1,001 a 1,500 €	220	(25,7)	87	(23,1)	
Más de 1,500 €	221	(25,8)	29	(7,7)	
Situación laboral					<0,001
Trabaja (remunerado)	376	(39,7)	57	(12,2)	
Jubilado/a o pensionista (trabajó antes)	484	(51,1)	194	(41,5)	
En desempleo	47	(5,0)	9	(1,9)	
Ama/o de casa	3	(0,3)	198	(42,3)	
Incapacidad/Invalidez permanente	35	(3,7)	7	(1,5)	
Otros	3	(0,3)	3	(0,6)	
Quién aporta mayores ingresos al hogar					<0,001
Persona entrevistada	908	(96,3)	180	(38,5)	
Otra personas	35	(3,7)	287	(61,5)	

NS: No significativo; <0,001, <0,01, <0,05: Estadísticamente significativo

La media de edad de quienes participaron fue de 68,2 años en las mujeres y de 62,7 en los hombres. La mediana de edad fue de 70,5 años y de 63 respectivamente. Casi la mitad de los hombres tenía menos de 60 años, frente a algo menos de una cuarta

parte de las mujeres. Algo más de dos tercios de la muestra informaron no tener antecedentes de IAM o AI.

El 19,7% de las mujeres informaron vivir solas, dato significativamente superior al de los hombres (8,3%) ($p<0,001$). Los hombres estaban mayormente casados o conviviendo en pareja (84,6%) en comparación con las mujeres (55,3%). Un 37,6% de las mujeres estaban en situación de viudedad, frente al 7,1% de los hombres ($p<0,001$).

Si consideramos el nivel educativo y los ingresos netos mensuales en el hogar como aproximación de la posición socioeconómica, más del 90% de las mujeres no tenían estudios o tenían estudios primarios (el 60% era analfabeta o solo sabía leer y escribir pero no había estudiado, frente al 32,6% de los hombres en la misma situación, $p<0,001$). Casi un tercio de los hombres y más de la mitad de las mujeres informaron ingresos mensuales en el hogar de 750 € o menos ($p<0,001$). Casi la totalidad de los hombres encuestados (96,3%) y el 38,5% de las mujeres informaron ser quienes aportaban mayores ingresos en el hogar ($p<0,001$).

En cuanto a la situación laboral, el 51,1% de los hombres estaban jubilados o eran pensionistas, y el 39,7% estaban trabajando. En el caso de las mujeres, el 42,3% señalaron ser amas de casa y un alto número (194) indicó ser pensionista o jubilada, lo que representó el 41,5% de las mujeres ($p<0,001$).

Todas las diferencias encontradas en cuanto a las características sociodemográficas y socioeconómicas de hombres y mujeres fueron significativas estadísticamente, a excepción de tener antecedentes de SCA.

1.3. El contexto en el que se produce el evento coronario

A continuación describimos la hora de inicio y el lugar de los síntomas, la distancia del municipio en el que tuvo lugar el evento al hospital de referencia, y las personas con las que se encontraban en esos momentos (Tabla 11).

Tabla 11. El entorno de la persona al inicio de los síntomas

	Hombres		Mujeres		P
Hora de inicio					NS
Por la mañana: 06:00–12:00	343	(37,9)	173	(38,4)	
Por la tarde: 12:00–19:59	281	(31,0)	124	(27,6)	
Por la noche: 20:00–23:59	121	(13,4)	61	(13,6)	
De madrugada: 00:00–05:59	160	(17,7)	92	(20,4)	
Lugar donde se encontraba					<0,001
Vivienda habitual	582	(61,5)	357	(76,4)	
Otra vivienda distinta	34	(3,6)	28	(6,0)	
Calle	123	(13,0)	39	(8,4)	
Centro de trabajo	86	(9,1)	7	(1,5)	
Campo	53	(5,6)	5	(1,1)	
Otro (Centro sanitario, medio de transporte, lugares públicos)	68	(7,2)	31	(6,6)	
Distancia del lugar del evento al hospital de referencia					NS
Mismo municipio (0 Km)	461	(48,6)	224	(47,9)	
De 1 a 24 Km	217	(22,9)	99	(21,2)	
25 y más Km	270	(28,5)	145	(31,0)	
Con quién se encontraba en esos momentos					NS
Solo/a	220	(23,3)	117	(25,1)	
Con otras personas	723	(76,7)	350	(74,9)	
Esposo/a	517	(71,5)	171	(48,9)	<0,001
Hijo/a	191	(26,4)	155	(44,3)	<0,001
Padre o madre	10	(1,4)	10	(2,9)	NS
Otros familiares	74	(10,2)	65	(18,6)	<0,001
Amistades	46	(6,4)	12	(3,4)	<0,05
Otras personas distintas	30	(4,1)	15	(4,3)	NS
Compañeros/as de trabajo (empleo)	61	(8,4)	5	(1,4)	<0,001
¿Se estaba ocupando en esos momentos de una persona dependiente?*					NS
Sí	17	(4,9)	14	(8,0)	
No	328	(95,1)	160	(92,0)	

*Solamente se recogió esta información en las provincias occidentales.

NS: No significativo; <0,001, <0,01, <0,05: Estadísticamente significativo.

Tanto en las mujeres como en los hombres, el inicio de los síntomas fue más frecuente por la mañana (38,4% y 37,9% respectivamente), no encontrándose diferencias estadísticamente significativas según sexo. El inicio de los síntomas tuvo lugar mayormente en la propia vivienda, en el 76,4% de las mujeres y el 61,5% de los hombres. Hay que destacar que en los hombres fue más frecuente que el evento sucediera en otro lugar distinto que la vivienda habitual en comparación con las mujeres, como por ejemplo la calle (13,0%) o el trabajo (9,1%), y estas diferencias son significativas estadísticamente ($p < 0,001$).

En casi la mitad de los casos, el evento tuvo lugar en el mismo municipio que el hospital de referencia (el 47,9% de las mujeres y el 48,6% de los hombres). Prácticamente el 75% de las personas se encontraban acompañadas en ese momento. Cabe destacar que, si bien no se observaron diferencias sobre si tenían compañía o no en esos momentos, sí se observaron diferencias significativas en quienes acompañaban a hombres y mujeres en esos momentos. Siendo de respuesta múltiple, en el caso de los hombres, casi tres cuartas partes afirmaron estar acompañados por la pareja (71,5%), y una cuarta parte de hijos o hijas (26,4%), mientras que las mujeres, casi la mitad (48,9%) señalaron estar acompañadas por la pareja y un alto porcentaje también (44,3%) por los hijos o hijas. También se encontraron diferencias en lo que respectaba a compañeros de trabajo a favor de los hombres (8,4% frente a 1,4% respectivamente).

El 8% de las mujeres y el 4,9% de los hombres informaron estar, al inicio de los síntomas, ocupándose de alguna persona dependiente. Esta pregunta se realizó sobre una muestra de 174 mujeres y 345 hombres participantes de la fase de Andalucía Occidental.

1.4. Descripción e interpretación de los síntomas

En este apartado se aporta información relativa al dolor percibido, los síntomas descritos, así como la identificación e interpretación de esos síntomas por parte de la propia persona como de las personas del entorno (Tabla 12).

Tabla 12. Descripción e interpretación de los síntomas.

	Hombres		Mujeres		P
	Media	Mediana	Media	Mediana	
Dolor percibido (0 mínimo y 10 máximo)	6,8	8	7,6	8	<0,05
	N	%	N	%	P
Descripción de los síntomas percibidos*					
1. Dolor corporal	829	(88,0)	423	(90,6)	NS
2. Malestar	595	(63,7)	333	(72,1)	<0,01
3. Sistema nervioso	634	(68,5)	311	(68,5)	NS
4. Aparato respiratorio	449	(48,2)	272	(58,6)	<0,001
5. Alteración nivel de conciencia	353	(37,6)	236	(51,0)	<0,001
6. Aparato digestivo	289	(30,9)	201	(43,4)	<0,001
Interpretación de los síntomas					
Pensaba que eran "nervios"	63	(6,8)	50	(10,7)	<0,01
Desde el primer momento supo que era un infarto o que provenía del corazón	279	(29,9)	113	(24,2)	
Otra causa	252	(27)	151	(32,4)	
Ninguna causa en especial	338	(36,3)	152	(32,6)	
Percepción de la gravedad					
Nunca pensó que fuera algo grave	389	(42,5)	190	(42,7)	NS
Desde el primer momento pensó que era algo grave	329	(36,0)	172	(38,7)	
En un primer momento pensó que no era grave, y más tarde pensó que sí lo era	197	(21,5)	83	(18,7)	
Percepción por parte del entorno (familia, amistades, vecindario, compañeros/as)					
Nunca pensaron que fuera grave	237	(26)	101	(22,3)	NS
Desde el primer momento pensaron que era algo grave	391	(42,9)	204	(45,0)	
En un primer momento pensaron que no era grave, y más tarde pensaron que sí lo era	142	(15,6)	63	(13,9)	

* 1. Dolor corporal: Opresión en pecho, brazos, hombro, cuello, codo, espalda, zona lumbar, mandíbula, corazón; 2. Malestar: Fatiga, cansancio, cuerpo destemplado, fiebre, sensación de calor o frío; 3. Sistema nervioso: Ansias, crisis de ansiedad, nervios, tensión, sudoración; 4. Aparato respiratorio: Sensación de falta de aire, ahogamiento, asfixia; 5. Alteración del nivel de conciencia: Mareo, pérdida de conciencia; 6. Aparato digestivo: Nauseas, vómitos, arcadas, angustias y descomposición intestinal.
NS: No significativo; <0,001, <0,01, <0,05: Estadísticamente significativo.

Las mujeres puntuaron significativamente más alto en la escala de dolor. Cuando se les pedía a las mujeres que expresasen el dolor que sintieron (en una escala del 0 al 10), el 45,3%, casi la mitad, indicaron dolor muy alto o máximo (valores 9 y 10) en comparación al 34,8% de los hombres. El dolor medio expresado por ellas es de un 7,6 y el de los hombres un 6,8 ($p < 0,05$).

En cuanto a los síntomas, los más frecuentes en ambos sexos fueron los dolores corporales como: la opresión en pecho, brazo, hombro, cuello, codo, espalda, zona lumbar, mandíbula o corazón. El 90,6% de las mujeres y el 88,0% de los hombres así lo informaron. En las mujeres le siguió el malestar (cansancio, cuerpo destemplado, fiebre, sensación de calor o frío), informado por el 72,1% de las mujeres, y también ansia, nervios, tensión y sudoración (68,5%). El 68,5% de los hombres señalaron síntomas como ansia, sudoración, seguido de malestar (el 63,7%). Se observaron diferencias estadísticamente significativas según sexo en algunos de estos síntomas, como es el caso de los relativos al malestar, al aparato circulatorio, el nivel de conciencia y aparato digestivo, informados en mayor porcentaje por mujeres.

El 24,2% de las mujeres identificaron o interpretaron los síntomas como de infarto o “algo de corazón” frente al 29,9% de los hombres. El 10,7% de las mujeres pensaron que eran “nervios”, frente al 6,8% de los hombres. Ante este dato es interesante destacar que, si bien hubo más mujeres que identificaron lo que le sucedía como “nervios” en comparación con los hombres, no se observaron diferencias estadísticamente significativas según sexo en los síntomas relacionados con ese grupo de síntomas (ansias, crisis de ansiedad, nervios, tensión, sudoración).

En cuanto a la gravedad percibida, el 42,7% de las mujeres y el 42,5% de los hombres en ningún momento llegaron a pensar que fuera grave, y el 38,7% y el 36% respectivamente pensaron desde el principio que se trataba de algo grave, no apreciándose diferencias significativas según sexo.

Las personas del entorno consideraron, en mayor porcentaje que quienes estaban padeciendo los síntomas, la gravedad de la situación desde el primer momento, tanto en el caso de las mujeres (45,0%) como en el caso de los hombres (42,9%).

1.5. Pensamientos más frecuentes

Como parte del proceso, el cuestionario recogía una serie de posibles pensamientos ante el inicio de los síntomas. Para cada uno de los siguientes supuestos, debían indicar si al inicio de los síntomas pensaron en ello o no (Tabla 13).

Tabla 13. Pensamientos ante el inicio de los síntomas

	Hombres		Mujeres		P
	N	%	N	%	
Pensamientos ante los primeros síntomas					
Quería averiguar rápido lo que pasaba	506	(55,6)	265	(59,2)	NS
Los dolores desaparecerían	439	(48,8)	218	(49,3)	NS
Quería evitar alarmar a la familia y a las personas de mi entorno	326	(35,7)	203	(45,4)	<0,01
Me desagradaba la idea que me ingresaran y me tuvieran que dejar allí	234	(25,7)	141	(31,7)	<0,05
Quería esperar a que el dolor remitiera	291	(31,7)	156	(35,1)	NS
No dio importancia y continuó lo que estaba haciendo	287	(31,1)	137	(30,5)	NS
Tenía que esperar a que acudieran a auxiliarme	181	(19,8)	119	(26,6)	<0,01
Le desagradaba volver a pasar por lo mismo	157	(17,3)	93	(20,8)	NS
No podía desatender a las personas que estaba cuidando	82	(9)	65	(14,8)	<0,001
Tenía que acabar el trabajo doméstico que estaba haciendo antes de acudir en busca de auxilio	28	(3,2)	29	(6,8)	<0,001
Tenía que acabar su jornada laboral antes de acudir en busca de auxilio	64	(7,2)	10	(2,5)	<0,001

NS: No significativo; <0,001, <0,01, <0,05: Estadísticamente significativo

Más de la mitad de los hombres y de las mujeres afirmaron pensar “querer averiguar rápido lo que les estaba pasando” (55,6% y 59,2% respectivamente), y también que “los dolores desaparecerían” (48,8% y 49,3% respectivamente).

Se observaron diferencias en hombres y mujeres entre algunos de los pensamientos, como por ejemplo el hecho de que ellos indicaron “querer acabar el trabajo que estaban haciendo antes de pedir auxilio”. Ellas señalaron en mayor medida que “debían acabar el trabajo doméstico antes de pedir auxilio”, que “no querían ir al centro sanitario”, que “querían evitar alarmar a las personas del entorno”, “no desatender a las personas que tenían a su cargo” y “preferían esperar a pedir auxilio”. Todas estas diferencias fueron estadísticamente significativas.

1.6. Toma de decisiones

La siguiente tabla (Tabla 14), presenta información sobre quién o quiénes toman la decisión de buscar asistencia médica y la decisión sobre el medio de transporte a utilizar.

En las mujeres fue menos frecuente tomar decisiones de manera unilateral, tanto para buscar asistencia sanitaria como para la elección del medio de transporte. En más de la mitad de los casos (51,4%) fueron otras personas distintas a las propias mujeres quienes decidieron que se debía actuar de alguna manera. En el caso de que la decisión fuese tomada por otras personas o de manera compartida, los hijos e hijas formaron parte de esa decisión de forma más frecuente (57,0%) seguido de la pareja (33,4%), y otros/as familiares (17,2%). Hay que tener en cuenta que podía tratarse de varias personas a la vez (las respuestas no eran excluyentes).

En el caso de los hombres, casi la mitad tomaron la decisión de recibir asistencia médica de manera unilateral (47,4%). Cuando esta decisión fue compartida o tomada por otras personas, la pareja formó parte de esa decisión de forma más frecuente (64,7%) seguido de hijos e hijas (31,7%), y otros/as familiares (10,2%).

En cuanto al medio de transporte a utilizar, lo más frecuente fue que otras personas decidieran, tanto en el caso de las mujeres (en el 68% de los casos), y en los

hombres (el 52,7% de los casos). Fue más frecuente en los hombres decidir por ellos mismos el medio de transporte (37,3%, frente al 22,5% de las mujeres), diferencias estas significativas ($P < 0,001$). De la misma forma que para la búsqueda de asistencia sanitaria, fue más frecuente entre las mujeres informar que los hijos o hijas tomaron parte en esta decisión, mientras que en los hombres fue más frecuente que sus parejas formaran parte en la decisión. El alto porcentaje en la opción “Otras personas distintas” puede explicarse por el hecho de que la elección del transporte queda supeditada a la actuación realizada y hubo personas que contactaron con el sistema sanitario, desde el cual se decidió el medio de transporte, así que el “otras personas” podría estar haciendo referencia al propio personal sanitario.

Tabla 14. Quién o quiénes toman las decisiones

	Hombres		Mujeres		P sexo
	N	%	N	%	
¿Quién decidió que Ud. tenía que recibir asistencia médica?					
Él/ella mismo/a	449	(47,4)	165	(35,3)	<0,001
Otras personas	366	(38,6)	240	(51,4)	
Otras y el/la paciente	132	(13,9)	62	(13,3)	
Esposo/a	322	(64,7)	101	(33,4)	<0,001
Hijo/a	159	(31,9)	172	(57,0)	<0,001
Padre o madre	3	(0,6)	2	(0,7)	NS
Otros familiares	51	(10,2)	52	(17,2)	<0,01
Amistades	22	(4,4)	7	(2,3)	NS
Compañeros/as de	13	(2,6)	4	(1,3)	NS
Otras personas distintas	32	(6,4)	18	(6,0)	NS
¿Quién decidió el medio de transporte a utilizar en su traslado?					
Él/ella mismo/a	349	(37,3)	104	(22,5)	<0,001
Otras personas	493	(52,7)	315	(68,0)	
Otras y el/la paciente	93	(9,9)	44	(9,5)	
Esposo/a	214	(36,5)	89	(24,8)	<0,001
Hijo/a	164	(28,0)	168	(46,8)	<0,001
Padre o madre	2	(0,3)	0	(0,0)	-
Otros familiares	59	(10,1)	41	(11,4)	NS
Amistades	26	(4,4)	5	(1,4)	<0,05
Compañeros/as de	14	(2,4)	2	(0,6)	<0,001
Otras personas distintas	181	(30,9)	106	(29,5)	NS

NS: No significativo; <0,001, <0,01, <0,05: Estadísticamente significativo.

1.7. Actuaciones realizadas

En este apartado se describen las actuaciones realizadas por hombres y mujeres. La Tabla 15 muestra las actuaciones en primer, segundo y tercer lugar realizadas por las personas cuando, ante el inicio de los síntomas, piensan que deben recibir ayuda. Las opciones son diversas, sin embargo pueden identificarse aquellas actuaciones consideradas de “urgencia” de otro tipo de actuaciones, para las que se observan diferencias en hombres y mujeres según la edad (Tabla 16 y Figura 14).

Si bien la primera actuación más frecuente en hombres y mujeres fue la de buscar asistencia sanitaria distinta a las urgencias hospitalarias (32,1% y 35,9% respectivamente), ambos sexos reaccionaron de distinta forma ante el inicio de los síntomas. Ellos buscaron en menor medida ayuda de familiares en comparación con ellas (23,7% y 30,7% respectivamente), se dirigieron en mayor proporción a urgencias hospitalarias (25,2% y 19,3%) y llamaron más al 061 (19,0% y 14,1%) como primera actuación. Las mujeres acudieron en mayor medida en busca de familiares o amistades en comparación con los hombres. Estas diferencias son significativas estadísticamente (Tabla 15).

Como segunda actuación fue más frecuente desplazarse hacia las urgencias hospitalarias en el 58% de los casos, seguido de la búsqueda de otro tipo de asistencia sanitaria. Entre las personas que realizaron una segunda actuación no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres. Un total de 139 personas realizaron dos actuaciones antes de desplazarse hasta las Urgencias Hospitalarias (3ª actuación). Cabe destacar el alto número de hombres (107) y de mujeres (77) que informaron realizar hasta tres actuaciones. Si analizamos estos datos teniendo en cuenta la muestra total de hombres (948) y mujeres (468), corresponderían al 11,3% del total de hombres y al 16,5% del total de mujeres (Tabla 15).

Tabla 15. Actuaciones que realizan hombres y mujeres cuando piensan que necesitan ayuda, en primer, segundo y tercer lugar

	1º Actuación						2º Actuación						3º Actuación					
	Hombres		Mujeres		Total		Hombres		Mujeres		Total		Hombres		Mujeres		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Acudir* en busca de familia	215	(23,7)	137	(30,7)	352	(26,0)	16	(3,6)	8	(3,1)	24	(3,4)	1	(0,9)	1	(1,3)	2	(1,1)
Llamar al 061	172	(19,0)	63	(14,1)	235	(17,4)	64	(14,3)	38	(14,5)	102	(14,4)	10	(9,3)	8	(10,4)	18	(9,8)
Acudir* en busca de Urgencias Hospitalarias	229	(25,2)	86	(19,3)	315	(23,3)	265	(59,2)	147	(56,1)	412	(58,0)	80	(74,8)	59	(76,6)	139	(75,5)
Acudir* en busca de otra asistencia sanitaria**	291	(32,1)	160	(35,9)	451	(33,3)	103	(23,0)	69	(26,3)	172	(24,2)	16	(15,0)	9	(11,7)	25	(13,6)
Total	907	(100)	446	(100)	1353	(100)	448	(100)	262	(100)	710	(100)	107	(100)	77	(100)	184	(100)
P. sexo	<0,001						NS						NS					

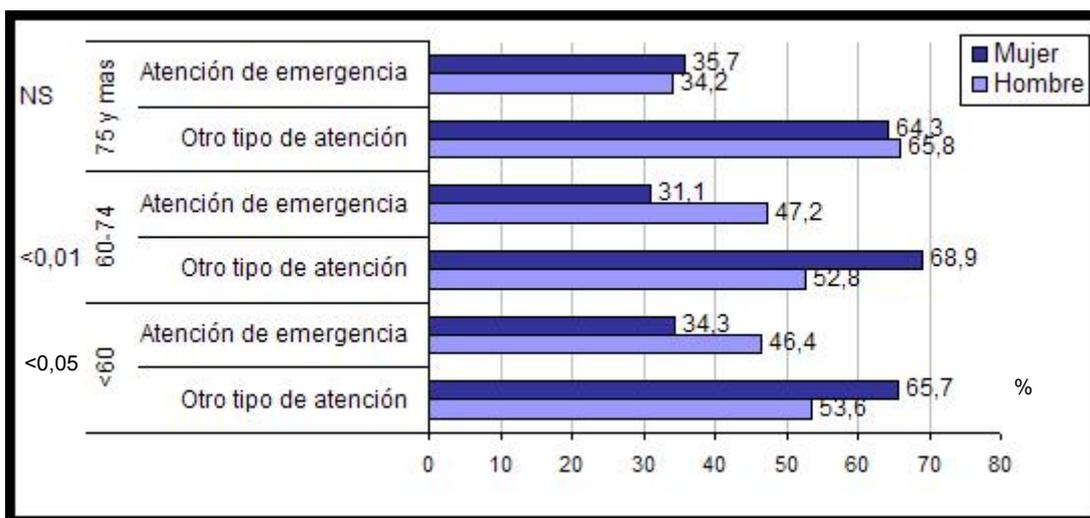
* Incluye llamar y desplazarse.

** Atención Primaria o Especializada extrahospitalaria. Se ha excluido en la tabla a las personas que contactaron con el servicio de teleasistencia, personas que se encontraban en esos momentos en centros de salud, o en hospitales o en otra situación que ha dado lugar a otra actuación distinta a llamar o desplazarse buscando ayuda.
NS: No significativo.

La Figura 14 muestra las diferencias en la primera actuación realizada en mujeres y hombres por grupos de edad. Se ha considerado como búsqueda de atención “de emergencia” el llamar al 061 o el acudir en busca de las urgencias hospitalarias, frente a otro tipo de actuación (acudir a familiares, atención primaria, atención sanitaria extrahospitalaria, etc.). Es necesario recordar en este punto que solo se está analizando la actuación, no los tiempos asociados a dichas actuaciones.

Entre los hombres más jóvenes fue más frecuente buscar “atención de emergencia” en comparación con las mujeres, hasta los 74 años. A partir de los 75 años, hombres y mujeres se comportan de forma similar, tal y como se observa en la Figura 14.

Figura 14. Primera actuación de hombres y mujeres ante el inicio de los síntomas por grupos de edad



Nota: Se ha considerado “atención de emergencia” el acudir en busca de urgencias hospitalarias (llamar o desplazarse) y llamar al 061. “Otro tipo de atención” incluye el acudir en busca de atención primaria, en busca de familiares, etc.

NS: No significativo.

<0,01, <0,05: Estadísticamente significativo.

Entre las personas menores de 60 años, el 46,4% de los hombres va en busca de “atención de emergencia” frente al 34,3% de las mujeres (P<0,05). Esta diferencia aumenta entre el grupo de edad de 60 a 74 años en el que, mientras el 47,2% de los

hombres buscan “atención de emergencia”, sólo el 31,1% de mujeres del mismo grupo de edad lo hacen ($p < 0,01$).

Entre las mujeres más mayores (75 años y más) es más frecuente que busquen asistencia “de emergencia” en comparación con las mujeres más jóvenes, mientras que en los hombres sucede lo contrario. Este resultado se observa mejor en la Tabla 16. La edad media de las mujeres que buscaron una “atención de emergencia” fue ligeramente superior respecto a las que buscaron “otro tipo de atención”, mientras la edad media de los hombres que buscaron “atención de emergencia” como primera actuación fue algo más baja respecto a los que buscaron “otro tipo de atención”.

Tabla 16. Edad media de hombres y mujeres en relación a la búsqueda de “atención de emergencia”

Primera actuación	Hombres		Mujeres	
	Edad Media	N	Edad Media	N
Otro tipo de atención	63,2	505	67,9	297
Atención de emergencia	61,6	400	68,5	149
Significación estadística	0,061		0,624	
Eta cuadrado	0,004		0,001	

NS: No significativo; $< 0,001$, $< 0,01$, $< 0,05$: Estadísticamente significativo.

Dado el interés en el análisis entre las actuaciones realizadas y los diferentes tiempos (demora prehospitalaria), se analizaron los minutos medios desde el inicio de los síntomas hasta la llegada al hospital según la primera actuación realizada. En el caso de los hombres, la “actuación” que menos minutos emplea hasta llegar al hospital en primer lugar es llamar al 061 (92,3 minutos), seguido de llamar o desplazarse en busca de urgencias hospitalarias (154,5 minutos), llamar o desplazarse en busca de la familia/amistades (225,2 minutos) y finalmente el buscar asistencia sanitaria en Atención Primaria o Especializada extrahospitalaria (284 minutos). En las mujeres, sin embargo, el orden es: llamar al 061 (78,5 minutos), llamar o desplazarse en busca de familia/amistades (224,8 minutos), llamar o desplazarse en busca de urgencias hospitalarias (269,1 minutos) y en último lugar buscar asistencia sanitaria en Atención Primaria o Especializada extrahospitalaria (345,7 minutos).

La información proporcionada a partir del análisis de los minutos transcurridos desde el inicio de los síntomas hasta la llegada al hospital en relación con la primera actuación realizada muestra diferencias entre hombres y mujeres. Es decir, mientras que en el caso de las mujeres la primera actuación que menos minutos emplea hasta llegar al hospital es el llamar al 061, seguido del acudir en busca de la familia o amistades, mientras que en el caso de los hombres la primera actuación que menos minutos emplea es el llamar al 061, seguido de la búsqueda de las urgencias hospitalarias.

Finalmente, se presentan, de manera resumida, las distintas actuaciones realizadas por hombres y mujeres cuando consideran que necesitan ayuda, en primer, segundo y tercer lugar (Figura 15 y Figura 16).

Figura 15. Distintas actuaciones que realizan los hombres cuando consideran que necesitan ayuda

1ª actuación			2ª actuación			3ª actuación		
	N	%		N	%		N	%
			FAMILIA	5	2,6	URGENCIAS	4	100
			LLAMAR AL 061	31	16,0	URGENCIAS	4	80
FAMILIA, AMISTADES	215	23,7				OTRA ASIST. SANIT.	1	20
Llamar o desplazarse en busca de familiares, amistades, vecinos...						Total		100
			URGENCIAS HOSPITAL	84	43,3	061	2	28,6
						URGENCIAS	3	42,9
						OTRA ASIST. SANIT.	2	28,6
						Total		100
			OTRA ASIST. SANIT.	74	38,1	061	5	10
						URGENCIAS	41	82
						OTRA ASIST. SANIT.	4	8
			Total		100			
			Total	194	100	Total Bloque	66	100
			FAMILIA	3	6,0			
			LLAMAR AL 061	4	8,0			
LLAMAR AL 061	172	19,0						
Llamar al 061			URGENCIAS HOSPITAL	39	78,0			
			OTRA ASIST. SANIT.	4	8,0	URGENCIAS	1	100
						Total		100
			Total	50	100	Total bloque	1	100
			FAMILIA	2	8,0			
			LLAMAR AL 061	5	20,0			
URGENCIAS HOSPITALARIAS	229	24,2						
Llamar o desplazarse en busca de urgencias hospitalarias			URGENCIAS HOSPITAL	12	48,0	URGENCIAS	5	100
						Total	5	100
			OTRA ASIST. SANIT.	6	24,0			
			Total	25	100	Total bloque	5	100
			FAMILIA	6	3,7	061	1	20
						URGENCIAS	3	60
						OTRA ASIST. SANIT.	1	20
						Total	5	100
OTRO TIPO ASIST. SANIT.	291	30,7	LLAMAR AL 061	21	12,8			
Llamar o desplazarse en busca de otro tipo de asistencia sanitaria extrahospitalaria								
			URGENCIAS HOSPITAL	124	75,6	061	1	12,5
						URGENCIAS	5	62,5
						OTRA ASIST. SANIT.	2	25
						Total	8	100
			OTRA ASIST. SANIT.	13	7,9	061	1	16,7
						URGENCIAS	1	16,7
						OTRA ASIST. SANIT.	4	66,7
			Total	6	100			
			Total	164	100,0	Total bloque	19	100
Total 1 actuación	907	100	Total 2 actuaciones	433	100	Total 3 actuaciones	91	100

Figura 16. Distintas actuaciones que realizan las mujeres cuando consideran que necesitan ayuda

1ª actuación			2ª actuación			3ª actuación		
	N	%		N	%		N	%
			FAMILIA	2	1,6	URGENCIAS	2	100
						Total	2	100
			LLAMAR AL 061	27	20,9	URGENCIAS	4	100
FAMILIA, AMISTADES	137	30,7				Total	4	100
			URGENCIAS HOSPITAL	45	34,9	URGENCIAS	3	50,0
						OTRA ASIST. SANIT.	3	50,0
						Total	6	100
Llamar o desplazarse en busca de familiares, amistades, vecinos...			OTRA ASIST. SANIT.	55	42,6	061	5	14,3
						URGENCIAS	29	82,9
						OTRA ASIST. SANIT.	1	2,9
						Total	35	100
			Total	129	100,0	Total Bloque	47	100
			FAMILIA	1	4,0			
			LLAMAR AL 061	2	8,0			
LLAMAR AL 061	63	14,1						
			URGENCIAS HOSPITAL	20	80,0			
Llamar al 066			OTRA ASIST. SANIT.	2	8,0	URGENCIAS	1	100
						Total	1	100
			Total	25	100,0	Total Bloque	1	100
			FAMILIA	2	15,4	URGENCIAS	1	100
						Total	1	100
URGENCIAS HOSPITALARIAS	86	19,3						
			LLAMAR AL 061					
			URGENCIAS HOSPITAL	7	53,8	URGENCIAS	1	50
						OTRA ASIST. SANIT.	1	50
Llamar o desplazarse en busca de urgencias hospitalarias						Total	2	100
			OTRA ASIST. SANIT.	4	30,8	URGENCIAS	1	100
						Total	1	100
			Total	13	100,0	Total Bloque	4	100
			FAMILIA	3	3,5	URGENCIAS	2	66,7
						OTRA ASIST. SANIT.	1	33,3
						Total	3	100
OTRO TIPO ASIST. SANIT.	160	35,9	LLAMAR AL 061	5	5,9			
			URGENCIAS HOSPITAL	8	9,4	URGENCIAS	2	100
						Total	2	100
Llamar o desplazarse en busca de otro tipo de asistencia sanitaria extrahospitalaria								
			OTRA ASIST. SANIT.	69	81,2	061	1	16,7
						URGENCIAS	2	83,3
						Total	3	100
			Total	85	100,0	Total bloque	8	100
Total 1 actuación	446	100	Total 2 actuaciones	252	100	Total 3 actuaciones	66	100

1.8. Demora prehospitalaria

Se recogieron diversos tiempos de demora desde el inicio de los síntomas: 1. Tiempo hasta darse cuenta de lo que realmente les estaba pasando; 2. Tiempo hasta que decide pedir auxilio de cualquier tipo; 3. Tiempo hasta que solicita asistencia sanitaria de cualquier tipo; 4. Tiempo hasta recibir asistencia sanitaria; 5. Tiempo hasta llegar al hospital (Tabla 17).

Sobre el tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta darse cuenta de lo que realmente les estaba sucediendo, cabe destacar el alto número de casos perdidos (el 72% de los hombres y el 28% de las mujeres). Pese a ello, se observó una diferencia estadísticamente significativa entre ambos sexos, siendo las mujeres las que afirmaron tardar en promedio unos 37 minutos, 10 minutos más de media que los hombres.

Se preguntó sobre el tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta que decidía pedir auxilio ya sea a un/a familiar o a un servicio sanitario (minutos hasta pedir auxilio de cualquier tipo). A continuación se pedía que indicaran el tiempo desde el inicio de los síntomas hasta que decidían pedir auxilio a un servicio sanitario (minutos hasta solicitar asistencia sanitaria). En tercer lugar se preguntaba sobre el retraso hasta recibir asistencia sanitaria, es decir, la obtención efectiva de asistencia sanitaria. Finalmente, se recogía un último tiempo, los minutos desde el inicio de los síntomas hasta llegar al hospital.

Las mujeres tardaron una media de 190 minutos en pedir auxilio de cualquier tipo, 205 minutos en solicitar asistencia sanitaria, 216 minutos en recibir asistencia sanitaria y 248 minutos en llegar a un hospital. Si nos fijamos en las medianas, los minutos se redujeron a 15, 20, 35 y 60 respectivamente. Los hombres tardaron una media de 136 minutos en pedir auxilio de cualquier tipo, 147 minutos en solicitar asistencia sanitaria,

162 minutos en recibir asistencia sanitaria y 199 minutos en llegar a un hospital. Si nos fijamos en las medianas¹, los minutos se redujeron a 12, 20, 30 y 60 respectivamente.

Atendiendo a la mediana no se observaron diferencias de demora estadísticamente significativas entre hombres y mujeres. Sin embargo, las mujeres presentaron valores más extremos en comparación con los hombres. Si tenemos en cuenta la media, las mujeres presentaron una mayor demora para todos los supuestos, ya que los valores extremos afectan a la media, pero no a la mediana.

Tabla 17. Diferentes tiempos de demora prehospitalaria

Minutos hasta que se da cuenta que tiene un SCA							
	N	Perdidos	%	Media	Mediana	Percentil 90	P
Hombres	270	678	(72,0)	26,9	3,5	60	0,069
Mujeres	105	363	(28,0)	37,1	5	98,4	
Minutos hasta pedir auxilio de cualquier tipo							
Hombres	905	43	(67,8)	135,6	12	240	NS
Mujeres	430	38	(32,2)	189,9	15	300	
Minutos hasta solicitar asistencia sanitaria							
Hombres	903	45	(67,7)	147,4	20	258	NS
Mujeres	430	38	(32,2)	205,2	20	355	
Minutos hasta recibir asistencia sanitaria							
Hombres	906	42	(67,9)	161,5	30	281,5	NS
Mujeres	429	39	(32,1)	215,5	35	310	
Minutos hasta llegar al hospital							
Hombres	895	53	(67,9)	198,5	60	357	NS
Mujeres	424	44	(32,1)	247,9	60	365	

NS: No significativo; <0,001, <0,01, <0,05: Estadísticamente significativo.

¹ La mediana representa el valor que deja el mismo número de datos (ordenados) antes y después que él (el 50% antes y el 50% después). Su cálculo no se ve afectado por valores extremos, a diferencia de lo que ocurre con la media.

1.9. Medios de transporte utilizados

Hemos descrito hasta tres medios de transporte distintos en la búsqueda de ayuda en estas personas. De la misma forma que con las actuaciones realizadas, hemos recogido el primer, el segundo y el tercer medio de transporte utilizado (Tabla 18 y Figura 17) y hemos analizado las pautas de utilización y las diferencias según edad en hombres y mujeres (Figura 18, Tablas 19 y 20).

