



Una visión panorámica
de la salud de la
mujer
en España
a principio del
Siglo XXI

DIRECCIÓN Y SUPERVISIÓN:

Juan del Llano Señarís, *Fundación Gaspar Casal*

ELABORACIÓN Y REDACCIÓN:

Santiago Pérez Camarero, *Instituto Max Weber*

Álvaro Hidalgo Vega, *Universidad de Castilla-La Mancha*

María de la Torre Lopez, *Instituto Nacional de Estadística*.

Nieves Rojo Mora, *Universidad Complutense de Madrid*.

BASES DE DATOS:

Ignacio García Aranda, *Universidad de Castilla-La Mancha*.

Isaac Aranda Reneo, *Universidad de Castilla-La Mancha*.

ÍNDICE

1.	INTRODUCCIÓN:	4
1.1.	OBJETIVOS DEL INFORME SOBRE LA SALUD DE LA MUJER	4
1.2.	EL ANÁLISIS DE GÉNERO EN MATERIA DE SALUD DE LA MUJER	5
1.3.	RASGOS Y CARACTERÍSTICAS DE VIDA DE LA MUJER EN ESPAÑA: LOS CAMBIOS EN LAS CONDICIONES SOCIALES DE VIDA DE LA MUJER	6
1.4.	EL ENVEJECIMIENTO DE LA MUJER	8
1.5.	CAMBIOS EN LA ESPERANZA DE VIDA	10
1.6.	LA SITUACIÓN FAMILIAR	11
1.7.	LA CONDICIÓN LABORAL DE LAS MUJERES	12
2.	EL ESTADO GENERAL DE LA SALUD DE LA MUJER EN ESPAÑA	14
2.1.	LAS CARACTERÍSTICAS FÍSICAS, AUDITIVAS Y VISUALES	14
2.2.	LA AUTOVALORACIÓN DE LA SALUD EN LA MUJER	17
3.	LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD EN LA MUJER ESPAÑOLA	22
3.1.	LA MORBILIDAD DE LA MUJER ESPAÑOLA	22
3.2.	LA MORTALIDAD DE LA MUJER ESPAÑOLA	27
3.3.	ENFERMEDADES DE MAYOR PREVALENCIA EN LA MUJER	34
3.3.1.	La enfermedad cardiovascular	34
3.3.2.	El cáncer	36
3.3.3.	Las enfermedades osteoarticulares	37
3.3.4.	Enfermedades del sistema nervioso central, el alzheimer	38
3.4.	LA SALUD LABORAL DE LA MUJER, MORBILIDAD Y SINIESTRALIDAD LABORAL DE LA MUJER	38
3.5.	LA SALUD REPRODUCTIVA DE LA MUJER	41
3.6.	LA SALUD MENTAL EN LA MUJER	45
3.6.1.	Trastornos emocionales	47
3.6.2.	Trastornos relacionados con la alimentación	48
4.	LA CALIDAD DE VIDA DE LA MUJER	50
4.1.	ACCIDENTALIDAD	50
4.2.	RESTRICCIONES DE LA ACTIVIDAD	55

4.3.	LA DEPENDENCIA EN LA MUJER	57
4.4.	HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA EN LA MUJER	62
4.4.1.	Alimentación	62
4.4.2.	Descanso	64
4.4.3.	Actividad y ejercicio físico	66
4.4.4.	Consumo de tabaco	68
4.4.5.	Consumo de alcohol	71
4.4.6.	Consumo de drogas	74
4.4.6.1.	Características sociodemográficas de las personas tratadas	74
4.4.6.2.	Características demográficas de las personas atendidas	75
4.4.6.3.	Características demográficas de las personas fallecidas	75

5.	UTILIZACIÓN DE RECURSOS SANITARIOS Y USO DE MEDICAMENTOS EN LA MUJER.	76
5.1.	UTILIZACIÓN DE RECURSOS SANITARIOS	76
5.1.1.	Consultas y asistencia médica	76
5.1.1.1.	Medicina general y especializada	81
5.1.1.2.	Estomatología	82
5.1.2.	Hospitalización	86
5.1.2.1.	Listas de espera	89
5.1.2.2.	Urgencias	89
5.2.	CONSUMO DE MEDICAMENTOS	92
5.3.	PRÁCTICAS PREVENTIVAS DE LA SALUD EN LA MUJER	95

6.	LA VISIÓN Y VALORACIÓN DE LA MUJER DEL SISTEMA SANITARIO	100
6.1.	OPINIÓN DE LA MUJER SOBRE EL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL	102
6.2.	OPINIÓN DE LA MUJER SOBRE EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD	112

7.	CONCLUSIONES: PANORÁMICA DE LA SALUD DE LA MUJER ACTUAL.	128
8.	BIBLIOGRAFÍA	132
9.	ÍNDICE DE TABLAS	134
10.	ÍNDICE DE GRÁFICOS	136

1. INTRODUCCIÓN

1.1. OBJETIVOS DEL INFORME SOBRE LA SALUD DE LA MUJER

En las últimas décadas y como consecuencia del movimiento global contra las desigualdades derivadas del sexo que durante siglos han mantenido a la mujer en un puesto secundario en la mayoría de las sociedades, se ha venido desarrollando una nueva perspectiva de análisis de la realidad que abarca casi todos los ámbitos del saber, especialmente los de la economía, la sociología, la psicología, el derecho y la ciencia política, entre otras áreas del conocimiento en donde más marcada ha quedado la huella de la secular discriminación.

La novedad de esta nueva perspectiva, conocida como análisis de género y que ha venido actuando de vértice de las políticas de igualdad en todo el mundo avanzado, no reside tanto en un cotejo segregado de la realidad desde la tradicional diferenciación sexual entre hombre y mujer - entendida como efecto de una realidad inmutable impuesta por el orden natural de las cosas - como en la exploración detenida de las diferencias de uno u otro orden asociadas a lo femenino y a lo masculino como valores diferentes de una misma variable, derivada, a su vez, de circunstancias sociales, políticas o económicas preexistentes, contingentes y mudables.

Este informe trata de describir la situación de la mujer en España en su doble relación con la enfermedad y con el sistema institucional que nos protege frente a ella. Se analizará para ello, a la vista de las fuentes estadísticas disponibles, el estado general de la salud de la mujer, su morbilidad más prevalente y el papel de la mujer como paciente y usuario del sistema sanitario. Se revisan también en este trabajo los rasgos más característicos del modo de vida de la mujer en tanto en cuanto constituyen vectores determinantes de su salud y de su enfermedad. Presupuesto de este informe, de carácter esencialmente topológico, es la descripción de los roles actuales de la mujer en España en la medida en que determinan conjuntamente sus condiciones y calidad de vida, fuente, a su vez, de una parte importante de su propio estado de salud.

Como ya se ha puesto de relieve, la finalidad esencial de este trabajo es la divulgación y ampliación del conocimiento general sobre los aspectos más generales de la salud de las mujeres en España. No existen, por ello, presupuestos previos, ni tampoco hipótesis que pretendan verificarse. Se ha tratado de utilizar los datos más recientes disponibles y, en su caso, aquellos que mejor contribuyan a explicar alguna parte específica de la realidad social de la mujer en el siglo XXI. El amplio espectro del contenido de este informe y su finalidad limitan necesariamente en la mayoría de los casos un análisis más detenido de muchos aspectos complementarios para la salud de la mujer.

Con objeto de facilitar la lectura del informe, siempre larga por la amplitud del contenido, en la mayoría de los apartados se han priorizado las tablas y los gráficos sobre la extensión textual por entender que para un lector con un buen grado de formación, interesado y comprometido con los problemas de salud y/o de género, los datos y sus gráficos son siempre una mejor garantía de claridad y objetividad que permiten una rápida recepción de la información.

Lamentablemente, la escasez de datos registrales y administrativos, homogéneos, procesables y accesibles, en el ámbito sanitario obliga a una mayor utilización de encuestas siempre dependientes del tamaño y la calidad muestrales. Por ello, se han evitado cruces de variables y tablas de datos en los que el recuento de las submuestras no pudiera garantizar la fiabilidad estadística requerida. Ello ha obligado a renunciar en alguna medida a algunas tablas comparativas que hubiera sido deseable recoger, pero cuyo sustrato muestral resultaba insuficientemente representativo.

No queremos eludir nuestras disculpas al lector por presentar con frecuencia datos cuya actualidad esta lejos de ser la deseada y esperable. Los datos que se ofrecen en este informe son, en su inmensa mayoría, los más recientes de los que se ha podido disponer. En unos casos porque el ritmo de producción y publicación de los mismos es lento; en otros, porque a la parsimonia administrativa le siguen incomprensibles embargos institucionales de información que alargan un año más los ya tardíos datos. Por ultimo, porque una parte de la producción estadística se encuentra sometida a los rigores de la oportunidad y la discontinuidad. Ello sin olvidar, desde luego, las muchas carencias y vacíos que en materia sanitaria tiene nuestra estadística nacional y autonómica.

1.2. EL ANÁLISIS DE GÉNERO EN MATERIA DE SALUD DE LA MUJER

Diversos documentos elaborados por las instituciones de la Unión Europea (Parlamento, Consejo y Comisión) reconocen la necesidad de recoger, procesar y analizar los datos existentes en todos los países miembros con el fin de evaluar la situación de la salud pública. El objetivo esencial es obtener información objetiva, fiable, compatible y comparable que permita formular estrategias, políticas y acciones apropiadas para alcanzar un alto nivel de salud, elevando el grado de protección sanitaria de la población y mejorando la información al público. Este objetivo afecta no sólo a los datos, más accesibles, del sector público, sino también a los del sector privado. Dicha estadística, relevante para la salud pública, debe ser analizada por género, de manera que ponga de relieve las diferencias derivadas de las distintas condiciones de vida y trabajo existentes entre hombres y mujeres.

EL OBJETIVO DEL PROGRAMA EUROPEO DE SALUD PÚBLICA ES CONTRIBUIR AL LOGRO DE UN ALTO NIVEL DE SALUD Y BIENESTAR FÍSICO Y MENTAL Y DE UNA MAYOR IGUALDAD EN MATERIA DE SALUD

El objetivo del programa europeo de salud pública es contribuir al logro de un alto nivel de salud y bienestar físico y mental y de una mayor igualdad en materia de salud, dirigiendo los esfuerzos hacia la mejora de la salud pública, la prevención de enfermedades y las fuentes de riesgo para la salud, con objeto de reducir la morbilidad y la mortalidad prematuras, tomando el género y la edad como variables de especial consideración. La demografía, la geografía, las situaciones socioeconómicas, los factores personales y biológicos, la actividad física, el comportamiento sexual, las relaciones sociales, los hábitos de vida, el trabajo y las condiciones ambientales son determinantes de la salud que deben ser analizados desde la doble perspectiva de género y edad, prestando especial atención a las desigualdades en salud que puedan derivarse de algunas de estas circunstancias, muchas de las cuales tienen carácter contingente y evitable.

La nueva estrategia de salud de la UE se concentra en tres áreas dominantes: la primera esta dirigida a la mejora de la información de la salud mediante un sistema de

información comprensivo para el público en general, los profesionales de salud y las autoridades sanitarias. Ello proporcionará información actualizada y fiable sobre los asuntos relativos a la salud. En segundo lugar, se pretende formular las mejores prácticas ante las amenazas importantes para la salud, de modo que la comunidad pueda intervenir con eficacia para contrarrestar dichas amenazas con una respuesta planificada y coordinada. Finalmente, se persigue definir con precisión los determinantes de la salud, es decir, los factores subyacentes que la están afectando y condicionando.

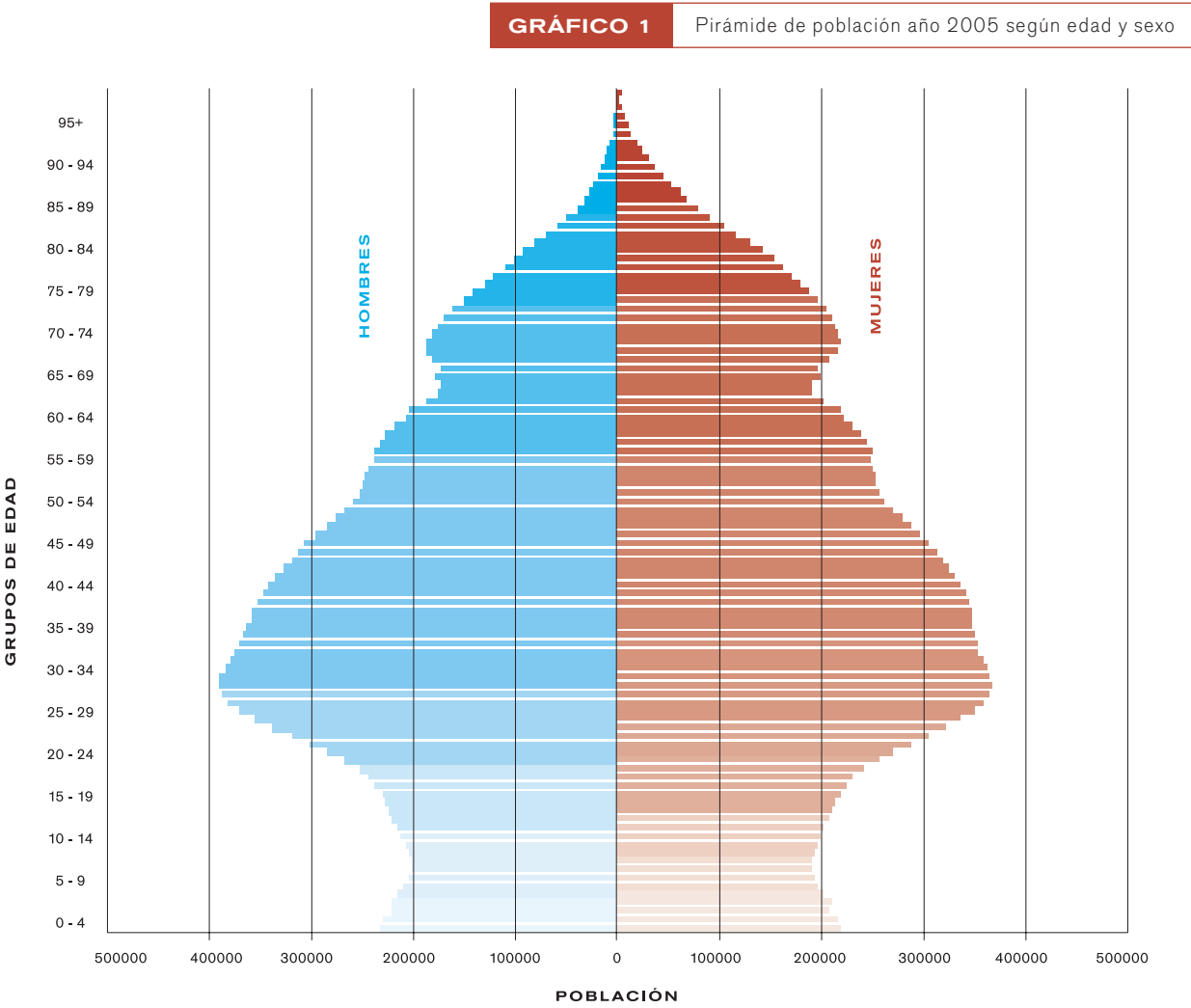
La política de salud de la UE¹ persigue la reducción de muertes prematuras y enfermedades importantes, tales como el cáncer y las dolencias cardíacas, así como la prevención y reducción de problemas de salud mental. Para ello, se centra en el estudio y análisis de los factores de riesgo dominantes en las formas y estilos de vida de vida, tales como el consumo de tabaco y alcohol, la nutrición, el ejercicio físico y otros hábitos cotidianos causantes de problemas de salud física y mental. El programa propuesto por las instituciones comunitarias trata las causas sociales, económicas y ambientales principales de la enfermedad en todas las áreas y vertientes citadas y promueve la utilización del análisis de género para interpretar correctamente la desigual incidencia de los determinantes sociales en la salud de hombres y mujeres.

1.3. RASGOS Y CARACTERÍSTICAS DE VIDA DE LA MUJER EN ESPAÑA: LOS CAMBIOS EN LAS CONDICIONES SOCIALES DE VIDA DE LA MUJER

Durante las pasadas décadas, los cambios sociales y económicos acaecidos en las sociedades avanzadas han tenido una enorme influencia en el diferente estado de salud de hombres y mujeres. Como es sabido, la mayoría de las enfermedades y males que afectan a la salud de las poblaciones de los países desarrollados vienen determinadas por las condiciones medioambientales y los estilos y formas de vida de las personas. Esto significa que el diferente desarrollo socio-económico modela los perfiles de salud-enfermedad en las diferentes poblaciones y que tales diferencias, en cuanto afectan de forma distinta a hombres y mujeres, conllevan una desigual distribución de la salud.

El conjunto de cambios sociales, económicos y demográficos experimentados en las últimas décadas y su enorme y creciente incidencia sobre la salud de las personas hacen necesaria una nueva visión diferenciadora de la salud por género en la que se focalicen con mayor precisión las dolencias y el estado de salud de la mujer atendiendo a sus especiales características personales y sus específicas condiciones de vida.

Pese al notable crecimiento y desarrollo de los sistemas sanitarios y de su capacidad terapéutica, el envejecimiento de la población, el deterioro de las condiciones medioambientales y los cambios en los estilos de vida de las sociedades modernas están teniendo una influencia negativa perceptible en el estado de salud de las poblaciones, con una incidencia especialmente importante en el caso de las mujeres, tanto por su mayor envejecimiento como por estar sujetas a mayores cambios de rol social y de posición social, tanto en el ámbito familiar como en el laboral.



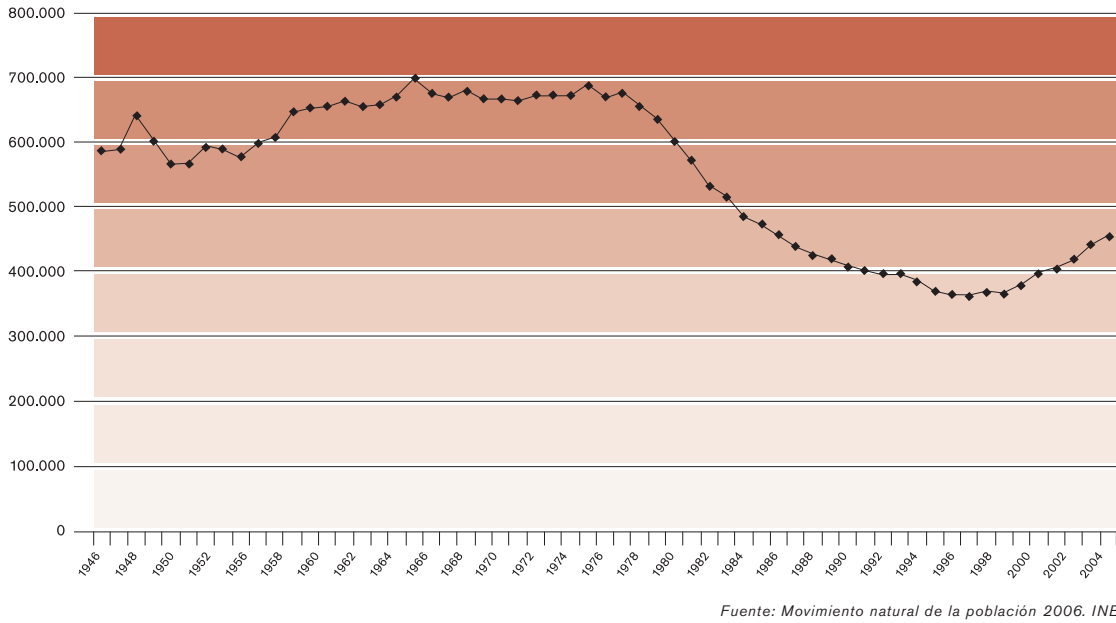
¹32002D1786 Decision No 1786/2002/EC of the European Parliament and of the Council of 23 September 2002 adopting a programme of Community action in the field of public health (2003-2008) - Commission Statements. Oficial Journal L 271 , 09/10/2002 P.0001 - 0012

1.4. EL ENVEJECIMIENTO DE LA MUJER

El envejecimiento demográfico en las sociedades avanzadas ha generado nuevas diferencias de género, unas positivas para la mujer, como el mayor incremento de su esperanza de vida (5 0 6 años más que el hombre, en la UE), otras negativas, como la mayor incidencia de discapacidades y enfermedades crónicas. Ello ha traído, además, consigo el incremento de la tasa de dependencia, que afecta doblemente a las mujeres, tanto por nutrir de forma mayoritaria la población dependiente, como por representar a la práctica totalidad de los cuidadores/as que la atienden.

La baja tasa de la mortalidad y de la natalidad y el aumento de la esperanza de vida como consecuencia de los adelantos médicos y tecnológicos que han contribuido a una mejora considerable en la calidad de vida han llevado a un envejecimiento progresivo de la población española en general y de la población femenina en particular. Es probable que en los años venideros esta tendencia cambie como consecuencia del fenómeno migratorio, reduciéndose el envejecimiento de la población y amortiguándose las diferencias de expectativa de vida entre hombres y mujeres.

GRÁFICO 2 Evolución de los nacidos por año 1946 - 2004



La población femenina era, en el año 2000, de 20.678.407 mujeres, que suponían el 51,06% de la población total. En el año 2005 el total de mujeres, según el Padrón Municipal de Habitantes, es de 22.327.661 y representa un 50,6% de la población.

Este descenso en el índice de feminidad hay que atribuirlo fundamentalmente al hecho migratorio ya que las corrientes migratorias han contribuido a aumentar más el número de varones que el de mujeres, es decir, en los últimos años han llegado a España menos mujeres que varones. El efecto migratorio marca, también, a que edad empieza el desequilibrio entre el número de varones y el de mujeres. Así, en el año 2000 las mujeres de 40 y más años suponían el 53,35% de la población española de esos años mientras que en 2005 es a partir de la edad de 50 años, cuando la población femenina supera a la masculina.

TABLA 1 Variación de la Población Española y de los Extranjeros

POBLACIÓN	2000			2005		
	TOTAL	VARONES	MUJERES	TOTAL	VARONES	MUJERES
ESPAÑA	40.499.790	19.821.384	20.678.407	40.377.920	19.788.835	20.589.085
EXTRANJEROS	923.879	471.465	452.413	3.730.610	1.992.034	1.738.576
% EXTRANJEROS	2,3	2,4	2,2	9,24	10,07	8,44

Fuente: Explotación Estadística del Padrón Municipal. INE

Efectivamente, a partir de los 50 años hay más mujeres que hombres, pero es sobre todo en los últimos tramos de edad donde la proporción de mujeres se hace mas elevada. La población femenina de 65 y más años representa el 57,8% del total de población de esas edades y el 9,8% de toda la población frente al 7,1% de los varones. El envejecimiento de la mujer respecto al varón se hace mas patente si consideramos que en la población de 85 y más años las mujeres representan más del 70% de dicho grupo de edad, porcentaje que viene incrementándose año a año. En el año 2005, de toda la población de 65 y más años el 11,12% tenía 85 o más, siendo este porcentaje en las mujeres del 13,47%, y habiendo supuesto un pequeño aumento en las proporciones respecto al año 2000, (10,50) y (12,5). Es decir, el envejecimiento en España está demográficamente más asociado con la mujer que con el hombre; las mujeres son más mayores y entre los mayores hay más mujeres.

EL ENVEJECIMIENTO EN ESPAÑA ESTÁ DEMOGRÁFICAMENTE MÁS ASOCIADO CON LA MUJER QUE CON EL HOMBRE; LAS MUJERES SON MÁS MAYORES Y ENTRE LOS MAYORES HAY MÁS MUJERES

1.5. CAMBIOS EN LA ESPERANZA DE VIDA

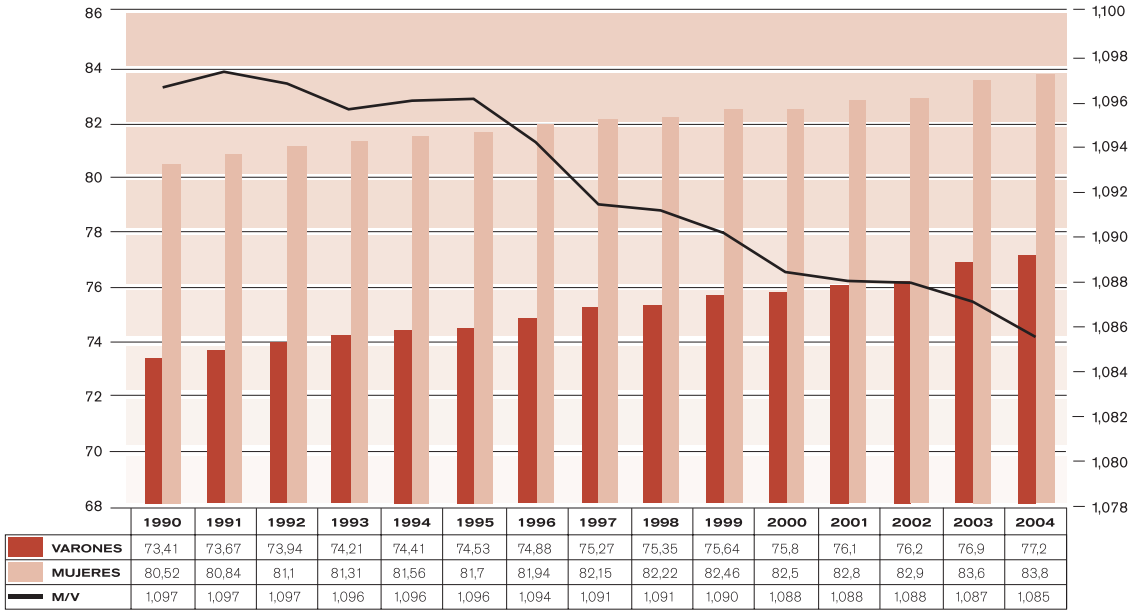
En España, en el año 2004 la esperanza de vida de un varón al nacer era de 77,2 años mientras que la de la mujer era de 83,8 siendo la más elevada de los países europeos.

La esperanza de vida al nacer ha ido aumentando progresivamente tanto en los varones como en las mujeres. La diferencia de los valores de esperanza de vida entre los varones y las mujeres se debe fundamentalmente a que la mortalidad ha atacado más al hombre que a la mujer, fundamentalmente como consecuencia de su modo de vida, una vez superadas las enfermedades de origen infeccioso.

Si se tiene en cuenta la evolución de la esperanza de vida al nacer se comprueba como, en los últimos años, ha ido aumentando progresivamente tanto en los varones como en las mujeres. Aunque la mujer sigue teniendo una esperanza de vida muy superior a la del hombre, la diferencia entre ambos se ha reducido algo en los últimos años.

LA EQUIPARACIÓN DE GÉNERO EN EL ÁMBITO SOCIOLABORAL Y FAMILIAR PUEDE TRAER A CORTO Y A MEDIO O LARGO PLAZO EFECTOS NO BENEFICIOSOS SOBRE EL ESTADO DE SALUD PRECEDENTE DE LA MUJER.

GRÁFICO 2 Evolución de la esperanza de vida por sexo



Fuente: Tablas de Mortalidad de la Población de España. INE.

Hay signos de que esta tendencia a la equiparación en la esperanza de vida es parcialmente debida a la adopción por parte de la mujer de roles y hábitos de vida similares al varón. O dicho de otra forma, la equiparación de género en el ámbito sociolaboral y familiar puede traer a corto y a medio o largo plazo efectos no beneficiosos sobre el estado de salud precedente de la mujer.

Esta tendencia diferenciadora de la esperanza de vida al nacer continúa, como es lógico, año a año, a medida que avanzamos en la edad. En el año 2002 a un varón de 65 años le quedaban 16,85 años de vida media mientras que a la mujer era de 20,78 años lo que supone una supervivencia de más de cuatro años a favor de la mujer.

Aunque el diferencial de esperanza de vida entre hombres y mujeres se está reduciendo levemente, el envejecimiento conjunto de la población se está incrementando, lo que supone que las cohortes de personas mayores están aumentando y con ello la proporción de mujeres mayores con relación a la de hombres. Con ello crecerá también el colectivo de mujeres solas y con dificultades para desenvolverse por sí mismas incrementándose la tasa de dependencia femenina. La viudedad seguirá siendo durante muchos años un estado mayoritariamente femenino.

1.6. LA SITUACIÓN FAMILIAR

Las transformaciones en los hábitos sexuales y en las relaciones de familia han retrasado la edad de entrada en el matrimonio y la del alumbramiento del primer hijo.

También han caído las tasas de matrimonio y las de natalidad, aumentando las de divorcio. Los cambios en los roles de mujeres y hombres, no siempre bien asumidos por estos últimos, han propiciado situaciones de sobrecarga domestico-laboral en las mujeres que, en muchos casos, están manifestándose en tasas crecientes de morbilidad de carácter psicosocial como estrés, ansiedad, depresión y otros males derivados en parte de la deseada, pero mal conseguida, compatibilidad de la vida laboral y doméstica.

La incorporación de la mujer a la actividad laboral en teóricas condiciones de igualdad no ha implicado una reorganización real de las tareas domésticas en base a un reparto más equilibrado de las mismas entre hombres y mujeres. De esta forma, tales funciones siguen recayendo sobre la mujer con mucha más frecuencia que sobre los varones, y si bien se ha producido un incremento de la participación masculina, ésta sigue siendo minoritaria y funcionalmente selectiva.

Las mujeres continúan siendo las principales responsables del trabajo doméstico, incluyendo las compras del hogar y el cuidado de niños y/o personas mayores o enfermas. Ellas tienen más ocupaciones fuera del empleo remunerado; las exigencias del trabajo doméstico amplían las horas de trabajo con tareas físicas, mentales y, en muchos casos, de gran

TABLA 2 Evolución de la edad media al matrimonio por sexo

AÑO	VARONES	MUJERES
1981	26,90	24,26
1982	27,62	24,91
1983	27,92	25,15
1984	28,08	25,28
1985	28,16	25,34
1986	28,21	25,40
1987	28,30	25,49
1988	28,51	25,70
1989	28,65	25,90
1990	28,91	26,18
1991	29,29	26,57
1992	29,61	26,88
1993	29,97	27,26
1994	30,31	27,61
1995	30,53	27,83
1996	30,87	28,18
1997	31,12	28,40
1998	31,30	28,60
1999	31,43	28,75
2000	31,57	28,91
2001	31,93	29,23
2002	32,20	29,51
2003	32,55	29,80
2004	33,01	30,19

Fuente: Movimiento natural de la población 2006. INE

LA TRANSICIÓN A LA EQUIPARACIÓN DE GENERO NO ESTÁ EXENTA DE COSTES PARA LA MUJER EN TÉRMINOS DE PEOR SALUD

responsabilidad. Esta sobrecarga física y psicológica disminuye el tiempo de descanso, propiciando la aparición y acumulación de fatiga y estrés. Cabe pensar que los efectos de la denominada “doble presencia” sobre la salud de la mujer empiezan a ponerse de manifiesto y que la transición a la equiparación de genero no está exenta de costes para la mujer en términos de peor salud.

1.7. LA CONDICIÓN LABORAL DE LAS MUJERES

La masiva incorporación de la mujer al mercado de trabajo también ha ejercido una influencia notable en la diferente morbilidad y mortalidad por género, no tanto por cuanto afecta a las enfermedades típicamente profesionales en cuya minoración se ha avanzado notablemente, sino por la adopción por parte de la mujer de comportamientos y estilos de vida, parcialmente asociados al trabajo y antes casi privativos de los hombres, lo que ha elevado sus tasas de morbilidad y mortalidad derivadas de hábitos y conductas como el tabaquismo, el alcoholismo, la obesidad o los accidentes de tráfico.

A pesar del crecimiento en las tasas de actividad que han experimentado las mujeres a lo largo de las últimas décadas, el desempleo también ha castigado con especial rigor al colectivo femenino, tanto en intensidad como en duración, estando ya generalizada en casi todos los ámbitos geográficos y productivos una mayor tasa de paro en los colectivos femeninos. Las negativas repercusiones del desempleo sobre la salud presionan nuevamente sobre las diferencias de género, acrecentándolas.

Sin embargo, pese a los avances en la participación laboral y en el nivel de formación de las mujeres, sigue recayendo sobre ellas el mayor peso de las funciones sociales relacionadas con las responsabilidades familiares y domésticas. Complementariamente, el empleo a tiempo parcial se ha convertido, al igual que en otros países europeos, en un ámbito propio del colectivo femenino. Los datos demuestran que las mujeres aún dedican diariamente una proporción menor de su tiempo al trabajo remunerado y al ocio, y otra, mucho mayor, al trabajo doméstico.

La incorporación masiva de la mujer al mercado laboral junto con el mantenimiento de todas sus funciones domésticas ha sometido a un segmento importante de mujeres entre los 30 y 50 años a una presión constante (con secuelas de estrés, ansiedad, pérdida de autonomía e insatisfacción) ante la necesidad de cumplir las responsabilidades asumidas en el plano familiar y laboral. El hecho de que más de una tercera parte de las mujeres españolas prioricen su actividad laboral o profesional sobre la descendencia o la vida familiar pone a la sociedad en una difícil disyuntiva (igualdad laboral o natalidad) que sólo encuentra salida en la necesaria compatibilidad entre la vida laboral y familiar de la mujer. La enorme caída de la natalidad en España durante el último cuarto del siglo XX pone de evidencia el fracaso y el elevado coste social y económico de una inserción laboral femenina desligada de otras reformas en el ámbito laboral y civil.

TABLA 3 Tasas de actividad y paro por sexo y comunidades autónomas

	AMBOS SEXOS		VARONES		MUJERES	
	TASA ACTIVIDAD	TASA PARO	TASA ACTIVIDAD	TASA PARO	TASA ACTIVIDAD	TASA PARO
ESPAÑA	57,35	9,33	68,71	7,29	46,49	12,22
ANDALUCÍA	54,13	13,78	67,23	10,56	41,56	18,79
ARAGÓN	56,85	6,28	68,17	4,04	45,78	9,54
ASTURIAS	47,83	10,82	59,48	8,76	37,27	13,80
BALEARES (ISLAS)	64,49	6,03	73,61	4,16	55,46	8,49
CANARIAS	58,87	12,38	69,50	10,46	48,35	15,11
CANTABRIA	54,33	9,09	65,98	6,03	43,35	13,47
CASTILLA Y LEÓN	52,25	8,64	64,08	5,39	40,78	13,58
CASTILLA/LA MANCHA	53,91	9,35	68,01	5,45	39,90	15,96
CATALUÑA	61,28	7,12	71,65	5,99	51,33	8,64
C.VALENCIANA	58,48	9,24	70,04	7,31	47,28	12,03
EXTREMADURA	51,47	15,15	63,66	10,51	39,60	22,41
GALICIA	52,97	11,11	62,48	7,91	44,29	15,23
MADRID	62,88	6,87	73,12	6,84	53,44	6,91
MURCIA	57,97	8,05	71,04	5,70	44,91	11,77
NAVARRA	58,77	5,12	69,12	3,89	48,58	6,84
PAÍS VASCO	56,88	7,57	67,37	5,47	46,96	10,43
RIOJA (LA)	59,97	6,45	71,26	3,34	48,66	11,01
CEUTA	57,38	23,76	72,58	16,98	41,95	35,66
MELILLA	51,84	15,03	66,06	11,06	38,79	21,23

Fuente: Encuesta de Población Activa. 2º Tr. 2005. INE

2. EL ESTADO GENERAL DE LA SALUD DE LA MUJER EN ESPAÑA

Las características biológicas de la mujer junto a las específicas condiciones sociales y económicas diferentes de las de los hombres a las que todavía debe enfrentarse traen como consecuencia la existencia de patrones de morbilidad y mortalidad desiguales que obligan o recomiendan el permanente análisis de género en casi todas las estadísticas sociales, económicas y sanitarias. El presente informe pretende ahondar en estas diferencias, dejando en primer plano la situación de la salud de la mujer en España en el marco de las específicas condiciones por las que atraviesa en el inicio del siglo XXI.

2.1. LAS CARACTERÍSTICAS FÍSICAS, AUDITIVAS Y VISUALES

Los rasgos biológicos y las características propias de cada individuo son condicionantes básicos de la vida y la salud humanas. En el desarrollo de la vida adulta, el peso, la estatura, la estructura, la masa corporal, y sobre todo, la combinación de unos y otros parámetros constituyen vectores esenciales para propiciar una vida saludable. Los excesos y defectos en alguna de estas medidas suelen derivar en un incremento de la probabilidad mórbida, que conocemos como factor de riesgo. Lo es, por ejemplo, la obesidad, que se ha convertido en una de las enfermedades más característica de las sociedades de consumo propias de los países desarrollados. Según la OMS más de 1.000 millones de seres humanos padecen sobrepeso y tres millones son clínicamente obesos. Medio millón de personas muere anualmente en los países desarrollados por dolencias relacionadas con la obesidad.ponga de relieve las diferencias derivadas de las distintas condiciones de vida y trabajo existentes entre hombres y mujeres.

TABLA 4 Características físicas por sexo. 2001

	VARON	MUJER	AMBOS SEXOS
ALTURA	164,6	157,5	163,3
PESO	75,9	63,1	69,2
IMC	25,4	24,0	24,7

Fuente: Panel de Hogares de la Unión Europea, 2001

Las mujeres españolas también están aumentando su peso, su altura y su masa corporal. En el año 2001 el peso de la mujer era de 63,1 Kg., media 157,5 cm. y su IMC (índice de masa corporal) era de 24,7. Dos años después, según los datos de la Encuesta Nacional de Salud (ENS), las españolas han crecido más de dos centímetros y han engordado un kilo y medio, lo que las sitúa con un IMC superior al 25 (25,2), índice que la mayoría de especialistas consideran ya sobrepeso o exceso de peso. Diversos estudios ponen de relieve la relación entre el exceso de peso y el incremento del riesgo de muerte y en especial por las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y el cáncer.

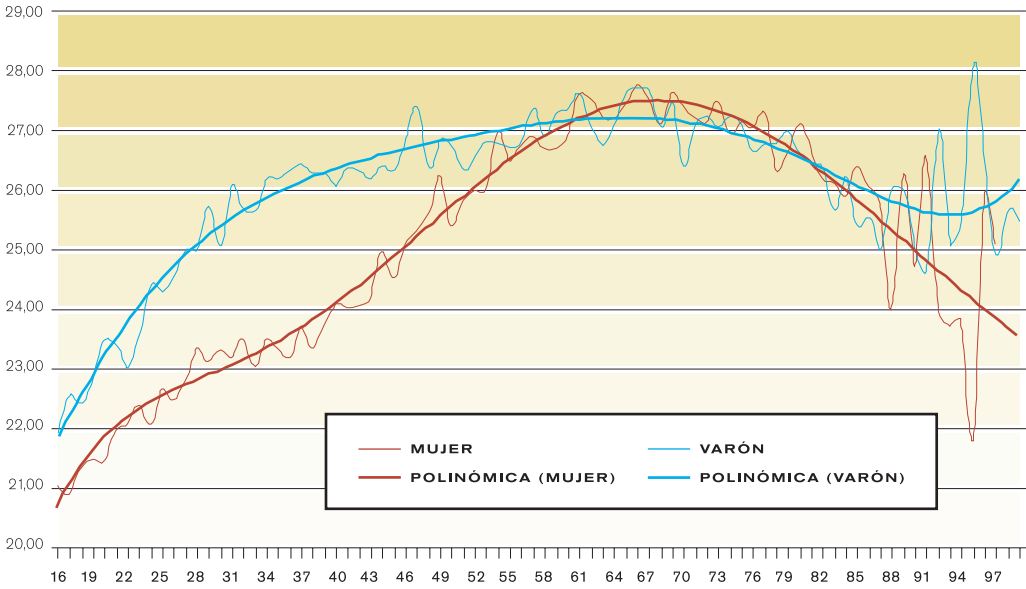
EL EFECTO NEGATIVO DE LA OBESIDAD SOBRE LA SALUD ES EN LAS MUJERES SUPERIOR AL QUE SE REGISTRA EN LOS HOMBRES

TABLA 5 Características físicas. 2003

	VARON	MUJER	AMBOS SEXOS
ALTURA	171,9	160,1	165,5
PESO	77,3	64,6	70,4
IMC	26,2	25,2	25,6

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003

GRÁFICO 4 Índice medio de masa corporal por edad y sexo. ENS, 2003



Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003

El efecto negativo de la obesidad sobre la salud es en las mujeres superior al que se registra en los hombres. Se considera que el IMC con menor riesgo para la mujer se sitúa entre 22.0 y 23.4². Para las mujeres tener un elevado IMC supone una reducción en la probabilidad de autovalorar su estado de salud como bueno o muy bueno. Y los efectos de la obesidad sobre la salud de la mujer son probablemente más negativos de lo que las propias mujeres obesas admiten. Los datos de la ENS evidencian que la obesidad en las mujeres llega a incrementar las probabilidades de padecer alguna dolencia o enfermedad hasta en un 75 % sobre las que tiene un peso normal.

Por Comunidades Autónomas, son las de Madrid (IMC=23,99) y País Vasco (IMC=24,06), las que ofrece un IMC medio en las mujeres más ajustado a las recomendaciones médicas. Por el contrario, Extremadura, Murcia y Castilla La Mancha muestran IMC medios en las mujeres superiores al 26,2, por encima incluso del IMC medio de los varones para el conjunto nacional.

TABLA 6Índice de Masa Corporal medio por comunidad autónoma y sexo		VARÓN	MUJER
	EXTREMADURA	27,17	26,31
	REGIÓN DE MURCIA	26,42	26,27
	CASTILLA-LA MANCHA	26,62	26,20
	ANDALUCÍA	26,44	26,09
	CEUTA Y MELILLA	25,68	25,77
	PRINCIPADO DE ASTURIAS	26,14	25,59
	GALICIA	26,33	25,57
	CANARIAS	25,66	25,43
	COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA	25,80	25,29
	COMUNIDAD VALENCIANA	26,10	25,29
	ARAGÓN	26,21	25,27
	ISLAS BALEARES	25,99	25,08
	LA RIOJA	25,93	25,08
	CASTILLA Y LEÓN	26,17	24,97
	CATALUÑA	25,87	24,77
	CANTABRIA	26,22	24,55
	PAÍS VASCO	26,07	24,06
	COMUNIDAD DE MADRID	25,96	23,99

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003

La mujer española oye bastante bien; al menos, mejor que los hombres; el 87 % dice escuchar bien a TV a un nivel normal y sólo un 13 % necesita escucharla a un nivel superior al del resto de las personas. Este porcentaje es en los hombres del 17 %. Sin embargo, entre las personas que precisan de un nivel sonoro superior para escuchar bien, las mujeres parecen referir mayores problemas de audición.

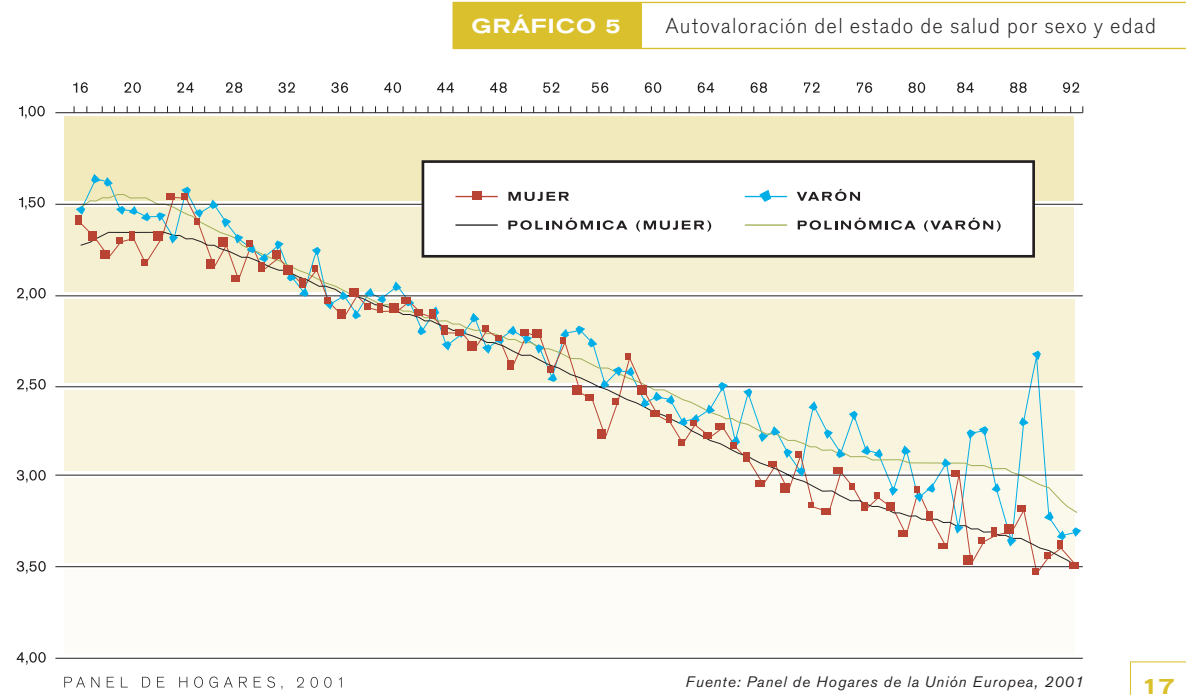
PODEMOS AFIRMAR QUE, EN GENERAL, LAS MUJERES VEN ALGO PEOR Y OYEN ALGO MEJOR QUE LOS VARONES.

En cuanto a la visión, el porcentaje de mujeres con problemas de vista es algo mayor que el de los varones, si bien dentro de tasas relativamente bajas. Un 6,5 % de las mujeres afirman tener dificultades para reconocer a una persona a cuatro metros de distancia, porcentaje que casi duplica al de los hombres, un 3,6 %. Podemos afirmar que, en general, las mujeres ven algo peor y oyen algo mejor que los varones.

2.2. LA AUTOVALORACIÓN DE LA SALUD EN LA MUJER

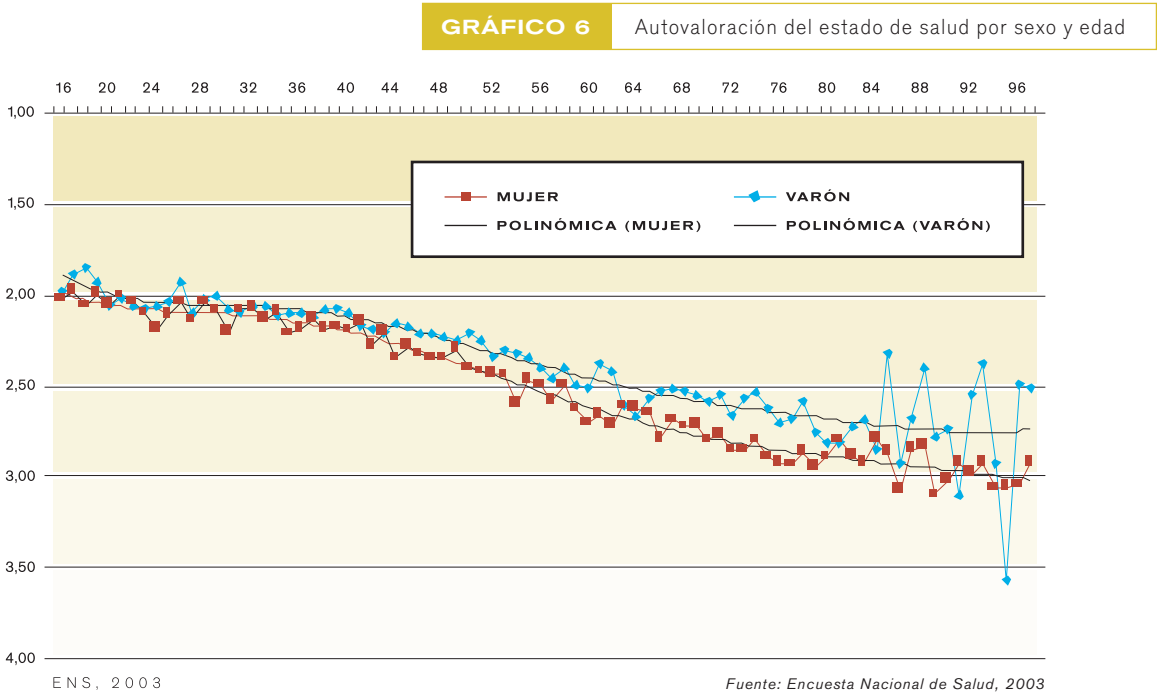
Subjetivamente la población española goza de un buen nivel de salud. Según la ENS de 2003, el 71,3 % de la población cree que su estado de salud es bueno o muy bueno frente al 7,64 % que piensa que es malo o muy malo. Los varones tienen una percepción más positiva de su estado de salud que las mujeres, el 75,68 % de los varones dicen que el estado de salud percibido es bueno o muy bueno, frente al 67,09 % de las mujeres. En el extremo contrario solamente un 5,82% de los varones piensa que su estado de salud es malo o muy malo, frente al 9,4% de las mujeres.

Aunque sería posible afirmar que la mujer es en algunos aspectos más resistente que el hombre y acaso no haya mejor prueba de ello que la mayor longevidad de esta frente al varón, lo cierto es que su morbilidad es más elevada y su autovaloración del estado de salud generalmente peor que la de los hombres. Este diferencial, objetivo y subjetivo, se hace mayor a medida que se avanza en la edad, desde aproximadamente los 25 años, de manera que a partir de los 65 años estas diferencias son bastante acentuadas.



²E Calle et al. Body-mass index and mortality in a prospective cohort of US adults. The New England Journal of Medicine 1999 341: 1097-1105.

En el tramo de edad de 65 y más años, el 25,46 % de las mujeres piensan que su estado de salud es malo o muy malo y solamente el 16,33 % de los varones se encuentra en la misma situación. Los datos de valoración de la salud propia en una escala de 1 a 5, de mejor a peor salud, evidencian una peor apreciación de ésta en las mujeres en casi todos los tramos de edad, con la excepción del segmento de edad entre los treinta y cuarenta años, tramo en el que la autovaloración de la mujer se equipara con la del varón. La coincidencia etárea con los primeros años de la maternidad hace pensar en un fortalecimiento de la salud femenina o en un traslado de su preocupación por la misma hacia la de sus hijos.



LA PERCEPCIÓN DE LA PROPIA SALUD DE LA MUJER PARECE SER MÁS ACERTADA QUE LA DEL HOMBRE

Sin embargo, la percepción de la propia salud de la mujer parece ser más acertada que la del hombre: la correlación entre la morbilidad declarada de la mujer y la autovaloración de su salud es algo más elevada que la de los varones (Coeficiente de Correlación de 0.94 frente al 0,86 en los hombres). Dicho de otra forma: los varones tienden a sobrevalorar su propia salud, mientras que las mujeres son mas propicias a expresar sus dolencias y a reconocer su verdadera importancia.

Según los datos de la ENS 2003, el 22.4 % de los varones habían sufrido recientemente alguna dolencia, enfermedad o problema de salud limitativa de su actividad habitual. En las mujeres este porcentaje asciende al 27,4 %. No parece pues, por tanto, injustificada la autovaloración más negativa sobre su salud que tienen las mujeres.

La correlación entre los estados objetivo y subjetivo de salud y los niveles de renta es patente en todas las edades y sexos. También la estrecha relación existente entre pobreza y morbilidad constituye una de las más lamentables constantes de la salud pública. No obstante, se aprecia una leve tendencia hacia una distribución más equitativa de la salud al observarse una disminución de los ingresos medios de los hogares de las mujeres cuyo estado es muy bueno y una elevación de los correspondientes a las mujeres con peor estado de salud.

También la educación mantiene una tradicional correlación con la salud. Sin embargo, esta vinculación entre el escaso nivel de formación y la peor salud esta concentrada en los escalones más bajos de la educación, siendo relativamente reducida la incidencia de esta variable una vez superada la educación elemental (o EGB). Ello pone de relieve la importancia de la información y la formación básica como instrumentos de prevención y mejora de la salud de la mujer y, en general, de toda la sociedad.

Aunque puede afirmarse que la valoración subjetiva sobre el grado de salud se encuentra condicionada y ponderada por el nivel medio de población de la salud, también es correcto reconocer un aceptable grado de “objetividad” en las opiniones sobre el estado de la propia salud. Por tanto, puede afirmarse que hay una lógica y elevada correlación entre la salud objetiva y la subjetiva.

En un análisis comparado de la salud subjetiva y objetiva de las mujeres de las diferentes comunidades autónomas se observa que las mujeres que tiene una valoración media más positiva de su salud también muestran un grado menor de morbilidad. Así, por ejemplo, La Rioja o Navarra tienen índices subjetivos de salud³ muy elevados y ello se refleja también lógicamente en unos elevados porcentajes de mujeres sanas o que no refieren morbilidad alguna. Igualmente sucede, aunque en el extremo contrario de la tabla, con Galicia o Asturias, que además de mostrar porcentajes elevados de morbilidad declarada, manifiestan también una peor autovaloración de la salud femenina.