Aproximadamente la mitad de hombres y mujeres utilizaron, como primer medio, un vehículo particular (51,9% y 50,2% respectivamente). Cabe destacar que el 10,1% de los hombres condujeron ellos mismos, frente al 0,6% de las mujeres. Algo más de una cuarta parte de las personas fueron trasladadas por el 061 como primer medio (el 25,7% de los hombres y el 27,2% de las mujeres). Las diferencias entre hombres y mujeres estadísticamente significativas ($p < 0,01$) pueden ser debidas principalmente al alto porcentaje de hombres que informaron conducir ellos mismos.

El 29% de los hombres y el 28,6% de las mujeres llegaron a utilizar un segundo medio de transporte. Cabe destacar que las mujeres son mayormente trasladadas por otro tipo de ambulancias (39,6%) en comparación con los hombres, que son trasladados mayormente por el 061 (45,1%); no obstante las diferencias no son estadísticamente significativas. Finalmente destacar que un total de 48 personas utilizaron hasta un tercer medio de transporte, 21 mujeres que representarían el 4,5% del total y 27 hombres, el 2,8% del total (Tabla 18).

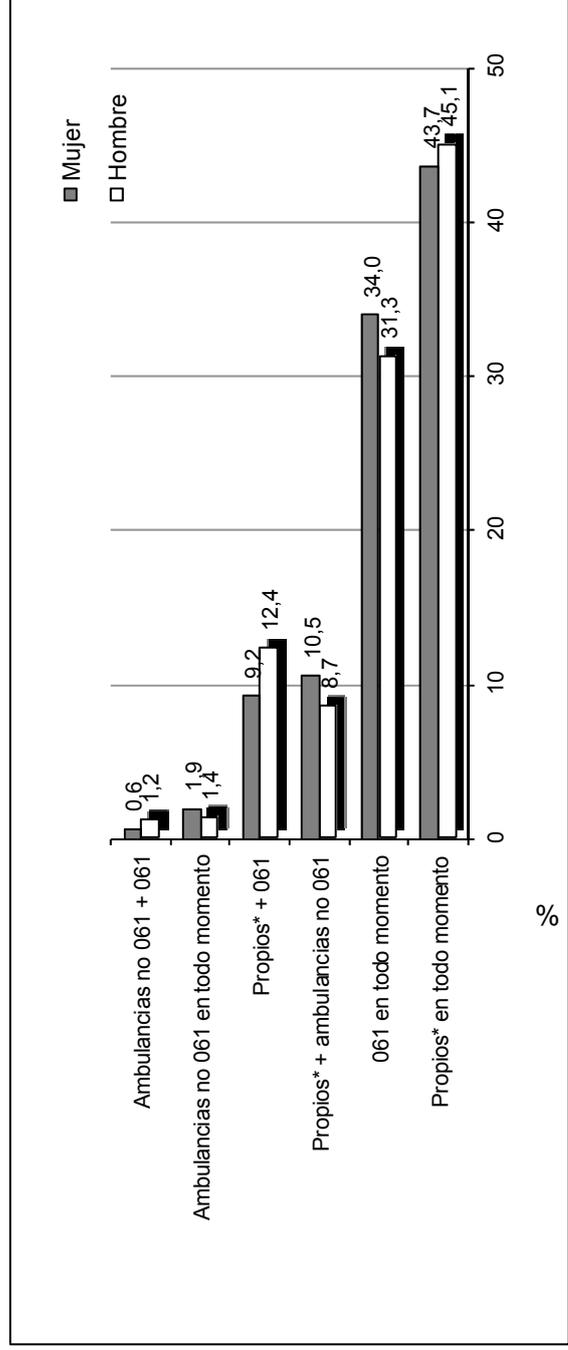
La Figura 17 muestra una combinación de medios utilizados hasta llegar al centro sanitario, siendo en todo momento los medios propios los más frecuentes en ambos sexos. El 23,7% de los hombres y el 22% de las mujeres utilizaron al menos dos medios de transporte distintos (propios y 061, propios y ambulancias, etc.)

Tabla 18. Medios de transporte utilizados por hombres y mujeres para el traslado a un centro sanitario.

	Primer medio						Segundo medio						Tercer medio					
	Hombres		Mujeres		Total		Hombres		Mujeres		Total		Hombres		Mujeres		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Por las unidades móviles del 061	241	(25,7)	126	(27,2)	367	(26,2)	124	(45,1)	47	(35,1)	171	(41,8)	9	(33,3)	10	(47,6)	19	(39,6)
Por otro tipo de ambulancias	76	(8,1)	44	(9,5)	120	(8,6)	89	(32,4)	53	(39,6)	142	(34,7)	10	(37,0)	11	(52,4)	21	(43,8)
Medio de transporte propio: conducido por él/ella mismo/a	95	(10,1)	3	(0,6)	98	(7,0)	8	(2,9)	1	(0,7)	9	(2,2)	1	(3,7)	0	(0,0)	1	(2,1)
Medio de transporte propio: conducido por otra persona	391	(41,8)	230	(49,6)	621	(44,4)	45	(16,4)	28	(20,9)	73	(17,8)	6	(22,2)	0	(0,0)	6	(12,5)
Transporte público (bus, tren, taxi)	32	(3,4)	22	(4,7)	54	(3,9)	6	(2,2)	4	(3,0)	10	(2,4)	1	(3,7)	0	(0,0)	1	(2,1)
Caminando a pie	101	(10,8)	39	(8,4)	140	(10,0)	3	(1,1)	1	(0,7)	4	(1,0)						
Total	936	(100)	464	(100)	1400	(100)	275	(100)	134	(100)	409	(100)	27	(100)	21	(100)	48	(100)
P sexo	<0,001						NS						NS					

NS: No significativo; <0,001, <0,01, <0,05: Estadísticamente significativo

Figura 17. Medios de transporte utilizados hasta primer centro sanitario. *vehículo particular, transporte público, caminando...



Para explorar las posibles diferencias en la edad de hombres y mujeres en relación al medio de transporte, se analizó la edad media de hombres y mujeres según distintos tipos de transporte (Tabla 19). Para ambos sexos, la edad media de quienes fueron trasladados por algún tipo de transporte sanitario fue mayor en comparación con quienes utilizaron medios propios. A diferencia de las actuaciones analizadas en el apartado relativo a las actuaciones, no se observan posibles interacciones con la edad en la relación entre el sexo y el tipo de transporte (Tabla 20).

Tabla 19. Edad media de hombres y mujeres en relación al tipo de transporte

	Hombres		Mujeres	
	Media	N	Media	N
Transporte sanitario (061 y ambulancias) frente a medios propios				
Medios propios	61,4	618	66,7	294
Transporte sanitario	65,2	316	70,8	170
P sexo	<0,001		<0,001	
Transporte con 061 frente a medios propios (se excluyen otras ambulancias)				
Medios propios	61,4	618	66,7	294
061	64,2	240	70,2	126
P sexo	<0,001		<0,001	
Transporte con 061 frente al resto de medios (medios propios y otras ambulancias)				
Resto (propios y otras ambulancias)	62,1	694	67,5	338
061	64,2	240	70,2	126
P sexo	<0,001		<0,001	

NS: No significativo; <0,001, <0,01, <0,05: Estadísticamente significativo.

Finalmente, en este apartado descriptivo sobre el medio de transporte, hemos analizado diferencias según el sexo sobre el uso de los dispositivos de emergencia, teniendo en cuenta solo a aquellas personas que lo primero que hacen es llamar al 061 (como primera actuación llaman al 061) y que además fueron trasladadas por el 061 frente al resto de actuaciones y transportes (Figura 18). Hay un mayor porcentaje de hombres que llaman al 061 y son trasladados por el 061 en comparación con las mujeres (16,8% y 11,7% respectivamente) ($p < 0,01$). No se han encontrado diferencias según edad. Hay que tener en cuenta en este punto que el medio de transporte no fue en todos los casos una elección propia de estas personas. Ya hemos visto que la persona no siempre pudo escoger el medio de transporte que utilizaba, bien porque la

decisión la tomaban otras personas de su entorno, bien porque la actuación que realizó fue la que de una forma u otra determinó el medio de transporte.

Figura 18. Porcentaje de hombres y mujeres que llaman al 061 y son transportadas por el 061 como primera opción

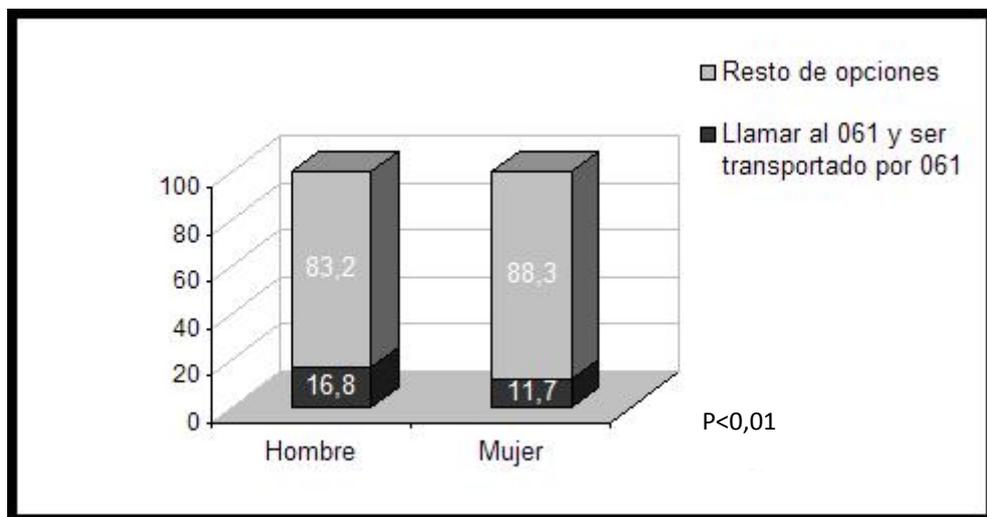


Tabla 20. Primer medio de transporte en hombres y mujeres por grupos de edad

		Hombres		Mujeres		P sexo
		N	%	N	%	
Transporte sanitario (061 y ambulancias) frente a medios propios						
≤ 60	Medios propios	276	72,3	73	72,3	NS
	Transporte sanitario	106	27,7	28	27,7	
61-74	Medios propios	230	64,4	136	67,3	NS
	Transporte sanitario	127	35,6	66	32,7	
≥ 75	Medios propios	112	57,4	85	52,8	NS
	Transporte sanitario	83	42,6	76	47,2	
Transporte con 061 frente a medios propios (se excluyen otras ambulancias)						
≤ 60	Medios propios	276	75,8	73	77,7	NS
	061	88	24,2	21	22,3	
61-74	Medios propios	230	70,3	136	72,3	NS
	061	97	29,7	52	27,7	
≥ 75	Medios propios	112	67,1	85	61,6	NS
	061	55	32,9	53	38,4	
Transporte con 061 frente al resto de medios (medios propios y otras ambulancias)						
≤ 60	Resto	294	77,0	80	79,2	NS
	061	88	23,0	21	20,8	
61-74	Resto	260	72,8	150	74,3	NS
	061	97	27,2	52	25,7	
≥ 75	Resto	140	71,8	108	67,1	NS
	061	55	28,2	53	32,9	

NS: No significativo; <0,001, <0,01, <0,05: Estadísticamente significativo.

1.10. Motivaciones expresadas en la decisión del transporte utilizado

Si bien el transporte utilizado no responde siempre a las motivaciones expresadas por las propias personas, sino que son otras quienes pueden tomar la decisión sobre el transporte, a las personas que utilizaron medios propios, se les pedía que indicaran si estaban de acuerdo o no con algunas afirmaciones sobre el transporte (Tabla 21.1). De idéntica manera, a las personas que fueron trasladadas como primer medio de transporte por las ambulancias se les realizó otra serie de preguntas (Tabla 21.2)¹.

El 55% de los hombres que fueron trasladados por medios propios señalaron “me sentía bien para venir por mis propios medios”, frente al 45,2% de las mujeres. También fue más frecuente entre los hombres (46,3%) el indicar “pensaba que eran síntomas leves”, en comparación con las mujeres (39,4%). Estas diferencias fueron estadísticamente significativas. También afirmaron el “pensaba que llegaría más rápido de otra forma”, 65,7% y 62,7% respectivamente y “desconocimiento de lo que les estaba sucediendo”, en el 56,6% y 60,8% respectivamente.

Entre las personas trasladadas, como primer medio, por cualquier tipo de ambulancia, el 84,1% de las mujeres y el 87,5% de los hombres afirmaron el “asumiendo la gravedad de mi enfermedad, pensé que era el medio más apropiado”. También fue frecuente el “por la confianza en las ambulancias”, para el 80,5% de las mujeres y el 77,5% de los hombres, no encontrándose diferencias estadísticamente significativas entre ambos sexos.

¹ Hay que tener en cuenta que el medio de transporte no siempre es escogido por las propias personas y por tanto, las motivaciones expresadas en la decisión no tienen por qué corresponderse con las elecciones individuales de hombres y mujeres que han sufrido el evento coronario.

Tabla 21. Motivaciones expresadas sobre medio de transporte utilizado

21.1. Personas trasladadas por medios propios* como primer medio de transporte					
	Hombres		Mujeres		
	N	%	N	%	P
N	619	(66,1)	294	(63,4)	NS
Pensaba que llegaría más rápido a través de otra forma. Medios propios serían más rápidos por la cercanía de donde me encontraba hacia el centro sanitario	387	(65,7)	175	(62,7)	NS
Desconocimiento de lo que estaba sucediendo	336	(56,6)	172	(60,8)	NS
Me sentía bien para venir por mis propios medios	328	(55,0)	127	(45,2)	<0,001
No se me ocurrió/no pensé en esa posibilidad de llamar al 061	277	(46,7)	138	(48,8)	NS
Pensaba/pensábamos que los síntomas eran leves	273	(46,3)	109	(39,4)	<0,05
La percepción de estar abusando del servicio del 061	83	(14,3)	36	(12,9)	NS
Ignoraba que pudiese llamar	75	(12,7)	39	(13,8)	NS
21.2. Personas trasladadas por ambulancia** como primer medio de transporte					
N	317	(33,9)	170	(36,6)	NS
Asumiendo la gravedad de mi enfermedad, pensé que era el medio más apropiado	258	(87,5)	132	(84,1)	NS
Por la confianza en las ambulancias	224	(77,5)	128	(80,5)	NS
Ya había utilizado con anterioridad el servicio	103	(33,9)	56	(34,4)	NS
No contaba con ningún otro medio a su disposición (era el que tenía más a mano)	106	(35,8)	50	(31,4)	NS

*vehículo, transporte público, caminando, a pie...

**Cualquier tipo de ambulancia (incluye 061).

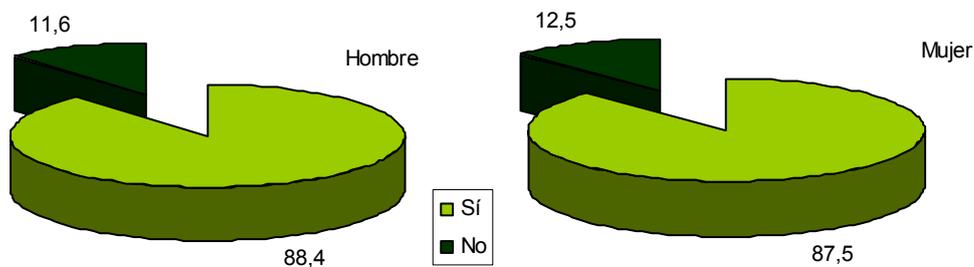
NS: No significativo; <0,001, <0,01, <0,05: Estadísticamente significativo.

1.11. Conocimiento del 061

En este último apartado sobre el inicio de los síntomas en hombres y mujeres con SCA aportamos información sobre el grado de conocimiento y utilización del 061 de la población de nuestro estudio que no ha hecho uso de estos dispositivos de emergencia (Figura 19 y Figura 20).

Para identificar el grado de conocimiento del servicio del 061 entre quienes no usaron el recurso, seleccionamos a aquellas personas que ni llamaron como primera actuación, ni fueron trasladadas en primer lugar por el 061. En esta situación se encontraba el 71,2% de los hombres (675) y el 71,0% de las mujeres (328). Entre este grupo de personas, el 88,4% de los hombres y el 87,5% de las mujeres habían oído hablar del 061. Las diferencias entre hombres y mujeres no fueron estadísticamente significativas. Si consideramos a la totalidad de la muestra, el porcentaje ascendía al 89,4% en los hombres y al 89,5% en las mujeres (Figura 19).

Figura 19. ¿Había oído hablar alguna vez del servicio del 061?



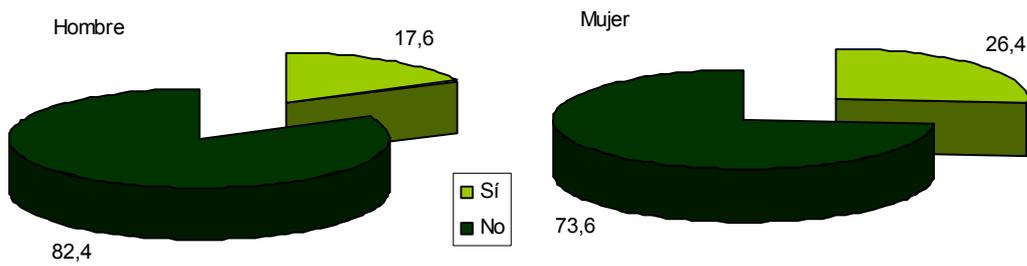
P Sexo: NS

NS: No significativo; <0,001, <0,01, <0,05: Estadísticamente significativo.

Este mismo grupo de personas, es decir las que ni llamaron como primera actuación, ni fueron trasladadas en primer lugar por el 061, habían hecho uso del 061 antes un 17,6% de los hombres y un 26,4% de las mujeres, observándose diferencias estadísticamente significativas entre ambos sexos ($P < 0,001$). Si tenemos en cuenta al

conjunto de la muestra, este porcentaje aumenta al 22,8% de los hombres y al 30,6% de las mujeres, manteniéndose la misma significación estadística positiva (Figura 20).

Figura 20. ¿Antes de este último infarto había hecho uso alguna vez del 061?



P sexo <0,001

NS: No significativo; <0,001, <0,01, <0,05: Estadísticamente significativo.

2. Factores asociados con la demora prehospitalaria en hombres y mujeres

El recibir tratamiento en los primeros minutos desde el inicio de los síntomas es clave en la posterior supervivencia y calidad de vida de las personas con SCA, de ahí la denominación de la “hora de oro”. Dado que en nuestro estudio no contemplamos el tiempo que tardan hasta recibir tratamiento, consideramos como ventana temporal el tardar menos de 60 minutos hasta la llegada al hospital como “hora de oro”.

Para responder al objetivo específico 2, analizar los factores asociados a la demora prehospitalaria (tardar una hora o más desde el inicio de los síntomas hasta la llegada al hospital), consideramos en este análisis tanto variables de posición socioeconómica que nos permitirían observar desigualdades, variables de entorno, como también aquellas relativas a la sintomatología y su interpretación, pensamientos, creencias, y otros factores que pudieran relacionarse a hombres y a mujeres (Tabla 22)¹.

En la primera columna se presentan los resultados para hombres, la segunda para mujeres y en la tercera columna se incluye un modelo conjunto con hombres y mujeres en el mismo análisis. En estos modelos se incluyen, como principales variables independientes o explicativas, el nivel de ingresos como variable de posición socioeconómica y la distancia desde donde tuvo lugar el evento al hospital de referencia, como aproximación de variable geográfica. Otros factores incluidos en el modelo son los referentes al lugar de inicio del evento, antecedentes, síntomas, algunos pensamientos, actuaciones realizadas y medios de transporte utilizados.

En cuanto a los factores asociados con la demora en los hombres, se identificó (con asociación estadística): tener ingresos inferiores a 1.500 euros mensuales (OR: 1,56;

¹ Para llegar al modelo final presentado en la tabla 22 se han realizado modelos parciales. Estos análisis no se muestran por tratarse de pasos intermedios en la consecución del modelo final multivariante.

IC95%: 1,06-2,30), el encontrarse fuera de la vivienda habitual (OR: 1,81; IC95%: 1,29-2,54), el no tener antecedentes (OR: 1,53; IC95%: 1,08-2,17), el no darle importancia (OR: 2,00; IC95%: 1,34-2,98), el preferir esperar a que se pase el dolor (OR: 2,38; IC95%: 1,60-3,53), el buscar otro tipo de atención distinta al 061 o las urgencias hospitalarias (OR: 1,46; IC95%: 1,04-2,06), y finalmente el acudir por medios propios estando en el mismo municipio al del hospital donde fue trasladado ¹ (OR: 1,77; IC95%: 1,11-2,84).

Como factor protector, es decir factores que favorecen el tardar menos de una hora hasta llegar al hospital, se observaron aquellos síntomas relacionados con la sensación de falta de aire, ahogamiento, asfixia o problemas para respirar (OR: 0,69; IC95%: 0,50-0,96).

Los factores asociados con la demora en las mujeres (con asociación estadística) fueron: el presentar sintomatología denominada como “típica” (OR: 2,46; IC95%: 0,97-6,21), el no darle importancia (OR: 4,33; IC95%: 2,18-8,58) y el preferir esperarse hasta que se le pasara el dolor (OR: 1,68; IC95%: 0,92-3,04).

Otro resultado a destacar es que un mismo factor podía tener un peso distinto o importancia en hombres y en mujeres, por ejemplo, la posición socioeconómica. Si bien tanto en el modelo de los hombres como en el de las mujeres fue más probable que presentasen demora –a igualdad del resto de variables– quienes tenían ingresos más bajos, la probabilidad fue más alta entre los hombres (OR: 1,56; IC95%:1,06-2,30), mientras en las mujeres no fue significativa esta diferencia (OR: 1,20; IC95%:0,49-2,91).

¹ Los análisis indicaron una interacción entre el medio de transporte y la distancia al hospital de referencia en relación a la demora, por lo tanto no se pueden interpretar los coeficientes de transporte y distancia de manera aislada. Existe interacción cuando la asociación entre dos variables varía según los diferentes niveles de otra u otras variables, es decir, que la relación entre el medio de transporte y la demora prehospitalaria varía según la distancia al hospital de referencia. Cuando hay interacción entre dos variables, no es correcto interpretar los coeficientes por separado de cada una de las variables, en este caso la distancia y el medio de transporte utilizado, sino la interacción entre ambas.

En los hombres que se encontraban fuera de la vivienda habitual también fue más probable que presentaran demora en comparación con la probabilidad de aquellos que estaban en la vivienda habitual (OR: 1,81; IC95%: 1,29-2,54). Sin embargo, cuando observamos qué pasaba en las mujeres, el estar fuera de casa parecía ser un factor “protector”, si bien no era estadísticamente significativo (OR: 0,85; IC95%: 0,45-1,59). Otro factor destacable fue la sintomatología correspondiente al denominado dolor “típico” (opresión en pecho, brazos, hombro, cuello, codo, espalda, zona lumbar, mandíbula, corazón). Mientras que los hombres que informaron tener este síntoma presentaron una menor demora (OR: 0,78; IC95%: 0,76-0,78), en el caso de las mujeres sucedió precisamente lo contrario. Aquellas mujeres que tuvieron sintomatología “típica” (dolor “típico”), tuvieron una mayor probabilidad de demora en comparación con las que informaron no tener esos síntomas (OR: 2,46; IC95%: 0,97-6,21).

De manera similar a lo que sucede con la sintomatología que hemos denominado como “típica”, entre los factores asociados a la demora en los hombres, el tener antecedentes también jugó un papel importante. Mientras que entre aquellos hombres sin antecedentes fue más probable que llegaran pasado una hora (OR: 1,53; IC95%: 1,08-2,17), en el caso de las mujeres parece ser que el no tener antecedentes fue protector, de modo que aquellas mujeres sin antecedentes presentaron una mayor probabilidad de llegar antes al hospital, aunque las diferencias no fuesen estadísticamente significativas (OR: 0,85; IC95%: 0,45-0,81) en comparación con las mujeres con antecedentes.

Tanto en el caso de los hombres como en el de las mujeres, los resultados relativos a la edad indican que conforme aumenta la edad, disminuye la probabilidad de presentar demora, si bien los resultados no son significativos estadísticamente (OR: 0,99; IC95%: 0,98-1,00 y OR: 0,98; IC95%: 0,96-1,00 respectivamente). Quienes prefirieron esperar hasta que se les pasara el dolor o no le dieron importancia fue más probable que llegaran al hospital después de una hora, siendo estas diferencias estadísticamente significativas. Entre los hombres, quienes realizaron como primera

actuación una cosa distinta a llamar al 061 o ir en busca de urgencias hospitalarias también presentaron una mayor probabilidad de demora (OR: 1,46; IC95%: 1,04-2,06), si bien en el caso de las mujeres no se observa significación estadística (OR: 1,20; IC95%: 0,70-2,06).

Finalmente, en la tercera columna se presenta el análisis realizado en un único modelo incluyendo como covariable el sexo (modelo de hombres y mujeres). Este análisis permitió observar en primer lugar que la edad, a igualdad del resto de factores, es significativa, de forma que a mayor edad disminuye la probabilidad de demora. Respecto al sexo, se produce una interacción entre el hecho de informar una sintomatología “típica” en hombres y mujeres en la relación a la demora¹. La interpretación de los coeficientes mostró que las mujeres que informaron dolor “típico” como síntoma tuvieron una probabilidad dos veces y medio mayor (OR: 2,38; IC95%: 0,76-7,48) de presentar demora, si bien no se observa significación estadística, en comparación con los hombres que informaron dolor “típico”. En este modelo conjunto de hombres y mujeres, los factores asociados estadísticamente con la probabilidad de llegar más tarde de una hora al hospital fueron el encontrarse fuera de la vivienda habitual, el no tener antecedentes, el no darle importancia y el preferir esperar hasta que se le pasara el dolor. El nivel de ingresos en el hogar también fue significativo de modo que fue más probable que llegaran más tarde de una hora aquellas personas, hombres y mujeres, con un menor nivel de ingresos, por lo que podemos hablar de la existencia de diversas formas de desigualdad en la demora prehospitalaria en personas con SCA en Andalucía.

¹ Por este motivo no es correcto interpretar el coeficiente del sexo ni el de dolor sin su interacción.

Tabla 22. Modelo multivariante. Factores asociados a tardar una hora o más desde el inicio de los síntomas hasta la llegada al hospital en hombres, en mujeres, y en hombres y mujeres conjuntamente, Andalucía

	Hombres				Mujeres				Hombres y Mujeres			
	OR	I.C. 95,0%		Sig.	OR	I.C. 95,0%		Sig.	OR	I.C. 95,0%		Sig.
EDAD	0,99	(0,98	1,00)	NS	0,98	(0,96	1,00)	NS	0,99	(0,97	1,00)	<0,05
Sexo												
Hombre									1			NS
Mujer									0,47	(0,18	1,22)	
Ingresos mensuales												
>1.500 €	1			<0,05	1			NS	1			<0,05
Hasta 1.500 €	1,56	(1,06	2,30)		1,2	(0,49	2,91)		1,49	(1,05	2,12)	
Distancia al H de referencia												
En la misma localidad	1			<0,001	1			<0,01	1			<0,001
De 1 a 24 Km	1,6	(0,93	2,76)		1,27	(0,53	3,03)		1,4	(0,89	2,21)	
25 y más Km	3,59	(2,08	6,17)		2,89	(1,34	6,24)		3,03	(1,97	4,66)	
Lugar del evento												
Vivienda habitual	1			<0,001	1			NS	1			<0,001
Resto	1,81	(1,29	2,54)		0,85	(0,45	1,59)		1,55	(1,16	2,08)	
Antecedentes de infarto o angina												
1 o más de uno	1			<0,05	1			NS	1			<0,05
Ninguno	1,53	(1,08	2,17)		0,94	(0,54	1,61)		1,39	(1,00	1,94)	
Síntoma: Dolor "típico"												
No	1			NS	1			0,06	1			NS
Sí	0,78	(0,47	0,78)		2,46	(0,97	6,21)		0,78	(0,47	1,30)	
Síntoma: sensación de falta de aire, ahogamiento, asfixia o problemas para respirar												
No	1			<0,05	1			NS	1			<0,05
Sí	0,69	(0,50	0,96)		0,85	(0,51	1,44)		0,76	(0,58	1,00)	
No le dio importancia y siguió con lo que estaba haciendo												
No pensó	1			<0,001	1			<0,001	1			<0,001
Sí pensó	2,00	(1,34	2,98)		4,33	(2,18	8,58)		2,42	(1,73	3,39)	
Prefería esperarse hasta que se le pasara el dolor												
No pensó	1			<0,001	1			0,09	1			<0,001
Sí pensó	2,38	(1,60	3,53)		1,68	(0,92	3,04)		2,17	(1,57	2,99)	
Primera actuación												
061 o urgencias hospitalarias	1			<0,05	1			NS	1			<0,01
Busca otro tipo de atención	1,46	(1,04	2,06)		1,2	(0,70	2,06)		1,48	(1,12	1,96)	
Transporte												
Ambulancia	1			<0,01	1			NS	1			0,09
Medios propios	1,8	(1,13	2,89)		0,79	(0,38	1,61)		1,4	(0,95	2,06)	
Medio de transporte*Distancia												
Medios propios-En el municipio	1,77	(1,11	2,84)		0,79	(0,39	1,63)		1,4	(0,95	2,07)	
Medios propios-De 1 a 24 Km	0,7	(0,27	1,79)		1,68	(0,35	7,95)		0,92	(0,42	2,00)	
Medios propios-25 y más Km	0,67	(0,27	1,68)		0,58	(0,16	2,09)		0,67	(0,31	1,42)	
Sexo * dolor "típico"												
Con dolor hombre									0,78	(0,47	1,30)	
Con dolor mujer									2,38	(0,76	7,48)	

NS: No significativo; <0,001, <0,01, <0,05: Estadísticamente significativo.

3. Factores asociados al uso de medios propios en el traslado al centro sanitario en hombres y mujeres

El medio de transporte utilizado se considera un factor importante en el análisis sobre la forma de acceso al sistema sanitario en personas con SCA. Previo a la presentación de los resultados del análisis realizado para responder al objetivo específico 3 sobre factores asociados al uso de medios propios, cabría realizar una reflexión sobre las variables analizadas.

En el análisis descriptivo previo se mostró que había un total de 156 hombres (el 16,5% del total de hombres) y 54 mujeres (el 11,5% del total de mujeres) que lo primero que hicieron fue llamar al 061 y fueron trasladados/as por las ambulancias del 061. Anteriormente hemos visto que el medio de transporte no siempre fue elegido por quien estaba sufriendo el evento, sino que había otros factores y personas intervinientes en esta decisión, de ahí que este grupo resultara de especial interés para analizar qué factores se asocian a que las personas escogieran en primer lugar esta opción y, por tanto, siguieran las recomendaciones establecidas por las instituciones sanitarias. No obstante, el reducido número de casos dificulta el análisis estadístico para analizar factores asociados al uso de medios propios en relación al uso de los dispositivos de emergencia como primera actuación, por lo que finalmente consideramos a todos aquellos hombres y mujeres que fueron trasladados por medios propios, frente a aquellas personas que fueron trasladadas por transporte sanitario, independientemente de la actuación realizada. Es decir, en este apartado hemos identificado los factores asociados al traslado mediante medios propios como primer medio de transporte en hombres y en mujeres frente al transporte sanitario. Cabe puntualizar también que en la categoría “transporte sanitario” se incluyeron tanto aquellos dispositivos asistenciales (por ejemplo las UVIS móviles del 061), como ambulancias de traslado. En cuanto a los “medios propios” hacen referencia al uso de vehículos particulares, transporte público e incluso el venir caminando. Si bien se trata

de categorías ciertamente heterogéneas, las recomendaciones desaconsejan el uso de medios propios, especialmente el hecho ir conduciendo el propio vehículo.

Este modelo considera, como principales variables independientes o explicativas, el nivel educativo como variable de posición socioeconómica y la distancia al hospital de referencia como aproximación de variable geográfica. Otros factores con significación estadística incluidos en el modelo son los referentes al lugar de inicio del evento, las actuaciones realizadas, síntomas, el dolor percibido, la percepción de gravedad o el que otras personas participen en la toma de decisiones (Tabla 23)¹.

En la primera columna se muestran los análisis para hombres, en la segunda para mujeres y la tercera columna se presenta un mismo modelo incluyendo hombres y mujeres. Analizando en primer lugar el modelo obtenido en los hombres y el modelo obtenido en las mujeres observamos, de nuevo, cómo un mismo factor puede tener un peso distinto o importancia en hombres y en mujeres, por ejemplo, el nivel educativo. En ambos modelos, fue más probable que fuesen trasladadas por medios propios –al igual que el resto de variables–, entre quienes tenían estudios primarios o sin estudios, si bien la probabilidad fue mucho más alta en el caso de las mujeres, (OR: 4,47; IC95%: 1,98-11,38), mientras en los hombres apenas fue significativa esta diferencia (OR: 1,45; IC95%: 0,96-2,19).

A mayor distancia del hospital de referencia, mayor probabilidad de que el traslado sea por medios propios, especialmente en el caso de los hombres que se encontraban a 25 y más Km. (OR: 2,48; IC95%: 1,59-3,88). El lugar donde se iniciaron los síntomas se relacionó de manera significativa con el traslado por medios propios en los hombres, de forma que cuando se produjo fuera de la vivienda habitual fue más probable el desplazarse por medios propios (OR: 1,73; IC95%: 1,19-2,52). En las mujeres, si bien el estar fuera de la vivienda habitual también parece que aumentó la probabilidad de ser

¹ En la tabla 23 se han realizado modelos parciales. Estos análisis no se muestran por tratarse de pasos intermedios en la consecución del modelo final multivariante.

desplazadas por medios propios, no fue estadísticamente significativo (OR: 1,43; IC95%: 0,77-2,64).

Tanto en hombres como en mujeres, el no pensar que fuese grave desde el primer momento se asoció con el uso de medios propios (OR: 1,38; IC95%: 0,96-1,98 y OR: 1,30; IC95%: 0,79-2,14 respectivamente). Los hombres que informaron mayor dolor percibido fue más probable que fueran trasladados por ambulancia (OR: 0,92; IC95%: 0,87-0,98), mientras que en las mujeres el sentido es contrario, no encontrándose significación estadística (OR: 1,02; IC95%: 0,93-1,11). En el caso de los hombres, la pérdida de consciencia o conocimiento fue protector (OR: 0,42; IC95%: 0,27-0,66), es decir, fue más probable que fuesen trasladados mediante ambulancia quienes perdieron el conocimiento. En el caso de las mujeres, aquellas que perdieron el conocimiento (OR: 0,51; IC95%: 0,31-0,85) o tuvieron sensación de ahogo y falta de aire (OR: 0,36; IC95%: 0,21-0,64) fue más probable que fueran trasladadas por ambulancia.

Los hombres que como primera actuación buscaron otro tipo de asistencia distinta al 061 o las urgencias hospitalarias, fue más probable que fueran trasladados por medios propios (OR: 3,69; IC95%: 2,56-5,31). En las mujeres se observó el mismo efecto, pero en menor medida (OR: 1,90; IC95%: 1,16-3,12). Tanto en hombres como en mujeres, el pensar en esperar a que se pasara el dolor también se asoció al uso de medios propios (OR: 1,98; IC95%: 1,34-2,94 y OR: 2,05; IC95%: 1,22-3,45 respectivamente). Finalmente, destacar que entre quienes tomaron la decisión sobre el tipo de transporte a utilizar de manera individual fue más probable que se desplazaran por medios propios, con mayor peso en los hombres (OR: 2,95; IC95%: 2,00-4,34) en comparación con las mujeres (OR: 1,90; IC95%: 1,16-3,12).