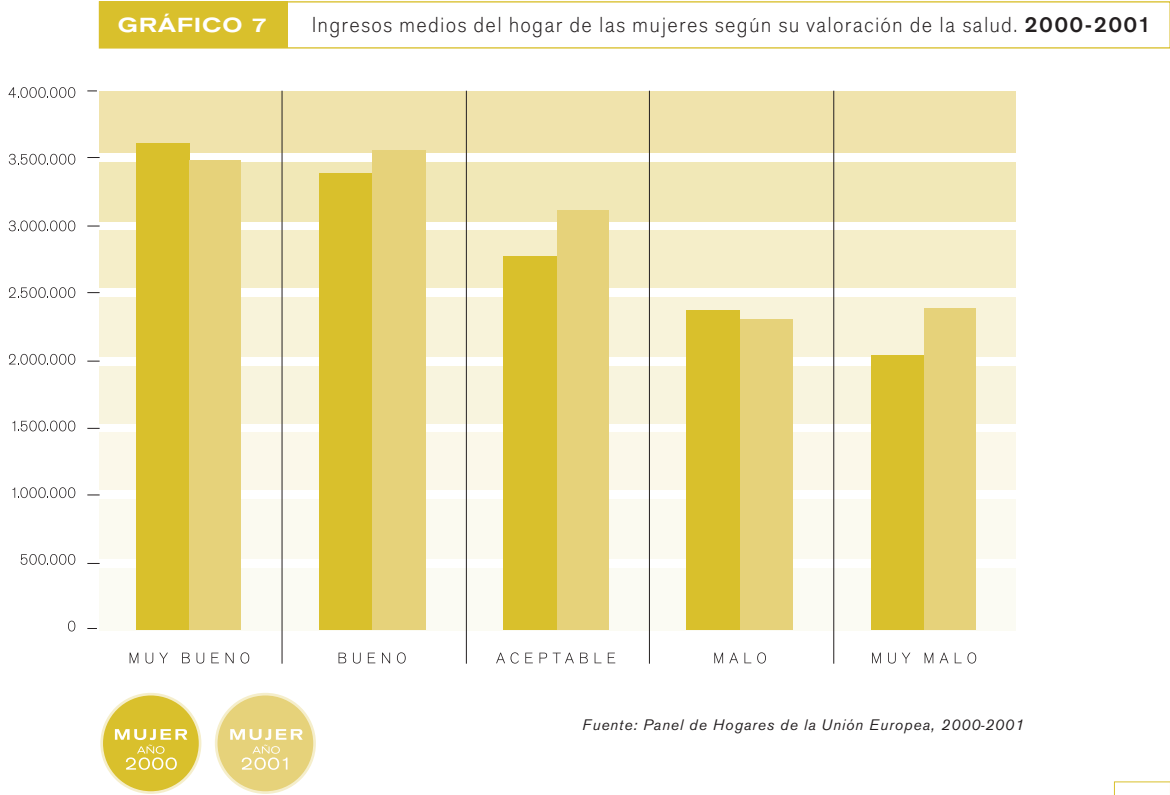


TABLA 7 Porcentaje de población de mujeres que no ha tenido dolencia significativa⁴ alguna en los últimos doce meses

COMUNIDAD AUTÓNOMA	MUY BUENO	BUENO	REGULAR	MALO	MUY MALO	ISS
LA RIOJA	8,92	60,83	21,97	6,69	1,59	369
PAÍS VASCO	10,85	55,33	24,63	7,90	1,29	367
COMUNIDAD DE MADRID	10,79	54,06	26,06	6,91	2,18	364
COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA	8,91	55,17	26,15	9,20	0,57	363
COMUNIDAD VALENCIANA	7,39	60,05	21,79	8,69	2,08	362
CANTABRIA	9,45	50,91	30,79	7,62	1,22	360
ARAGÓN	5,57	60,13	24,18	8,35	1,77	359
CEUTA Y MELILLA	11,56	47,56	31,11	6,22	3,56	357
CASTILLA Y LEÓN	5,35	56,92	28,69	7,28	1,76	357
CATALUÑA	11,56	48,75	27,19	9,69	2,81	357
ISLAS BALEARES	11,91	42,18	33,50	9,18	3,23	350
ANDALUCÍA	9,11	46,27	29,33	10,38	4,92	344
REGIÓN DE MURCIA	6,15	49,41	30,02	10,17	4,26	343
CANARIAS	7,69	46,37	30,56	11,54	3,85	343
EXTREMADURA	7,69	43,18	34,74	9,93	4,47	340
CASTILLA LA MANCHA	5,88	43,91	36,13	11,34	2,73	339
PRINCIPADO DE ASTURIAS	5,32	46,53	30,79	13,43	3,94	336
GALICIA	6,80	41,46	33,23	13,45	5,06	331

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003

GRÁFICO 6 Autovaloración de la salud de la mujer según nivel de estudios. PHOGUE, 2001

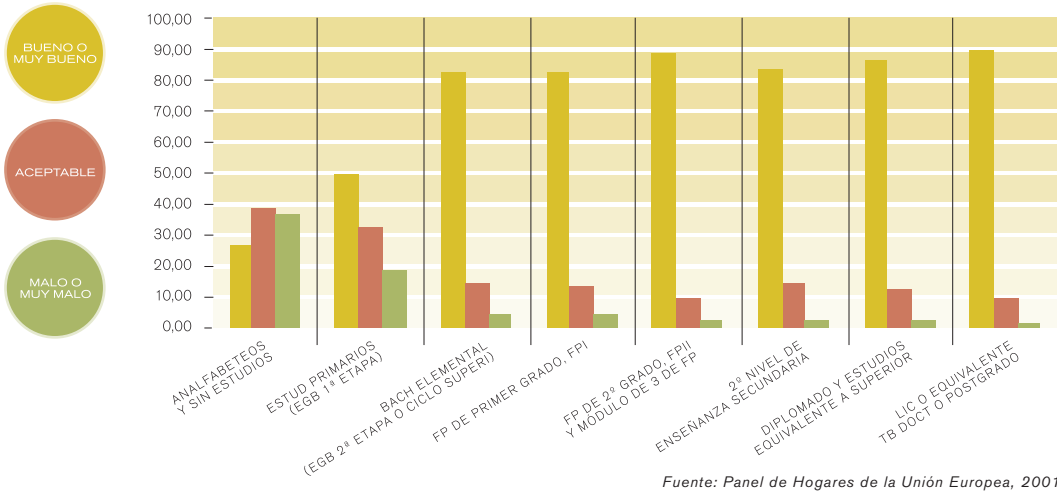


TABLA 8 Autovaloración de la salud de las mujeres por comunidades autónomas

COMUNIDAD AUTONOMA	%
CEUTA Y MELILLA	81 33
LA RIOJA	81 21
COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA	76 72
ANDALUCÍA	76 23
CASTILLA Y LEÓN	74 99
COMUNIDAD DE MADRID	74 67
CASTILLA LA MANCHA	73 11
CANTABRIA	72 56
EXTREMADURA	72 46
ARAGÓN	72 28
COMUNIDAD VALENCIANA	71 47
PAÍS VASCO	71 14
ISLAS BALEARES	70 47
CATALUÑA	69 06
GALICIA	67 41
PRINCIPADO DE ASTURIAS	66 44
CANARIAS	66 24
REGIÓN DE MURCIA	66 19

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003

20 ³ISS, Índice Subjetivo de Salud elaborado para este informe: sumatorio ponderado de los porcentajes de mujeres que han autovalorado su salud en los diferentes grados; mas elevado mejor salud. ⁴Según la ENS, es aquella persona que no ha tenido alguna dolencia, enfermedad o problema de salud que le haya limitado su actividad habitual durante más de 10 días seguidos

3. LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD EN LA MUJER ESPAÑOLA

El presente capítulo pretende facilitar un enfoque estadístico de la morbilidad de la mujer española y las causas de muerte teniendo en cuenta diferentes fuentes de información. Asimismo, se realizará un análisis detallado de las enfermedades con mayor prevalencia en la mujer, así como de otras enfermedades que por su relevancia social merecen un trato específico, como puede ser el VIH o la siniestrabilidad laboral.

3.1. LA MORBILIDAD DE LA MUJER ESPAÑOLA

La medida del estado de la salud puede realizarse desde la morbilidad percibida o a partir de la realmente diagnosticada. La autovaloración de la salud por parte de la mujer ya ha sido tratada en el epígrafe segundo, motivo por el que nos centraremos a partir de aquí en la morbilidad. Para ello utilizaremos los datos recogidos en la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria, que recoge información sobre el número de enfermos dados de alta en los hospitales públicos y privados, según el diagnóstico de salida.

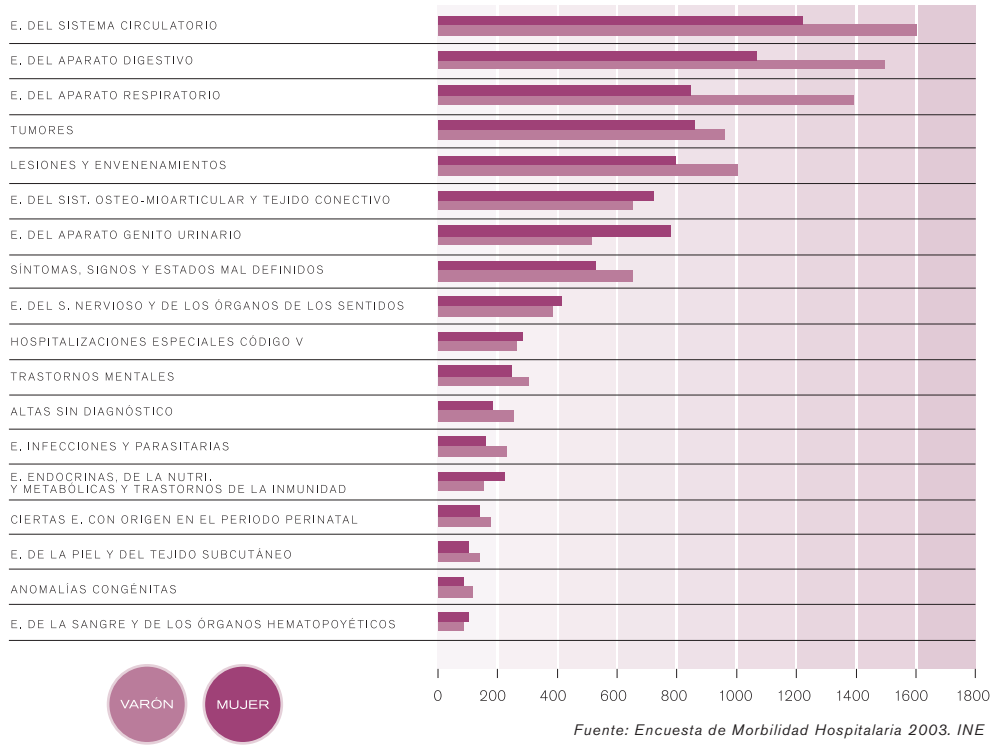
LA PRIMERA CAUSA DE HOSPITALIZACIÓN DE MUJERES CORRESPONDIÓ A LAS COMPLICACIONES RELACIONADAS CON EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO, CON EL 23,7% DEL TOTAL DE ALTAS PRODUCIDAS

Tal como señala el INE, el mayor número de altas por 100.000 habitantes en 2003 se produjo por las enfermedades del grupo del aparato circulatorio, con 1.413 altas, lo que supuso el 12,91% del total de hospitalizaciones con internamiento. Por detrás se situaron el grupo de hospitalizaciones debidas a complicaciones del embarazo, parto y puerperio (con 1.383 altas y un porcentaje del 12,64%), el grupo de enfermedades del aparato digestivo (1.279 altas y un porcentaje del 11,69%), las enfermedades del aparato respiratorio (1.112 altas y un porcentaje del 10,17%) y los tumores (con 908 altas, un 8,2% del total).

El 53% del total de altas hospitalarias en el año 2003 correspondió a mujeres, debido a la significativa participación de las hospitalizaciones por complicaciones del embarazo, parto y puerperio. Esta cifra representó el mismo porcentaje de participación que en 2002, aunque fue algo superior a la mantenida en el periodo 1992-2000 (del 52%)

La primera causa de hospitalización de mujeres correspondió a las complicaciones relacionadas con el embarazo, parto y puerperio, con el 23,7% del total de altas producidas. El parto normal, incluido en este grupo, representó el 4,6% del total de las hospitalizaciones anuales,

GRÁFICO 9 Altas hospitalarias por 100000 habitantes y diagnóstico



presentando un ligero descenso respecto a su participación de años anteriores (5,1% en 2002 y 5,9% en 2001). Las complicaciones relacionadas con el embarazo, parto y puerperio (sin incluir parto normal) supusieron en 2003 un 19,9% de las hospitalizaciones sin considerar el parto normal (19,1% en 2002 y 17,7% en 2001).

La segunda causa de hospitalización en mujeres la ocupó el grupo de enfermedades del aparato circulatorio (10,6%), seguido del grupo de enfermedades del aparato digestivo (9,2%), los tumores (7,5%) y enfermedades del aparato respiratorio (7,3%)

En los varones, las enfermedades que dieron lugar a mayor número de hospitalizaciones fueron las del aparato circulatorio, con el 15,4% del total. Por detrás se situaron las enfermedades del aparato digestivo (14,4%), las enfermedades del aparato respiratorio (13,4%), las lesiones y envenenamientos (9,6%) y los tumores (9,2%).

Exceptuando las altas por complicaciones del embarazo, parto y puerperio que sólo afectan a las mujeres, el mayor porcentaje de participación según sexos correspondió a los varones (53%) y el segundo lugar a las mujeres (47%). Asimismo, los dos grandes grupos de enfermedades que dieron lugar al mayor número de altas coinciden en varones y mujeres (aparato circulatorio y aparato digestivo). De hecho, sin tener en cuenta el grupo 2 (complicaciones del embarazo, parto y puerperio), la tasa de hospitalización es mayor en los hombres que en las mujeres en casi todos los diagnósticos y sólo en las enfermedades relacionadas con el aparato genito-urinario y las relacionadas con el sistema osteomioarticular y tejido conectivo y enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos y las enfermedades endocrinas, de la nutrición y metabólicas, la tasa de hospitalización de la mujer supera a la del varón.

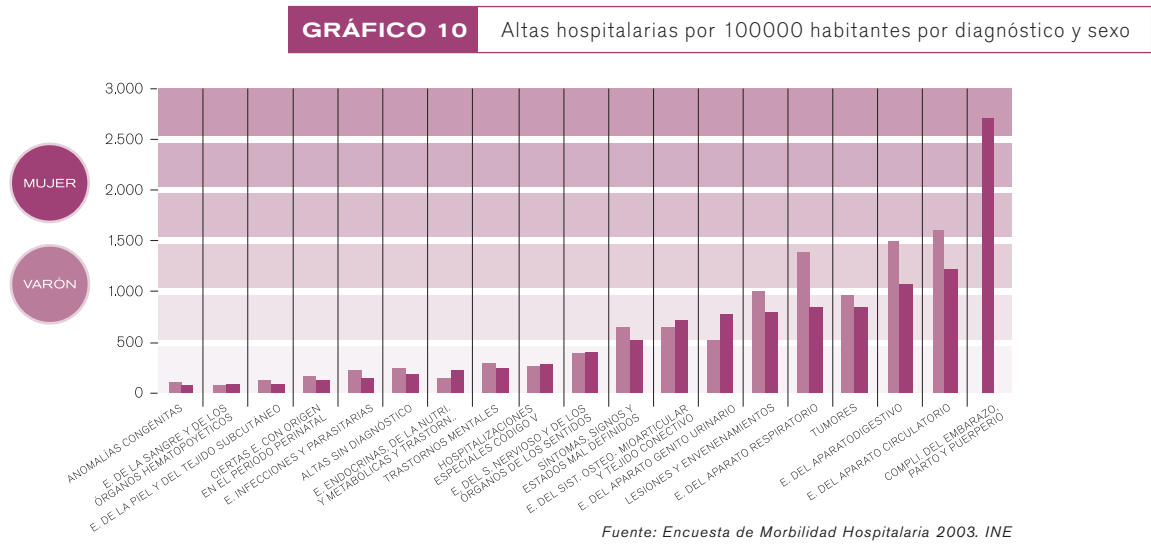


TABLA 9 Altas por grandes grupos de enfermedades y sexo (% sobre total de altas). Año 2003

HOMBRES	% SOBRE EL TOTAL DE ALTAS	MUJERES	% SOBRE EL TOTAL DE ALTAS	MUJERES (SIN CONSIDERAR COMPLICACIONES DE EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO)	% SOBRE EL TOTAL DE ALTAS
Aparato circulatorio	15,4	Complicaciones de embarazo, parto y puerperio	23,7	Aparato circulatorio	13,9
Aparato digestivo	14,4	Aparato circulatorio	10,6	Aparato digestivo	12,2
Aparato respiratorio	13,4	Aparato digestivo	9,2	Tumores	9,8
Lesiones y envenenamientos	9,6	Tumores	7,5	Aparato respiratorio	9,6
Tumores	9,2	Aparato respiratorio	7,3	Lesiones y envenenamiento	9,1
Sistema osteomioarticular	6,3	Lesiones y envenenamientos	6,9	Aparato genitourinario	8,9

Fuente: Encuesta de Morbilidad Hospitalaria 2003. INE

LOS TUMORES AFECTAN EN UNA EDAD MÁS TEMPRANA A LAS MUJERES QUE A LOS VARONES, ASÍ EN LAS MUJERES A PARTIR DE LOS 35 AÑOS LAS TASAS EMPIEZAN A TENER UN VALOR ALTO MIENTRAS QUE EN LOS VARONES ESTE VALOR EMPIEZA A PARTIR DE LOS 45.

tanto en varones como en mujeres, en los primeros años de la vida (hasta 14 años), debido principalmente a infecciones respiratorias agudas, pero en edades más avanzadas se vuelve a diferenciar los géneros empezando a aumentar la incidencia de la enfermedad en los varones en el grupo de edad de 55-64 años y en el de las mujeres en el de 65-74 como consecuencia de la enfermedad pulmonar obstructiva (bronquitis, enfisema, asma, etc.) producidas en muchos casos por el hábito del tabaco que ha sido mucho más arraigado en el hombre que en la mujer. Las lesiones y envenenamientos afectan fundamentalmente a los hombres jóvenes (15-44 años) consecuencia de los accidentes de circulación y se registra una involución en “favor” de las mujeres a partir de los 55 años. Los tumores afectan en una edad más temprana a las mujeres que a los varones, así en las mujeres a partir de los 35 años las tasas empiezan a tener un valor alto mientras que en los varones este valor empieza a partir de los 45.

A la vista de estos datos se puede llegar a una primera conclusión de que hay una diferencia por género en determinadas enfermedades que inciden en una manera diferente en los varones que en las mujeres. Es evidente, que la primera diferencia son las enfermedades relacionadas con su función reproductora: embarazo, parto y puerperio. Los tumores son causa de hospitalización más importante para la mujer que para el hombre mientras que las enfermedades del sistema respiratorio y las lesiones tienen mayor prevalencia para el hombre que para la mujer.

TABLA 10 Edad media de los enfermos dados de alta según el diagnóstico

GRUPO DE ENFERMEDAD	VARONES	MUJERES
Todas las causas	52	49
Enfermedades del sistema circulatorio	66	70
Enfermedades del aparato digestivo	52	54
Enfermedades del aparato respiratorio	53	53
Tumores	63	57
Lesiones y envenenamientos	44	60

Fuente: Encuesta de Morbilidad Hospitalaria 2003. INE

Un aspecto interesante es analizar la relación entre edad y sexo en función del tipo de enfermedad que genera el ingreso hospitalario. Aunque para el conjunto de las causas la edad media de la mujer es inferior a la del varón, como consecuencia del peso que tiene las altas producidas por tema de embarazo, parto y puerperio, en las enfermedades más significativas, la edad del varón es menor que la de la mujer.

Así pues, si se analiza la distribución de los enfermos dados de alta teniendo en cuenta la edad se observan diferencias en cuanto al género. En las enfermedades del sistema circulatorio la enfermedad comienza antes para los varones (35-45 años) que para las mujeres (45-54). Las enfermedades del sistema respiratorio tienen una incidencia alta

TABLA 11 Variación de la tasa de morbilidad por 100.000 habitantes

GRUPO DE ENFERMEDAD	2000		2003	
	VARONES	MUJERES	VARONES	MUJERES
Todas las causas	10880	11658	10382	11473
Enfermedades del sistema circulatorio	1580	1192	1606	1226
Enfermedades del aparato digestivo	1538	1056	1499	1067
Enfermedades del aparato respiratorio	1360	820	1391	844
Tumores	935	849	959	858
Lesiones y envenenamientos	491	545	1006	800

Fuente: Encuesta de Morbilidad Hospitalaria 2003. INE

LOS TUMORES SON CAUSA DE HOSPITALIZACIÓN MÁS IMPORTANTE PARA LA MUJER QUE PARA EL HOMBRE

Una segunda conclusión es que hay determinadas enfermedades que parecen incidir más en las mujeres que en los varones tales como las enfermedades del sistema osteomioarticular y tejido conectivo, las enfermedades del aparato genito-urinario, las enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos y las enfermedades endocrinas, de la nutrición y metabólicas. Por último, la enfermedad, en general, ataca más tarde a la mujer que al varón

Si comparamos los datos del 2003 con los del 2000, la tasa de morbilidad hospitalaria para todas las causas ha bajado tanto para varones como para mujeres pero ha aumentado en las enfermedades que más inciden en la población española lo cual indica la prevalencia de determinadas enfermedades a lo largo del tiempo. Sin embargo, el perfil de la morbilidad puede modificarse en el futuro como consecuencia de otras enfermedades, cuya tasa actual es menos significativa, pero que están emergiendo como consecuencia de los hábitos de vida y del envejecimiento de la población.

3.2. LA MORTALIDAD DE LA MUJER ESPAÑOLA

El estudio de la mortalidad y de sus múltiples causas nos informa acerca de los límites y obstáculos que se interponen en el objetivo, de individuos y sociedades, de proteger y mantener la vida humana. Las estadísticas de mortalidad nos permiten reconocer, además de los avances en la ciencia médica, otros parámetros y rasgos de la vida social y económica como la educación, la alimentación, el medio ambiente, los hábitos de vida, los factores de riesgo y, en suma, la salud general de los individuos.

Las estadísticas de mortalidad son de enorme utilidad para la evaluación del estado de salud de las mujeres y, en consecuencia, también para el diseño y elaboración de planes y políticas sanitarias. El progreso de la ciencia médica y la mejora de las condiciones socioeconómicas han provocado un descenso generalizado de las tasas de mortalidad y un notable envejecimiento de las poblaciones de las sociedades desarrolladas, afectando especialmente a las mujeres.

No sólo se ha producido una mayor duración de la vida de las personas ancianas: el aumento de la esperanza de vida repercute sobre ambos sexos y en todas las edades. Los progresos obtenidos a lo largo del último siglo en la reducción de la mortalidad y la prolongación de la vida pueden calificarse de espectaculares. Baste recordar que hace un siglo la probabilidad o esperanza de vida al nacer en España estaba en 35 años y en 2004 se situaba en 77,2 años para los hombres y en 83,8 para las mujeres. En la Unión Europea (UE-25), la esperanza de vida durante el 2003 fue de 81,7 años para las mujeres y 76,0 para los hombres.

Dentro de la estadística de la mortalidad son muchos los parámetros que pueden ser estudiados. La mortalidad absoluta registra el número de muertes sucedidas en un país o región, durante un periodo de tiempo determinado, generalmente un año. Más precisa es la tasa de mortalidad general, que recoge el número de fallecimientos por cada 1.000 habitantes en un país, en un año. El inconveniente de la tasa de mortalidad general como medida de la salud, es que resulta ser una variable parcialmente dependiente del número de ancianos, con lo que el alargamiento de la vida, que es un logro de la sanidad y el desarrollo social, lleva aparejado el coste estadístico del incremento de dicha tasa. Para eludir este problema se utilizan las tasas normalizadas, que son un promedio de las tasas específicas por edad.

Estrechamente ligado al análisis de la mortalidad está el de las causas que la motivan. El registro de las enfermedades o lesiones causantes de muerte tropieza con la enorme dificultad que en ocasiones tiene la determinación de la causa directa de la muerte. Frente a la causalidad múltiple y compleja de muchos decesos, la exigencia estadística obliga a la elección de una causa principal que se recoge como causa inmediata del fallecimiento y viene determinada por la lesión, enfermedad o complicación que ha producido la muerte. Además se consigna la causa fundamental, es decir, la lesión o enfermedad que inició las alteraciones que conducen a la muerte. Para este análisis, utilizaremos la Encuesta de Defunciones según la Causa de Muerte del INE.

Según el INE, en el año 2002 se produjeron en España 368.618 defunciones, de las que 193.269 correspondieron a varones y 175.349 a mujeres. La tasa bruta de mortalidad se situó en 892 fallecidos por cada 100.000 habitantes, lo que supone un aumento del 2,4% respecto al año anterior. La mortalidad por enfermedades cardiovasculares permanece como primera causa de muerte en España, representando el 34,1% del total de defunciones. Dentro de este grupo, las enfermedades isquémicas del corazón (infarto agudo de miocardio, angina de pecho, etc.) se mantienen como la primera causa de muerte, con 39.400 fallecidos. También se mantienen en segundo lugar los tumores, como responsables del 26,5% del total de fallecimientos. En el año 2002 se produjeron 97.784 defunciones por esta causa, 70 más que en el año 2001.

El análisis de la mortalidad por causas refleja que se mantiene estable el patrón de mortalidad en lo que a principales motivos de muerte se refiere. Sin embargo, conviene resaltar una serie de aspectos. La enfermedad de Alzheimer fue la responsable de 6.814 muertes en el año 2002, un 8,5% más que el año 2001. Por su parte, la mortalidad por SIDA/VIH continúa descendiendo. En el año 2002 fue responsable de 1.614 muertes, un 1,3% menos que en el 2001. Los accidentes de tráfico fueron responsables de 5.456 muertes, 240 menos que en el año anterior, lo que explica los accidentes de tráfico pasan de la decimotercera a la decimosexta causa más frecuente. Por último, los fallecimientos por las enfermedades hipertensivas suben un 5,9% y las muertes por cáncer de estómago bajan un 5,3% con respecto al año 2001.

La importancia relativa de las distintas causas de muerte es distinta atendiendo al sexo. En las mujeres, las enfermedades cerebrovasculares se mantienen como primera causa de muerte, con 21.018 defunciones. Le siguen en importancia las enfermedades isquémicas del corazón, con 17.119 muertes. Atendiendo a los tumores malignos en las mujeres, el cáncer de mama es el más significativo con 5.772 defunciones y experimenta una disminución de un 2.4% respecto al año anterior, seguido del cáncer de colon, que ha ocasionado 4.076 muertes. Cabe

destacar también que en las mujeres las defunciones por la enfermedad de Alzheimer han experimentado un aumento del 9,9% y las muertes por cáncer de bronquios y pulmón han crecido un 8,2%. Por otro lado, las defunciones por cáncer de estómago bajan un 5,6% y las debidas a accidentes de tráfico disminuyen un 5,1%.

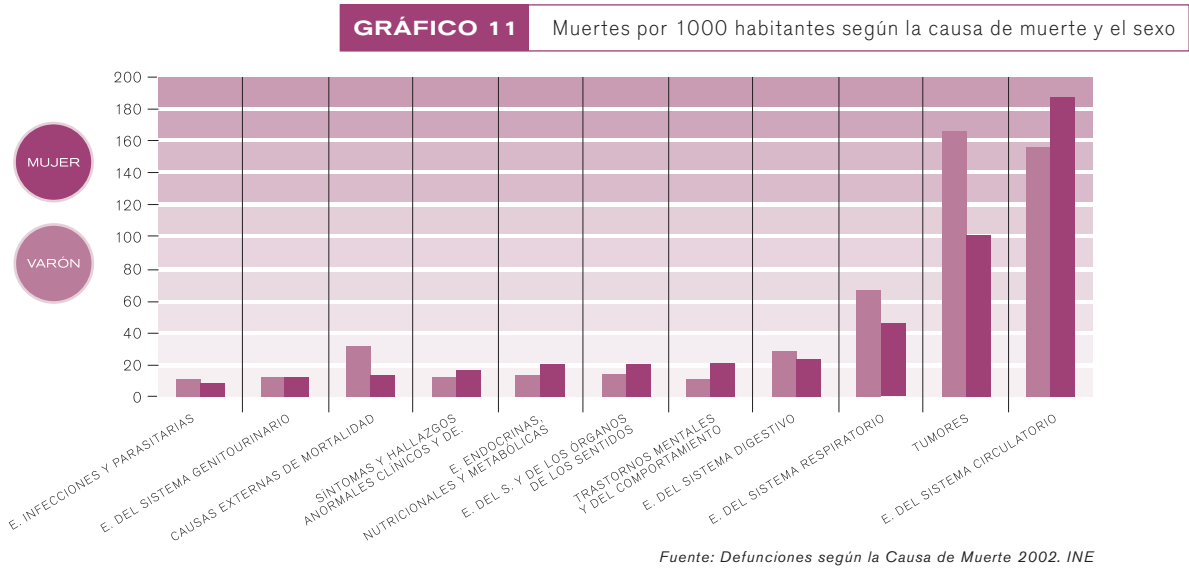
Entre los hombres, la causa de muerte más frecuente sigue siendo las enfermedades isquémicas del corazón, con 22.281 defunciones durante el año 2002. La segunda causa es el cáncer de bronquios y pulmón con 15.979 fallecimientos, aunque esta cifra es un 1,6% inferior a la de 2001. Por detrás del cáncer de bronquios y pulmón se sitúan las enfermedades cerebrovasculares, con 14.929 muertes.

Las tasas estandarizadas o normalizadas por edad nos permiten comparar la verdadera letalidad de los diferentes grupos de enfermedades, relegando en los varones a un segundo lugar las enfermedades del sistema circulatorio, que con frecuencia actúan mas como forma de muerte que como verdadera causa de la misma. Por el contrario, las enfermedades oncológicas toman la primera posición como causa de muerte en los hombres (con una tasa estandarizada de 2,91 por mil) aunque se mantienen como segunda causa de muerte en las mujeres (tasa del 1,86 por mil)

TABLA 12		Número de defunciones según las principales causas de muerte y sexo		
AÑO 2002		TOTAL	VARONES	MUJERES
TOTAL ENFERMEDADES		368.618	193.269	175.349
ENFERMEDADES ISQUÉMICAS DEL CORAZÓN		39.400	22.281	17.119
ENFERMEDADES CEREbroVASCULARES		35.947	14.929	21.018
INSUFICIENCIA CARDIACA		18.986	6.336	12.650
CÁNCER DE BRONQUIOS Y PULMÓN		18.095	15.979	2.116
ENF. CRÓNICAS DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS INFERIORES		16.841	12.479	4.362
DEMENCIA		10.971	3.415	7.556
DIABETES		9.754	3.765	5.989
CÁNCER DE COLON		9.126	5.050	4.076
NEUMONÍA		7.872	4.119	3.753
ENFERMEDAD DE ALZHEIMER		6.814	2.139	4.675
CÁNCER DE ESTÓMAGO		5.786	3.568	2.218
CÁNCER DE MAMA DE LA MUJER		5.772	---	5.772
INSUFICIENCIA RENAL		5.705	2.872	2.833
CÁNCER DE PRÓSTATA		5.678	5.678	---
ENFERMEDAD HIPERTENSIVA		5.533	1.729	3.804
ACCIDENTES DE TRÁFICO		5.456	4.174	1.282

Fuente: Defunciones según la Causa de Muerte 2002. INE

El indicador de años potenciales de vida perdidos (APVP) nos aporta una información mas adecuada sobre las consecuencias de las enfermedades en cada comunidad, es decir, sobre el impacto real de la morbilidad y accidentalidad como causa de muerte prematura. Este indicador permite apreciar cuales son las enfermedades socialmente mas costosas. Tumores, enfermedades del sistema circulatorio y causa externas (accidentalidad) son los tres jinetes de la mortalidad en las sociedades avanzadas, si bien el peso relativo de cada uno de estos grupos es diferente según se trate de hombres o de mujeres.



Casi las tres cuartas partes del total de años potenciales de vida perdidos en España (aproximadamente 1.300.000 años, de los que corresponden a la mujer 375.000) lo son por alguna de las tres causas citadas. Tumores y accidentes arrastran el 57,38 % de los años perdidos en los varones y el 59,92 % en el caso de las mujeres. En estas últimas, solo las enfermedades oncológicas acaban con unos 44,3 % de los años potenciales de vida, seguidas por las causas externas (accidentes) con un 15,6 % y las enfermedades del sistema circulatorio que hacen perder un 13,6 % de los años potenciales de la vida. Así pues, el cáncer, como primera causa de muerte, se lleva más de la tercera parte de los años potenciales de vida en España y casi una de cada dos en el caso de las mujeres.

EL CÁNCER SE LLEVA MÁS DE LA TERCERA PARTE DE LOS AÑOS POTENCIALES DE VIDA EN ESPAÑA Y CASI UNA DE CADA DOS EN EL CASO DE LAS MUJERES

GRÁFICO 12 Tasas estandarizadas de mortalidad por causa de muerte según sexo

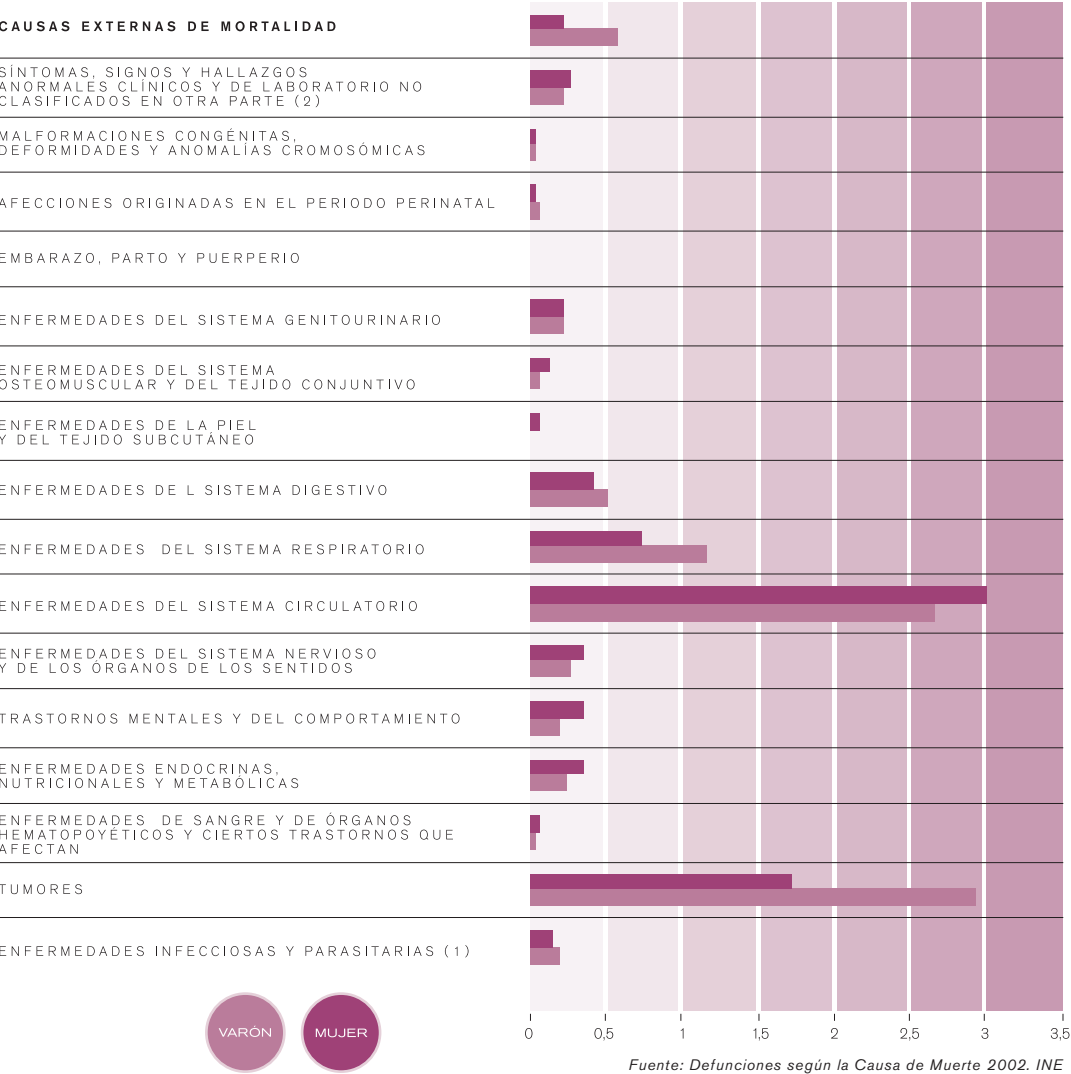


TABLA 13 Tasas estandarizadas de mortalidad por causa de muerte (capítulos de la 10ª revisión de la CIE), según sexo

	VARONES		MUJERES	
	TASA ESTANDARIZADA (TANTO POR MIL)	COEFICIENTE DE VARIACIÓN (PORCENTAJE)	TASA ESTANDARIZADA (TANTO POR MIL)	COEFICIENTE DE VARIACIÓN (PORCENTAJE)
TODAS LAS CAUSAS	9,07	0,2	7,69	0,2
ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS (1)	0,18	1,6	0,13	1,86
TUMORES	2,91	0,39	1,69	0,51
ENFERMEDADES DE SANGRE Y DE ÓRGANOS HEMATOPOYÉTICOS Y CIERTOS TRASTORNOS DE LA INMUNIDAD	0,02	4,39	0,03	3,66
ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABÓLICAS	0,21	1,49	0,32	1,17
TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO	0,18	1,57	0,32	1,1
ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO Y DE LOS ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS	0,24	1,39	0,33	1,15
ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	2,65	0,39	2,97	0,35
ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	1,13	0,61	0,72	0,75
ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	0,48	0,98	0,39	1,06
ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTÁNEO	0,01	5,61	0,03	3,74
ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y DEL TEJIDO CONJUNTIVO	0,05	3,05	0,1	1,99
ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITOURINARIO	0,19	1,55	0,19	1,51
EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	..	..	0	26,76
AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL	0,03	4,31	0,02	5,14
MALFORMACIONES CONGÉNITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALIAS CROMOSÓMICAS	0,02	4,45	0,02	4,56
SÍNTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES CLÍNICOS Y DE LABORATORIO	0,2	1,48	0,23	1,27
CAUSAS EXTERNAS DE MORTALIDAD	0,56	0,93	0,2	1,5

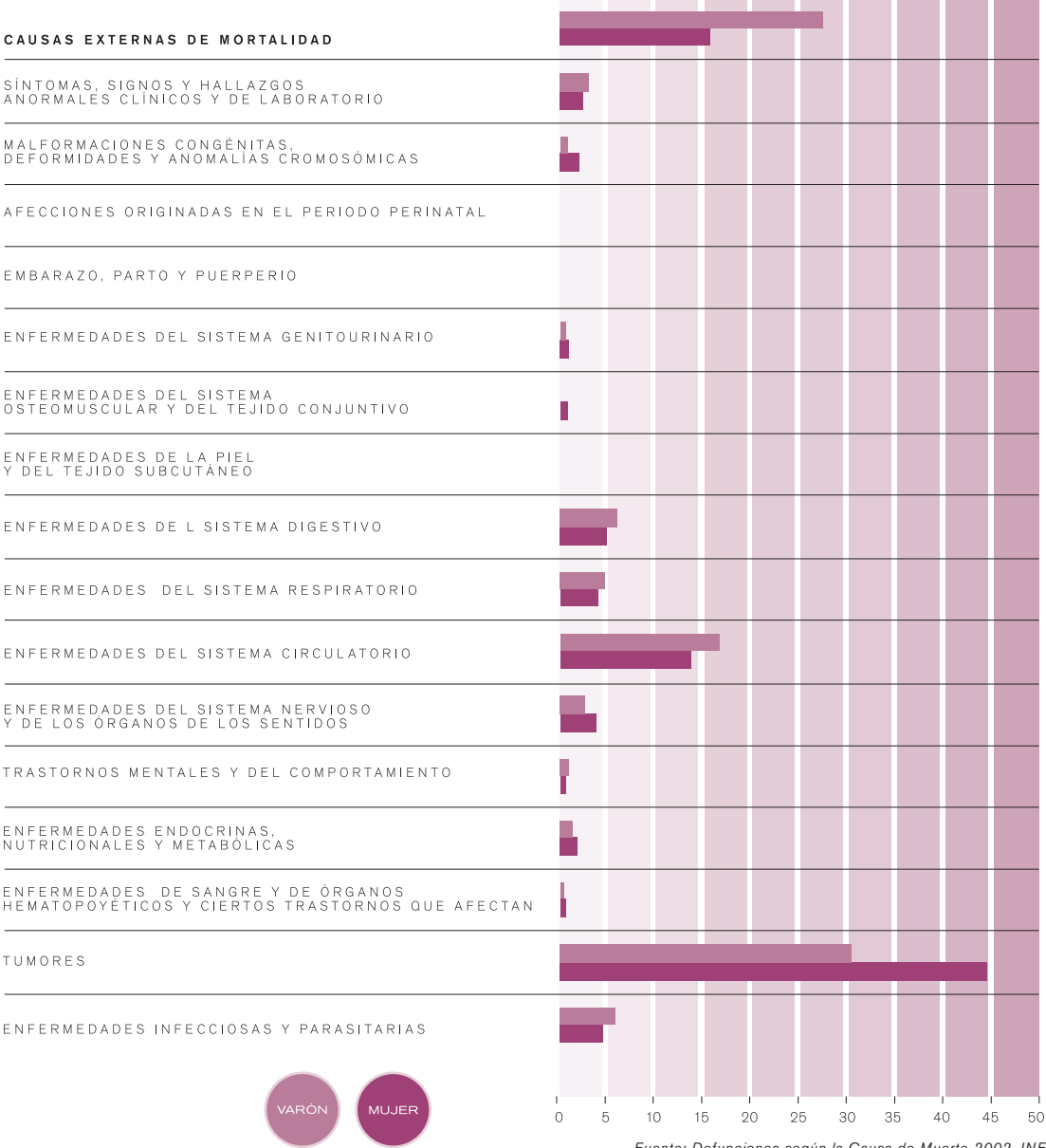
Fuente: Defunciones según la Causa de Muerte 2002. INE

TABLA 14 Años potenciales de vida perdidos según causa de muerte (capítulos de la 10ª revisión de la CIE), según sexo

	VARONES			MUJERES				
	Nº DE APVP	DISTRIBUCIÓN POR CAPÍTULOS DE LA CIE	TASA ESTANDARIZADA DE APVP	Nº MEDIO DE APVP	Nº DE APVP	DISTRIBUCIÓN POR CAPÍTULOS DE LA CIE	TASA ESTANDARIZADA DE APVP	Nº MEDIO DE APVP
TODAS LAS CAUSAS	928327	100	50,58	14,82	375714	100	20,69	14,37
ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS (1)	52781,5	5,69	2,81	23,89	16901	4,5	0,92	21,98
TUMORES	280412,5	30,21	15,21	11,24	166362,5	44,28	9,08	13,24
ENFERMEDADES SANGRE Y DE ÓRGANOS HEMATOPOYÉTICOS, Y TRAST. DE LA INMUNIDAD	2970,5	0,32	0,16	19,67	2030,5	0,54	0,11	18,63
ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABÓLICAS	12055,5	1,3	0,66	11,41	7233,5	1,93	0,4	9,88
TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO	8945	0,96	0,48	17,89	2337,5	0,62	0,13	15,9
ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO Y DE LOS SENTIDOS	24155	2,6	1,34	18,89	13798,5	3,67	0,78	16,16
ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	152675	16,45	8,26	11,21	51041	13,59	2,82	10,16
ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	42349	4,56	2,31	10,83	14509	3,86	0,8	13,06
ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	55209	5,95	2,95	13,47	18420	4,9	1	13,04
ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTÁNEO	305	0,03	0,02	9,53	405	0,11	0,02	13,5
ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEO MUSCULAR Y DEL TEJIDO CONJUNTIVO	1600	0,17	0,09	12,12	2860	0,76	0,16	14,02
ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITOURINARIO	5977	0,64	0,33	10,05	3740	1	0,21	10,45
EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	..	..	..	..	550	0,15	0,03	39,29
AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL	639,5	0,07	0,04	39,97	309,5	0,08	0,02	51,58
MALFORMACIONES CONGÉNITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALÍAS CROMOSÓMICAS	7715,5	0,83	0,43	41,26	7676	2,04	0,43	39,16
SÍNTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES CLÍNICOS Y DE LABORATORIO	28336,5	3,05	1,53	20,33	8776	2,34	0,48	19,59
CAUSAS EXTERNAS DE MORTALIDAD	252200,5	27,17	13,97	29,67	58764	15,64	3,3	27,16

Fuente: Defunciones según la Causa de Muerte 2002. INE

GRÁFICO 13 Distribución porcentual de años potenciales de vida perdidos (APVP) por causa de muerte



Fuente: Defunciones según la Causa de Muerte 2002. INE

3.3. ENFERMEDADES DE MAYOR PREVALENCIA EN LA MUJER

Al hacer una aproximación de la prevalencia de las enfermedades en la mujer y su comparación con el varón, se ha visto como algunas enfermedades, que son las que mayor incidencia tienen en las mujeres, sin embargo siguen unos comportamientos similares en varones y en mujeres en cuanto a causas de muerte e ingresos hospitalarios. En este caso están las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades del aparato digestivo, las enfermedades del aparato respiratorio y los tumores.

En situación distinta están aquellas enfermedades que, aunque tiene una incidencia mucho menor en la población femenina, afectan más a las mujeres que en los varones. Son las enfermedades del aparato genito urinario; enfermedades endocrinas de la nutrición y metabólicas; enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos y enfermedades del sistema osteomioarticular.

Según el Dr. Santiago Palacios (Palacios, 2001) los riesgos específicos que afectan a la salud femenina se podría dividir en cinco grandes grupos, el primero las enfermedades cardiovasculares que es la primera causa de muerte en la mujer española como se ha manifestado en el capítulo anterior. Los factores de riesgo que inciden en esta enfermedad son la hipertensión, la hipercolesterolemia, la diabetes y la obesidad. En segundo lugar de causa de muerte en las mujeres están los tumores y sobre todo el tumor maligno de la mama, en tercer lugar considera las enfermedades osteoarticulares y principalmente la osteoporosis y la artrosis, en cuarto lugar las enfermedades del sistema nervioso central sobre todo la depresión y la enfermedad de Alzheimer y en quinto lugar considera las enfermedades que tienen que ver con la calidad de vida.

Se encuentran estadísticamente confirmados los dos primeros grupos porque tanto las enfermedades cardiovasculares como los tumores son las dos primeras causas de morbilidad (exceptuando embarazo, parto y puerperio) y de mortalidad en las mujeres. Los que considera en tercero y cuarto lugar no son los que más incidencia tienen ni en la morbilidad ni en la mortalidad, pero si que deben ser estudiados detenidamente ya que su evolución positiva en los últimos años es motivo de preocupación sanitaria.

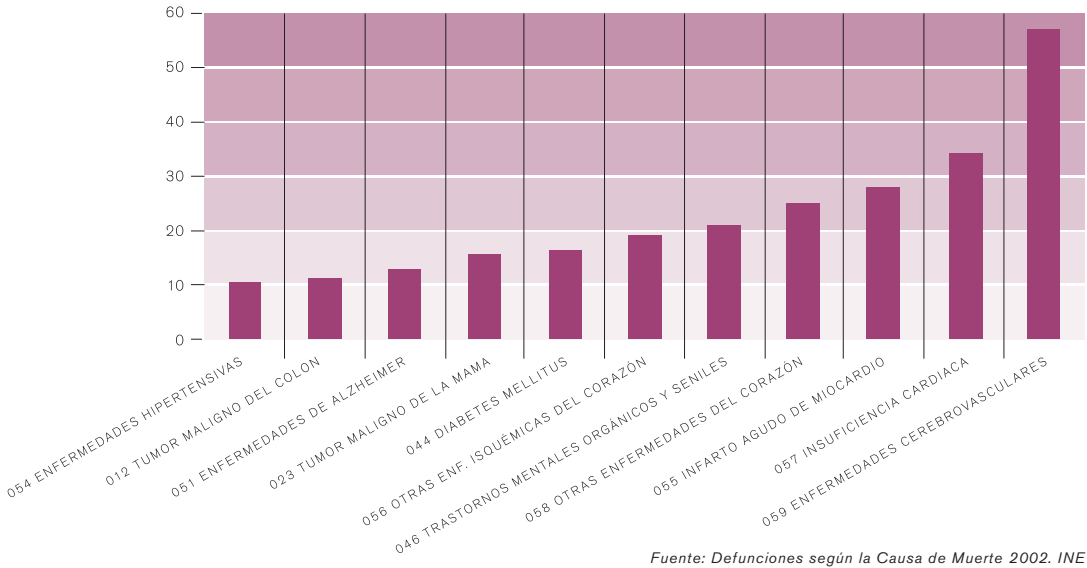
3.3.1. LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

En el apartado anterior se ha visto, que sin considerar las enfermedades derivadas del embarazo, parto y puerperio, la primera causa de morbilidad hospitalaria en las mujeres son las enfermedades del sistema circulatorio o enfermedades cardiovasculares. Dentro de este grupo, las más importantes en cuanto a su incidencia en la población femenina son las enfermedades cerebrovasculares (247) y la cardiopatía isquémica (221) fundamentalmente el infarto agudo de miocardio (84). Hay, sin embargo, otras enfermedades cardiovasculares que tienen una importancia grande desde el punto de vista de la morbilidad hospitalaria como son las enfermedades de venas y linfáticos (flebitis, tromboflebitis, venas varicosas, etc.) que son causa de ingresos hospitalarios pero que no suponen riesgos importantes para la salud de la mujer.

Si se toma el número de altas hospitalarias como un indicador de la morbilidad el 10,68% de todas las altas hospitalarias producidas en 2003 referentes a mujeres se debían a enfermedades del sistema circulatorio correspondiendo el 2,15 % a enfermedades cerebrovasculares y el 1,92 % a problemas de cardiopatía isquémica.

Si se tiene en cuenta la edad de estas pacientes, solamente el 7,2% de las mujeres que han sido dadas de alta por enfermedades cerebrovasculares tiene entre 35 y 54 años y el 91,1% tiene 55 y más años repartiéndose el resto del porcentaje en las edades de menos de 35 años. En el caso de la cardiopatía isquémica, el 7,3% tienen entre 35 y 54 años y el 92,0% son de 55 y más años aumentando con la edad estos porcentajes. Por otra parte la edad media de las pacientes de estas enfermedades cardiovasculares es de 70 años siendo de 75 años para las enfermedades cerebrovasculares y de 72 para las cardiopatías isquémicas. Desde el punto de vista de la mortalidad las causas de muerte recogidas en el Gráfico 14 son las que mayor importancia tienen en las mujeres.

GRÁFICO 14 Distribución de la mortalidad por causas de muerte 2002. Porcentaje por 1000 fallecidos. Mujeres



De estas once causas de muerte, siete están dentro del grupo de las enfermedades cardiovasculares, y son las enfermedades cerebrovasculares la primera causa en general. También es la primera causa de muerte en mujeres de 45-49, la segunda causa en mujeres de 50-54 y 60-69 y vuelve a ser primera causa en mujeres de más de 70 años con un considerable aumento de la tasa de mortalidad. El infarto agudo de miocardio es la segunda causa de muerte en mujeres de 70-89 años y la insuficiencia cardíaca en las de más de 85 años.

Estos datos reflejan la importancia y la incidencia que tienen las enfermedades cardiovasculares en la población femenina, sobre todo en edades avanzadas, poniendo de manifiesto la necesidad de prevenirlas. Con frecuencia, estas enfermedades que tanta importancia tienen en la morbilidad y en la mortalidad femenina se presentan de una forma repentina y contundente de tal manera que muchas veces, como se deduce de las causas de muerte, no es posible ninguna medida curativa y hay que atacarlas por la vía de la prevención.

Los factores de riesgo que conducen al padecimiento de las enfermedades cardiovasculares principalmente son la hipertensión, la hipercolesterolemia, la obesidad, la diabetes, el tabaquismo, la alimentación inadecuada, etc.

**EL 90,2% DE
TODAS LAS ALTAS
HOSPITALARIAS
POR ESTE
DIAGNÓSTICO
EN MUJERES
CORRESPONDEN
A MUJERES DE
ESE GRUPO ETÁREO
(65 Y MAS AÑOS).**

Según la ENS 2003, el 10,42% de los varones y el 14,08% de las mujeres que tienen diagnosticada alguna enfermedad, tienen diagnosticada hipertensión. Este porcentaje aumenta con la edad y va diferenciándose progresivamente de los porcentajes masculinos. En edades de 65-74 años el porcentaje de varones que tenían diagnosticada hipertensión era de 32,96%, frente al 44,22% de las mujeres. En edades de 75 y más años la diferencia entre ambos géneros es de hasta 13,31 puntos.

Desde el punto de vista de la morbilidad, las enfermedades hipertensivas representan un 0,6% de las altas hospitalarias que se producen en mujeres principalmente en mujeres de 65 y más años, el 90,2% de todas las altas hospitalarias por este diagnóstico en mujeres corresponden a mujeres de ese grupo etáreo (65 y mas años).

La enfermedad hipertensiva, considerada como primera causa de muerte, ocupa una posición importante (11º) aparte de las consecuencias que pueda tener dicho padecimiento en las enfermedades cerebrovasculares.

Siguiendo la misma fuente de la ENS 2003, el colesterol está diagnosticado en un 9,66% de mujeres, mientras que la diabetes como enfermedad diagnosticada la padecen el 5,29% de las mujeres. Las altas por diabetes mellitus representan el 0,7% de las altas hospitalarias en las mujeres. De todas las altas por este diagnóstico el 18,0% corresponden a mujeres entre 5-34 años siendo más las altas en las mujeres de 5 a 14 y aumenta la proporción a medida que aumenta la edad de la mujer. El 70,2% de las altas debidas a diabetes mellitus son de mujeres de 65 y más años.

La diabetes mellitus es la séptima causa de muerte en las mujeres en el año 2002 y ha aumentado con relación al año 2000, pasando de 1,50 % en 2000 a 1,62 % en 2002.