Si nos centramos en la columna de la derecha, en el modelo conjunto para hombres y mujeres se observa que, si bien los hombres parecían tener una mayor probabilidad de ser trasladados por ambulancias en comparación con las mujeres, las diferencias no

fueron estadísticamente significativas (OR: 1,06; IC95%: 0,78-1,45). En este modelo conjunto de hombres y mujeres se destaca además que una menor edad, la mayor distancia al hospital, el buscar asistencia no urgente, el no tener síntomas de ahogo o de pérdida de consciencia, el no pensar desde el primer momento que se trata de algo grave, y el hecho de que la decisión sobre la elección del transporte fuera individual, se asoció positivamente con la utilización de medios propios al inicio de los síntomas. Finalmente, cabe destacar la presencia de desigualdades sociales en el medio de transporte ya que fue más probable el uso de medios propios en las personas con un nivel educativo más bajo.

Tabla 23. Modelo multivariante. Factores asociados al traslado por medios propios en hombres, en mujeres, y en hombres y mujeres conjuntamente, Andalucía.

	Hombres			Mujeres			Mujeres y Hombres		
	OR	I.C. 95,0%	Sig.	OR	I.C. 95,0%	Sig.	OR	I.C. 95,0%	Sig.
EDAD	0,97	(0,95 0,98)	<0,001	0,97	(0,95 0,99)	<0,001	0,97	(0,96 0,98)	<0,001
Sexo									
Hombre							1		
Mujer							1,06	(0,78 1,45)	NS
Nivel educativo									
Secundarios y más	1		0,08	1		<0,001	1		<0,001
Sin estudios y primarios	1,45	(0,96 2,19)		4,74	(1,98 11,38)		1,79	(1,24 2,58)	
Distancia									
En la misma localidad	1		<0,001	1		NS	1		<0,001
De 1 a 24 Km	1,72	(1,11 2,65)		1,56	(0,83 2,94)		1,64	(1,15 2,33)	
25 y más km	2,48	(1,59 3,88)		1,63	(0,93 2,87)		2,12	(1,50 3,00)	
Lugar del evento									
Vivienda habitual	1		<0,001	1		NS	1		<0,001
Resto	1,73	(1,19 2,52)		1,43	(0,77 2,64)		1,68	(1,23 2,30)	
Sensación de falta de aire, ahogamiento, asfixia o problemas para respirar									
No	1		NS	1		<0,001	1		NS
Sí	1,04	(0,73 1,49)		0,51	(0,31 0,85)		0,83	(0,63 1,11)	
Pérdida de consciencia o conocimiento									
No	1		<0,001	1		<0,001	1		<0,001
Sí	0,42	(0,27 0,66)		0,36	(0,21 0,64)		0,40	(0,29 0,57)	
Escala de dolor (del 1 al 10)									
Dolor percibido	0,92	(0,87 0,98)		1,02	(0,93 1,11)		0,95	(0,91 1,00)	
Primeros pensamientos									
Desde el primer momento pensó que era algo grave	1		0,09	1		NS	1		<0,05
No pensó que fuese grave	1,38	(0,96 1,98)		1,30	(0,79 2,14)		1,34	(1,00 1,79)	
Decisión sobre medio de transporte									
Paciente y/o otras	1		<0,001	1		<0,05	1		<0,001
Solo paciente	2,95	(2,00 4,34)		2,05	(1,12 3,77)		2,6	(1,89 3,59)	
Primera actuación									
061 o urgencias hospitalarias	1		<0,001	1		<0,01	1		<0,001
Busca otro tipo de atención	3,69	(2,56 5,31)		1,9	(1,16 3,12)		2,9	(2,17 3,86)	
Prefería esperarse hasta que se le pasara el dolor									
No pensó en ello	1		<0,001	1		<0,01	1		<0,001
Sí pensó en ello	1,98	(1,34 2,94)		2,05	(1,22 3,45)		1,92	(1,41 2,61)	

*Como primer medio de transporte.

NS: No significativo; <0,001, <0,01, <0,05: Estadísticamente significativo.

Capítulo 4. Discusión de los resultados

1. Discusión de los resultados

1.1. Sobre el proceso seguido ante el inicio de síntomas de SCA

En primer lugar es necesario llamar la atención sobre la caracterización de las mujeres en este estudio. En general, en las mujeres mayores se da una especial brecha económica y educacional, ya que tuvieron menores posibilidades de acceso a la educación y al mercado laboral en comparación con los hombres. En su mayoría han desempeñado trabajos no remunerados en las tareas del hogar, crianza y cuidado de hijos, hijas y del esposo, y no han podido generar una pensión, por lo que están a expensas de los ingresos procedentes del hombre, ya sea por situación de “jubilación”, o de “viudedad”, u otro tipo de pensiones de menor cuantía que las generadas por los rendimientos del trabajo, además de representar, todavía, un alto porcentaje de analfabetismo o estudios básicos (BORRELL ET. AL., 2003, 2004; SEN ET AL., 2005). Concretamente en Andalucía, según los datos de la última Encuesta Población Activa (ENCUESTA POBLACIÓN ACTIVA, 2012), un 18,7% de las mujeres de 65 y más años es analfabeta, frente al 8,8% de los hombres, y tienen educación primaria el 64,4% y el 62,2% respectivamente. Siguiendo en Andalucía, entre las personas de 65 y más años, el 38,3% de los hogares en los que la persona de referencia es una mujer tienen unos ingresos medios anuales inferiores a 9.000 euros, frente al 16,3% de los hogares en el caso de los hombres de ese mismo grupo de edad (ENCUESTA DE CONDICIONES DE VIDA, 2010). De ahí que cuando hablemos de mujeres con SCA, o de mujeres mayores con problemas de salud en Andalucía, debemos tener en cuenta que estamos hablando, en un alto porcentaje, de mujeres con escasos recursos socioeconómicos. En nuestro trabajo, el importante número de valores perdidos relativos a la ocupación de la persona entrevistada y de la persona que mayores ingresos aportaba al hogar ha imposibilitado el análisis de desigualdades a partir de la clase social ocupacional. No obstante, la información relativa al nivel educativo y al nivel de ingresos en los hogares de las mujeres encuestadas, variables también de posición socioeconómica, da cuenta de la desventaja de las mujeres.

Cabe destacar también cómo los espacios públicos y privados en los que se desenvuelve la vida de hombres y mujeres, respectivamente, se reflejan claramente en el lugar donde tienen inicio los síntomas o el malestar. Si bien es más frecuente que se inicien los síntomas en la vivienda habitual, la frecuencia es más alta en las mujeres. La edad media de las mujeres de nuestro estudio es más alta que la de los hombres, hecho ampliamente constatado en la literatura científica nacional e internacional (MOSCA, 2002:24; WENGER, 2002; ROHLFS ET AL., 2004; SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA, 2008b:20; CALVO ET AL., 2008; CARBAJOSA-DALMAU ET AL., 2011). El 10% de los hombres tiene un trabajo remunerado. En ellos, la calle y el centro de trabajo son espacios también importantes donde tiene lugar el inicio de los síntomas. Finalmente, es necesario señalar que las mujeres viven en mayor proporción solas, tal y como se ha puesto también de manifiesto en un reciente informe sobre el perfil de las personas mayores en España, en el cual se indica que considerando el total de personas de 65 y más años el porcentaje de mujeres que viven solas casi triplica al de hombres en hogares unipersonales (ABELLÁN Y AYALA, 2012:23).

1.1.1. La interpretación de los síntomas, la percepción de la gravedad y los pensamientos ante el inicio de los síntomas

Con este estudio se constata el hecho de que ni los hombres ni las mujeres sabían qué les estaba sucediendo en esos momentos. Algo menos de una cuarta parte de las mujeres en nuestro estudio han identificado desde el primer momento que se trata de “un infarto o algo de corazón”, siendo un porcentaje bajo en comparación con otros estudios realizados en el contexto internacional (THURESSON ET AL., 2007; MOSCA ET AL., 2010). En el caso de los hombres, si bien el porcentaje asciende al 29,9%, podemos decir que también sigue siendo bajo. Casi la mitad de los hombres y las mujeres de nuestro estudio “nunca pensaron que fuera grave”, dato también que puede reflejar esta falta de consideración sobre lo que les está sucediendo.

Aproximadamente el mismo porcentaje de hombres y mujeres presentan los síntomas llamados “típicos”. Sin embargo, es más frecuente en las mujeres informar

otro tipo de malestares, hecho constatado también por la literatura (LOVLIEN ET AL., 2006, 2008; ISAKSSON, 2008). En relación a la falta de identificación y reconocimiento de la sintomatología en las mujeres, un reciente estudio realizado en Toledo con más de 500 mujeres (de 18 a 65 años) muestra que el 83,2% de las mujeres creen que la primera causa de muerte es el cáncer, frente al 8,2% que indicaron el infarto, el 8,0% accidente vascular cerebral agudo y 3 mujeres (0,6%) la diabetes (RUIZ ET AL., 2011a). Es posible que la creencia de que las enfermedades cardiovasculares no afectan a las mujeres esté dificultando la identificación y el reconocimiento por parte de ellas. Como hemos visto anteriormente, los estudios realizados señalan la atribución histórica de las enfermedades cardiovasculares a los hombres como la principal causa de esta falta de reconocimiento de la sintomatología. En el caso de los hombres, en la revisión realizada por Emslie y Hunt (2009), se apunta también a ciertas dificultades para reconocer lo que les estaba sucediendo, por no verse identificados con el que consideran prototipo de persona propensa a enfermar del corazón. Finalmente, hay que tener en cuenta que estas personas son supervivientes de SCA, por lo que puede tratarse de pacientes de menor gravedad, cuyos síntomas pueden estar produciéndose de manera más lenta, lo cual también puede dificultar la identificación y reconocimiento de los síntomas como de SCA.

Lo novedoso de nuestra investigación es el aporte de datos en Andalucía sobre la identificación y reconocimiento de la enfermedad, al tiempo que pone de manifiesto desigualdades socioeconómicas y de género.

En algunos de los pensamientos informados en estos momentos se observan diferencias en hombres y mujeres. Si bien tanto ellos como ellas quieren averiguar pronto lo que les está pasando, las mujeres expresan, en esos momentos, desde el querer minimizar lo que les sucede, al no querer alarmar y el seguir realizando tareas domésticas o de cuidados, en definitiva, “no querer hacer ruido”. Ellas señalan en mayor proporción pensamientos del tipo: no querer ir al centro sanitario; quería terminar el trabajo doméstico; quería evitar alarmar a las personas del entorno; tenía

que esperar a que acudieran a auxiliarle; o no quiero desatender a las personas que tengo a mi cargo. Los hombres pensaron en mayor porcentaje, en comparación con las mujeres, que querían acabar el trabajo antes de pedir auxilio.

1.1.2. La toma de decisiones y las actuaciones realizadas por hombres y mujeres

Un aspecto novedoso de esta investigación es la recogida de las diversas actuaciones realizadas por hombres y mujeres en primer, segundo y tercer lugar, en el momento en el que se dan cuenta que necesitan ayuda sanitaria. Mujeres y hombres realizan diversas actuaciones, algunas de ellas son de búsqueda “directa” de asistencia sanitaria, otras de manera más “indirecta” y, de nuevo, encontramos diferencias entre ambos sexos.

Las mujeres participantes en esta investigación realizan distintas actuaciones a los hombres al inicio de los síntomas, siendo más frecuente el acudir, como primera actuación, en busca de familiares, amistades, etc. en comparación con ellos. Además, en ellas es más frecuente que sean otras personas las que decidan, que se debe actuar, y cómo se debe actuar. De manera mayoritaria estas decisiones son tomadas por los hijos o hijas, a diferencia de los hombres en los que es más probable que tomen las decisiones de manera unilateral y, para los cuales, las esposas ejercen una mayor influencia. Se podría decir que los hombres tienen un mayor “control” sobre las decisiones a tomar, si bien también podría interpretarse como que ellos tienen una menor oportunidad de compartir la toma de decisiones con otras personas.

Nuestros resultados son consistentes con los obtenidos en otros estudios a nivel internacional. Ashton (1999), en Estados Unidos, también mostró que es más probable en las mujeres el contactar con un familiar al inicio de los síntomas. En el estudio de Finnegan et al. (2000) las mujeres de todos los grupos informaron que ellas habían contactado con amistades, familiares o con su médico/a, antes de llamar a las emergencias sanitarias o buscar atención de emergencias, y en el caso de los hombres que se encontraban trabajando, fueron sus compañeros quienes acudieron en busca

de asistencia sanitaria. En Suecia (THURESSON ET AL., 2007), el 88% de los hombres y el 91% de las mujeres contactaron con alguien al inicio de los síntomas, siendo más probable el avisar a las parejas (el 63% de los hombres y el 41% de las mujeres), seguido de hijos/as en el caso de las mujeres (23%) y de los amigos en el caso de los hombres (10%).

A veces, el paciente o la paciente se siente menos culpable si otra persona toma la responsabilidad de buscar ayuda (PATTENDEN ET AL., 2002). Pese a ser más frecuente entre las mujeres la toma de decisiones compartida, algunos estudios han puesto de manifiesto que, en el caso específico de los hombres, es posible que una forma de evitar sentirse vulnerables sea implicando a la esposa o la familia para que sean otras personas quienes busquen directamente ayuda (FOSTER Y MALLIK, 1998; ZUZELO, 2002), lo cual refleja el papel tradicional de las mujeres como cuidadoras “guardianas” (SCHOENBERG ET AL., 2003). Las esposas, los esposos, hijos e hijas, compañeros/as de trabajo, el vecindario, etc., son quienes toman decisiones sobre lo que se debe hacer, actuando directamente en muchos casos y llamando a los servicios de emergencia médica, pidiendo una ambulancia o llevando directamente a las personas al hospital con medios propios.

1.1.3. La demora prehospitalaria

Si en la reducción de la mortalidad por SCA tenemos en cuenta la importancia de la llamada “hora de oro”, que en este trabajo hemos considerado el tardar menos de una hora entre el inicio de los síntomas hasta el ingreso en el hospital, en primer lugar cabría señalar que los tiempos medios informados por hombres y mujeres, desde el inicio de los síntomas hasta la llegada al hospital, indican que la demora es mayor a la conveniente.

En nuestro estudio, los tiempos medios de hombres y mujeres en recibir asistencia sanitaria fueron de 162 y 216 minutos respectivamente, y en llegar al hospital 199 y

248 minutos respectivamente. En el caso del tiempo recogido “hasta recibir asistencia sanitaria”, no tiene por qué tratarse de asistencia hospitalaria necesariamente, sino que podría estar tratándose de los servicios de Atención Primaria por ejemplo, de ahí que este tiempo sea menor en comparación con los tiempos de llegada al hospital, ya que no tienen que coincidir necesariamente. Por otro lado, en el tiempo hasta llegar al hospital desde el inicio de los síntomas, es posible que la persona haya recibido tratamiento ya que hay que tener en cuenta que en torno a una cuarta parte de hombres y mujeres fueron trasladados por el 061 como primer medio de transporte, siendo posible que, en ese tiempo, considerado como demora hasta llegar al hospital, ya se haya aplicado tratamiento.

La demora media observada es mayor a la ideal en hombres y mujeres, especialmente en el caso de las mujeres. No obstante, el análisis de la mediana indica unos tiempos más cortos, al no tener en cuenta los valores más extremos. Un 10% de los hombres presentaron demoras de 5 y más horas desde el inicio de los síntomas hasta llegar al hospital (minutos en el percentil 90). En las mujeres, el presentar demoras de 5 y más horas, se da en prácticamente todos los tiempos: el tiempo en pedir auxilio, de solicitar asistencia sanitaria, de recibir asistencia sanitaria y de llegar al hospital. Atendiendo a la mediana, no se aprecian diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres para ninguno de los tiempos recogidos, excluyendo el tiempo en darse cuenta de lo que les está pasando. Sin embargo, si tenemos en cuenta los datos medios (análisis de la media), las mujeres presentan una mayor demora para todos los supuestos. Los resultados de nuestro estudio sobre demora son consistentes con los resultados de otras investigaciones realizadas en el contexto español (MARRUGAT ET AL., 1998; RIESGO ET AL., 2011; CARBAJOSA-DALMAU ET AL., 2011).

Las distintas revisiones sobre los estudios de demora prehospitalaria en el contexto internacional parecen también confirmar una mayor demora de las mujeres (NGUYEN ET AL., 2010a, 2010b), mientras en otros trabajos no se aprecian diferencias (LEFLER Y

BONDY, 2004). También se ha puesto de manifiesto que, si bien puede no darse una mayor demora en las mujeres, sí pueden observarse diferencias en los factores que determinan esa demora, es decir, los factores causantes de la demora de hombres y mujeres son diferentes, o pueden tener distinto peso (MOSER ET AL., 2005), resultados que van en consonancia con los de nuestro estudio.

Pese a los intentos de comparabilidad con otros estudios realizados en nuestro contexto, la variabilidad de resultados en los análisis sobre demora es amplia. Esta variabilidad puede deberse a las características geográficas, sociales o clínicas de la población participante en los estudios. También a la propia definición de las variables, o las diferencias en la recogida de los datos, que pueden provenir de registros hospitalarios en los que se anotan los tiempos en los momentos inmediatamente posteriores al evento o durante el mismo, o de encuestas realizadas a posteriori, como es el caso de nuestro estudio, con el consecuente sesgo de recuerdo. Pese a ello, los resultados de nuestro estudio parecen ser consistentes con otros estudios en diferentes períodos de tiempo y regiones, en relación por un lado a una demora mayor a la conveniente en ambos sexos y, de manera específica, en el caso de las mujeres (MARRUGAT ET AL., 1998; MOSQUERA TENREIRO, 2002; NGUYEN ET AL., 2010a, 2010b; CARBAJOSA-DALMAU ET AL., 2011).

1.1.4. El medio de transporte utilizado, las motivaciones expresadas y el conocimiento de los dispositivos de emergencia sanitarias

Los estudios publicados sobre el medio de transporte utilizado en busca de asistencia sanitaria en caso de SCA generalmente incluyen los medios propios y los dispositivos de emergencia (servicios de emergencia médica) o las ambulancias. No obstante, los acontecimientos suelen ser presentados como si fuesen lineales y las opciones contempladas son excluyentes, y no se considera por tanto la posibilidad de que las personas realicen distintas actuaciones y utilicen varios medios hasta la llegada a un centro sanitario u hospitalario como parte del proceso.

De la misma forma que en el apartado anterior de actuaciones realizadas, uno de los elementos novedosos de nuestro trabajo es, precisamente, la constatación de que las personas no solo utilizan un medio de transporte sino que, en los itinerarios realizados, pueden llegar a utilizar hasta tres medios de transporte diferentes en busca de asistencia sanitaria.

Por otro lado, distinguimos las actuaciones realizadas del transporte utilizado como elementos diferenciados. A modo de ejemplo, una persona puede llamar al 061, o equivalente, como primera actuación, pero eso no significa que necesariamente sea trasladada por el 061 o por cualquier otro dispositivo de emergencias. Otro ejemplo sería aquella persona residente en un municipio que, ante el inicio de los síntomas, puede desplazarse caminando hasta casa de algún familiar en busca de ayuda. Este familiar puede transportar al/a la paciente en vehículo particular hasta el centro de salud más cercano y desde el centro de salud el personal sanitario puede contactar telefónicamente con los dispositivos de emergencia médica, que trasladan al/ a la paciente hasta el hospital en ambulancia medicalizada. En este caso, se habrían realizado cuatro actuaciones (se ha acudido en busca de un familiar, se ha acudido al centro de salud, se ha llamado a los dispositivos de emergencia médica y finalmente se ha acudido hospital) y se han utilizado tres medios de transporte (caminando, seguido del vehículo particular y finalmente en ambulancia).

Si tenemos en cuenta el primer medio de transporte utilizado, la mitad de hombres y mujeres utilizan vehículos privados, hecho ampliamente constatado también por las investigaciones en el contexto internacional (BROWN ET AL., 2000; OSGANIAN ET AL., 2002; CANTO ET AL., 2002). En el trabajo publicado a principios del año 2000 en nuestro país se muestra que aproximadamente la mitad de las personas acuden al centro hospitalario fundamentalmente por sus propios medios, el resto acuden a los dispositivos sanitarios extrahospitalarios: al médico el 12,6%, al Centro de Salud correspondiente el 20,5%, al Servicio Especial de Urgencias un 5,7% y el 9,2% al 061 o equivalente, y un 3,5% a Cruz Roja, bomberos, etc. (AGUAYO ET AL., 2001). Recientemente, un estudio

realizado en Alicante pone de manifiesto que “sólo un 16% de los pacientes que sufren un infarto de miocardio llaman a emergencias para ser atendidos” y que “los afectados acuden directamente a Urgencias cuando sufren un episodio de este tipo” (SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA INTENSIVA, CRÍTICA Y UNIDADES CORONARIAS, 2013). En nuestra investigación, como primera actuación, el 19% de los hombres y el 14% de las mujeres llamaron al 061. Sin embargo, analizando la variable transporte, si tenemos en cuenta todos los medios de transporte, el 31,3% de los hombres y el 34% de las mujeres fueron trasladados en todo momento (exclusivamente) por el 061, y el 45,1% y el 43,7% respectivamente utilizaron medios propios en todo momento (exclusivamente), datos muy similares a los presentados por el Plan Integral de Atención a las Cardiopatías en Andalucía (CONSEJERÍA DE SALUD, 2005:38).

Según nuestros resultados, si bien parece ser que las mujeres son trasladadas en mayor proporción en comparación con los hombres por transporte sanitario (incluyendo 061 y ambulancias), no hemos encontrado diferencias significativas según sexo, a excepción de aquellas personas que como primera actuación llaman al 061 y son transportadas por el 061, siendo más frecuente este patrón de comportamiento entre los hombres. Otro elemento a destacar de nuestros resultados es el importante porcentaje de hombres que, utilizando medios propios como primer medio de transporte, conducen ellos mismos (el 10% del total de hombres). La conducción, rol asumido mayoritariamente por los hombres en las edades más avanzadas, es especialmente peligrosa para las personas que están sufriendo un SCA, ya que pone en riesgo su seguridad y la de terceras personas.

En el contexto internacional, los resultados sobre el mayor uso de las ambulancias en las mujeres parecen no ser concluyentes. En algunas investigaciones las mujeres son mayormente transportadas al hospital por ambulancias en comparación con los hombres independientemente de factores como la edad o la gravedad (ZIMMERMAN ET AL., 2009; MATHEWS ET AL., 2011). No obstante, en otros trabajos no se observan diferencias según sexo, sino que son otros los factores relacionados con las

características clínicas, demográficas o relacionadas con creencias (HONG ET AL., 2009; HUTCHINGS ET AL., 2004; THURESSON ET AL., 2008).

Es destacable que entre las personas que fueron trasladadas por ambulancia como primer medio de transporte en nuestra investigación, aproximadamente un tercio señaló el haber utilizado anteriormente el servicio y el no contar con otro medio de transporte. Más de tres cuartas parte señalaron la confianza en las ambulancias y el hecho de que, asumiendo la gravedad, era el medio más apropiado. No se han identificado diferencias significativas entre hombres y mujeres.

En las personas trasladadas por medios propios, aproximadamente la mitad afirmaron que se sentían bien para venir por sus propios medios, especialmente en el caso de los hombres (con diferencias estadísticamente significativas según sexo), el desconocimiento de lo que les estaba sucediendo y el hecho de que no se les ocurrió la posibilidad de llamar al 061. Otro elemento a tener en cuenta es la creencia de que los síntomas eran leves, en especial los hombres (también con diferencias estadísticamente significativas según sexo). De la misma forma, se apunta a la creencia de estar abusando del servicio del 061, ya puesto de manifiesto en un estudio previo realizado por el equipo investigador (BOLÍVAR-MUÑOZ ET AL., 2007). Consiguientemente podemos decir que, mientras que entre las personas que fueron trasladadas por ambulancias (cualquier tipo de transporte sanitario) no se observan diferencias entre hombres y mujeres en el conjunto de posibles “motivaciones”, sí se observan diferencias en algunas de las motivaciones expresadas por hombres y mujeres cuyo traslado fue por medios propios. Concretamente, es más frecuente entre los hombres indicar que se sentían bien para venir por sus propios medios y la creencia de que los síntomas eran leves. Hay que tener en cuenta que, como hemos visto anteriormente, la elección del medio de transporte no siempre es decisión la propia persona, especialmente en el caso de las mujeres, siendo posible que las motivaciones respondan más a las decisiones de la familia, etc.

Los datos disponibles en Andalucía para el año 2004, indican que el 061 era conocido por más de un 80% de la población andaluza (EMPRESA PÚBLICA DE EMERGENCIAS SANITARIAS, 2003). Según nuestros resultados, casi el 90% de hombres y mujeres han oído alguna vez hablar del 061. No obstante, un resultado novedoso a destacar es que, teniendo en cuenta solamente a quienes no hicieron uso del 061 como primera opción (ni llamaron como primera actuación ni fueron trasladadas como primer transporte), más de una cuarta parte informaron haber hecho uso de estos dispositivos antes de este evento, especialmente las mujeres.

1.2. Sobre los factores asociados a la demora prehospitalaria

En relación a la demora prehospitalaria (tardar una hora o más en llegar al hospital desde el inicio de los síntomas) habría que destacar diversos resultados que deben ser objeto de discusión. La realización de análisis estratificado según sexo ofreció la oportunidad de mostrar el peso o importancia de los diferentes factores asociados para hombres y para mujeres, si bien en el caso de las mujeres hubo pocas variables que mantuvieran la significación estadística en el modelo final. Por otro lado, el análisis conjunto nos permitió identificar que, a igualdad del resto de factores, las mujeres que informaron presentar la sintomatología que hemos venido denominando “típica”, presentaron una demora superior a los hombres con la misma sintomatología. Finalmente cabría destacar también, en el modelo final, la presencia de desigualdades sociales en términos de nivel económico y de territorio, especialmente en el caso de los hombres, en relación a la demora prehospitalaria.

Los factores significativos entre los hombres, asociados a tardar más de una hora en llegar al hospital desde el inicio de los síntomas, son los relativos al entorno (encontrarse fuera del domicilio habitual al inicio de los síntomas), clínicos (no tener antecedentes de SCA), actitudinales (el no darle importancia, el preferir esperar a que se pase el dolor), de actuación (el buscar otro tipo de atención distinta al 061 o a las

urgencias hospitalarias), el hecho de acudir por medios propios estando en el mismo municipio que el hospital de ingreso, y factores socioeconómicos (nivel bajo de ingresos), por lo que podemos hablar de desigualdades sociales en la fase prehospitalaria del SCA.

Si tenemos en cuenta el entorno, fue más probable la demora cuando los hombres se encontraban en un lugar distinto a la vivienda habitual. Estos resultados divergen con otros estudios realizados en los que se apunta que los pacientes que experimentaron sus primeros síntomas mientras estaban en casa, tendían a presentar una mayor demora (LEFLER Y BONDY, 2004; GÄRTNER ET AL., 2008; NGUYEN ET AL., 2010a). Hay que tener en cuenta que en nuestro estudio se han identificado diversos lugares de inicio de los síntomas, entre ellos la calle, el centro de trabajo o el campo; el encontrarse en estos lugares podría retrasar la pronta búsqueda de asistencia sanitaria.

En cuanto a la relación de los síntomas con la demora, en el caso de los hombres llegaron antes al hospital aquellos que presentaron una sintomatología relacionada con la sensación de falta de aire, ahogamiento, asfixia o problemas para respirar, siendo por tanto elementos protectores. La literatura científica internacional no es concluyente en este tema, ya que en otras investigaciones esta sintomatología se ha asociado a una menor demora en algunos casos (NGUYEN ET AL., 2010b), y a una mayor demora en otros (GÄRTNER ET AL., 2008). El hecho de no tener antecedentes de SCA en relación a una mayor demora ha sido cuestionado, ya que hay estudios que han llegado a mostrar que el tener antecedentes de infarto aumenta la demora prehospitalaria, bien porque las personas no reconocen la sintomatología por ser distinta, bien porque las personas se “resisten” a volver a revivir la misma situación, entre otros factores (WALLER, 2006; BOLÍVAR ET AL., 2007; NGUYEN ET AL., 2010a). En nuestro estudio, el buscar otro tipo de ayuda diferente al 061 o las urgencias hospitalarias también se asocia con una mayor demora, especialmente en el caso de los hombres. En el caso de las mujeres, si bien los resultados van en la misma línea, no

son significativos estadísticamente, y es que en el caso de las mujeres el acudir en busca de familia no aumenta la demora.

En el análisis descriptivo mostrábamos que tanto en hombres como en mujeres se daba una menor demora en llegar al hospital entre quienes llamaban al 061. En segundo lugar, la “actuación más rápida” es el acudir directamente a las urgencias hospitalarias para el caso de los hombres y el acudir en busca de la familia/amistades en el caso de las mujeres. Tanto para hombres, como para mujeres, la actuación que mayor demora genera es la búsqueda de asistencia sanitaria en atención primaria o especializada extrahospitalaria. La comparabilidad de estos resultados con otros estudios es especialmente complicada, por las diferencias en la construcción de las variables “demora” y “actuaciones realizadas”, ya que se trata de constructos complejos y con múltiples componentes, además no siempre están desagregados los análisis en mujeres y hombres. En algunas investigaciones, la demora prehospitalaria fue más corta cuando la decisión de buscar atención médica fue facilitada por la familia o compañeros de trabajo (LEFLER, Y BONDY, 2004; KHRAIM Y CAREY, 2009; THURESSON ET AL., 2007). En el estudio de Lovlien et al., del 2007, el consultar al esposo o esposa generó una mayor demora; el estudio de Wu et al., en el 2004, se asoció una mayor demora cuando hay miembros de la familia presentes en el lugar donde se produce el IAM, no obstante en estos estudios anteriormente indicados no es posible establecer diferencias entre hombres y mujeres. En cuanto a la preferencia de esperar a que se le pasara el dolor, se ha apuntado a que algunos hombres prefirieron esperar, confiando en que si ignoran los síntomas se les pasaría (ZUZELO, 2002; PATTENDEN ET AL., 2002).

Otro elemento destacable es la interacción entre la distancia al hospital de referencia y el medio de transporte utilizado, en relación a la demora. A las personas participantes en este estudio se les preguntó sobre el municipio en el que había tenido lugar el evento y el hospital en el que fueron ingresadas. A partir de aquí se calculó la distancia en Km entre el municipio y la dirección del hospital. Así, por ejemplo, a una persona cuyo inicio de los síntomas tuvo lugar en Granada capital y cuyo ingreso fue en

el Hospital Universitario Virgen de las Nieves, en Granada, se le asignó la categoría “mismo municipio” (distancia 0). Se trata de una estimación poco precisa, ya que en el caso de las capitales de provincia, dado su tamaño, la distancia entre el lugar en el cual tiene lugar el IAM o AI y el hospital puede ser de varios kilómetros. No obstante consideramos que, a pesar de ello, la distancia es una variable muy importante en términos de demora prehospitalaria y de forma de acceso al sistema sanitario, posibilitando además el análisis de desigualdades geográficas en relación a los entornos urbanos y rurales.

Según nuestra investigación, la demora es mayor en los hombres que se encuentran en la misma localidad del hospital donde fueron ingresados y utilizan medios propios, en comparación con la demora en aquellos hombres que utilizan medios propios cuando se encuentran a mayor distancia, si bien esta interacción no es estadísticamente significativa. Es posible que la percepción del hospital como próximo y la posibilidad de transporte propio, ya sea transporte público o vehículo particular, genere una sensación de tranquilidad y de control que favorezca la demora en los hombres que se encuentran en el mismo municipio del hospital de referencia. Otra posible explicación puede venir dada por el hecho de que el encontrarse en una capital de provincia (mismo municipio del hospital), puede implicar el tener que atravesarla para llegar al hospital, parando en semáforos, tráfico abundante, etc., y ello puede requerir mayor tiempo que el empleado por quien desde alguna otra localidad periférica o alejada acceda de manera más directa al hospital por vías rápidas. No obstante, estas interacciones no son estadísticamente significativas. No se ha encontrado en las investigaciones sobre demora resultados similares para poder analizar nuestros resultados en relación a otros estudios.

En relación a las mujeres hemos identificado un menor número de elementos significativos asociados con la demora, entre los cuales se encuentran los factores actitudinales (el no darle importancia y el preferir esperarse hasta que se le pasara el dolor) y clínicos (el presentar sintomatología denominada como “típica”). Es posible

que haya otras variables clave que expliquen mejor la demora prehospitalaria en las mujeres y que no estén incluidas en este trabajo, por lo que se hace necesario profundizar en su estudio en futuras investigaciones.

En un estudio cualitativo realizado por Henriksson en Suecia, las mujeres señalaron la necesidad de organizar todas las cosas en la casa y tenerla limpia y ordenada antes de irse para el hospital, ellas esperarían más tiempo y contactarían en mayor medida con otras personas (HENRIKSSON ET AL., 2008, 2011). En el estudio realizado por Peiró Andrés y su equipo en Valencia (2007), el no querer alarmar, el terminar el trabajo doméstico y las dificultades y errores en el diagnóstico son tres importantes categorías en las mujeres en el análisis de las causas de la demora.

En algunos estudios se ha apuntado a la vergüenza ante una falsa alarma, a no querer “abusar” del servicio telefónico de emergencias o alarmar al vecindario, y a no querer molestar al médico como las principales barreras para una pronta acción, cuando no se está seguro de que los síntomas sean suficientemente serios (FINNEGAN ET AL., 2000; PATTENDEN ET AL., 2002).

Nuestros resultados indican que las mujeres con sintomatología “típica” presentan una mayor demora en comparación con las mujeres que no tienen esa sintomatología (el 90,6% del total de mujeres y el 88,0% del total de hombres de este estudio informaron presentar sintomatología “típica”). Estos resultados no son consistentes con los estudios sobre demora, que indican que es precisamente la presencia de síntomas más “difusos” o “atípicos” los mayores causante de demora en las mujeres, precisamente porque tenemos tan interiorizado el dolor de pecho, brazo y mandíbula que otro tipo de síntomas o molestas no son reconocidos como de infarto (LEFLER Y BONDY, 2004; WALLER, 2006; NGUYEN, 2010a).

Analizando el modelo conjunto para hombres y mujeres, de nuevo se destaca la interacción con lo que hemos venido denominando sintomatología “típica”. Estos

resultados sugieren que las mujeres con estos síntomas tienen más riesgo de llegar tarde al hospital en comparación con el resto de personas. Según datos no aportados en el apartado anterior de resultados, entre las mujeres que no tenían sintomatología “típica” el 63,4% llegó antes de una hora al hospital, frente al 42,6% de las que sí tenían esa sintomatología. En los hombres, los resultados correspondientes son del 47,1% y el 48,5% respectivamente. Si bien en el caso de los hombres las diferencias entre quienes no tenían el dolor “típico” y quienes sí lo tenían no son estadísticamente significativas; al menos, estos porcentajes van en la dirección esperada. El hecho de que precisamente las mujeres con sintomatología “típica” (se trata del 90,6% del total de las mujeres) lleguen más tarde podría explicarse por una dificultad en la interpretación de la severidad de estos síntomas, o a que no los identifican como de infarto o angina. También puede ocurrir que la sintomatología “típica” no sea un determinante significativo desde la perspectiva de las mujeres para la búsqueda de ayuda sanitaria como apuntan algunos trabajos (ROSENFELD, 2001; ROSENFELD ET AL., 2005; HART, 2005; HAMMOND ET AL., 2007). Según Emslie y Hunt, algunos resultados indican que los hombres que experimentan síntomas severos a veces llaman muy pronto en busca de emergencia sanitaria, siendo más directos que las mujeres, más centrados en la búsqueda de asistencia cuando son conscientes de la necesidad de urgencia (EMSLIE Y HUNT, 2009).

No obstante, según los resultados obtenidos del análisis multivariante, estas diferencias, que podrían ser expresadas en términos de desigualdad en las mujeres, no se explican por la percepción de la gravedad del cuadro o por el reconocimiento de la enfermedad. Otra posible explicación puede ser que estas mujeres tiendan a manejar ellas mismas la enfermedad aumentando su demora, como se ha apuntado en otros estudios en el contexto internacional (NGUYEN, 2010a, 2010b). Sin embargo, en nuestro estudio no recogemos información relativa al consumo de medicación u otra forma de manejo de la enfermedad, ni otro tipo de variables clínicas que puedan explicar este resultado. Es posible que la gran cantidad de signos y síntomas que recoge la categoría (opresión en el pecho, brazos, hombro, cuello, codo, espalda, zona lumbar, mandíbula

y corazón) esté dificultando la precisión y la interpretación de los resultados. A raíz de estos resultados, realizamos un estudio descriptivo específico (no mostrado en esta tesis) para identificar posibles diferencias entre las mujeres con y sin síntomas denominados “típicos” que pudieran explicar esta mayor demora. Sin embargo, no identificamos ninguna característica que pudiera justificar dicho resultado. En este sentido, se considera necesario un mayor estudio de los determinantes de la demora en las mujeres con SCA.