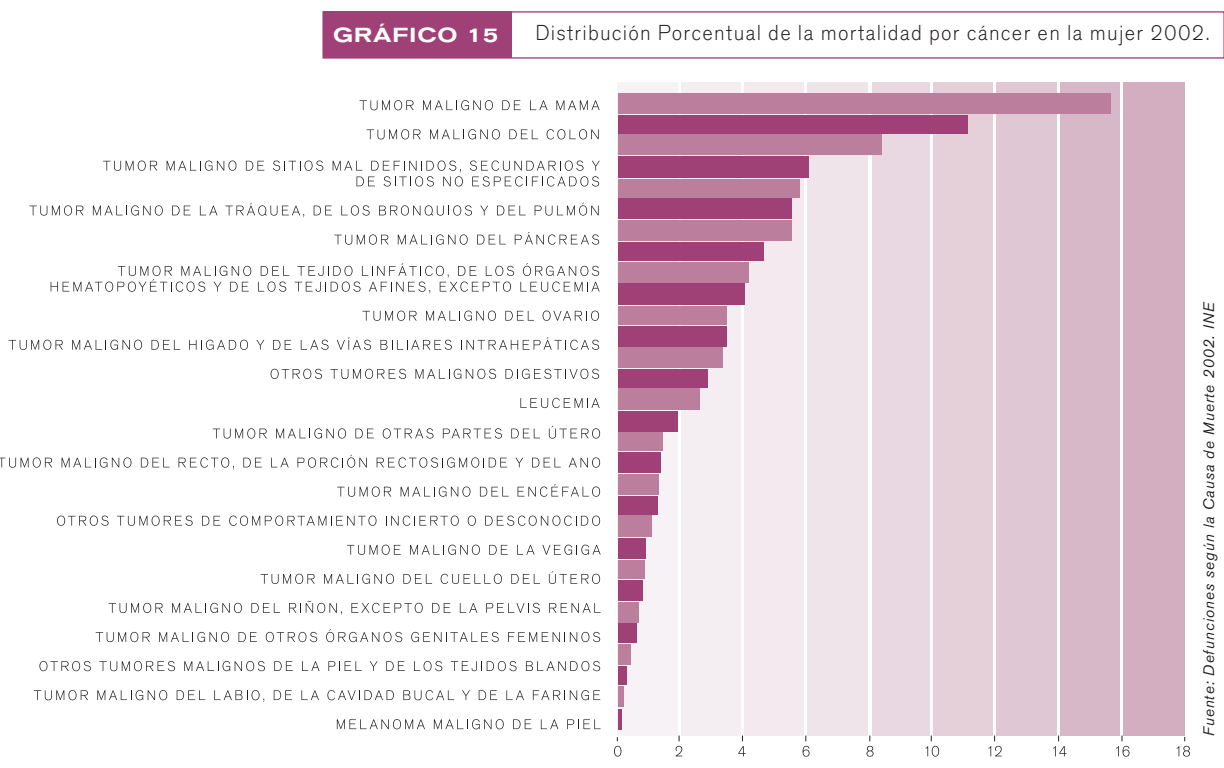
3.3.2. EL CÁNCER

Los tumores malignos en la mujer son la tercera causa de altas hospitalarias y la segunda causa de muerte. El 4,8% de todas las altas hospitalarias en mujeres es debido a tumores malignos fundamentalmente de mama (1,09%) y de colon (0,6%).

Las altas hospitalarias por tumor maligno de mama se centran fundamentalmente entre las edades de 45-64 años y representan el 60% de todas las altas debido a ese diagnóstico. En el caso del tumor maligno de colon, el 86.3% de todas las altas por esta causa es de personas de 65 y más años. La edad media de las personas hospitalizadas es 59 años para el cáncer de mama y de 70 años para el cáncer de colon.

Desde el punto de vista de la morbilidad es importante señalar la incidencia del tumor benigno de útero ya que supone la primera causa de hospitalización en las mujeres de 35 a 54 años. La edad media de las mujeres que sufren hospitalización por esta causa es de 45 años, una edad relativamente joven.

Si se tiene en cuenta las causas de muerte, el 1,5% de las causas de muerte en las mujeres son debidas a tumores malignos de mama y el 1,1% a tumores malignos de colon. El tumor maligno de mama es la primera causa de muerte en las mujeres de edades comprendidas entre 30-69 años.



Aunque se registra cierta tendencia a la disminución de la incidencia tumoral, la reducción es bastante tenue. En relación a años anteriores el porcentaje de incidencia de estas causas de muerte por tumor maligno de mama ha pasado de 1,752% en 2000 a 1,105% en 2002, y de 1,111% en 2000 a 1,105% en 2002.por tumor maligno de colon.

3.3.3. LAS ENFERMEDADES OSTEOARTICULARES

Dentro de las enfermedades que la CIE define como enfermedades del sistema osteomioarticular y del tejido conectivo se distinguen las artropatías y otros trastornos relacionados, las dorsopatías, el reumatismo, las osteopatías y condropatías y las deformidades músculo esqueléticas adquiridas. Las enfermedades osteomioarticulares son la séptima causa de altas hospitalarias y la incidencia de esta enfermedad es mayor en las mujeres que en los hombres por la incidencia que tiene la osteoporosis en la mujer en el periodo posmenopáusico.

Según la ENS 2003 un 22,28% de las mujeres tiene diagnosticada artrosis aumentando este porcentaje hasta un 59,89% en edades de 75 y más años. La osteoporosis está en menor medida diagnosticada y afecta a un 7,41% de las mujeres, siendo el porcentaje más alto, también, en edades de 75 y más años.

Estas enfermedades suponen el 6,3% de todas las altas hospitalarias en mujeres en año 2003 de las cuales un 3,2% corresponden a artropatías y trastornos relacionados y un 1,9% a osteopatías. La edad media de las enfermas dadas de alta por este diagnóstico es de 55 años. Las en-

fermedades osteomioarticulares están altamente asociadas con la edad, por lo que el envejecimiento demográfico está elevando la prevalencia de estos males en toda la población y especialmente en las mujeres.

Como causa de muerte las enfermedades del sistema osteomuscular suponen, en el año 2002, el 0,663% de todas las causas de muerte en las mujeres y ha aumentado respecto al año 2000 (0,624). Los primeros casos de defunción por artritis reumatoide y osteoartrosis en 2002 se manifiestan en edades de 40-44 años y por osteoporosis y fracturas patológicas en edades de 55-59 años apareciendo esta causa de muerte en edades más jóvenes que en años anteriores.

3.3.4. ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL. EL ALZHEIMER

La enfermedad de Alzheimer es la novena causa de muerte en las mujeres en el año 2002, representa el 1,268% de todas las causas de muerte y es una causa en alza ya que en el año 2000 representaba el 1,005%. Sin embargo, si tenemos en cuenta que un elevado porcentaje de las muertes con diagnóstico “demencia” ocultan casos de Alzheimer no diagnosticados, la tasa de mortalidad de esta enfermedad es con toda probabilidad bastante más elevada.

Otro dato característico de esta enfermedad es a la edad que comienza esta enfermedad que cada vez ataca a poblaciones más jóvenes. En año 2002 los primeros datos significativos como causa de muerte aparece en el grupo de edad de 50-54 años y en el año 2002 en el grupo de edad de 35-39 años ya hay datos de muerte por esta causa. La incidencia del Alzheimer como causa de muerte aumenta con la edad y los porcentajes más elevados se registran a partir de los 75 años. No es por ello de extrañar que la mortalidad asociada a esta enfermedad sea doble en la mujer que en los varones. La tasa de mortalidad de la mujer en 2002 por Alzheimer fue del 27 por 100.000 frente a un 12,5 en los hombres.

3.4. LA SALUD LABORAL DE LA MUJER. MORBILIDAD Y SINIESTRALIDAD LABORAL DE LA MUJER

Los datos de la Encuesta de Población Activa del 2º trimestre del año 2005, aportan un perfil básico de la población activa femenina que se puede resumir en las siguientes características:

- La mayor parte de las mujeres activas están en el sector servicios (78,5%), solamente 1,6% está en el sector de la construcción, en el sector industrial la población activa femenina representa prácticamente la mitad que la población activa masculina y parecida relación existe en el sector agrario
- La baja tasa de actividad y la alta tasa de paro en relación a la población masculina aunque estas tasas han evolucionado favorablemente en los últimos años, la tasa de actividad ha aumentado y el paro ha disminuido.

- La mayoría de las mujeres ocupadas son asalariadas (85,2%) del sector servicios (86,5%) y solamente el 11,8% son empresarias y fundamentalmente de este sector.
- El 75,08% trabajan en jornada a tiempo completo
- Son mujeres relativamente jóvenes el 60,2% de las mujeres ocupadas tienen una edad comprendida entre los 25 y 44 años
- También en ese tramo de edad es donde están, fundamentalmente, las mujeres paradas.

Estas características de la población activa femenina parecen sugerir que la salud laboral de la mujer sería bastante buena porque trabaja en sectores económicos con menos riesgos laborales y ser una población relativamente joven *a priori* menos atacada por las enfermedades que el colectivo mas envejecido de los hombres.

La EPA en el segundo trimestre del 2002 realizó el módulo “ad hoc” sobre personas con discapacidad y su repercusión en el empleo realizado por el INE. Según los resultados de esta investigación, el 8,7% de la población española de 16-64 años padecía alguna discapacidad y la duración de ésta era o iba a ser superior a 6 meses. Este porcentaje llegaba a un 16,1% en el tramo de edad de 45-64 años.

Las enfermedades que más afectan a esta población activa con discapacidad son las deficiencias osteoarticulares (39,1%) seguidas de las deficiencias viscerales (25,5%) que se reparten en problemas del corazón, circulatorios o de tensión (11,0); problemas respiratorios (6,1); problemas de riñón, estómago, hígado o digestivos (4,8); Diabetes (3,6), y en tercer lugar están los problemas mentales, nerviosos o emocionales (15,3). Otras enfermedades graves, donde se incluyen cánceres, suponen un 4,8%.

En el grupo de edad 16-24 años los problemas que más afectan son los problemas mentales, nerviosos o emocionales (24,0) seguidos de los problemas respiratorios a parte de los problemas osteoarticulares que afectan a todos los grupos de edad.

En el grupo de edad de 25-44 años vuelven a ser los problemas osteoarticulares la primera causa de deficiencia, seguidos de los problemas mentales, nerviosos o emocionales.

Las deficiencias osteoarticulares son más numerosas en la población de 45-64 años. El segundo grupo de morbilidad que afecta a esta edad es el de los problemas circulatorios o de tensión.

Por sexo, el 42,4 % de las discapacidades femeninas son debidas a problemas osteoarticulares; le siguen los problemas mentales, nerviosos o emocionales (14,5%), los problemas de corazón, circulatorios o de tensión (8,3%) y enfermedades graves (6,0%). Problemas de riñón, estómago, hígado o digestivo 4,7%. Diabetes 3,6%

De la población activa que tiene problemas de salud, el 88,5% los lleva padeciendo durante por lo menos un año, manteniéndose este porcentaje tanto para varones como para mujeres. El 60,6 % sufre su dolencia durante 5 o más años.

Si se atiende a los problemas de salud en relación con la actividad, de esta población que padece algún tipo de discapacidad, la distribución es la siguiente: es decir. Más de las dos terceras partes de las mujeres con deficiencias o problemas de salud se encuentran en situación de inactividad y casi cuatro de cada cinco no están ocupadas (son inactivas o están en paro).

MÁS DE LAS DOS TERCERAS PARTES DE LAS MUJERES CON DEFICIENCIAS O PROBLEMAS DE SALUD SE ENCUENTRAN EN SITUACIÓN DE INACTIVIDAD Y CASI CUATRO DE CADA CINCO NO ESTÁN OCUPADAS (SON INACTIVAS O ESTÁN EN PARO)

TABLA 15	Porcentaje de la población activa con deficiencias o problemas de salud que las padece durante 5 o mas años	5-10 AÑOS	10-+ AÑOS
		AMBOS SEXOS	19,2 % 41,4 %
		VARONES	19,7 % 42,4%
		MUJERES	18,6% 40,2

Fuente: EPA 2º Tr. 2002

TABLA 16	Porcentaje de la población con deficiencias o problemas de salud según sexo y situación de actividad	VARONES	MUJERES
		OCUPADOS	34,3 % 21,7 %
		PARADOS	5,0 % 5,3 %
		ACTIVOS	60,7 % 72,9 %
		TOTAL	100,00 % 99,90 %

Fuente: EPA 2º Tr. 2002

El 17,35 % de los problemas de salud de la población activa se deben a accidentes o lesiones del trabajo incluido accidentes de tráfico y a enfermedades relacionadas con el mismo de las cuales el 5.20% % se producen en edades de 16-24 años, el 14,74% en edades de 25-44 años y el 19,49% en edades de 45-64 años.

Según la estadística laboral del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, el número y la gravedad de los accidentes en jornada laboral que se produjeron en 2002 fueron:

TABLA 17	Distribución de los accidentes laborales por sexo según su gravedad	VARONES	%	MUJERES	%
		TOTAL	794.901	81,5	173.287 18,4
		LEVES	753.283	81,4	171.918 18,6
		GRAVES	10.548	88,7	1.338 11,3
		MORTALES	1.070	97,2	31 2,8

Estadística Laboral, Ministerio de Trabajo, 2002

La importancia de los accidentes laborales en la mujer es considerablemente inferior que en los varones en todas las clases y la edad a la que se producen los accidentes es principalmente en el grupo 20-44 años tanto en varones como en mujeres. Los accidentes mortales el mayor número de casos corresponden a personas con edades comprendidas entre los 30-54.

3.5. LA SALUD REPRODUCTIVA DE LA MUJER

La salud reproductiva de la mujer puede presentarse desde dos puntos de vista. Primero en cuanto se refiere a las enfermedades y su tratamiento que puedan derivar del aparato reproductivo de la mujer y de su función reproductora; y segundo, en cuanto a la fecundidad como indicador de la “salud poblacional” en su perspectiva de reposición, envejecimiento y dependencia poblacional.

TABLA 18		Distribución de las altas hospitalarias por complicaciones derivadas del Embarazo, Parto y Puerperio	
		TOTAL	%
	ABORTO	60.145	10,35
	COMPLICACIONES RELACIONADAS CON EL EMBARAZO	146.040	25,14
	PARTO NORMAL	115.227	19,85
	CUIDADOS DURANTE EL EMBARAZO, TRABAJO DE PARTO Y PARTO	143.603	24,72
	COMPLICACIONES DURANTE EL CURSO DEL PARTO Y PARTO	111.369	19,19
	COMPLICACIONES DEL PUERPERIO	4.395	0,76
	TOTAL	580.829	100

Fuente: Encuesta de Morbilidad Hospitalaria, 2003. INE

DEL TOTAL DE ALTAS DE MUJERES EFECTUADAS EN LOS HOSPITALES ESPAÑOLES EN 2003 EL 23,68% CORRESPONDEN AL DIAGNÓSTICO DE LAS ENFERMEDADES RELACIONADAS CON EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

Según la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria la hospitalización por complicaciones derivadas del Embarazo, Parto y Puerperio es la primera causa de hospitalización en las mujeres. Del total de altas de mujeres efectuadas en los hospitales españoles en 2003 el 23,68% corresponden al diagnóstico de las enfermedades relacionadas con el Embarazo, Parto y Puerperio siendo la estancia media en el hospital de 3 días y la edad media de la mujer hospitalizada de 30 años.

TABLA 19	Distribución de las altas hospitalarias relacionadas con la reproducción según grupos de edad	EDAD	5 - 14	15 - 24	25 - 34	35 - 44	45 - 54	55 - 64
		%	0,06	14,14	62,92	25,59	0,28	0,01
		TOTAL	346	82.137	365.448	131.184	1.640	57

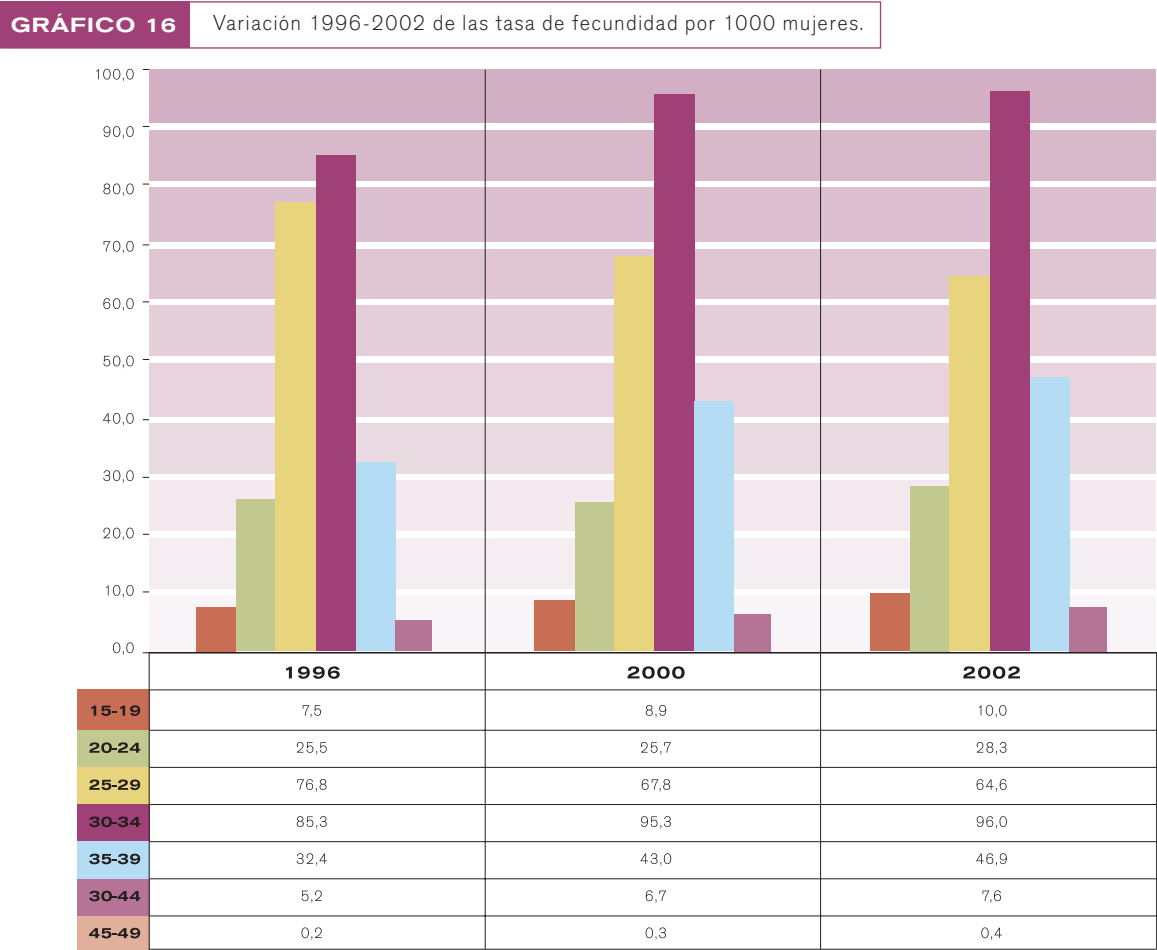
Fuente: Encuesta de Morbilidad Hospitalaria, 2003. INE

Por grupos de edad, estas altas hospitalarias se reparten como se aprecia en la Tabla 19. El 88,51% de los casos se producen en el tramo de edad de 25-44 años lo que indica el retraso importante en la edad de la mujer a utilizar su capacidad reproductiva.

Sin embargo, esta morbilidad con un elevado número de ingresos hospitalarios no supone apenas riesgo para la vida de la mujer en España ya que de todas las altas efectuadas por esta causa el 97,83 % son altas por curación.

Desde el punto de vista de la fecundidad se puede decir que la salud reproductiva de la mujer está mejorando. La tasa bruta de natalidad ha pasado de 9,19 en 1996 a 9,88 en 2000 y a 10,62 en 2004 y, el indicador coyuntural de fecundidad, que mide el número de hijos por edad fértil ha ido aumentando desde 1996 que es cuando obtuvo el valor más bajo (1,16) situándose en 2003 en 1,30

También el resto de indicadores que miden la fecundidad han evolucionado positivamente. Así, la tasa global de fecundidad por 1000 mujeres en los últimos 4 años también ha experimentado un incremento y ha pasado de 38,10 en 2000 a 39,19 en 2002. Por grupos de edad esta tasa ha evolucionado positivamente como puede apreciarse en el gráfico siguiente:

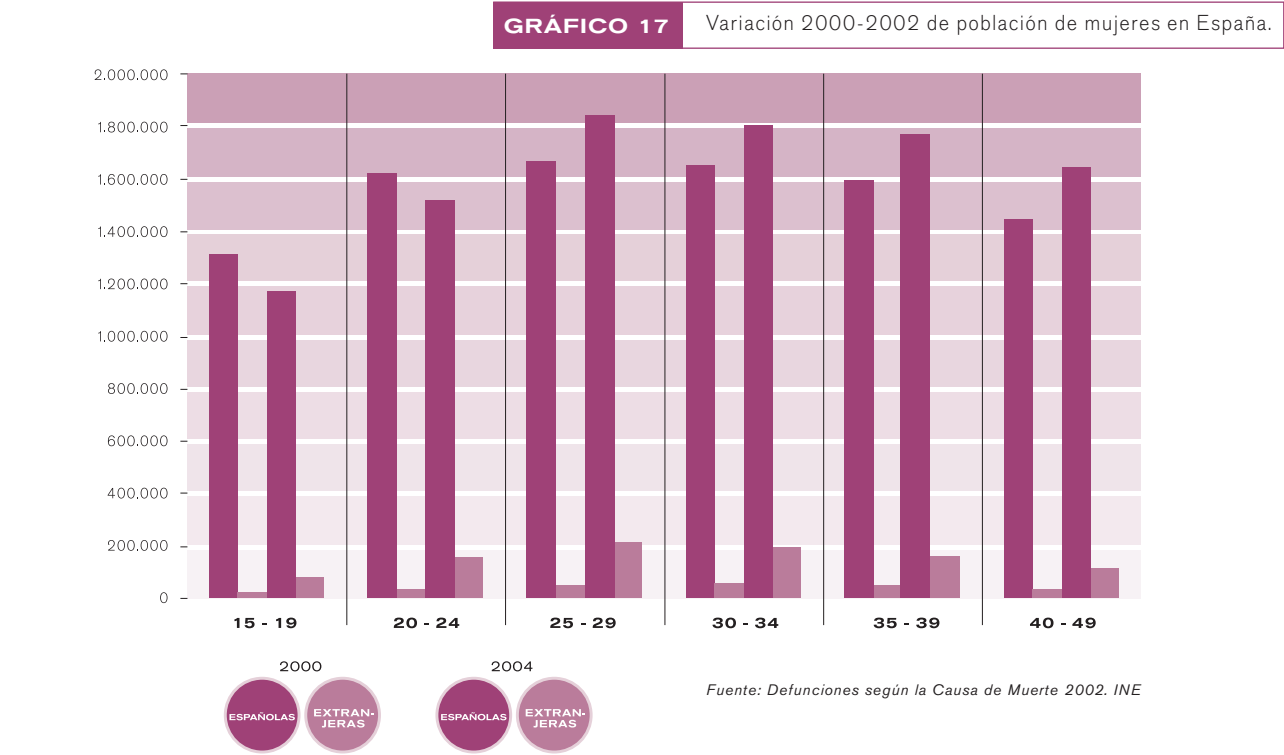


Fuente: Defunciones según la Causa de Muerte 2002. INE

A la vista del gráfico es importante señalar el aumento progresivo de la tasa en todos los grupos de edad, excepto en el tramo 25-29 donde se ha experimentado un retroceso continuado. El grupo de edad 30-34 presenta la tasa mas elevada y ha ido aumentando a lo largo de estos últimos años.

Estos indicadores muestran una mejora de la salud reproductiva de la mujer española pero siguen marcando una tendencia clara del retraso de la fecundidad. La mujer española tiene los hijos tarde y pocos, la edad media de la maternidad se sitúa en 2002 en 30,79 años y la edad media de la madre al nacimiento del primer hijo, que también ha ido evolucionando al alza, ha pasado de 28,45 años en 1996 a 29,18 en 2002.

Aunque todavía es pronto para verificar el cambio que en estos indicadores producirá la inmigración, un apunte hacia el aumento de la tasa de natalidad y una disminución en la edad de los restantes indicadores de reproducción los aportan ya los últimos datos de Movimiento Natural de la Población.

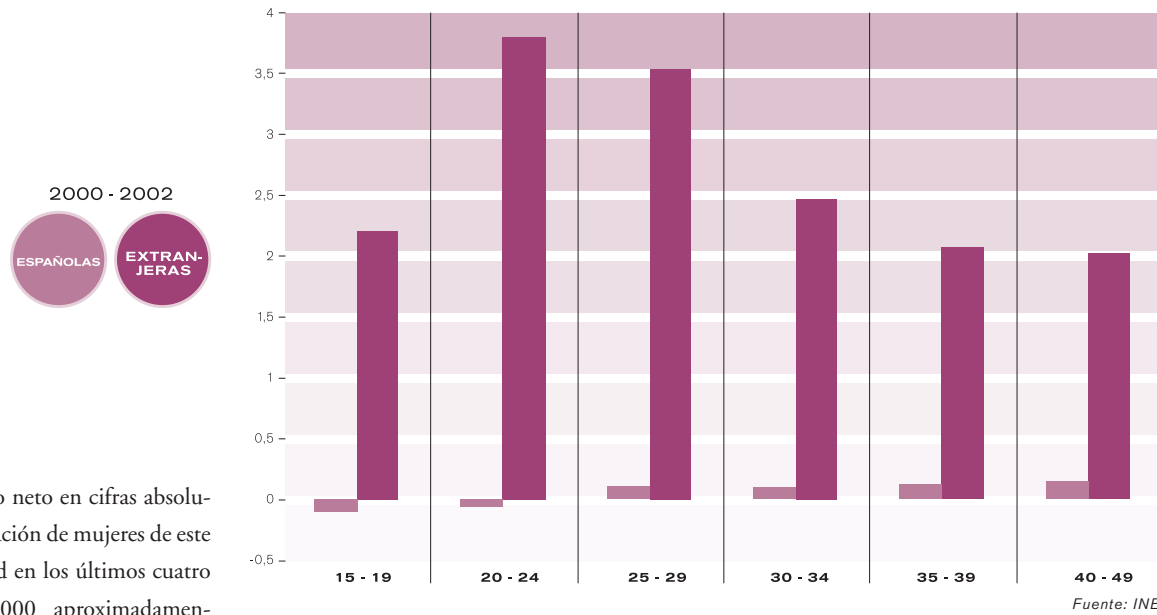


Fuente: Defunciones según la Causa de Muerte 2002. INE

Según esta fuente el número total de nacimientos se ha incrementado en el año 2004 en un 3% respecto al año anterior y este aumento en buena parte se debe a los nacimientos de madre extranjera que supusieron en 2004 un 13,71% del total de nacimientos y que habían aumentado con relación a 2003. A este incremento han contribuido de forma importante las mujeres marroquíes seguidas de las ecuatorianas.

Otra causa que ha contribuido al incremento de nacimientos es el aumento de mujeres en edad reproductiva. En 2004 según datos del padrón municipal de habitantes el número de mujeres de edad de 15-44 años era de 9.717.073 de las cuales 910.496 eran extranjeras y representaban el 9,4% de las mujeres de esa edad. Entre 2000 y 2004 la población femenina española en edad reproductiva (15-49) se incrementó en algo menos del 5 %; el mismo grupo entre las extranjeras residentes en España lo hizo en un 267 %.

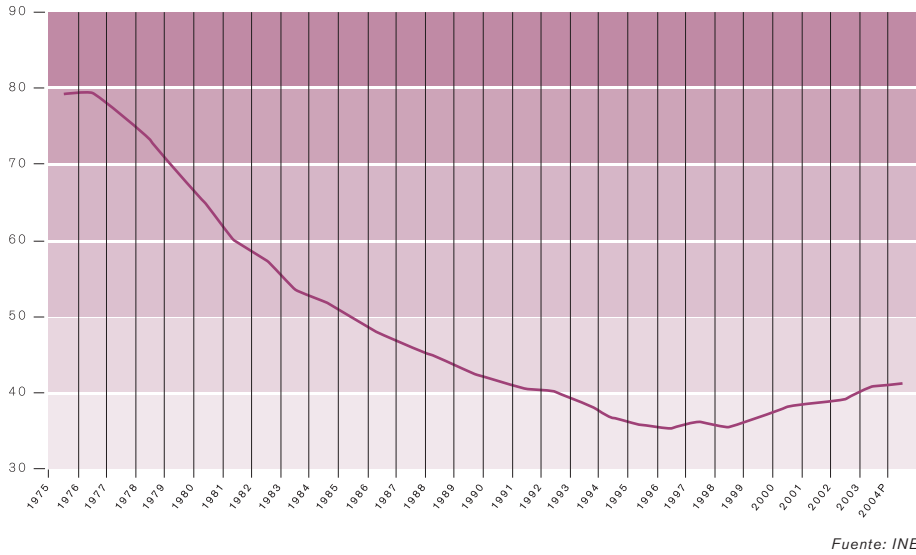
GRÁFICO 18 Tasas de Variación 2000-2002 de la población de mujeres en España por grupos de edad y nacionalidad.



El incremento neto en cifras absolutas de la población de mujeres de este grupo de edad en los últimos cuatro años (1.120.000 aproximadamente) se debe a la inmigración en un 60%. Dicho de otra forma, de cada diez nuevas mujeres incorporadas a la edad reproductiva en los últimos cuatro años, 6 son inmigrantes.

Un aspecto negativo de esta visión de la salud reproductiva es el aumento del número de abortos voluntarios a lo largo de los últimos años. Los abortos que se contabilizaron en el año 2003 supusieron un incremento del 2,5% de los contabilizados en el año 2000 y son en las mujeres de 20 a 24 años y de 25 a 29 donde más abortos se registran y donde más importante ha sido el aumento.

GRÁFICO 19 Variación 1975-2004 de la tasa neta de fecundidad por 100 mujeres.



3.6. LA SALUD MENTAL EN LA MUJER

La salud mental de las mujeres ha estado tradicionalmente ligada al ciclo biológico de tal forma que la propensión a sufrir depresiones o a experimentar variaciones en el estado de ánimo se explicaba en función de los ciclos hormonales. Estos modelos biológicos han ido dando paso a otros de corte biopsicosocial y más integradores que permiten entender la salud mental de las mujeres como un producto de distintos factores: educación, interiorización de valores y normas sociales, de las actitudes hacia sí mismas y hacia los demás, al igual que de los roles desempeñados y de los obstáculos y presiones que existen sobre las mujeres.

Pese a la evidencia clínica de que algunos trastornos están fuertemente asociados a la población de mujeres, hasta hace relativamente poco las características que son diferentes según sexo se han obviado en las prácticas y políticas sanitarias. Esta “omisión” explica la escasez de ensayos clínicos o de estudios poblacionales que incluyan a la mujer o que desagreguen las muestras según el sexo de sus componentes (Rohlf, 2001).

TABLA 20 Prevalencia psiquiátrica por sexo en distintos estudios comunitarios realizados en España

AUTOR / COMUNIDAD	VARONES %	MUJERES %
MUÑOZ (1979) NAVARRA	11.6	23.6
VÁZQUEZ-BARQUERO (1982) NAVARRA	19.2	28.3
VÁZQUEZ-BARQUERO <i>et al.</i> (1987) CANTABRIA	8.1	20.6
HERRERA <i>et al.</i> (1987) BARCELONA	15.9	30.8
MATEOS ÁLVAREZ <i>et al.</i> (1989) GALICIA	20.8	33.6

Fuente: Vázquez-Barquero et al., 1992

En líneas generales, según los estudios recogidos por Vázquez-Barquero et al. (1992) las mujeres presentan, en todas las regiones investigadas, unas altas cifras de alteraciones psiquiátricas, situándose la prevalencia/mes entre el 12.4 y 33.6%; significativamente más alta que la encontrada en el sexo masculino.

TABLA 21		Relación por sexo de los trastornos mentales	RELACIÓN HOMBRE/MUJER
TRASTORNOS MENTALES			
ESQUIZOFRENIA			1:1
TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO	T. Bipolar		1:2
	T. Depresión mayor		1:2
TRASTORNOS DE ANSIENDAD	T. de angustia sin agorafobia		1:1
	T. de angustia con agorafobia		1:2
	T. Obsesivo-compulsivo		1:1
	Fobias		1:2
	T. Ansiedad generalizada		1:2
	T. Estrés postraumático		1 :2
TRASTORNOS PSICOALIMENTARIOS			1 :10-20

Fuente: Mingote, 1999

TABLA 22	Estancias causadas por diagnóstico principal por sexo	AMBOS SEXOS	VARONES	MUJERES
TRASTORNOS MENTALES		3.949.150	2.058.413	1.890.737
PSICOSIS		2.456.517	1.336.278	1.130.239
PSICOSIS ORGÁNICAS SENIL Y PRESENIL		413.015	130.549	282.465
OTRAS PSICOSIS ORGÁNICAS		197.862	109.764	88.097
TRASTORNOS ESQUIZOFRÉNICOS		1.305.027	850.960	454.068
OTRAS PSICOSIS Y ESTADOS PARANOIDES		550.614	245.005	305.608
TRAST. MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO POR USO DE ALCOHOL		132.937	104.678	28.258
TRAST. MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO POR USO DE DROGAS		75.839	58.695	17.144
TRAST. NEURÓTICOS Y DE LA PERSONALIDAD		247.486	99.047	148.438
TRAST. MENTALES NO SICÓTICOS. RETRASO MENTAL		618.324	303.890	314.434

Fuente: Encuesta de morbilidad hospitalaria, 2003. INE

Entre los trastornos mentales más prevalentes, la distribución por sexo que se constata en distintos estudios (Mingote, 1999) marca diferencias significativas en detrimento para la mujer en los trastornos del estado de ánimo (depresión mayor y trastorno bipolar), los trastornos de ansiedad (prácticamente en todos) y los trastornos asociados con la alimentación.

Pese a que la prevalencia de alteraciones psiquiátricas son significativamente más altas en mujeres que en hombres, esta diferencia apenas se traslada al ámbito hospitalario en cuanto a estancias: excepto en lo que se refiere al capítulo de trastornos neuróticos y de la personalidad (donde la diferencia es especialmente relevante), psicosis orgánicas seniles y preseniles y, en menor medida, otras psicosis orgánicas, son los hombres los que causan más estancias hospitalarias por trastornos mentales.

De la misma forma, siendo las mujeres las principales usuarias de los centros de atención primaria, en lo que se refiere a los trastornos mentales representan algo menos de la mitad de los diagnósticos efectuados (Briones, 1999). No obstante, las mujeres acuden, en muchas ocasiones, presentado síntomas que pueden relacionarse con malestar psicológicos. Mucha de esta sintomatología se manifiesta de forma suficientemente grave como para limitar la actividad principal de la mujer.

TABLA 23

Proporción de mujeres que refieren síntomas limitativos de la actividad que pueden relacionarse con malestar psíquico

	MUJER	VARÓN
CAUSA DE LA LIMITACIÓN:		
PROBLEMAS DE NERVIOS, DEPRESIÓN O DIFICULTAD PARA DORMIR	13,45	8,81
DOLOR DE CABEZA	11,15	6,14
MAREOS O VAHÍDOS	9,66	4,85
AHOGO, DIFICULTAD PARA RESPIRAR	7,04	10,50
CANSANCIO SIN RAZÓN APARENTE	8,96	4,85

Encuesta Nacional de Salud, 2003. INE

3.6.1. TRASTORNOS EMOCIONALES

Los trastornos emocionales más prevalentes en la población de mujeres son la ansiedad y la depresión. La ansiedad, tal y como la define la American Psychiatric Association (1994) es un estado de ánimo negativo caracterizado por síntomas corporales de tensión física y aprehensión respecto al futuro.

La depresión es un trastorno del estado de ánimo que incluye síntomas cognitivos (como sentimientos de poca valía) y funciones físicas alteradas (alteración de los patrones del sueño, del apetito, fatiga, etc.). Los episodios depresivos suelen ir acompañados por una acusada pérdida de interés y anhedonia (incapacidad para experimentar placer).

El estudio de ámbito nacional de referencia (3.170 registros) es el de De Onís y Villar (1992); según este estudio las mujeres atendidas por trastornos mentales duplican a los hombres y entre los trastornos psicológicos más frecuentes están las alteraciones depresivas (79% en las mujeres, 215 en los hombres) y ansiedad-neurosis (77% en las mujeres, 33% en los hombres). Datos similares ofrece la Encuesta Nacional de Salud, 2003 si comparamos la prevalencia de diagnósticos directa o potencialmente relacionados con la salud mental.

TABLA 22 Tasa de población con diagnósticos relacionados con la salud mental		
DIAGNÓSTICO	VARÓN	MUJER
DEPRESIÓN	3,27	8,97
OTRAS ENFERMEDADES MENTALES	1,78	2,01
JAQUECAS, MIGRAÑAS, DOLORES DE CABEZA	3,86	9,40

Fuente: Encuesta Nacional de Salud., 2003

LA MAYOR INCIDENCIA DE LA DEPRESIÓN EN LAS MUJERES NO DEBE BUSCARSE EN LA BIOLOGÍA, EN SU FISIOLOGÍA O EN SU CUERPO SINO EN LAS CONDICIONES DE VIDA Y EN LAS CARACTERÍSTICAS DE LA SUBJETIVIDAD.

Como ya se comentara en un principio, la mayor incidencia de la depresión en las mujeres no debe buscarse en la biología, en su fisiología o en su cuerpo sino en las condiciones de vida y en las características de la subjetividad. De alguna forma, parece que es su propio rol el que predispone a la mujer a la depresión. En este sentido, algunos estudios (Llor, 2002) se citan como precipitantes de una depresión a factores de índole psicosocial tales como tener más de dos o tres hijos pequeños a su cargo, carencia de una red de apoyo o ser ama de casa de clase social baja.

3.6.2. TRASTORNOS RELACIONADOS CON LA ALIMENTACIÓN

Los dos grandes trastornos de la alimentación, anorexia y bulimia, se declinan en femenino. La American Psychiatric Association proporciona unas cifras de prevalencia para chicas de edades entre los 12 y los 18 años de 0.5-1% para anorexia y 3% para bulimia y los datos que disponemos en poblaciones españolas son muy similares.

En la anorexia la disminución del peso corporal es la característica más sobresaliente, pero lo fundamental de este trastorno es que esta pérdida de peso se debe al intenso temor a la obesidad de las pacientes así como a la incansable búsqueda de estar delgadas. Como ya se ha indicado, la inmensa mayoría de los casos se encuentran entre chicas adolescentes, en una proporción de 10 a 1 respecto de los varones jóvenes.

La característica distintiva de la bulimia es la ingestión de una gran cantidad de alimento (habitualmente “comida basura” y no frutas o verduras), una ingestión que el paciente experimenta como algo que está fuera de su control. Una vez más, se trata de un trastorno abrumadoramente vinculado a género.

Entre los estudios realizados en poblaciones españolas cabe destacar aquellos que se han realizado sobre poblaciones de riesgo, como el de Gandarillas y Febrel (2001); este estudio realizado en la comunidad de Madrid estudiaba población adolescente femenina escolarizada (n=1214) con edades entre 15 a 18 años. Para esta población concreta, mujeres adolescentes, los datos indican que cuatro (3,7%) de cada 100 chicas padecían o habían padecido un trastorno del comportamiento alimentario. El estudio pone de manifiesto que sólo la mitad de las chicas enfermas de anorexia nerviosa estaban en tratamiento, cifra que era aún menor para las que sufrían bulimia nerviosa (14 de cada 100).

Otro estudio elaborado por Pérez-Gaspar (2000), en la Comunidad Foral de Navarra con mujeres de 12 a 21 años (n= 2862) ha señalado que 4 de cada 100 chicas sufrían algún trastorno de éste tipo. Dentro de este grupo, y por diagnósticos, la prevalencia era del 0,3 % para anorexia, 0.8% para bulimia y 3.5% para casos incompletos de ambas y trastornos por atracón.

Tanto la anorexia como la bulimia son trastornos psicológicos de índole cultural: para muchas mujeres jóvenes verse delgadas es más importante que estar sanas. (Barlow y Durand, 2003). El imperativo cultural de la delgadez arroja a las mujeres a compararse con estándares de peso cada vez más difíciles de alcanzar: Para una adolescente de los años 50 parecerse, en peso, a Marilyn Monroe era más fácil que para las adolescentes actuales parecerse a modelos de pasarela que extrañamente llegan a superar un peso de 50 kgs.

La investigación epidemiológica ha demostrado que existen marcadas diferencias en salud mental y en el patrón de conducta enferma desarrollado por ambos sexos. En próximos estudios, además de la investigación de los distintos trastornos mentales tal como se especifican en los sistemas de diagnósticos (DSM-IV-TR, CIE-10) convendría adoptar la perspectiva de género que permite comprender mejor muchas de las razones del malestar psicológico de las mujeres. Serían pues deseables nuevas investigaciones que tomen en consideración estas diferencias que tendrán importantes repercusiones para la prevención y el tratamiento.

EL IMPERATIVO CULTURAL DE LA DELGADEZ ARROJA A LAS MUJERES A COMPARARSE CON ESTÁNDARES DE PESO CADA VEZ MÁS DIFÍCILES DE ALCANZAR

TANTO LA ANOREXIA COMO LA BULIMIA SON TRASTORNOS PSICOLÓGICOS DE ÍNDOLE CULTURAL: PARA MUCHAS MUJERES JÓVENES VERSE DELGADAS ES MÁS IMPORTANTE QUE ESTAR SANAS.

4. LA CALIDAD DE VIDA DE LA MUJER

4.1. ACCIDENTALIDAD

Aunque las diferencias no son importantes, la mujer tiene una tasa de accidentalidad algo mayor que el varón (10 % en los hombres y 10,3 % en las mujeres). El diferente escenario de los accidentes hace visible la enorme asimetría todavía existente en la distribución ocupacional de hombres y mujeres. Las tres cuartas partes de los accidentes laborales son sufridos por los hombres, mientras que tres de cada cuatro accidentes ocurridos en las casas son soportados por mujeres; las quemaduras en el hogar son accidentes casi exclusivamente femeninos, fiel reflejo del asimétrico reparto de las tareas domésticas. La casa y la calle (exceptuando los accidentes de tráfico) son los espacios más peligrosos para las mujeres o donde se concentra la mayor accidentalidad femenina, mientras que la del hombre lo hace en el trabajo y en el tráfico rodado.

La diferente etiología de los accidentes en hombres y mujeres queda reflejada en la evolución de las tasa de accidentalidad por edad. Así como en los hombres, las tasas disminuyen con la edad hasta los 80 años, habiendo alcanzado sus cotas mas elevadas en los primeros años de juventud, en la mujer las tasas mas altas de accidentalidad se alcanzan precisamente en la vejez mas avanzada.

TABLA 25		Distribución porcentual por sexo de la accidentalidad según el lugar de ocurrencia	VARÓN	MUJER
		EN CASA, ESCALERAS, PORTAL, ETC.	24,0%	76,0%
		EN LA CALLE O CARRETERA, ACCIDENTE DE TRÁFICO	47,2%	52,8%
		EN LA CALLE, PERO NO FUE UN ACCIDENTE DE TRÁFICO	38,2%	61,8%
		EN EL TRABAJO O CENTRO DE ESTUDIO	76,7%	23,3%
		EN OTRO LUGAR	56,5%	43,5%

Fuente: Encuesta Nacional de Salud., 2003

LAS TRES CUARTAS PARTES DE LOS ACCIDENTES LABORALES SON SUFRIDOS POR LOS HOMBRES, MIENTRAS QUE TRES DE CADA CUATRO ACCIDENTES OCURRIDOS EN LAS CASAS SON SOPORTADOS POR MUJERES

Todo el peso de este progresivo incremento de la accidentalidad en la mujer debe achacarse a los accidentes domésticos. El hogar y la propia vivienda son las fuentes de mayor riesgo para las mujeres. Casi la mitad de los accidentes que sufre la mujer (44,1 %) tienen lugar en la casa, las escaleras o el portal de la vivienda y este porcentaje se eleva al 66 % en las mujeres mayores de 80 años.

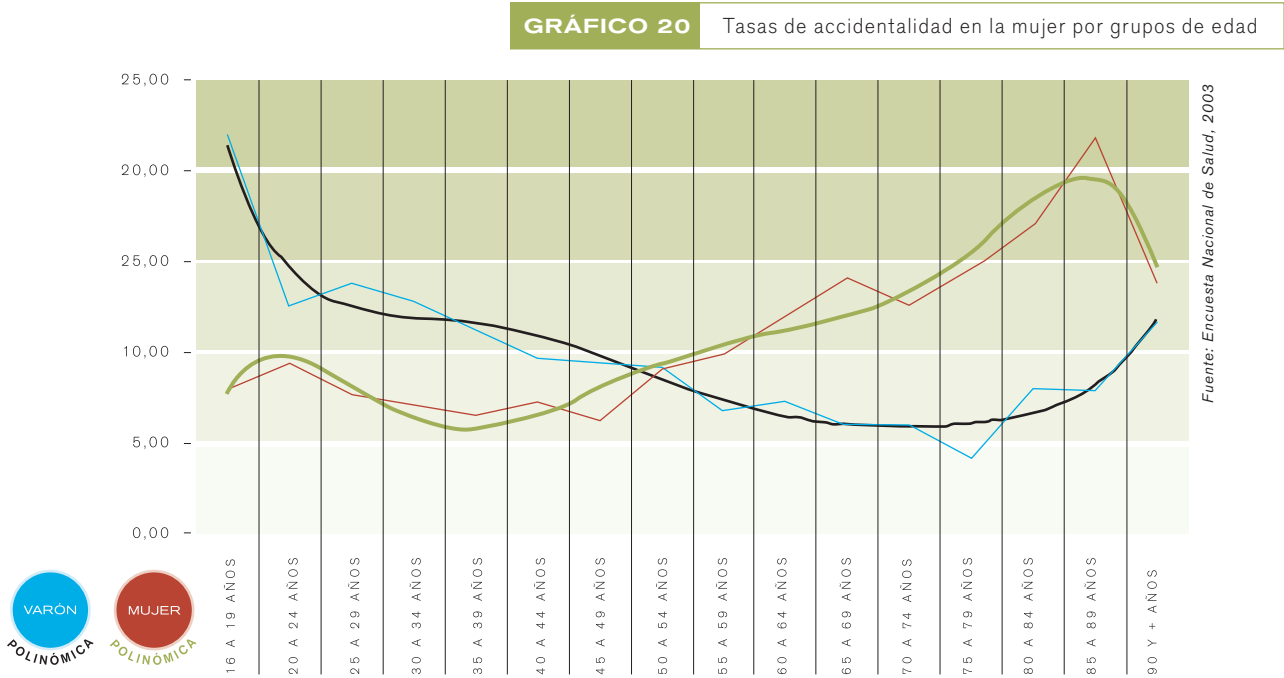
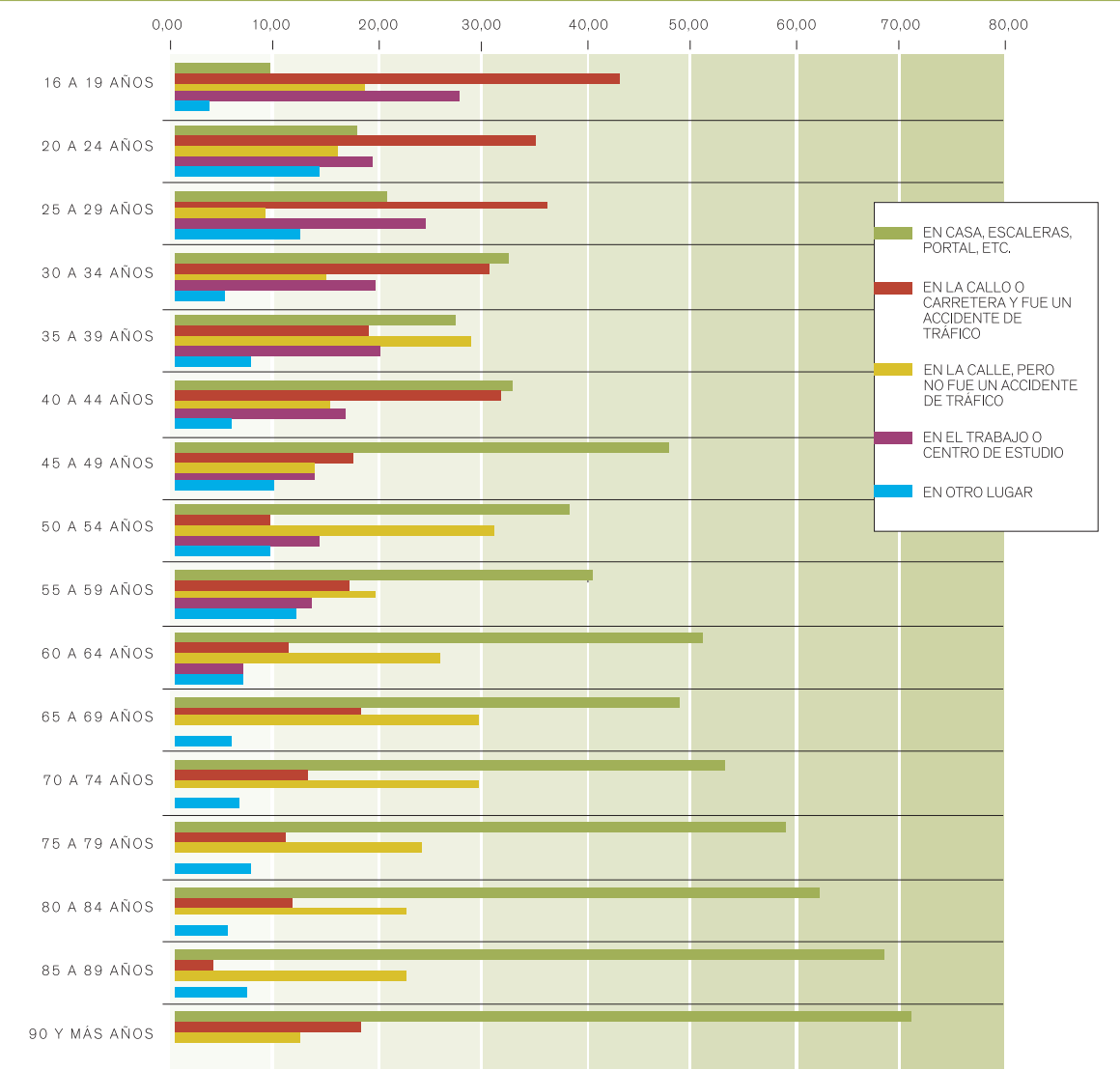


TABLA 26		Lugar de ocurrencia del último accidente	VARÓN	MUJER
		EN CASA, ESCALERAS, PORTAL, ETC.	17,2%	44,1%
		EN LA CALLE O CARRETERA, ACCIDENTE DE TRÁFICO	19,7%	17,9%
		EN LA CALLE, PERO NO FUE ACCIDENTE DE TRÁFICO	16,8%	22,2%
		EN EL TRABAJO O CENTRO DE ESTUDIO	34,8%	8,6%
		EN OTRO LUGAR	11,5%	7,2%

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003

Las lesiones más comunes en los accidentes de la mujer son contusiones, hematomas, esguinces-luxaciones o heridas superficiales; afectan a dos de cada tres accidentadas (67,6 %). Son también frecuentes aunque en menor proporción las fracturas o heridas profundas que afectan en las mujeres a uno de cada cinco casos. Le siguen en importancia las quemaduras, cuyas tasas se duplican entre los 30 y 55 años por efecto de la mayor actividad doméstica de la mujer en el hogar, situándose durante ese segmento de edad por encima del diez por ciento de los accidentes.

GRÁFICO 21 Distribución porcentual de los accidentes en la mujer según lugar de ocurrencia y grupo de edad



Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003

SE APRECIA,
SIN EMBARGO,
UNA MENOR
GRAVEDAD EN
LOS ACCIDENTES
DE LAS MUJERES

Se aprecia, sin embargo, una menor gravedad en los accidentes de las mujeres que en los de los hombres; una de cada cinco mujeres accidentadas no precisó de ningún tipo de consulta ni intervención sanitaria, proporción de accidentes muy leves que en los hombres es sólo del 11,5 %, si bien hay que reconocer que el hecho de que los hombres accidentados (en el trabajo y el tráfico mayoritariamente) acudan con más frecuencia al médico o al centro de urgencias que las mujeres accidentadas (más en el hogar y en la calle) no traduce enteramente la posible gravedad de las lesiones en unos y otros.

TABLA 27	Lesiones y efectos producidos por los accidentes según sexo	VARÓN	MUJER
	CONTUSIONES, HEMATOMAS, ESGUINCES-LUXACIONES O HERIDAS SUPERFICIALES	60,4%	67,6%
	FRACTURAS O HERIDAS PROFUNDAS	26,4%	20,2%
	ENVENENAMIENTO O INTOXICACIÓN	2,6%	3,1%
	QUEMADURAS	3,9%	5,5%
	OTROS EFECTOS	6,7%	3,6%

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003

TABLA 28-29 Mujeres y Hombres accidentados según lugar de ocurrencia y atención sanitaria recibida

MUJERES	ATENCIÓN SANITARIA QUE PRECISO LA ACCIDENTADA			
	CONSULTÓ A UN MÉDICO O ATS	ACUDIÓ A UN CENTRO DE URGENCIAS	INGRESÓ EN UN HOSPITAL	NO FUE NECESARIA CONSULTA NI INTERVENCIÓN
LUGAR EN EL QUE SE PRODUJO EL ACCIDENTE				
EN CASA, ESCALERA, PORTAL, ETC.	24,0%	44,8%	5,8%	25,5%
EN LA CARRETERA O LA CALLE, FUE ACCIDENTE DE TRÁFICO	14,3%	63,6%	7,4%	14,7%
EN LA CALLE, PERO NO FUE UN ACCIDENTE DE TRÁFICO	21,3%	54,5%	2,2%	22,0%
EN EL TRABAJO O CENTRO DE ESTUDIO	37,5%	43,3%	-	19,2%
EN OTRO LUGAR	29,9%	50,6%	4,6%	14,9%
TOTAL GRUPO	23,2%	50,6%	4,7%	21,5%

HOMBRES	ATENCIÓN SANITARIA QUE PRECISO EL ACCIDENTADO			
	CONSULTÓ A UN MÉDICO O ATS	ACUDIÓ A UN CENTRO DE URGENCIAS	INGRESÓ EN UN HOSPITAL	NO FUE NECESARIA CONSULTA NI INTERVENCIÓN
LUGAR EN EL QUE SE PRODUJO EL ACCIDENTE				
EN CASA, ESCALERA, PORTAL, ETC.	24,9%	55,6%	5,3%	14,2%
EN LA CARRETERA O LA CALLE, FUE ACCIDENTE DE TRÁFICO	12,9%	61,9%	8,8%	16,5%
EN LA CALLE, PERO NO FUE UN ACCIDENTE DE TRÁFICO	19,3%	62,0%	6,6%	12,0%
EN EL TRABAJO O CENTRO DE ESTUDIO	33,9%	53,5%	4,4%	8,2%
EN OTRO LUGAR	22,1%	66,4%	3,5%	8,0%
TOTAL GRUPO	24,4%	58,4%	5,7%	11,5%

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003

La accidentalidad en la mujer tiene muy diferente impacto en las distintas regiones, por el efecto conjunto de la composición etárea de la población femenina y de las tasas de ocupación. Islas Baleares (18,6 %), la Comunidad Valenciana (15,4 %) y Galicia (15,2 %) se sitúan muy por encima de la tasa general para todo el territorio nacional (10,3 %), sin que puedan achacarse estas diferencias a una única causa ya que en el caso de Baleares parece deberse a una mayor accidentalidad laboral, en el de la comunidad Valenciana a los accidentes de tráfico y en de Galicia a los domésticos.