Quienes tienen un menor nivel de ingresos tienen más probabilidad de demorarse, hecho también constatado en el contexto internacional (Lefler y Bondy, 2004; LOVLIE ET AL., 2008) y en un estudio recientemente publicado sobre IAM en el contexto español. En este estudio, realizado en Santander, si bien no se observan diferencias en la demora prehospitalaria entre hombres y mujeres, sí se identifican desigualdades según el nivel educativo (ALCONERO ET AL., 2013). En este punto, cabría analizar la diferencia en los indicadores de posición socioeconómica significativos en el análisis de la demora prehospitalaria y en el análisis del medio de transporte. En nuestra investigación, mientras que el nivel de ingresos ha resultado como factor significativo para hombres y mujeres en relación a la demora, el nivel educativo lo ha sido para el medio de transporte. Una posible explicación es la fuerte correlación de estos indicadores. Entre las personas mayores de nuestro estudio, el tener estudios secundarios o universitarios puede estar indicando también un alto nivel de ingresos, debido a la asociación entre el nivel educativo y una profesión de alta cualificación en estas personas (GALOBARDES ET AL., 2006a, 2006b). El hecho de que las personas con peor posición socioeconómica tengan una mayor probabilidad de encontrarse fuera de esa “hora de oro” puede deberse, desde un planteamiento más psicosocial, a la mayor facilidad de los grupos socialmente más favorecidos a estar sensibilizados ante la importancia de una pronta actuación, a tener más facilidades para comprender y a tener mayores recursos de todo tipo para aceptar y seguir las recomendaciones y orientaciones indicadas por las autoridades sanitarias sobre cómo actuar ante el inicio de los síntomas de infarto. También pueden estarse produciendo otras dificultades de

tipo más material en estas personas que estén limitando su capacidad de actuación y, desde otros planteamientos, podría estar relacionado también con una falta de estrategias y campañas poblacionales que se centren de manera especial en estos grupos.

1.3. Sobre los factores asociados al traslado por medios propios

Sobre los factores asociados al traslado por medios propios (utilización de medios propios como primer transporte), habría que destacar diversos resultados que deben ser objeto de discusión. En primer lugar, el hecho de que los diversos factores asociados con el tipo de transporte utilizado tienen un peso o importancia diferente en hombres y en mujeres. Otro elemento a resaltar es que no se observan diferencias significativas entre hombres y mujeres en el análisis conjunto en relación al medio de transporte. Finalmente, destacar la presencia de desigualdades sociales en términos de nivel educativo, especialmente en el caso de las mujeres.

Entre los factores asociados al transporte por medios propios en los hombres, hemos encontrado características del entorno (encontrarse fuera del domicilio, el estar a 25 km y más distancia), creencias (el no pensar que fuese grave), factores actitudinales (el preferir esperar a que se le pasase el dolor) de actuación (el buscar otro tipo de atención distinta al 061 o a las urgencias hospitalarias), el tomar la decisión de manera unilateral (es decir, que nadie participe en la toma de decisión sobre el medio de transporte a utilizar) y factores socioeconómicos (no tener estudios o tener estudios primarios). Algunos factores aparecen como protectores, como el ser más mayores, sentir un mayor dolor, y la pérdida de conocimiento, es decir que los hombres con estas características es más probable que sean trasladados por ambulancia.

En las mujeres, se ha identificado de manera significativa al transporte por medios propios, el tomar la decisión de manera unilateral y el buscar otro tipo de atención distinta al 061 o las urgencias hospitalarias. Las mujeres con estudios primarios o sin

estudios tienen una mayor probabilidad de ser trasladadas por medios propios, en comparación con mujeres con estudios secundarios y superiores. Como elementos protectores encontramos el tener una edad más avanzada y el tener sintomatología relacionada con la sensación de falta de aire y la pérdida de conciencia, de modo que las mujeres con estas características es más probable que sean trasladadas por ambulancia.

Las investigaciones a nivel internacional parecen indicar que hay un mayor traslado por los dispositivos de emergencias sanitarias en las personas con una edad más avanzada, y en aquellas personas que están más graves y perciben la gravedad de los síntomas, sin embargo, el tipo de análisis realizado en estos estudios no permite profundizar en la búsqueda de similitudes o diferencias entre hombres y mujeres (MEISCHKE ET AL., 1995a; BROWN ET AL., 2000; SO ET AL., 2006; OSGANIAN ET AL., 2002; GOLBERG ET AL., 2012). En el estudio de Johansson et al., 2004, de las personas que fueron trasladadas por ambulancia, casi ninguna llamó ella misma, sino que fueron otras personas las que llamaron. En nuestro caso, tanto en hombres como en mujeres, el acudir por medios propios es mucho más frecuente en las personas que toman por sí mismas la decisión sobre el transporte. Todo ello sugiere la importancia de las personas del entorno en la decisión sobre el medio de transporte a utilizar. En nuestro estudio, la sensación de falta de aire o ahogamiento y la pérdida de conciencia o conocimiento tanto en hombres como en mujeres se encuentran asociados a una mayor probabilidad de ser transportados y transportadas mediante ambulancia. De nuevo, estos datos son consistentes con otras investigaciones (HERTLIZ ET AL., 2006; THURESSON ET AL., 2008; HONG-BIN ET AL., 2009; GOLBERG ET AL., 2012) si bien, de nuevo, en estos estudios no podemos identificar diferencias entre hombres y mujeres en la relación de la sintomatología y el medio de transporte.

También se ha puesto de manifiesto que el tener menor nivel socioeconómico puede favorecer el uso de medios propios. Por un lado, un menor nivel de ingresos en las personas puede dificultar el uso de estos dispositivos en los países en los que los

seguros médicos cubren distintos niveles de atención sanitaria (SIEPMANN ET AL., 2000; JOHANSSON ET AL., 2004; SONG ET AL., 2010). Por otro lado, un menor nivel educativo también puede implicar un menor acceso a la información relativa a las recomendaciones y los mensajes lanzados por las autoridades sanitarias. En relación a las desigualdades en la utilización de los dispositivos de emergencia en los países en los que la cobertura sanitaria depende del tipo de seguro sanitario, podríamos decir que no se corresponde con el caso andaluz. Si bien la reciente reforma sanitaria estatal está orientada a la consecución de un cambio de modelo (BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO, 2012) en el momento de nuestro estudio, en el contexto andaluz, el sistema sanitario es público y los dispositivos de emergencia son accesibles telefónicamente y gratuitos para la población; los servicios sanitarios son de provisión gratuita en el momento de acceso, y se financian por impuestos generales (GAVIRA Y CARMONA, 2012).

Considerando las recomendaciones de traslado mediante transporte sanitario ante síntomas sugerentes de SCA, podemos decir que en nuestro contexto hay desigualdades sociales, con una mayor desventaja en las personas con menor nivel educativo, especialmente en el caso de las mujeres. Finalmente, cabe destacar la menor probabilidad de traslado mediante ambulancia cuando aumenta la distancia con el hospital de referencia, lo cual podría estar sugiriendo desigualdades en perjuicio de las áreas más alejadas a los hospitales de referencia.

2. Fortalezas y limitaciones de este trabajo

Como principal fortaleza quisiera destacar el objeto de estudio. La investigación se centra en los momentos previos al ingreso en un hospital por SCA de hombres y mujeres. Hace referencia por lo tanto a una fracción espacial y temporal muy importante en la vida de estas personas, y hacemos todo un recorrido del proceso realizado: el contexto en el que se encuentran al inicio de los síntomas, sus pensamientos y percepciones, la sintomatología expresada, las distintas actuaciones, quiénes participan en la toma de decisiones, las demoras y los medios de transporte

utilizados, teniendo en cuenta factores sensibles al género y factores socioeconómicos. Se trata del primer trabajo realizado en nuestro contexto con estas características. Este trabajo ha analizado la llamada “fase prehospitalaria” de hombres y mujeres con SCA en Andalucía. Constituye una primera aproximación a su conocimiento en nuestro contexto, llamando la atención sobre la experiencia concreta de las mujeres y los hombres e identificando diferencias y desigualdades, utilizando una metodología cuantitativa. Los estudios sobre la salud de las mujeres y el enfoque de género y de equidad tienen todavía mucha andadura por delante en relación a las enfermedades cardiovasculares y de manera específica a la fase prehospitalaria.

Esta investigación presenta algunos elementos novedosos, como la constatación de diversas actuaciones y diversos medios de transporte. También ofrece datos sobre el grado de reconocimiento de los síntomas y percepción de gravedad por parte de hombres y mujeres, así como información relevante para comprender qué pasa en las horas previas al ingreso en un hospital por SCA en el contexto español y andaluz, en el cual apenas se han encontrado estudios similares que analicen todo el proceso. La fase previa cualitativa con la que se inició este proyecto ha sido clave para el desarrollo posterior del trabajo que aquí se presenta.

Debemos señalar, por otro lado, diversas limitaciones. En primer lugar, cabe destacar que las personas participantes en este trabajo son supervivientes de la fase prehospitalaria y hospitalaria de SCA, y hay que tener en cuenta la alta mortalidad extrahospitalaria de estas personas, de manera que no se puede acceder a la información de aquellas personas que han fallecido antes de ser ingresadas en el hospital. Por otro lado, solo se han considerado a aquellas personas ingresadas en las Urgencias Hospitalarias, por lo que estamos hablando de un posible sesgo de selección.

La información recogida en el cuestionario depende en buena medida de la memoria de las personas y, aunque se les preguntaba por el último episodio, son

susceptibles de sufrir cierto grado de sesgo de recuerdo, que puede afectar a variables especialmente relevantes y sensibles como los tiempos de demora recogidos en el cuestionario, lo cual puede conllevar a un sesgo de clasificación. No obstante, el equipo considera que el sesgo afecta por igual a todas las personas (no es diferencial) y podría ser limitado, puesto que las entrevistas telefónicas se realizaron dentro del año siguiente al evento coronario. Además, durante el trabajo de campo el equipo entrevistador pudo constatar la precisión y la seguridad con la que las personas participantes contaban su propio proceso ya que, según expresan, tienen un recuerdo vívido de todo lo que les sucedió en esos momentos, a excepción de las personas más graves, para las cuales se contó con la ayuda de un familiar acompañante.

Otra limitación viene dada por la metodología y la técnica de recogida de datos empleada en este estudio. Si bien con el cuestionario hemos conseguido caracterizar, cuantificar e identificar desigualdades, los cuestionarios no permiten profundizar en las experiencias vividas por hombres y mujeres. Por último, si bien en este estudio se han incluido tanto variables sociales como variables clínicas, no se han recogido otras variables como por ejemplo si tomaron alguna medicación ante el inicio de los síntomas o si tenían otras enfermedades en el momento del evento cardiovascular, por lo que podemos estar no considerando variables importantes para la comprensión del fenómeno.

Finalmente, debe tenerse en cuenta el contexto geográfico en cual se ha desarrollado el estudio a la hora de extrapolar los resultados a otras regiones cuya estructura social y organización sanitaria (especialmente la atención prehospitalaria) sean distintas a la del contexto andaluz.

Capítulo 5. Conclusiones

Cuando hablamos de mujeres con Síndrome Coronario Agudo (infarto agudo de miocardio o angina inestable) en Andalucía estamos hablando principalmente de mujeres mayores y, en muchos casos, desfavorecidas socioeconómicamente, dado que el propio contexto andaluz de las personas mayores es desfavorable en este sentido, especialmente en el caso de las mujeres.

Hay un patrón diferente en las circunstancias en las que se produce el inicio de los síntomas en hombres y en mujeres. Los espacios públicos y privados en los que se desenvuelven sus vidas, respectivamente, se reflejan claramente en el lugar donde tienen inicio los síntomas. En las mujeres el inicio de los síntomas se produce principalmente en la propia vivienda, además ellas viven en la mayoría de los casos solas. Mientras que la pareja ejerce un mayor peso en los hombres, en el caso de las mujeres los hijos o hijas también tienen un rol significativo en la toma de decisiones. En el caso de los hombres, la calle y el centro de trabajo son espacios también importantes donde tiene lugar el inicio de los síntomas, por lo que los/las compañeros/as de trabajo representan un papel importante en este caso en la prestación de auxilio y en la toma de decisiones ante el inicio de síntomas o malestar sospechosos de IAM o AI. Las personas del entorno (familiares, amistades, compañeros/as de trabajo) juegan un papel clave en la toma de decisiones, tanto para la búsqueda de asistencia sanitaria como para la elección del medio de transporte. Las mujeres informan en mayor medida que son otras personas las que deciden qué hacer y el medio de transporte a utilizar, en comparación con los hombres.

Hay una mayor proporción de mujeres que expresan niveles altos de dolor percibido. En cuanto a la sintomatología informada, mujeres y hombres también presentan diferencias. Algunos síntomas más expresados por las mujeres en comparación con los hombres son malestares (fatiga, cansancio, cuerpo destemplado, fiebre, sensación de calor o frío), problemas del aparato respiratorio (sensación de falta de aire, ahogamiento, asfixia), del aparato digestivo (náuseas, vómitos, arcadas, angustias y otros problemas estomacales) y de alteración del nivel de consciencia (mareo, pérdida de consciencia).

Al inicio de los síntomas, los hombres y las mujeres apenas identifican, desde el primer momento, que se trata de “un infarto” o “algo del corazón”. Además, en muchos casos en ningún momento llegan a pensar que les estuviera sucediendo algo grave. Se corrobora en nuestro estudio el hecho de que en las mujeres es menos probable identificar lo que les está sucediendo; ellas consideran, en mayor medida que los hombres, que los síntomas corresponden a “nervios” u otras causas.

Los hombres y las mujeres expresan distintos pensamientos o preocupaciones en esos primeros momentos. Ellas expresan, más que ellos, el querer minimizar lo que les está sucediendo, el no querer alarmar y el seguir realizando tareas domésticas o de cuidados, en definitiva, “no querer hacer ruido”. Los hombres en cambio indican en mayor medida, en comparación con las mujeres, el tener acabar la jornada laboral antes de pedir auxilio.

En el momento en que piensan que necesitan ayuda, la primera actuación de mujeres y hombres es acudir en busca de asistencia sanitaria extrahospitalaria (Atención Primaria o Especializada), seguida de la búsqueda de familiares en el caso de las mujeres y la búsqueda de las urgencias hospitalarias en los hombres. Un número importante de personas realizan varias actuaciones hasta acudir a las urgencias hospitalarias, siendo más frecuente en las mujeres.

La respuesta de hombres y mujeres ante síntomas sugerentes de un posible SCA no se ajusta a las recomendaciones clínicas, ya que la demora prehospitalaria en nuestro estudio es superior a la conveniente, especialmente si tenemos en cuenta la llamada “hora de oro”. Las mujeres presentan una demora media superior a la de los hombres para todos y cada uno de los tiempos analizados, dado que es más frecuente en ellas presentar valores de demora extremos.

Hombres y mujeres utilizan mayormente el vehículo particular para desplazarse hasta el centro sanitario, seguido del transporte mediante el 061. Las personas utilizan más de un medio de transporte en los itinerarios realizados. De nuevo, las actuaciones

realizadas no se ajustan a las recomendaciones clínicas, ya que un importante número de hombres informan desplazarse conduciendo ellos mismos vehículos particulares.

Prácticamente todas las personas participantes informan conocen el servicio del 061. Es más frecuente en los hombres el hacer uso de los dispositivos de emergencia, es decir, los hombres llaman al 061 como primera actuación cuando piensan que necesitan ayuda y son trasladados por el 061 como primer medio de transporte.

Los distintos factores asociados a la demora prehospitalaria presentan un peso diferente en hombres y en mujeres. El llegar al hospital una hora o más tarde desde el inicio de los síntomas, se ha asociado en los hombres con el encontrarse fuera de la vivienda habitual, con el no tener antecedentes, con el no darle importancia a lo que les estaba sucediendo, con el hecho de preferir esperar a que se pase el dolor y con el hacer algo distinto a ir en búsqueda de las urgencias hospitalarias o llamar al 061. En las mujeres una mayor demora se asocia de manera significativa con tener dolor corporal (opresión en el pecho, brazos, hombro, cuello, codo, espalda, zona lumbar, mandíbula, corazón), con el no darle importancia a lo que les estaba sucediendo, o con el hecho de preferir esperar a que se pasase el dolor. Teniendo en cuenta todos estos elementos, las mujeres que informaron dolor “típico”, es decir, la práctica totalidad de las mujeres, acuden más tarde al hospital en comparación con los hombres con el mismo tipo de dolor, por lo que nos encontramos ante desigualdades de género en la demora prehospitalaria ante el inicio de los síntomas sugerentes de SCA en Andalucía.

El uso de medios de transporte propios (sea vehículo particular, taxi, bus, venir caminando, etc.) en los hombres se ha asociado a encontrarse fuera del domicilio, el estar a 25 km y más de distancia del hospital de referencia, el no pensar que fuese grave, el preferir esperar a que se pasara, el buscar otro tipo de atención distinta al 061 o a las urgencias hospitalarias, el tomar la decisión solo, y el nivel educativo. El tener más edad, el sentir un mayor dolor y la pérdida de conocimiento son elementos protectores, de modo que estos hombres presentaron una menor demora. En las

mujeres, además de tener estudios primarios o no tener estudios, se ha identificado el tomar la decisión de manera sola y el buscar otro tipo de atención distinta al 061 o las urgencias hospitalarias como primera actuación. Como elementos protectores encontramos el tener una edad más avanzada y el tener sintomatología relacionada con la sensación de falta de aire y la pérdida de conocimiento, de manera similar a los hombres.

Existen desigualdades sociales en relación a la demora y al medio de transporte utilizado. En las personas con menores ingresos aumenta la probabilidad de tardar más de una hora en llegar al hospital desde el inicio de los síntomas, especialmente en el caso de los hombres. El factor geográfico también es importante, ya que a mayor distancia desde el lugar donde se originaron los síntomas hasta el hospital de referencia, es más probable llegar más tarde de una hora. Aquellas personas sin estudios y con estudios primarios tienen una mayor probabilidad de hacer uso de medios propios de transporte en la búsqueda de atención sanitaria, de manera especial en el caso de las mujeres. La probabilidad de acudir por medios propios también aumenta con la distancia al hospital de referencia.

Las dificultades en la apreciación sobre lo que les está sucediendo y la variabilidad de actuaciones y de medios de transporte empleados en la resolución apuntan a una falta de mensajes claros sobre cómo actuar por parte de estas personas en Andalucía. De la discusión de los resultados y las conclusiones de este estudio se pueden desprender algunas recomendaciones:

Las diferencias encontradas entre mujeres y hombres, tanto en las características sociodemográficas como en los pensamientos, las creencias y las actuaciones, sugieren la necesidad de ahondar además en el conocimiento de estos procesos para identificar oportunidades de mejora en esta fase prehospitalaria. Los abordajes cualitativos como estrategia investigadora permitirían una mayor profundización al respecto.

Se plantea la oportunidad del diseño y puesta en marcha de estrategias y campañas promovidas desde el sistema sociosanitario para aumentar el conocimiento y la concienciación sobre el Síndrome Coronario Agudo y la reducción de los tiempos medios de demora en hombres y mujeres. Debe tenerse en cuenta, entre otros elementos destacables, que las mujeres identifican peor lo que les está sucediendo y que un número importante de hombres conducen sus propios vehículos en la búsqueda de ayuda. Cualquier desarrollo de estrategias o campañas debe ser abordado desde la perspectiva de género.

Dado el papel clave jugado por la familia, el vecindario, las amistades, etc. en la toma de decisiones al inicio de los síntomas y en todo el proceso, es necesaria su consideración en el abordaje de campañas informativas, de sensibilización, o cualquier otro tipo de estrategias dirigidas a mejorar la concienciación y el conocimiento de la enfermedad en la población.

Desde los servicios de salud deben lanzarse indicaciones claras sobre las actuaciones a realizar ante el inicio de un malestar o una sintomatología sugerente de SCA. En este sentido, los servicios de Atención Primaria de Salud deben cobrar protagonismo como garantes de la prevención, la promoción y la educación para la salud.

La presencia de desigualdades sociales en la fase prehospitalaria sugiere la necesidad de prestar especial atención desde el Sistema Sanitario Público Andaluz a los grupos socialmente más desfavorecidos por tener bajos ingresos, bajo nivel educativo alcanzado o ser residentes en municipios distantes de los hospitales de referencia. La equidad es considerada un valor y un principio básico en el Sistema Sanitario Público Andaluz. Ello implica igual acceso a la atención disponible e igual utilización de los dispositivos para igual necesidad, e igual calidad, con independencia de la distancia al hospital de referencia, de cuestiones de género, nivel de renta, edad o cualquier otro factor. Las actuaciones dirigidas a mejorar la atención prehospitalaria de las personas

con SCA deben realizarse desde la lente de la equidad como eje vertebrador. El fortalecimiento de las colaboraciones del sector salud con las entidades locales (municipios, diputaciones) y con otros sectores (como el sector educativo o transportes) es un factor clave en el abordaje de la reducción de las desigualdades sociales en salud.

Capítulo 6. Bibliografía

- ABADAL, Tomás; LORENZO VARAS, Cristina; BERNADES BERNAT, E.; BALAGUER VINTRÓ, E. (1994). Coronary risk factors and 20-year incidence of coronary heart disease and mortality in mediterranean industrial population. The Manresa Study, Spain. *European Heart Journal*, 15:1028-1036.
- ABADES PORCEL, Mercedes; RAYÓN VALPUESTA, Esperanza (2012). El envejecimiento en España: ¿un reto o problema social?. *Gerokomos*, 23(4):151-155.
- ABELLÁN, Antonio; AYALA, Alba (2012). *Un perfil de las personas mayores en España, 2012. Indicadores estadísticos básicos*. Madrid: Informes Portal Mayores, 131. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/pm-indicadoresbasicos12.pdf>. Accedido el: 06.09.2013.
- ADAMS, Ann; BUCKINGHAM, Christopher; LINDENMEYER, Antje; MCKINLAY, John; LINK, Carol; MARCEAU, Lisa; ARBER, Sara (2008). The Influence of Patient and Doctor Gender on Diagnosing Coronary Heart Disease. *Sociology of Health and Illness*, 30(1):1-18.
- AGUADO-ROMEO, María J.; MÁRQUEZ-CALDERÓN, Soledad; BUZÓN-BARRERA, María L. (2006). Diferencias entre mujeres y varones en el acceso a procedimientos cardiovasculares intervencionistas en los hospitales públicos de Andalucía. *Revista Española de Cardiología*, 59:785-793.
- AGUAYO, Eduardo; REINA, Antonio; RUIZ, M.; COLMENERO, M.; GARCÍA, M.; GRUPO ARIAM (2001). La asistencia prehospitalaria en los síndromes coronarios agudos. Experiencia del grupo ARIAM. *Atención Primaria*, 27:478-483.
- AGUILAR, Steve; PATEL, Mitul; CASTILLO, Edward; PATEL, Ekta; FISHER, Roger; OCHS, Ginger; PRINGLE, John; MAHMUD, Ehtisham; DUNFORD, James V. (2012). Gender Differences in Scene Time, Transport Time, and Total Scene to Hospital Arrival Time Determined by the Use of a Prehospital Electrocardiogram in Patients with Complaint of Chest Pain. *The Journal of Emergency Medicine*, 43(2):291-297.
- ALCONERO, Ana; MUÑOZ, Pedro; REVUELTA, J.M. (2013). Tiempos de demora de atención sanitaria en el infarto agudo de miocardio: diferencias por sexos. *Revista Española de Cardiología*, 66(1):64-73.
- ALDASORO, Elena; CALVO, Montse; ESNAOLA, Santiago; HURTADO DE SARACHO, Iraida; ALONSO, Eva; AUDICANA, Covadonga; ARÓS, Fernando; LEKUONA, Iñaki; ARTEAGOITIA, José M.; BASTERRETxea, Mikel; MARRUGAT, Jaime (2007). Diferencias de género en el tratamiento de revascularización precoz del infarto agudo de miocardio. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 128(3):81-85.

- ALFONSO, Fernando; BERMEJO, Javier; SEGOVIA, Javier (2006). Enfermedades cardiovasculares en la mujer: ¿por qué ahora? *Revista Española de Cardiología*, 59:259-263.
- ALTER, David A.; IRON, Karey; AUSTIN, Peter C.; NAYLOR, David C.; PHIL, D.; SESAMI STUDY GROUP (2004). Socioeconomic Status, Service Patterns, and Perceptions of Care Among Survivors of Acute Myocardial Infarction in Canada. *Journal of the American Medical Association*, 291(9):1100-1107.
- ÁLVAREZ-BUENO, M.; VERA-ALMAZÁN, A.; RODRÍGUEZ-GARCÍA, J.J.; FERRIZ-MARTÍN, J.A.; GARCÍA-PAREDES, T.; GARCÍA-ALCÁNTARA; GRUPO DEL PROYECTO ARIAM (1999). Concepto, desarrollo y objetivos del proyecto ARIAM. *Medicina Intensiva*, 273-280.
- ÁLVAREZ-LEÓN, Eva; ELOSUA, Roberto; ZAMORA, Alberto; ALDASORO, Elena; GALCERÁ, José; VANACLOCHA, Hermelinda; SEGURA, Antonio; FIOL, Miquel; TURUMBAY, Javier; PÉREZ, Gloria; ARTEAGOITIA, José M.; TORMO, María J.; CABADÉS, Adolfo; VEGA, Gema; AYESTARÁN, JOSÉ I.; GARCÍA, Vega; HURTADO-DE-SARACHO, Iraida; NAVARRO, Carmen; ZURRIAGA, Oscar; MUÑIZ, Javier; SALA, Joan; MARRUGAT, Jaume (2004). Recursos hospitalarios y letalidad por infarto de miocardio. Estudio IBERICA. *Revista Española de Cardiología*, 57:514-523.
- ALVES, Luís; AZEVEDO, Ana; SILVA, Susana; BARROS, Enrique (2012). Socioeconomic inequalities in the prevalence of nine established cardiovascular risk factors in a southern European Population. *Plos One*, 7(5):e37158.
- ANDERSON, Jeffrey L.; ADAMS, Cynthia D.; ANTMAN, Elliott M.; BRIDGES, Charles R.; CALIFF, Robert M.; CASEY, Donald E.; CHAVEY, William E.; FESMIRE, Francis M.; HOCHMAN, Judith S.; LEVIN, Thomas N.; LINCOFF, Michael; PETERSON, Eric D.; THEROUX, Pierre; WENGER, Nanette Kass; WRIGHT, R. Scott (2007). ACC/AHA Guidelines for the Management of Patients with Unstable Angina/Non-ST-Elevation Myocardial Infarction. *Journal of the American College of Cardiology*, 50(7):e1-157.
- ANTMAN, Elliott M.; ANBE, Daniel T.; ARMSTRONG, Paul W.; BATES, Eric R.; GREEN, Lee A.; HAND, Mary on behalf of Writing Committee Members (2004). ACC/AHA Guidelines for the Management of Patients With ST-Elevation Myocardial. *Circulation*, 110:588-636.
- ARBER, Sara; GINN, Jay (1993). Gender and inequalities in health in later life. *Social Science & Medicine*, 36:33-46.
- ARAYA, Claudia (2006). La construcción de una imagen femenina a través del Discurso médico ilustrado. *Historia*, 39 (I):5-22.

- ARNETZ, Judith E.; ARNETZ, Bengt B. (2009). Gender differences in patient perceptions of involvement in myocardial infarction care. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 8:174-181.
- ARÓS, Fernando; LOMA-OSORIO, Ángel; ALONSO, Ángeles; ALONSO, Joaquín J.; CABADÉS, Adolfo; COMA-CANELLA, Isabel; GARCÍA-CASTRILLO, Luis; GARCÍA, Eulogio; LÓPEZ DE SÁ, Esteban; PABÓN, Pedro; SAN JOSÉ, José M.; VERA, Antonio; WORNER, Fernando (1999). Guías de actuación clínica de la Sociedad Española de Cardiología en el infarto agudo de miocardio. *Revista Española de Cardiología*, 52:919-956.
- ASHTON, K.C. (1999). How men and women with heart disease seek care: the delay experience. *Progress in Cardiovascular Nursing*, 14(2):53-60.
- ASTELARRA, Judith (2005). *El sistema de género, nuevos conceptos y metodologías*. Ceme: Centro de Estudios Miguel Enriquez. [on line]. Disponible en: http://www.archivochile.com/Mov_sociales/mov_mujeres/doc_gen_cl/MSdocgencl0014.pdf. Accedido el 15.1.2012.
- AYANIAN, John Z.; EPSTEIN, Arnold M. (1991). Differences in the use of procedures between women and men hospitalized for coronary heart disease. *New England Journal of Medicine*, 325(4):221-225.
- BAEZA, Hernán (2001). El mito del corazón. *Revista Española de Cardiología*, 54:368-372.
- BAIREY C., Noel; KELSEY, Sheryl F.; PEPINE, Carl J.; REICHEK, Nathaniel; REIS, Steven; ROGERS, William J.; B.L., Sharaf G. (1999) The Women's Ischemia Syndrome Evaluation (WISE) Study: Protocol Design, Methodology and Feasibility Report. *Journal of the American College of Cardiology*, 33(6): 1453-1461.
- BALAGUER, Ignacio (2004). Los estudios longitudinales en la prevención de las enfermedades cardiovasculares. *Revista Española de Salud Pública*, 78:149-166.
- BANEGAS, José R.; VILLAR, Fernando; PÉREZ, Cristina; JIMÉNEZ, Rafael; GIL, Enrique; MUÑIZ, Javier; SÁNCHEZ, Rafael Juan (1993). Estudio epidemiológico de los factores de riesgo cardiovascular en la población española de 35 a 64 años. *Revista Sanidad Higiene Pública*, 67:419-445.
- BANEGAS, José R.; VILLAR, Fernando; GRACIANI, Auxiliadora; RODRÍGUEZ, Fernando (2006). Epidemiología de las enfermedades cardiovasculares en España. *Revista Española de Cardiología*, 6(Supl G):3-12.
- BARROETA URQUIZA, Joseba; BOADA BRAVO, Nuria (Coord.) (2011). *Los servicios de emergencias y urgencias médicas extrahospitalarias en España*. Madrid: Mensor.

- BARTLEY, Mel (1985). Coronary Heart Disease and the Public Health 1850-1983. *Sociology of Health and Illness*, 7(3):290-313.
- BECKIE, Theresa M.; BECKSTEAD, Jason W. (2010). The effects of a cardiac rehabilitation program tailored for women on global quality of life: a randomized clinical trial. *Journal of Women's Health (Larchmt)*, 19:1977-1985.
- BENACH, Joan (1997). La desigualdad perjudica seriamente la salud. *Gaceta Sanitaria*, 11:255-257.
- BENACH, Joan; MUNTANER, Carles (2005). *Aprender a mirar la salud. Cómo la desigualdad social daña nuestra salud*. Barcelona: El Viejo Topo.
- BERESWILL, Mechtild; NEUBER, Anke (2012). Marginalised masculinity, precarisation and the gender order. En: LUTZ, Helma; HERRERA, Maria Teresa; SUPIK, Linda (Eds.) *Framing Intersectionality. Debates on a Multi-Faceted Concept in Gender Studies*. (pp. 69-89). Londres: Ashgate Publishing Limited.
- BERKMAN, Lisa; KAWACHI, Ichiro (2000). A historical framework for Social Epidemiology. En: BERKMAN, Lisa; KAWACHI, Ichiro (Eds.) *Social epidemiology*. (pp. 3-12). Oxford: Oxford University Press.
- BERNAL, Oscar; MORO, Concepción (2006). Arritmias cardíacas en la mujer. *Revista Española de Cardiología*, 59(6):609-618.
- BERSTEIN, Barbara; KANE, Robert (1981). Physicians' Attitudes toward female patients. *Medical Care*, 19(6):600-608.
- BLACK, Douglas; Working Group on Inequalities in Health (1980). The evidence of Inequalities in Health. Chapter 2. En: *Inequalities in Health (The Black Report)*. Reino Unido: DHSS.
- BLAS, Erik; SIVASANKARA, Kurup Anand (Eds.) (2011). *Equity, social determinants and public health programmes*. Geneva: World Health Organization.
- BOERSMA, E., MAAS, A.C.; DECKERS, J.W.; SIMOONS, M.L. (1996). Early thrombolytic treatment in acute myocardial infarction: reappraisal of the golden hour. *Lancet*, 348:771-775.
- BOLETÍN OFICIAL DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA (BOJA) (2007). Decreto 197/2007 de 3 de julio, por el que se regula la estructura, organización y funcionamiento de los servicios de atención primaria de salud en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud. Boja nº 140, 17 de julio de 2007.

- BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO (BOE) (2008). Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. Boe nº 17 de 19 de enero de 2008.
- BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO (BOE) (2012). Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. Boe nº 98 de 24 de abril de 2012.
- BOLÍVAR-MUÑOZ, Julia; DAPONTE-CODINA, Antonio; PASCUAL-MARTÍNEZ, Nuria; BARRANCO-RUIZ, Fernando; SÁNCHEZ, José J.; MARTÍN-CASTRO, Carmen; GIL-PIÑERO, Eladio (2007). The decision to ask for urgent attention in patients with ischemic cardiopathy. *International Journal Quality Health Care*, 19: 407-413.
- BOLÍVAR, Julia; DAPONTE, Antonio; Rodríguez, Miguel; SÁNCHEZ, José J. (2010). The influence of individual, social and physical environment factors on physical activity in the adult population in Andalusia, Spain. *International Journal of Environmental Research Public Health*, 7(1):60-77.
- BOLÍVAR-MUÑOZ, Julia; MARTÍNEZ-CASSINELLO, Rafael; MATEO-RODRÍGUEZ, Inmaculada; TORRES-RUIZ, Juan M.; PASCUAL-MARTÍNEZ, Nuria; ROSSELL-ORTIZ, Fernando; REINA-TORAL, Antonio; MARTÍN-CASTRO, Carmen; DAPONTE-CODINA, Antonio (2013). Actuación de los pacientes ante un síndrome coronario agudo: diferencias desde una perspectiva de género. *Emergencias*, 25:23-30.
- BOONE, Janne; DIEZ, Ana; KIEFE, Catarina; Lewis, Cora E.; GUILKEY, David K.; GORDON, Penny (2011). Neighborhood socioeconomic status predictors of physical activity through young to middle adulthood: The CARDIA study. *Social Science & Medicine*, 72(5):641-649.
- BORRELL, Carme; FERRANDO, Josep (2003). Desigualdades en salud en la población anciana. *Jano, Medicina y Humanidades*, 64(1474):25.
- BORRELL, Carme; GARCÍA-CALVENTE, María del Mar; MARTÍ-BOSCÀ, José Vicente (2004). La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. *Gaceta sanitaria*, 18:2-6.
- BORRELL, Carme; ROHLFS, Izabella; ARTAZCOZ, Lucía; MUNTANER, Carles (2004). Desigualdades en salud según la clase social en las mujeres. ¿Cómo influye el tipo de medida de la clase social? *Gaceta Sanitaria*, 18(1):75-82.
- BOSCH, Lluís; TORRENTE, Diego (1993). *Encuestas telefónicas y por correo*. Cuaderno metodológico 9. Centro de Investigaciones Sociológicas. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.

- BOURDIEU, Pierre (1988). La distinción. Crítica social del gusto. Madrid: Taurus.
- BRAVEMAN, Paula (2006). Health Disparities and Health Equity: Concepts and Measurement. *Annual Reviews of Public Health*, 27:167-194.
- BRITISH HEART FOUNDATION (2012). Television Heart Attacks: fact or fiction? *Health Matters Magazine*, 46 [on line]. Disponible en: <http://www.bhf.org.uk/heart-matters-online/october-november-2012/medical/heart-attacks-in-the-media.aspx>. Accedido el 03.06.2013.
- BROWN, Adam L.; MANN N., Clay; DAYA, Mohamud; GOLDBERG, Robert; MEISCHKE, Hendrika; TAYLOR, Judy; SMITH, K.; OSGANIAN, S.; COOPER, L. (2000). Demographic, belief, and situational factors influencing the decision to utilize emergency medical services among chest pain patients. Rapid Early Action for Coronary Treatment (REACT) Study. *Circulation*, 102(2):173-178.
- CABALLERO-GÜETO, Juliana; CABALLERO-GÜETO, Francisco J.; ULECIA-MARTÍNEZ, Miguel A.; GONZÁLEZ-COCINA, Emilio; LAGARES-CARBALLO, Manuel; RUIZ-RAMOS, Miguel (2012). Tendencia de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares en Andalucía y España entre 1990 y 2010. *Cardiocre*, 48:31-37.
- CALVO-EMBUENA, R.; González-Monte, C.; Latour-Pérez, J.; Benítez-Parejo, J.; LACUEVA-MOYA, V.; BROCH-PORCAR, M.J.; FERRANDIS-BADÍA, S.; LÓPEZ-CAMPSA, V.; PARRA-RODRÍGUEZ, V.; GÓMEZ-MARTÍNEZ, E.; GARCÍA-GARCÍA, M.Á.; ARIZO-LEÓN, D.; GRUPO ARIAM (2008). Desigualdad de esfuerzo terapéutico en mujeres con infarto agudo de miocardio: 10 años después. *Medicina Intensiva*, 32(7):329-336.
- CANADIAN INSTITUTE FOR ADVANCED RESEARCH (2002). Health Canada. Population and Public Health Branch, AB NWT.
- CANO, Roberto; ALGUACIL, Isabel M.; ALONSO, Joaquín J.; MOLERO, Alberto; MIANGOLARRA, Juan C. (2012). Programas de rehabilitación cardíaca y calidad de vida relacionada con la salud. Situación actual. *Revista Española de Cardiología*, 65:72-79.
- CARBAJOSA-DALMAU, José; LLORENS, Pere; DIÉGUEZ-ZARAGOZA, Santiago; CARRATALÁ-PERALES, José Manuel; DÍAZ-DÁMASO, Javier; MARTÍNEZ-BELOQUI, Elena; PASTOR-CESTEROS, Rogelio; BALAGUER-MARTÍNEZ, José Vicente; LUNA-MALDONADO, Aurelio (2011). Influencia del sexo del paciente en el manejo del síndrome coronario agudo con elevación del ST en los servicios de urgencias. *Emergencias*, 23:87-92.
- CASTIELLA, Jesús; VALDEARCOS, Santiago; ALQUEZAR, María Luisa (1997). Análisis de las causas de demora prehospitalaria en pacientes con infarto agudo de miocardio en la provincia de Teruel. *Revista Española de Cardiología*, 50: 860-869.

- CASTRO, Alfonso (Ed.) (2000). *Enfermedad cardiovascular en la mujer*. Barcelona: Masson, 9.
- CENTRO SUPERIOR DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS (CSIC) (2010). *Informe I+D+i sobre Envejecimiento*. Madrid: Fundación General CSIC.
- CHIEFFO, Alaide; HOYE, Angela; MAURI, Fina; MIKHAIL, Ghada; AMMERER, Michelle; GRINES, Cindy; GRINFELD, Liliana; MADAN, Mina; PRESBITERO, Patrizia; SKELDING, Kimberly A.; WEINER, Bonnie H.; MEHRAN, Roxana (2010). Cuestiones relativas al sexo en cardiología intervencionista: declaración de consenso de la iniciativa Women in Innovations (WIN). *Revista Española de Cardiología*, 63(2):200-208.
- CIAMBRONE, Graciana; KASKI, Juan C. (2011). The Importance of Gender Differences in the Diagnosis and Management of Cardiovascular Disease. *Current Pharmaceutical Design*, 17:1079-1081.
- CLARK, Alexander M.; DESMEULES, Marie; LUO, Wei; DUNCAN, Amanda S.; WIELGOSZ, Andy (2009). Socioeconomic status and cardiovascular disease: risks and implications for care. *Nature Reviews. Cardiology*, 6(11):712-722.
- COLAMECO, Stephen; BECKER, L.A.; SIMPSON, M. (1983). Sex bias in the assessment of patient complaints. *The Journal of Family Practice*, 16(6):1117-1121.
- COLLINS, Laura J.; DOUGLAS, Pamela S. (2002). Acute Coronary Syndromes. En: DOUGLAS, Pamela S. (Ed.) *Cardiovascular Health Disease in women*. 2ª Ed, Filadelfia: WB Saunders Company, Elsevier Science.
- COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE -CEPAL- (2004). *Pobreza y desigualdad desde una perspectiva de género. Panorama social de América Latina 2002-2003*. Santiago de Chile: Cepal.
- COMISIÓN PARA REDUCIR LAS DESIGUALDADES EN SALUD EN ESPAÑA (2010). *Avanzando hacia la equidad. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España*. Madrid: Dirección General de Salud Pública y Sanidad Exterior. Ministerio de Sanidad y Política Social.
- CONCANNON, Thomas; GRIFFITH, John; KENT, David; NORMAND, Sharon-Lise; NEWHOUSE, Joseph; ATKINS, James (2009). Elapsed time in emergency medical services for patients with cardiac complaints: are some patients at greater risk for delay? *Cardiovascular Quality Outcomes*, 2:9-15.
- CONNELL, R.W. (1995). *Masculinities*. Berkeley y Los Angeles: University of California Press.

- CONSEJERÍA DE SALUD (2005). *Plan Integral de Atención a las Cardiopatías en Andalucía 2005-2009 (PICA)*. Sevilla: Consejería de Salud, Junta de Andalucía.
- CONSEJERÍA DE SALUD (2011). *Memoria estadística*. Sevilla: Consejería de Salud, Junta de Andalucía.
- CONSEJERÍA DE SALUD Y SERVICIOS SANITARIOS (2005). *Guía de recomendaciones clínicas. Cardiopatía Isquémica*. Principado de Asturias: Dirección General de Organización de las Prestaciones Sanitarias. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias.
- CONSEJERÍA DE SANIDAD (2000). La salud cardiovascular en las Mujeres. Díptico informativo. Consejería de Sanidad, Gobierno de Canarias. Disponible en: http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/681a10d5-a458-11df-aeed-9fdc164fb562/CUADRIPCARDIOV_ALTA.pdf. Accedido el 03.03.2012.
- CONSELLERIA DE SANITAT (2010). Jornada Viure en salut "salud cardiovascular y género". Evento. Disponible en: <http://www.cuidatecv.es/> Accedido el: 03.03.2012.
- CONSELLERÍA DE SANIDADE (2009). Guía técnica do proceso de atención á cardiopatía Isquémica. Guías Técnicas do Plan de Atención Integral á Saúde da Muller. Consellería de Sanidade, Xunta de Galicia. Disponible en: <http://www.sergas.es/cas/Muller/docs/G15PMCardio.pdf>. Accedido el: 03.03.2012.
- CONTRERAS, Johanna (2010). *Factors Associated with Delayed Pre-Hospital Time in Patients with Suspected Acute Coronary Syndrome: Effect of Gender*. Dissertation. Massachusetts: Sackler School of Graduate Biomedical Sciences (Tufts University) (solo abstract). Disponible en: <http://gradworks.umi.com/14/83/1483030.html>. Accedido el: 20.12.2012.
- COOPER, A.F.; JACKSON, G.; WEINMAN, J.; HORNE, R. (2002). Factors associated with cardiac rehabilitation attendance: a systematic review of the literature. *Clinical Rehabilitation*, 16:541-552.
- COUNCIL OF EUROPEAN UNION (2004). Draft Council Conclusions on promoting heart health [on line]. Disponible en: <http://register.consilium.eu.int/pdf/en/04/st07/st07062.en04.pdf>. Accedido el: 4.04.2012.
- COURTENAY, Will H. (2000). Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Social Science and Medicine*, (50)1385-1401.

- COVENTRY, Linda; FINN, Judith; BREMNER, Alexandra (2011). Sex differences in symptom presentation in acute myocardial infarction: a systematic review and meta-analysis. *Heart Lung*, 40(6):477-491.
- CRAWFORD, Robert (1977). You are dangerous to your health: the ideology and politics of victim blaming. *International Journal of Health Services*, 7; 7(4):663-680.
- CRENSHAW, Kimberlé W. (2011). Demarginalising the Intersection of race and sex: a black feminist critique of anti-discrimination doctrine, feminist theory, and anti-racist politics. En: LUTZ, Helma; HERRERA, Maria Teresa; SUPIK, Linda (Eds.) *Framing Intersectionality. Debates on a Multi-Faceted Concept in Gender Studies*. (pp. 25-43). Londres: Ashgate Publishing Limited.
- DAPONTE, Antonio; BOLÍVAR, Julia; MOYA, Marita; CORPAS, Elena (2007). Desigualdades en la obesidad y en los factores asociados en la población adulta en Andalucía. *Revista Inguruak*, 44:143-162.
- DAPONTE CODINA, Antonio; BOLÍVAR MUÑOZ, Julia; MOYA GARRIDO, Marita (2008). Las desigualdades sociales en los determinantes de la salud. En: DAPONTE CODINA, Antonio; BOLÍVAR MUÑOZ, Julia; GARCÍA CALVENTE, María del Mar (Eds.) *Las desigualdades sociales en salud*. Serie Nueva Salud Pública. (pp. 77-103). Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- DAPONTE-CODINA, Antonio; BOLÍVAR-MUÑOZ, Julia; OCAÑA-RIOLA, Ricardo; TORO-CÁRDENAS, Silvia; MAYORAL-CORTÉS, José María (2009). Patterns of smoking according to individual social position, and to socioeconomic environment in municipal areas, Spain 1987-2001. *Health & Place*, 15:679-686.
- DAVIS, Esa M.; CLARK, Jeanne; CARRESE, Joseph A.; GARY, Tiffany L.; COOPER, Lisa A. (2005). Racial and Socioeconomic Differences in the Weight-Loss Experiences of Obese Women. *American Journal of Public Health*, 95 (9):1539-1543.
- DE LAENDER, Nele (2011). *Socio-economic status of the patient and doctor-patient Communication: does it make a difference?* Master thesis presented to obtain the degree of Master of Health Education and Health Promotion. Gante: Ghent University, Faculty of Medicine and Health Sciences.
- DE LUCA, Giuseppe; SURYAPRANATA, Harry; OTTERVANGER, Jean P.; ANTMAN, Elliott M. (2004). Time delay to treatment and mortality in primary angioplasty for acute myocardial infarction. Every minute of delay counts. *Circulation*, 109:1223-1225.
- DEL CAÑIZO, Agustín (1925). Enfermedades del corazón y del pericardio. Angina de pecho. En: HERNANDO, Teófilo, y MARAÑÓN, Gregorio. *Manual de Medicina Interna*. Tomo I. 2ª ed. (pp. 405-523). Madrid: José Ruiz.

- DEPARTAMENT DE SALUT, GENERALITAT DE CATALUNYA (2012). Campaña dolor al pit. Tríptico informativo [on line]. Disponible en: http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Home%20Canal%20Salut/Ciudadania/Eines_i_recursos/Campanyes/Infart_agut_miocardi/documents/Arxiu/Fullet_Els_s_egons_compten_web.pdf. Accedido el: 23.05.2012.
- DEPARTAMENTO DE SANIDAD Y SERVICIOS SOCIALES. Haga la llamada, no pierda tiempo. Material de la campaña. Washington: Oficina para la salud de la mujer. [on line]. Disponible en: <http://womenshealth.gov/corazonsaludable/>. Accedido el: 07.08.2011.
- DIEZ ROUX, Ana; MERKIN, S.S.; ARNETT, D.; CHAMBLESS, L.; MASSING, M.; NIETO, F.J.; SORLIE, P.; SZKLO M.; TYROLER, H.A.; WATSON, R.L. (2001). Neighborhood of residence and incidence of coronary heart disease. *The New England Journal of Medicine*, 345(2):99-106.
- DOIRON-MAILLET, Nancy; MEAGHER-STEWART, D. (2003). The uncertain journey: Women's experience living with heart disease. *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing*, 13(2):14-23.
- DOUGLAS, Pamela S. (1986). Gender, cardiology, and optimal medical care. *Circulation*, 74:917-919.
- DUBY, George; PERROT, Michelle (1993). Historia de las mujeres. El siglo XIX. En: *Cuerpo, trabajo y modernidad*. Madrid: Taurus Ediciones.
- EMPRESA PÚBLICA DE EMERGENCIAS SANITARIAS (2003). *Memoria de una década 1994-2003*. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía.
- EMPRESA PÚBLICA DE EMERGENCIAS SANITARIAS (2010). *Memoria 2009*. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía.
- EMPRESA PÚBLICA DE EMERGENCIAS SANITARIAS (2013). *Avance de Memoria 2012*. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía.
- EMSLIE, Carol; HUNT, Kate; WATT, Graham (2001). Invisible women? The importance of gender in lay beliefs about heart problems. *Sociology of Health and Illness*, 23(2):203-233.
- EMSLIE, Carol; HUNT, Kate (2009). Men, Masculinities and Heart Disease: A Systematic Review of the Qualitative Literature. *Current Sociology*, 57:155-193.
- ENCUESTA ANDALUZA DE SALUD (2007). Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

- ENCUESTA DE CONDICIONES DE VIDA (2010). Resultados para Andalucía. Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía. Sevilla: Consejería de Economía, Innovación, Ciencia y Empleo. Junta de Andalucía.
- ENCUESTA DE POBLACIÓN ACTIVA (2012). Cualificación del mercado laboral. Formación alcanzada. Madrid: Instituto Nacional de Estadística.
- ENGELS, Frederick (1887). *The Condition of the Working Class in England, 1845*. Oxford: Oxford University Press.
- ESCOLAR-PUJOLAR, Antonio (2009). Determinantes sociales frente a estilos de vida en la diabetes mellitus de tipo 2 en Andalucía: ¿la dificultad para llegar a fin de mes o la obesidad? *Gaceta Sanitaria*, 23(5):427-432.
- ESTEBAN, Mari Luz (2001). El género como categoría analítica. Revisiones y aplicaciones a la salud. En: MIQUEO, Consuelo; TOMÁS, Concepción; TEJERO, Cruz; BARRAL, María José; FERNÁNDEZ, Teresa; YAGO, Teresa (Eds.) *Perspectivas de género en salud. Fundamentos científicos y socioprofesionales de diferencias sexuales no previstas*. (pp. 25-52). Madrid: Minerva Ediciones.
- ESTEBAN, Mari Luz (2010). Diagnósticos en salud y género: aportaciones antropológicas para una perspectiva integral de análisis. En: ESTEBAN, Mari Luz; COMELLES, Josep M.; DÍEZ, Carmen (Eds.) *Antropología, género, salud y atención* (pp. 49-67). Barcelona: Ediciones Bellaterra.
- EUROPEAN FOUNDATION FOR THE IMPROVEMENT OF LIVING AND WORKING CONDITIONS (EUROFOUND) (2007). *Gender mainstreaming in surveys [on line]*. Disponible en: <http://www.eurofound.europa.eu/ewco/reports/TN0608TR02/TN0608TR02.pdf>. Accedido el: 15.01.2012.
- EUROSTAT (2009). *Health statistics—Atlas on mortality in the European Union*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- EVANS, Timoty; WHITEHEAD, Margaret; DIDERISCHSEN, Finn; BHUIYA, Abbas; WIRTH, Meg (2001). Introduction. En: EVANS, Timoty; WHITEHEAD, Margaret; DIDERISCHSEN, Finn; BHUIYA, Abbas; WIRTH, Meg (Eds.) *Challenging Inequities in Health from Ethics to Action* (pp. 2-12). Nueva York: Oxford University Press.
- FIBRINOLYTIC THERAPY TRIALISTS' (FTT) COLLABORATIVE GROUP (1994). Indications for fibrinolytic therapy in suspected acute myocardial infarction: collaborative overview of early mortality and major morbidity results from all randomised trials of more than 1000 patients. *Lancet*, 343:311-322.
- FINNEGAN, John R.; MEISCHKE, Hendrika; ZAPKA, Jane G.; LEVITON, Laura; MESHACK, Angela; BENJAMIN-GARNER, Ruby; ESTABROOK, B.; HALL, N.J.; SCHAEFFER, S.; SMITH, C.; WEITZMAN,

- E.R.; RACZYNSKI, J.; STONE, E. (2000). Patient Delay in Seeking Care for Heart Attack Symptoms: Findings from Focus Groups Conducted in Five U.S. Regions. *Preventive Medicine*, 31:205-213.
- FISHER, L.D.; KENNEDY, J.W.; DAVIS, K.B.; MAYNARD, C.; FRITZ, J.K.; KAISER, G.; MYERS, W.O. (1982) Association of sex, physical size, and operative mortality after coronary artery bypass in the Coronary Artery Surgery Study (CASS). *Journal of Thoracic Cardiovascular Surgery*, 84(3):334-341.
- FLEURY, Julie; KELLER, Colleen; MURDAUGH, Carolyn (2000). Social and Contextual Etiology of Coronary Heart Disease in Women. A Review. *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine*, 9(9):967-978.
- FOSTER, Stella; MALLIK, Maggie (1998). A Comparative Study of Differences in the Referral Behaviour Patterns of Men and Women Who Have Experienced Cardiac-Related Chest Pain. *Intensive and Critical Care Nursing*, 14(4):192-202.
- FRIDLUND, Bengt (2000). Self rated Health in women after the first myocardial infarction: a 12 monts. Comparison between participation and not participation in cardiac rehabilitation programme. *Health care for women International*, 21:727-738.
- GALDAS, Paul M.; JOHNSON, Joy L.; PERCY, Myra E.; RATNER, Pamela A. (2010). Help seeking for cardiac symptoms: Beyond the masculine–feminine binary. *Social Science & Medicine*, 71(1):18-24.
- GALOBARDES, Bruna; SHAW, Mary; LAWLOR, Debbie; LYNCH, John; DAVEY, George (2006a). Indicators of socioeconomic position (part 1). *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60:7-12.
- GALOBARDES, Bruna; SHAW, Mary; LAWLOR, Debbie; LYNCH, John; DAVEY, George (2006b). Indicators of socioeconomic position (part 2). *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60:95-101.
- GARCÍA CALVENTE, María del Mar; MATEO RODRÍGUEZ, Inmaculada; MAROTO NAVARRO, Gracia (2004). El impacto de cuidar en la salud y en la calidad de vida de las mujeres. *Gaceta Sanitaria*, 18 (supl2):83-92.
- GARCÍA CALVENTE, María del Mar; del Río Lozano, María; Maroto Navarro, Gracia; MATEO RODRÍGUEZ, Inmaculada (2008). Desigualdades de género en salud. En: DAPONTE, Antonio; BOLÍVAR, Julia; GARCÍA, María del Mar (Eds.) *Las desigualdades sociales en salud. Serie Nueva Salud Pública*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.

- GARCÍA CALVENTE, María del Mar; JIMÉNEZ RODRIGO, María Luisa; MARTÍNEZ MORANTE, Emilia (2010). *Guía para incorporar la perspectiva de género a la investigación en salud*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- GARCÍA FERRANDO, Manuel (1989). La encuesta. En: GARCÍA FERRANDO, Manuel; IBÁÑEZ, Jesús; ALVIRA, Francisco (Comp.). *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación social*. Madrid: Alianza.
- GÄRTNER, Cornelia; WALZ, Linda; BAUERNSCHMITT, Eva; LADWIG, Karl-Heinz (2008). The Causes of Prehospital Delay in Myocardial Infarction. *Deutsches Ärzteblatt International*, 105(15):286-291.
- GAVIRA, Luis; CARMONA, Guadalupe (Coord.) (2012). *Resultados y calidad del sistema sanitario público de Andalucía* (pp. 254-268). Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública -Servicio Andaluz de Salud- Consejería de Salud. Junta de Andalucía.
- GIL GARCÍA, Eugenia; ROMO AVILÉS, Nuria (2007). Reflexiones en torno a la importancia de la perspectiva de género para comprender los procesos de salud y enfermedad. En: *Igualdad de Oportunidades y Conciliación: Una visión multidisciplinar*. Jaén: Universidad de Jaén.
- GOLDBERG, Robert; O'DONNELL, Caitlin; YARZEBSKI, Jorge; BIGELOW, Carol; SAVAGEAU, Judith; GORE, Joel (1998). Sex differences in symptom presentation associated with acute myocardial infarction: a population-based perspective. *American Heart Journal*, 136(2):189-195.
- GOLDBERG, Robert; LAMUSTA, Julie; DARLING, Chad; DEWOLF, Matthew; SACZYNSKI, James; LESSARD, Darleen; WARD, J.; GORE, J.M. (2012). Community trends in the use and characteristics of persons with acute myocardial infarction who are transported by emergency medical services. *Heart Lung*, 41(4):323-331.
- GONZÁLEZ, Rafael (2009). La medicina social ante el reporte de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud. Organización Mundial de la Salud. *Medicina Social*, 4:135-143.
- GURWITZ, Jerry H.; MCLAUGHLIN, Thomas J.; WILLISON, Donald J.; GUADAGNOLI, Edward; HAUPTMAN, Paul J.; GAO, Xiaoming; SOUMERAI, Stephen B. (1997). Delayed prehospital presentation in patients who have had acute myocardial infarction. *Annals of Internal Medicine*, 126(8):593-599.
- GUTIÉRREZ, J.A.; GÓMEZ, J.A.; RUBIO, M.A.; GÓMEZ, A. (2011). Capítulo 1. DRECE: introducción. *Medicina Clínica Monografía (Barcelona)*, 12(4):1-2.
- HAMILTON, B.E. (1927). The care of a cardiac patient during pregnancy. *American Journal of Nursing*, 27(3):173-177.

- HAMM, Christian; BASSAND, Jean-Pierre; AGEWALL, Stefan; BAX, Jeroen; BOERSMA, Eric; BUENO, Hector; CASO, Pio; DUDEK, Dariusz; GIELEN, Stephan; HUBER, Kurt; OHMAN, Magnus; PETRIE, Mark C.; SONNTAG, Frank; SOUSA, Uva Miguel; STOREY, Robert F.; WIJNS, William; DORON, Zahger (2011). ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. *European Heart Journal*, 32:2999-3054.
- HAMMOND, Jean; SALAMONSON, Yenna; DAVIDSON, Patricia; EVERETT, Bronwyn; ANDREW, Sharon (2007). Why do women underestimate the risk of cardiac disease? A literature review. *Australian Critical Care*, 20(2):53-59.
- HARDING, Sandra (1987). Is There a Feminist Method?. En: HARDING, Sandra (Ed.) *Feminism and Methodology*. (pp. 1-14). Bloomington: Indiana University Press.
- HART, Patricia L. (2005). Women's perceptions of coronary heart disease: an integrative review. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 20(3):170-176.
- HAWKINS, Nathaniel; JHUND, Pardeep; MCMURRAY, John; CAPEWELL, Simon (2012). Heart failure and socioeconomic status: accumulating evidence of inequality. *European Journal of Heart Failure*, 14, 138-146.
- HAYNES, Suzzane Z.; CZAJKOWSKI, Susan M.; KNOW, Sara S. (2002). Psicosocial and socioeconomic risk factors for heart disease. En: DOUGLAS, Pamela S. (Eds.) *Cardiovascular Health Disease in women*. 2ª Ed. (p. 201) Filadelfia: WB Saunders Company, Elsevier Science.
- HEALY, Bernardine (1991). The Yentl Syndrome. *The New England Journal of Medicine*. 325(4):274-276.
- HELLER, R.F.; WILLIAMS, H.; SITTAPALAM, Y. (1984). Social class and ischaemic heart disease: use of the male: female ratio to identify possible occupational hazards. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 38:198-202.
- HENING, Robert M. (1993). Are women's hearts different? *New York Times*, October 03, 1993. [on line]. Disponible en: <http://www.nytimes.com/1993/10/03/magazine/are-women-s-hearts-different.html?pagewanted=1>. Accedido el: 05.06.2009.
- HENRIKSSON, Catrin; LINDAHL, B.; LARSSON, Margareta (2008). Patients' and relatives' thoughts and actions during and after symptom presentation for an acute myocardial infarction. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 7:182-188.
- HENRIKSSON, Catrin; LARSSON, Margareta; ARNETZ, Judy; BERGLIN, Marianne; HERLITZ, Johan; KARLSSON, Jan-Erik; SVENSSON, L.; THURESSON, Marie; ZEDIGH, C.; WERNROTH, L.; LINDAHL,

- B. (2011). Knowledge and attitudes toward seeking medical care for AMI-symptoms. *International Journal of Cardiology*, 147, 2:224-227.
- HERAS, Magda (2006). Cardiopatía isquémica en la mujer: presentación clínica, pruebas diagnósticas y tratamiento de los síndromes coronarios agudos. *Revista Española de Cardiología*, 59(4):371-381.
- HERLITZ, Joan; HJÄLTE, Lean; KARLSON, Björn W.; SUSERUD, Björn Ove; KARLSSON, Thomas (2006). Characteristics and outcome of patients with acute chest pain in relation to the use of ambulances in an urban and rural area. *American Journal of Emergency Medicine*, 24:775-781.
- HONG-BING, Yan; LI, Song; HUI, Cheng; JIAN, Zhang; SHI-YING, Li; QING-XIANG, Li; S.J., CHENG; J., WANG; ZHAO, H.J.; HU, D.Y. (2009). Factors influencing ambulance use in patients with ST-elevation myocardial infarction in Beijing, China. *China Medicine Journal*, 122(3):272-278.
- HORNE, R.; JAMES, D.; PETRIE, K.; WEINMAN, J.; VINCENT, R. (2000). Patients' interpretation of symptoms as a cause of delay in reaching hospital during acute myocardial infarction. *Heart*, 83:388-393.
- HUBER, Joan (2007). Why the search for human origins stumbled. En: HUBER, Joan (Ed). *The origins of gender inequality*. (pp. 13-29). Colorado: Paradigm Publishers.
- HUGHES, Christina; COHEN, Rachel L. (2012). Feminists really do count: the complexity of feminist methodologies. En: HUGHES, Christina; COHEN, Rachel L. (Eds.) *Feminism Counts. Quantitative Methods and Researching Gender*. (pp. 1-8). Nueva York: Routledge.
- HUTCHINGS, Caroline; MANN, Clay; DAYA, Mohamud; JUI, Jon; GOLDBERG, Robert; COOPER, Lawton; GOFF, D.C.; CORNELL, C.; RAPID EARLY ACTION FOR CORONARY TREATMENT STUDY (2004). Patients with chest pain calling 9-1-1 or selftransporting to reach definitive care: Which mode is quicker? *American Heart Journal*, 147, 1:35-41.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA INE (2011a). Defunciones según la Causa de Muerte, año 2009. Madrid: Instituto Nacional de Estadística. [on line]. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np664.pdf>. Accedido el: 07.12.2011.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA INE (2011b). Encuesta de Morbilidad Hospitalaria, año 2010. Madrid: Instituto Nacional de Estadística. [on line]. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np693.pdf>. Accedido el: 08.08.2012.
- ISAKSSON, Rose M.; HOLMGREN, L.; LUNDBLAD, D.; BRULIN, C.; ELIASSON, M. (2008). Time trends in symptoms and prehospital delay time in women vs. men with myocardial

- infarction over a 15-year period: the Northern Sweden MONICA Study. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 7:152-158.
- JIMÉNEZ RODRIGO, María Luisa (2007). *Mujeres y tabaco. La feminización del consumo de cigarrillos en España*. Tesis Doctoral. Granada: Universidad de Granada.
- JOHANSEN, Helen (1999). Living with hearth disease: The working age population. *Health Reports*, 10(4): 33-45.
- JOHANSSON, Ingela; STRÖMBERG, Anna; SWAHN, Eva (2004). Ambulance use in patients with acute myocardial infarction. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 19(1):5-12.
- JOHANSSON, Ingela; SWAHN, Eva; STRÖMBERG, Anna (2008). Spouses' conceptions of the pre-hospital phase when their partners suffered an acute myocardial infarction--a qualitative analysis. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 7(3):182-188.
- J.O.J. (2002). La Situación de la clase obrera en Inglaterra, de F. Engels. En: *Marxists' Internet Archive*. [on line]. Disponible en: <http://www.marxists.org/espanol/me/1840s/situacion/>. Accedido el: 08.10.2011
- KANNEL, W.B.; DAWBER, T.R.; KAGAN, A.; REVOTSKIE, N.; STOKES, J. (1961). Factors of risk in the development of coronary heart disease--six-year follow-up experience. *Annals of Internal Medicine*, 55:33-49.
- KANNEL, W.B.; CASTELLI, W.P. (1972). The Framingham Study of coronary disease in women. *Medical Times*, 100(5):173-175.
- KANNEL, W.B.; SORLIE, P.; MCNAMARA, P.M. (1979). Prognosis after initial myocardial infarction: The Framingham Study. *American Journal of Cardiology*, 44(1):53-59.
- KANNEL, W.B.; ABBOTT, R.D. (1987). Incidence and prognosis of myocardial infarction in women: The Framingham Study. En: EAKER, E.D.; PACKARD, B.; WENGER, N.K.; CLARKSON, T.B.; TYROLER, H.A. (Eds.) *Coronary Heart Disease in Women. Proceedings of an NIH Workshop*. (pp. 208-214). Nueva York: Haymarket Doyma, Inc.
- KAPLAN, George A.; KEIL, Julian E. (1993). Socioeconomic factors and cardiovascular disease: a review of the literature. *Circulation*, 88:1973-1998.
- KEYS, Ancel; LONGSTREET, Henry; BLACBURN, Henry; BROZEK, Josef; ANDERSON, Joseph T.; SIMONSON, Ernst (1963). Coronary Heart Disease among Minnesota Business and Professional Men Followed Fifteen Years. *Circulation*, 8:381-395.
- KHRAIM, Fady M.; CAREY, Mary G. (2009). Predictors of pre-hospital delay among patients with acute myocardial infarction. *Patient Education Counselling*, 75(2):155-161.

- KING, Kathryn M.; PAUL, Pauline (1996). A historical review of the depiction of women in cardiovascular literature. *Western Journal of Nursing Research*, 18 (1):89-101.
- KRIEGER, Nancy (2001). Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial theory. *International Journal of Epidemiology*, 30:668-677.
- KRIEGER, Nancy (2002). Glosario de Epidemiología Social. *Boletín Epidemiológico. Organización Panamericana de la Salud*, 23(1).
- KRISTOFFERZON, Marja-Leena; LOFMARK, Rurik; CARLSSON, Marianne (2003). Myocardial infarction: gender differences in coping and social support. *Journal of Advanced Nursing*, 44(4):360-374.
- LACER (2010). *Cardiorisc. Programa de Atención Farmacéutica sobre Riesgo Cardiovascular*, Barcelona: Lacer. Disponible en: <https://www.cardiorisc.com/CC/documents/dosier.pdf>. Accedido el: 10.08.2011
- LALONDE, Marc (1981). *A new perspective on the health of Canadians. A working document*. Ottawa: Government of Canada.
- LEFLER, Leanne L.; BONDY, Kathleen N. (2004). Women's delay in seeking treatment with myocardial infarction: a meta-synthesis. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 19(4):251-268.
- LERNER, Barron H. (2010). Pink ribbon fatigue. *The New York Times*. Health Sciences. October 11. [on line]. Disponible en: <http://well.blogs.nytimes.com/2010/10/11/pink-ribbon-fatigue/>. Accedido el: 08.08.2012.
- LIEBERMAN, L.; MEANA, M.; STEWART, D. (1998). Cardiac rehabilitation: gender differences in factors influencing participation. *Journal of Women s Health*, 7:717-723.
- LOCKYER, Lesley (2005). Women's interpretation of their coronary heart disease symptoms. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 4(1):29-35.
- LÓPEZ, J.; MARTÍNEZ, E.; PARDO, L.; ESCUDERO, S.; CAÑÓN, R.I.; COSTAS, M.T. (2003). Encuesta a los pacientes con cardiopatía isquémica sobre el modo de actuación ante los distintos síntomas de alarma. *Atención Primaria*, 31(4):239-247.
- LOVLIE, Mona; SCHEI, Beri; GJENGEDAL, Eva (2006). Are there gender differences related to symptoms of acute myocardial infarction? A Norwegian perspective. *Progress in Cardiovascular Nursing*, 21(1):14-9.

- LOVLIE, Mona; SCHEI, Beri; HOLE, T. (2007). Prehospital delay, contributing aspects and responses to symptoms among Norwegian women and men with first time acute myocardial infarction. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 6(4):308-313.
- LOVLIE, Mona; SCHEI, Beri; HOLE, T. (2008). Myocardial infarction: psychosocial aspects, gender differences and impact on pre-hospital delay. *Journal of Advanced Nursing*: 63(2):148-154.
- LOZZI, L.; CARSTENSEN, S.; RASMUSSEN, H.; NELSON, G. (2005). Why do acute myocardial infarction patients not call an ambulance? An interview with patients presenting to hospital with acute myocardial infarction symptoms. *Internal Medicine Journal*, 35:668-671.
- LOWY, Michel (1974). *Sobre el método marxista*. México: Grijalbo.
- MAAS, Angela; VAN DER SCHOUW, Yvonne; REGITZ, Vera; SWAHN, E.; APPELMAN, Yolande; PASTERKAMP, Gerard; CATE, H.; NILSSON, P.M.; HUISMAN, M.V.; STAM, H.C.; EIZEMA, K.; STRAMBA-BADIALE, Marco (2011). Red Alert for women's heart: the urgent need for more research and knowledge on cardiovascular disease in women. Proceedings of the Workshop held in Brussels on Gender Differences in Cardiovascular disease. *European Heart Journal*, 32:1362-1368.
- MACHÓN, Mónica; BASTERRETXEA, Mikel; MARTÍNEZ, Pablo; ALDASORO, Elena; SAN VICENTE, Jesús María; LARRAÑAGA, Nerea (2010). Diferencias por sexo en la supervivencia relativa y los factores pronósticos de pacientes con un primer infarto agudo de miocardio en Guipúzcoa. *Revista Española de Cardiología*, 63(6):649-659.
- MACINKO, James A.; STARFIELD, Barbara (2002). Annotated Bibliography on Equity in Health, 1980-2001. *International Journal of Equity and Health*, 1:1.
- MACKENBACH, Johan; BAKKER, Martijntje (2002). *Reducing Inequalities in Health, a European Perspective*. Londres: Routledge.
- MARCO AGUILAR, Pedro (Dir.) (2006). *Primercor, Plan de reperfusión del infarto de miocardio en el ámbito extrahospitalario de la Comunidad Autónoma de la Rioja*. Urgencias y Emergencias. Área de Salud II Rioja Media. Gobierno de la Rioja.
- MÁRQUEZ CALDERÓN, Soledad; VILLEGAS PORTERO, Román; BRIONES PÉREZ DE LA BLANCA, Eduardo; SARMIENTO NIETO, Víctor; REINA SÁNCHEZ, Margarita; SÁINZ HIDALGO, Ignacio; VELASCO RAMI, José A.; RIDOCCI SORIANO, Francisco (2003). Implantación y características de los programas de rehabilitación cardiaca en el Sistema Nacional de Salud español. *Revista Española de Cardiología*, 56:775-782.
- MÁRQUEZ, Soledad; VILLEGAS, Román; AGUADO, María José (2008). La utilización de los servicios sanitarios en Andalucía: ¿perpetuación o corrección de las

- desigualdades? En: Escolar, Antonio (Ed.) *Primer Informe sobre Desigualdades y Salud en Andalucía*. (pp. 145-165). Cádiz: Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Andalucía.
- MARRUGAT, Jaume; ANTÓ, Josep M.; SALA, Joan; MASIÁ, Rafael (1994). Influence of gender in acute and long-term cardiac mortality after a first myocardial infarction. REGICOR Investigators. *Journal of Clinical Epidemiology*, 47(2):111-118.
- MARRUGAT, Jaume; SALA, Joan; MASIÁ, Rafael; PAVESI, Marco; SANZ, Gines; VALLE, Vicente MOLINA, Lluís; SERÉS, Lluís; ELOSUA, Roberto; for the Rescate Investigators (1998). Mortality differences between men and women following first myocardial infarction. *Journal of the American Medical Association*, 280:1405-1409.
- MARRUGAT, Jaume; ELOSÚA, Roberto; MARTÍ, Helena (2002). Epidemiología de la cardiopatía isquémica en España: estimación del número de casos y de las tendencias entre 1997 y 2005. *Revista Española de Cardiología*, 55:337-346.
- MARTÍNEZ-GÓMEZ, David; LEÓN-MUÑOZ, Luz, M.; GUALLAR-CASTILLÓN, Pilar; LÓPEZ-GARCÍA, Esther; AGUILERA, M. Teresa; BANEGAS, José R.; RODRÍGUEZ-ARTALEJO, Fernando (2013). Reach and equity of primary care-based counseling to promote walking among the adult population of Spain. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 16 (2013) 532-538.
- MATHEWS, Robin; PETERSON, Eric D.; LI, Shuang; ROE, Matthew T.; GLICKMAN, Seth W.; WIVIOTT, Stephen D.; SAUCEDO, Jorge F.; ANTMAN, Elliott M.; JACOBS, Alice K.; WANG, Tracy Y. (2011). Use of Emergency Medical Service Transport Among Patients With ST-Segment–Elevation Myocardial Infarction. *Circulation*, 124:154-163.
- MACINTYRE, Sally (1986). The patterning of health by social position in contemporary Great Britain: Directions for sociological research. *Social Science and Medicine* 23(4):393-415.
- MCKALL, Leslie (2005). The complexity of intersectionality. *Sings: Journal of Women in Culture and Society*, 30:1771-1800.
- MCKEE, Michael; WINTERS, Paul C.; FISCELLA, Kevin (2012). Low Education as a Risk Factor for Undiagnosed Angina. *Journal of the American Board of family medicine*, 25(4):416-421.
- MCKINLAY, John B. (1996). Some contributions from the social system to gender inequalities in heart disease. *Journal of Health and Social Behaviour*, 37(1):1-26.
- MCORMICK, Kim; BUNTING, Sheila (2002). Application of feminist theory in nursing research: the case of women and cardiovascular disease. *Health care for women international*, 23:820-834.