TABLA 30 Tasas de accidentalidad por comunidad autónoma

COMUNIDAD AUTONOMA	VARÓN		MUJER	
	NO	SÍ	NO	SÍ
ANDALUCÍA	93,4%	6,6%	92,6%	7,4%
ARAGÓN	92,1%	7,9%	90,4%	9,6%
CANARIAS	87,9%	12,1%	87,4%	12,6%
CANTABRIA	89,9%	10,1%	90,5%	9,5%
CASTILLA LA MANCHA	92,5%	7,5%	91,6%	8,4%
CASTILLA Y LEÓN	89,9%	10,1%	89,3%	10,7%
CATALUÑA	91,9%	8,1%	92,9%	7,1%
CEUTA Y MELILLA	96,8%	3,2%	92,4%	7,6%
COMUNIDAD VALENCIANA	83,8%	16,2%	84,6%	15,4%
COMUNIDAD DE MADRID	91,1%	8,9%	91,4%	8,6%
C. FORAL DE NAVARRA	87,9%	12,1%	89,9%	10,1%
EXTREMADURA	95,6%	4,4%	92,3%	7,7%
GALICIA	83,4%	16,6%	84,8%	15,2%
ISLAS BALEARES	84,0%	16,0%	81,4%	18,6%
LA RIOJA	92,5%	7,5%	94,3%	5,7%
PAÍS VASCO	87,7%	12,3%	90,4%	9,6%
PRINCIPADO DE ASTURIAS	90,5%	9,5%	87,7%	12,3%
REGIÓN DE MURCIA	90,2%	9,8%	91,0%	9,0%
ESPAÑA	90,04 %	9,96 %	89,72 %	10,28 %

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003

4.2. RESTRICCIONES DE LA ACTIVIDAD

Aunque la limitación de la actividad por motivo de salud tiene dos vectores distintos (el tipo de actividad y el de dolencia) lo cierto es que la mujer se ve más condicionada o limitada por problemas relacionados con la salud de lo que lo está el hombre. Un 15,9% de las mujeres no pudo realizar su actividad normal en las dos últimas semanas por ese motivo, debiendo

suspender o limitar su actividad principal por un periodo medio de 8,7 días; este porcentaje en los hombres fue del 10,2 y su limitación alcanza a 8,2 días.

TABLA 31 Causa de la limitación de la actividad principal

ENFERMEDAD, SÍNTOMA O DOLENCIA	VARÓN	MUJER	AMBOS SEXOS
DOLOR DE HUESOS, DE COLUMNA O DE LAS ARTICULACIONES	22,49	26,74	25,38
PROBLEMAS DE GARGANTA, TOS, CATARRO O GRIPE	17,33	12,59	14,11
OTROS DOLORES O SÍNTOMAS	15,34	12,50	13,41
PROBLEMAS DE NERVIOS, DEPRESIÓN O DIFICULTAD PARA DORMIR	5,73	7,65	7,04
DOLOR DE CABEZA	3,99	6,34	5,59
MAREOS O VAHÍDOS	3,16	5,49	4,75
CANSANCIO SIN RAZÓN APARENTE	3,16	5,10	4,48
AHOGO, DIFICULTAD PARA RESPIRAR	6,83	4,01	4,91
PROBLEMAS DE ESTÓMAGO, DIGESTIVO, HIGADO O VESÍCULA BILIAR	4,19	3,34	3,61
TOBILLOS HINCHADOS	1,10	3,07	2,43
DIARREA O PROBLEMAS INTESTINALES	2,77	2,58	2,64
CONTUSIÓN, LESIÓN O HERIDAS	3,93	2,46	2,93
FIEBRE	2,90	2,34	2,52
MOLESTIAS DE RIÑÓN O URINARIAS	2,71	1,43	1,84
DOLOR DE OÍDOS, OTITIS	0,84	1,21	1,09
DOLOR EN EL PECHO	1,93	1,18	1,42
RONCHAS, PICOR, ALERGIAS	0,84	1,06	0,99
PROBLEMAS CON LOS DIENTES O ENCÍAS	0,77	0,91	0,87
TODAS LAS CAUSAS	100	100	100

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003

Las causas mas frecuentes de limitación de la actividad son muy similares en hombres y mujeres, aunque con una diversa incidencia en uno y otro sexo. Los dolores osteoarticulares son la causa que limita con mayor frecuencia la actividad de las mujeres. Más de una cuarta parte de

las mujeres (26,7 %) que ven limitada su actividad principal sufren dolores de huesos, columna o articulaciones, afectando así a un 7,5 % de la población adulta femenina. Los problemas de garganta, tos, catarro o gripe son el segundo grupo causante de limitación de actividad en las mujeres, aunque en bastante menor medida que en los hombres, al igual que, en general, todas las afecciones broncopulmonares. Mayor incidencia en la mujer tiene los problemas de nervios, depresión o dificultad para dormir y el dolor de cabeza.

Sin embargo, la frecuencia relativa con que las diferentes dolencias afectan a las personas no es un indicador de la intensidad o duración con que lo hace en cada caso. Así, aunque los dolores de huesos, de columna o de las articulaciones encabezan por su mayor incidencia la lista de las limitaciones a la actividad femenina, el número medio de días que obliga a estas a guardar cama es bastante bajo.

TABLA 32	Número de días de cama guardados por cada tipo de dolencia y sexo		
	DOLENCIA O SINTOMAS	VARÓN	MUJER
	CONTUSIÓN, LESIÓN O HERIDAS	6,33	8,59
	DOLOR EN EL PECHO	6,21	7,50
	AHOGO, DIFICULTAD PARA RESPIRAR	6,04	7,02
	MOLESTIAS DE RIÑÓN O URINARIAS	6,65	6,82
	OTROS DOLORS O SÍNTOMAS	6,99	6,51
	TOBILLOS HINCHADOS	4,17	6,41
	PROBLEMAS DE NERVIOS, DEPRESIÓN O DIFICULTAD PARA DORMIR	6,32	6,35
	CANSANCIO SIN RAZÓN APARENTE	5,75	6,31
	RONCHAS, PICOR, ALERGIAS	7,50	6,20
	PROBLEMAS CON LOS DIENTES O ENCÍAS	7,80	6,00
	DOLOR DE HUESOS, DE COLUMNA O DE LAS ARTICULACIONES	5,42	5,75
	PROBLEMAS DE ESTÓMAGO, DIGESTIVO, HIGADO O VESÍCULA BILIAR	6,96	5,55
	DIARREA O PROBLEMAS INTESTINALES	3,76	4,98
	MAREOS O VAHÍDOS	4,14	4,83
	DOLOR DE CABEZA	3,63	4,71
	DOLOR DE OÍDOS, OTITIS	4,67	4,19
	FIEBRE	3,54	4,12
	PROBLEMAS DE GARGANTA, TOS, CATARRO O GRIPE	3,25	3,59

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003

Existe, afortunadamente, una correlación negativa entre las dolencias que limitan con más frecuencia la actividad de la mujer y la intensidad o duración con que parece hacerlo, medida ésta en días de guardar cama. Lo mismo sucede con los hombres, si bien no coinciden los males que obligan a guardar más días de cama a los varones y a las mujeres. En estas últimas son las contusiones y lesiones, el dolor de pecho y las dificultades respiratorias o sensación de ahogo, así como los tobillos hinchados, dolencia estrechamente asociada con la edad.

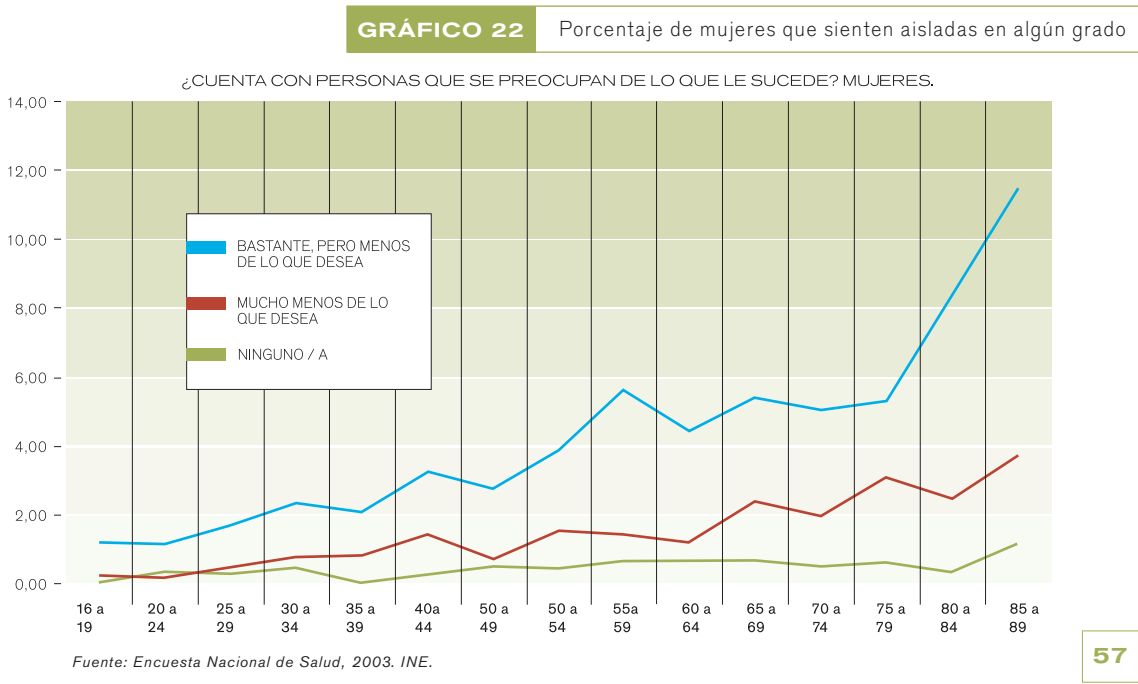
4.3. LA DEPENDENCIA EN LA MUJER

La dependencia es el estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o pérdida de capacidad física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de una asistencia o ayuda importante para la realización de actividades de la vida diaria. Aunque en principio la dependencia no tiene porqué estar vinculada a la edad, la evidencia empírica disponible muestra, tanto en el ámbito nacional como internacional, la estrecha relación existente entre dependencia y edad: el porcentaje de individuos que soportan limitaciones en su capacidad funcional aumenta notablemente conforme consideramos cohortes poblacionales de mayor edad.

Este fenómeno es especialmente importante en individuos de más de 80 años. Sin embargo, la dependencia es una contingencia que afecta transversalmente a la totalidad de la población, en un abanico que abarca desde el retraso mental, junto con las enfermedades crónicas, en su mayoría, o los siniestrados en accidentes de tráfico y/o laborales que quedan incapacitados para el desarrollo de una vida social, normal, completa y autosuficiente.

Diversos estudios realizados en la última década sitúan la cifra de mayores dependientes entre el millón y medio y los dos millones y medio, afectando a una tercera parte de las personas mayores de 65 años. Los datos mas recientes de la Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud del INE – 1999 – constituyen un punto de partida fiable para una aproximación adecuada al problema, cifrándose en millón y medio las personas con problemas para actividades de la vida diaria y en más de dos millones las personas con alguna discapacidad.

A medida que los individuos envejecen, sobre todo a partir de los 65 años, la imposibilidad de realizar autónomamente algunas actividades cotidianas surge por dos motivos no excluyentes: por un lado, la dependencia puede tener su origen en una o, generalmente, varias enfermedades crónicas; por otro lado, puede ser el reflejo de una pérdida general en las funciones fisiológicas atribuible al proceso global de senescencia. Ambas causas hacen que sean las mujeres las víctimas mas frecuentes de las situaciones de dependencia de una u otra índole.

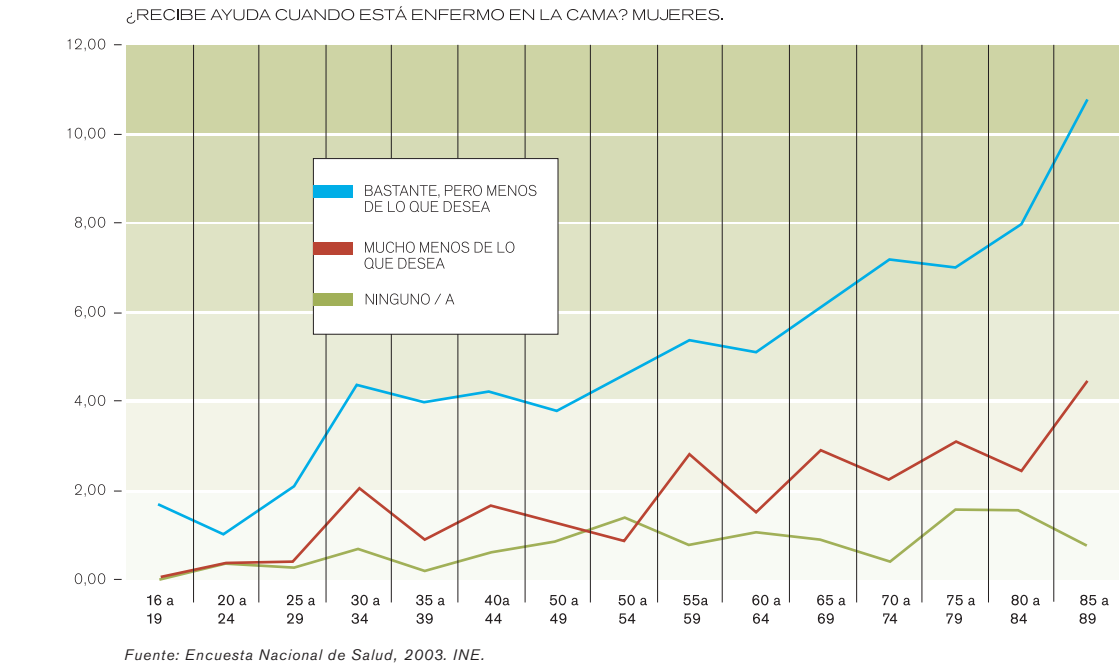


Esta situación es especialmente preocupante cuando la persona vive sola, ya que no cuenta de una ayuda estable y regular por parte de un miembro de su familia. En España, el 20% de las personas de 65 y más años con dependencia viven solos; de ellas, el 84% son mujeres. La soledad, la viudedad y el aislamiento suelen acompañar con reiteración a la dependencia.

En paralelo con esta realidad, el envejecimiento acelerado de la población española llevará a que estas cifras se incrementen progresivamente, creciendo también el número de personas dependientes en los próximos años. Este hecho provocará que la demanda de servicios y atención social de estas personas sea igualmente creciente. Los mayores de 75 años consumen el 30% del gasto sanitario, aunque suman el 5% de la población.

Aunque el mayor problema que vive la mujer mayor es el de su propia dependencia física o económica, el impacto de ésta no recae solo sobre la persona dependiente sino también sobre quienes tienen la función social de cuidar o apoyar a estas personas, que si bien podríamos pensar que serán los familiares y allegados mas cercanos, un análisis mas riguroso nos dice que se trata de mujeres en su practica totalidad.

GRÁFICO 23 Porcentaje de mujeres que están desatendidas en la enfermedad



Esta función generalmente no retribuida, mayoritariamente asumida por las mujeres, de cuidadoras de las personas dependientes, coloca a la mujer ante una nueva dificultad frente al trabajo y a su vida social, limitando su capacidad de generación de ingresos y coartando con un elevado coste horario sus posibilidades sociales en general. Más del 80 % de los cuidadores son mujeres, lo que unido a la gran incidencia de la dependencia sobre este sexo, hace que esta cuestión se encuentre estrechamente ligada a la diferenciación y la discriminación por género.

Una consecuencia de la enfermedad en las personas es la dificultad que tienen las mismas para realizar las tareas de la vida cotidiana. Según los datos de la ENS 2003, el 3,43 % de la población tiene una dificultad grave o absoluta y el 2,32 % la tiene moderada. En el caso de las mujeres estos porcentajes son superiores (4,24) y (2,7).

Las dificultades se agravan con la edad y, como consecuencia del envejecimiento de la población, las dificultades antes mencionadas aumentan considerablemente. De este modo, el 13, 63% de la población de 65 y más años tiene una dificultad grave o absoluta siendo para las mujeres de esa misma edad el 16,3% y en las edades de 75 años y más estos valores se incrementan considerablemente pasando a 19,64% en toda la población y a 23,3 % en el caso de las mujeres de esa misma edad.

En estas edades de dependencia, las dificultades para realizar las actividades de la vida cotidiana son mayoritariamente de carácter físico pero también hay que recordar la importancia de las dificultades de tipo físico-mental conjuntamente que en la población de 75 y más años representa el 18% de los casos. La enfermedad genera dependencia y necesidad de ayuda; y en este sentido, el 82,6 % de la población de 65 y más años que padece alguna discapacidad necesita de ayuda y en el caso de las mujeres este porcentaje aumenta representando el 85,13 % debido a su mayor supervivencia.

No sólo la enfermedad genera dependencia; hay personas mayores que disfrutan de un buen estado de salud, pero por motivos económicos o sociales se ven abocadas a una situa-

TABLA 33 Porcentaje de mujeres mayores de 65 años con dependencia según la tareas y funciones que no pueden desempeñar ella sola

TAREA O FUNCIÓN	GRADO DE DEPENDENCIA	65 A 69 AÑOS	70 A 74 AÑOS	75 A 79 AÑOS	80 A 84 AÑOS	85 A 89 AÑOS	90 Y MÁS AÑOS
UTILIZAR EL TELÉFONO (Buscar números y marcar)	Puede hacerlo con ayuda de otra persona	1,50	2,23	3,18	7,04	12,59	18,70
	No puede hacerlo de ninguna manera	2,04	1,67	3,53	7,39	14,07	32,52
	Dependencia Parcial o Absoluta	3,54	3,91	6,71	14,43	26,67	51,22
COMPRAR COMIDA, ROPA, ETC.	Puede hacerlo con ayuda de otra persona	4,30	5,95	8,01	13,40	17,78	19,51
	No puede hacerlo de ninguna manera	2,58	2,98	5,18	12,71	29,26	51,22
	Dependencia Parcial o Absoluta	6,87	8,93	13,19	26,12	47,04	70,73
COGER EL AUTOBÚS, METRO, TAXI, ETC.	Puede hacerlo con ayuda de otra persona	4,51	8,00	12,37	21,82	25,93	30,89
	No puede hacerlo de ninguna manera	3,44	3,72	6,60	12,89	30,74	49,59
	Dependencia Parcial o Absoluta	7,95	11,72	18,96	34,71	56,67	80,49
PREPARAR SU PROPIO DESAYUNO	Puede hacerlo con ayuda de otra persona	0,97	1,30	1,77	4,47	8,15	8,13
	No puede hacerlo de ninguna manera	1,40	1,58	3,30	7,22	19,26	41,46
	Dependencia Parcial o Absoluta	2,36	2,88	5,06	11,68	27,41	49,59
PREPARAR SU PROPIA COMIDA	Puede hacerlo con ayuda de otra persona	1,40	1,49	2,24	6,01	11,48	11,38
	No puede hacerlo de ninguna manera	1,50	1,86	3,89	8,76	21,85	43,90
	Dependencia Parcial o Absoluta	2,90	3,35	6,12	14,78	33,33	55,28
TOMAR SUS MEDICINAS (Acordarse de la Posología)	Puede hacerlo con ayuda de otra persona	1,40	2,05	2,83	6,19	12,96	22,76
	No puede hacerlo de ninguna manera	1,40	1,12	2,24	6,01	13,70	25,20
	Dependencia Parcial o Absoluta	2,79	3,16	5,06	12,20	26,67	47,97

EL 82,6 % DE LA POBLACIÓN DE 65 Y MÁS AÑOS QUE PADECE ALGUNA DISCAPACIDAD NECESITA DE AYUDA Y EN EL CASO DE LAS MUJERES ESTE PORCENTAJE AUMENTA REPRESENTANDO EL 85,13 % DEBIDO A SU MAYOR SUPERVIVENCIA

TAREA O FUNCIÓN	GRADO DE DEPENDENCIA	65 A 69 AÑOS	70 A 74 AÑOS	75 A 79 AÑOS	80 A 84 AÑOS	85 A 89 AÑOS	90 Y MÁS AÑOS
ADMINISTRAR SU PROPIO DINERO	Puede hacerlo con ayuda de otra persona	1,83	2,60	4,36	6,36	14,81	25,20
	No puede hacerlo de ninguna manera	1,18	1,49	3,18	8,08	18,89	30,08
	Dependencia Parcial o Absoluta	3,01	4,09	7,54	14,43	33,70	55,28
CORTAR UNA REBANADA DE PAN	Puede hacerlo con ayuda de otra persona	0,86	0,65	1,18	2,06	6,30	10,57
	No puede hacerlo de ninguna manera	1,07	1,30	2,24	5,15	10,37	26,02
	Dependencia Parcial o Absoluta	1,93	1,95	3,42	7,22	16,67	36,59
FREGAR LA VAJILLA	Puede hacerlo con ayuda de otra persona	2,15	2,23	2,94	6,70	6,30	12,20
	No puede hacerlo de ninguna manera	2,04	2,42	3,89	8,59	18,89	39,02
	Dependencia Parcial o Absoluta	4,19	4,65	6,83	15,29	25,19	51,22
HACER LA CAMA	Puede hacerlo con ayuda de otra persona	2,58	4,09	4,24	6,53	10,00	13,01
	No puede hacerlo de ninguna manera	2,79	2,70	4,12	10,82	20,00	40,65
	Dependencia Parcial o Absoluta	5,37	6,79	8,36	17,35	30,00	53,66
CAMBIAR LAS SABANAS DE LA CAMA	Puede hacerlo con ayuda de otra persona	3,44	4,93	5,18	7,39	15,93	13,82
	No puede hacerlo de ninguna manera	3,01	3,53	5,54	12,54	22,96	45,53
	Dependencia Parcial o Absoluta	6,44	8,47	10,72	19,93	38,89	59,35
LAVAR ROPA LIGERA A MANO	Puede hacerlo con ayuda de otra persona	2,47	3,63	3,77	5,67	12,96	10,57
	No puede hacerlo de ninguna manera	4,08	4,65	6,95	13,75	22,59	47,97
	Dependencia Parcial o Absoluta	6,55	8,28	10,72	19,42	35,56	58,54
LAVAR ROPA A MAQUINA	Puede hacerlo con ayuda de otra persona	1,72	2,70	2,94	7,04	10,37	13,01
	No puede hacerlo de ninguna manera	2,26	1,77	4,95	10,82	25,19	47,97
	Dependencia Parcial o Absoluta	3,97	4,47	7,89	17,87	35,56	60,98
LIMPIAR LA CASA O EL PISO (fregar el suelo, barrer)	Puede hacerlo con ayuda de otra persona	3,87	6,23	8,48	10,14	13,70	18,70
	No puede hacerlo de ninguna manera	3,97	6,05	8,13	18,38	31,85	48,78
	Dependencia Parcial o Absoluta	7,84	12,28	16,61	28,52	45,56	67,48
LIMPIAR UNA MANCHA DEL SUELO AGACHÁNDOSE	Puede hacerlo con ayuda de otra persona	5,37	5,77	11,07	12,89	14,07	19,51
	No puede hacerlo de ninguna manera	8,59	13,02	15,90	25,77	40,00	60,98
	Dependencia Parcial o Absoluta	13,96	18,79	26,97	38,66	54,07	80,49
COMER (cortar comida e introducirla en la boca)	Puede hacerlo con ayuda de otra persona	0,75	0,74	1,41	1,72	3,70	13,01
	No puede hacerlo de ninguna manera	0,86	0,84	1,18	2,75	7,41	14,63
	Dependencia Parcial o Absoluta	1,61	1,58	2,59	4,47	11,11	27,64
VESTIRSE Y DESNUDARSE Y ELEGIR LA ROPA	Puede hacerlo con ayuda de otra persona	2,36	1,95	2,94	7,73	11,85	17,89
	No puede hacerlo de ninguna manera	0,86	0,74	1,53	3,61	10,00	21,14
	Dependencia Parcial o Absoluta	3,22	2,70	4,48	11,34	21,85	39,02
PEINARSE, AFEITARSE, ETC.	Puede hacerlo con ayuda de otra persona	1,29	1,02	2,00	3,78	6,30	13,01
	No puede hacerlo de ninguna manera	0,86	0,65	1,41	3,95	9,63	22,76
	Dependencia Parcial o Absoluta	2,15	1,67	3,42	7,73	15,93	35,77
ANDAR (con o sin bastón, muletas o andadores)	Puede hacerlo con ayuda de otra persona	1,93	2,88	3,77	7,39	13,33	17,89
	No puede hacerlo de ninguna manera	0,75	0,65	1,18	3,09	10,00	18,70
	Dependencia Parcial o Absoluta	2,69	3,53	4,95	10,48	23,33	36,59
LEVANTARSE DE LA CAMA Y ACOSTARSE	Puede hacerlo con ayuda de otra persona	1,50	1,30	2,47	5,50	10,74	14,63
	No puede hacerlo de ninguna manera	0,64	0,74	1,06	2,41	8,52	18,70
	Dependencia Parcial o Absoluta	2,15	2,05	3,53	7,90	19,26	33,33

TAREA O FUNCIÓN	GRADO DE DEPENDENCIA	65 A 69 AÑOS	70 A 74 AÑOS	75 A 79 AÑOS	80 A 84 AÑOS	85 A 89 AÑOS	90 Y MÁS AÑOS
CORTARSE LAS UÑAS DE LOS PIES	Puede hacerlo con ayuda de otra persona	6,98	10,60	13,31	15,46	17,41	21,14
	No puede hacerlo de ninguna manera	9,99	13,40	17,79	30,93	44,44	55,28
	Dependencia Parcial o Absoluta	16,97	24,00	31,10	46,39	61,85	76,42
COSER UN BOTÓN	Puede hacerlo con ayuda de otra persona	1,18	2,33	3,06	6,36	7,41	7,32
	No puede hacerlo de ninguna manera	2,69	4,74	6,95	12,71	26,67	49,59
	Dependencia Parcial o Absoluta	3,87	7,07	10,01	19,07	34,07	56,91
LAVARSE LA CARA Y EL CUERPO DE LA CINTURA PARA ARRIBA	Puede hacerlo con ayuda de otra persona	1,18	1,40	1,77	3,95	8,52	11,38
	No puede hacerlo de ninguna manera	0,97	0,84	1,30	4,30	11,48	22,76
	Dependencia Parcial o Absoluta	2,15	2,23	3,06	8,25	20,00	34,15
DUCHARSE O BAÑARSE	Puede hacerlo con ayuda de otra persona	3,33	5,21	7,54	16,32	23,33	26,83
	No puede hacerlo de ninguna manera	1,61	1,49	2,71	7,04	18,52	32,52
	Dependencia Parcial o Absoluta	4,94	6,70	10,25	23,37	41,85	59,35
SUBIR DIEZ ESCALONES	Puede hacerlo con ayuda de otra persona	3,97	7,07	9,54	12,54	18,15	23,58
	No puede hacerlo de ninguna manera	2,58	3,91	6,12	9,97	23,33	30,08
	Dependencia Parcial o Absoluta	6,55	10,98	15,67	22,51	41,48	53,66
ANDAR DURANTE UNA HORA SEGUIDA	Puede hacerlo con ayuda de otra persona	5,05	8,09	9,89	15,12	20,37	21,14
	No puede hacerlo de ninguna manera	8,59	12,74	15,67	23,37	37,04	55,28
	Dependencia Parcial o Absoluta	13,64	20,84	25,56	38,49	57,41	76,42
QUEDARSE SOLO/A DURANTE TODA UNA NOCHE	Puede hacerlo con ayuda de otra persona	2,04	2,42	2,59	4,12	7,04	12,20
	No puede hacerlo de ninguna manera	1,93	2,51	4,00	10,48	22,59	40,65
	Dependencia Parcial o Absoluta	3,97	4,93	6,60	14,60	29,63	52,85

ción de aislamiento e indefensión. La pobreza, la soledad, el tedio, la falta de relaciones sociales, la carencia de afectos, la falta de actividad, el aislamiento, etc. conducen en muchos casos a situaciones de dependencia más difíciles de medir.

Actualmente más del 80% de las personas mayores dependientes en España son atendidas gracias a los cuidados de la familia, fundamentalmente mujeres (hijas y cónyuges) clasificadas como amas de casa. También la Encuesta del Empleo del Tiempo 2002-2003 (INE) pone de relieve que las actividades de ayuda a otros hogares están realizadas en su mayoría por personas de más de 65 años y fundamentalmente por mujeres. Esta presión y responsabilidad en personas de cierta edad determina asimismo un mayor impacto de los trastornos mentales en las mujeres que cuidan de ancianos y discapacitados.

La correcta integración de la mujer en condiciones de igualdad demanda un cambio de roles que liberen a la mujer de esta servidumbre y pueda ser sustituida por personal profesionalizado en la atención socio sanitaria, o, en caso contrario, obtengan algún tipo de compensación económica por la labor social realizada.

4.4. Hábitos y estilos de vida en la mujer

La aplicación al ámbito de la salud del concepto sociológico de estilos de vida posibilita la agrupación de las personas en función de sus opiniones, actitudes o comportamientos respecto a factores de relieve en materia política, económica o sanitaria. Su utilización permite elaborar perfiles psicosociales para algunas enfermedades y definir grupos de riesgo sobre la base del análisis multivariante de las características compartidas por los individuos que padecen ciertas afecciones. Aunque en las sociedades avanzadas la eliminación de las diferencias políticas o jurídicas derivadas del género han hecho accesible y posible casi cualquier modo de vida tanto a hombres como a mujeres, persisten de hecho múltiples diferencias en las formas de vida que están fuertemente asociadas al género y que sin duda generan también distintos estilos de vida.

Los estilos de vida refieren esencialmente actitudes, hábitos y conductas de carácter voluntario, no factores de naturaleza biológica, anatómica o fisiológica. Por tanto, en el ámbito de la salud, no identifican todos los elementos personales que coadyuvan a la ocurrencia de las enfermedades, sino sólo algunas circunstancias que acompañan a los individuos que las han padecido. Asimismo, los estilos de vida no recogen elementos causales o etiológicos, sino sólo aquellos que dependen de las decisiones o acciones de las personas. Como ya hemos señalado anteriormente, los cambios y transformaciones acaecidas en España en las últimas décadas no han sido necesariamente positivos para la mujer en el ámbito de la salud.

4.4.1. Alimentación

Los expertos en nutrición destacan la importancia del desayuno en la alimentación, tanto en cuanto a la conveniencia de no olvidar ni omitir esta comida como en cuanto al contenido de la misma. Aunque los hábitos culturales en relación al desayuno son tremendamente homogéneos, hay una mayor disciplina alimentaria por parte de las mujeres: solo un 3,2 % de ellas afirman no desayunar de forma habitual, algo que los varones hacen con bastante más frecuencia (7,4 %)

TABLA 34		Alimentos tomados en el desayuno según sexo	
	ALIMENTO	VARÓN	MUJER
	CAFÉ, LECHE, TÉ, CHOCOLATE, CACAO, YOGUR, ETC.	85,14	92,56
	PAN, TOSTADAS, GALLETAS, CEREALES, BOLLERÍA	61,22	72,55
	FRUTA, ZUMO, ETC.	14,81	16,65
	HUEVOS, QUESO, FIAMBRE, BACÓN O SALCHICHAS	3,87	2,75
	OTRO TIPO DE ALIMENTOS Y/O BEBIDAS	3,23	2,70

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003

El llamado desayuno continental domina de forma absoluta el panorama alimentario de las mujeres. Nueve de cada diez mujeres toman café, leche, té, chocolate, cacao, yogur, etc. en su primera comida del día y tres de cada cuatro acompañan estos líquidos con pan, tostadas, galletas, cereales o bollería. El consumo de frutas o zumos en el desayuno está algo más extendido entre las mujeres que en los varones, pero continúa siendo una elección minoritaria.

Hay una diferenciación alimentaria por genero bastante marcada. La fruta, los lácteos y el pan y los cereales forman parte de la dieta diaria de hombres y mujeres, al igual que la carne, el pescado y las pastas. Sin embargo, las mujeres consumen más a menudo fruta, verduras, hortalizas y lácteos y menos carne, embutidos, huevos, pescado y pan que los varones. El consumo esta muy equilibrado entre ambos sexos para las pastas, el arroz, las legumbres y los dulces.

Las mujeres consumen más a menudo fruta, verduras, hortalizas y lácteos y menos carne, embutidos, huevos, pescado y pan que los varones

Sea por razones estéticas, por gustos personales o por hábitos saludables, los datos parecen poner de relieve una mayor concienciación de la mujer hacia los riesgos del sobrepeso y la obesidad, ya que su consumo alimentario es menos calórico que el de los hombres. La mujer parece mas convencida de las virtudes de la dieta mediterránea apoyada en la fruta, verdura, hortalizas, legumbres, lácteos y cereales.

TABLA 35		Frecuencia de consumo de alimentos en la mujer				
	ALIMENTO	A DIARIO	3-6 VECES A LA SEMANA	1-2 VECES A LA SEMANA	MENOS DE 1 VEZ A LA SEMANA	NUNCA O CASI NUNCA
	FRUTA FRESCA	78,06	8,93	6,49	2,96	3,55
	CARNE (POLLO, TERNERA, ETC.)	17,35	49,38	27,47	3,85	1,95
	HUEVOS	1,91	22,78	57,46	13,91	3,94
	PESCADO	7,49	45,48	38,70	6,12	2,21
	PASTA, ARROZ, PATATAS	20,34	49,66	26,1 5	2,79	1,05
	PAN, CEREALES	87,26	5,09	3,25	1,77	2,63
	VERDURAS Y HORTALIZAS	47,70	32,28	15,81	2,72	1,49
	LEGUMBRES	3,27	25,35	56,64	11,34	3,41
	EMBUTIDOS Y FIAMBRES	10,78	18,56	29,08	22,52	19,06
	PRODUCTOS LÁCTEOS	91,58	3,67	2,17	0,98	1,61
	DULCES (MERMEADAS, GALLETAS, ETC.)	34,75	12,82	18,91	16,48	17,03

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003

4.4.2. DESCANSO

El descanso es necesario para el restablecimiento físico y mental e imprescindible para reponer la energía utilizada en la actividad diaria, independientemente de cual sea la actividad realizada. El sueño es la forma primordial de descanso por cuanto supone la cesación de las actividades voluntarias y la mayoría de las conscientes. El sueño es así un proceso fisiológico básico necesario para el mantener la salud, el equilibrio psíquico y el bienestar general.

Hasta el entorno de los 40-45 años las mujeres duermen en general algo más que los varones, si bien las diferencias son muy pequeñas. Sin embargo, a partir de dicha edad, coincidente con el inicio de la menopausia en la mujer y hasta muy avanzada la vejez las diferencias de sueño se acrecientan enormemente, siendo la mujer la que duerme bastante menos que el hombre. El segmento de edad entre los 50 y los 75 es el periodo en el que la mujer duerme menos horas de media, situándose en torno a las 7 horas de media; entre media y una hora menos que los hombres de la misma edad, dependiendo de la actividad realizada: cuando la actividad realizada es mayor las diferencias de sueño también son mayores.

TABLA 36 Frecuencia de consumo de alimentos en los **varones**

ALIMENTO	A DIARIO	3-6 VECES A LA SEMANA	1-2 VECES A LA SEMANA	MENOS DE 1 VEZ A LA SEMANA	NUNCA O CASI NUNCA
FRUTA FRESCA	67,46	12,01	9,67	4,63	6,23
CARNE (POLLO, TERNERA, ETC.)	23,33	52,66	20,81	2,30	0,90
HUEVOS	3,48	27,94	55,01	10,75	2,82
PESCADO	5,75	40,22	43,42	7,46	3,14
PASTA, ARROZ, PATATAS	22,24	50,60	24,16	2,25	0,75
PAN, CEREALES	90,94	4,14	2,35	1,09	1,48
VERDURAS Y HORTALIZAS	36,78	32,42	22,68	4,77	3,35
LEGUMBRES	3,50	29,29	56,11	8,76	2,34
EMBUTIDOS Y FIAMBRES	21,17	25,41	26,77	15,17	11,47
PRODUCTOS LÁCTEOS	87,61	5,29	3,04	1,51	2,56
DULCES (MERMEADAS, GALLETAS, ETC.)	34,40	12,68	18,75	16,38	17,78

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003

Derivada de la relación entre el género, la edad y las horas de sueño se encuentra también existente entre el sueño y el estado de salud de las personas. Las mujeres con peor autovaloración de la salud duermen menos horas que las que sienten tener buena salud, mientras que en los hombres sucede lo contrario: los varones con peor valoración de su salud consumen más horas de sueño. En todos los grados de valoración de la propia salud la mujer duerme menos horas que el varón, pero las diferencias en horas de sueño se agrandan a medida que empeora su autovaloración de la salud.

GRÁFICO 24 Número medio de horas de sueño al día por sexo y grupo de edad

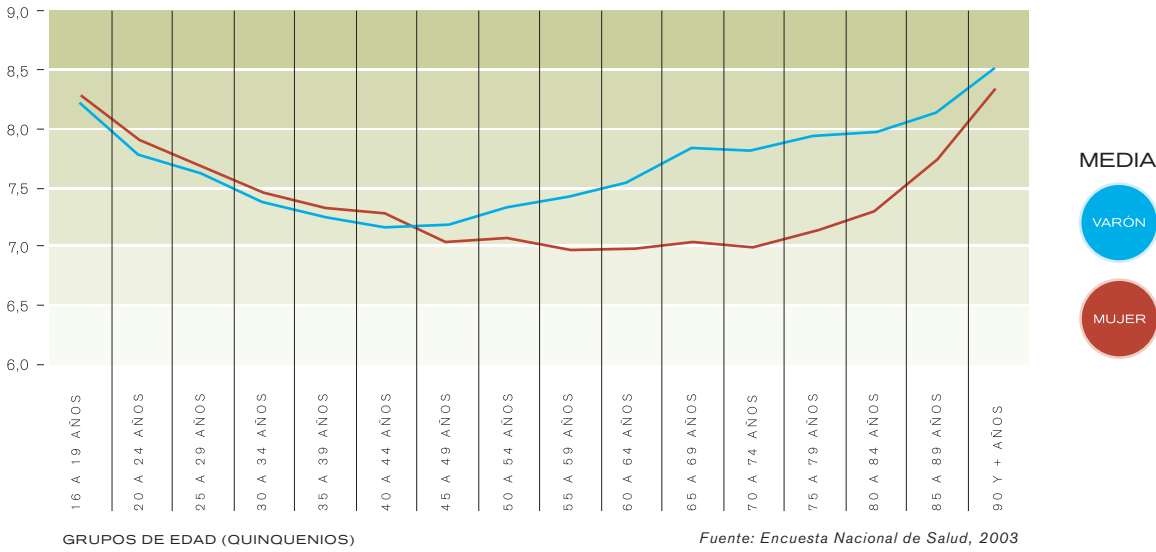


GRÁFICO 25 Número medio de horas de sueño al día según sexo y autovaloración de la salud



4.4.3. ACTIVIDAD Y EJERCICIO FÍSICO

La diferente participación de hombres y mujeres en el mercado laboral y el hecho resultante de que la mujer pase muchas mas horas que el varón en el hogar no puede hacernos pensar que la vida de la mujer es, en general, mas sedentaria que la del hombre. De hecho, el porcentaje de hombres que manifiestan pasar la mayor parte de la jornada sentado es superior al de las mujeres y también es mas elevado el porcentaje de mujeres que pasan gran parte de su tiempo de pie. Contra lo que pudiera pensarse - una mayor actividad parece demandar un mayor descanso – las personas con mayor actividad descansan menos horas que las que ejercen actividades más sedentarias. Para todos los grupos de actividad el número medio de horas de sueño es inferior para las mujeres que para los varones.

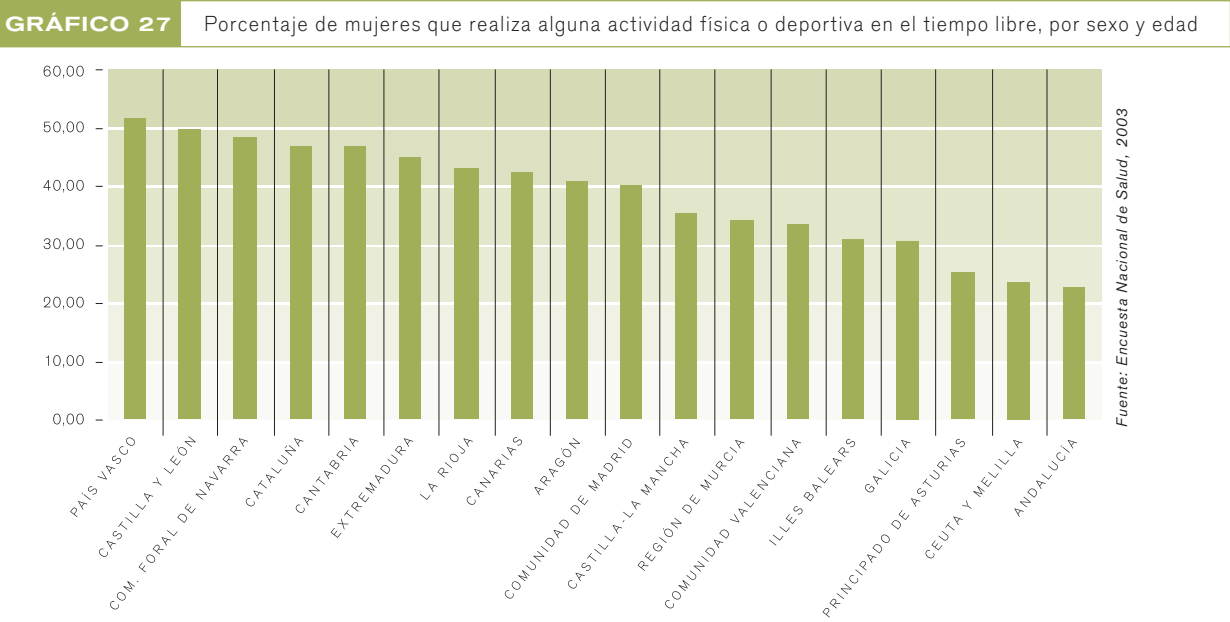
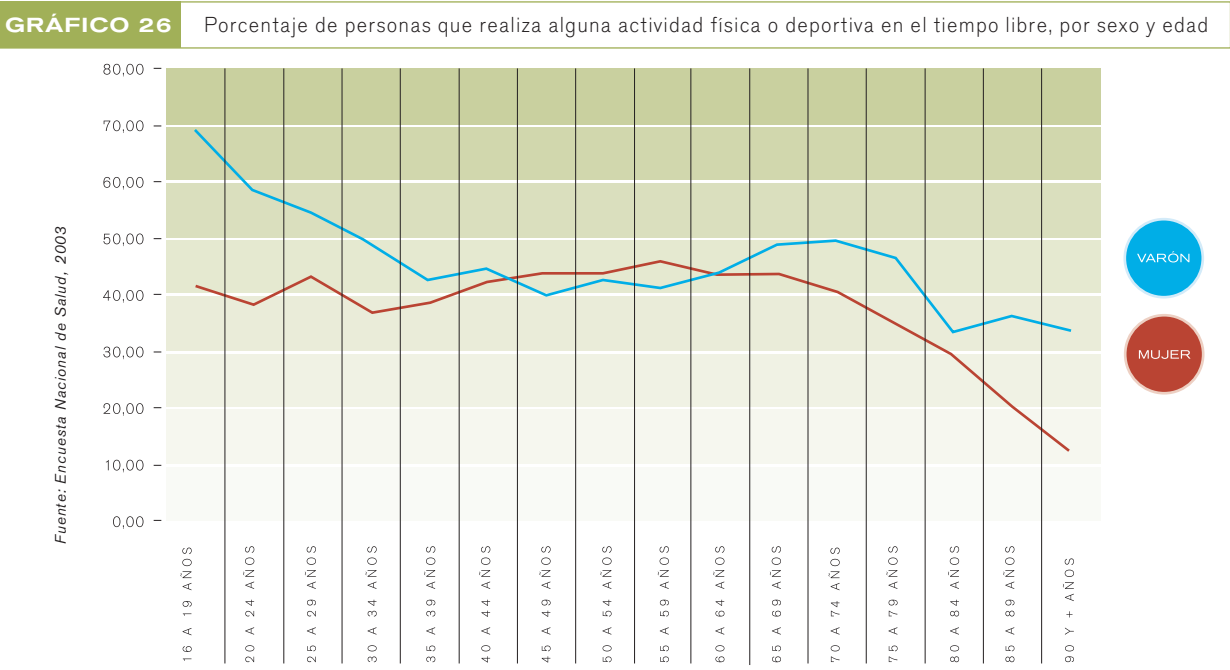
ACTIVIDAD PRINCIPAL REALIZADA EN LA JORNADA	VARONES		MUJERES	
	%	MEDIA	%	MEDIA
SENTADO LA MAYOR PARTE DE LA JORNADA	34,9	7,63	32,3	7,42
DE PIE LA MAYOR PARTE DE LA JORNADA SIN EFECTUAR GRANDES DESPLAZAMIENTOS O ESFUERZOS	39,2	7,52	55,7	7,23
CAMINANDO, LLEVANDO ALGÚN PESO, EFECTUANDO DESPLAZAMIENTOS FRECUENTES QUE NO REQUIEREN GRAN ESFUERZO FÍSICO	16,1	7,46	10,8	7,12
REALIZANDO TAREAS QUE REQUIEREN GRAN ESFUERZO FÍSICO	9,7	7,34	1,2	7,03

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003

En España y a lo largo de las últimas décadas se ha registrado un aumento en la práctica de ejercicio físico, tanto en cuanto se refiere al deporte de competición y al realizado por mero entretenimiento, como al simple ejercicio físico, bien con una motivación lúdica, bien terapéutica frente al estrés o la sobrealimentación, o bien de mantenimiento del bienestar físico.

En la mujer, el incremento del ejercicio físico ha venido también asociado con frecuencia al deseo de mantener el atractivo físico y esta relacionado con la demanda de servicios de mantenimiento y de remodelación estética del cuerpo. Pese a ello, seis de cada diez mujeres no practican actividad física alguna en su tiempo libre. Si bien, habrá que recordar que el tiempo “realmente libre” (sin obligaciones laborales, ni domesticas) no suele estar distribuido equitativamente entre hombres y mujeres, siendo bastante mas limitado en el caso de las mujeres.

PARA TODOS LOS GRUPOS DE ACTIVIDAD EL NÚMERO MEDIO DE HORAS DE SUEÑO ES INFERIOR PARA LAS MUJERES QUE PARA LOS VARONES.



También existen variaciones notables entre las regiones en cuanto al ejercicio físico que realizan las mujeres. Las regiones del centro-norte, el País Vasco, Castilla León, la Comunidad Foral de Navarra y Cantabria se sitúan a la cabeza de la actividad física femenina. Por el contrario, en el noroeste y el sur y sudeste se encuentran las tasas más bajas de actividad física y deportiva en las mujeres.

4.4.4. CONSUMO DE TABACO

Se aprecia un incremento de las enfermedades asociadas al tabaquismo y a la adicción al alcohol, derivados del cambio de roles de la mujer en España que ha llevado a esta a asumir no solo una mayor presencia en la vida laboral y social, sino también a replicar comportamientos y prácticas poco saludables y hasta hace poco predominantemente masculinos. Ello ha originado que el consumo de tabaco en la mujer haya ascendido ligeramente en las últimas décadas.

TABLA 38		Tasas de consumo de Tabaco			
% AMBOS SEXOS		1987	1995	1997	2003
	Ex - Fumadoras/es	12,1	14,5	15,0	17,7
% MUJERES	No Fumadores/or	49,5	48,5	49,2	51,1
	Ex - Fumadoras/es	6,1	7,1	7,9	10,3
% VARONES	No Fumadores/or	70,9	65,6	64,8	65,3
	Ex - Fumadoras/es	18,6	22,4	22,5	27,4
% VARONES	No Fumadores/or	26,2	30,3	32,6	36,2

Fuente: Encuesta Nacional de Salud de España, 1987-2003 INE.

En general, las mujeres tienden a situarse tras los hombres en el consumo de distintas sustancias con potencialidad adictiva y efectos contraproducentes para la salud. Sin embargo, el consumo de tabaco comienza a ser una excepción en este patrón. Al menos las diferencias de consumo entre ambos sexos se han acortado notablemente. Así mientras que el número de no fumadores varones crece, este porcentaje disminuye en las mujeres. Por otro lado, cada vez son más las personas que abandonan el hábito de fumar, pero son más los hombres quienes se deciden a dar este paso.

ASÍ MIENTRAS QUE EL NÚMERO DE NO FUMADORES VARONES CRECE, ESTE PORCENTAJE DISMINUYE EN LAS MUJERES

Afortunadamente, en los años recientes se aprecia un ligero descenso en el número de fumadores, si bien este es más considerable en los varones que en las mujeres cuya tasa de tabaquismo se muestra más resistente al declive. En el último lustro, entre 1998 y 2003, la tasa de fumadores habituales se redujo entre los varones un 14,1 %, pasando del 38,75 %

TABLA 39		Consumo de tabaco por sexo	
		VARÓN	MUJER
	SÍ, FUMA DIARIAMENTE	33,3%	19,2%
	SÍ FUMA, PERO NO DIARIAMENTE	3,3%	1,9%
	NO FUMA ACTUALMENTE, PERO HA FUMADO ANTES	27,4%	10,3%
	NO FUMA, NI HA FUMADO NUNCA DE MANERA HABITUAL	36,2%	68,8%

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003

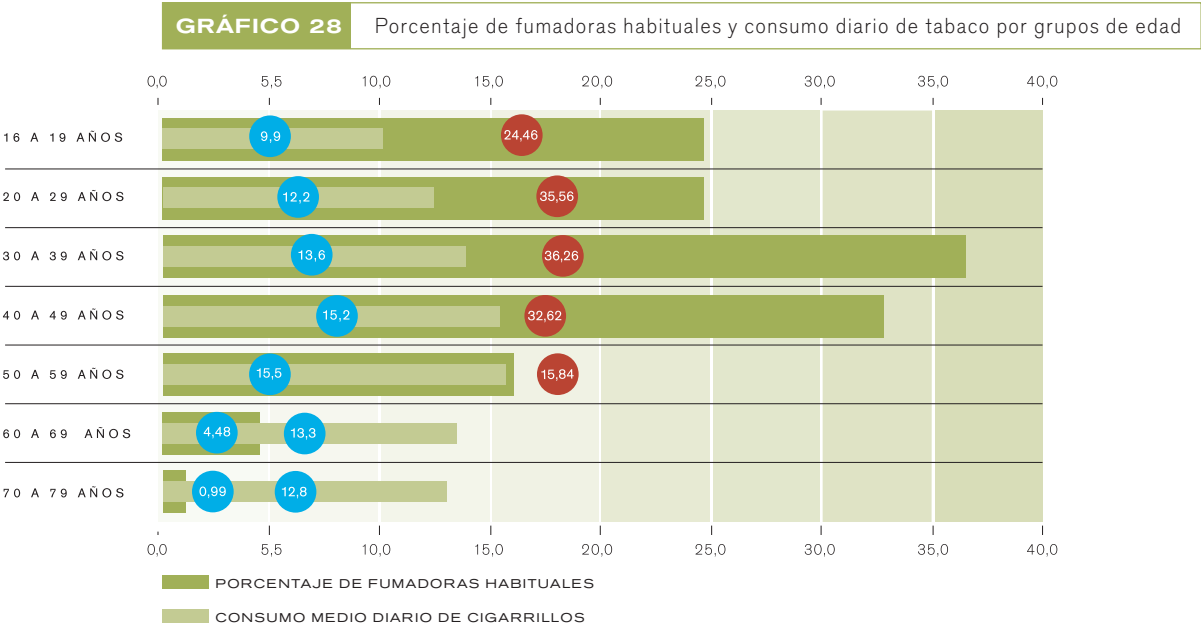
al 33,3 %, mientras la proporción de fumadoras solo se redujo un 10,7 % en el mismo tiempo, pasando del 21,5 % al 19,2 %. Uno de cada cuatro varones es hoy un ex fumador, grupo que en las mujeres solo representa a una de cada diez.

Con todo, la mujer se encuentra en bastante mejor situación en relación al consumo de tabaco que el varón. Dos de cada tres mujeres no han fumado nunca y las que lo hacen habitualmente fuman menos cantidad que los varones: el consumo medio diario de los fumadores habituales es de 17,6 cigarrillos diarios, mientras el de la mujer es de 13,75 cigarrillos al día. También aquí se aprecia una mayor resistencia a la baja por parte de las fumadoras habituales que, en los últimos cinco años, redujeron solo un 3 % el número de cigarrillos diarios, mientras los fumadores habituales lo hacían en un 6,6 %.