- MEILLIER, Lucette K.; NIELSEN, Kirsten M.; LARSEN, Finn B.; LARSEN, Mogens L. (2012). Socially differentiated cardiac rehabilitation: Can we improve referral, attendance and adherence among patients with first myocardial infarction? *Scandinavian Journal of Public Health*, 40(3):286-293.
- MEISCHKE, Hendrika; HO, Mary; EISENBERG, Mickey; SCHAEFFER, Sheri; LARSEN, Mary (1995a). Reasons patients with chest pain delay or do not call 911. *Annals of Emergency Medicine*, 25:193-197.
- MEISCHKE, Hendrika; EISENBERG, Mickey; SCHAEFFER, Sheri; DAMON, Susan; LARSEN, Mary Pat; HENWOOD, Daniel (1995b). Utilization of emergency medical services for symptoms of acute myocardial infarction. *Heart Lung*, 24:11-18.
- MELLADO, Francisco J.; ROSELL, Fernando; RUIZ, Manuel (2005). Out-of-hospital treatment of acute myocardial infarction in Andalusia, Spain. *Revista Española de Cardiología*, 58(11):1287-1293.
- MENÉNDEZ, Eduardo (1993). Familia, participación social y proceso salud/enfermedad/atención. Acotaciones desde las perspectivas de la antropología médica. En: MERCADO, F.J. (Coord.) *Familia, Salud y Sociedad. Experiencias de investigación en México*. (pp. 131-162). México: Universidad de Guadalajara, Ciesas, Ins, Colson.
- MENÉNDEZ, Eduardo (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciencia & Saude Coletiva*, 8(1):185-207.
- MENEU, Ricard; PEIRÓ, Salvador (2008). Disparidades en la efectividad y utilización de los servicios sanitarios e implicaciones en equidad. En: RODRÍGUEZ, Marisol; URBANOS, Rosa. *Desigualdades Sociales en salud. Factores determinantes y elementos para la acción*. (pp. 167-184). Barcelona: Elsevier Masson.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (2006). *Estrategia en Cardiopatía Isquémica del Sistema Nacional de Salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD (2007). Prevención de enfermedades cardíacas y cerebrovasculares. Campañas 2007. Disponible en: <http://www.msc.es/campanas/campanas07/cardiovascular.htm>. Accedido el: 07.08.2011.
- MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD (2011). *Actualización de la Estrategia en Cardiopatía Isquémica del Sistema Nacional de Salud*. Madrid: Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (MSPSI).

- MINUÉ, Sergio; GARCÍA, José Francisco (2012). Ciudadanos o asegurados?: ¿es importante? *Actualización en Medicina de Familia*, 8(8):422-423.
- MIQUEO, Consuelo (2001). Semiología del androcentrismo. Teorías sobre reproducción de Andrés Piquer y François Broussais. En: MIQUEO, Consuelo; TOMÁS, Concepción; TEJERO, Cruz; BARRAL, M. José; FERNÁNDEZ, Teresa; YAGO, Teresa (Eds.) *Perspectivas de género en salud. Fundamentos científicos y socioprofesionales de diferencias sexuales no previstas*. (pp. 97-134). Madrid: Minerva Ediciones.
- MIQUEO, Consuelo (2007). Semiología del androcentrismo en la patología y clínicas contemporáneas. En: ABREU, Laurinda; BOURDELAIS, Patrice; ORTIZ, Teresa; PALACIOS, Guillermo (Eds.) *Dynamics of Health and welfare: texts and contexts. Dinámicas de salud y bienestar: textos y contextos*. (pp. 136-139). Evora: Edições Colibri.
- MIQUEO, Consuelo (2008). ¿Feminismo en el mundo científico médico? *Isegoría. Revista de Filosofía Moral y Política*, 38:155-167.
- MONTEAGUDO-PIQUERAS, Olga; SARRIA-SANTAMERA, Antonio (2006). Diferencias entre varones y mujeres respecto a la mortalidad hospitalaria y la utilización de procedimientos en el infarto agudo de miocardio. *Gaceta Sanitaria*, 20(1):77-78.
- MOSCA, Lory (2002). Epidemiology and prevention of health disease. En: Douglas, Pamela S. (Eds.) *Cardiovascular Health Disease in women*. 2ª Ed, Filadelfia: WB Saunders Company, Elsevier Science.
- MOSCA, Lori; MOCHARI-GREENBERGER, Heidi; DOLOR, Rowena J.; NEWBY, L. Kristin; ROBB, Karen J. (2010). Twelve year follow-up of American women's awareness of cardiovascular disease risk and barriers to heart and health. *Circulation: Cardiovascular Quality Outcomes*, 3(2):120-127.
- MOSCA, Lori; BENJAMIN, Emelia J.; BERRA, Kathy; BEZANSON, Judy L.; DOLOR, Rowena J.; LLOYD, Donald M.; NEWBY, L. Kristin; PIÑA, Ileana; ROGER, Véronique L.; SHAW, Leslee J.; ZHAO, Dong; BECKIE, Theresa M.; FOR THE EXPERT PANEL WRITING GROUP (2011). Effectiveness-Based Guidelines for the Prevention of Cardiovascular Disease in Women -2011 Update: A Guideline from the American Heart Association. *Circulation*, 123:1243-1262.
- MOSER, Debra K.; MCKINLEY, Sharon; DRACUP, Kathleen; CHUNG, Misook L. (2005). Gender differences in reasons patients delay in seeking treatment for acute myocardial infarction symptoms. *Patient Education and Counseling*, 56(1):45-54.
- MOSQUERA TENREIRO, Carmen (2002). La enfermedad coronaria. En: MOSQUERA TENREIRO, Carmen (Coord.). *La salud de las mujeres en Asturias. Reflexiones desde las propias mujeres*. Principadp de Asturias: Servicio de Publicaciones de la Consejería de la Presidencia: Conserjería de Salud y Servicios Sanitarios.

- MURPHY, Yvette; HUNT, Valerie; ZAJICEK, Anna M.; NORRIS, Adele N.; HAMILTON, Leah (2009). Conceptual Framework for Intersectionality. En: MURPHY, Yvette; HUNT, Valerie; ZAJICEK, Anna M.; NORRIS, Adele N.; HAMILTON, Leah (Eds.) *Incorporating Intersectionality in Social Work Practice, Research, Policy, and Education*. (pp. 7-17). Washington, DC: Nasw Press.
- MUXÍ, Zaida; CIOCOLETTO, Adriana (2009). Catalanian neighbourhood development law: the gender perspective as a planning tool. En: *International Forum on Urbanism. "4th Conference of International Forum on Urbanism"*, 1331-1338. [on line]. Disponible en: [http://upcommons.upc.edu/e-prints/bitstream/2117/6728/1/Catalonian neighbourhood.pdf](http://upcommons.upc.edu/e-prints/bitstream/2117/6728/1/Catalonian%20neighbourhood.pdf). Accedido el: 18.08.2012.
- NATIONAL INSTITUTE FOR HEART, LUNG AND BLOOD (NIHLB) (2002). *The Heart Truth*. Campaign materials. Disponible en: [http://www.nhlbi.nih.gov/educational/hearttruth/downloads/kit_presentation.ppt#339,3,The Red Dress®](http://www.nhlbi.nih.gov/educational/hearttruth/downloads/kit_presentation.ppt#339,3,The%20Red%20Dress). Accedido el: 7.8.2012.
- NGUYEN, Hoan; SACZYNSKI, Jane; GORE, Joel; GOLDBERG, Robert (2010a). Age and sex differences in duration of prehospital delay in patients with acute myocardial infarction: a systematic review. *Circulation: Cardiovascular Quality Outcomes*, 3(1):82-92.
- NGUYEN, Hoan; GORE, Joel; SACZYNSKI, Jane; YARZEBSKI, Reed; SPENCER, Frederick A.; GOLDBERG, Robert J. (2010b). Age and sex differences and 20-year trends (1986 to 2005) in prehospital delay in patients hospitalized with acute myocardial infarction. *Circulation: Cardiovascular Quality Outcomes*, 3(6):590-598.
- NICHOLS, Melanie; TOWNSEND, Nick; LUENGO-FERNANDEZ, Ramón; LEAL, José; GRAY, Alastair; SCARBOROUGH, Peter; RAYNER, M. (2012). *European Cardiovascular Disease Statistics*. European Heart Network. Bruselas: European Society of Cardiology.
- NIELSEN, Kirsten M.; FAERGEMAN, Ole; FOLDSPANG, Anders; LARSEN, Mogens L. (2008). Cardiac rehabilitation: health characteristics and socio-economic status among those who do not attend. *European Journal of Public Health*, 18(5):479-483.
- O'DONNELL, Sharon; CONDELL, Sarah; BEGLEY, Cecily; FITZGERALD, Tony (2006). Prehospital care pathway delays: gender and myocardial infarction. *Journal of Advanced Nursing*, 53(3):268-276.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1978). *Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud. Declaración de Alma-Ata*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1986). *Carta de Ottawa para la promoción de la salud. I Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud Ottawa*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2006). *Evite los infartos de miocardio y los accidentes cerebrovasculares: no sea una víctima, protéjase*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2009). *Nota informativa sobre Salud de la Mujer*. Centro de Prensa. [on line]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs334/es/index.html> Accedido el: 07.12.2011.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (2008). *Dispositivo global de aprendizaje sobre determinantes sociales y formulación de políticas públicas*. Unidad 1. [on line] Disponible en: <http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/piezas%20comunicacionales/cursos/DDS/cursosesp/unidad1E.html>. Accedido el: 03.08.2012.
- ORNATO, Joseph (2009). Gender Delay in Emergency Medical Services. Does it Really Exist? *Circulation*, 2:4-5.
- OROZCO-BELTRAN, Domingo; COOPER, Richard S.; GIL-GUILLEN, Vicente; BERTOMEU-MARTINEZ, Vicente; PITA-FERNANDEZ, Salvador; DURAZO-ARVIZU, Ramón; CARRATALA-MUNUERA, Concepción; CEA-CALVO, Luis; BERTOMEU-GONZALEZ, Vicente; SEOANE-PILLADO, Teresa; ROSADO, Luis E. (2012) Tendencias en mortalidad por infarto de miocardio. Estudio comparativo entre España y Estados Unidos: 1990-2006 *Revista Española de Cardiología*, 65:1079-1085.
- ORTIZ GÓMEZ, Teresa (2002). El papel del género en la construcción histórica del conocimiento científico sobre la mujer. En: RAMOS, Elvira (Ed.) *La salud de las mujeres: hacia la igualdad de género en salud*. (pp. 29-42). Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales-Instituto de la Mujer.
- ORTIZ GÓMEZ, Teresa (2006). Género, relaciones de género, sexismo y androcentrismo. Definiciones y críticas. En: *Medicina, historia y género. 130 años de investigación feminista*. (pp. 35-52). Gijón: KrK ediciones. Colección Alternativas.
- OSGANIAN, Stavroula K.; ZAPKA, Jane G.; FELDMAN, Henry A.; GOLBERG, Robert J.; HEDGES, Jerris R.; EISENBERG, Mickey S.; RACZYNSKI, J.M.; MCGOVERN, P.G.; COOPER, L.S.; PANDEY, D.K.; LINARES, A.C.; LUEPKER, R.V.; REACT STUDY GROUP. RAPID EARLY ACTION FOR CORONARY TREATMENT (2002). Use of emergency medical services for suspected acute cardiac ischemia among demographic and clinical patient subgroups: the REACT trial. Rapid Early Action for Coronary Treatment. *Prehospital Emergency Care*, 6(2):175-185.

- OSLER, William (1910). Angina Pectoris. *The Lancet*, 88:839-844.
- PACHECO, A.; ÁLVAREZ, A; HERMOSO, F.E.; SERRANO, A. (1998). Servicios de Emergencia Médica Extrahospitalaria en España (I). Historia y fundamentos preliminares. *Emergencias*, 10(3):173-185.
- PATEL, Harshida; ROSENGREN, Annika; EKMAN, Inga (2004). Symptoms in acute coronary syndromes: Does sex make a difference? *American Heart Journal*, 148:27-33.
- PATTENDEN, Jill; WATT, Ian; LEWIN, Robert J.; STANFORD, Neis (2002). Decision making processes in people with symptoms of acute myocardial infarction: qualitative study. *British Medical Journal*, 324(7344):1006-1009.
- PEIRÓ ANDRÉS, Amparo; SIERRA TALAMANTES, C.; ZAMORANO LLUESMA, M.; MUÑOZ IZQUIERDO, A.; ALMELA ZAMORANO, M. (2007). Análisis de las causas de la demora prehospitalaria en el infarto agudo de miocardio en las mujeres. *Enfermería en Cardiología 2007-2008*, (42-43):29-33.
- PERK, Joep; DE BACKER, Guy; GOHLKE, Helmut; GRAHAM, Ian; REINER, Zeljko; VERSCHUREN, Monique; ALBUS, Christian; BENLIAN, Pascale; BOYSEN, Gudrun; TASK FORCE MEMBERS (2012). European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *European Heart Journal*, 33:1635-1701.
- PETRIE, Keith P.; WEINMAN, John; SHARPE, Norman; BUCKLEY, Judith (1996). Role of patients' view of their illness in predicting return to work and functioning after myocardial infarction: longitudinal study. *British Medical Journal*, 312:1191.
- POLLOCK, Anne (2010). Reading Friedan: Toward a feminist articulation of heart disease. *Body & Society*, 16(4):77-97.
- REDBERG, Rita F.; CANNON, Richard O.; MERZ, Noel; LERMAN, Amir; REIS, Steven E.; SHEPS, David S. (2004). Women's Ischemic Syndrome Evaluation: Current Status and Future Research. Directions: Report of the National Heart, Lung and Blood Institute Workshop: October 2-4, 2002: Section 2: Stable Ischemia: Pathophysiology and Gender Differences. *Circulation*, 109:e47-e49.
- REEDER, Renata (2011). Working Class African American Women and Heart Disease: How Communication and Community Impact Prevention Knowledge and Behaviors. *Explorations. Social Sciences*, 168-178.
- RIESGO, Alba; MIRÓ, Òscar; LÓPEZ-DE-S., Esteban; SÁNCHEZ, Miquel (2011). Comparación del manejo del infarto de miocardio sin elevación del ST durante la asistencia urgente en función del sexo del paciente. *Revista Española de Cardiología*, 64(11):1060-1064.

- RISKA, Elianne (2000). The rise and fall of Type A man. *Social Science & Medicine*, 51:1665-1674.
- RISKA, Elianne (2002). From Type A man to the hardy man: masculinity and health. *Sociology of Health & Illness*, 24(3):347-358.
- RISKA, Elianne (2010). Coronary Heart Disease: Gendered Public Health Discourses. En: Kuhlmann, Ellen; Annandale, Ellen (Eds.) *The Palgrave Handbook of Gender and Health Care*. (pp. 178-190). Hampshire: Palgrave MacMillan.
- ROBERTSON, Steve (2007). The current context of men's health and the role of masculinities. En: ROBERTSON, Steve. *Understanding men and health. Masculinities, Identity and well being*. (pp. 15-34). Nueva York: Mc Graw Hill.
- RODRÍGUEZ, Maica; CARRILLO, Paloma; BORRELL, Carme (2006). *Desigualdades sociales en la salud, los estilos de vida y la utilización de servicios sanitarios en las CC.AA, 1993-2003*. (pp. 135-156). Madrid: Observatorio de Salud de la Mujer. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- RODRÍGUEZ, Maica; BORRELL, Carme (2009). Los determinantes sociales de las desigualdades en salud en España. En: Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. *Análisis de situación para la elaboración de una propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España*. (pp. 27-30). Madrid: Dirección General de Salud Pública y Sanidad Exterior. Ministerio de Sanidad y Política Social.
- ROGER, V.L.; GO, A.S.; LLOYD-JONES, D.M.; BENJAMIN, E.J.; BERRY, J.D.; BORDEN, W.B. on behalf of the AMERICAN HEART ASSOCIATION STATISTICS COMMITTEE AND STROKE STATISTICS SUBCOMMITTEE (2012). *Heart disease and stroke statistics. 2012 update: a report from the American Heart Association*. [on line]. Disponible en: http://www.heart.org/idc/groups/heart-public/@wcm/@sop/@smd/documents/downloadable/ucm_319568.pdf.
Accedido el 14.01.2012
- ROHLFS, Izabella; BORRELL, Carme; ANITUA, Carme; ARTAZCOZ, Lucía; COLOMER, Concha; GARCÍA, María del Mar; LLACER, Alicia; MAZARRASSA, Lucía; PASARÍN M. Isabel; PEIRÓ, Rosana; VALLS-LOBET, Carme (2000). La importancia de la perspectiva de género en las encuestas de salud. *Gaceta Sanitaria*, 14(2):146-155.
- ROHLFS, Izabella; GARCÍA, María del Mar; GAVALDÀ, Laura; MEDRANO, María José; JUVINYÀ, Dolors; BALTASAR, Alicia; SAURINA, Carme; FAIXEDAS, M. Teresa; MUÑOZ, Dolors (2004). Género y cardiopatía isquémica. *Gaceta Sanitaria*, 18(supl2):55-64.
- ROHLFS, Izabella (2010). El género como herramienta de trabajo en la investigación en epidemiología y salud pública. En: ESTEBAN, Mari Luz; COMELLES, Josep M.; Díez,

- Carmen (Eds.) *Antropología, género, salud y atención*. Barcelona: Ediciones Bellaterra.
- ROMO, Nuria (2009). Debates en torno a la metodología feminista y su aplicación en la investigación de la salud. En: FERNÁNDEZ, M. Eugenia; ROMO, Nuria; BONACCORSI, Nelida; LAGUNAS, Cecilia. *Los estudios de las mujeres de España y Argentina. Propuesta para el debate*. Buenos Aires: Ed. Prometeo.
- ROSE, Geoffrey; HAMILTON, P.S.; KEEN, H.; REID, D.D.; MCCARTNEY, P.; JARRET, R.J. (1977). Myocardial ischaemia, risk factors and death from coronary heart-disease. *Lancet*,1(8003):105-109.
- ROSE, Geoffrey; MARMOT, Michael G. (1981). Social Class and coronary heart disease. *British Heart Journal*, 45:13-19.
- ROSENFELD, Anne G. (2001). Women's risk of decision delay in acute myocardial infarction: implications for research and practice. *Clinical Issues*, 12:29-39.
- ROSENFELD, Anne G.; LINDAUER, Allison; DARNEY, Blair G. (2005). Understanding Treatment-Seeking Delay in Women with Acute Myocardial Infarction: Descriptions of Decision-Making Patterns. *American Journal of Critical Care*, 14:285-293.
- ROSSELL, Fernando; MELLADO, Francisco José (2011). ¿Cómo podemos mejorar el tratamiento del síndrome coronario agudo con elevación del ST desde la atención extrahospitalaria? *Cardiocre*, 46(2):53-56.
- RUIZ, Carmen Amelia; PIZARRO, Belén; PÉREZ, Margarita; RÍOS, Paola; LÓPEZ, Francisco (2011a). Actitud y comportamiento de la mujer frente a la prevención de la enfermedad cardiovascular. *Enfermería Clínica*, 21(4):196-201.
- RUIZ, Luis; GARCÍA, Ángel; HERNÁNDEZ, Agustín; en nombre del Grupo ARIAM (2011b). Epidemiología del síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST en Andalucía. *Cardiocre*, 46(2):45-48.
- RUIZ, María Teresa; VERBRUGGE, Lois M. (1997). A two way view of gender bias in medicine. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 51(2):106-109.
- RUIZ Cantero, María Teresa (2001). Igualdad de oportunidades en los servicios sanitarios. Sesgos de género como determinante de la estructura de salud de la Comunidad. En: MIQUEO, Consuelo; TOMÁS, Concepción; TEJERO, Cruz; BARRAL, María José; FERNÁNDEZ, Teresa; YAGO, Teresa (Eds.) *Perspectivas de género en salud. Fundamentos científicos y socioprofesionales de diferencias sexuales no previstas*. (pp. 163-195).Madrid: Minerva Ediciones.

- RUIZ Cantero, María Teresa; VERDÚ DELGADO, María (2004). Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico. *Gaceta Sanitaria*, 18(Supl 1):118-125.
- RUIZ CANTERO, María Teresa (2006). El enfoque de género en la investigación y la difusión del conocimiento (Módulo XI) En: *Programa de Formación de Formadores/as en Perspectiva de Género el Salud 2005-2006*. Ministerio de Sanidad y Consumo (Observatorio de la Salud de la Mujer) y la Universidad Complutense de Madrid (Grupo de Investigación Estilos Psicológicos, Género y Salud). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- RUIZ CANTERO, María Teresa; PAPÍ GÁLVEZ, Natalia; CABRERA RUIZ, Virginia; RUIZ MARTÍNEZ, Ana; ÁLVAREZ-DARDET DÍAZ, Carlos (2006). Los sistemas de género y/en la Encuesta Nacional de Salud. *Gaceta Sanitaria*, 20(6):427-434.
- RUIZ CANTERO, María Teresa; PAPÍ GÁLVEZ, Natalia (2007). *Guía de estadísticas de salud con enfoque de género: análisis de internet y recomendaciones*. Alicante: Universidad de Alicante.
- RUIZ-CANTERO, María Teresa; VIVES-CASES, Carmen; ARTAZCOZ, Lucía; DELGADO, Ana; GARCÍA CALVENTE, María del Mar; MIQUEO, Consuelo; MONTERO, Isabel; ORTÍZ, Rocío, RONDA, Elena; RUIZ, Isabel; VALLS-LLOBET, Carme (2007). A framework to analyse gender bias in epidemiological Research. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61(suppl II):ii46-ii53.
- RUIZ PÉREZ, Isabel; OLRÍ DE LABRY LIMA, Antonio; BOLÍVAR MUÑOZ, Julia, CASTAÑO LÓPEZ, Esther; PLAZAOLA CASTAÑO, Juncal (2004). ¿Qué se investiga en salud y género en España?. En: *Diálogos interrumpidos. Investigación en Salud y Práctica Asistencial: Integración de una perspectiva de género*. Seminario Interdisciplinar de Estudios de la Mujer (SIEM).
- RUIZ, Miguel; HERMOSÍN, Teresa; GAMBOA, Fernando (2008). Tendencias de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares en Andalucía entre 1975 y 2004. *Revista Española de Salud Pública*, 82:395-403.
- SAFER, Ma; THARPS, Q.J.; JACKSON, T.C.; LEVENTHAL, H. (1979). Determinants of three stages of delay in seeking care at a medical clinic. *Medical Care*, 17(1):11-29.
- SALA, Joan; ROHLFS, Izabella; GARCÍA, María del Mar; MASIÁ, Rafael; MARRUGAT, Jaume (2005). Impacto de la actitud frente a los síntomas en la mortalidad temprana por infarto de miocardio. *Revista Española de Cardiología*, 58(12):1396-1402.
- SÁNCHEZ, Inés (2006). *Urbanismo con perspectiva de género. Unidad de Igualdad y Género. Instituto Andaluz de la Mujer*. Sevilla: Consejería para la igualdad y bienestar social. Junta de Andalucía.

- SÁNCHEZ-CANTALEJO, Emilio (1998). Tests para comparar dos grupos. En: BURGOS, Rafael (1998). *Metodología de investigación y escritura científica en clínica*. (pp. 197-218). Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- SÁNCHEZ-CANTALEJO, Emilio (2000). *Regresión Logística en Salud Pública*. Serie Monografías, nº 26. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- SANS, Susanna (2005). Enfermedades Cardiovasculares (Modulo VI). En: *Programa de Formación de Formadores/as en Perspectiva de Género el Salud 2005-2006*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo (Observatorio de la Salud de la Mujer) y la Universidad Complutense de (Grupo de Investigación Estilos Psicológicos, Género y Salud).
- SCHERER, Tara M.; RUSS, Stephan; JENKINS, Cathy A.; JONES, Ian D.; SLOVIS, Corey M.; CUNNINGHAM, Brittany L.; BARRETT, Tyler W. (2012). Predictors of Ambulance Transport in Patients with ST-Elevation Myocardial Infarction. *Prehospital and Disaster Medicine*, 27:226-230.
- SCHOENBERG, Nancy E.; AMEY, Cheryl H.; PALO, Eleanor; MULDOON, Susan B. (2003). Lay Referral Patterns Involved in Cardiac Treatment Decision Making among Middle-Aged and Older Adults. *Gerontologist*, 43(4):493-502.
- SCHULMAN, Kevin A.; BERLIN, Jesse A.; HARLESS, William; KERNER, Jon F.; SHYRL, Sistrunk; GERSH, Bernard J.; PHIL, D.; DUBÉ, Ross; TALEGHANI, Christopher K.; BURKE, Jennifer E.; WILLIAMS, Sankey; EISENBERG, John M.; AYERS, William; ESCARCE, José J. (1999). The effect of race and sex on physicians recommendations for cardiac catheterization. *The New England Journal of Medicine*, 340:618-626.
- SEGURA DEL POZO, Javier (2013). Introducción. En: SEGURA, Javier. *Desigualdades sociales en salud: conceptos, estudios e intervenciones (1980-2010)*. (pp. 28-30). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- SEN, Gita; GEORGE, Asha; ÖSTLIN, Pirooska (2005). *Incorporar la perspectiva de género en la equidad en salud: un análisis de la investigación y las políticas*. Harvard: Harvard Center for Population and Development Studies y Organización Panamericana de la Salud.
- SERVICIO ANDALUZ DE SALUD (1997). *Resolución 1/97, de 13 de Enero de Creación de los Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias en los Distritos de Atención Primaria de Salud del Servicio Andaluz de Salud*. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud, Junta de Andalucía.
- SERVICIO ANDALUZ DE SALUD (2006). *Protocolos de coordinación de la asistencia extrahospitalaria urgente y emergente del Sistema Sanitario Público de Andalucía*.

Sevilla: Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud, Junta de Andalucía.

SERVICIO ANDALUZ DE SALUD (2009). *¿Cómo formarse en reanimación cardiopulmonar?* Boletín del Servicio Andaluz de Salud (InterSAS) [on line]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosacc.asp?pagina=gr_actualidad2_b9. Accedido el: 1.12.2011.

SERVICIO ANDALUZ DE SALUD (2010). *Información básica 2010*. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud, Junta de Andalucía.

SERVICIO ANDALUZ DE SALUD (2011a). *Red de Recursos de Urgencias Extrahospitalarias*. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud, Junta de Andalucía.

SERVICIO ANDALUZ DE SALUD (2011b). *Conjunto Mínimo Básico de Datos de Andalucía (CMBD)*. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud, Junta de Andalucía.

SERVICIO ANDALUZ DE SALUD (2012a). *Recursos de atención primaria (1 de enero de 2012)* [on line]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=gr_conocerSAS_aps. Accedido el: 02.01.2013.

SERVICIO ANDALUZ DE SALUD (2012b). *Plan Funcional de los Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias. Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias. Dirección General de Asistencia Sanitaria*. Subdirección de Coordinación de Salud. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud, Junta de Andalucía.

SIEPMANN, David B.; MANN, N. Clay; HEDGES, Jerris R.; DAYA, Mohammud R. (2000). Association between prepayment systems and emergency medical services use among patients with acute chest discomfort syndrome. For the rapid early action for coronary treatment (REACT) study. *Annals of Emergency Medicine*, 35:573-578.

SMITH, Rebecca (2008). Dramatic Hollywood depictions of heart attacks 'risking lives'. *The Telegraph*, 03 Aug. [on line] Disponible en: <http://www.telegraph.co.uk/news/uknews/2493952/Dramatic-Hollywood-depictions-of-heart-attacks-risking-lives.html>. Accedido el: 17.08.2011.

So, Derek; HA, Andrew; TUREK, Michele A.; MALONEY, Justin P.; HIGGINSON Lyall, A.; DAVIES, Richard (2006). Comparison of Mortality Patterns in Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction Arriving by Emergency Medical Services Versus Self-Transport (from the Prospective Ottawa Hospital STEMI Registry). *American Journal of Cardiology*, 97:458-461.

- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA (2008a). *Informe de la Salud Cardiovascular en España en el Contexto Europeo* [on line]. Disponible en: <http://www.secardiologia.es/images/stories/file/salud-cardiovascular-espana-europa.pdf>. Accedido el: 01.10.2011.
- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA (2008b). *Enfermedad cardiovascular en la mujer. Estudio de la situación en España*. Informe realizado para el Observatorio de la Salud de la Mujer. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA INTENSIVA, CRÍTICA Y UNIDADES CORONARIAS (2013). *Sólo un 16% de los pacientes que sufren un IAM llaman a emergencias para ser atendidos*. Recorte de prensa del .24/1/2013 [on line] Disponible en: <http://www.semicyuc.org/temas/gabinete-de-prensa/recorte-de-prensa/solo-un-16-de-los-pacientes-que-sufren-un-iam-llaman-emer>. Accedido el: 24.03.2013.
- SOLAR, Orielle; IRWIN, Alec (2007). *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health*. DRAFT. Geneva: World Health Organization [on line]. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf. Accedido el: 4.9.2011.
- SONG, L.; YAN, H.; HU, D. (2010). Patients with acute myocardial infarction using ambulance or private transport to reach definitive care: which mode is quicker? *Internal Medicine Journal*, 40(2):112-116.
- STEG, Gabriel; JAMES, Stefan K.; ATAR, Dan; BADANO, Luigi P.; BLOMSTROM LUNDQVIST, Carina; BORGER, Michael A.; DI MARIO, Carlo; DICKSTEIN, Kenneth; DUCROCQ, Gregory; FERNANDEZ-AVILES, FRANCISCO; GERSHLICK, Anthony H.; GIANNUZZI, Pantaleo; HALVORSEN, Sigrun; HUBER, Kurt; JUNI, Peter; KASTRATI, Adnan; KNUUTI, Juhani; LENZEN, Mattie J.; MAHAFFEY, Kenneth W.; VALGIMIGLI, Marco; VAN'T HOF, Arnoud; WIDIMSKY, Petr; ZAHGER, Doron; COMITÉ DE LA ESC PARA GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA (CGPC); revisores del documento (2013). Guía de practica clínica de la ESC para el manejo del infarto agudo de miocardio en pacientes con elevación del segmento ST. *Revista Española de Cardiología*, 66(1):53.e1-e46.
- STEINGART, Richard M.; PACKER, Milton; HAMM, Peggy; COGLIANESE, Mary Ellen; GERSH, Bernard; GELTMAN, Edward M.; SOLLANO, Josephine; KATZ, Stanley; MOYÉ, Lem; BASTA, Lofty L.; LEWIS, Sandra J.; GOTTLIEB, Stephen S.; BERNSTEIN, Victoria; MCEWAN, Patricia; JACOBSON, Kirk; BROWN, Edward J.; KUKIN, Marrick L; KANTROWITZ, Niki E.; PFEFFER, Marc A.; AND THE SURVIVAL AND VENTRICULAR ENLARGEMENT INVESTIGATORS (1991). Sex differences in the management of coronary disease. *New England Journal of Medicine*, 325:226-230.

- STRAMBA-BADIALE, Marco; PRIORI, Silvia G. (2006). Estrategias actuales para reducir el impacto de las enfermedades cardiovasculares en la mujer. *Revista Española de Cardiología*, 59(11):1190-1193.
- STRAMBA-BADIALE, Marco (2009). *Red Alert on Women's Hearts. Women and Cardiovascular Research in Europe*. European Society of Cardiology. European heart network.
- STROTHER RATCHIFF, Kathryn (2002). *Power, technology, inequalities and conflict in a gendered world*. Boston: Allyn & Bacon.
- SULIK, Gayle A. (2010). *Pink Ribbon Blues: How Breast Cancer Culture Undermines Women's Health*. (pp. 357-380). Oxford: Oxford University Press.
- SVENSSON, Leif; KARLSSON, Thomas; NORDLANDER, Rolf; WAHLIN, Magnus; ZEDIGH, Crister; HERLITZ, Johan (2003). Safety and delay time in prehospital thrombolysis of acute myocardial infarction in urban and rural areas in Sweden. *The American Journal of Emergency Medicine*, 21(4):263-270.
- TAJER, Débora; FERNÁNDEZ, A. María; CERNADAS, Josefa; BARRERA, M. Isabel; REID, Graciela; LO RUSSO, Alejandra; GABA, M.; IDIGORAS, N.; ATTARDO, C. (2002). Equidad de Género en la calidad de atención en los pacientes cardiovasculares. En: *X Anuario de Investigaciones*. (pp. 215-222). Buenos Aires: Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- TAJER, Débora; FERNÁNDEZ, A. María; CERNADAS, Josefa; BARRERA, M. Isabel; REID, Graciela; LO RUSSO, Alejandra; GABA, M.; IDIGORAS, N.; SOLER, V.(2003). *Equidad de género en la calidad de atención de pacientes cardiovasculares- 2da parte*. En: *XI Anuario de Investigaciones*. (pp. 271-282). Buenos Aires: Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- TAJER, Débora (2009). *Heridos Corazones. Vulnerabilidad Coronaria en Varones y Mujeres*. Tramas sociales 57. Buenos Aires: Paidós.
- TAJER, Débora (2010). Vulnerabilidad coronaria en varones y mujeres. *Rp Internet*, 47. [on line]. Disponible en: <http://www.rpinternet.com.ar/2010/04/13/vulnerabilidad-coronaria-en-varones-y-mujeres/>. Accedido el: 3.04.2011.
- TAYLOR, Rex; RIEGER, Annelie (1984). Rudolf Virchow on the typhus epidemic in Upper Silesia: an introduction and translation. *Sociology of Health and Illness*, 6 (2).
- THE WOMEN'S HEALTH INITIATIVE STUDY GROUP (1998). Design of the Women's Health Initiative Clinical Trial and Observational Study. *Controlled Clinical Trials*, 19:61-109.