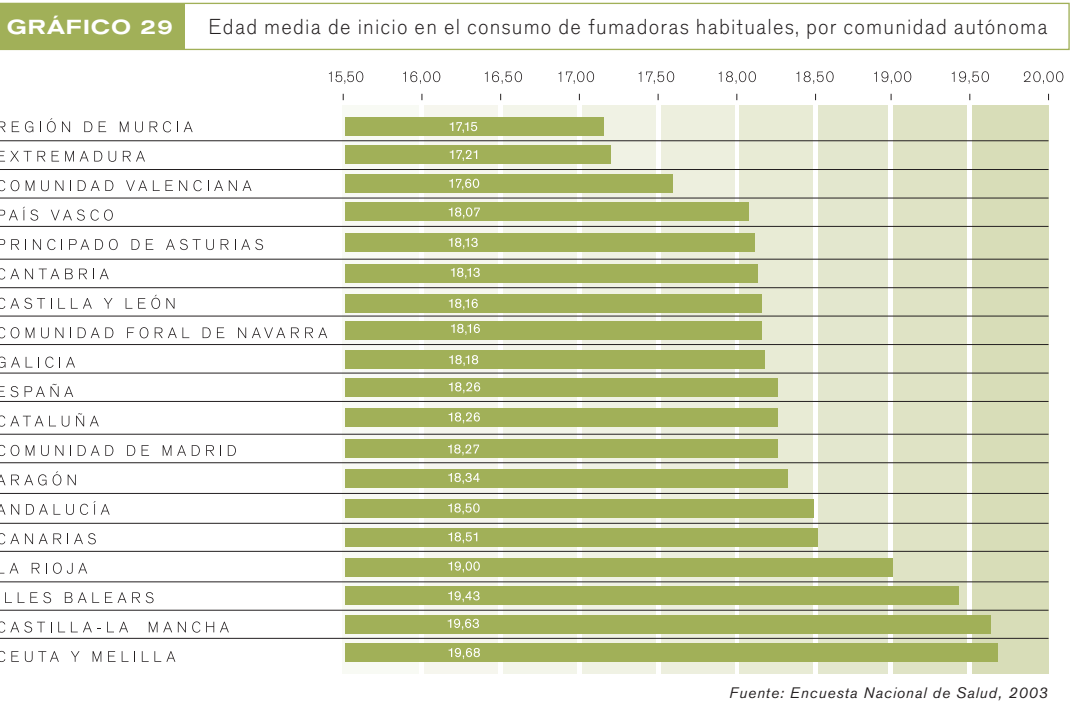
El número de mujeres jóvenes que adquieren el hábito de fumar es cada vez mayor, observándose un aumento considerable de fumadores entre los jóvenes en edad escolar. En la mujer embarazada, el consumo del tabaco está asociado con patología placentaria, aborto espontáneo, parto prematuro y muerte súbita del lactante. Entre las fumadoras habituales la edad media de inicio del hábito tabáquico se encuentra en los 18 años, un año mas tarde que los chicos. Pero los grupos de mujeres jóvenes están iniciándose en el consumo en el entorno de los 15 años. El inicio más temprano en este hábito incrementa las probabilidades de que las personas lleguen a ser fumadoras habituales. Las fumadoras ocasionales se inician en el tabaco un año y medio más tarde que las habituales (con más de 19 años y medio).

Es digno de resaltar la enorme diferencia existente entre los porcentajes de fumadoras de las diferentes comunidades autónomas, diferencia que no correlaciona positivamente con la

EL NÚMERO DE MUJERES JÓVENES QUE ADQUIEREN EL HÁBITO DE FUMAR ES CADA VEZ MAYOR, OBSERVÁNDOSE UN AUMENTO CONSIDERABLE DE FUMADORES ENTRE LOS JÓVENES EN EDAD ESCOLAR



Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003



EL CONSUMO DE TABACO EN LA MUJER SE EXTIENDE CON FACILIDAD EN LAS REGIONES MÁS DESARROLLADAS, SI BIEN PARECE ATENUARSE CON UNA MAYOR INFORMACIÓN SOBRE LOS NOCIVOS EFECTOS DE ESTE HÁBITO

intensidad de consumo de las fumadoras. Por el contrario, las regiones en las que el porcentaje de fumadoras es más elevado, como son las comunidades de Valencia, Madrid, Baleares o el País Vasco, muestran consumos medios más reducidos, mientras que los consumos medios más altos se dan en regiones como Canarias o Extremadura, con tasas de tabaquismo relativamente bajas. El consumo de tabaco en la mujer se extiende con facilidad en las regiones más desarrolladas, si bien parece atenuarse con una mayor información sobre los nocivos efectos de este hábito. Murcia, Extremadura y la Comunidad Valenciana son las regiones en las que el inicio en el tabaco es más temprano en las mujeres.

4.4.5. CONSUMO DE ALCOHOL

En la mayoría de las sociedades desarrolladas el consumo de alcohol está integrado en los hábitos de alimentación y consumo, constituyendo, además, un elemento mediador habitual en el desenvolvimiento de las relaciones sociales. Al igual que sucede con el tabaco, la incorporación de la mujer a un espectro mas amplio de actividades sociales y profesionales ha propiciado un acercamiento entre las pautas de consumo alcohólico de los hombres y las mujeres. Aun con ello, la tasa de consumo de alcohol en España es todavía muy desigual entre hombres y mujeres.

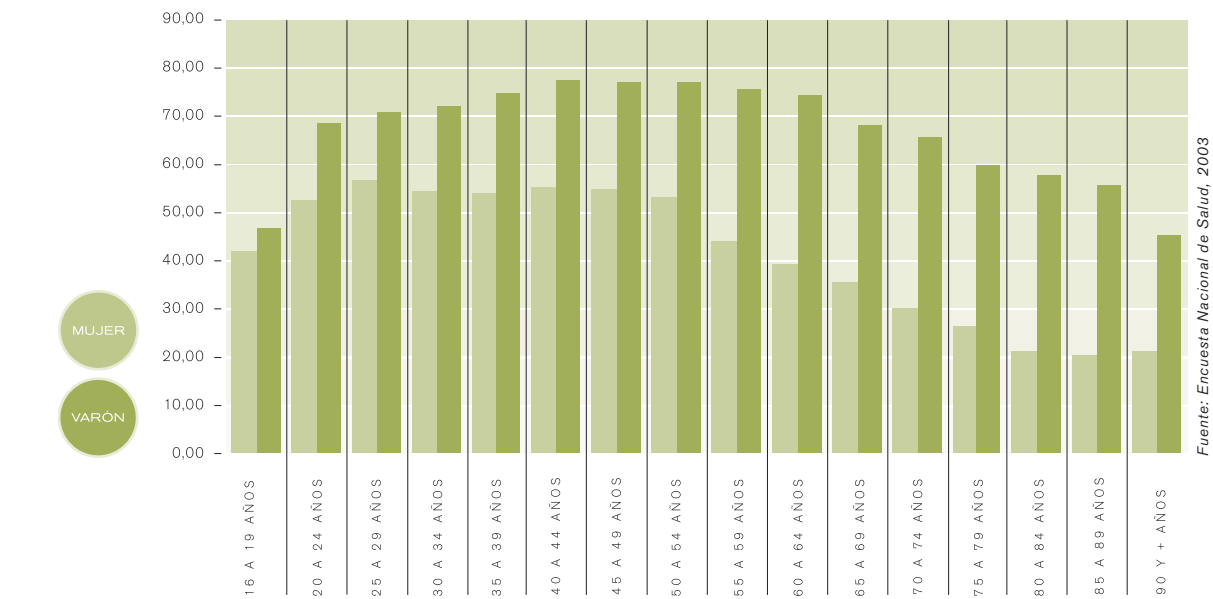
El alcohol es la sustancia psicoactiva más consumida en el conjunto de la población y en el colectivo de mujeres. La prevalencia de bebedoras abusivas es en la mujer, generalmente entre 4 y 6 puntos menores que entre los hombres. En la última encuesta sobre drogas se percibe cómo se han reducido las diferencias entre chicos y chicas en la población escolar (de 14 a 18 años. Plan Nacional sobre Drogas, 2000): ellos siguen bebiendo más, pero ellas cada vez lo hacen con más frecuencia. Más de la mitad de la población femenina (56,3 %) se muestra absolutamente ajena al alcohol, afirmando no haber consumido cantidad alguna en los últimos doce meses. Por el contrario solo una escasa tercera parte de los varones (29,8 %) comparte esta situación. Los porcentajes de consumidoras de alcohol son, entre las mujeres, bastante homogéneos desde los 25 hasta los 55 años, si bien la intensidad y frecuencia de dicho consumo es muy diferente según los grupos de edad. La mujer se inicia en el consumo del alcohol dos años mas tarde que los varones. La edad media de inicio se encuentra en los 19,8 años, mientras en los hombres esta iniciación se sitúa incluso antes de la mayoría de edad, a los 17,7 años.

Existen diferencias culturales en el inicio del consumo que parecen estar parcialmente ligadas a la geografía. Madrid, Aragón y Cantabria, Cataluña y Navarra son las comunidades autónomas en las que el inicio en el consumo de alcohol es más precoz (antes de los 19 años). Por el contrario, en Castilla-La Mancha, Galicia y Asturias la edad media en el inicio en el consumo del alcohol superan los 21 años, circunstancia solo parcialmente atribuible al propio envejecimiento demográfico de estas regiones.

TABLA 40	Tasa de fumadoras y consumo de diario de cigarrillos por comunidad autónoma		
	COMUNIDAD AUTONOMA	Nº DIARIO DE CIGARRILLOS	% DE FUMADORES HABITUALES
	COMUNIDAD VALENCIANA	12,85	24,64
	COMUNIDAD DE MADRID	14,31	23,39
	ISLAS BALEARES	12,94	23,33
	PAÍS VASCO	12,20	22,43
	PRINCIPADO DE ASTURIAS	14,87	21,30
	ANDALUCÍA	13,08	21,13
	COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA	13,71	20,98
	CANTABRIA	14,34	20,73
	CANARIAS	15,79	20,51
	CATALUÑA	13,35	19,17
	EXTREMADURA	15,13	19,11
	LA RIOJA	12,52	18,47
	ARAGÓN	13,80	17,85
	CEUTA Y MELILLA	15,25	17,78
	CASTILLA Y LEÓN	13,86	16,27
	REGIÓN DE MURCIA	12,97	15,84
	GALICIA	14,16	15,35
	CASTILLA LA MANCHA	15,06	13,03

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003

GRÁFICO 30Tasa de consumo de alcohol en España por género y grupos de edad



Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003

Las cantidades medias de alcohol consumidas por las mujeres bebedoras son realmente reducidas. El consumo femenino de alcohol está concentrado en el vino (una de cada cuatro consumidoras de alcohol lo toma diariamente; la mitad que los varones) y la cerveza (algo menos de un 7 % lo toma diariamente; la tercera parte que los varones). El resto de bebidas alcohólicas se consumen por parte de las mujeres en cantidades bastante más reducidas y casi siempre concentradas en los fines de semana.

TABLA 41Edad a la que empezó a consumir bebidas alcohólicas

COMUNIDAD AUTONOMA	VARÓN	MUJER
ANDALUCÍA	17,90	19,72
ARAGÓN	16,62	18,42
PRINCIPADO DE ASTURIAS	18,11	21,56
ISLAS BALEARES	17,10	19,72
CANARIAS	18,38	19,63
CANTABRIA	17,75	18,62
CASTILLA Y LEÓN	17,82	19,84
CASTILLA-LA MANCHA	17,70	21,47
CATALUÑA	17,81	18,91
COMUNIDAD VALENCIANA	17,53	19,90
EXTREMADURA	17,48	19,66
GALICIA	18,47	21,55
COMUNIDAD DE MADRID	17,85	18,13
REGIÓN DE MURCIA	17,90	20,64
C. FORAL DE NAVARRA	16,85	18,94
PAÍS VASCO	17,30	19,76
LA RIOJA	17,84	20,05
CEUTA Y MELILLA	18,03	19,40
TOTAL	17,70	19,78

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003

TABLA 42Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas en las mujeres

TIPO DE BEBIDA	PERIODICIDAD	VARÓN	MUJER
COPAS DE VINO, CHAMPÁN O CAVA	Diariamente	47,73	23,69
	De 4 a 6 Días a la Semana	4,25	2,21
	De 2 a 3 Días a la Semana	9,61	7,93
	Un Día a la Semana	10,58	14,06
	Un Día cada 2 Semanas	2,87	4,56
	Un Día al Mes	3,05	5,07
	Menos de un Día al Mes	21,90	42,48
CAÑAS DE CERVEZA (CON ALCOHOL), SIDRA	Diariamente	22,17	6,86
	De 4 a 6 Días a la Semana	7,93	3,78
	De 2 a 3 Días a la Semana	21,90	15,67
	Un Día a la Semana	19,15	23,71
	Un Día cada 2 Semanas	4,77	6,11
	Un Día al Mes	3,73	5,61
	Menos de un Día al Mes	20,35	38,26
COPAS DE JEREZ, VERMUT O APERITIVOS CON ALCOHOL	Diariamente	0,75	0,16
	De 4 a 6 Días a la Semana	0,56	0,16
	De 2 a 3 Días a la Semana	2,12	2,33
	Un Día a la Semana	6,99	8,02
	Un Día cada 2 Semanas	3,12	2,81
	Un Día al Mes	3,74	4,57
	Menos de un Día al Mes	82,72	81,96
COPAS DE LICOR (ANIS, COÑAC, RON, ETC.)	Diariamente	7,25	0,54
	De 4 a 6 Días a la Semana	1,42	0,08
	De 2 a 3 Días a la Semana	6,10	1,32
	Un Día a la Semana	11,01	5,52
	Un Día cada 2 Semanas	4,18	3,27
	Un Día al Mes	5,78	4,12
	Menos de un Día al Mes	64,25	85,15
VASOS O COPAS DE WHISKY	Diariamente	2,76	0,37
	De 4 a 6 Días a la Semana	0,63	0,19
	De 2 a 3 Días a la Semana	5,27	0,46
	Un Día a la Semana	12,36	5,39
	Un Día cada 2 Semanas	4,17	1,95
	Un Día al Mes	8,24	2,60
	Menos de un Día al Mes	66,58	89,04
COMBINADOS (CUBA LIBRE, GIN TONIC, ETC.)	Diariamente	1,21	0,28
	De 4 a 6 Días a la Semana	0,53	0,06
	De 2 a 3 Días a la Semana	10,18	3,33
	Un Día a la Semana	22,73	17,23
	Un Día cada 2 Semanas	6,63	7,12
	Un Día al Mes	9,01	9,55
	Menos de un Día al Mes	49,72	62,43

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003

4.4.6. CONSUMO DE DROGAS

Es cierto, como se verá en páginas posteriores, que el consumo de tranquilizantes, relajantes y pastillas para dormir es en la mujer doble que en los varones; y también lo es que la tasa de utilización de antidepresivos y estimulantes de las mujeres triplica a la de los hombres. Pero esta sobreutilización de la farmacia, en relación al hombre, tanto de los medicamentos en general (casi un 50 % mas que los hombres), como de los específicos frente a problemas psíquicos e incluso de los productos de medicina alternativa, no debe conducir a la idea de que en la mujer late una tendencia a la búsqueda de soluciones mágicas o evasivas.

MÁS DEL 90 % DE LOS FÁRMACOS CITADOS Y USADOS POR LA MUJER LO SON CON RECETA Y BAJO CONTROL MEDICO Y TIENEN, POR TANTO, UNA FINALIDAD TOTALMENTE TERAPÉUTICA.

Más del 90 % de los fármacos citados y usados por la mujer lo son con receta y bajo control medico y tienen, por tanto, una finalidad totalmente terapéutica. Por el contrario, cabe afirmar que el mundo de la droga es, en general, bastante ajeno a la mujer, o, cuando menos que su participación en el es bastante minoritaria, sin que desde hace dos décadas se registre un incremento notable en su participación, tal como ha ocurrido con el alcohol o el tabaco. La línea que separa lo legal de lo ilegal, la terapia de la aventura, lo prescrito de lo proscrito, es altamente discriminante para la mujer. Sólo una de cada seis personas involucradas en el consumo de droga, en uno u otro grado, es mujer.

4.4.6.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS PERSONAS TRATADAS

Según los datos disponibles en el Observatorio del Plan Nacional sobre Drogas, la gran mayoría (84,7%) de las personas admitidas a tratamiento durante 2002 fueron hombres, sin que se haya apreciado un aumento de la proporción de mujeres en los últimos años. En todas las comunidades, la proporción de hombres se situó por encima del 80%, con excepción de la comunidad de Aragón.

La proporción más elevada de varones se observa entre las personas tratadas por sustancias volátiles (93,3%) y cannabis (90,1%), y la más baja entre las personas tratadas por hipnóticos o sedantes (56%). Entre las personas admitidas por primera vez a tratamiento se aprecia un porcentaje importante de mujeres en los admitidos por consumo de hipnóticos o sedantes (49,2%), otros opiáceos distintos de la heroína (30,8%), anfetaminas (22,3%) y éxtasis (20,6%).

La edad media de las mujeres (31,2 años) fue algo inferior a la de los hombres (31,5 años). En la mayoría de las comunidades autónomas las mujeres fueron más jóvenes que los hombres para el conjunto de los casos, excepto en Aragón, Asturias, Baleares, Canarias, Murcia, Ceuta y Melilla. En general, las mujeres acudieron antes a tratamiento (tiempo medio de consumo previo 6,9 años) que los hombres (8 años).

LA EDAD MEDIA DE LAS MUJERES (31,2 AÑOS) FUE ALGO INFERIOR A LA DE LOS HOMBRES (31,5 AÑOS).

4.4.6.2. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LAS PERSONAS ATENDIDAS

Los varones constituyen la mayor parte de las personas atendidas en urgencias por reacción aguda a sustancias psicoactivas (72,6%), proporción algo inferior a la de los indicadores Tratamiento (84,7%) y Mortalidad (88,4%). Las comunidades con una mayor proporción de mujeres en el Indicador Urgencias fueron Castilla y León (34%), Extremadura (33,3%), C. Valenciana (31,8%) y Andalucía (31,7%).

Según la droga mencionada en la urgencia, el porcentaje de mujeres fue mayor en los episodios en que se menciona consumo de hipnosedantes (38,8%), anfetaminas (33%), alcohol (25,5%) y otros opiáceos distintos de la heroína (25,2%)

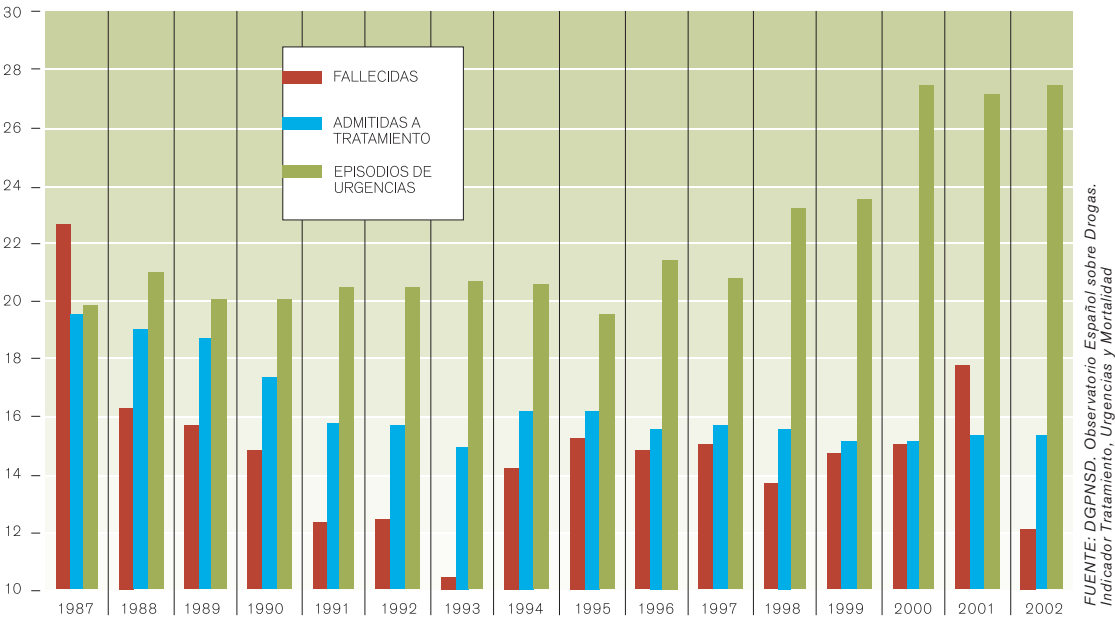
4.4.6.3. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LAS PERSONAS FALLECIDAS

Del conjunto de fallecidos, un 88,3% eran varones (un 87,9% en las ciudades mayores y un 88,6% en el resto de áreas). La proporción más alta de mujeres se dio en la ciudad de Valencia (26,9%), Bilbao (21,1%), Murcia (17,6%), Palma de Mallorca (13,6%) y la Ciudad de Barcelona (12,2%), y la más baja en la ciudad de Zaragoza donde no se registró ningún fallecimiento de mujer por esta causa.

En 2002 la edad media de los hombres (34,6 años) fue inferior a la de las mujeres (35,4 años). Un 69,6% de los fallecidos se concentraron en los grupos de edad de 30-34 años (25,6%), 35-39 años (27%) y 40-44 años (17%).

GRÁFICO 31

Evolución de la proporción de mujeres entre los captados por los indicadores de tratamiento, urgencias y mortalidad del OED, España (%), 1987 - 2002



FUENTE: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas. Indicador: Tratamiento, Urgencias y Mortalidad

5. UTILIZACIÓN DE RECURSOS SANITARIOS Y USO DE MEDICAMENTOS EN LA MUJER.

Es sabido que la mujer es más demandante de servicios sanitarios que el varón. Varias razones hay para ello: la atención a la salud reproductiva, la mayor morbilidad, la superior longevidad y una mayor conciencia sobre los problemas de su propia salud, acompañada acaso de una mejor confianza en la asistencia sanitaria hacen que, en general, la mujer utilice con mayor frecuencia e intensidad los servicios sanitarios. Esta superior demanda de servicios sanitarios por parte de la mujer se observa prácticamente en todos los grupos de edad. No debe pues achacarse únicamente a la mayor longevidad de la mujer, ya que incluso en las edades avanzadas el diferencial de utilización de servicios médicos es muy inferior que a los 30 o 50 años. Cuestión bien distinta es que una mayoría de los pacientes octogenarios y nonagenarios sean mujeres, circunstancia que se debe más a su longevidad (en estas edades hay mas supervivencia de mujeres que de varones) que a una mayor utilización de recursos sanitarios por parte de las mujeres.

5.1. UTILIZACIÓN DE RECURSOS SANITARIOS

5.1.1. CONSULTAS Y ASISTENCIA MÉDICA

El primer ámbito en donde se hace patente el mayor uso de recursos sanitarios por parte de la mujer es la utilización de la consulta médica. Según los datos de la ENS de 2003, un 22 % de los hombres no habían acudido al médico en al menos un año. En las mujeres, sin embargo, este porcentaje era inferior a la mitad, un 10,2 %. De igual forma, más de la mitad de las mujeres habían asistido a la consulta médica a lo largo del último mes, mientras en los hombres este porcentaje era del 37,5 %. Las diferencias por género en el uso de la consulta médica se marcan desde los primeros grupos etáreos y no desaparecen hasta prácticamente la vejez más avanzada en la que el uso de recursos sanitarios es muy similar.

TABLA 43-44 Tiempo que hace que consultó a un médico por última vez. Varones y Mujeres

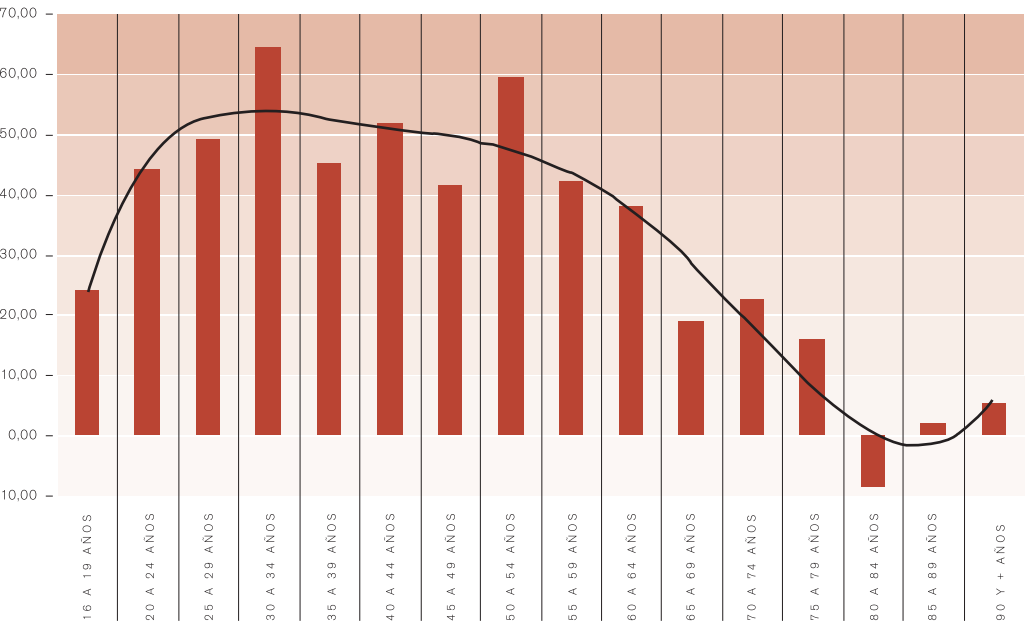
VARONES						
GRUPO DE EDAD	EN LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS	HACE MÁS DE DOS SEMANAS Y MENOS DE UN MES	HACE UN MES O MÁS Y MENOS DE UN AÑO	HACE UN AÑO O MÁS DE UN AÑO	NUNCA HA IDO AL MÉDICO	ICS ⁶ VARONES
16 A 19 AÑOS	15,0%	9,3%	48,9%	26,1%	0,7%	2,84
20 A 29 AÑOS	14,0%	8,5%	47,4%	29,4%	0,8%	2,74
30 A 39 AÑOS	16,9%	7,4%	45,4%	29,7%	0,6%	2,79
40 A 49 AÑOS	18,6%	8,8%	44,2%	27,8%	0,6%	2,88
50 A 59 AÑOS	26,2%	12,9%	40,2%	19,9%	0,8%	3,22
60 A 69 AÑOS	38,6%	16,0%	33,1%	11,9%	0,4%	3,67
70 A 79 AÑOS	45,6%	20,2%	28,8%	5,3%	0,1%	4,00
80 A 89 AÑOS	54,5%	18,6%	24,0%	2,9%	0,0%	4,22
90 Y MÁS AÑOS	39,2%	27,5%	31,4%	2,0%	0,0%	4,02
TOTAL	25,8%	11,8%	40,4%	21,4%	0,5%	3,18

MUJERES						
GRUPO DE EDAD	EN LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS	HACE MÁS DE DOS SEMANAS Y MENOS DE UN MES	HACE UN MES O MÁS Y MENOS DE UN AÑO	HACE UN AÑO O MÁS DE UN AÑO	NUNCA HA IDO AL MÉDICO	ICS VARONES
16 A 19 AÑOS	22,0%	8,7%	47,7%	21,1%	0,5%	3,08
20 A 29 AÑOS	22,1%	11,7%	49,6%	16,3%	0,4%	3,22
30 A 39 AÑOS	24,2%	12,3%	49,9%	13,6%	0,1%	3,33
40 A 49 AÑOS	28,3%	10,5%	45,8%	15,3%	0,1%	3,36
50 A 59 AÑOS	39,1%	15,3%	36,4%	9,2%	0,1%	3,75
60 A 69 AÑOS	43,8%	20,1%	30,4%	5,8%	0,0%	3,96
70 A 79 AÑOS	52,8%	20,1%	24,2%	2,8%	0,1%	4,20
80 A 89 AÑOS	50,2%	21,5%	25,6%	2,6%	0,1%	4,16
90 Y MÁS AÑOS	49,6%	19,5%	25,2%	5,7%	0,0%	4,07
TOTAL	36,1%	15,3%	38,4%	10,1%	0,1%	3,67

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003

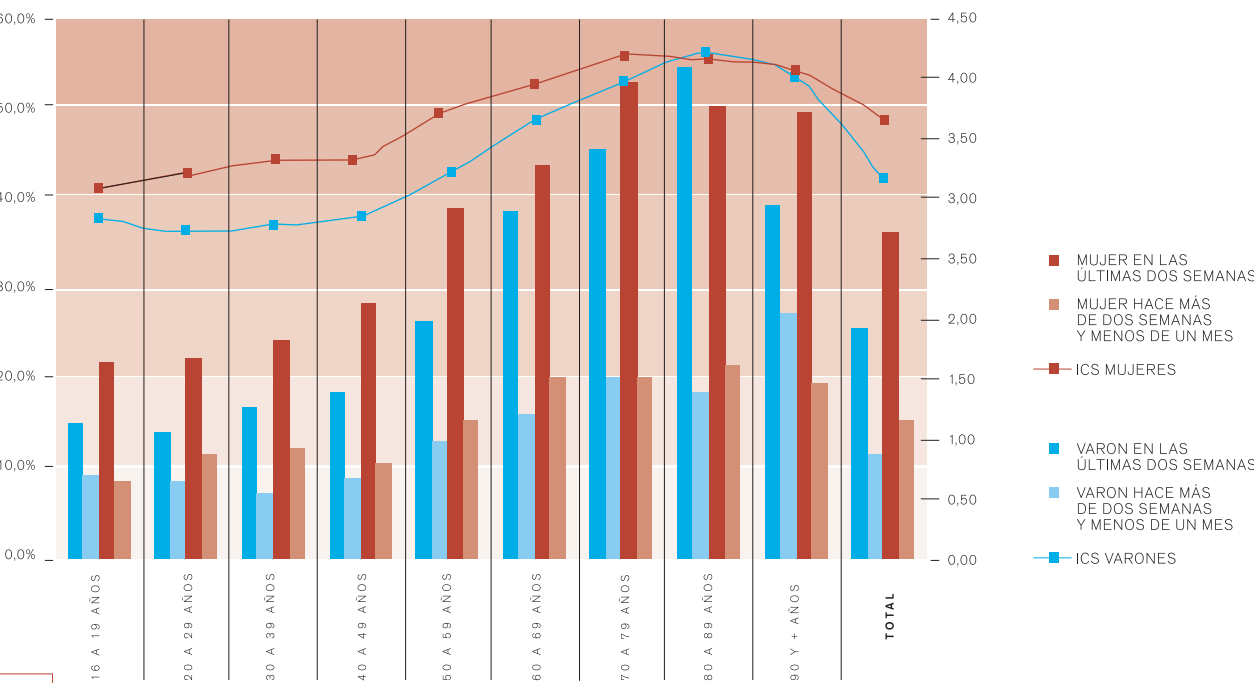
⁶ICS, Índice de Consumo Sanitario elaborado para este informe: sumatorio ponderado por frecuencia de utilización de servicios médicos; mas elevado indica mayor uso de la consulta médica

GRÁFICO 32 Diferencia en el uso de consultas médica entre hombres y mujeres por grupos de edad



Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003

GRÁFICO 33 Frecuencias en consulta médica por sexo



Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003

Las diferencias en el uso de la consulta médica dejan patente la enorme filiación de la sobreutilización sanitaria de la mujer respecto al ciclo reproductivo. De hecho, los grupos de edad de 30-35, coincidente en la mujer española con el primer parto, y de 50 a 54, coincidente con la menopausia marcan dos repuntes en el diferencial de uso de servicios médicos. Por el contrario, en las edades más avanzadas el diferencial se reduce notablemente, llegando a observarse en algún grupo de edad (80 a 84 años) un mayor uso de la consulta médica por parte de los varones.

Así como los niveles de renta están positivamente correlacionados con la salud, también lo están la frecuentación de la consulta médica con la menor educación. El binomio menor renta - menor formación se encuentra estrechamente vinculado al de peor salud -mayor frecuentación médica.

TABLA 45 Frecuencia en la consulta medica de la mujer según nivel de estudios

TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE LA ÚLTIMA CONSULTA	ANALFABETOS O SIN ESTUDIOS	PRIMARIOS Y SECUNDARIOS DE 1º CICLO	SECUNDARIOS 2º CICLO Y POST-SECUNDARIOS	UNIVERSITARIOS
EN LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS	49,03	36,35	29,32	27,53
HACE MÁS DE DOS SEMANAS Y MENOS DE UN MES	16,72	16,48	13,34	11,69
HACE UN MES O MÁS Y MENOS DE UN AÑO	28,81	36,93	44,96	47,45
HACE UN AÑO O MÁS	5,44	10,07	12,24	13,26
NUNCA HA IDO AL MÉDICO	0,00	0,16	0,15	0,06
ICS	409,35	378,47	359,14	353,24

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003

Casi dos de cada tres mujeres (63,9 %) acuden al Centro de Salud o al Consultorio para la realización de la consulta médica. Ambulatorios, centros de especialidades y consultas externas de los hospitales absorben otro 21,4 % de la demanda de consulta médica de las mujeres. Es de destacar el menor uso que las mujeres hacen de los servicios de urgencia en hospitales y ambulatorios, ya que mientras en los hombres atienden a un 3,7 % de las consultas, en las mujeres sólo representan el 2,7 %. En este comportamiento más restrictivo de las consultas de urgencias, constituyen excepción las comunidades de Cataluña y Baleares, en las que la consulta de urgencias representa el 7,6 % y el 7,2 % respectivamente de las realizadas por mujeres.

TABLA 46	Lugar o medio de realización de la última consulta	VARÓN	MUJER
	CENTRO DE SALUD/CONSULTORIO	62,00%	63,90%
	AMBULATORIO/CENTRO DE ESPECIALIDADES	13,30%	15,00%
	CONSULTA EXTERNA DE UN HOSPITAL	7,80%	6,40%
	CONSULTA DE MÉDICO DE UNA SOCIEDAD	5,30%	4,90%
	CONSULTA DE MÉDICO PARTICULAR	3,10%	3,40%
	DOMICILIO DEL SUJETO DE ENTREVISTA	1,40%	2,40%
	SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL	2,40%	1,60%
	SERVICIO DE URGENCIAS DE UN AMBULATORIO	1,30%	1,10%
	EMPRESA O LUGAR DE TRABAJO	1,80%	0,50%
	OTRO LUGAR	1,50%	0,50%
	CONSULTA TELEFÓNICA	0,20%	0,20%

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003

Dentro de la escasa utilización de este medio (2,1 %), la consulta domiciliaria es algo mas utilizada por la mujer (2,4 %) debido al mayor tamaño de la demanda femenina en las edades avanzadas. Las tasas de utilización de la consulta domiciliaria en las mujeres de 80 a 89 años alcanzan el 9 % y llegan al 26,2 % en las nonagenarias.

Casi testimonial resulta el uso de la consulta telefónica (0,2 %) que sitúa la telemedicina en un horizonte todavía lejano, si bien algunos sistemas regionales están tratando de promover este sistema de atención . El impacto de la teleasistencia sanitaria puede llegar a ser importante si tenemos en cuenta que uno de cada tres pacientes acude a la consulta para obtener recetas u obtener partes de alta o baja.

TABLA 47	Motivo principal de la consulta al médico según sexo	VARÓN	MUJER	TOTAL
	MOTIVO			
	DIAGNÓSTICO Y/O TRATAMIENTO	39,8%	39,0%	39,3%
	REVISIÓN	24,4%	24,6%	24,5%
	SÓLO DISPENSACIÓN DE RECETAS	28,6%	31,5%	30,4%
	PARTE DE BAJA, CONFIRMACIÓN O ALTA	3,5%	1,7%	2,4%
	OTROS MOTIVOS	3,7%	3,2%	3,4%

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003

5.1.1.1. MEDICINA GENERAL Y ESPECIALIZADA

Más de las tres cuartas partes de las consultas de los pacientes son de Medicina General (77,9 %). En las mujeres algo mas, el 78,8 %. El otro 21,2 % restante de las consultas se reparte entre todas las especialidades con un peso muy significativo de la Obstetricia y Ginecología que demuestra su importancia como causa importante del mayor uso de recursos sanitarios por parte de la mujer.

Le siguen en importancia en cuanto al porcentaje de consultas de la mujer que acogen Traumatología, Oftalmología y Cardiología. Sin embargo, en relación a los varones las especialidades más frecuentadas por las mujeres son Endocrinología y Nutrición, Reumatología, Oftalmología y Psiquiatría. Es digno de resaltar la exigua demanda de la consulta geriátrica cuando el envejecimiento de la población esta afectando de forma especial a la mujer, circunstancia achacable a la escasa presencia de estos servicios en la mayoría de los centros hospitalarios y sanitarios y también a un cierto rechazo cultural hacia esta especialidad por parte de las personas mayores, a menudo refractarias a reconocer su anciana condición.

TABLA 48	Porcentaje de utilización de las especialidades médicas por sexo		
	VARÓN	MUJER	TOTAL
GINECOLOGÍA-OBSTETRICIA	,0%	25,2%	15,1%
TRAUMATOLOGÍA	20,5%	13,6%	16,4%
OFTALMOLOGÍA	5,5%	6,9%	6,3%
CARDIOLOGÍA	9,7%	6,0%	7,5%
APARATO DIGESTIVO	6,2%	4,5%	5,2%
PSIQUIATRÍA	3,7%	4,5%	4,2%
ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN	2,2%	4,3%	3,5%
OTORRINOLARINGOLOGÍA	6,0%	4,2%	4,9%
DERMATOLOGÍA	3,8%	3,9%	3,9%
REUMATOLOGÍA	1,7%	3,2%	2,6%
CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA	4,2%	2,7%	3,3%
ONCOLOGÍA	3,5%	2,7%	3,0%
NEUROLOGÍA	3,0%	2,2%	2,5%
ALERGOLOGÍA	1,7%	1,9%	1,8%
REHABILITACIÓN	2,0%	1,9%	1,9%
INTERNISTA	2,7%	1,3%	1,9%
NEUMOLOGÍA	4,7%	1,2%	2,6%
UROLOGÍA	7,7%	1,2%	3,8%
CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	2,2%	1,1%	1,5%
NEFROLOGÍA	,7%	1,1%	,9%
CIRUGÍA VASCULAR	,5%	,6%	,5%
NEUROCIRUGÍA	,5%	,4%	,5%
GERIATRÍA	,3%	,1%	,2%
OTRA ESPECIALIDAD	7,3%	5,2%	6,1%
TODAS LAS ESPECIALIDADES	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003

5.1.1.2. ESTOMATOLOGÍA

Al igual que sucede con la consulta médica en general, la mujer acude al dentista con algo mas de frecuencia que el varón. El 18,76 de las mu- jeres ha visitado al dentista en los últimos tres veces (un 16 % en los hombres). Del restante 81,24 %, casi un 20 % lo ha hecho hace menos de un año y un 77 % hace un año o mas. Tan solo un 3,5 % de estas mujeres señala no haber ido nunca al odontólogo, cifra que contrasta con el 8,1 % de los varones que nunca han visitado al dentista.

AL IGUAL QUE SUCEDE CON LA CONSULTA MÉDICA EN GENERAL, LA MUJER ACUDE AL DENTISTA CON ALGO MAS DE FRECUENCIA QUE EL VARÓN

y prótesis en las mujeres (un 26,5 % de las consultas odontológicas frente a un 21 % en los hombres) y una menor tasa de extracciones de muelas y dientes, lo que hace pensar que la mujer es más conservadora de su integridad dentaria o que acude al dentista antes de sea tarde en mayor medida de lo que lo hace el hombre. Sin embargo, los datos en cuanto a las visitas al dentista con finalidad claramente preventiva (revisiones, limpiezas de boca aplicaciones de flúor) no son muy diferentes entre uno y otro sexo, aunque si lo es, pese a su escasa incidencia cuantitativa, el mayor uso por parte de las mujeres de la ortodoncia en las edades más jóvenes (entre 16 y 29 años).

La mayor o menor utilización de la consulta odontológica no permite a priori utilizarla como indicador de salud dental ni tampoco de morbilidad bucodental ya que hay muchas razones para acudir a ella y unas son de carácter terapéutico y otras de clara naturaleza preventiva e incluso estética. Por ello es necesario revisar las causas por las que las personas acuden a la especialidad de estomatología.

Ciertamente, las diferencias en la distribución por género de los motivos por los cuales las personas acuden al dentista no son demasiado importantes. Tan sólo parecen sig- nificativas un mayor número de intervenciones para implantación de fundas, puentes

Con objeto de comprobar en que comunidades autónomas existe una mejor cultura e hi- giene dental en la mujer, se han contabilizado los porcentajes de pacientes que han acu- dido al dentista para recibir algún tipo de asistencia de carácter profiláctico o preventivo. Aunque el resultado no es un concluyente debido a que muchas personas han podido ir al dentista con más de un objetivo o contenido de su consulta, sirve como indicador (ISD) de actitudes y comportamientos preventivos de la salud dental.

Cantabria, Islas Baleares, Canarias, Cataluña, Navarra y Madrid son las comunidades en las que las mujeres demuestran una mejor actitud frente a la higiene y la salud dental. Los datos derivados de los actos de asistencia dental son congruentes con los de morbilidad bucodental. Cuatro de las cinco comunidades reseñadas resultan ser también aquellas en las que un mayor porcentaje de mujeres conserva todos sus dientes u muelas naturales. Sin embargo, algunas de estas regiones, como Navarra o Baleares, presentan elevada morbilidad bucodental. Merece pues destacarse la salud e higiene dental de la mujer en la comunidad cantabra, que no sólo tiene el índice más alto de consultas preventivas y el más elevado de mujeres con su dentadura original, sino que también presenta los valores más bajos en morbilidad bucodental.

CANTABRIA, ISLAS BALEARES, CANARIAS, CATALUÑA, NAVARRA Y MADRID SON LAS COMUNIDADES EN LAS QUE LAS MUJERES DEMUESTRAN UNA MEJOR ACTITUD FRENTE A LA HIGIENE Y LA SALUD DENTAL

TABLA 49 Tipo de asistencia recibida en la última visita al dentista

	VARÓN	MUJER	TOTAL
ASISTENCIA RECIBIDA			
REVISIÓN	28,8%	28,0%	28,4%
EMPASTES (OBTURACIONES), ENDODONCIAS	27,9%	27,1%	27,4%
FUNDAS, PUENTES U OTRAS PROTESIS	21,0%	26,5%	24,1%
LIMPIEZA DE BOCA	23,3%	22,4%	22,8%
EXTRACCIÓN DE ALGÚN DIENTE/MUELA	24,4%	19,9%	21,9%
OTRO TIPO DE ASISTENCIA	3,4%	3,5%	3,4%
ORTODONCIA	2,1%	2,5%	2,3%
TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES DE LAS ENCIAS	1,2%	1,6%	1,4%
APLICACIÓN DE FLÚOR	0,2%	0,2%	0,2%

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003

TABLA 50 Porcentajes de consultas al dentista con contenido preventivo según comunidad autónoma. Mujeres

COMUNIDAD AUTÓNOMA	REVISIÓN	LIMPIEZA DE BOCA	ORTODONCIA	APLICACIÓN DE FLUOR	ISD
CANTABRIA	49,69	32,41	2,47	1,85	86,42
ISLAS BALEARES	48,12	32,83	2,26	1,25	84,46
CANARIAS	58,57	22,78	2,39	0,43	84,16
CATALUÑA	36,01	29,18	5,97	0,11	71,26
COM. FORAL DE NAVARRA	33,63	26,61	0,58	0,58	61,40
COMUNIDAD DE MADRID	31,41	26,99	1,84	0,00	60,25
ARAGÓN	35,06	22,21	1,82	0,00	59,09
COMUNIDAD VALENCIANA	28,38	26,92	3,45	0,00	58,75
PAÍS VASCO	28,76	27,09	2,04	0,19	58,07
PRINCIPADO DE ASTURIAS	28,54	23,11	2,36	0,24	54,25
ESPAÑA	28,05	22,37	2,48	0,22	53,12
LA RIOJA	25,57	17,80	1,29	0,00	44,66
GALICIA	23,09	19,19	2,28	0,00	44,55
CASTILLA Y LEÓN	21,14	19,08	1,54	0,22	41,98
CEUTA Y MELILLA	17,96	14,56	4,85	0,00	37,38
ANDALUCÍA	17,35	16,87	2,94	0,09	37,25
CASTILLA-LA MANCHA	15,78	17,78	2,44	0,22	36,22
REGIÓN DE MURCIA	18,50	14,75	1,75	0,00	35,00
EXTREMADURA	14,59	17,24	2,92	0,00	34,75

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003

Contrariamente a lo que sucede con la salud en general, mayoritariamente cubierta y atendida para casi todos los españoles por la Sanidad pública, la salud dental queda en su mayor parte a expensas de las posibilidades de cada ciudadano y de cada familia. Así, la cobertura pública de este ámbito alcanza solo al 87,7 % de los españoles (88,5% en las mujeres). Ceuta y Melilla, Castilla La Mancha y Extremadura tienen las mayores tasas de cobertura pública en atención dental, mientras Navarra, Cantabria y Aragón poseen un mayor porcentaje de mujeres en la atención privada. Las sociedades médicas tienen una presencia significativa solo en Madrid (7,6%) y en Ceuta y Melilla (6,3%). El hecho de que la frecuentación odontológica tenga para el paciente un coste muy superior al de cualquier otra especialidad impide, sin embargo, comparar su utilización con la de otras especialidades

TABLA 51 Porcentajes de mujeres según tipo de problema dental y comunidad autónoma. Mujeres

COMUNIDAD AUTÓNOMA	TIENE CARIES	LE HAN EXTRAÍDO DIENTES/ MUELAS	TIENE DIENTES/ MUELAS EMPASTADOS (OBTURADOS)	LE SANGRAN LAS ENCIAS	SE LE MUEVEN LOS DIENTES/ MUELAS	LLEVA FUNDAS CORONAS PUENTES, PRÓTESIS O DENT. POSTIZA	LE FALTAN DIENTES/ MUELAS NO SUSTITUIDOS POR PRÓTESIS	CONSERVA TODOS SUS DIENTES/ MUELAS NATURALES
CANTABRIA	9,45	67,68	59,45	6,10	3,96	55,49	29,57	25,91
CANARIAS	23,08	69,66	60,90	7,48	5,13	41,03	39,32	24,15
CATALUÑA	27,19	75,63	63,65	16,56	6,67	51,77	39,38	20,94
COMUNIDAD DE MADRID	22,06	76,48	73,70	18,18	5,82	47,88	43,76	20,48
CEUTA Y MELILLA	37,33	65,33	48,00	6,22	6,22	33,78	45,78	20,00
COMUNIDAD VALENCIANA	23,09	77,95	61,48	19,20	3,89	45,01	44,75	19,71
REGIÓN DE MURCIA	40,66	75,41	56,74	22,22	10,87	40,90	58,87	18,91
LA RIOJA	16,56	77,07	63,38	7,32	6,37	52,23	40,76	16,24
ESPAÑA	25,53	77,92	60,23	16,90	6,99	50,15	48,38	15,67
ANDALUCÍA	32,06	75,14	56,47	14,75	5,83	42,26	50,18	15,66
ARAGÓN	20,89	69,37	54,43	13,80	5,06	55,06	37,59	15,32
ISLAS BALEARES	25,06	79,40	68,98	23,08	8,44	53,85	47,39	14,39
CASTILLA-LA MANCHA	33,82	81,93	50,84	28,36	9,87	42,23	59,87	13,03
GALICIA	32,59	83,54	63,45	25,47	12,18	51,58	58,54	12,66
COM. FORAL DE NAVARRA	19,83	85,92	66,09	18,97	4,89	54,31	61,49	12,36
CASTILLA Y LEÓN	23,47	83,21	56,45	16,19	7,58	55,80	51,26	11,65
EXTREMADURA	37,47	73,95	48,39	19,35	8,44	42,18	52,61	10,92
PAÍS VASCO	14,89	84,38	70,96	17,10	5,15	56,99	56,80	10,66
PRINCIPADO DE ASTURIAS	24,07	81,25	62,96	16,67	10,65	61,11	52,31	9,03

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003

TABLA 52 Cobertura de la atención en salud dental en la mujer española

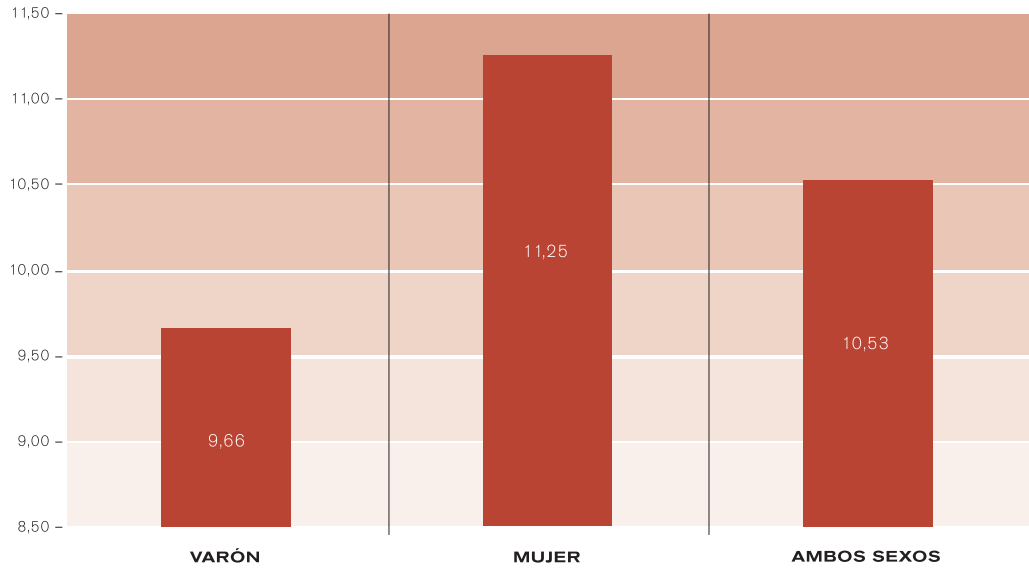
COMUNIDAD AUTÓNOMA	SEGURIDAD SOCIAL	AYUNTA-MIENTO	SEGURIDAD MÉDICA	CONSULTA PRIVADA	IGUALA MÉDICA, ETC.
COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA	5,0%	,0%	,0%	95,0%	,0%
CANTABRIA	4,9%	,0%	,3%	94,8%	,0%
ARAGÓN	4,0%	,0%	2,6%	93,4%	,0%
LA RIOJA	6,5%	,0%	,3%	93,2%	,0%
ISLAS BALEARES	5,8%	,0%	1,3%	92,7%	,3%
PAÍS VASCO	5,9%	,0%	1,5%	92,6%	,0%
COM. VALENCIANA	8,0%	,1%	2,0%	89,7%	,3%
PRINCIPADO DE ASTURIAS	9,9%	,0%	,5%	89,6%	,0%
CATALUÑA	7,8%	,1%	2,6%	89,5%	,0%
CANARIAS	11,5%	,0%	,0%	88,5%	,0%
GALICIA	9,9%	,0%	1,5%	88,5%	,2%
CASTILLA Y LEÓN	9,3%	,0%	2,9%	87,6%	,2%
ANDALUCÍA	9,5%	,2%	2,6%	87,3%	,5%
COMUNIDAD DE MADRID	5,3%	,0%	7,6%	86,7%	,4%
REGIÓN DE MURCIA	12,3%	,0%	1,3%	86,5%	,0%
EXTREMADURA	15,9%	,3%	1,3%	82,2%	,3%
CASTILLA-LA MANCHA	17,3%	,0%	2,9%	79,6%	,2%
CEUTA Y MELILLA	22,3%	,0%	6,3%	71,4%	,0%
ESPAÑA	8,9%	,0%	2,4%	88,5%	,2%

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003

5.1.2. HOSPITALIZACIÓN

Como ya se ha señalado anteriormente, la mayor morbilidad de la mujer está muy determinada por la atención sanitaria reproductiva y no por una mayor permeabilidad de la mujer afrente a la enfermedad. Esta circunstancia queda también reflejada en la estadística hospitalaria. Los datos ponen de manifiesto que el porcentaje de población femenina que ha estado hospitalizada en el último año es superior al de los varones: un 11,25 % en las mujeres y un 9,66 en los hombres. Sin embargo, si tenemos en cuenta que el 9 % del total de ingresos hospitalarios están originados directamente por partos y cesáreas, habremos igualado el saldo por género, o mas bien lo habremos reequilibrado en una mayor tasa de hospitalización del varón que de la mujer. Si excluyéramos el 15,5 % de ingresos que en la mujer se deben exclusivamente al parto, la tasa de hospitalizaciones de la mujer quedaría reducida a un 45 % de las hospitalizaciones de ambos géneros.

GRÁFICO 34 Porcentaje de hospitalizados por género, al menos una noche en los últimos doce meses



Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003

Dicho de otro modo, la morbilidad de la mujer (obviamente la reproducción no es una enfermedad) demanda menos recursos hospitalarios que la del varón. A ello hay que añadir que la estancia media de las mujeres en el hospital es algo menor que la de los varones, estando situada en los 7,96 días, frente a los 8,55 días de los varones.

LA MAYOR MORBILIDAD DE LA MUJER ESTÁ MUY DETERMINADA POR LA ATENCIÓN SANITARIA REPRODUCTIVA Y NO POR UNA MAYOR PERMEABILIDAD DE LA MUJER AFRENTE A LA ENFERMEDAD

TABLA 53 Ingresos en el hospital según motivo y sexo

MOTIVO DEL ÚLTIMO INGRESO EN EL HOSPITAL	VARÓN	MUJER	AMBOS SEXOS
INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	52,0%	44,9%	47,9%
ESTUDIO MÉDICO PARA DIAGNÓSTICO	21,5%	18,6%	19,8%
TRATAMIENTO MÉDICO SIN INT. QUIRÚRGICA	23,1%	17,5%	19,8%
PARTO (INCLUYE CESÁREA)	,0%	15,5%	9,0%
OTROS MOTIVOS	3,5%	3,5%	3,5%

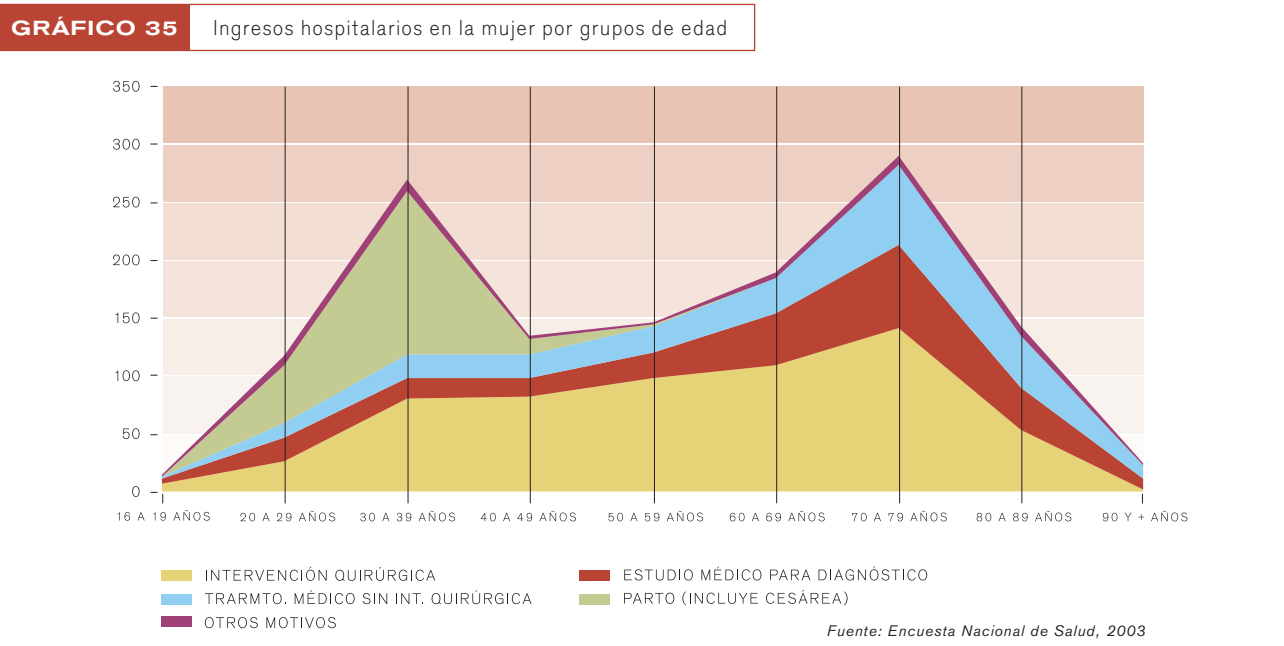
Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003

TABLA 54 Porcentajes de ingresos hospitalarios de las mujeres según motivo y por comunidades autónomas

COMUNIDAD AUTÓNOMA	INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	ESTUDIO MÉDICO PARA DIAGNÓSTICO	TRATAMIENTO MÉDICO SIN INTERV. QUIRÚRGICA	PARTO (INCLUYE CESÁREA)	OTROS MOTIVOS
PAÍS VASCO	59,26	11,11	16,67	9,26	3,70
COM. DE MADRID	55,00	7,00	19,00	15,00	4,00
PRDO. DE ASTURIAS	53,70	11,11	29,63	5,56	0,00
C. FORAL DE NAVARRA	47,06	14,71	17,65	14,71	5,88
CASTILLA Y LEÓN	46,38	18,30	20,00	11,49	3,83
CANTABRIA	46,34	36,59	2,44	12,20	2,44
ARAGÓN	45,87	27,52	10,09	16,51	0,00
ANDALUCÍA	45,67	18,11	14,96	18,11	3,15
ESPAÑA	44,91	18,57	17,51	15,47	3,55
CATALUÑA	44,83	14,66	19,83	16,38	4,31
COM. VALENCIANA	43,42	15,79	13,16	25,00	2,63
CANARIAS	42,31	28,85	11,54	13,46	3,85
REGIÓN DE MURCIA	40,00	18,18	16,36	18,18	7,27
LA RIOJA	39,13	21,74	26,09	13,04	0,00
ISLAS BALEARES	38,71	24,19	20,97	14,52	1,61
GALICIA	37,88	12,12	22,73	22,73	4,55
CEUTA Y MELILLA	35,48	19,35	12,90	22,58	9,68
EXTREMADURA	32,35	23,53	20,59	8,82	14,71
CASTILLA-LA MANCHA	32,14	26,79	19,64	21,43	0,00

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003

Existen diferencias reseñables en la distribución porcentual por motivo de los ingresos hospitalarios de las mujeres según comunidad autónoma. El grado de envejecimiento de cada región, el nivel de desarrollo de su sistema sanitario y el perfil epidemiológico propio de cada una de ellas dan a lugar a estas variaciones susceptibles de múltiples interpretaciones. Así, por ejemplo, en el País Vasco los ingresos para intervención quirúrgica sextuplican los ingresos por parto, mientras en Castilla La Mancha apenas suponen el cincuenta por ciento más. El envejecimiento demográfico asociado con la baja natalidad se hace visible en regiones como Asturias en donde los ingresos por parto son una décima parte de las intervenciones quirúrgicas.



La edad modula el peso de los diferentes tipos de intervención hospitalaria en la vida de las mujeres: partos, intervenciones quirúrgicas y tratamientos médicos sin cirugía se suceden en la dominancia de los ingresos hospitalarios de las mujeres. El tratamiento estadístico de la atención médica y hospitalaria de la función reproductiva, inserta en el mismo sistema de información de la morbilidad y considerada así como una enfermedad, contribuye con frecuencia a desvirtuar la realidad de la salud de la mujer, mostrándola como mas débil y aprensiva frente a la enfermedad que el varón, lo que está bastante lejos de la realidad.

TABLA 55Motivo y forma de acceso de los ingresos de las mujeres en el hospital

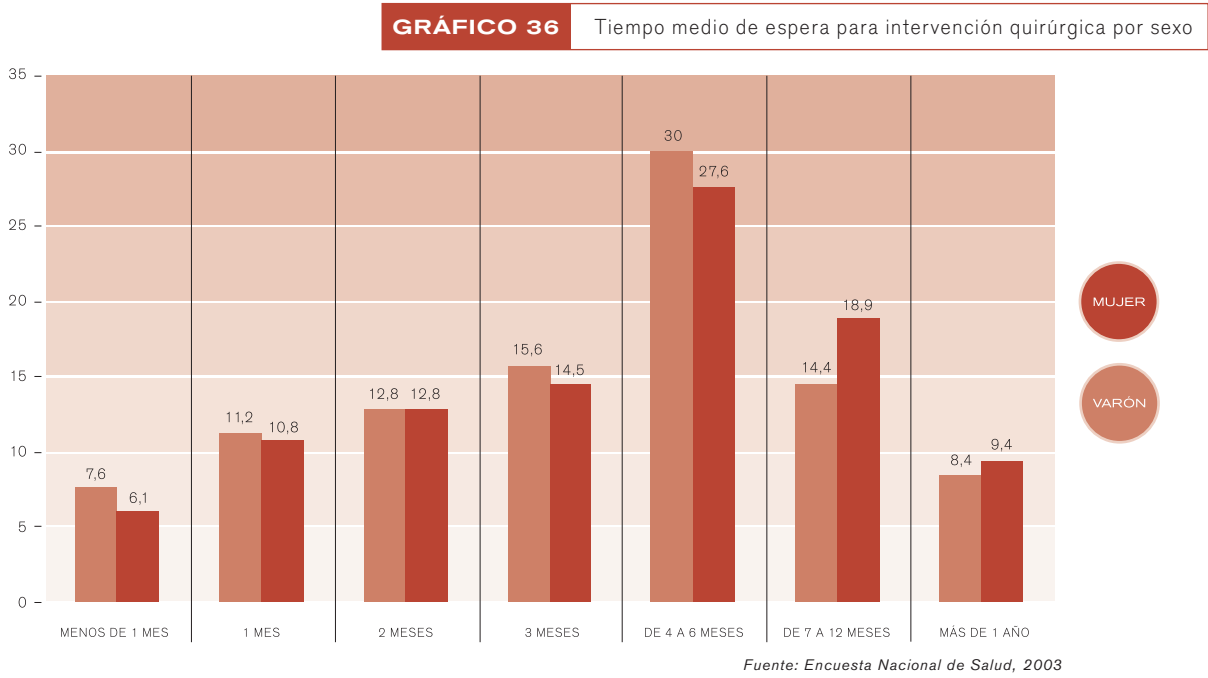
	INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	ESTUDIO MÉDICO PARA DIAGNÓSTICO	TRATAMIENTO MÉDICO SIN INTERV. QUIRÚRGICA	PARTO (INCLUYE CESÁREA)	OTROS MOTIVOS
A TRAVÉS DEL SERVICIO DE URGENCIAS	27,2%	85,0%	87,1%	54,1%	85,1%
INGRESO ORDINARIO (NO URGENCIAS)	72,8%	15,0%	12,9%	45,9%	14,9%

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003

5.1.2.1. LISTAS DE ESPERA

Aunque existen situaciones en las que los pacientes deben esperar para ser objeto de algún estudio o tratamiento médico, el 92 % de las situaciones de espera para ingreso hospitalario se deben a operaciones de cirugía. En los últimos años, las listas de espera para las intervenciones quirúrgicas ha sido uno de los temas más polémicos relacionados con el funcionamiento de nuestro sistema sanitario. Sin embargo, sin restar importancia a estas esperas, es preciso reconocer que un porcentaje importante de ellas se llevan a cabo en un tiempo razonable.

Prácticamente la mitad de las personas que son intervenidas quirúrgicamente no son sometidas a espera alguna, más que las propias de los procesos preoperatorios. Sin embargo, otro 50 % de las personas que se someten a alguna intervención se ven obligados a una espera más o menos larga; Entre los pacientes que si deben hacer antesala, las diferencias por género son poco significativas, aunque la espera media es algo más elevada en la mujer que en el varón. El 44,1 % de las mujeres en lista de espera son intervenidas antes de tres meses, el 71,7 % en menos de seis y el 90,6 % en menos de un año.



5.1.2.2. URGENCIAS

Los ingresos hospitalarios por parto no son, desde luego, en la mujer los causantes de la sobreutilización de los servicios de urgencia. Y ello pese a que uno de cada dos mujeres que van a dar a luz (hecho bastante previsible, pero poco predecible en su fecha exacta) ingresa en el hospital a través del servicio de urgencias. Contra lo que pudiera parecer, son precisamente las intervenciones quirúrgicas las que menor porcentaje de ingresos por urgencias conllevan. Sólo en una de cada cuatro intervenciones que sufre la mujer ingresa esta en el hospital a través de este servicio.

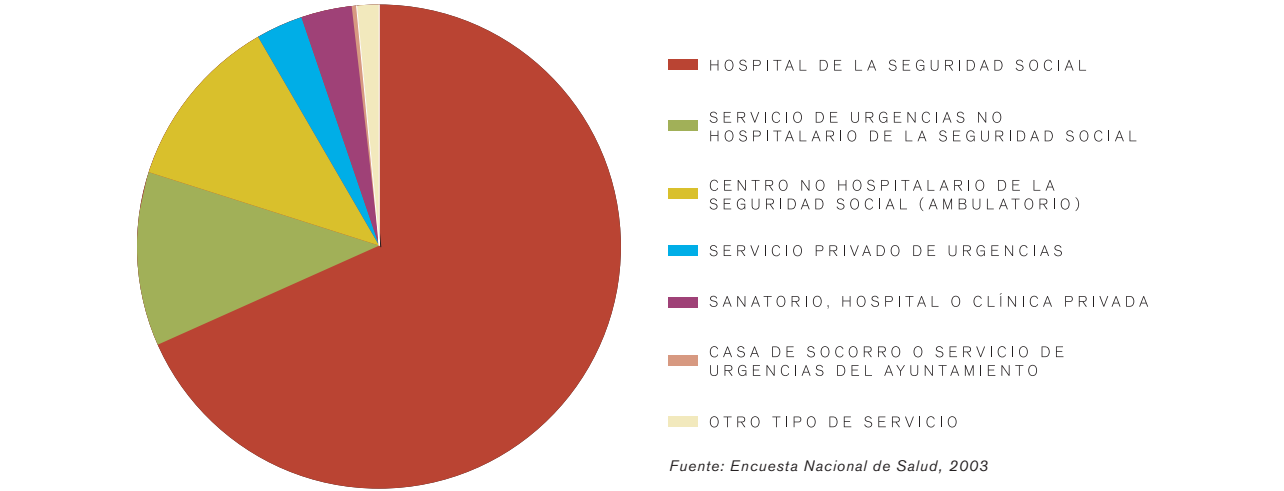
Por el contrario, tanto los ingresos para estudio o diagnóstico como aquellos que tiene por objetivo algún tratamiento médico sin intervención quirúrgica, se realizan en más del 85 % de los casos por la vía de urgencias. Puede afirmarse que la utilización de los servicios de urgencia forma parte de la práctica sanitaria habitual, de tal forma que más de la mitad de los ingresos hospitalarios, tanto en los hombres como en las mujeres, se realizan a través de los servicios de urgencias.

TABLA 56Forma de ingresos hospitalario por sexo			
FORMA DE INGRESO	VARÓN	MUJER	AMBOS SEXOS
A TRAVÉS DEL SERVICIO DE URGENCIAS	56,8%	54,6%	55,6%
INGRESO ORDINARIO (NO POR URGENCIAS)	43,2%	45,4%	44,4%

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003

Los servicios de urgencias son utilizadas con frecuencia por las personas en demanda de atención sanitaria. Una de cada cuatro personas (26,5%) manifiesta haber utilizado estos servicios al menos una vez en el último año. En las mujeres este porcentaje sube al 27,5%, de las cuales una tercera parte ha utilizado las urgencias en más de una ocasión. La instancia sanitaria utilizada en el 91,8 % de las urgencias de las mujeres es algún centro de la Seguridad Social. Los hospitales de la Seguridad Social atienden las dos terceras partes de las urgencias de ambos sexos.

GRÁFICO 37Centros de atención de las urgencias. Mujeres



Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003

LA UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE URGENCIA FORMA PARTE DE LA PRÁCTICA SANITARIA HABITUAL, DE TAL FORMA QUE MÁS DE LA MITAD DE LOS INGRESOS HOSPITALARIOS, TANTO EN LOS HOMBRES COMO EN LAS MUJERES, SE REALIZAN A TRAVÉS DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS

Hay que señalar que sólo una de cada cinco personas que acude a los servicios de urgencia lo hace por indicación de un medico. El miedo, la prudencia, el desconocimiento y también el deseo de evitar otros cauces más lentos llevan a muchos usuarios a utilizar la urgencia en una gran cantidad de casos que no lo requieren. El grado de utilización de los servicios de urgencias parece estar relacionado con el desarrollo de los servicios sanitarios y también con el propio nivel cultural del usuario del sistema sanitario. Un mayor nivel educativo de las personas esta correlacionado positivamente con una menor utilización de las urgencias, si bien es cierto que ambas variables se encuentran conectadas con una el nivel de salud.

TABLA 57Porcentaje de mujeres que han utilizado el servicio de urgencias en el ultimo año

COMUNIDAD AUTÓNOMA	SÍ	NO
ISLAS BALEARES	36,5%	63,5%
REGIÓN DE MURCIA	33,3%	66,7%
ANDALUCÍA	31,9%	68,1%
COMUNIDAD VALENCIANA	31,3%	68,7%
CASTILLA-LA MANCHA	30,9%	69,1%
EXTREMADURA	30,5%	69,5%
GALICIA	30,5%	69,5%
PRINCIPADO DE ASTURIAS	29,6%	70,4%
CEUTA Y MELILLA	28,9%	71,1%
CANARIAS	28,6%	71,4%
ARAGÓN	28,0%	72,0%
CATALUÑA	27,9%	72,1%
ESPAÑA	27,5%	72,5%
COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA	27,3%	72,7%
CANTABRIA	26,8%	73,2%
COMUNIDAD DE MADRID	25,3%	74,7%
CASTILLA Y LEÓN	22,8%	77,2%
PAÍS VASCO	22,2%	77,8%
LA RIOJA	12,4%	87,6%

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003

5.2. CONSUMO DE MEDICAMENTOS

Más de la mitad de los hombres y las dos terceras partes de las mujeres han consumido algún medicamento en las últimas dos semanas. La utilización de medicamentos está mucho más extendida que la propia conciencia de la morbilidad. Más de una tercera parte de las personas que consideran su salud como “muy buena” son, sin embargo, consumidores de algún tipo de medicamento. Entre las mujeres la tasa de consumo es algo mayor y el porcentaje de ellas que consumieron algún fármaco en las últimas dos semanas y autovaloran su salud como muy buena es del 43,1 %, llegando al 96,3 % en el grupo de las que consideran que su salud es “muy mala”. La tasa de mujeres que consumen medicamentos supera en un treinta por ciento a la de los hombres.

TABLA 58 Tasa de consumo de medicamentos por sexo			
CONSUMIDORES DE ALGÚN MEDICAMENTO EN LOS ÚLTIMOS 14 DÍAS	VARÓN	MUJER	AMBOS SEXOS
NO CONSUMIERON	47,57	30,28	38,17
CONSUMIERON	52,43	69,72	61,83

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003

El consumo de medicamentos de las mujeres en las comunidades autónomas presenta visibles diferencias entre unas y otras, desde las grandes consumidoras como Castilla La Mancha o Navarra, hasta las de consumo más reducido como Madrid o la Rioja y, por supuesto, Ceuta y Melilla. En todas las comunidades la tasa de consumo de medicamentos en las mujeres es muy superior a la de los varones.

TABLA 59 Tasa de consumo de medicamentos según autovaloración en la salud de la mujer

AUTOVALORACIÓN DE LA SALUD	CONSUME	NO CONSUME
MUY BUENA	43,1%	56,9%
BUENA	58,3%	41,7%
REGULAR	87,5%	12,5%
MALA	94,1%	5,9%
MUY MALA	96,3%	3,7%

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003

Por grupos o tipos de medicamentos los analgésicos y antipiréticos son los más consumidos tanto por las mujeres como por los varones, si bien aquellas un 70 % más que estos: una de cada cuatro mujeres ha utilizado un analgésico en las últimas dos semanas. Le sigue en importancia en el consumo femenino de medicamentos las medicinas para la tensión arterial, con una tasa de consumo superior en un 60 % a la de los hombres. El diferencial de consumo con los varones es aun mas elevado en los tranquilizantes, relajantes y pastillas para dormir que las mujeres consumen en un 13,2 %. Otros medicamentos con mayor prevalencia en la mujer que en el varón son los reconstituyentes, las medicinas para el reuma, los antidepresivos y estimulantes, laxantes, medicamentos para adelgazar.

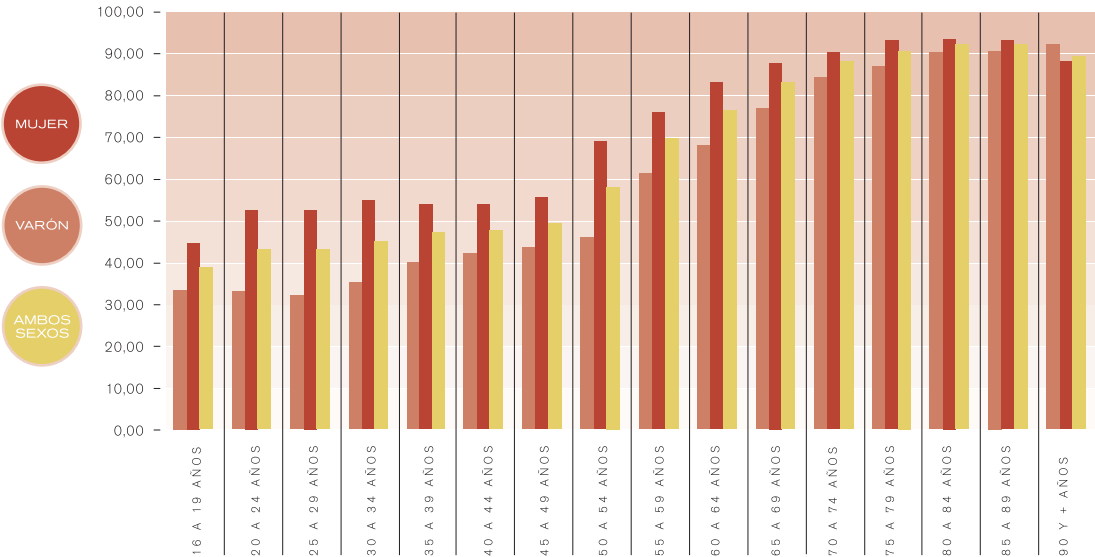
EN TODAS LAS COMUNIDADES LA TASA DE CONSUMO DE MEDICAMENTOS EN LAS MUJERES ES MUY SUPERIOR A LA DE LOS VARONES

TABLA 60 Tasa de consumo de medicamentos por sexo y comunidad autónoma

COMUNIDAD AUTONOMA	VARÓN	MUJER	AMBOS SEXOS
CASTILLA-LA MANCHA	58,01	78,36	68,92
COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA	59,44	76,72	68,41
GALICIA	57,71	75,32	67,49
REGIÓN DE MURCIA	52,94	74,70	64,74
EXTREMADURA	54,68	74,69	65,50
CANARIAS	48,71	70,51	60,63
ISLAS BALEARES	54,40	70,47	63,52
ANDALUCÍA	48,29	70,40	60,40
COMUNIDAD VALENCIANA	51,19	70,30	62,03
ESPAÑA	52,43	69,72	61,83
PAÍS VASCO	50,86	69,49	60,91
ARAGÓN	54,01	68,61	61,96
CASTILLA Y LEÓN	50,55	68,48	60,25
PRINCIPADO DE ASTURIAS	56,44	68,29	63,19
CATALUÑA	55,35	68,13	62,12
CANTABRIA	46,24	66,77	56,23
LA RIOJA	50,20	64,33	58,00
COMUNIDAD DE MADRID	53,64	64,00	59,35
CEUTA Y MELILLA	44,86	58,22	52,20

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003

GRÁFICO 38 Tasa de consumo de medicamentos por sexo y grupo de edad



TAMBIÉN ES MAYOR EN LA MUJER EL CONSUMO DE PRODUCTOS DE MEDICINA ALTERNATIVA

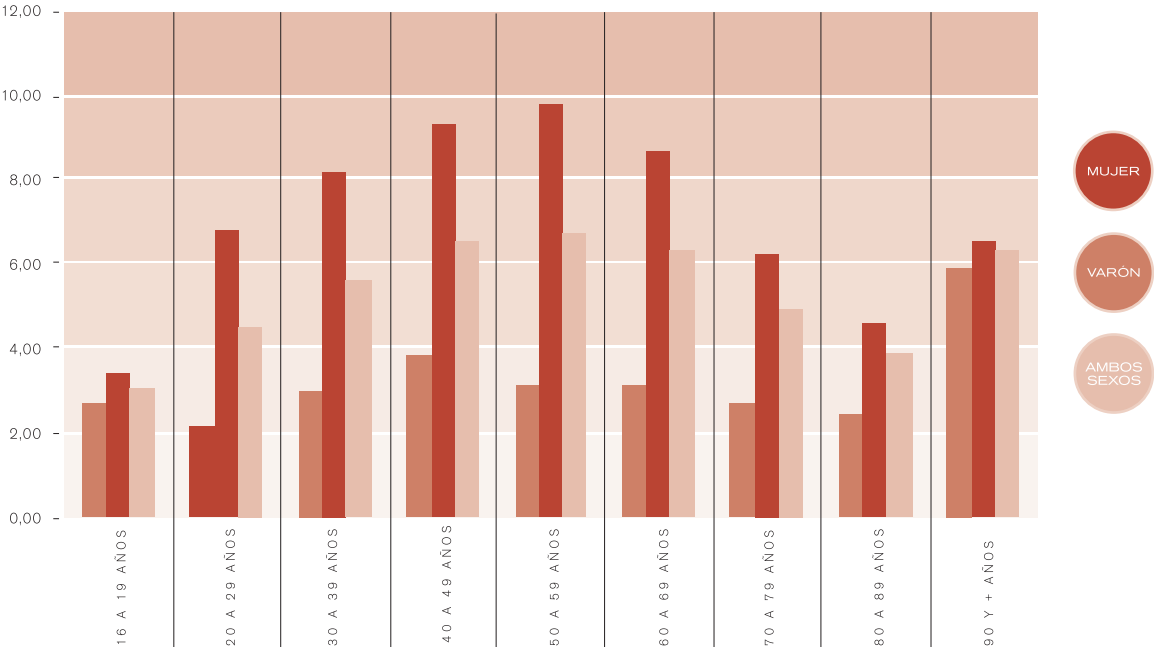
También es mayor en la mujer el consumo de productos de medicina alternativa. En algunos grupos de edad la tasa de consumo de la mujer llega a triplicar a la del hombre (50-59 años). Por otra parte, el patrón de consumo de estos productos es, en relación a la edad, muy diferente del que hemos visto en los medicamentos, ya que las tasas de consumo no crecen indefinidamente con la edad, sino que lo hacen hasta los 60 años aproximadamente y empiezan a decrecer después, probablemente cuando empieza a incrementarse el consumo de fármacos no alternativos.

TABLA 61 Tasa de consumo de medicamentos por sexo y tipo de medicamento

TIPO DE MEDICAMENTO	VARÓN	MUJER	AMBOS SEXOS
MEDICINAS PARA EL DOLOR Y/O BAJAR LA FIEBRE	14,42	24,76	20,05
MEDICINAS PARA LA TENSIÓN ARTERIAL	12,80	20,49	16,98
TRANQUILIZANTES, RELAJANTES, PAST. PARA DORMIR	5,14	13,21	9,53
MEDICINAS PARA EL CATARRO, GRIPE, GARGANTA, BRONQUIOS (EXCEPTO ANTIBIÓTICOS)	10,35	9,89	10,10
MEDICAMENTOS PARA EL COLESTEROL	6,13	8,75	7,55
RECONSTITUYENTES, VITAMINAS, MINERALES, TÓNICOS	2,36	7,56	5,19
MEDICINAS PARA EL CORAZÓN	6,47	6,76	6,63
MEDICINAS PARA ALTERACIONES DIGESTIVAS	5,67	6,56	6,16
MEDICINAS PARA EL REÚMA	2,32	6,56	4,62
MEDICAMENTOS PARA LA DIABETES	4,72	6,00	5,41
ANTIDEPRESIVOS, ESTIMULANTES	1,77	4,95	3,50
ANTIBIÓTICOS	2,81	3,71	3,30
MEDICAMENTOS PARA LA ALERGIA	2,38	2,79	2,60
PÍLDORAS PARA NO QUEDAR EMBARAZADA	0,00	2,68	1,46
MEDICAMENTOS HORMONALES SUSTITUTIVOS	0,00	2,06	1,12
LAXANTES	0,65	1,70	1,22
MEDICAMENTOS PARA LA DIARREA	0,38	0,45	0,42
MEDICAMENTOS PARA ADELGAZAR	0,07	0,16	0,12
OTROS	15,29	19,85	17,77
CUALQUIER MEDICAMENTO	52,43	69,72	61,83

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003

GRÁFICO 39 Tasa de consumo de productos de medicina alternativa (excluidos te, manzanilla y poleo)



Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003

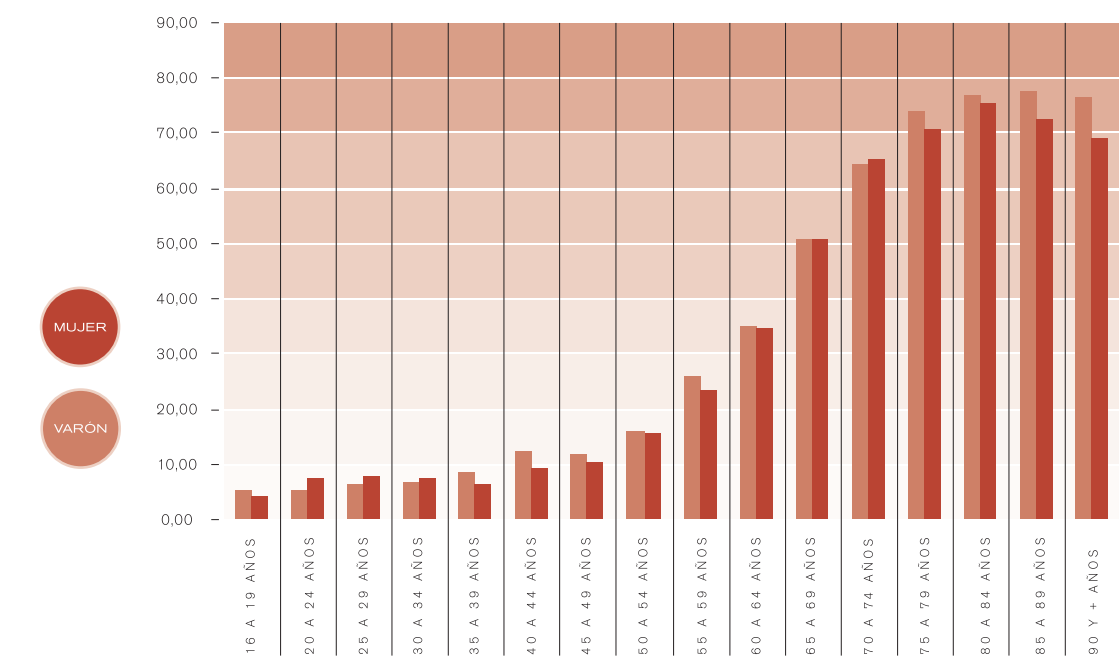
5.3. PRÁCTICAS PREVENTIVAS DE LA SALUD EN LA MUJER

SOLAMENTE EN EL TRAMO DE EDAD ENTRE LOS 22-32 AÑOS LA TASA DE VACUNACIÓN FEMENINA FRENTE A LA GRIPE SUPERA A LA DE LOS HOMBRES DEBIDO AL EFECTO DE LAS MUJERES EMBARAZADAS DEFINIDAS COMO GRUPOS DE RIESGO

La probada eficacia y eficiencia de la acción preventiva en muchas enfermedades, frente a los limitados resultados y los enormes costes de la medicina curativa, debiera trasladar una creciente inversión de recursos económicos en el desarrollo de medidas de higiene y prevención. Desde tal perspectiva, resulta de elevado interés sanitario el conocimiento de las conductas que con carácter preventivo realizan las mujeres, bien por iniciativa propia, bien a instancia de campañas o propuestas públicas de actuación en este ámbito.

Hace algo más de una década, en 1993 la gripe alcanzó a más de cuatro millones de personas en España. Durante los últimos años se ha registrado una media de dos millones y medio de casos anuales, que afectan de forma muy parecida a hombres y mujeres. En época gripal afecta hasta el 15-20 % de la población, pero es más preocupante en las personas mayores por lo que las campañas de vacunación hacen hincapié en la prevención selectiva contra este virus. Como consecuencia de ello, el 25% de la población masculina de más de 16 años y el 30% de las mujeres con dicha edad se vacunaron en 2002 contra la gripe.

GRÁFICO 40 Tasas de vacunación en 2002, por sexo y grupo de edad



Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003

Siguiendo las orientaciones de las referidas campañas de prevención un 65 % de la población femenina, que supera los 65 años y el 70 % en la población de más de 70 años se vacunaron contra la gripe. Los porcentajes de personas vacunadas son, en general, algo mayores en los varones. Solamente en el tramo de edad entre los 22-32 años la tasa de vacunación femenina frente a la gripe supera a la de los hombres debido al efecto de las mujeres embarazadas definidas como grupos de riesgo.

TABLA 62 Iniciativa de la vacunación contra la gripe por sexo

	VARÓN	MUJER
EL MÉDICO, POR SU EDAD	38,86	49,27
EL MÉDICO, POR SUS ENFERMEDADES	25,34	23,27
EL MÉDICO, POR OTRAS RAZONES	6,35	6,08
LE PONEN LA VACUNA EN LA EMPRESA O CENTRO DE ESTUDIO	8,11	3,47
SOLICITÓ LA VACUNA POR INICIATIVA PROPIA	19,59	16,13
OTROS	1,75	1,78

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003

TABLA 63 Tasa de vacunación contra la gripe en 2002 por sexo y comunidad autónoma

COMUNIDAD AUTÓNOMA	VARÓN		MUJER	
	SÍ	NO	SÍ	NO
CASTILLA-LA MANCHA	32,8%	67,2%	37,8%	62,2%
CASTILLA Y LEÓN	30,4%	69,6%	36,3%	63,7%
REGIÓN DE MURCIA	26,1%	73,9%	35,5%	64,5%
EXTREMADURA	26,3%	73,7%	33,3%	66,7%
ARAGÓN	23,1%	76,9%	31,8%	68,2%
PRINCIPADO DE ASTURIAS	27,6%	72,4%	31,0%	69,0%
ESPAÑA	24,9%	75,1%	29,6%	70,4%
CANTABRIA	19,4%	80,6%	29,6%	70,4%
GALICIA	26,5%	73,5%	29,3%	70,7%
CATALUÑA	28,9%	71,1%	27,9%	72,1%
ISLAS BALEARES	22,8%	77,2%	27,0%	73,0%
LA RIOJA	25,1%	74,9%	26,8%	73,2%
ANDALUCÍA	19,1%	80,9%	26,2%	73,8%
COM. FORAL DE NAVARRA	21,7%	78,3%	25,0%	75,0%
COMUNIDAD DE MADRID	21,5%	78,5%	25,0%	75,0%
COMUNIDAD VALENCIANA	21,8%	78,2%	24,6%	75,4%
PAÍS VASCO	20,3%	79,7%	23,7%	76,3%
CANARIAS	14,9%	85,1%	22,2%	77,8%
CEUTA Y MELILLA	22,7%	77,3%	18,7%	81,3%

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003

Tanto en el hombre como en la mujer la mayoría de las personas se vacunan por indicación de su médico, principalmente por motivos de edad, circunstancia que, además, en muchos casos interactúa con la preexistencia de alguna enfermedad broncopulmonar o de otro tipo. Casi la mitad de las mujeres vacunadas lo han sido por indicación facultativa motivada por la edad. No es pues extraño que las regiones del norte-interior, más frías y secas, sean aquellas en las que la vacunación antigripal se encuentra mas extendida, máxime cuando muchas de estas regiones tienen también poblaciones bastante envejecidas.

TABLA 64

Porcentajes de mujeres por comunidad autónoma que han acudido alguna vez al ginecólogo (y esta ha sido una revisión periódica), se han realizado alguna vez una mamografía o una citología vaginal. Indicador Básico de Conducta Preventiva de Salud Femenina (IBCPSF).

COMUNIDAD AUTÓNOMA	GINECÓLOGO	REVISIÓN PERIÓDICA	MAMOGRAFÍA	CITOLOGÍA VAGINAL	IBCPSF
COMUNIDAD DE MADRID	89,33	79,73	53,70	77,33	300,09
CANARIAS	89,74	89,63	47,01	73,50	299,89
LA RIOJA	81,85	83,87	54,78	77,39	297,88
CATALUÑA	83,96	84,28	55,00	67,19	290,42
COM. FORAL DE NAVARRA	80,17	79,58	57,18	68,68	285,61
PAÍS VASCO	85,29	78,79	48,35	67,28	279,71
COMUNIDAD VALENCIANA	80,80	77,61	53,70	66,41	278,52
ISLAS BALEARES	77,67	74,83	46,90	66,75	266,15
PRINDO. DE ASTURIAS	77,31	76,43	45,14	64,58	263,47
ESPAÑA	77,37	76,10	48,25	59,77	261,49
GALICIA	77,85	69,75	49,84	60,13	257,56
ARAGÓN	75,19	75,67	47,34	56,20	254,41
CASTILLA Y LEÓN	71,73	76,12	48,65	56,66	253,17
CANTABRIA	68,60	77,51	42,68	58,23	247,02
CASTILLA-LA MANCHA	71,85	65,76	51,89	47,27	236,77
REGIÓN DE MURCIA	74,23	66,32	42,55	50,59	233,69
ANDALUCÍA	74,23	67,38	39,98	43,17	224,75
EXTREMADURA	64,76	61,00	42,68	44,42	212,86
CEUTA Y MELILLA	70,67	68,18	24,44	32,44	195,74

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003

Las comunidades de Castilla La Mancha, Castilla León, Murcia, Extremadura, Aragón y Asturias presentan tasas de vacunación superiores a la media, mientras las regiones insulares y meridionales en general tienen porcentajes inferiores de vacunación.

A la vista de la aceptable conducta, moderadamente preventiva, de la mujer en relación con la infección gripal, resulta algo sorprendente el hecho de que un 23 % de las mujeres no haya estado nunca en la consulta del ginecólogo, que más de la mitad de las mujeres (51,75 %) no se haya realizado nunca una mamografía o que cuatro de cada diez (40,23 %) no se haya hecho nunca una citología vaginal.

Con las diversas tasas de utilización de estos actos médicos, representativos de la conducta preventiva de la salud específica de la mujer, complementadas con el porcentaje de mujeres que acuden al ginecólogo para una revisión periódica, se ha elaborado un indicador básico de conducta preventiva de la salud femenina (IBCPSF). En general, son las comunidades del centro-noreste y las insulares las que presentan mejores valores de conducta preventiva en su población femenina.

6. LA VISIÓN Y VALORACIÓN DE LA MUJER DEL SISTEMA SANITARIO

En este capítulo vamos a utilizar la visión que tiene la mujer española sobre el Sistema Nacional de Salud y la valoración que de él realiza. Para ello utilizaremos básicamente los resultados del Barómetro Sanitario de 2003. El Barómetro Sanitario es un estudio de opinión que fue puesto en marcha por el Ministerio de Sanidad y Consumo en colaboración con el Centro de Investigaciones Sociológicas en 1993. Su interés fundamental reside en su capacidad para enfocar el Sistema Nacional de Salud desde la perspectiva del ciudadano, contribuyendo a que éste se convierta en el centro de prioridades y objetivos y favoreciendo su participación en el diseño y aplicación de las políticas de salud.

Los resultados del barómetro se obtienen mediante la aplicación de un cuestionario estructurado que se administra de manera personalizada en el domicilio del encuestado. Esta técnica, además de eliminar el sesgo que puede introducir la realización de la encuesta en un centro sanitario, permite conocer la opinión de todos los ciudadanos sobre los servicios sanitarios públicos, independientemente de que éstos los hayan utilizado o no, ya que la encuesta se dirige a población general.

A pesar de que existen diversos estudios que han descrito la opinión de los ciudadanos sobre el Sistema Nacional de Salud (Rico, 2004; Rico y Pérez-Nievas, 2001), sin embargo ninguno se ha centrado en las valoraciones realizadas específicamente por las mujeres. Por ello, creemos importante terminar el presente informe con el estudio de las opiniones de las mujeres sobre el sistema sanitario español, analizando qué aspectos son los que más preocupan a las mujeres y si las percepciones que éstas tienen sobre nuestro Sistema Nacional de Salud (SNS) son diferentes a las que revelan los varones.

Para la elaboración de las tablas y gráficos de este capítulo hemos utilizado la base de datos realizada por la Fundación Gaspar Casal (Hidalgo et al, 2005) en la que se recogen todos los microdatos de los barómetros sanitarios realizados en España. A lo largo del capítulo se presentan los resultados tanto a nivel nacional como desagregados por comunidad autónoma para el último año disponible. A este respecto, hay que tener en cuenta el error de muestreo para cada comunidad autónoma, dependiente del número de entrevistas llevadas a cabo en cada una de ellas.

TABLA 65 Distribución del número de entrevistas por Comunidades Autónomas y oleadas

	TOTAL	OLEADA SUBMUESTRA 1	OLEADA SUBMUESTRA 2
COMUNIDADES AUTÓNOMAS			
01. ANDALUCÍA	870	435	435
02. ARAGÓN	284	142	142
03. ASTURIAS (PRINCIPADO)	276	138	138
04. BALEARES (ISLAS)	230	115	115
05. CANARIAS	311	155	156
06. CANTABRIA	208	104	104
07. CASTILLA-LA MANCHA	332	166	166
08. CASTILLA Y LEÓN	436	218	218
09. CATALUÑA	823	412	411
10. COMUNIDAD VALENCIANA	560	280	280
11. EXTREMADURA	265	132	133
12. GALICIA	461	231	230
13. MADRID (COMUNIDAD DE)	690	345	345
14. MURCIA (REGIÓN DE)	260	130	130
15. NAVARRA (COMUNIDAD FORAL DE)	208	104	104
16. PAÍS VASCO	387	193	194
17. RIOJA (LA)	200	100	100
TOTAL	6.801	3.400	3.401

Fuente: Barómetro Sanitario, 2003. CIS 2004.

Tal como señala el Centro Español de Investigaciones Sociológicas para el barómetro 2003 (CIS, 2004), el conjunto de la muestra es representativo a nivel nacional con un error de muestreo del $\pm 1,21\%$ para un nivel de confianza del 95,5 por ciento y en el supuesto de muestreo aleatorio simple. Como hemos comentado, las muestras de cada una de las comunidades autónomas suponen errores de muestreo distintos en función del número de entrevistas. Como punto de referencia el CIS señala que en submuestras con 200 entrevistas el error de muestreo, para un nivel de confianza del 95,5 por ciento en el supuesto de muestreo aleatorio simple, es de $\pm 7\%$; en submuestras de 400 entrevistas es de $\pm 5\%$, y en las de 800 entrevistas es de $\pm 3,53\%$. En la tabla anterior se recogen el número de entrevistas realizadas en cada comunidad.

A partir de los datos de la tabla podemos afirmar que el tamaño muestral resulta demasiado pequeño para poder desagregar por comunidades autónomas. Sólo en el caso de Andalucía, Cataluña y Madrid el error muestral está en torno al 3,5% al 95,5 de confianza y sólo para otras cuatro comunidades más (Castilla y León, Comunidad Valenciana, Galicia y el País Vasco) el error muestral no supera el 5% al mismo intervalo de confianza. En cualquier caso, incluso para estas comunidades los errores muestrales son, en el mejor de los casos, el triple que el de la muestra nacional por lo que los datos a nivel autonómico deben ser tomados con cautela.

En el epígrafe siguiente analizaremos la valoración que sobre la sanidad y el sistema sanitario tienen las mujeres, para luego centrarnos en la valoración que les merece el sistema sanitario público y finalizar con un análisis de determinados aspectos de la política sanitaria como las listas de espera o los medicamentos genéricos.

6.1. OPINIÓN DE LA MUJER SOBRE EL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL

En este apartado analizaremos cómo valoran las mujeres el sistema sanitario español y que factores influyen en dichos juicios. Prestaremos especialmente atención a las diferencias existentes por edad, nivel de estudios, situación con respecto a la actividad, nivel de ingresos y comunidad de residencia.

En primer lugar representamos las áreas de mayor interés para los ciudadanos. Tanto para varones como para mujeres es la sanidad el área que mayor interés despierta en todos los años representados. En concreto, para el año 2003, el 34,97% de las mujeres que han contestado la pregunta del barómetro piensan que es la sanidad el área que más interesa a los ciudadanos frente al 28,61% de los hombres.

De hecho, si analizamos la evolución temporal de las respuestas de hombres y mujeres podemos comprobar que la variación de las frecuencias absolutas para la opción de la sanidad en el intervalo 2003-2000 ha sido para las mujeres del -1,37 y del -2,50 para los hombres, mientras que para las frecuencias relativas la variación en el mismo periodo de tiempo ha sido del -3,98 para las mujeres y del -8,48 para los varones. Estos datos sugieren no sólo que la valoración de la sanidad por parte de las mujeres es siempre mayor, sino que en los últimos años las diferencias entre la valoración de hombres

		TABLA 66 Áreas de mayor interés para los ciudadanos						
		DEFENSA	EDUCACIÓN	SANIDAD	VIVIENDA	PENSIONES	TRANSPORTES	SEGURIDAD CIDADANA
HOMBRE	2000	1,63%	25,83%	30,90%	12,96%	14,03%	1,17%	13,48%
	2001	,44%	25,87%	32,78%	11,16%	13,90%	,97%	14,89%
	2002	1,49%	23,59%	29,64%	16,37%	11,71%	,43%	16,78%
	2003	1,11%	21,90%	28,61%	20,69%	10,74%	,97%	15,98%
MUJER	2000	,89%	22,76%	36,25%	11,30%	15,70%	,45%	12,65%
	2001	,44%	22,57%	40,48%	8,81%	13,99%	,45%	13,27%
	2002	,94%	22,15%	35,22%	12,02%	13,38%	,41%	15,88%
	2003	,63%	19,84%	34,97%	17,19%	12,73%	,71%	13,93%
AMBOS SEXOS	2000	1,25%	24,24%	33,66%	12,10%	14,89%	,80%	13,05%
	2001	,44%	24,16%	36,75%	9,95%	13,95%	,70%	14,05%
	2002	1,20%	22,85%	32,52%	14,12%	12,57%	,42%	16,32%
	2003	,86%	20,83%	31,91%	18,88%	11,77%	,84%	14,92%

Fuente: Elaboración propia a partir de los Barómetros Sanitarios del MSC.

y mujeres se han incrementado. Para ver este aspecto con más detalle en los gráficos siguientes representamos la evolución de las frecuencias absolutas tanto para mujeres como para hombres.

Como se aprecia en el gráfico, el peso para la sanidad se mantiene prácticamente constante para las mujeres del 2000 al 2003, salvo el año 2001 en el que se incrementa notablemente. Sin embargo, el año 2001 es atípico en la muestra del barómetro porque sólo se realizó una ola y el tamaño muestral es un tercio del habitual del barómetro. Por el contrario, en el caso de lo hombres se aprecia cómo se produce desde 2001 una continua reducción en la valoración de la sanidad.

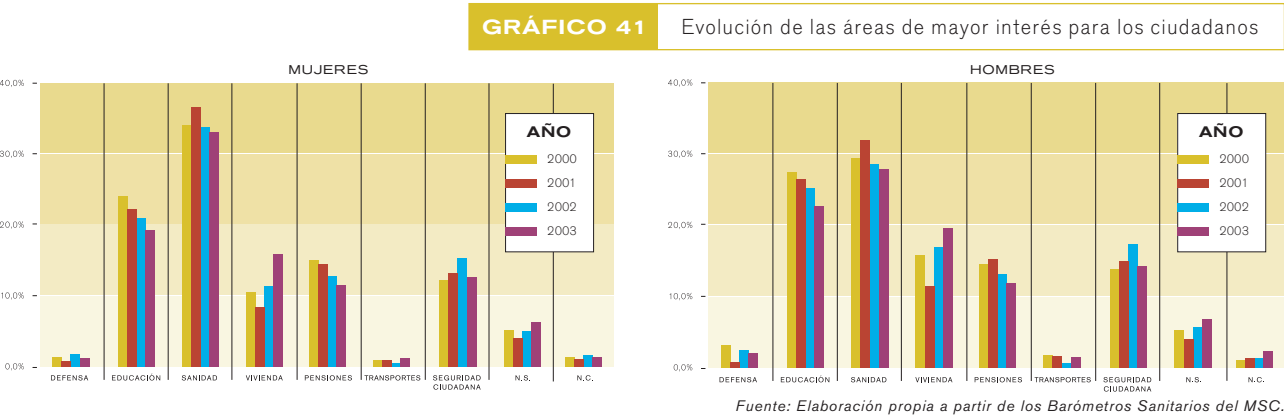
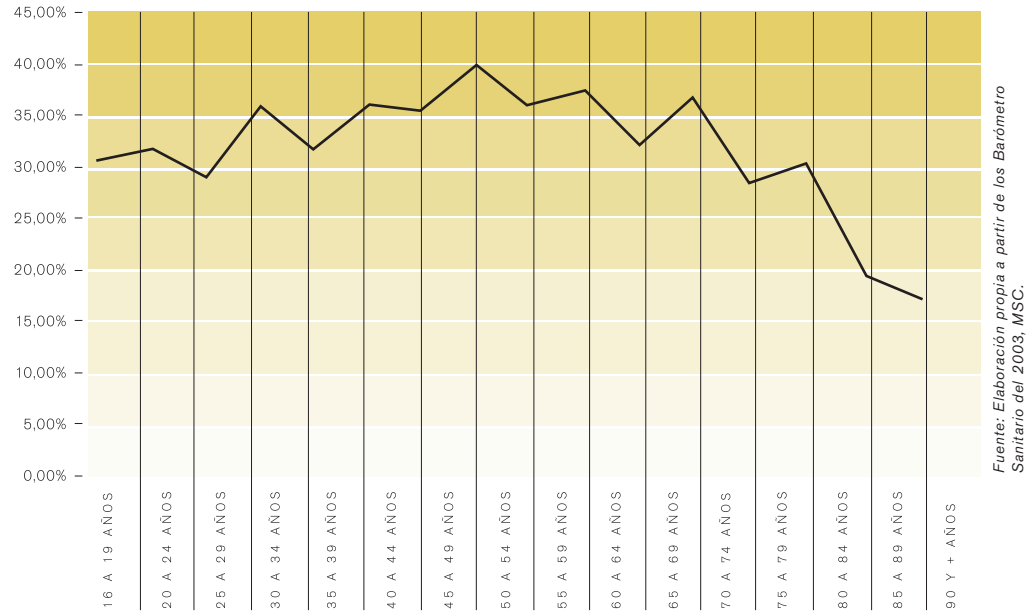


		TABLA 67 Áreas de mayor interés para las mujeres por grupo de edad						
		DEFENSA	EDUCACIÓN	SANIDAD	VIVIENDA	PENSIONES	TRANSPORTES	SEGURIDAD CIDADANA
18 A 19 AÑOS		,00%	27,19%	31,91%	21,89%	2,16%	4,02%	12,83%
20 A 24 AÑOS		1,54%	23,52%	32,81%	28,76%	1,18%	1,37%	10,83%
25 A 29 AÑOS		,93%	23,29%	29,91%	29,92%	3,13%	,41%	12,42%
30 A 34 AÑOS		,66%	24,25%	37,10%	20,86%	4,17%	,00%	12,96%
35 A 39 AÑOS		,45%	26,88%	32,68%	23,57%	1,86%	,45%	14,10%
40 A 44 AÑOS		,43%	22,94%	37,16%	18,71%	2,85%	,77%	17,13%
45 A 49 AÑOS		,00%	27,95%	36,55%	19,82%	1,91%	,59%	13,18%
50 A 54 AÑOS		,89%	20,00%	40,91%	10,61%	5,95%	,00%	21,63%
55 A 59 AÑOS		,00%	19,48%	37,28%	12,80%	11,96%	2,14%	16,35%
60 A 64 AÑOS		,69%	8,88%	38,74%	11,10%	29,22%	,00%	11,37%
65 A 69 AÑOS		,76%	10,83%	33,31%	8,39%	32,71%	,80%	13,21%
70 A 74 AÑOS		,56%	7,58%	37,90%	7,06%	37,48%	,00%	9,42%
75 A 79 AÑOS		,32%	10,75%	29,63%	1,74%	41,48%	,71%	15,36%
80 A 84 AÑOS		,00%	10,06%	31,65%	3,92%	39,96%	,55%	13,86%
85 A 89 AÑOS		5,36%	11,14%	20,52%	3,60%	55,09%	,00%	4,30%
90 Y MÁS AÑOS		,00%	38,42%	18,32%	18,44%	10,26%	,00%	14,56%

Fuente: Elaboración propia a partir del Barómetro Sanitario del 2003, MSC.

Si analizamos ahora las diferentes características de las mujeres y la importancia que le otorgan a la sanidad, podemos comprobar cómo esta crece a medida que aumenta la edad de las mujeres, para alcanzar su máximo en el grupo de 50 a 54 años y a partir de ahí ir decreciendo paulatinamente. Es evidente que las mujeres de mayor edad, a partir de 75 años, consideran como aspecto de mayor interés para los ciudadanos las pensiones, desbancando desde esa edad a la sanidad como área de mayor interés. En las mujeres menores de 75 años, la sanidad siempre ocupa el primer lugar salvo en el grupo de 25 a 29 años en que es la vivienda el área de mayor interés.

GRÁFICO 42 Evolución de la valoración de la sanidad como área de mayor interés para la mujer por grupos de edad



Fuente: Elaboración propia a partir de los Barómetro Sanitario del 2003, MSC.

TABLA 68 Áreas de mayor interés para las mujeres por nivel de estudios más alto cursado

	DEFENSA	EDUCACIÓN	SANIDAD	VIVIENDA	PENSIONES	TRANS-PORTES	SEGURIDAD CUIDADANA
ESTUDIOS PRIMARIOS SIN FINALIZAR	1,00%	7,61%	41,95%	2,96%	28,84%	2,67%	14,95%
ESTUDIOS PRIMARIOS	,49%	12,74%	38,03%	12,02%	22,66%	,43%	13,64%
EGB O EQUIVALENTE	,57%	23,83%	32,44%	18,86%	7,74%	,79%	15,79%
FPI Y EQUIVALENTES	1,10%	26,33%	37,96%	20,98%	2,85%	,00%	10,77%
BACHILLERATO Y EQUIVALENTES	,00%	23,74%	32,42%	21,99%	4,28%	1,57%	16,00%
FPII Y EQUIVALENTES	1,53%	23,18%	34,86%	23,16%	4,64%	,00%	12,64%
DIPLOMADOS UNIVERSITARIOS	1,92%	29,56%	35,71%	17,03%	2,87%	1,03%	11,88%
LICENCIADO UNIVERSITARIO	,56%	23,85%	32,41%	26,67%	2,63%	,00%	13,88%

Fuente: Elaboración propia a partir de los Barómetro Sanitario del 2003, MSC.

Con respecto a la educación se aprecia en la siguiente tabla que en los niveles de educación inferiores se valora más la sanidad que en los niveles superiores, aunque en todos los casos sigue siendo la sanidad el área de mayor interés para las mujeres.