- THURESSON, Marie; JARLOV, Marianne B.; LINDAHL, Bertil; SVENSSON, Leif; ZEDIGH, Crister; HERLITZ, Johan (2007). Thoughts, actions, and factors associated with prehospital delay in patients with acute coronary syndrome. *Heart Lung*, 36(6):398-409.
- THURESSON, Marie; JARLOV, Marianne B.; LINDAHL, Bertil; SVENSSON, Leif; ZEDIGH, Crister; HERLITZ, Johan (2008). Factors that influence the use of ambulance in acute coronary syndrome. *American Heart Journal*, 156(1):170-176.
- TORNOS, Pilar (2006). Enfermedad valvular en mujeres. *Revista Española de Cardiología*, 59(8):832-836.
- TURNER, Glenn (2005). Letter to the editor. *American Heart Journal*, 150:e1-e2.
- URBANOS, Rosa M. (2007). Equidad en el acceso a los servicios sanitarios: una revisión de la evidencia disponible. *Revista Inguruak*, 44:183-192.
- URBANOS, Rosa; MENEU, Ricard (2008). Las investigaciones en utilización de servicios sanitarios y sus distintos abordajes. En: RODRÍGUEZ, Marisol; URBANOS, Rosa (2008). *Desigualdades Sociales en salud. Factores determinantes y elementos para la acción*. (pp. 145-159). Barcelona: Elsevier Masson.
- VALLS-LLOBET, Carme (2008). El paradigma de la invisibilidad. En: VALLS, Carme. *Mujeres invisibles*. 3ª Ed. (pp. 137-158). Barcelona: Ed. De Bolsillo.
- VALLS-LLOBET, Carme; BANQUÉ, Marta; FUENTES, Mercè; OJUEL, Julia (2008). Morbilidad diferencial entre mujeres y hombres. *Anuario de Psicología*, 39(1):9-22.
- VAVOURANAKIS, Ioannis; FANIOUDAKI, Anthi; LAMPROGIANNAKIS, Emmanuel; BALTZAKIS, Ioannis; SIDIROPOULOU, Kalliopi; PORFIRI, Eleni; GANOTAKIS, E.S. (2010). Delays incurred during acute myocardial infarction: a comparative study of rural and urban populations in Greece. *Rural and Remote Health*, 10:1271.
- VELASCO ARIAS, Sara (2008). *Recomendaciones para la práctica del enfoque de género en programas de salud*. Madrid: Observatorio de Salud de la Mujer. Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Secretaría General de Sanidad. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- VELASCO ARIAS, Sara (2010). *Informe sobre metodología y determinantes psicosociales de género en enfermedades cardiovasculares*. Para la revisión del Plan de Prevención de Enfermedades Cardiovasculares de la Comunidad Valenciana. Dirección General de Salud Pública. Valencia: Consellería de Sanitat. Generalitat Valenciana.
- VELASCO ARIAS, Sara; PONT, Pepa (2010). *Propuesta de inclusión de factores psicosociales en la estimación del riesgo cardiovascular en el estudio ESCARVAL*.

- VIKSTRÖM, Lotta (2012). Identifying dissonant and complementary data on women through the triangulation of historical sources. En: HUGHES, Christina; COHEN, Rachel L. (Eds.) *Feminism Counts. Quantitative Methods and Researching Gender*. Nueva York: Routledge.
- WAITZKIN, Howard (2006). Un siglo y medio de olvidos y redescubrimientos: las perdurables contribuciones de Virchow a la medicina social. *Medicina Social*, 1(1):5-10.
- WALLER, Cynthia G. (2006). Understanding prehospital delay behavior in acute myocardial infarction in women. *Critical Pathways in Cardiology*, 5:228-234.
- WENGER, Nanette K. (2002). Coronary heart disease and women: magnitude of the problem. *Cardiology in Review*, 10:211-213.
- WENGER, Nanette K. (2006). Tratamiento hormonal sustitutivo y enfermedades cardiovasculares. *Revista Española de Cardiología*, 59:1058-1069.
- WENGER, Nanette K. (2012). Women and Coronary Heart Disease: A Century After Herrick. *Circulation*, 126:604-611.
- WESTMARLAND, Nicole (2001). *The Quantitative/Qualitative Debate and Feminist Research: A Subjective View of Objectivity*. Forum: Qualitative Social Research, 2(1), Art. 13. [on line]. Disponible en: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0101135>. Accedido el: 12.08.2012.
- WHITEHEAD, Margaret (1990). *The concepts and principles of equity and health*. Copenhagen: World Health Organization.
- WHITEHEAD, Margaret (1992). The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Services*, 22:429-455.
- WILKINSON, Richard; MARMOT, Michael (Eds.) (2003). *Social determinants of health: the solid facts*. 2nd Ed. Copenhagen: World Health Organization.
- WILLIAMS, Jill R. (2010). Doing feminist-demography. *International Journal of Social Research Methodology*, 13(3):197-210.
- WOMEN HEART. THE NATIONAL COALITION FOR WOMEN WITH HEART DISEASE AND THE SOCIETY FOR WOMEN'S HEALTH RESEARCH (2011). *The 2011 10Q Report: Advancing Women's Heart Health Through Improved Research, Diagnosis and Treatment* [on line] Disponible en: http://www.womenshealthresearch.org/site/DocServer/10Q_FINAL_REVISSED_6_28_11.pdf?docID=7301. Accedido el: 10.09.2012.

WOMEN'S HEART FOUNDATION (2000). *Heart Attack an action plan for women [on line]*. Disponible en: http://www.womensheart.org/content/heartattack/heart_attack_symptoms_risks.asp. Accedido el: 07.10.2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2011a). *International statistical classification of diseases and related health problems*. - 10ª revisión, ed. 2010. Ginebra: World Health Organization.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2011b). *Global Atlas on Cardiovascular Disease Prevention and Control*. Ginebra: World Health Organization.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2013). *Cardiovascular diseases (CVDs)*. Fact sheet No. 317. Updated March 2013. [on line]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/index.html>. Accedido el: 10.03.2013.

WU, Y.; ZHANG, Y.; LI, Y.Q.; HONG, B.L.; HUANG, C.X. (2004). Factors associated with the extent of care-seeking delay for patients with acute myocardial infarction in Beijing. *Chinese Medicine Journal (English)*, 117(12):1772-1777.

YUVAL-DAVIS, Nira (2011). Beyond the recognition and re-distribution dichotomy: intersectionality and stratification. En: LUTZ, Helma; HERRERA, Maria Teresa; SUPIK, Linda (Eds.) *Framing Intersectionality. Debates on a Multi-Faceted Concept in Gender Studies*. (pp. 155-171). Londres: Ashgate Publishing Limited.

ZIMMERMANN, Stefan; RUTHROF, Susanne; NOWAK, Kathrin; ALFF, Anna; KLINGHAMMER, Lutz; SCHNEIDER, Reinhard; LUDWIG, J.; PFAHLBERG, A.B.; DANIEL, W.G.; FLACHSKAMPF, F.A. (2009). Short-term prognosis of contemporary interventional therapy of ST-elevation myocardial infarction: does gender matter? *Clinical Research in Cardiology*, 98(11):709-715.

ZUZELO, Patti R. (2002). Gender and Acute Myocardial Infarction Symptoms. *Medical-surgical Nursing*, 11(3):126-36.

Capítulo 7. Anexos

Anexo I. Investigadores, investigadoras y Hospitales colaboradores del proyecto ARIAM en Andalucía

Se adjunta a continuación los Investigadores y Hospitales colaboradores del proyecto ARIAM en Andalucía



CIUDAD	HOSPITAL	APELLIDO	NOMBRE
ALMERIA	UCI. Inmaculada	Barredo Acedo	Francisco
ALMERIA	UCI. Inmaculada	Córdoba Escámez	José
ALMERIA	UCI. Inmaculada	Delgado Vílchez	Francisco José
ALMERIA	UCI. Inmaculada	Ocaña Fernández	Dolores
ALMERIA	UCI. Inmaculada	Rodríguez Higuera	María Isabel
ALMERIA	UCI. Inmaculada	Rodríguez Pérez	Francisco Javier
ALMERIA	UCI. Poniente	Aguilar Cruz	Iván
ALMERIA	UCI. Poniente	Cárdenas Cruz	Antonio
ALMERIA	UCI. Poniente	Robles-Musso Castillo	Emilio
ALMERIA	UCI. Torrecárdenas	Calderón Rodríguez	Ana
ALMERIA	UCI. Torrecárdenas	Carbayo Górriz	Cecilia
ALMERIA	UCI. Torrecárdenas	Guerrero Gómez	Francisco José
ALMERIA	UCI. Torrecárdenas	Martín Rubí	José Carlos
ALMERIA	UCI. Torrecárdenas	Mayor García	Dolores María
ALMERIA	UCI. Torrecárdenas	Ramos Cuadra	José Ángel
ALMERIA	UCI. Torrecárdenas	Rodríguez Castaño	Rocío
CADIZ	SCCU Jerez	Arias Garrido	José Julián
CADIZ	SCCU. Algeciras	Cobo Castellano	Pedro
CADIZ	UCI. H. La Línea	Úbeda Iglesias	Alejandro
CADIZ	UCI. H. La Línea	Vallejo Sánchez	Luis
CADIZ	UCI. Puerta del Mar	Alcántarro Montoya	Marcos
CADIZ	UCI. Puerta del Mar	Flores González	Jesús
CADIZ	UCI. Puerta del Mar	Galván Parra	Isabel
CADIZ	UCI. Puerta del Mar	Gordillo Brenes	Antonio
CADIZ	UCI. Puerta del Mar	Hernández Alonso	Benjamín
CADIZ	UCI. Puerta del Mar	Jiménez Moragas	José Manuel
CADIZ	UCI. Puerta del Mar	López Benítez	José Luis
CADIZ	UCI. Puerta del Mar	Noria Serrano	Juan Antonio
CADIZ	UCI. Puerta del Mar	Ravina Sanz	Juan José
CADIZ	UCI. Puerta del Mar	Rubio Quiñones	José
CADIZ	UCI. Puerta del Mar	Sánchez Millán	Pablo Javier
CADIZ	UCI. Puerta del Mar	Sánchez Rodríguez	Ángel Custodio
CADIZ	UCI. Puerta del Mar	Sancho Jaldón	Manuel
CADIZ	UCI. Puerto Real	Díaz Torres	Isabel
CADIZ	UCI. Puerto Real	Gómez Ramos	Jorge
CADIZ	UCI. Puerto Real	Rodríguez Yáñez	Juan Carlos
CORDOBA	Cruz Roja Cordoba	García de la Cruz	José Ignacio
CORDOBA	Cruz Roja Cordoba	Muñoz Guillén	Noelia Maria
CORDOBA	SCCU. Pozoblanco	Fernández Pérez	María José
CORDOBA	SCCU. Pozoblanco	LLamas Reyes	José Carlos
CORDOBA	SCCU. Pozoblanco	Luque Santos	Margarita
CORDOBA	SCCU. Pozoblanco	Panadero de Manuel	Juan Antonio
CORDOBA	SCCU. Pozoblanco	Ruiz-Cabello Jiménez	Mª Angeles
CORDOBA	UCI. Cabra	Aguilar Alonso	Eduardo
CORDOBA	UCI. Cabra	de la Fuente Martos	María del Carmen
CORDOBA	UCI. Cabra	Lara Aguayo	Pedro
CORDOBA	UCI. Cabra	Morán Fernández	Eduardo
CORDOBA	UCI. Cabra	Rojas Amezcua	María
CORDOBA	UCI. Cabra	Soriano Rodríguez	Fuensanta
CORDOBA	UCI. Hospital Montilla	Artacho Ruiz	Rafael
CORDOBA	UCI. Hospital Montilla	Caballero Güeto	Francisco
CORDOBA	UCI. Hospital Montilla	del Campo Molina	Emilio
CORDOBA	UCI. Hospital Montilla	García Delgado	Francisco
CORDOBA	UCI. Hospital Montilla	Guzmán Pérez	José Antonio
CORDOBA	UCI. Hospital Montilla	López Obispo	Manuel
CORDOBA	UCI. Reina Sofia	Alonso Muñoz	Gema

CORDOBA	UCI. Reina Sofia	Chirosa Rios	Miguel Ángel
CORDOBA	UCI. Reina Sofia	Dueñas Jurado	José María
CORDOBA	UCI. Reina Sofia	García Fuertes	Daniel
GRANADA	Escuela Andaluza de Salud Pública	Molina Montes	María Esther
GRANADA	Escuela Andaluza de Salud Pública	Sánchez Pérez	María José
GRANADA	PICA	Segovia Linares	María
GRANADA	PICA	Torres Ruiz	Juan Miguel
GRANADA	SCCU. Virgen de las Nieves	Aguilera Barea	María
GRANADA	SCCU. Virgen de las Nieves	Baún Mellado	Oscar
GRANADA	SCCU. Virgen de las Nieves	Castan Ribas	Patricia
GRANADA	SCCU. Virgen de las Nieves	Colmenero Ruiz	Manuel
GRANADA	SCCU. Virgen de las Nieves	De Antonio Martín	Elena
GRANADA	SCCU. Virgen de las Nieves	de la Chica Ruiz Ruano	Rafael
GRANADA	SCCU. Virgen de las Nieves	Díaz Contreras	Remedios
GRANADA	SCCU. Virgen de las Nieves	Fernández Carmona	Alberto
GRANADA	SCCU. Virgen de las Nieves	Jiménez Quintana	Mª del Mar
GRANADA	SCCU. Virgen de las Nieves	Manzano Manzano	Francisco
GRANADA	SCCU. Virgen de las Nieves	Melgares	Rafael
GRANADA	SCCU. Virgen de las Nieves	Passas Martínez	Manuel Fernando
GRANADA	SCCU. Virgen de las Nieves	Poyatos Aguilera	Mª Eugenia
GRANADA	SCCU. Virgen de las Nieves	Reina Toral	Antonio
GRANADA	SCCU. Virgen de las Nieves	Sánchez González	Araceli
GRANADA	SCCU. Virgen de las Nieves	Vargas Rivas	José
GRANADA	UCI. Clinica Inmaculada	Estivill Torrús	Andrés
GRANADA	UCI. Hospital Baza	Bellot Iglesias	José Luis
GRANADA	UCI. Motril	Arias Díaz	Matilde
GRANADA	UCI. Motril	Díaz Castellanos	Miguel Ángel
GRANADA	UCI. Motril	Estivill Torrús	Andrés
GRANADA	UCI. Motril	García del Moral Martín	Raimundo
GRANADA	UCI. Motril	Martín López	Javier Ignacio
GRANADA	UCI. Motril	Mercado Martínez	Juan Manuel
GRANADA	UCI. San Cecilio	Barranco Ruiz	Fernando
GRANADA	UCI. San Cecilio	Fernández Carmona	Alberto
GRANADA	UCI. San Cecilio	Fernández Fernández	Rosario
GRANADA	UCI. San Cecilio	Frías Pareja	José Carlos
GRANADA	UCI. San Cecilio	Rallo Bonor	Ana
GRANADA	UCI. San Cecilio	Ramírez Puerta	Rosario
GRANADA	UCI. San Cecilio	Schiaffino Cano	Santiago
GRANADA	UCI. San Cecilio	Soto Blanco	Jose Manuel
GRANADA	UCI. San Cecilio	Valverde Mariscal	Antonio Enrique
GRANADA	UCI. San Cecilio	Yuste Osorio	Mª Eugenia
HUELVA	SCCU H. Juan Ramón Jiménez	Castillo Quintero	Manuel
HUELVA	SCCU H. Juan Ramón Jiménez	Domínguez García	Pedro
HUELVA	SCCU H. Juan Ramón Jiménez	González Piñero	Hipólito
HUELVA	SCCU H. Juan Ramón Jiménez	Hierro Delgado	Aurora
HUELVA	SCCU H. Juan Ramón Jiménez	Márquez Fernández	Mario
HUELVA	SCCU H. Juan Ramón Jiménez	Ponce Ponce	María del Pilar
HUELVA	SCCU H. Juan Ramón Jiménez	Sánchez Santamaría	María
HUELVA	SCCU H. Juan Ramón Jiménez	Tristancho Garzón	Antonia
HUELVA	UCI Riotinto	Álvarez Saiz	Alejandra
HUELVA	UCI Riotinto	Ortega Zarza	Pedro
HUELVA	UCI Riotinto	Pino Moya	Enrique
HUELVA	UCI Riotinto	Romero Barroso	Isidro
HUELVA	UCI. Infanta Elena	Martínez Cejudo	Juan Carlos
JAEN	CCU. San Agustín	Camacho Pulido	José Antonio
JAEN	CCU. San Agustín	de Molina Ortega	Agustín
JAEN	CCU. San Agustín	Jiménez Sánchez	Mercedes

JAEN	CCU. San Agustín	Jurado Lara	Bartolomé
JAEN	LCU. Alto Guadalquivir	Bayona Gómez	Alfonso Jesús
JAEN	SCCU. H. Jaén	Castillo Rivera	Ana María
JAEN	SCCU. H. Jaén	Expósito Ruiz	Manuela
JAEN	SCCU. H. Jaén	Rucabado Aguilar	Luis
JAEN	SCCU. H. Jaén	Ruiz Bailén	Manuel
JAEN	UCI. San Juan Cruz	Bartolomé Sanz	Ángel
JAEN	UCI. San Juan Cruz	Colmenero Aguilar	Crispín
JAEN	UCI. San Juan Cruz	Sánchez Zorrilla	Mª del Mar
MALAGA	Secretaria	Anca	Diana
MALAGA	Secretaria	Benítez Parejo	Josele
MALAGA	Secretaria	Slimobich	Irma Leonor
MALAGA	Secretaria	Usuario de prueba	Usuario de prueba
MALAGA	UCI Carlos Haya	Álvarez Bueno	José Miguel
MALAGA	UCI Carlos Haya	Anca	Elena Diana
MALAGA	UCI Carlos Haya	Arboleda Sánchez	José Andrés
MALAGA	UCI Carlos Haya	Cano García	Macarena
MALAGA	UCI Carlos Haya	Escudero Valera	José Carlos
MALAGA	UCI Carlos Haya	Fernández Zamora	María Dolores
MALAGA	UCI Carlos Haya	García Paredes	Teresa
MALAGA	UCI Carlos Haya	Moreno Quintana	José
MALAGA	UCI Carlos Haya	Ramírez Marrero	Miguel Ángel
MALAGA	UCI Carlos Haya	Roldán Jiménez	Mª Ángeles
MALAGA	UCI Quirón	Poulet	Ana
MALAGA	UCI. Axarquía	Merino Vega	Javier
MALAGA	UCI. Ronda	Luque Fernández	María del Mar
MALAGA	UCI. Xanit	Aragonés Manzanares	Rocio
MALAGA	UMI Hosp. Virgen Victoria	Anca	Diana Elena
MALAGA	UMI Hosp. Virgen Victoria	García Alcántara	Ángel
MALAGA	UMI Hosp. Virgen Victoria	García Alcántara	Angel
MALAGA	UMI Hosp. Virgen Victoria	Latour Pérez	Jaime
MALAGA	UMI Hosp. Virgen Victoria	Ruiz del Fresno	Luis
MALAGA	UMI Hosp. Virgen Victoria	Ruiz San Basilio	José María
MALAGA	UMI. San Antonio	Aragonés Manzanares	Rocío
SEVILLA	NISA Sevilla-Aljarafe	Sánchez Olmedo	José Ignacio
SEVILLA	SCCU. Aljarafe	Rufo Tejeiro	Olga
SEVILLA	SCCU. Aljarafe	Villarrasa Clemente	Flora María
SEVILLA	UCI Vgn. Rocio	Enamorado Enamorado	Judy
SEVILLA	UCI Vgn. Rocio	Eslava Alva	María Julia
SEVILLA	UCI Vgn. Rocio	García Lombardo	Ana María
SEVILLA	UCI Vgn. Rocio	Herruzo Aviles	Angel
SEVILLA	UCI Vgn. Rocio	Hinojosa Perez	Rafael
SEVILLA	UCI Vgn. Rocio	Marco Sosa	Ricardo
SEVILLA	UCI Vgn. Rocio	Valle Fernández	Gloria María
SEVILLA	UCI. Santa Isabel	Fajardo López-Cuervo	Juan
SEVILLA	UCI. Valme	Campanario Garcia	Antonio
SEVILLA	UCI. Valme	Herrera Rojas	Dolores
SEVILLA	UCI. Valme	Sánchez Román	José Antonio
SEVILLA	UCI. Valme	Sancho Fernandez	Helena
SEVILLA	UCP Macarena	Calvo Jambrina	Román
SEVILLA	UCP Macarena	Calvo Taracido	Manuel
SEVILLA	UCP Macarena	García Rubira	Juan Carlos
SEVILLA	UCP Macarena	González Torres	Luis
SEVILLA	UCP Macarena	Hidalgo	Rafael
SEVILLA	UCP Macarena	Iglesias Blanco	Manuel
SEVILLA	UCP Macarena	Recio Mayoral	Alejandro
SEVILLA	UCP Macarena	Valle Caballero	María José



Escuela Andaluza de Salud Pública
CONSEJERÍA DE SALUD

Anexo II. Petición de autorización para el uso de datos ARIAM de pacientes con SCA dirigida a Gerencia.

A/At: X

Granada, 21 de octubre de 2010

Asunto: PETICIÓN DE AUTORIZACIÓN PARA EL USO DE DATOS ARIAM DE PACIENTES CON SCA

Estimado/a Sr/a:

Me dirijo a Ud. para informarle que nos hemos puesto en contacto con la persona responsable del Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias de su Hospital, para solicitarle el acceso a los datos de pacientes con SCA ingresados en la UCI de su hospital, y registrados en Ariam. El objetivo es que estos/as pacientes puedan participar en un proyecto de investigación.

En la actualidad, un equipo con miembros pertenecientes al Grupo Ariam, la Escuela Andaluza de Salud Pública y otras instituciones como la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias, se encuentra desarrollando un proyecto de investigación "*Factores que determinan la forma de acceso al sistema sanitario público en pacientes con síndrome coronario agudo (SCA) en Andalucía*".

La entidad financiadora de este proyecto es la Consejería de Economía y Hacienda, convocatoria Fondos G+. El objetivo final del estudio consiste en mejorar la atención que reciben los y las pacientes con infarto o angina de pecho y reducir el tiempo de espera hasta que consiguen ser asistidos por la red asistencial sanitaria pública andaluza, haciendo énfasis en las desigualdades de género y socioeconómicas.

Este proyecto incluye la administración de un cuestionario mediante entrevista telefónica, a pacientes con SCA de Andalucía Occidental. Le adjuntamos el cuestionario como documentación.

La selección de pacientes se hará de acuerdo a la proporción de ingresos por SCA de cada hospital de las provincias de Córdoba, Sevilla, Cádiz y Huelva, en relación al total de ingresos hospitalarios con este diagnóstico.

Previo a la aplicación del cuestionario, se solicitará a los y las pacientes el consentimiento informado para que decidan si quieren participar en el estudio. Al tratarse de una encuesta telefónica dicho consentimiento informado será recogido mediante grabación telefónica.

Si necesita cualquier aclaración, no dude en ponerse en contacto con cualquiera de nosotros.

Les saludan atentamente,



Antonio Daponte Codina
Investigador Principal del Proyecto
EASP
antonio.daponte.easp@juntadeandalucia.es



Juan Miguel Torres Ruiz
Miembro del equipo investigador
Director Plan Integral de Cardiopatías
Andalucía
Dirección General de Asistencia
Sanitaria
SERVICIO ANDALUZ DE SALUD

juanm.torres.sspa@juntadeandalucia.es

PD: Como documentación relativa al proyecto, se adjunta el cuestionario que se aplicará a los y las pacientes, y un breve resumen del protocolo de investigación.

Anexo III. Petición de autorización para el uso de datos ARIAM de pacientes con SCA dirigida a profesional médico.

A/At: X
MÉDICO/A DEL SCCU DEL HOSPITAL X
RESPONSABLE ARIAM

Granada, 2 de Noviembre de 2010

Asunto: PETICIÓN DE AUTORIZACIÓN PARA EL USO DE DATOS ARIAM DE PACIENTES CON SCA

Un equipo compuesto por investigadores/as pertenecientes al Grupo Ariam, a la Escuela Andaluza de Salud Pública y a otras instituciones como la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias se encuentra desarrollando el proyecto "*Factores que determinan la forma de acceso al sistema sanitario público en pacientes con síndrome coronario agudo (SCA) en Andalucía*". La entidad financiadora de este proyecto es la Consejería de Economía y Hacienda, en la convocatoria Fondos G+.

El objetivo principal de este proyecto consiste en mejorar la atención que reciben los y las pacientes con infarto o angina de pecho y reducir el tiempo de espera hasta que consiguen asistencia por la red asistencial sanitaria pública andaluza. Así mismo se pretende mejorar la asistencia sanitaria en el momento que ocurre el suceso, haciendo énfasis en las desigualdades de género y socioeconómicas.

En este momento estamos desarrollando la fase cuantitativa, la cual implica la entrevista personal a pacientes con SCA de Andalucía Occidental. El cuestionario está previsto que sea aplicado vía telefónica.

Este estudio incluye a todos los Hospitales de Andalucía Occidental en ingresaron hombres y mujeres pacientes en el SCCU, con diagnóstico al alta de SCA. Está previsto entrevistar a pacientes en proporción al número de ingresos que represente cada hospital, sobre el total de ingresos hospitalarios en las provincias de Huelva, Cádiz, Córdoba y Sevilla.

Ante este escenario, y en calidad de persona perteneciente al Grupo Ariam, le solicitamos que nos autorice a utilizar los datos identificativos de pacientes con SCA que han sido ingresados/as en su hospital, para que se les pueda realizar la entrevista telefónica oportuna.

Previo a la aplicación de la encuesta, se solicitará a estas personas el consentimiento informado para que decidan si quieren participar en el estudio. Al tratarse de una encuesta telefónica dicho consentimiento informado será recogido mediante grabación telefónica.

De la misma forma que hemos procedido con Ud., hemos notificado a la Gerencia de su hospital el desarrollo de esta investigación y los objetivos que persigue, así como de la petición para el acceso a estos datos.

Una vez que dispongamos de las autorizaciones pertinentes de cada Hospital, la Secretaría de dicho Grupo nos facilitará los datos.

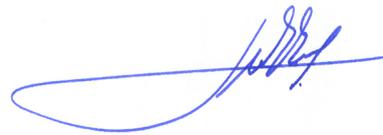
Por último, le comunicamos que de cara a futuras comunicaciones a congresos y publicaciones que se hagan a partir de los datos del estudio, se hará constar en las mismas la colaboración de los miembros del Grupo ARIAM que han participado en el mismo.

Si necesita cualquier aclaración, no dude en ponerse en contacto con cualquiera de nosotros.

Les saludan atentamente,



Antonio Daponte Codina
Investigador Principal del Proyecto
EASP
antonio.daponte.easp@juntadeandalucia.es



Juan Miguel Torres Ruiz
Miembro del equipo investigador
Director Plan Integral de Cardiopatías
Andalucía
Dirección General de Asistencia
Sanitaria
SERVICIO ANDALUZ DE SALUD

juanm.torres.sspa@juntadeandalucia.es

PD: Como documentación relativa al proyecto, se adjunta el cuestionario que se aplicará a los/las pacientes, y un breve resumen del protocolo de investigación que fue concedido.

Anexo IV. Autorización de uso de datos identificativos de pacientes**DOCUMENTO AUTORIZACIÓN DE USO DE DATOS IDENTIFICATIVOS DE PACIENTES PARA REALIZACIÓN DE ENCUESTA TELEFÓNICA, PARA EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN FACTORES QUE DETERMINAN LA FORMA DE ACCESO AL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO (SCA) EN ANDALUCÍA**

Yo, D/ÑA. Con la presente firma autorizo al equipo de investigación del proyecto “Factores que determinan la forma de acceso al sistema sanitario público en pacientes con síndrome coronario agudo (SCA) en Andalucía”, a la utilización de datos identificativos de pacientes ingresados en el Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias en el Hospital X, con diagnóstico de Síndrome Coronario Agudo.

Fdo.

Por favor, reenvíe la autorización firmada **A/A: ANTONIO DAPONTE CODINA**, por fax, al número 958 02 75 03 (12 75 03) , o por correo postal, a la Escuela Andaluza de Salud Pública, Campus Universitario de Cartuja, Cuesta del Observatorio 4, Granada 18080 Granada.



Escuela Andaluza de Salud Pública
CONSEJERÍA DE SALUD

Anexo V. Consentimiento informado para encuesta telefónica.

TÍTULO DEL PROYECTO: FACTORES QUE DETERMINAN LA FORMA DE ACCESO AL SISTEMA SANITARIO EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ENCUESTA TELEFÓNICA:

Hola buenos/as días/tardes, mi nombre es

Podría hablar con el Sr. o la Sra. _____

Le llamo de la Escuela Andaluza de Salud Pública, perteneciente a la Consejería de Salud. Ud fue atendido en el Hospital _____ a causa de un dolor de pecho, un problema cardíaco.

Estamos realizando una investigación que tiene como objetivo el mejorar la asistencia sanitaria que reciben los y las pacientes con infarto

Para esta investigación necesitamos que Usted nos responda a algunas preguntas sobre su último infarto o angina, desde el momento que usted notó los primeros síntomas hasta que fue asistido/a en el hospital. La duración total de la entrevista será en torno a 15 minutos. Antes de que Ud. nos conteste a estas preguntas, necesitamos que nos dé su consentimiento, que será grabado.

¿Nos da su consentimiento para poder hacerle la entrevista? Si / no

Anexo VI. Cuestionario



Escuela Andaluza de Salud Pública
CONSEJERÍA DE SALUD

Área de Investigación
Docen

MAYO 2008

COMUNIDAD AUTÓNOMA	ANDALUCÍA	<input type="text" value="16"/>	(10)(11)	Nº ESTUDIO	Nº CUESTIONARIO
PROVINCIA		<input type="text"/>	(12)(13)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
MUNICIPIO DE RESIDENCIA		<input type="text"/>		(1)(2)(3)(4)	(5)(6)(7)(8)(9)
	(nombre municipio)				(14)(15)(16)
HOSPITAL DE INGRESO EN LA UCI		<input type="text"/>		(17)(18)	
HOSPITAL DE INGRESO EN PLANTA		<input type="text"/>		(19)(20)	
NOMBRE DEL PACIENTE		<input type="text"/>		(21)(22)(23)	
TELÉFONO		<input type="text"/>			
CÓDIGO DE LA ENTREVISTA (ID)		<input type="text"/>		(24)(25)(26)(27)	

Le pedimos su colaboración para la presente investigación dirigida a mejorar el acceso al sistema sanitario de enfermos con síndrome coronario agudo (SCA) en Andalucía. Así mismo con el estudio pretendemos mejorar la asistencia sanitaria en el momento en que se produce el infarto. A partir del presente trabajo procuramos mejorar la atención que reciben los pacientes con infarto o angina, y reducir el tiempo de espera hasta que el paciente es asistido a través de la asistencia sanitaria pública andaluza. Los organismos financiadores del proyecto, son la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, y el Ministerio de Salud. En estas circunstancias le vamos a solicitar información y detalles relacionados sobre todo a partir de su último infarto. Como procedimiento para que Ud. participe en el estudio, necesitamos que nos ofrezca su consentimiento expreso para incluir en nuestros ficheros automatizados con la finalidad de mejorar la asistencia del sistema sanitario público andaluz. Para ello le pedimos su consentimiento expreso para incluir sus datos en cumplimiento de la Ley Orgánica de Protección de Datos de carácter personal.

<p>TODAS LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN A CONTINUACIÓN, VAN REFERIDAS AL ÚLTIMO INFARTO O ANGINA DE PECHO QUE UD. HA SUFRIDO.-</p>	<p>P.6.- En el periodo de tiempo que va desde que notó los síntomas hasta que decidió pedir ayuda, ¿Qué fue lo que pensó? <i>Excluyente</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Nunca pensó que fuera algo grave - Desde el 1er momento pensó que era algo grave - En un primer momento pensó que no era grave, y más tarde pensó que era algo grave - NS/NC 																																										
<p>P.1 ¿Me podría decir el Municipio donde se encontraba cuando tuvo lugar El Infarto o angina de pecho? _____ (29)</p>	<p>P.7.- Desde que notó los síntomas hasta que decidió pedir ayuda, ¿Qué pensaron las personas de su entorno (familia, amistades, vecinos, compañeros)? <i>Excluyente</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Nunca pensaron que fuera grave - Desde el 1er momento pensaron que era algo grave - En un primer momento pensaron que no era grave, y más tarde pensaron que era algo grave - No procede, me encontraba solo, no había nadie conmigo. - NS/NC 																																										
<p>P.2 ¿Recuerda aproximadamente a qué hora notó los primeros síntomas? Hora____ Mins.____ (31)</p> <p>P.2A. (En caso que no se acuerde) ¿Recuerda qué periodo / franja del día se produjo su último infarto?</p> <p>A.1. Por la mañana: 06:00-12:00 A.2. Por la tarde: 12:00- 19:59 A.3. Por la noche: 20:00-23:59 A.4. De madrugada 00:00 -05:59</p> <p style="text-align: right;">(31)</p>	<p>P.8. A partir de la aparición de los primeros síntomas, Aproximadamente ¿Cuánto tiempo invirtió para cada una de las siguientes tareas? (TOTAL MINUTOS) <i>PUEDEN COINCIDIR</i></p> <p>P.8.1.- Pedir auxilio (llamar por teléfono o dirigirse a algún sitio) <i>movilizarse</i> _____</p> <p>P.8.2.- Llamar, o dirigirse en busca de asistencia sanitaria (p² incluir los q buscan 061) _____</p> <p>P.8.3.- Recibir la primera asistencia sanitaria (que llegara el 061, o acudir al centro de salud, o que llegara el medico a casa, o en el hospital...) _____</p> <p>P.8.4.- Llegar al hospital _____</p>																																										
<p>P.2.B. ¿Dónde se encontraba en el momento en que se produjo el infarto?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vivienda habitual - Otra casa distinta a la mía - Calle - Centro de trabajo - Campo. - Otra, ¿Cuál? <i>Apuntar lo que diga</i>....._____ <p>P.3. ¿Recuerda con quién se encontraba con Ud. en el momento en que notó los primeros síntomas de infarto o anginas? <i>Multirespuesta, recoger tantos como diga.</i></p> <p>1. Me encontraba solo/a</p> <p>2. Con otras personas: ¿Quiénes? →</p> <ul style="list-style-type: none"> - Esposo/pareja - Hijo/a - Padre o madre - Otros familiares - Amistades, - Compañeros/as del trabajo - Otras personas distintas <p>3.- NS/NC</p>	<p>P.9 ¿Qué pensó durante el periodo de tiempo que va desde que notó los primeros síntomas hasta que decidió pedir ayuda?:</p> <p><i>SI PE: Sí pensó. NO PE: No Pensó.</i></p> <p>A.- Que los dolores desaparecerían SI PE (1) – NO PE (2).- B.- Que los síntomas eran graves SI PE (1) – NO PE (2).-- C.- Que me encontraba bien SI PE (1) – NO PE (2).- D.- No le dí importancia y seguí con lo que estaba haciendo. SI PE (1) – NO PE (2).- E.- Me desagradaba la idea que me ingresasen en un centro sanitario y me tuviera que quedar allí SI PE (1) – NO PE (2).- F.- Que prefería esperarme hasta que se me pasara el dolor. SI PE (1) – NO PE (2).- G.- Quería averiguar rápido lo que me estaba pasando. SI PE (1) – NO PE (2).- H.- Tenía que acabar mi jornada laboral antes de acudir en busca de auxilio. SI PE (1) – NO PE (2).- I.- Tenía que acabar el trabajo doméstico (<i>labores domésticas</i>) que estaba haciendo antes de acudir en busca de auxilio. SI PE (1) – NO PE (2).- J.- Tenía que esperar a que acudieran a auxiliarme SI PE (1) – NO PE (2).- K.- Quería evitar alarmar a mi familia y a las personas de mi entorno. SI PE (1) – NO PE (2).- L.- Me desagradaba la idea de volver a pasar por lo mismo. SI PE (1) – NO PE (2).- M.- Que no podía desatender a las personas dependientes (<i>enfermos, mayores, niños...</i>) que estaba cuidando SI PE (1) – NO PE (2).- K.- Otra/s razón/nes, ¿cuál/les? _____</p>																																										
<p>P4.- Indíquenos por favor qué síntomas experimentó. Señalar tantos cuantos diga 11 ítems</p> <p>A.- Náuseas, vómitos, angustia, arcadas. SI (1) – NO (2)</p> <p>B.- Dolores corporales localizados en cualquiera de estas partes- Opresión (pecho, brazos, hombros, cuello, codo, espalda, riñones, mandíbula, por la zona del corazón). SI (1) – NO (2)</p> <p>C.- Ausencia de aliento, ahogamiento, asfixiamiento, problemas para respirar. SI (1) – NO (2)</p> <p>D.- Mareo. SI (1) – NO (2)</p> <p>E.- Fatiga, cansancio. SI (1) – NO (2)</p> <p>F.- Sudoración. SI (1) – NO (2)</p> <p>G.- Cuerpo destemplado: Fiebre, sensación de calor, enfriamiento. SI (1) – NO (2)</p> <p>H.- Problemas estomacales: Barriga descompuesta. SI (1) – NO (2)</p> <p>I.- Ansias, Crisis de ansiedad, nervios, tensión. SI (1) – NO (2)</p> <p>J.- Pérdida de conciencia, conocimiento. SI (1) – NO (2)</p> <p>K.- Otras, especificar cuáles: _____</p>	<p>P10. En relación al dolor que padecía en el proceso que va desde los primeros síntomas hasta que decide pedir auxilio (llamar o acudir a algún sitio), Dígame el dolor que sentía, del 0 al 10, siendo el 0 mínimo dolor y el 10 máximo dolor</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td colspan="10">Min. dolor</td> <td colspan="10">Max. dolor</td> </tr> <tr> <td>00</td><td>01</td><td>02</td><td>03</td><td>04</td><td>05</td><td>06</td><td>07</td><td>08</td><td>09</td><td>10</td> <td>00</td><td>01</td><td>02</td><td>03</td><td>04</td><td>05</td><td>06</td><td>07</td><td>08</td><td>09</td><td>10</td> </tr> </table>	Min. dolor										Max. dolor										00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
Min. dolor										Max. dolor																																	
00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10																						
<p>P5.- En el momento de las primeras dolencias ¿Con qué identificó estos síntomas?</p> <p>1. Pensaba que eran "nervios"</p> <p>2. Desde el primer momento supe que era un infarto o algo de corazón → Pasar a P5a</p> <p>3. Otra, ¿Cuál? _____ (<i>Apuntar lo que diga.</i>-)</p> <p>4. Ninguna en especial</p> <p>↓</p> <p>(Sólo a los que responden opción 2 en P5: aquellos que identificaron los dolores como un infarto).-</p> <p>P5A. Aproximadamente, ¿cuanto tiempo transcurrió hasta que se dio/ se dieron cuenta que los dolores eran provocados por una enfermedad de infarto o de corazón? Apuntar total mins. _____</p>																																											