TABLA 69 Áreas de mayor interés para las mujeres por situación respecto a la actividad

	DEFENSA	EDUCACIÓN	SANIDAD	VIVIENDA	PENSIONES	TRANS-PORTES	SEGURIDAD CUIDADANA
TRABAJA	,83%	23,59%	32,55%	24,10%	3,84%	,49%	14,61%
JUBILADO O PENSIONISTA	,59%	11,12%	31,32%	6,81%	37,84%	,55%	11,77%
PARADO	,37%	22,84%	35,48%	24,22%	4,72%	,46%	11,91%
ESTUDIANTE	,68%	26,81%	36,47%	19,58%	1,56%	3,18%	11,72%
SUS LABORES	,54%	19,28%	38,58%	13,81%	11,52%	,68%	15,58%

Fuente: Elaboración propia a partir de los Barómetro Sanitario del 2003, MSC.

Con respecto a la valoración de la sanidad y la situación de la mujer respecto a la actividad económica vemos que son las mujeres inactivas, amas de casa y estudiantes, las que más valoran la sanidad y las que menos las jubiladas y pensionistas cuya principal área de interés como ya hemos comentado anteriormente son las pensiones.

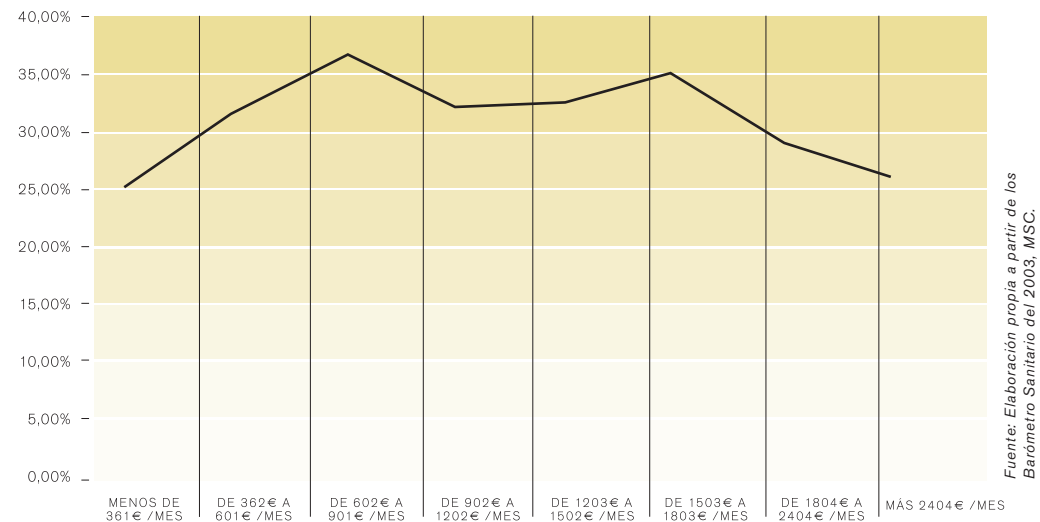
TABLA 70 Áreas de mayor interés para las mujeres por nivel de ingresos del hogar

	DEFENSA	EDUCACIÓN	SANIDAD	VIVIENDA	PENSIONES	TRANS-PORTES	SEGURIDAD CUIDADANA
MENOS DE 361 €/MES	1,48%	12,20%	26,23%	13,32%	37,41%	,00%	9,36%
DE 362 € A 601 €/MES	,00%	11,80%	33,23%	10,90%	33,46%	,66%	9,95%
DE 602 € A 901 €/MES	,54%	15,95%	38,09%	15,57%	13,63%	,55%	15,67%
DE 902 € A 1202 €/MES	,69%	23,75%	34,06%	18,67%	8,19%	,80%	13,85%
DE 1203 € A 1502 €/MES	,85%	27,05%	34,50%	21,24%	4,96%	,00%	11,40%
DE 1503 € A 1803 €/MES	,00%	25,64%	36,92%	17,32%	5,97%	,00%	14,15%
DE 1804 € A 2404 €/MES	1,94%	22,18%	31,10%	22,53%	1,92%	4,57%	15,76%
MÁS 2404 €/MES	1,85%	23,39%	28,34%	21,35%	7,52%	1,22%	16,33%

Fuente: Elaboración propia a partir de los Barómetro Sanitario del 2003, MSC.

En cuanto al nivel de ingresos de las mujeres y la valoración de la sanidad como principal área de interés para la mujer observamos cómo ésta crece a medida que aumentan los ingresos, para luego estabilizarse y caer en los tramos más altos de ingresos del hogar. Por ello, son las mujeres con ingresos del hogar más reducidos y las que tienen mayores ingresos las que menos valoran relativamente la sanidad, aunque las razones son distintas. En el grupo de menores ingresos se encuentran básicamente las mujeres mayores, cuya preocupación son las pensiones, mientras que en el de mayores ingresos la educación y la seguridad ciudadana restan valoración a la sanidad como principal área de interés.

GRÁFICO 43 Evolución de la valoración de la sanidad como área de mayor interés para la mujer por ingresos del hogar



Fuente: Elaboración propia a partir de los Barómetros Sanitarios del MSC.

TABLA 71		Opinión sobre el funcionamiento del sistema sanitario			
		2003	2002	2001	2000
HOMBRE	En general, el Sistema Sanitario funciona bastante bien	18,58%	18,53%	22,36%	21,91%
	El Sistema Sanitario funciona bien, pero necesita cambios	46,28%	47,35%	43,43%	45,24%
	El Sistema Sanitario necesita cambios fundamentales	28,88%	28,20%	29,20%	25,86%
	Sistema Sanitario está tan mal que necesitamos rehacerlo	6,25%	5,92%	5,01%	6,98%
MUJER	En general, el Sistema Sanitario funciona bastante bien	19,06%	18,73%	22,23%	21,31%
	El Sistema Sanitario funciona bien, pero necesita cambios	50,29%	49,11%	47,35%	46,94%
	El Sistema Sanitario necesita cambios fundamentales	25,61%	26,97%	24,22%	25,84%
	Sistema Sanitario está tan mal que necesitamos rehacerlo	5,05%	5,19%	6,19%	5,91%
AMBOS SEXOS	En general, el Sistema Sanitario funciona bastante bien	18,81%	18,63%	22,30%	21,62%
	El Sistema Sanitario funciona bien, pero necesita cambios	48,21%	48,21%	45,32%	46,06%
	El Sistema Sanitario necesita cambios fundamentales	27,30%	27,61%	26,80%	25,85%
	Sistema Sanitario está tan mal que necesitamos rehacerlo	5,67%	5,56%	5,58%	6,47%

A continuación nos vamos a centrar en aspectos generales del sistema sanitario, en primer lugar queremos saber como valoran las mujeres el sistema sanitario. Para ello, reflejamos en la siguiente tabla la opinión sobre el funcionamiento del sistema sanitario.

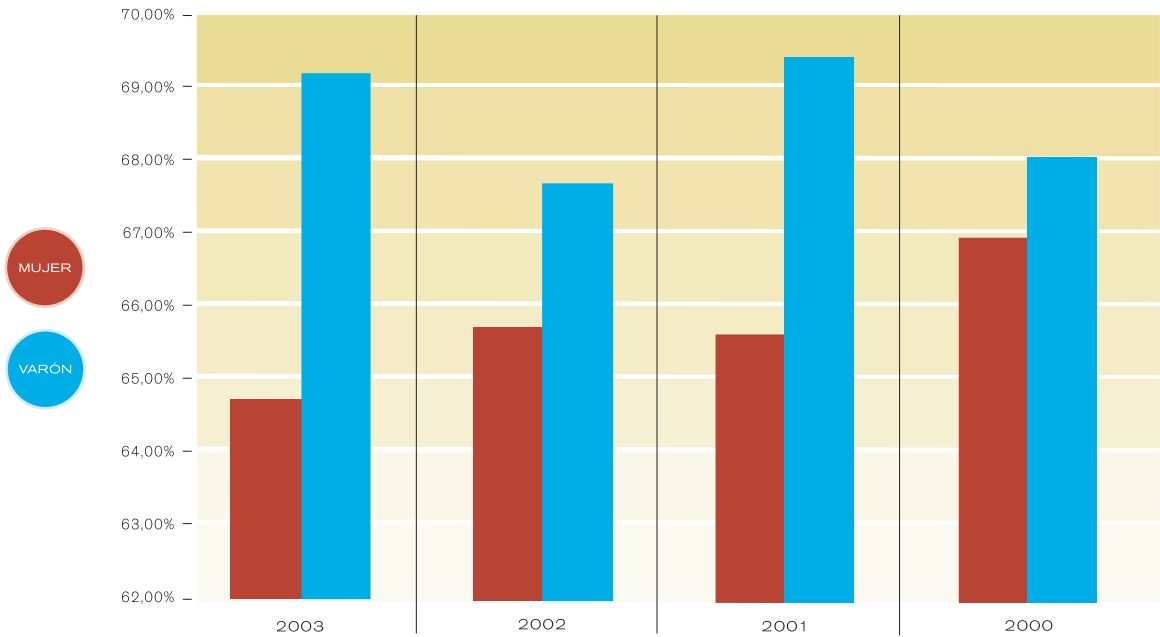
Fuente: Elaboración propia a partir de los Barómetros Sanitarios del MSC.

Los datos reflejan que las mujeres son más críticas con el funcionamiento del sistema sanitario que los hombres; en el año 2003 el 6,25% de las mujeres piensan que el sistema sanitario está tan mal que es necesario rehacerlo por completo, frente al 5,05% de los hombres; de igual forma, el 28,88% de las mismas consideran que el sistema sanitario necesita cambios fundamentales en comparación con el 25,61% de los hombres que sustenta la misma opinión.

Además, la evolución temporal demuestra que la valoración de la mujer sobre el funcionamiento del sistema sanitario ha empeorado continuamente desde el 2000, mientras que la de los hombres ha mejorado. La frecuencia absoluta de mujeres que piensan que el sistema sanitario funciona bastante bien o bien se ha reducido en 2,29 del 2000 al 2003, mientras que la de los hombres se ha incrementado en 1,10%. Por tanto, resulta evidente que la mujer se está volviendo mucho más crítica con el funcionamiento de la sanidad que los hombres, lo que puede deberse a que su frecuencia de utilización del mismo es mayor que la de los varones.

LA VALORACIÓN DE LA MUJER SOBRE EL FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA SANITARIO HA EMPEORADO CONTINUAMENTE DESDE EL 2000, MIENTRAS QUE LA DE LOS HOMBRES HA MEJORADO

GRÁFICO 44 Evolución de la valoración positiva del sistema sanitario



Fuente: Elaboración propia a partir de los Barómetros Sanitarios del MSC.

En cuanto a la percepción del sistema sanitario por grupos de edad, son las mujeres de 20 a 39 años las que se muestran más críticas con el sistema sanitario, ya que el 39,83% de las mujeres de 20 a 29 años considera que el sistema sanitario necesita cambios fundamentales o que se tiene que rehacer por completo, llegando ese porcentaje al 42,15% en el segmento de edad comprendido entre los 30 y los 39 años. Sin embargo, la mayor diferencia entre mujeres y hombres por grupos de edad se da en el tramo comprendido entre los 50 a 59 años, en donde las asimetrías en la valoración del sistema sanitario entre hombres y mujeres son máximas, alcanzando una diferencia en la frecuencia absoluta de 9,32 entre los hombres que valoran como bastante bueno o bueno el funcionamiento del sistema sanitario con respecto a las mujeres.

TABLA 72 Opinión de las mujeres sobre el funcionamiento del sistema sanitario por grupo de edad

EDAD	EN GENERAL, EL SISTEMA SANITARIO FUNCIONA BASTANTE BIEN	EL SISTEMA SANITARIO FUNCIONA BIEN, PERO NECESITA CAMBIOS	EL SISTEMA SANITARIO NECESITA CAMBIOS FUNDAMENTALES	SISTEMA SANITARIO ESTÁ TAN MAL QUE NECESITAMOS REHACERLO
18 A 19 AÑOS	15,73	51,18	27,99	5,10
20 A 29 AÑOS	13,67	46,50	32,49	7,34
30 A 39 AÑOS	12,20	45,65	36,11	6,04
40 A 49 AÑOS	13,87	47,88	30,99	7,26
50 A 59 AÑOS	16,10	48,04	28,31	7,55
60 A 69 AÑOS	24,25	45,26	23,93	6,56
70 A 79 AÑOS	34,25	43,21	18,79	3,76
80 A 89 AÑOS	38,80	42,57	18,03	0,60
90 Y MÁS AÑOS	29,49	55,96	14,56	0,00

Fuente: Elaboración propia a partir de los Barómetro Sanitario del 2003, MSC.

EL MAYOR DIFERENCIAL POR NIVEL DE ESTUDIOS ENTRE LA VALORACIÓN DE HOMBRES Y MUJERES SE DA PRECISAMENTE EN EL DE ESTUDIOS SUPERIORES

Si relacionamos la opinión sobre el funcionamiento del sistema y el nivel educativo de las mujeres, comprobamos que es en los niveles más bajos, estudios primarios, donde las mujeres tienen una mejor opinión, sumando las dos opciones que califican el funcionamiento como positivo, vemos que en el caso de los estudios primarios no terminados el porcentaje de mujeres es del 78,52% y en el de los estudios primarios del 69,08%. A partir de primaria se produce una disminución del porcentaje al entorno del 60% que, con alguna oscilación, se mantiene hasta el nivel de licenciatura.

Un aspecto importante a destacar es que el mayor diferencial por nivel de estudios entre la valoración de hombres y mujeres se da precisamente en el de estudios superiores, ya que únicamente el 60,68% de las mujeres licenciadas considera que el sistema sanitario funciona bien o suficientemente bien, frente al 73,77% de los hombres licenciados.

Con respecto a la valoración del sistema por parte de la mujer en relación con su situación respecto a la actividad podemos observar cómo son las desempleadas y las estudiantes las que se muestran más críticas con el sistema, con porcentajes del 40,82% y del 41,20% respectivamente.

TABLA 73 Opinión de las mujeres sobre el funcionamiento del sistema sanitario por nivel de estudios superior iniciado

	EN GENERAL, EL SISTEMA SANITARIO FUNCIONA BASTANTE BIEN	EL SISTEMA SANITARIO FUNCIONA BIEN, PERO NECESITA CAMBIOS	EL SISTEMA SANITARIO NECESITA CAMBIOS FUNDAMENTALES	SISTEMA SANITARIO ESTÁ TAN MAL QUE NECESITAMOS REHACERLO
ESTUDIOS PRIMARIOS SIN FINALIZAR	29,46	49,07	18,70	2,78
ESTUDIOS PRIMARIOS	24,98	44,10	25,04	5,88
EGB O EQUIVALENTE	15,78	45,06	30,91	8,25
FPI Y EQUIVALENTE	12,33	51,31	30,18	6,18
BACHILLERATO SUPERIOR Y EQUIVALENTES	15,83	46,38	31,26	6,53
FPII Y EQUIVALENTES	10,19	50,20	33,73	5,88
DIPLOMADOS UNIVERSITARIOS	11,10	51,35	32,16	5,39
LICENCIADO UNIVERSITARIO	12,05	48,63	35,46	3,86

Fuente: Elaboración propia a partir de los Barómetro Sanitario del 2003, MSC.

TABLA 74 Opinión de las mujeres sobre el funcionamiento del sistema sanitario por situación respecto a la actividad

	EN GENERAL, EL SISTEMA SANITARIO FUNCIONA BASTANTE BIEN	EL SISTEMA SANITARIO FUNCIONA BIEN, PERO NECESITA CAMBIOS	EL SISTEMA SANITARIO NECESITA CAMBIOS FUNDAMENTALES	SISTEMA SANITARIO ESTÁ TAN MAL QUE NECESITAMOS REHACERLO
TRABAJA	12,86	48,25	32,61	6,28
JUBILADA/PENSIONISTA	29,29	44,72	21,84	4,14
DESEMPLEADA	12,14	47,04	32,69	8,14
ESTUDIANTE	12,31	46,48	33,46	7,74
SUS LABORES	20,69	45,46	27,33	6,53

Fuente: Elaboración propia a partir de los Barómetro Sanitario del 2003, MSC.

TABLA 75 Opinión de las mujeres sobre el funcionamiento del sistema sanitario por nivel de ingresos del hogar

	EN GENERAL, EL SISTEMA SANITARIO FUNCIONA BASTANTE BIEN	EL SISTEMA SANITARIO FUNCIONA BIEN, PERO NECESITA CAMBIOS	EL SISTEMA SANITARIO NECESITA CAMBIOS FUNDAMENTALES	SISTEMA SANITARIO ESTÁ TAN MAL QUE NECESITAMOS REHACERLO
MENOS DE 361€ / MES	32,29	37,65	23,78	6,29
DE 362€ A 601€ / MES	29,64	42,41	22,20	5,76
DE 602€ A 901€ / MES	15,43	45,09	32,63	6,85
DE 902€ A 1202€ / MES	16,80	48,66	27,48	7,05
DE 1203€ A 1502€ / MES	13,91	49,04	30,98	6,06
DE 1503€ A 1803€ / MES	15,36	45,05	33,28	6,30
DE 1804€ A 2404€ / MES	8,49	53,75	32,20	5,56
MÁS 2404€ / MES	11,51	44,46	35,74	8,30

Fuente: Elaboración propia a partir de los Barómetro Sanitario del 2003, MSC.

Si ahora diferenciamos la muestra por ingresos, se aprecia que son las mujeres con una mayor independencia económica en el hogar, por encima de 2.400 euros, son las que demuestran su peor valoración del sistema con un porcentaje del 44,04%. Por su parte, las mujeres con menores ingresos en el hogar son las que mejor valoran el funcionamiento del sistema en términos relativos.

TABLA 76 Opinión de las mujeres sobre el funcionamiento del sistema sanitario por comunidad autónoma de residencia

	EN GENERAL, EL SISTEMA SANITARIO FUNCIONA BASTANTE BIEN	EL SISTEMA SANITARIO FUNCIONA BIEN, PERO NECESITA CAMBIOS	EL SISTEMA SANITARIO NECESITA CAMBIOS FUNDAMENTALES	SISTEMA SANITARIO ESTÁ TAN MAL QUE NECESITAMOS REHACERLO
ANDALUCÍA	14,51	44,90	33,11	7,48
ARAGÓN	25,34	47,90	23,24	3,52
PRINCIPADO DE ASTURIAS	54,55	32,17	11,88	1,40
ISLAS BALEARES	14,04	43,86	27,19	14,91
CANARIAS	10,19	35,04	43,95	10,82
CANTABRIA	20,56	45,79	28,04	5,61
CASTILLA-LA MANCHA	23,64	50,91	19,40	6,06
CASTILLA Y LEÓN	29,87	43,45	21,70	4,98
CATALUÑA	8,74	46,09	37,37	7,81
COMUNIDAD VALENCIANA	20,14	46,18	30,21	3,47
EXTREMADURA	22,20	43,71	28,14	5,94
GALICIA	20,34	52,66	20,76	6,24
COMUNIDAD DE MADRID	8,76	48,88	34,46	7,90
REGIÓN DE MURCIA	19,58	48,07	27,84	4,51
COM. FORAL DE NAVARRA	44,79	41,86	12,40	0,96
PAÍS VASCO	35,07	53,59	10,31	1,03
LA RIOJA	29,81	48,08	16,35	5,77

Fuente: Elaboración propia a partir de los Barómetro Sanitario del 2003, MSC.

Un aspecto importante es averiguar la percepción que tienen las mujeres sobre el funcionamiento del sistema sanitario en función de la comunidad de residencia. En este sentido, si sumamos las dos primeras columnas que recogen el porcentaje de mujeres que opinan que el sistema sanitario funciona bastante bien o bien, observamos cómo son las mujeres que viven en el País Vasco, con un porcentaje del 88,66%, las más satisfechas con el funcionamiento del sistema, seguidas por las asturianas, 86,73%, y las Navarras, 86,65%. Por su parte, las mujeres que se muestran más insatisfechas con el funcionamiento del sistema sanitario son las Canarias, donde el porcentaje anterior se sitúa en el 45,23%, seguidas de las catalanas, 54,83%, y madrileñas, 57,60%.

Si tenemos en cuenta que la valoración de las andaluzas está muy próxima a la de las madrileñas, podemos inferir que el tamaño de la comunidad es un lastre a la hora de la valoración del sistema nacional de salud. Es decir, aquellas comunidades con mayor población son las

que soportan una mayor presión asistencial, traducida en una masificación de los centros de atención sanitaria y en unas esperas medias superiores, aspectos que influyen negativamente en la valoración del funcionamiento del sistema sanitario. Un aspecto, que no parece influir de forma significativa en la valoración del sistema sanitario es el momento en que las diferentes comunidades han recibido las transferencias sanitarias.

En cuanto a la preferencia sobre los centros públicos o privados las mujeres tienen una clara predilección por la asistencia pública frente a la privada. Además, salvo en el caso de las urgencias, el porcentaje de mujeres que elegiría un centro público es superior al de los varones. Más concretamente, el 65,84% de las mujeres preferirían un centro público cuando se trata de asistencia primaria, siendo este porcentaje del 54,17% en el caso de la atención especializada. Es precisamente este último porcentaje el menor de los cuatro casos contemplados, ya que tanto en los ingresos hospitalarios como en el de las urgencias la preferencia de las mujeres por los centros públicos supera el 70%. De hecho, la mayor diferencia entre hombre y mujer se da precisamente en los ingresos hospitalarios, donde el 68,43% de los hombres elegirían un hospital público, frente al 70,77% de las mujeres.

TABLA 77 Opinión sobre la elección de centro sanitario público o privado

	VARÓN	MUJER
A QUE TIPO DE CENTRO ACUDIRÍA PÚBLICO O PRIVADO CUANDO SE TRATA DE ATENCIÓN PRIMARIA (CONSULTAS DE MEDICINA GENERAL Y PEDIATRÍA)		
Público	65,24	65,84
Privado	28,63	27,36
Ambos	6,13	6,80
A QUE TIPO DE CENTRO ACUDIRÍA PÚBLICO O PRIVADO CUANDO SE TRATA DE ASISTENCIA ESPECIALIZADA (CONSULTAS DE ESPECIALISTAS, SALVO DENTISTAS)		
Público	53,43	54,17
Privado	37,34	35,06
Ambos	9,23	10,77
A QUE TIPO DE CENTRO ACUDIRÍA PÚBLICO O PRIVADO CUANDO SE TRATA DE UN INGRESO EN HOSPITAL		
Público	68,43	70,77
Privado	25,46	22,99
Ambos	6,10	6,24
A QUE TIPO DE CENTRO ACUDIRÍA PÚBLICO O PRIVADO CUANDO SE TRATA DE URGENCIAS		
Público	72,51	72,34
Privado	21,47	20,92
Ambos	6,02	6,74

Fuente: Elaboración propia a partir de los Barómetro Sanitario del 2003, MSC.

SALVO EN EL CASO DE LAS URGENCIAS, EL PORCENTAJE DE MUJERES QUE ELEGIRÍA UN CENTRO PÚBLICO ES SUPERIOR AL DE LOS VARONES

6.2. OPINIÓN DE LA MUJER SOBRE EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

En este epígrafe ya no nos centramos en la sanidad o el sistema sanitario en su conjunto, sino únicamente en la percepción que tienen las mujeres del sistema público o Sistema Nacional de Salud.

Analizando la apreciación de los diferentes aspectos referidos a las consulta de medicina general y pediatría, las mujeres valoran mejor la cercanía de los centros, con una valoración de 7,38 sobre 10, seguido del trato recibido por el personal sanitario con una valoración del

MEDICINA GENERAL Y PEDIATRÍA, LAS MUJERES VALORAN MEJOR LA CERCANÍA DE LOS CENTROS, SEGUIDO DEL TRATO RECIBIDO POR EL PERSONAL SANITARIO

7,28. En el otro extremo, lo peor valorado de la asistencia primaria y pediatría es el tiempo de espera hasta entrar en consulta con una puntuación de 5,35. En este caso, no existen muchas diferencias por sexo, ya que los hombres valoran exactamente los mismos aspectos positiva y negativamente.

Resulta interesante conocer como varía la estimación de la atención primaria en función de las características personales de las mujeres. En las páginas siguientes vamos a presentar el valor medio resultante de los 13 indicadores representados en la tabla anterior en función de la edad, la educación, la situación con respecto a la actividad, los ingresos del hogar y la comunidad autónoma de residencia.

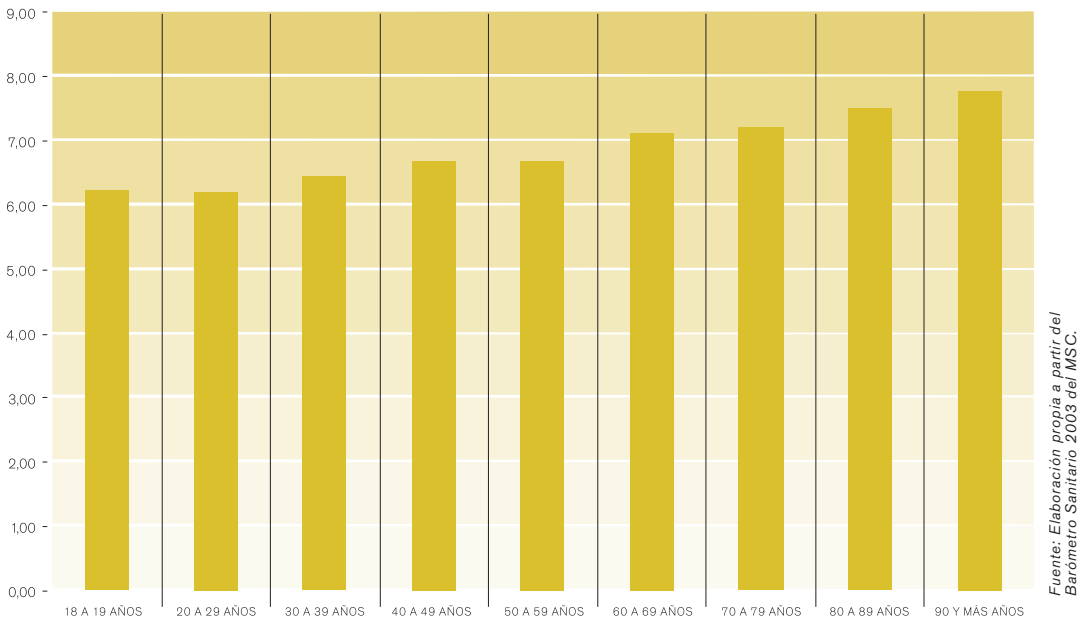
Analizando la apreciación de los diferentes aspectos referidos a las consulta de medicina general y pediatría, las mujeres valoran mejor la cercanía de los centros, con una valoración

TABLA 78	Valoración de las mujeres de los siguientes aspectos de la asistencia sanitaria pública referidos a consultas de medicina general y pediatría	2000	2001	2002	2003
	LA CERCANÍA DE LOS CENTROS	5,72	7,50	7,38	7,38
	LA FACILIDAD PARA CONSEGUIR CITA	5,19	6,65	6,61	6,52
	EL HORARIO DE ATENCIÓN	5,45	6,99	6,91	6,87
	EL TRATO RECIBIDO DEL PERSONAL SANITARIO	5,65	7,32	7,26	7,28
	LA ATENCIÓN A DOMICILIO POR EL PERSONAL MÉDICO Y DE ENFERMERÍA	6,15	7,09	6,85	6,93
	EL TIEMPO DEDICADO POR EL MÉDICO A CADA ENFERMO	5,25	6,60	6,50	6,49
	EL CONOCIMIENTO DEL HISTORIAL Y SEGUIMIENTO DE LOS PROBLEMAS DE SALUD DE CADA USUARIO	5,52	6,89	6,85	6,94
	LA CONFIANZA Y SEGURIDAD QUE TRANSMITE EL MÉDICO	5,65	7,24	7,16	7,23
	EL TIEMPO DE ESPERA HASTA ENTRAR EN CONSULTA	4,52	5,36	5,48	5,35
	LA DERIVACIÓN DESDE SU MÉDICO DE CABECERA A UN ESPECIALISTA EN CASO NECESARIO				5,80
	EL EQUIPAMIENTO Y MEDIOS TECNOLÓGICOS EXISTENTES EN LOS CENTROS	5,44	6,36	6,28	6,48
	LA INFORMACIÓN RECIBIDA SOBRE SU PROBLEMA DE SALUD	5,46	6,89	6,72	6,90

LOS CONSEJOS DEL MÉDICO SOBRE ALIMENTACIÓN, EJERCICIO, TABACO, ALCOHOL, ETC.				6,79
--	--	--	--	------

Fuente: Elaboración propia a partir de los Barómetros Sanitarios del MSC.

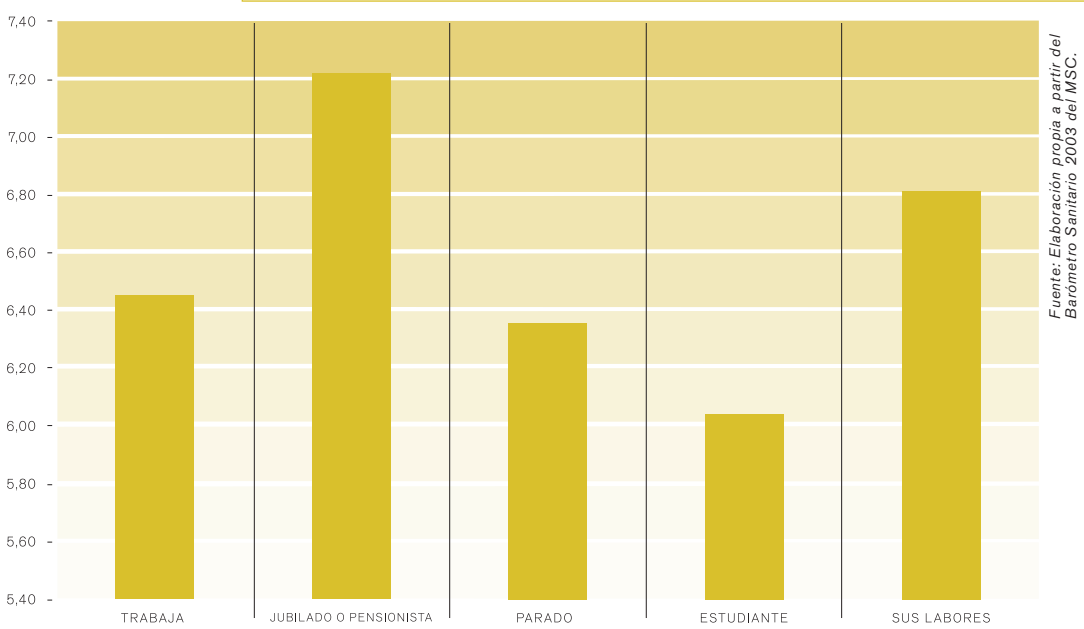
GRÁFICO 45 Valoración media de las mujeres por grupo de edad de la asistencia sanitaria pública: medicina general y pediatría



Fuente: Elaboración propia a partir del Barómetro Sanitario 2003 del MSC.

de 7,38 sobre 10, seguido del trato recibido por el personal sanitario con una valoración del 7,28. En el otro extremo, lo peor valorado de la asistencia primaria y pediatría es el tiempo de espera hasta entrar en consulta con una puntuación de 5,35. En este caso, no existen muchas diferencias por sexo, ya que los hombres valoran exactamente los mismos aspectos positiva y negativamente.

GRÁFICO 46 Valoración media de las mujeres por situación respecto a la actividad de la asistencia sanitaria pública: medicina general y pediatría



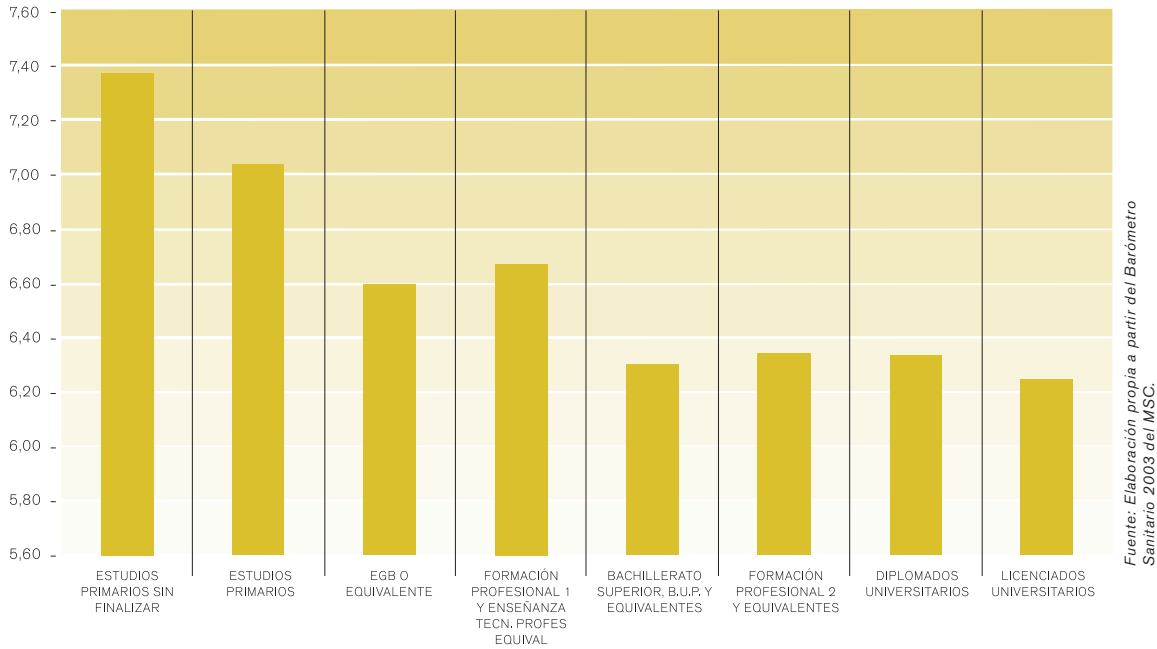
Fuente: Elaboración propia a partir del Barómetro Sanitario 2003 del MSC.

Resulta interesante conocer como varía la estimación de la atención primaria en función de las características personales de las mujeres. En las páginas siguientes vamos a presentar el valor medio resultante de los 13 indicadores representados en la tabla anterior en función de la edad, la educación, la situación con respecto a la actividad, los ingresos del hogar y la comunidad autónoma de residencia.

A medida que aumenta la edad la valoración de la atención primaria por parte de las mujeres también mejora. Resulta evidente que la mayor edad de las mujeres influye positivamente en el juicio global que éstas tienen sobre el funcionamiento de la atención primaria. De hecho, de los 13 indicadores recogidos sólo uno esta por debajo del 5, el tiempo de espera para entrar en consulta, y sólo para las mujeres que están entre los 18 a 30 años. En este sentido, parece que el coste de oportunidad de la mujer joven es lo que hace valorar negativamente el tiempo de espera, mientras que las mujeres que tienen más de 80 años valoran este indicador por encima del 6.

En esta misma línea se muestra la valoración media de la atención primaria y pediatría en función de la situación frente a la actividad. Las mujeres inactivas, jubiladas o amas de casa, son las que mayor satisfacción demuestran con el funcionamiento de la atención primaria, mientras que las estudiantes y paradas las que menos. En este sentido, parece que más que la situación frente a la actividad es la edad la que más condiciona la valoración, ya que las mujeres que trabajan valoran más positivamente la atención primaria que las paradas y estudiantes, incluido el tiempo de espera.

GRÁFICO 47 Valoración media de las mujeres por nivel de ingresos del hogar de la asistencia sanitaria pública: medicina general y pediatría



En cuanto a la valoración media de la atención primaria en función de la educación y el nivel de ingresos de las mujeres, de nuevo se confirman los perfiles apuntados en el apartado anterior, ya que ha medida que se eleva el nivel de estudios la valoración de la atención primaria se reduce. De hecho, entre los dos extremos la diferencia es de 1,12. Al igual que en el caso de la edad o de la ocupación, el único ítem que merece un suspenso es el tiempo de espera para las mujeres que han comenzado a estudiar como mínimo el bachillerato. En los niveles de educación inferiores todos los aspectos de la atención primaria se valoran por encima del aprobado.

GRÁFICO 48 Valoración media de las mujeres por nivel de ingresos del hogar de la asistencia sanitaria pública: medicina general y pediatría

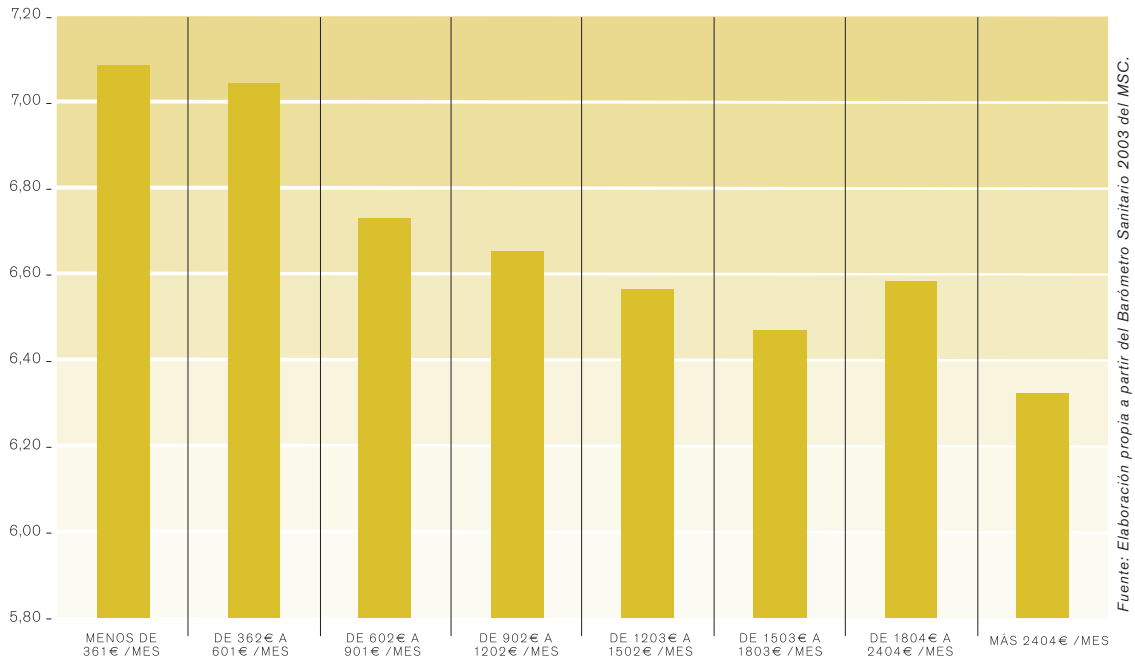
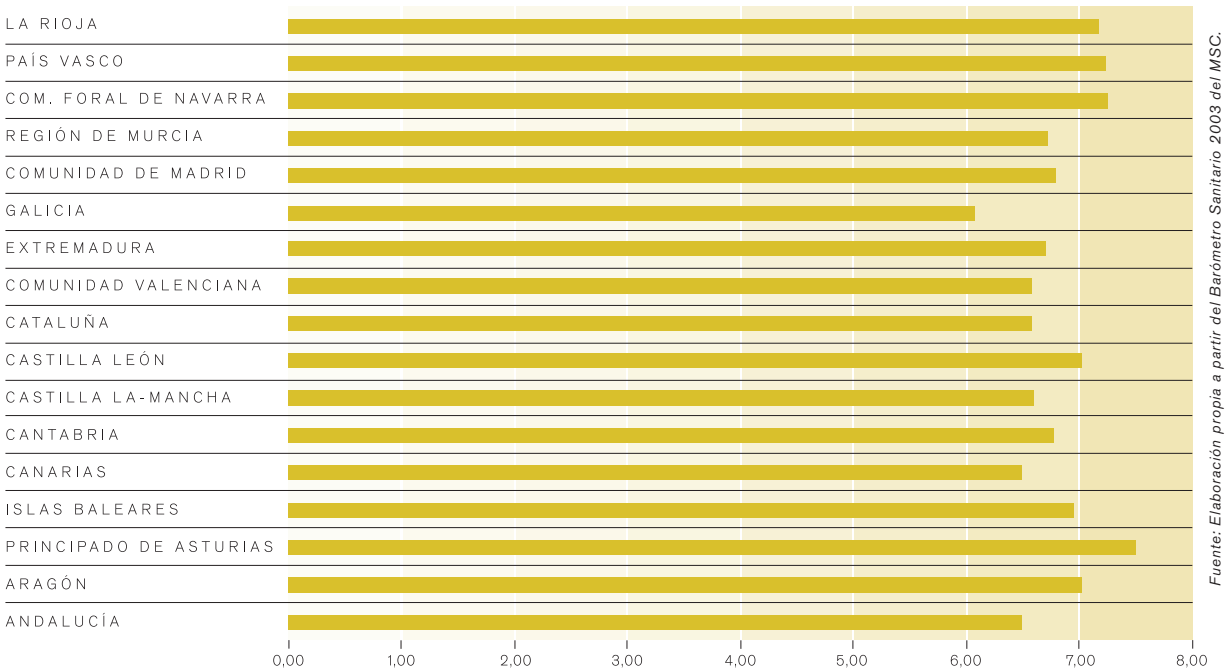


GRÁFICO 49 Valoración media de las mujeres por comunidad autónoma de la asistencia sanitaria pública: medicina general y pediatría



Con respecto al nivel de ingresos podemos afirmar que el gráfico muestra una evolución decreciente, salvo en el tramo de 1800 a 2400 euros en el que se produce un ligero repunte. En este caso, sólo las mujeres que tienen unos ingresos del hogar superiores a 2.400 euros valoran por debajo de 5 un apartado de la atención primaria, el tiempo de espera nuevamente. Parece evidente, pues, que el mayor nivel de renta, asociado como suele estar con la educación, eleva el nivel de exigencia y la capacidad crítica de las mujeres, lo que ciertamente sucede en casi todas las personas de uno u otro sexo.

Por lo que se refiere a la valoración media de la atención primaria en función de la comunidad autónoma de residencia, las mujeres que residen en Asturias, Navarra, País Vasco y la Rioja presentan una valoración media de la atención primaria por encima de 7, mientras que son las mujeres residentes en Galicia y Canarias las que peor valoran la atención primaria pública. La distancia de la valoración media entre la comunidad mejor valorada, Asturias, y la peor valorada, Galicia, es de 1,42 puntos.

Los barómetros dedican 10 preguntas a valorar la atención especializada pública. En términos generales, podemos comprobar como la valoración de las mujeres de la atención especializada ha mejorado del año 2000 al año 2003, pasando de una valoración media del 5,19 en 2000 al 6,26 en 2003. Además, no sólo sube la valoración media, sino que la puntuación de todas las preguntas recogidas es mayor en 2003 que en 2000. En comparación a los varones, las mujeres en el año 2003 valoran en siete décimas más la atención especializada a tener los varones una valoración media de 6,19.

TABLA 79	Valoración de las mujeres de los siguientes aspectos de la asistencia sanitaria pública referidos a la asistencia especializada	2000	2001	2002	2003
	LA FACILIDAD PARA CONSEGUIR CITA	4,19	4,88	4,85	4,84
	EL TIEMPO DEDICADO POR EL MÉDICO A CADA USUARIO	4,98	5,73	5,67	5,89
	EL NÚMERO DE ESPECIALIDADES A LAS QUE SE TIENE ACCESO	5,83	6,86	6,81	6,94
	EL TIEMPO DE ESPERA HASTA ENTRAR EN CONSULTA	4,47	5,00	5,02	4,94
	EL CONOCIMIENTO DEL HISTORIAL Y SEGUIMIENTO DE LOS PROBLEMAS DE SALUD DE CADA USUARIO	5,18	6,00	5,88	6,16
	LA CONFIANZA Y SEGURIDAD QUE LE TRANSMITE EL MÉDICO	5,34	6,38	6,33	6,62
	EL EQUIPAMIENTO Y MEDIOS TECNOLÓGICOS EXISTENTES EN LOS CENTROS	5,80	6,97	6,84	7,14
	EL TRATO RECIBIDO DEL PERSONAL SANITARIO	5,51	6,77	6,61	6,88
	LA INFORMACIÓN RECIBIDA SOBRE SU PROBLEMA DE SALUD	5,42	6,55	6,36	6,71
	LOS CONSEJOS DEL MÉDICO SOBRE ALIMENTACIÓN, EJERCICIO, TABACO Y ALCOHOL, ETC.				6,47

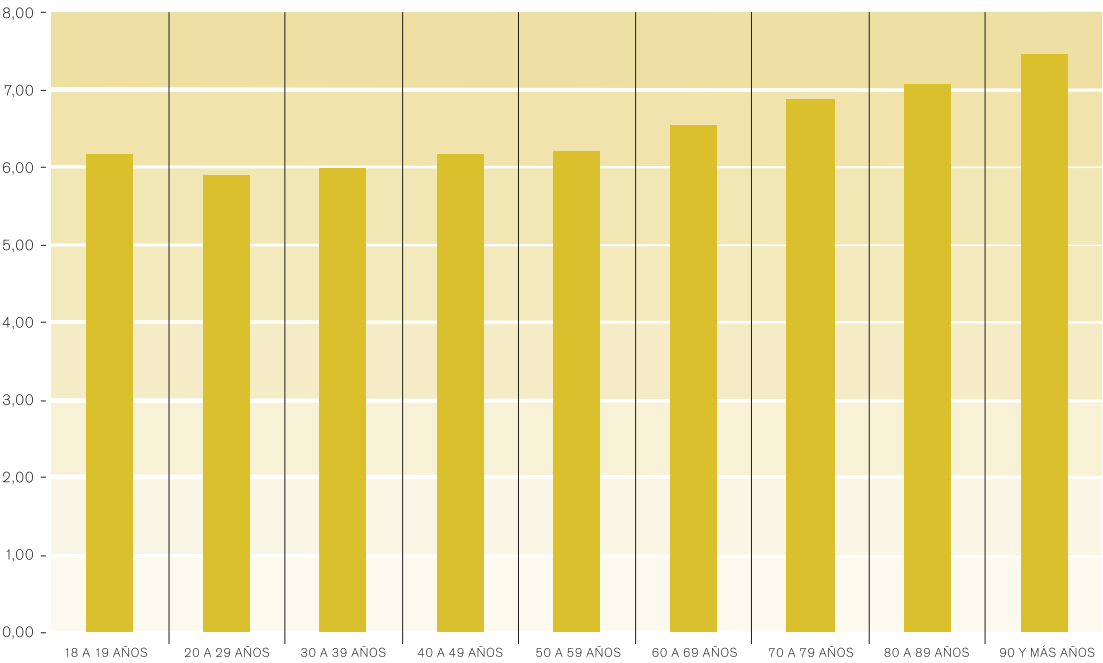
Fuente: Elaboración propia a partir de los Barómetros Sanitarios del MSC.

En el caso de la atención especializada las mujeres dan una peor valoración a la facilidad por conseguir cita, el 4,84, y al tiempo de espera hasta entrar en consulta, el 4,94. En el otro extremo se sitúa el equipamiento y los medios tecnológicos existentes en los centros, 7,14, el número de especialidades al que tiene acceso, 6,94, y el trato recibido por el personal sanitario con el 6,88. De nuevo, los factores relacionados con el acceso a la atención, como son la facilidad para obtener cita, el tiempo de espera en consulta o el tiempo de consulta son los elementos que peor valoración obtienen por parte de las mujeres.

A MEDIDA QUE
AUMENTA LA EDAD
DE LAS MUJERES
MEJOR ES LA
VALORACIÓN DE
LA ATENCIÓN
ESPECIALIZADA
PÚBLICA. POR ELLO,
SON LAS JUBILADAS
LAS MUJERES QUE
MEJOR VALORAN
LA ATENCIÓN
ESPECIALIZADA

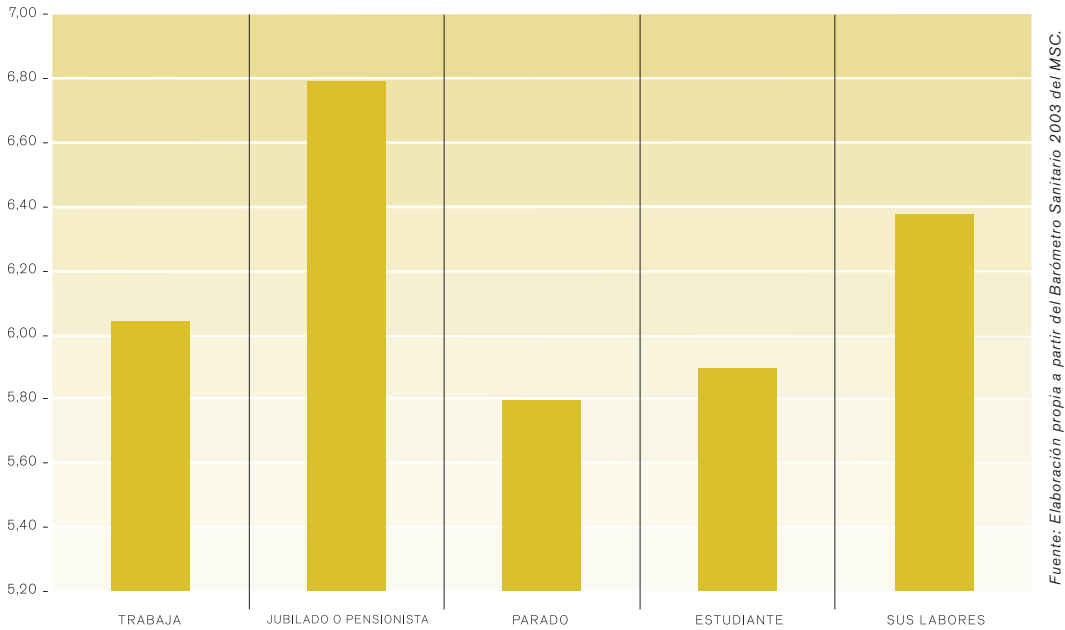
Al igual que en el caso de la atención primaria, examinamos la valoración media del conjunto de los 10 ítem de la atención especializada en función de las características de las mujeres. Tal como sucedía en el caso de la atención primaria, a medida que aumenta la edad de las mujeres mejor es la valoración de la atención especializada pública. Por ello, son las jubiladas las mujeres que mejor valoran la atención especializada, seguida de las amas de casa. Sin embargo, en el caso de la atención especializada son las paradas las que se muestran menos satisfechas, siendo además éstas las que más exigentes se muestran con el tiempo de espera para acceder a la consulta. Las mujeres que trabajan valoran el funcionamiento de la atención especializada por encima de las estudiantes y de las paradas, situándose su valoración ligeramente por encima del 6.

GRÁFICO 50 Valoración media de las mujeres por grupo de edad de la asistencia atención especializada pública



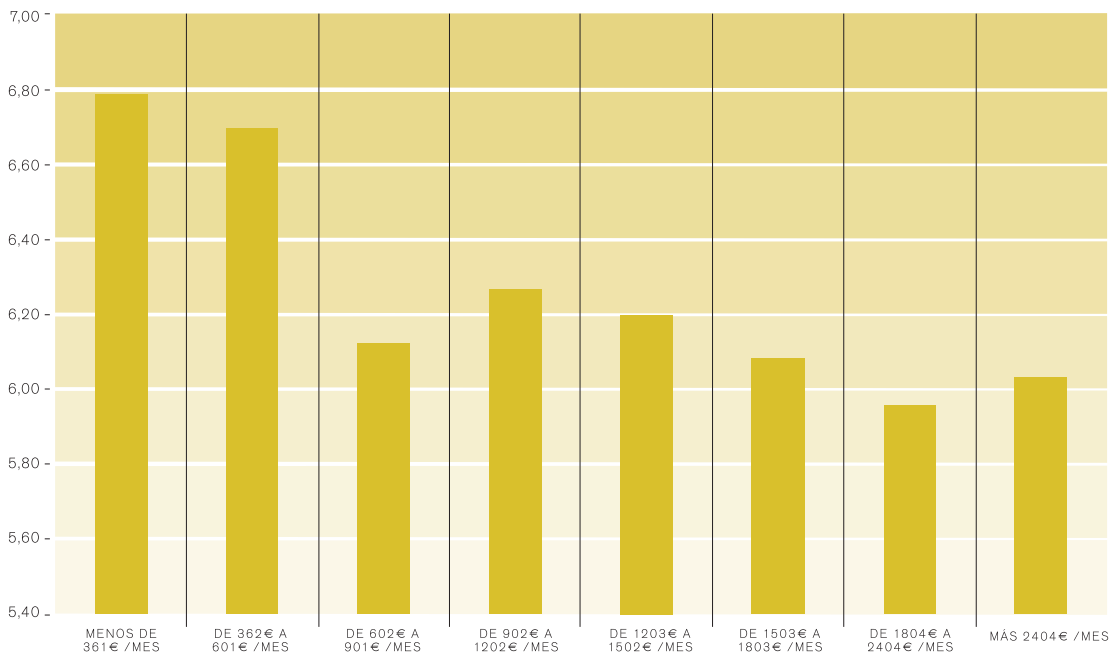
Fuente: Elaboración propia a partir del Barómetro Sanitario 2003 del MSC.

GRÁFICO 51 Valoración media de las mujeres por comunidad autónoma de la asistencia sanitaria pública: medicina general y pediatría



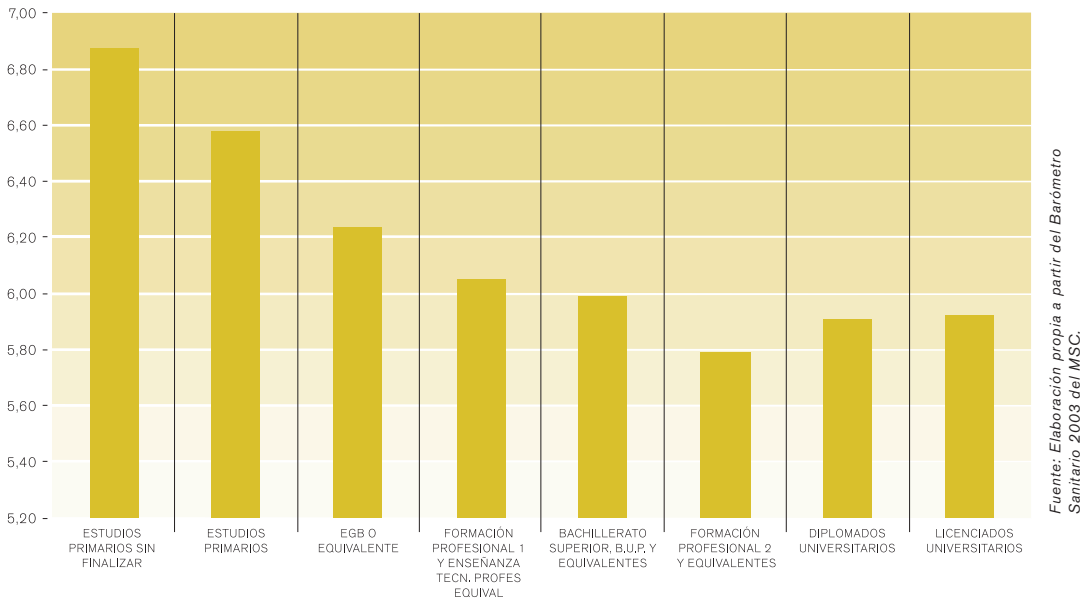
Fuente: Elaboración propia a partir del Barómetro Sanitario 2003 del MSC.

GRÁFICO 53 Valoración media de las mujeres por nivel de ingresos del hogar de la asistencia especializada pública



Fuente: Elaboración propia a partir del Barómetro Sanitario 2003 del MSC.

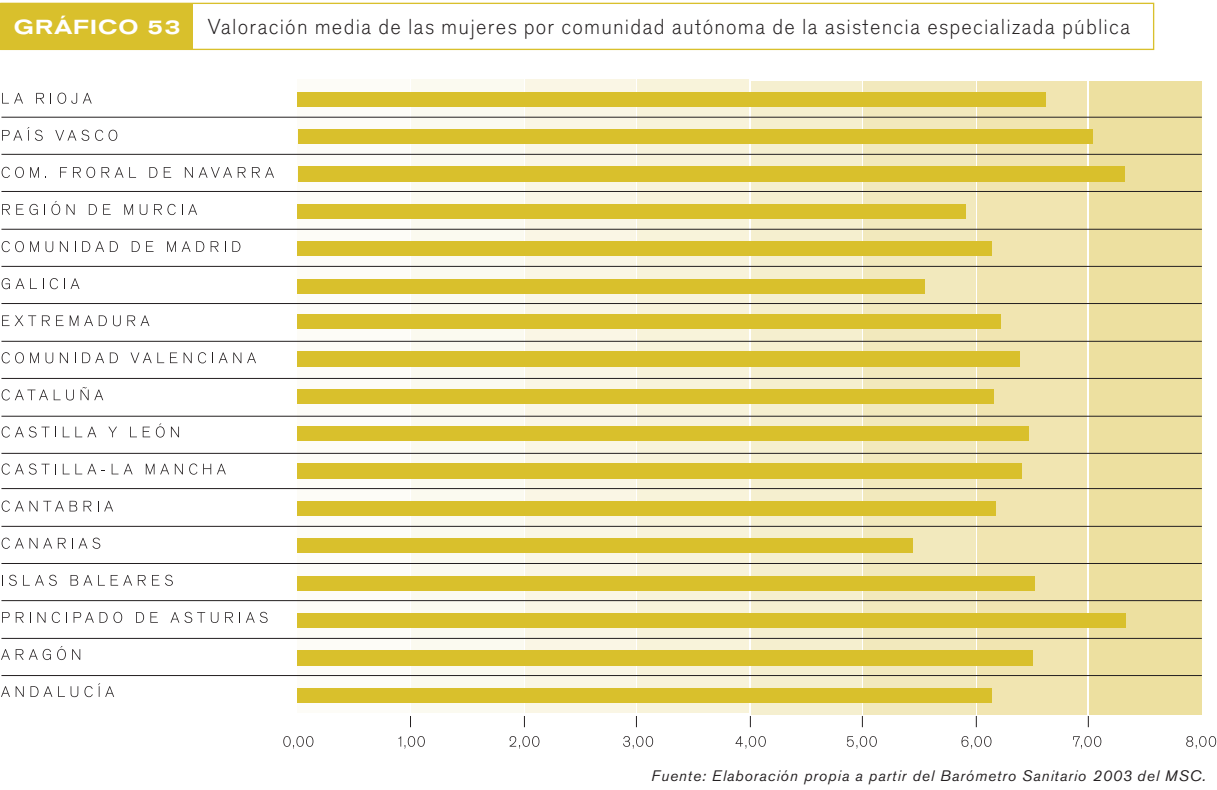
GRÁFICO 52 Valoración media de las mujeres por nivel de estudios más alto comenzado de la asistencia especializada pública



Fuente: Elaboración propia a partir del Barómetro Sanitario 2003 del MSC.

Con respecto a la valoración de las mujeres de la atención especializada en función de su nivel de estudios e ingresos, se aprecian las mismas tendencias que con la atención primaria: a menores estudios y menores ingresos mejor valoración media de la atención especializada. Sin embargo, en el caso de la atención especializada el perfil descendente en función de la educación y de los ingresos experimenta un leve escalón al alza en los tramos superiores, rompiendo así la tendencia decreciente. Así la valoración media de las diplomadas y licenciadas está por encima de las mujeres con estudios de FPIL.

Aunque los perfiles psicosociales de la valoración de la asistencia especializada son, como vemos, muy similares a los de la primaria, las conexiones entre las variables del usuario y su valoración, tanto en mujeres como en varones, parecen en este caso mas débiles que en la asistencia primaria. Ello se debe probablemente a que la utilización de la asistencia especializada es menos recurrente que la de la atención primaria y las opiniones sobre aquella son más fluctuantes y se encuentran fuertemente asociadas con la asistencia recibida del especialista en cada caso.



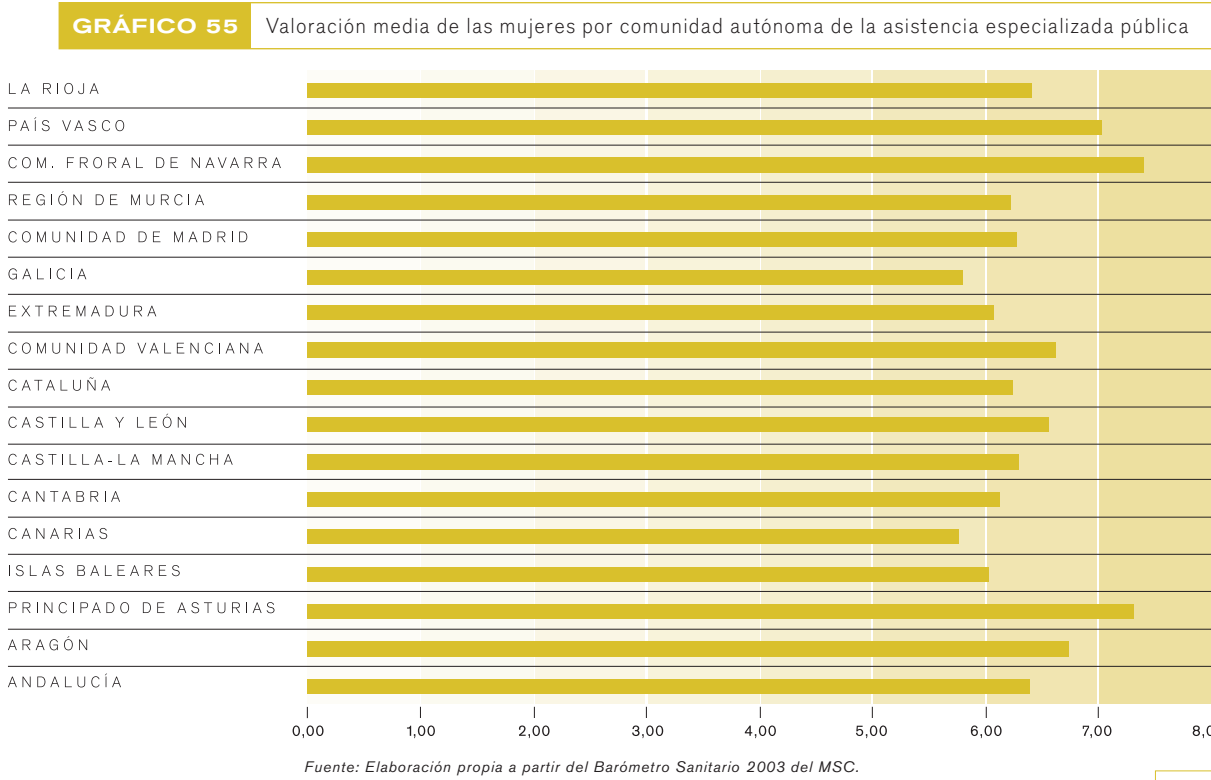
LAS MUJERES QUE MEJOR VALORACIÓN MEDIA DE LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA TIENEN SON LAS ASTURIANAS, 7,33, SEGUIDAS DE LAS NAVARRAS, 7,31, Y DE LAS VASCAS, 7,03. DE IGUAL FORMA, LAS QUE MÁS BAJOS VALORAN LA ATENCIÓN ESPECIALIZAD SON LAS CANARIAS, 5,45, Y LAS GALLEGAS, 5,54

Con respecto a la comunidad autónoma de residencia es importante señalar que se repite con pocas variaciones el mismo ranking que en el caso de la atención primaria. Las mujeres que mejor valoración media de la atención especializada tienen son las Asturianas, 7,33, seguidas de las navarras, 7,31, y de las vascas, 7,03. De igual forma, las que más bajos valoran la atención especializad son las canarias, 5,45, y las gallegas, 5,54, invirtiendo el orden que estas comunidades presentaban en la atención primaria.

En cuanto a la asistencia prestada en los hospitales públicos, podemos comprobar que los aspectos mejor valorados por las mujeres son el equipamiento y los medios tecnológicos existentes en los hospitales, 7,59, los cuidados y la atención por parte del personal de enfermería, 7,06, y del personal médico, 7,04. De nuevo, la peor valoración tiene que ver con el tiempo de demora para el ingreso no urgente, 4,03. La valoración de las mujeres es superior en 12 décimas a la de los hombres, ya que la valoración media de estos de la asistencia hospitalaria es de 6,26. Respecto a la influencia de la edad, actividad, educación e ingresos se repiten los patrones descritos con la asistencia especializada motivo por el que no los repetimos.

TABLA 80	Valoración de las mujeres de los siguientes aspectos de la asistencia de la asistencia que se presta en los hospitales públicos				
		2000	2001	2002	2003
	EL NÚMERO DE PERSONAS QUE COMPARTEN HABITACIÓN	4,38	5,21	5,24	5,33
	ASPECTOS DE HOSTELERÍA (COMIDAS, ASEOS Y COMODIDADES GENERALES DE LAS HABITACIONES)	5,11	6,19	6,13	6,18
	LOS TRÁMITES ADMINISTRATIVOS PARA EL INGRESO	5,10	5,87	5,73	5,87
	TIEMPO DE DEMORA PARA EL INGRESO NO URGENTE	3,86	4,03	4,14	4,03
	LOS CUIDADOS Y ATENCIÓN POR PARTE DEL PERSONAL MÉDICO	5,54	6,97	6,75	7,04
	LOS CUIDADOS Y ATENCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA	5,61	7,07	6,85	7,06
	EL TRATO RECIBIDO DEL PERSONAL NO SANITARIO (CELADORES, ADMINISTRATIVOS, LIMPIADORAS...)	5,59	6,84	6,71	6,96
	EL EQUIPAMIENTO Y MEDIOS TECNOLÓGICOS EXISTENTES EN LOS HOSPITALES	6,07	7,71	7,47	7,59
	LA INFORMACIÓN RECIBIDA SOBRE LA EVOLUCIÓN DE SU PROBLEMA DE SALUD	5,54	6,84	6,69	6,97
	LOS CONSEJOS DEL MÉDICO SOBRE ALIMENTACIÓN, EJERCICIO, TABACO, ALCOHOL, ETC.				6,79

Fuente: Elaboración propia a partir de los Barómetros Sanitarios del MSC.



Al igual que el caso de la atención primaria y las consultas de especializada, son Navarra, Asturias y el País Vasco las comunidades que mejor valoración obtienen. Sin embargo, en esta ocasión la mejor valoración la obtiene Navarra, 7,39, mientras que Asturias es en esta ocasión la segunda comunidad mejor valorada, 7,31, y el País Vasco en tercer lugar también por encima del 7 con una valoración media del 7,04. Igualmente, vuelven a repetir Canarias y Galicia como comunidades peor valoradas por las mujeres con una puntuación media de 5,77 y 5,80 respectivamente. La diferencia entre la comunidad mejor valorada, Navarra, y la peor, Galicia, es de 1,62 puntos.

Una vez descrita la valoración que tienen las mujeres de los distintos tipos de asistencia sanitaria pública, vamos a comentar dos aspectos complementarios como son la información suministrada por los servicios sanitarios y los aspectos que tienen que ver con la gestión de la sanidad por parte de las comunidades autónomas.

TABLA 81 Valoración de las mujeres de los diferentes tipos de información que facilitan los servicios sanitarios

	2000	2001	2002	2003
LA INFORMACIÓN QUE DA LA ADMINISTRACIÓN SANITARIA SOBRE LOS SERVICIOS QUE PRESTA	4,64	4,48	4,54	4,81
LA INFORMACIÓN ACERCA DE LOS DERECHOS Y VÍAS DE RECLAMACIÓN DE QUE DISPONEN LOS USUARIOS	4,27	3,78	3,86	4,06
LA INFORMACIÓN SOBRE MEDIDAS Y LEYES ADOPTADAS POR LAS AUTORIDADES SANITARIAS	4,42	3,74	3,90	4,11
LA INFORMACIÓN EMITIDA A TRAVÉS DE LAS CAMPAÑAS DIRIGIDAS A LA POBLACIÓN SOBRE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD	4,72	4,98	5,00	5,34
LA INFORMACIÓN DISPONIBLE SOBRE QUÉ TRÁMITES REALIZAR PARA ACCEDER AL ESPECIALISTA O INGRESAR EN UN HOSPITAL	4,72	4,95	4,87	5,01

Fuente: Elaboración propia a partir de los Barómetros Sanitarios del MSC.

En el caso de la información suministrada por los servicios sanitarios, la valoración de las mujeres no es tan favorable. De las cinco preguntas recogidas en los barómetros sólo superan el 5 dos de ellas: la relacionada con la información suministrada por las campañas de información y sensibilización pública con una valoración del 5,34 y la relativa a la información disponible sobre los trámites para acceder al especialista o para ingresar en el hospital con un 5,01. Por el contrario no llegan al aprobado la información que tiene que ver con las vías de reclamación, teniendo la valoración más baja con 4,06, la relativa a las leyes con un 4,11 y la información que da la administración sanitaria sobre los servicios que presta con una valoración de 4,81.

NO LLEGAN AL APROBADO LA INFORMACIÓN QUE TIENE QUE VER CON LAS VÍAS DE RECLAMACIÓN, TENIENDO LA VALORACIÓN MÁS BAJA CON 4,06, LA RELATIVA A LAS LEYES CON UN 4,11 Y LA INFORMACIÓN QUE DA LA ADMINISTRACIÓN SANITARIA SOBRE LOS SERVICIOS QUE PRESTA CON UNA VALORACIÓN DE 4,81

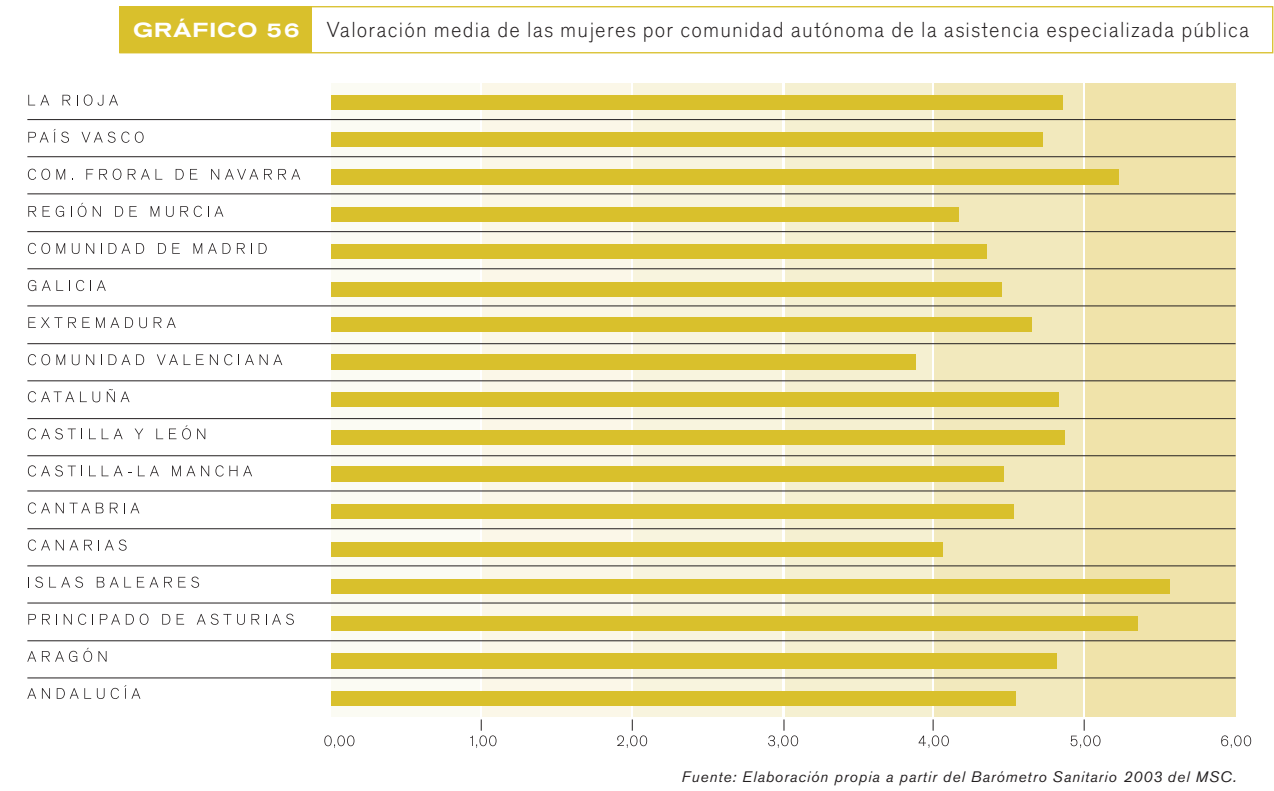


TABLA 82 Valoración de las mujeres de aspectos relacionados con la equidad de la sanidad pública

		VARÓN			MUJER		
		2001	2002	2003	2001	2002	2003
¿LA SANIDAD PÚBLICA PRESTA LOS MISMOS SERVICIOS A TODOS LOS CIUDADANOS CON INDEPENDENCIA DE QUE SE RESIDA EN UNA CC.AA. U OTRA?							
	SÍ	46,39	40,24	43,42	49,05	38,72	43,39
	NO	32,93	41,13	32,50	26,03	37,02	29,65
	N.S.	20,69	18,41	23,79	24,59	23,90	26,49
	N.C.	0,00	0,22	0,29	0,33	0,37	0,47
¿LA SANIDAD PÚBLICA PRESTA LOS MISMOS SERVICIOS A TODOS LOS CIUDADANOS CON INDEPENDENCIA DE QUE SE RESIDA EN UNA ZONA RURAL O UNA CUIDAD?							
	SÍ	43,05	36,71	38,91	45,75	35,15	40,67
	NO	44,58	52,99	46,88	39,79	50,38	42,65
	N.S.	12,38	9,94	13,82	14,14	14,06	16,24
	N.C.	0,00	0,35	0,39	0,32	0,42	0,44
¿LA SANIDAD PÚBLICA PRESTA LOS MISMOS SERVICIOS A TODOS LOS CIUDADANOS CON INDEPENDENCIA DE QUE SE SEA JOVEN O ANCIANO?							
	SÍ	67,41	62,25	65,02	66,78	58,00	63,55
	NO	21,81	27,88	23,39	22,43	29,55	24,02
	N.S.	10,43	9,34	11,15	10,27	11,87	11,85
	N.C.	0,36	0,53	0,43	0,52	0,58	0,58
¿LA SANIDAD PÚBLICA PRESTA LOS MISMOS SERVICIOS A TODOS LOS CIUDADANOS CON INDEPENDENCIA DE QUE SE TENGA UN NIVEL SOCIAL ALTO O BAJO?							
	SÍ	64,89	58,85	61,37	63,95	56,49	60,22
	NO	24,57	32,02	26,70	25,53	31,02	26,31
	N.S.	10,18	8,55	11,39	9,96	11,80	12,82
	N.C.	0,36	0,58	0,55	0,55	0,68	0,65

Fuente: Elaboración propia a partir de los Barómetros Sanitarios del MSC.

Para finalizar, sondeamos la valoración de las mujeres sobre aspectos relacionados con la gestión autonómica de la sanidad. El primer aspecto destacable, es que en las comunidades donde se realizaron las transferencias en 2002, el grado de conocimiento de esta circunstancia se ha incrementado de forma considerable en 2003 en comparación a 2002, ya que el porcentaje de mujeres que afirmaban conocer qué su comunidad tenía transferida la sanidad alcanzaba en 2003 el 61,25% frente al 52,26% del 2002.

Otro elemento importante a destacar, es que a medida que pasa el tiempo, el porcentaje de mujeres que piensa que la asistencia prestada por las comunidades en comparación con la que prestaría el Estado sería igual está incrementándose al pasar en 2002 del 32,86% al 37,40%. La idea de que la descentralización sanitaria mejoraría la gestión de las asistencia, cierta o equivocada, no parece estar calando en la opinión de los usuarios, ni en las mujeres ni en los hombres.

TABLA 83 Valoración de las mujeres de aspectos relacionados con la gestión autonómica de la sanidad pública

		VARÓN		MUJER	
		2002	2003	2002	2003
¿SABÍA UD. QUE, EN ESTOS MOMENTOS, LA RESPONSABILIDAD DE PRESTAR ASISTENCIA SANITARIA, ES DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA?					
	SÍ	58,52	68,59	52,26	61,25
	NO	33,43	29,18	38,43	36,95
	N.S.	4,67	0,00	6,59	0,00
	N.C.	3,38	2,23	2,72	1,80
¿CREE UD. QUE GESTIONANDO LA ASISTENCIA SANITARIA LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS EN LUGAR DEL ESTADO, EL CUIDADO RECIBE UN SERVICIO....?					
	MEJOR	40,35	34,91	35,83	29,83
	IGUAL	33,70	37,60	32,86	37,40
	PEOR	5,21	4,85	3,56	4,73
	N.S.	19,13	21,76	25,46	27,11
AHORA QUE TODAS LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS SON RESPONSABLES DE SUS PROPIOS SERVICIOS SANITARIOS, ¿PIENSA UD. QUE DEBERÍAN PONERSE DE ACUERDO ENTRE ELLAS A LA HORA DE OFRECER NUEVOS SERVICIOS A LOS CUIDADANOS?					
	SÍ		77,13		73,65
	NO		4,86		4,69
	N.S.		16,66		19,82
	N.C.		1,35		1,83

Fuente: Elaboración propia a partir de los Barómetros Sanitarios del MSC.

EL ASPECTO QUE GENERA UNA MAYOR UNANIMIDAD POR PARTE DE LAS MUJERES ES LA NECESIDAD DE COORDINACIÓN POR PARTE DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS PARA DECIDIR EL CATÁLOGO DE PRESTACIONES, LO QUE REFUERZA LA PREOCUPACIÓN POR LAS DIFERENCIAS TERRITORIALES

En cuanto a los aspectos que menos valoran las mujeres de los diferentes tipos de asistencia pública son los relacionados con el tiempo de espera para ser atendidos y con las facilidades de conseguir cita. Por el contrario, la cercanía y el equipamiento de los centros son los aspectos que mejor valoran junto al trato recibido por los profesionales sanitarios.

Desde una perspectiva espacial, las mujeres que residen en Asturias, Navarra y País Vasco son las que mejor valoran la sanidad y la asistencia sanitaria pública, sea ésta primaria, consultas de especializada u hospitales. Por el contrario las mujeres que viven en Canarias y Galicia son las que peor valoran la asistencia sanitaria pública.

Un aspecto que debe mejorarse es la información suministrada por el sistema sanitario y las vías existentes para reclamar, ya que en la valoración de las mujeres son los aspectos que peor calificación obtienen. En este caso, destaca positivamente Baleares y negativamente la Comunidad Valenciana.

Con respecto a la equidad, la opinión de las mujeres es que el sistema es más igualitario en función de las diferencias individuales, edad y nivel social, y menos en función de las características espaciales, comunidad autónoma y tipo de residencia, urbana o rural.

En cuanto a la percepción que tienen las mujeres de la gestión autonómica de la sanidad, la mayoría piensa que no diferiría si fuese el Estado quien la llevase a cabo y resaltan la necesidad de acuerdos para definir la cartera de prestaciones en las diferentes comunidades. Parece, pues, que las mujeres están mas preocupadas por la aparición de diferencias en la atención sanitaria en función de la comunidad autónoma de residencia que satisfechas por las supuestas mejoras derivadas de la descentralización.

Por último, el aspecto que genera una mayor unanimidad por parte de las mujeres es la necesidad de coordinación por parte de las comunidades autónomas para decidir el catálogo de prestaciones, lo que refuerza la preocupación por las diferencias territoriales comentadas con anterioridad. De hecho, el 73,65% de las mujeres considera que sería necesaria la citada coordinación.

A modo de resumen, la mujer presenta una mayor preocupación por la sanidad que el hombre, siendo esta su principal área de interés con una diferencia de más de 5 puntos con respecto a los varones. Dada esta mayor preocupación de las mujeres, mas explicable aún en la medida en que ellas son las mayores usuarias del sistema sanitario, es también lógico que sean ellas las más críticas con el sistema sanitario en su conjunto que los hombres.

En este sentido, las mujeres de 30 a 39 años, las que mayores estudios han comenzado y las que presentan mayores ingresos en su hogar son las más críticas con el sistema sanitario, tanto en su conjunto como con el sistema público sanitario. Por otro lado, las mujeres se decantarían en mayor medida por centros sanitarios públicos que los hombres.

PARECE, PUES, QUE LAS MUJERES ESTÁN MAS PREOCUPADAS POR LA APARICIÓN DE DIFERENCIAS EN LA ATENCIÓN SANITARIA EN FUNCIÓN DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE RESIDENCIA QUE SATISFECHAS POR LAS SUPUESTAS MEJORAS DERIVADAS DE LA DESCENTRALIZACIÓN

7. CONCLUSIONES: PANORÁMICA DE LA SALUD DE LA MUJER ACTUAL.

Nadie puede poner en cuestión que la mujer española tiene hoy mejor salud de lo que nunca ha tenido en la historia. En 1900 la esperanza de vida de la mujer española era de 36 años; un siglo después, en 2004, esta expectativa vital se ha elevado casi cincuenta años, por encima de los 83 años y continua subiendo. Los avances en la medicina y la biología y el desarrollo social y económico han conseguido alargar la vida de la mujer a razón de casi un año de vida por cada dos años transcurridos durante la pasada centuria.

Ningún científico podría haber pronosticado a finales del siglo XIX una conquista tan espectacular en la salud, medida en términos de años de vida ganados. Y es muy difícil aventurarse hoy a realizar una proyección estadística de esta reciente evolución, porque ello nos adentra en una sociedad ultralongeva que aún hoy nos resulta ciencia ficción, pese a que ya empezamos a percibir algunos indicios de esta sociedad futura.

El siglo XX ha sido prodigo en transformaciones para la mujer. Su mayor presencia laboral, su equiparación jurídica y política con el varón, el nuevo papel en la familia y en el matrimonio, mas decisivo, libre y participativo, el descenso de las tasas de fecundidad y natalidad, la adopción por parte de la mujer de muchos hábitos y pautas de conducta antes privativos de los hombres y no siempre benéficos para la salud, su incorporación masiva al tráfico de vehículos y a las actividades deportivas, entre otros muchos cambios, han contribuido a modificar los patrones epidemiológicos de la mujer.

El alargamiento de la vida de la mujer, como la del hombre, ha traído consigo un incremento de la morbilidad asociada con la edad. Las enfermedades cardiovasculares y el cáncer, las osteoarticulares y, en general, las degenerativas como la osteoporosis o el alzheimer han incrementado su prevalencia en la mujer a lo largo del último siglo y especialmente en las últimas décadas. Pese a ello, si es cierto que la mujer sufre más discapacidades a lo largo de su vida, también lo es que vive más vida sin ellas.

Las mujeres mayores tienen ahora más limitaciones físicas y un riesgo incrementado de sufrir accidentes. Pero las restricciones en las etapas mas altas de la vida no son una novedad de este siglo; lo verdaderamente nuevo es que ahora llegan mucho más tarde y

que alcanzan a más mujeres, no porque estén mas débiles o enfermas, sino porque la proporción de población mayor se ha incrementado. La creciente feminización de la población de mayor edad ha convertido la viudedad en un estado esencialmente femenino, asociado con frecuencia a la dependencia y la soledad, continuación, en muchos casos, de varios años de ejercicio de cuidadora de sus consortes ya fallecidos.

AUNQUE LAS MUJERES ESPERAN VIVIR SIN DISCAPACIDADES O ENFERMEDADES MÁS AÑOS QUE LOS HOMBRES, LAS PADECEN DURANTE MÁS TIEMPO DEBIDO A SU MAYOR ESPERANZA DE VIDA

no se ha dado en los ámbitos de la producción y el trabajo a los que la mujer se ha incorporado en los sectores y ocupaciones con bajo nivel de riesgo para la salud.

La mujer de hoy es también más culta y se encuentra mejor preparada que la de tiempos pasados. El bajo nivel de formación de la mujer, que durante décadas y siglos ha constituido un enorme lastre para su salud, pertenece hoy al pasado. Todavía en 1920, la mitad de las mujeres españolas eran analfabetas; en los albores del XXI el analfabetismo está erradicado y más del 53 % de los alumnos universitarios son mujeres. Pese a que el saldo en este terreno ha sido muy favorable para la salud de la mujer, tanto la escasa educación como la pobreza continúan siendo variables asociadas en España con la mala salud, tanto en los hombres como en las mujeres.

Pese a los evidentes costes del envejecimiento demográfico, en el que la mujer desempeña un claro protagonismo, con todos sus avatares, es mucho más lo conseguido que los nuevos problemas de salud surgidos o emergentes. La incultura, la sumisión, la falta de higiene y la pobreza han estado durante siglos asociados con las enfermedades infectocontagiosas y las derivadas de la función reproductiva de la mujer. Los actuales enemigos de la salud femenina en España son ahora las enfermedades circulatorias, el cáncer y los accidentes de tráfico. También la inactividad física, la obesidad y los trastornos de la alimentación, el alcohol y el tabaco se encuentran enfrentados con el bienestar y la salud de la mujer española.

Aunque la mujer española ha incorporado a su modo de vida algunos hábitos perniciosos antes casi privativos del hombre, su comportamiento es, en general, más saludable que el del hombre; come mejor, descansa más hasta el final de su edad reproductiva, fuma menos, bebe menos, consume menos drogas y, a juzgar por su tasa de accidentes de tráfico, conduce con más prudencia. Ve algo peor, pero oye mejor que el hombre, cuida más su dentadura y su comportamiento preventivo de la enfermedad es cuando menos igual que el del hombre. Sólo en la realización de actividades deportivas la mujer se queda retrasada en cuanto a comportamiento saludable.

La mayor fortaleza física de la mujer frente a la enfermedad parece evidente, enferma más tarde y sobrevive más tiempo y – excluyendo la atención sanitaria de la función reproductiva – utiliza menos recursos

La mujer española no solo vive ahora más años que el hombre; también vive mas años con salud. Para la práctica totalidad de esperanzas de vida en salud (según tipo de morbilidad o de discapacidad), el número de años que viven las mujeres sin enfermedad o discapacidad es superior al de los hombres. Aunque las mujeres esperan vivir sin discapacidades o enfermedades más años que los hombres, las padecen durante más tiempo debido a su mayor esperanza de vida. El envejecimiento constituye el talón de Aquiles de la mujer y tanto la esperanza de vida libre de enfermedad crónica como la de vivir toda la vida en salud es por ello más baja en la mujer que en el hombre.

Los cambios en los modos de vida han llevado a la mujer a formar parte de estadísticas antes poco conocidas para ellas. El consumo de tabaco, que ha descendido en los hombres, se ha incrementado en las mujeres. En toda Europa la accidentalidad de tráfico se ha convertido en la primera causa de muerte para las mujeres de menos de 30 años y nuestro país no es en esto una excepción. Una equiparación que afortunadamente

LA MUJER ENFERMA MÁS TARDE Y SOBREVIVE MÁS TIEMPO

sanitarios que el hombre. Utiliza menos las urgencias pero mas los fármacos que el hombre, casi siempre dentro de estricto control médico. Asimismo, muestra mayor preocupación por la sanidad y es algo más crítica con el funcionamiento del sistema sanitario que el varón.

**EL BALANCE
GENERAL DE LA
SALUD DE LA
MUJER ESPAÑOLA
EN EL INICIO DEL
SIGLO XXI ES
FRANCAMENTE
POSITIVO**

Parece pues, como creemos que se ha puesto de relieve a través de esta revisión, que el balance general de la salud de la mujer española en el inicio del siglo XXI es francamente positivo en comparación con otros países de nuestro entorno cultural y económico. Si bien es cierto que los casi cuatrocientos mil años de vida perdidos por las mujeres en España en 2005 por causa de enfermedad o accidente alejan cualquier triunfalismo, no puede atribuirse a la casualidad el hecho de que la mujer española sea una de las más longevas de la tierra. Como bien señala un aforismo birmano “el haber alcanzado mucha edad indica la virtud que se tuvo previamente”.

8. BIBLIOGRAFÍA

Adams SH. Role of hostility in women’s health during midlife: a longitudinal study. *Health Psychol.* 1994 Nov;13(6):488-95.

Assaf AR, Parker D, Lapane KL, Coccio E, Evangelou E, Carleton RA. Does the Y chromosome make difference? Gender differences in attempt to change cardiovascular disease risk factors. *J Womens Health (Larchmt).* 2003 May;12(4):321-30.

Barlow, D.H. y Durand, VM. (2003). Psicopatología. Madrid: Thomson.

Bartley M, Sacker A, Firth D, Fitzpatrick R. Social position, social roles and women’s health in England: changing relationships 1984-1993. *Soc Sci Med.* 1999 Jan;48(1):99-115.

Belza B, Warmes C. Physical activity and exercise in women’s health. *Nurs Clin North Am.* 2004 Mar;39(1):181-93, viii. Review.

Brezinka V, Kittel F. Psychosocial factors of coronary heart disease in women: a review. *Soc Sci Med.* 1996 May;42(10):1351-65. Review.

Briones del Dedo, N y Colectivo IOE.(1999) Las Mujeres y sus síntomas. Trastornos psicológicos detectados en los Centros de Salud de la Comunidad de Madrid. Madrid: Consejo de la Mujer.

Clin Sports Med. 1994 Apr;13(2):329-35.

Cohen LS. Gender-specific considerations in the treatment of mood disorders in women across the life cycle. *J Clin Psychiatry.* 2003;64 Suppl 15:18-29. Review.

Cook R. Promoting women’s health. *Nurs Stand.* 2000 Feb 9-15;14(21):38-42; quiz 43-4. Review.

Crooks DL. The importance of symbolic interaction in grounded theory research on women’s health. *Health Care Women Int.* 2001 Jan-Feb;22(1-2):11-27. Review.

De Onís, M y Villar, J. (coord.) (1992). La mujer y la Salud en España. Madrid: Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

EDIS. Equipo de Investigaciones sociológicas (2000). El consumo de alcohol y otras drogas en el colectivo femenino. Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Gandarillas, A. y Febrel, C. (2001). Encuesta de prevalencia de Trastornos del Comportamiento Alimentario en adolescentes de la comunidad de Madrid. Documentos Técnicos de Salud.

Hammarstrom A, Hovelius B. [Women’s health and ill health from a gender theoretic perspective] *Nord Med.* 1994;109(11):288-91. Review. Swedish.

Hammarstrom A. [Medicine has much to learn from gender studies] *Lakartidningen.* 2001 Mar 14;98(11):1222-7. Review. Swedish.

Herrera, R, Autonell, J., Spagnolo, E., Gispert, R. (1990) Estudio Epidemiológico en salud mental en el Llobregat (Barcelona). *Informaciones Psiquiátricas* 120: 111-130

Holbrook TL, Hoyt DB. The impact of major trauma: quality-of-life outcomes are worse in women than in men, independent of mechanism and injury severity. *J Trauma.* 2004 Feb;56(2):284-90.

Kolip P. [From women’s health to gender-sensitive health research] *Soz Praventivmed.* 2001;46(4):219-20. German.

Llor Moreno, C. (2002) Principales problemas mentales de las mujeres adultas. En La salud de las mujeres: hacia la igualdad de género en salud. I Congreso Nacional. Madrid: Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Lynott PP, McCandless NJ. The impact of age vs. life experience on the gender role attitudes of women in different cohorts. *J Women Aging.* 2000;12(1-2):5-21.

Mateos Álvarez, R. y Rodríguez, A. (1989). Estudio de epidemiología psiquiátrica en la comunidad gallega. Colección Saudade Mentale. Servicio Galego de Saudade. Xunta de Galicia.

McGrath BB, Puzan E. Gender disparities in health: attending to the particulars. *Nurs Clin North Am.* 2004 Mar;39(1):37-51. Review.

Mingote Adán, J.C. (1999) Semejanzas y diferencias entre hombres y mujeres. En Aspectos psicosociales diferenciales en la salud de las mujeres. Madrid: Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Motzer SA, Hertig V. Estrés, estrés response, and health. *Nurs Clin North Am.* 2004 Mar;39(1):1-17. Review.

Murphy SA, Connelly CD, Evens C, Stoep AV. Roles, lifestyles, and well-being as predictors of alcohol consumption among young and midlife women. *Health Care Women Int.* 2000 Dec;21(8):677-99.

Palacios, Santiago (2001). Salud y medicina de la mujer. Madrid, Harcourt España.

Perez-Gaspar M, Gual P, de Irala-Estevez J, Martínez-Gonzalez MA, Labortiga F, Cervera S. Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en los adolescentes navarros. *Medicina Clínica* 2000;114:481-6

Rohlf, I. (2001) La perspectiva de género en el estudio de las diferencias y desigualdades en salud. I Jornadas de la Red de Médicas y Profesionales de la Salud. Madrid: Ed. Instituto de la Mujer

Ruffing-Rahal MA, Barin LJ, Combs CJ. Gender role orientation as a correlate of perceived health, health behavior, and qualitative well-being in older women. *J Women Aging.* 1998;10(1):3-19.

Stewart MJ, Kushner KE, Spitzer DL. Research priorities in gender and health. *Can J Nurs Res.* 2001 Dec;33(3):5-15.

Thomas MK, Menon U, Ferguson SE, Hiermer MA. Health-related research among Amish women: a review of findings. *Curr Womens Health Rep.* 2002 Jun;2(3):208-13. Review.

Timmerman GM. Using a women’s health perspective to guide decisions made in quantitative research. *J Adv Nurs.* 1999 Sep;30(3):640-5.

Tomiak M, Gentleman JF, Jette M. Health and gender differences between middle and senior managers in the Canadian Public Service. *Soc Sci Med.* 1997 Nov;45(10):1589-96.

Vázquez-Barquero, J.C. y Díez-Manrique, J.F. La morbilidad psiquiátrica en la mujer. En La salud mental de la mujer en España. Madrid: Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Vázquez-Barquero, J.C., Díez Manrique, J.F., Peña, C. et al. (1987). A community mental health survey in Cantabria: a general description of morbidity. *Psychological Medicine*, 17:227-241

Vázquez-Barquero, J.C., Wilkinson, G., Díez-Manrique, J.F., Lequerica, J y Guillén, J. (1990). Psychiatric morbidity and physical illness in health centres. *Acta Psychiatric. Scand.* 81 :335-339

Wielgosz AT. Impact of the social environment on blood pressure in women. *Can J Cardiol.* 1996 Jun;12 Suppl D:13D-15D. Review.

Yeager KK, Macera CA. Physical activity and health profiles of United States women.

Yip YB, Ho SC, Chan SG. Socio-psychological stressors as risk factors for low back pain in Chinese middle-aged women. *Adv Nurs.* 2001 Nov;36(3):409-16.

9. ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1.	Variación de la población española y de los extranjeros	9
TABLA 2.	Evolución de la edad media al matrimonio por sexo	11
TABLA 3.	Tasas de actividad y paro por sexo y comunidades autónoma	13
TABLA 4.	Características físicas por sexo. 2001	14
TABLA 5.	Características físicas. 2003	15
TABLA 6.	Índice de Masa Corporal medio por comunidad autónoma y sexo	16
TABLA 7.	Porcentaje de población de mujeres que no ha tenido dolencia signicativa alguna en los últimos doce meses	20
TABLA 8.	Autovaloración de la salud de las mujeres por comunidades autónomas	21
TABLA 9.	Altas por grandes grupos de enfermedades y sexo (% sobre total de altas). Año 2003	24
TABLA 10.	Edad media de los enfermos dados de alta según el diagnóstico	25
TABLA 11.	Variación de la tasa de morbilidad por 100.000 habitantes	26
TABLA 12.	Número de defunciones según las principales causas de muerte y sexo	28
TABLA 13.	Tasas estandarizadas de mortalidad por causa de muerte (capítulos de la 10ª revisión de la CIE), según sexo	31
TABLA 14.	Años potenciales de vida perdidos según causa de muerte (capítulos de la 10ª revisión de la CIE), según sexo	32
TABLA 15.	Porcentaje de la población activa con deciencias o problemas de salud que las padece durante 5 o mas años	40
TABLA 16.	Porcentaje de la población con deciencias o problemas de salud según sexo y situación de actividad	40
TABLA 17.	Distribución de los accidentes laborales por sexo según su gravedad	40
TABLA 18.	Distribución de las altas hospitalarias por complicaciones derivadas del Embarazo, Parto y Puerperio	41
TABLA 19.	Distribución de las altas hospitalarias relacionadas con la reproducción según grupos de edad	41
TABLA 20.	Prevalencia psiquiátrica por sexo en distintos estudios comunitarios realizados en España	45
TABLA 21.	Relación por sexo de los trastornos mentales	46
TABLA 22.	Estancias causadas por diagnóstico principal por sexo	46
TABLA 23.	Proporción de mujeres que reeren síntomas limitativos de la actividad que pueden relacionarse con malestar psíquico	47
TABLA 24.	Tasa de población con diagnósticos relacionados con la salud mental	48
TABLA 25.	Distribución porcentual por sexo de la accidentalidad según el lugar de ocurrencia	50
TABLA 26.	Lugar de ocurrencia del último accidente	51
TABLA 27.	Lesiones y efectos producidos por los accidentes según sexo	53
TABLA 28.	Mujeres accidentadas según lugar de ocurrencia y atención sanitaria recibida	53
TABLA 29.	Hombres accidentados según lugar de ocurrencia y atención sanitaria recibida	53
TABLA 30.	Tasas de accidentalidad por comunidad autónoma	54
TABLA 31.	Causa de la limitación de la actividad principal	55
TABLA 32.	Número de días de cama guardados por cada tipo de dolencia y sexo	56
TABLA 33.	Porcentaje de mujeres mayores de 65 años con dependencia según la tareas y funciones que no pueden desempeñar ella sola	59/60/61
TABLA 34.	Alimentos tomados en el desayuno según sexo	62
TABLA 35.	Frecuencia de consumo de alimentos en la mujer	63
TABLA 36.	Frecuencia en el consumo de alimentos en los varones	64
TABLA 37.	Tasas de actividad predominante en la jornada y numero medio de horas de descanso por sexo en cada caso	66
TABLA 38.	Tasas de consumo de Tabaco	68
TABLA 39.	Consumo de tabaco por sexo	68
TABLA 40.	Tasa de fumadoras y consumo de diario de cigarrillos por comunidad autónoma	70

TABLA 41.	Edad a la que empezó a consumir bebidas alcohólicas	72
TABLA 42.	Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas en las mujeres	73
TABLA 43.	Tiempo que hace que consultó a un médico por última vez. Varones	77
TABLA 44.	Tiempo que hace que consultó a un médico por última vez. Mujeres	77
TABLA 45.	Frecuencia en la consulta medica de la mujer según nivel de estudios	79
TABLA 46.	Lugar o medio de realización de la última consulta	80
TABLA 47.	Motivo principal de la consulta al médico según sexo	80
TABLA 48.	Porcentaje de utilización de las especialidades médicas por sexo	81
TABLA 49.	Tipo de asistencia recibida en la última visita al dentista	82
TABLA 50.	Porcentajes de consultas al dentista con contenido preventivo según comunidad autónoma. Mujeres.	83
TABLA 51.	Porcentajes de mujeres según tipo de problema dental y comunidad autónoma. Mujeres.	84
TABLA 52.	Cobertura de la atención en salud dental en la mujer española	85
TABLA 53.	Ingresos en el hospital según motivo y sexo	87
TABLA 54.	Porcentajes de ingresos hospitalarios de las mujeres según motivo y por comunidades autónomas	87
TABLA 55.	Motivo y forma de acceso de los ingresos de las mujeres en el hospital	88
TABLA 56.	Forma de ingresos hospitalario por sexo	90
TABLA 57.	Porcentaje de mujeres que han utilizado el servicio de urgencias en el ultimo año	91
TABLA 58.	Tasa de consumo de medicamentos por sexo	92
TABLA 59.	Tasa de consumo de medicamentos según autovaloración en la salud de la mujer.	92
TABLA 60.	Tasa de consumo de medicamentos por sexo y comunidad autónoma	93
TABLA 61.	Tasa de consumo de medicamentos por sexo y tipo de medicamento	94
TABLA 62.	Iniciativa de la vacunación contra la gripe por sexo	96
TABLA 63.	Tasa de vacunación contra la gripe en 2002 por sexo y comunidad autónoma	97
TABLA 64.	Porcentajes de mujeres por comunidad autónoma que han acudido alguna vez al ginecólogo (y esta ha sido una revisión periódica), se han realizado alguna vez una mamografía o una citología vaginal. Indicador Básico de Conducta Preventiva de Salud Femenina (IBCPSF).	98
TABLA 65.	Distribución del número de entrevistas por Comunidades Autónomas y oleadas	101
TABLA 66.	Áreas de mayor interés para los ciudadanos	102
TABLA 67.	Áreas de mayor interés para las mujeres por grupo de edad	103
TABLA 68.	Áreas de mayor interés para las mujeres por nivel de estudios más alto cursado	104
TABLA 69.	Áreas de mayor interés para las mujeres por situación respecto a la actividad	105
TABLA 70.	Áreas de mayor interés para las mujeres por nivel de ingresos del hogar	105
TABLA 71.	Opinión sobre el funcionamiento del sistema sanitario	106
TABLA 72.	Opinión de las mujeres sobre el funcionamiento del sistema sanitario por grupo de edad	108
TABLA 73.	Opinión de las mujeres sobre el funcionamiento del sistema sanitario por nivel de estudios superior iniciado	109
TABLA 74.	Opinión de las mujeres sobre el funcionamiento del sistema sanitario por situación respecto a la actividad	109
TABLA 75.	Opinión de las mujeres sobre el funcionamiento del sistema sanitario por nivel de ingresos del hogar	109
TABLA 76.	Opinión de las mujeres sobre el funcionamiento del sistema sanitario por comunidad autónoma de residencia	110
TABLA 77.	Opinión sobre la elección de centro sanitario público o privado	111
TABLA 78.	Valoración de las mujeres de los siguientes aspectos de la asistencia sanitaria pública referidos a consultas de medicina general y pediatría	112
TABLA 79.	Valoración de las mujeres de los siguientes aspectos de la asistencia sanitaria pública referidos a la asistencia especializada	116
TABLA 80.	Valoración de las mujeres de los siguientes aspectos de la asistencia de la asistencia que se presta en los hospitales públicos	121
TABLA 81.	Valoración de las mujeres de los diferentes tipos de información que facilitan los servicios sanitarios	122
TABLA 82.	Valoración de las mujeres de aspectos relacionados con la equidad de la sanidad pública	124
TABLA 83.	Valoración de las mujeres de aspectos relacionados con la gestión autonómica de la sanidad pública	125

10. ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1.	Pirámide de población año 2005 según edad y sexo	7
GRÁFICO 2.	Evolución de nacidos por año 1946-2004	8
GRÁFICO 3.	Evolución de la esperanza de vida en España por sexo	10
GRÁFICO 4.	Índice medio de masa corporal por edad y sexo	15
GRÁFICO 5.	Autovaloración del estado de salud por sexo y edad	17
GRÁFICO 6.	Autovaloración del estado de salud por sexo y edad	18
GRÁFICO 7.	Ingresos medios del hogar de las mujeres según su valoración de la salud. 2000-2001	19
GRÁFICO 8.	Autovaloración de la salud en la mujer según nivel de estudios	21
GRÁFICO 9.	Altas hospitalarias por 100000 habitantes y diagnóstico	23
GRÁFICO 10.	Altas hospitalarias por 100000 habitantes por diagnóstico y sexo	24
GRÁFICO 11.	Muertes por 1000 habitantes según la causa de muerte y el sexo	29
GRÁFICO 12.	Tasas estandarizadas de mortalidad por causa de muerte según sexo	30
GRÁFICO 13.	Distribución porcentual de años potenciales de vida perdidos (APVP) por causa de muerte	33
GRÁFICO 14.	Distribución de la mortalidad por causas de muerte 2002. Porcentaje por 1000 fallecidos. Mujeres	35
GRÁFICO 15.	Distribución porcentual de la mortalidad por cáncer en la mujer 2002.	37
GRÁFICO 16.	Variación 1996-2002 de las tasa de fecundidad por 1000 mujeres.	42
GRÁFICO 17.	Variación 2000-2002 de población de mujeres en España	43
GRÁFICO 18.	Tasas de Variación 2000-2002 de la población de mujeres en España por grupos de edad y nacionalidad.	44
GRÁFICO 19.	Variación 1975-2004 de la tasa neta de fecundidad por 100 mujeres.	44
GRÁFICO 20.	Tasas de accidentalidad en la mujer por grupos de edad.	51
GRÁFICO 21.	Distribución porcentual de los accidentes en la mujer según lugar de ocurrencia y grupo de edad	52
GRÁFICO 22.	Porcentaje de mujeres que sienten aisladas en algún grado.	57
GRÁFICO 23.	Porcentaje de mujeres que están desatendidas en la enfermedad.	58
GRÁFICO 24.	Número medio de horas de sueño al día por sexo y grupo de edad	65
GRÁFICO 25.	Número medio de horas de sueño al día según sexo y autovaloración de la salud	65
GRÁFICO 26.	Porcentaje de personas que realiza alguna actividad física o deportiva en el tiempo libre, por sexo y edad	67
GRÁFICO 27.	Porcentaje de mujeres que realiza alguna actividad física o deportiva en el tiempo libre, por sexo y edad	67
GRÁFICO 28.	Porcentaje de fumadoras habituales y consumo diario de tabaco por grupos de edad	69
GRÁFICO 29.	Edad media de inicio en el consumo de fumadoras habituales, por comunidad autónoma	70
GRÁFICO 30.	Tasa de consumo de alcohol en España por género y grupos de edad	72
GRÁFICO 31.	Evolución de la proporción de mujeres entre los captados por los indicadores de tratamiento, urgencias y mortalidad del OED	75
GRÁFICO 32.	Diferencia en el uso de consultas médica entre hombres y mujeres por grupos de edad	78
GRÁFICO 33.	Frecuencias en consulta médica por sexo	78
GRÁFICO 34.	Porcentaje de hospitalizados por género, al menos una noche en los últimos doce meses	86
GRÁFICO 35.	Ingresos hospitalarios en la mujer por grupos de edad	88

GRÁFICO 36.	Tiempo medio de espera para intervención quirúrgica por sexo	89
GRÁFICO 37.	Centros de atención de las urgencias. Mujeres	90
GRÁFICO 38.	Tasa de consumo de medicamentos por sexo y grupo de edad	93
GRÁFICO 39.	Tasa de consumo de productos de medicina alternativa	95
GRÁFICO 40.	Tasas de vacunación en 2002, por sexo y grupo de edad	96
GRÁFICO 41.	Evolución de las áreas de mayor interés para los ciudadanos	103
GRÁFICO 42.	Evolución de la valoración de la sanidad como área de mayor interés para la mujer por grupos de edad	104
GRÁFICO 43.	Evolución de la valoración de la sanidad como área de mayor interés para la mujer por ingresos del hogar	106
GRÁFICO 44.	Evolución de la valoración positiva del sistema sanitario	107
GRÁFICO 45.	Valoración media de las mujeres por grupo de edad de la asistencia sanitaria pública: medicina general y pediatría	113
GRÁFICO 46.	Valoración media de las mujeres por situación respecto a la actividad de la asistencia sanitaria pública: medicina general y pediatría	113
GRÁFICO 47.	Valoración media de las mujeres por nivel más alto de estudios comenzado de la asistencia sanitaria pública: medicina general y pediatría	114
GRÁFICO 48.	Valoración media de las mujeres por nivel de ingresos del hogar de la asistencia sanitaria pública: medicina general y pediatría	115
GRÁFICO 49.	Valoración media de las mujeres por comunidad autónoma de la asistencia sanitaria pública: medicina general y pediatría	115
GRÁFICO 50.	Valoración media de las mujeres por grupo de edad de la asistencia atención especializada pública	117
GRÁFICO 51.	Valoración media de las mujeres en función de su situación respecto a la actividad de la asistencia especializada pública	118
GRÁFICO 52.	Valoración media de las mujeres por nivel de estudios más alto comenzado de la asistencia especializada pública	118
GRÁFICO 53.	Valoración media de las mujeres por nivel de ingresos del hogar de la asistencia especializada pública	119
GRÁFICO 54.	Valoración media de las mujeres por comunidad autónoma de la asistencia especializada pública	120
GRÁFICO 55.	Valoración media de las mujeres por comunidad autónoma de la asistencia especializada pública	121
GRÁFICO 56.	Valoración media de las mujeres por comunidad autónoma de la asistencia especializada pública	123