<p>P.11.- ¿Qué persona/s decidió/eron el que Ud. tenía que recibir asistencia médica? (Aunque la persona esté sola, puede haber decidido otra por ella) (multirespuesta, apuntar tantos como diga)</p>												
<p>1. Yo mismo (yo solo) 2. Otros → P12A. ¿Qué otros? → 3. Yo y Otros → P12A ¿Qué otros? →</p>	<p>- Esposo/pareja - Hijo/a - Padre o madre - Otros familiares - Amistades - Compañeros/as de trabajo - Otras personas distintas</p>											
4. NS/NC												
<p>P12.- ¿Qué fue lo primero que hizo cuando pensó / pensaron que necesitaba ayuda de cualquier tipo? ¿Y lo segundo? ¿Y lo tercero? (Una sola respuesta: Excluyente por columnas) Insistir que sólo se le solicita la primera acción tomada Cómo actuó Ud.</p>												
	P12.1	P12.2	P12.3									
	1º lugar	2º lugar	3º lugar									
1. Llamar por teléfono a un/una familiar, vecinos u otras personas	1	1	1									
3. Llamar por teléfono al 061: Servicio de Emergencias Sanitarias	2	2	2									
4. Llamar por teléfono otra asistencia sanitaria distinta al 061 → ¿Cuál?												
4.1. Centros de Salud, Consultorios, servicio de Urgencias DCCU-AP	3	3	3									
4.2. Urgencias de un Hospital	4	4	4									
4.3. Atención especializada: cardiología y cirugía cardíaca	5	5	5									
4.4. Servicio de Atención Especializada extrahospitalaria	6	6	6									
2. Desplazarme en busca de familiares, vecinos u otras personas	7	7	7									
5. Desplazarse en busca de asistencia sanitaria Distinta al 061 ¿cuál?												
5.1. Centros de Salud, Consultorios, Consultorios Auxiliares, servicio de Urgencias DCCU-AP	8	8	8									
5.2. Urgencias Hospitalarias	9	9	9									
5.3. Servicio de Atención Especializada extrahospitalaria	10	10	10									
7. Otra posibilidad _____	12	12	12									
8. NS/NC	13	13	13									
<p>P.13.- ¿Quién decidió el medio de transporte?</p>												
<p>1. Yo mismo (yo solo) 2. Otros → P14A. ¿Qué otros? → 3. Yo y Otros → P14A ¿Qué otros? →</p>	<p>- Esposo/pareja - Hijo/a - Padre o madre - Otros familiares - Amistades - Compañeros/as de trabajo - Otras personas distintas</p>											
5. NS/NC												
<p>P.14.- ¿Cuántos medios de transporte utilizó Ud. para llegar al primer centro sanitario? _____ (apuntar tantos como diga) De acuerdo a los medios que diga, anotar en las columnas.</p>												
<p>P15A.- ¿Cuál fue el primer medio de transporte que utilizó para ser trasladado? ¿Y el segundo? ¿Y el tercero?</p>												
	P15.A1	P15.A2	P15.A3									
	1º lugar	2º lugar	3º lugar									
1. Por las ambulancias /Helicóptero. ¿Recuerda qué tipo de ambulancias?												
1.1.- Del 061 – Helicóptero.	1	1	1									
1.2.- Otra ambulancias distinta												
1.3.- NS/ NC												
2. Por medio de transporte propio (vehículo particular, con independencia de que sea suyo o no, bicicleta, motocicleta particular)	2 3	2 3	2 3									
2.A ¿Quién conducía el vehículo?												
2.A.1. Ud. mismo	4	4	4									
2.A.2. Otra persona (familiar, compañero, vecino, amigo, ...)												
2.A.3. NS/NC												
3. Transporte público (bus, tren, taxi)	5	5	5									
4. Caminando, a pié	6	6	6									
5. Otra, ¿Cuál? _____	7	7	7									
<p>Para los que contestaron medio de transporte = Ambulancias (P15A= 1 en columna de 1er medio, ambulancias del 061 ó ambulancias de equipos de emergencias sanitarias), A continuación voy a leerle una serie de posibles motivos para haber seleccionado las ambulancias como medio de transporte. Necesitamos que nos diga si están conformes con cada uno de ellos.</p>												
<p>A. Confianza hacia las ambulancias SI (1) – NO (2).- B.- Asumiendo la gravedad de mi enfermedad, pensé que era el medio más apropiado SI (1) – NO (2).- C.- Había utilizado con anterioridad el servicio. SI (1) – NO (2).- D.- No contaba con ningún otro medio a mi disposición (Era el que tenía más a mano). SI (1) – NO (2).- E.- Otra, ¿Cuál? _____ F.- NS G.- NC</p>												
<p>P15B.- Para aquellos que respondan opción 2-3--4-5, en la columna del primer medio. Necesitamos conocer si está conforme con cada uno de los motivos que le señalamos, en relación a la utilización de medios propios.</p>												
<p>- A. Desconocimiento de la existencia del servicio SI (1) – NO (2).- - B. Me sentía bien para venir por mis propios medios SI (1) – NO (2).- - C. La Percepción de estar abusando del servicio del 061 SI (1) – NO (2).- - D. Desconocimiento de lo que le estaba sucediendo SI (1) – NO (2).- - E. Pensaba/mos que los síntomas eran leves SI (1) – NO (2).- - F. Ignoraba que pudiese llamar SI (1) – NO (2).- - G. No se me ocurrió / no pensé en esa posibilidad de llamar al 061 SI (1) – NO (2).- - H. Pensaba que llegaría más rápido a través de otra forma / medios propios serían más rápidos por la cercanía de donde me encontraba hacia centro sanitario SI (1) – NO (2).- - Otras, ¿cuáles? _____</p>												
<p>P.16.- A todos los que no han utilizado el 061 → P15A= 1.1 ¿Había oído hablar alguna vez del servicio del 061?</p>												
<p>1. Sí → P16.A.- ¿Antes de este último infarto había hecho uso alguna vez del 061?</p>												
<p>1. Si (1) 2. No</p>												
<p>2. No</p>												
<p>P17. Refiriéndonos a la valoración sobre la atención sanitaria que Ud. recibió, Dígame cuál es su valoración, del 0 al 10 acerca de la atención sanitaria recibida, siendo el 0 la valoración más baja y el 10 la máxima valoración.</p>												
Min. Val.									Max. Valor			
00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	98	99

<p>P.18.- De los servicios sanitarios que fueron utilizados a raíz de su último infarto, ¿En qué medida se encuentra Ud. satisfecho/a o insatisfecho/a con el servicio recibido en cada una de las fases en que fue atendido? Preguntar lo que proceda. ¿Cuál sería su satisfacción global por la atención sanitaria recibida en el Sistema Sanitario Público Andaluz a raíz del último infarto? (Conjuntamente: Centro AP + 061 + UCI + Planta).</p>		<p>P25A.- ¿Cuál es/era su ocupación u oficio? _____ (abierto, apuntar lo que diga el entrevistado)</p> <p>____ (Recodificación a 3 dígitos de acuerdo CNO 94)</p> <p>¿ES USTED EL/LA CABEZA DE FAMILIA? (LA PERSONA QUE APORTA MAYORES INGRESOS EN EL HOGAR)</p> <p>- SI → Pasar a P27</p> <p>- NO → Pasar a P28</p>																																				
<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="5">(NO LEER)</th> </tr> <tr> <th>Muy Satis</th> <th>Satisf</th> <th>Ni satisf. ni insat.</th> <th>Insatisf.</th> <th>Muy NS/NC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. C.S., Médico cab.</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5 6</td> </tr> <tr> <td>2. 061/ otras amb.</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5 6</td> </tr> <tr> <td>3. Urgencias Hospit.</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5 6</td> </tr> <tr> <td>4. UCI</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5 6</td> </tr> </tbody> </table>			(NO LEER)					Muy Satis	Satisf	Ni satisf. ni insat.	Insatisf.	Muy NS/NC	1. C.S., Médico cab.	1	2	3	4	5 6	2. 061/ otras amb.	1	2	3	4	5 6	3. Urgencias Hospit.	1	2	3	4	5 6	4. UCI	1	2	3	4	5 6	<p>P26.- ¿En qué situación se encuentra la persona que mayores ingresos entra en el hogar <u>actualmente</u>?</p> <ol style="list-style-type: none"> Trabaja Jubilado o pensionista (trabajó anteriormente) En desempleo Estudiante Ama de casa Incapacidad / Invalidez permanente Otros NS/NC <p>P26A.- ¿Cuál es/era su ocupación u oficio? _____ (abierto, apuntar lo que diga el entrevistado)</p> <p>____ (Recodificación a 3 dígitos de acuerdo CNO 94)</p>	
	(NO LEER)																																					
	Muy Satis	Satisf	Ni satisf. ni insat.	Insatisf.	Muy NS/NC																																	
1. C.S., Médico cab.	1	2	3	4	5 6																																	
2. 061/ otras amb.	1	2	3	4	5 6																																	
3. Urgencias Hospit.	1	2	3	4	5 6																																	
4. UCI	1	2	3	4	5 6																																	
<p>P19. ¿En conjunto, cómo valora la atención sanitaria recibida?</p> <ul style="list-style-type: none"> Muy buena Buena Regular Mala Muy mala N.S. N.C. 		<p>P.27 Por último, Le importaría decirnos los ingresos netos que entran en su hogar cada mes incluyendo todos los conceptos (sumando los ingresos de todas las personas del hogar)?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menos de 250 € - Entre 251 y 500 € - Entre 501 y 750 € - Entre 751 y 1.000 € - Entre 1.001 y 1.250 € - Entre 1.251 y 1.500 € - Entre 1.501 y 1.750 € - Entre 1.751 y 2.000 € - Entre 2.001 y 2.250 € - Entre 2.251 y 2.500 € - Entre 2.501 y 3.000 € - Entre 3.001 y 3.500 € - Más de 3.500 € - NS 																																				
<p>P.20 Antes de este infarto o angina de pecho, ¿Cuántos infartos o anginas de pecho ha sufrido a lo largo de su vida? _____ (Si existe valor 0)</p> <p>(28)</p>		<p>P.28.- Por último con objeto de conocer la evolución de su enfermedad, Estaríamos interesados en volverle a llamar, ¿Tendría Ud. algún inconveniente al respecto?</p> <ul style="list-style-type: none"> - NO --> P28A.- ¿Nos puede ofrecer su número de teléfono? <ul style="list-style-type: none"> o Sí -> N° teléfono _____ o No - Si tengo inconveniente - NS/NC 																																				
<p>P.21 Sexo</p> <ol style="list-style-type: none"> Hombre Mujer 		<p>P.23 ¿Cuál es su estado civil?</p> <ol style="list-style-type: none"> Soltero/a Casado/a/Conviviendo en pareja Divorciado/a/Separado/a Viudo/a NC 																																				
<p>P.22 Edad _____ (x ARIAM)</p>		<p>P23A ¿Vive solo/a?</p> <p>Si (1)</p> <p>No (2)</p>																																				
<p>P.24 ¿Cuál es el nivel más alto de estudios finalizado?</p> <ol style="list-style-type: none"> No sabe leer o escribir = Analfabetos No ha estudiado pero sabe leer y escribir Estudios primarios (hasta 6º EGB, ingreso, ESO o Bachillerato Elemental) EGB/ ESO completo/a (8º) o similar (bachiller elemental) = Graduado escolar Estudios de FP I, FP de grado medio, Oficialía industrial o equivalente Estudios de FP II, FP Superior, Maestría industrial o equivalente, Conservatorio 10 años. Estudios secundarios (BUP, Bachiller LOGSE, COU, PREU = B. Superior) Estudios universitarios de grado medio (= Diplomatura, Ingeniería Técnica, 3 cursos aprobados de Licenciatura) Estudios universitarios de grado superior, (Arquitectura, Ingeniería, Licenciatura o equivalente) Otros estudios, especificar 		<p>P.25 ¿Cuál era su situación laboral en el momento en que sufrió el último infarto?</p> <ol style="list-style-type: none"> Trabaja Jubilado o pensionista (trabajó anteriormente) En desempleo Estudiante Ama de casa Incapacidad / Invalidez permanente Otros NS/ NC <p>Si trabaja o ha trabajado</p>																																				

A RELLENAR POR EL ENTREVISTADOR**INCIDENCIAS ENTREVISTA:**

- I.1 Número de orden de entrevista (por muestra) (81)(82)
- I.2 Dificultad de acceso al edificio, casa, urbanización, etc. (83)(84)
- I.3 Viviendas en las que no hay nadie (85)(86)
- I.4 Viviendas en las que se niegan a recibir ninguna explicación (87)(88)
- I.5 Negativas de varones a realizar la entrevista (89)(90)
- I.6 Negativas de mujeres a realizar la entrevista (91)(92)
- I.7 Contactos fallidos por no cumplir cuotas (93)(94)
- I.8 Contactos fallidos por no ser una vivienda (oficinas, consultas médicas, etc.) (95)(96)
- I.9 Viviendas de inmigrantes (97)(98)

ENTREVISTA REALIZADA:

Entrevista conseguida: _____ (calle o plaza) _____ (nº) (piso) (pta.)

E.1 Fecha de realización: _____ (Día) _____ (Mes) _____ (Año)
 (99)(100) (101)(102) (103)(104)

E.2 Día de la semana que se realiza la entrevista: Lunes 1
 Martes 2
 Miércoles 3
 Jueves 4 (105)
 Viernes 5
 Sábado 6
 Domingo 7

E.3 Duración de la entrevista: _____ (en minutos) (106)(107)(108)

E.4 Hora de realización: La mañana (9-12) 1
 Mediodía (12-4) 2 (109)
 Tarde (4-8) 3
 Noche (8-10) 4

VALORACIÓN DE LA ENTREVISTA:

V.1 Desarrollo de la entrevista:

- Muy buena 1
- Buena 2
- Regular 3 (110)
- Mala 4
- Muy mala 5

V.2 Sinceridad del entrevistado:

- Mucha 1
- Bastante 2 (111)
- Poca 3
- Ninguna 4

A RELLENAR EN CODIFICACIÓN**C.1 CUESTIONARIO CUMPLIMENTADO:**

- Correcta 1 (112)
- Incorrecta 2

C.1a MOTIVO: _____ (113)(114)

C.3 RESULTADO FINAL:

- Entrevista válida 1 (119)
- Entrevista anulada 2

C.4 CODIFICADOR Nº _____ (120)

C.2 VALORACIÓN DE LA INSPECCIÓN:

- Entrevista no inspeccionada 1
- Inspección telefónica 2 (115)
- Inspección personal 3
- Inspección telefónica y personal 4

C.2a Resultado inspección:

- Entrevista correcta 1 (116)
- Entrevista incorrecta 2

C.2b MOTIVO: _____ (117)(118)

Anexo VII. Análisis bivariante demora prehospitalaria y medio de transporte

Tabla 24. Análisis bivariante, llegada al hospital más tarde de una hora para cada una de las variables

	HOMBRES Y MUJERES				Hombres			Mujeres				
	Or	IC	P		Or	IC	P	Or	IC	P		
Sexo												
Hombres	1											
Mujeres	1,16	0,92	1,46	0,22								
Nivel de ingresos												
Menos de 1.500 €	1				1			1				
1.500 € y más	1,15	0,86	1,53	0,35	1,18	0,86	1,62	0,30	0,83	0,38	1,79	0,63
Nivel educativo												
Sin estudios y primarios	1				1			1				
Secundarios y más	0,90	0,68	1,18	0,44	0,95	0,70	1,29	0,75	0,79	0,38	1,67	0,54
Edad												
<60	1				1			1				
60-74	0,79	0,61	1,02	0,07	0,76	0,57	1,03	0,07	0,77	0,46	1,30	0,49
75 y más	0,74	0,55	0,98		0,68	0,48	0,97		0,73	0,43	1,24	
Distancia												
En la misma localidad	1				1			1				
1 a 24 Km	1,28	0,97	1,68	0,00	1,13	0,81	1,57	0,00	1,70	1,03	2,82	0,00
25 y más km	2,32	1,78	3,01		2,18	1,58	3,01		2,60	1,64	4,11	
Lugar												
Vivienda habitual	1				1			1				
Otra casa o calle	1,03	0,76	1,40	0,00	1,25	0,87	1,80	0,00	0,73	0,42	1,26	0,55
Trabajo o campo	2,52	1,71	3,70		2,98	1,97	4,52		1,56	0,46	5,27	
Otro lugar	1,02	0,64	1,63		1,19	0,69	2,06		0,78	0,30	2,01	
Compañía												
Me encontraba solo/a	1				1			1				
Con otras personas	0,79	0,61	1,02	0,07	0,79	0,58	1,08	0,14	0,79	0,50	1,24	0,30
Decisión de recibir asistencia médica												
Él/ella mismo	1				1			1				
Él/ella y otros/as	1,01	0,81	1,26	0,90	1,12	0,86	1,46	0,40	0,76	0,51	1,15	0,19
Decisión sobre el medio de transporte												
Solo paciente	1				1			1				
Paciente y/o otras	1,16	0,92	1,47	0,20	1,20	0,91	1,57	0,20	0,99	0,62	1,59	0,97
Dolor "típico"												
no	1				1			1				
si	1,23	0,87	1,74	0,24	0,95	0,63	1,43	0,80	2,34	1,20	4,55	0,01
Primeros pensamientos												
Desde el primer momento pensó que era algo grave	1				1			1				
Otra posibilidad	1,82	1,45	2,30	0,00	2,32	1,74	3,08	0,00	1,14	0,77	1,71	0,51
Tiempo transcurrido hasta darse cuenta de que era del corazón	1,01	1,00	1,01	0,00	1,01	1,00	1,02	0,00	1,00	1,00	1,01	0,15

Tabla 24. Continuación												
Primero pensamientos otras personas												
Desde el primer momento pensó que era algo grave	1				1				1			
Otra posibilidad	1,86	1,45	2,37	0,00	2,05	1,53	2,76	0,00	1,54	0,99	2,38	0,06
Dolor percibido (continua)												
continuo	1,00	0,96	1,04	0,91	0,93	1,01	1,01	0,97	1,07	0,99	1,15	0,07
Pensamiento infarto u otras causas												
Otra causa	1,55	1,22	1,98	0,00	1,90	1,41	2,54	0,00	0,97	0,62	1,51	0,89
Desde el primer momento pensó que era infarto	1				1				1			
Primer transporte utilizado												
Medios Propios	1				1				1			
Transporte Sanitario	0,61	0,48	0,77	0,00	0,58	0,44	0,77	0,00	0,65	0,43	0,97	0,03
061 versus resto (primer medio)												
061	1				1				1			
Resto de medios	1,75	1,36	2,25	0,00	2,03	1,49	2,76	0,00	1,32	0,86	2,04	0,21
Transporte (primer medio)												
061	1				1				1			
otras ambulancias	1,43	0,93	2,20	0,00	2,01	1,17	3,46	0,00	0,77	0,37	1,58	0,09
vehículo particular	1,75	1,34	2,27		2,01	1,46	2,79		1,33	0,84	2,11	
transporte público o caminando	2,01	1,39	2,92		2,08	1,33	3,25		2,02	1,02	4,02	
Antecedentes												
No	1				1				1			
Sí	0,71	0,56	0,90	0,00	0,61	0,46	0,81	0,00	0,98	0,65	1,47	0,91
Hora												
Por la mañana: 06:00 - 12:00	1				1				1			
Por la tarde: 12:00 - 19:59	1,01	0,77	1,32	0,80	1,01	0,73	1,39	0,99	1,04	0,63	1,69	0,70
Por la noche: 20:00 - 23:59	0,97	0,69	1,38		0,98	0,64	1,50		0,96	0,52	1,76	
De madrugada: 00:00 - 05:59	1,15	0,84	1,58		1,06	0,72	1,56		1,34	0,79	2,28	
Que los dolores desaparecerían												
Sí pensó	1				1				1			
No pensó	0,56	0,45	0,70	0,00	0,51	0,38	0,67	0,00	0,69	0,46	1,03	0,07
Que los síntomas eran graves												
Sí pensó	1				1				1			
No pensó	1,51	1,21	1,89	0,00	1,70	1,30	2,23	0,00	1,20	0,81	1,78	0,37
Que se encontraba bien												
Sí pensó	1				1				1			
No pensó	0,60	0,46	0,78	0,00	0,53	0,39	0,73	0,00	0,78	0,49	1,26	0,31
No le dio importancia y siguió con lo que estaba haciendo												
Sí pensó	1				1				1			
No pensó	0,29	0,22	0,37	0,00	0,30	0,22	0,41	0,00	0,26	0,16	0,42	0,00
Le desagradaba la idea que le ingresasen en un centro sanitario y le tuvieran que dejar allí												
Sí pensó	1				1				1			
No pensó	0,78	0,61	1,00	0,05	0,83	0,61	1,13	0,23	0,73	0,48	1,11	0,14
Que prefería esperarse hasta que se le pasara el dolor												
Sí pensó	1				1				1			

Tabla 24. Continuación												
No pensó	0,31	0,24	0,40	0,00	0,28	0,21	0,38	0,00	0,38	0,25	0,59	0,00
Que quería averiguar rápido lo que le estaba pasando												
Sí pensó	1				1				1			
No pensó	1,56	1,24	1,95	0,00	1,53	1,17	2,02	0,00	1,64	1,09	2,47	0,02
Tenía que acabar su jornada laboral antes de acudir en busca de auxilio												
Sí pensó	1				1				1			
No pensó	0,34	0,19	0,61	0,00	0,29	0,15	0,54	0,00	0,75	0,18	3,17	0,69
Tenía que acabar el trabajo doméstico (labores domésticas) que estaba haciendo antes de acudir en busca de auxilio												
Sí pensó	1				1				1			
No pensó	0,46	0,25	0,86	0,01	0,43	0,18	1,04	0,06	0,52	0,22	1,24	0,14
Tenía que esperar a que acudieran a auxiliarle												
Sí pensó	1				1				1			
No pensó	1,10	0,85	1,44	0,46	1,07	0,77	1,49	0,69	1,21	0,79	1,87	0,38
Quería evitar alarmar a su familia y a las personas de su entorno												
Sí pensó	1				1				1			
No pensó	0,67	0,53	0,84	0,00	0,70	0,53	0,93	0,01	0,62	0,42	0,93	0,02
Le desagradaba la idea de volver a pasar por lo mismo												
Sí pensó	1				1				1			
No pensó	1,21	0,92	1,61	0,18	1,32	0,93	1,88	0,13	1,08	0,67	1,73	0,76
Que no podía desatender a las personas dependientes (enfermos, mayores, niños,...) que estaba cuidando												
Sí pensó	1				1				1			
No pensó	0,96	0,68	1,37	0,83	0,95	0,60	1,50	0,82	1,02	0,59	1,78	0,94
1ª actuación												
familia	1				1				1			
061	0,49	0,35	0,69	0,00	0,41	0,27	0,62	0,00	0,74	0,40	1,37	0,01
asistencia sanitaria primaria o especializada extra hospitalaria	1,06	0,79	1,43		0,89	0,61	1,28		1,48	0,91	2,43	
urgencias hospitalarias	0,63	0,46	0,87		0,63	0,43	0,92		0,60	0,34	1,06	
Ocupándose de alguien que necesitara ayuda												
Sí	1				1				1			
no	0,89	0,42	1,90	0,77	1,28	0,45	3,61	0,64	0,63	0,19	2,01	0,43

Tabla 25. Análisis bivariante. Utilización de medios propios para cada una de las variables

	HOMBRES Y MUJERES			Hombres			Mujeres					
	Or	IC	P	Or	IC	P	Or	IC	P			
Sexo												
Hombres	1											
Mujeres	0,89	0,70	1,12	0,31								
Nivel de ingresos												
1.500 €y más	1											
Menos de 1.500 €	1,13	0,84	1,52	0,41	1,04	0,75	1,45	0,80	1,56	0,67	3,61	0,30
Nivel educativo												
Secundarios y más	1				1				1			
Sin estudios y primarios	0,75	0,57	0,99	0,04	0,78	0,57	1,07	0,12	0,46	0,23	0,92	0,03
EDAD												
Edad												
<60	1			0,00	1			0,00	1			0,00
60-74	0,73	0,56	0,95	0,02	0,70	0,51	0,95	0,02	0,79	0,47	1,34	0,38
75 y más	0,48	0,36	0,63	0,00	0,52	0,36	0,74	0,00	0,43	0,25	0,73	0,00
Distancia												
En la misma localidad	1			0,00	1			0,00	1			0,23
1 a 24 Km	1,54	1,16	2,04	0,00	1,67	1,19	2,36	0,00	1,28	0,78	2,10	0,32
25 y más km	2,21	1,69	2,90	0,00	2,85	2,01	4,03	0,00	1,45	0,93	2,26	0,10
Lugar												
Vivienda habitual	1				1				1			
resto	1,64	1,28	2,09	0,00	1,80	1,35	2,41	0,00	1,23	0,78	1,95	0,37
Compañía												
Me encontraba solo/a	1				1				1			
Con otras personas	0,72	0,55	0,94	0,02	0,70	0,50	0,98	0,04	0,74	0,48	1,16	0,19
Decisión de recibir asistencia médica												
La misma persona	1				1				1			
Él/ella y otros/as	0,63	0,51	0,79	0,00	0,62	0,47	0,81	0,00	0,69	0,46	1,04	0,07
Decisión sobre el medio de transporte												
solo paciente	1				1				1			
paciente y/o otras	0,40	0,31	0,52	0,00	0,38	0,28	0,51	0,00	0,47	0,28	0,77	0,00
Náuseas, vómitos, angustia o arcadas												
Sí	1				1				1			
No	1,28	1,01	1,64	0,04	1,07	0,78	1,47	0,67	1,64	1,11	2,42	0,01
Dolores corporales o presión en pecho, brazos, hombros, cuello, codo, espalda, zona lumbar, mandíbula o zona del corazón												
Sí	1				1				1			
No	0,63	0,45	0,88	0,01	0,60	0,40	0,90	0,01	0,67	0,36	1,25	0,21
Sensación de falta de aire, ahogamiento, asfixia o problemas para respirar												
Sí	1				1				1			
No	1,36	1,09	1,71	0,01	1,11	0,84	1,46	0,46	2,03	1,36	3,02	0,00
Problemas estomacales												
Sí	1				1				1			
No	1,29	0,96	1,74	0,09	1,08	0,73	1,60	0,70	1,63	1,03	2,58	0,04
Mareo												

Tabla 25. Continuación												
Sí	1				1				1			
No	1,27	1,01	1,61	0,04	1,32	0,98	1,77	0,06	1,17	0,79	1,71	0,43
Pérdida de consciencia o conocimiento												
Sí	1				1				1			
No	2,62	1,99	3,44	0,00	2,55	1,83	3,57	0,00	2,74	1,72	4,38	0,00
Primeros pensamientos												
Desde el primer momento pensó que era algo grave												
Sí	1				1				1			
Otra posibilidad	1,80	1,43	2,27	0,00	1,78	1,34	2,37	0,00	1,83	1,23	2,73	0,00
Primero pensamientos otras personas												
Desde el primer momento pensó que era algo grave												
Sí	1				1				1			
Otra posibilidad	2,05	1,59	2,63	0,00	2,03	1,49	2,75	0,00	2,07	1,33	3,21	0,00
Dolor percibido (continua)												
Sí	0,95	0,92	0,99	0,02	0,94	0,90	0,99	0,01	0,99	0,93	1,07	0,88
Pensamiento infarto u otra												
Otra causa												
Sí	1				1				1			
Desde el primer momento pensó que era infarto												
Sí	1,38	1,08	1,76	0,01	1,44	1,07	1,93	0,01	1,30	0,84	2,01	0,23
Antecedentes												
No	1				1				1			
Sí	0,85	0,67	1,07	0,17	0,80	0,60	1,07	0,13	0,94	0,63	1,41	0,78
Que los dolores desaparecerían												
Sí pensó	1				1				1			
No pensó	0,59	0,47	0,74	0,00	0,57	0,43	0,75	0,00	0,63	0,43	0,94	0,02
Que los síntomas eran graves												
Sí pensó	1				1				1			
No pensó	1,55	1,24	1,94	0,00	1,59	1,20	2,09	0,00	1,47	1,00	2,17	0,05
Que se encontraba bien												
1 Sí pensó	1				1				1			
2 No pensó	0,46	0,35	0,61	0,00	0,50	0,36	0,70	0,00	0,39	0,23	0,65	0,00
No le dio importancia y siguió con lo que estaba haciendo												
Sí pensó	1				1				1			
No pensó	0,39	0,30	0,51	0,00	0,43	0,31	0,59	0,00	0,33	0,21	0,54	0,00
Le desagradaba la idea que le ingresasen en un centro sanitario y le tuvieran que dejar allí												
Sí pensó	1				1				1			
No pensó	0,84	0,65	1,09	0,19	0,76	0,55	1,06	0,10	0,98	0,64	1,49	0,93
Que prefería esperarse hasta que se le pasara el dolor												
Sí pensó	1				1				1			
No pensó	0,42	0,32	0,54	0,00	0,38	0,27	0,53	0,00	0,48	0,31	0,74	0,00
Que quería averiguar rápido lo que le estaba pasando												
Sí pensó	1				1				1			
No pensó	1,11	0,88	1,39	0,38	1,13	0,85	1,49	0,41	1,07	0,72	1,58	0,75
Tenía que acabar su jornada laboral antes de acudir en busca de auxilio												
Sí pensó	1				1				1			
No pensó	0,57	0,33	1,00	0,05	0,55	0,30	1,01	0,05	0,78	0,20	3,06	0,72
Tenía que acabar el trabajo doméstico (labores domésticas) que estaba haciendo antes de acudir en busca de auxilio												
Sí pensó	1				1				1			

Tabla 25. Continuación												
No pensó	0,95	0,54	1,68	0,87	0,65	0,27	1,54	0,32	1,30	0,60	2,80	0,50
Tenía que esperar a que acudieran a auxiliarle												
Sí pensó	1				1				1			
No pensó	3,37	2,58	4,39	0,00	4,32	3,07	6,08	0,00	2,24	1,46	3,45	0,00
Quería evitar alarmar a su familia y a las personas de su entorno												
Sí pensó	1				1				1			
No pensó	0,60	0,47	0,76	0,00	0,55	0,41	0,75	0,00	0,67	0,45	0,99	0,04
Le desagradaba la idea de volver a pasar por lo mismo												
Sí pensó	1				1				1			
No pensó	1,22	0,91	1,62	0,18	1,26	0,88	1,80	0,22	1,14	0,71	1,83	0,59
Que no podía desatender a las personas dependientes (enfermos, mayores, niños,...) que estaba cuidando												
Sí pensó	1				1				1			
No pensó	0,65	0,44	0,96	0,03	0,50	0,29	0,87	0,01	0,86	0,49	1,51	0,59
Primera actuación												
familia	1			0,00	1			0,00	1			0,00
061	0,02	0,01	0,04	0,00	0,01	0,00	0,03	0,00	0,05	0,02	0,13	0,00
asistencia sanitaria primaria o especializada extrahospitalaria												
	1,30	0,94	1,80	0,11	1,17	0,77	1,80	0,46	1,45	0,88	2,40	0,14
urgencias hospitalarias												
	2,42	1,62	3,62	0,00	2,24	1,34	3,73	0,00	2,39	1,24	4,63	0,01
ocupándose de alguien que necesitara ayuda												
Sí	1				1				1			
No	1,27	0,61	2,63	0,52	2,58	0,93	7,15	0,07	0,50	0,15	1,67	0,26
Tipo de actuación realizada												
Otro tipo de atención	1				1				1			
Atención de emergencia												
	0,35	0,27	0,44	0,00	0,29	0,22	0,39	0,00	0,45	0,30	0,67	0,00
INTERACCIONES												
Sensación de falta de aire, ahogamiento, asfixia o problemas para respirar.												
Sí	1				1							
No	0,10	0,14	0,56	1,00	1,11	0,84	1,46					
Sexo												
Hombres	1				1							
Mujeres	-0,36	0,16	5,23	1,00	0,70	0,51	0,95					
Interacción sexo*síntoma ahogamiento												
No tiene el síntoma-mujer	0,60	0,25	5,93	1,00	1,83	1,12	2,96					

Anexo VIII. Distribución de la muestra según hospital de ingreso

Tabla 26. Distribución de la muestra por hospitales

	Hombres	Mujeres	Total
ALMERÍA			
H. Torrecárdenas (Almería)	44	25	69
H. Poniente (El Ejido)	10	3	13
H. La inmaculada (H. Overa)	17	10	27
CÁDIZ			
H. Puerto Real (Cádiz)	1	0	1
H. Punta de Europa (Cádiz)	59	21	80
H. Punta de Europa (Cádiz)	40	19	59
H. Jerez de la Frontera (Jerez)	26	7	33
CÓRDOBA			
H. Infanta Margarita (Cabra)	14	4	18
H. Reina Sofía (Córdoba)	73	28	101
Hospital Valle de los Pedroches (Pozoblanco)	17	13	30
H. Montilla (Montilla)	4	0	4
GRANADA			
H. Santa Ana (Motril)	16	10	26
H. Universitario San Cecilio (Granada)	33	29	62
H. Universitario Virgen Nieves (Granada)	66	44	110
H. Baza (Baza)	9	5	14
HUELVA			
H. Infanta Elena (Huelva)	19	14	33
H. Juan Ramón Jiménez (Huelva)	88	33	121
H. Riotinto (Minas de Riotinto)	9	2	11
JAÉN			
H. Alto Guadalquivir (Andujar)	9	16	25
H. San Agustín (Linares)	13	12	25
H. Complejo hospitalario (Jaén)	41	10	51
H. S. Juan de la cruz (Úbeda)	27	16	43
MÁLAGA			
H. Virgen de la Victoria (Málaga)	77	30	107
H. Antequera (Antequera)	15	10	25
H. Axarquía (Vélez-Málaga)	16	2	18
H. Costa del sol (Marbella)	24	6	30
H. De la serranía (Ronda)	4	1	5
SEVILLA			
H. La Merced (Osuna)	15	7	22
H. Virgen de Valme (Sevilla)	11	5	16
H. Virgen del Rocío (Sevilla)	81	47	128
H. Virgen Macarena (Sevilla)	70	39	109
Total	948	468	1416

