

INFORME INFORMATIVO

5

MUJERES

Y SALUD

EN LA COMUNIDAD

AUTÓNOMA

DE EUSKADI



EMAKUNDE
EMAKUNDEAREN EUSKAL ERAKUNDEA
INSTITUTO VASCO DE LA MUJER

Erakunde Autonomiadura

Organismo Autónomo del

EUSKO JAURLARITZA



GOBIERNO VASCO

**MUJERES
Y SALUD
EN LA COMUNIDAD
AUTÓNOMA
DE EUSKADI**

EMAKUNDE
INSTITUTO VASCO DE LA MUJER

Vitoria-Gasteiz 1993

TÍTULO: "Mujeres y Salud en la Comunidad Autónoma de Euskadi"

EDITOR: EMAKUNDE / Instituto Vasco de la Mujer.
C/ Manuel Iradier, 36. 01005 Vitoria-Gasteiz

ASESORAMIENTO TÉCNICO: Rosa M.ª Rico Iturrioz

N.º EJEMPLARES: 2.000.

DESCRIPTORES: Salud, mortalidad, salud laboral, salud reproductiva, cuidados familiares, datos estadísticos

DISEÑO GRÁFICO: Ana Badiola e Isabel Madinabeitia

FOTOCOMPOSICIÓN: RALI, S.A.
C/ Particular de Costa, 12-14. 48010 Bilbao

IMPRESIÓN: Gráficas Santamaría, S. A.
Bekolarra, 4. 01010 Vitoria-Gasteiz

ISBN: 84-87595-24-3

DEPÓSITO LEGAL: VI-738/93

ÍNDICE

	Págs.
PRESENTACIÓN	13
INTRODUCCIÓN	17
FUENTES UTILIZADAS Y METODOLOGÍA	23
1. MORTALIDAD	29
1.1. Introducción	31
1.2. Evolución secular de la mortalidad	33
1.3. Mortalidad por edad y sexo	35
1.4. Causas de muerte	37
1.4.1. Grandes causas	37
1.4.2. Otras causas	40
2. MORBILIDAD	45
2.1. Introducción	47
2.2. Padecimientos físicos y psíquicos	49
2.2.1. Introducción	49
2.2.2. Padecimientos físicos de localización determinada	50
2.2.3. Padecimientos físicos de localización indeterminada	52
2.2.4. Padecimientos psíquicos	55
2.2.5. Modalidades de tendencias patógenas	59
3. CUIDADOS DE SALUD	65
3.1. Introducción	67
3.2. Medidas preventivas	67
3.3. Consultas médicas y consumo de medicamentos	69
4. HÁBITOS DE VIDA	73
4.1. Introducción	75
4.2. La nutrición de la población de la C.A.E.	75
4.3. Actividad física	77
4.4. Consumo de tabaco	79
4.5. Consumo de alcohol	82
4.6. Consumo de drogas	84

5. SALUD REPRODUCTIVA	87
5.1. Introducción	89
5.2. Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos	90
5.2.1. Conocimiento de métodos anticonceptivos	90
5.2.2. Uso de métodos anticonceptivos	94
5.3. Consideración del aborto como método anticonceptivo	98
5.4. Atención al embarazo y al parto	100
5.4.1. Cuidados del embarazo	100
5.4.2. Cuidados infantiles	105
5.5. El aborto	106
5.6. La menopausia	108
6. SALUD LABORAL	115
6.1. Introducción	117
6.2. Accidentabilidad laboral	118
6.3. Factores explicativos	121
7. SALUD EN LA TERCERA EDAD	123
7.1. Introducción	125
7.2. Trastornos asociados a la tercera edad	126
7.3. Incapacidades y apoyos	128
8. ROL SANITARIO DE LAS MUJERES EN EL ÁMBITO DOMÉSTICO	131
8.1. Introducción	133
8.2. Demanda de reciprocidad	133
8.3. El reparto de las tareas sanitarias domésticas	134
8.4. Perpetuación del rol sanitario de las mujeres en el ámbito doméstico	135
9. CONCLUSIONES	137
9.1. Contexto histórico	139
9.2. Conclusiones generales	140

ÍNDICE DE CUADROS

	Págs.
1. MORTALIDAD	29
1.1. Riesgos relativos de mortalidad independientes en hombres y mujeres entre 30 y 69 años: Análisis logístico múltiple. Alameda County, C.A. 1965-74	33
1.2. Esperanza de vida al nacer en países desarrollados según sexo, 1985	34
1.3. Esperanza de vida al nacer en la C.A.E. y España, 1960-88	35
1.4. Evolución de las tasas específicas de mortalidad por grupos de edad y sexo	36
1.5. Causas de los fallecimientos en la C.A.E. según sexo, 1988	37
1.6. Causas de los fallecimientos en la C.A.E. según edad y sexo a partir de los 45 años, 1988	38
1.7. Causas no relacionadas con enfermedades en el aparato circulatorio o con tumores, de los fallecimientos en la C.A.E. según sexo, 1988	40
2. MORBILIDAD	45
2.1. Prevalencia de problemas de salud en la C.A.E., 1985-86	47
2.2. Altas hospitalarias en la C.A.E. según tipo de trastorno y sexo, 1987	48
2.3. Actividades que no se pueden realizar a causa de problemas de salud en la C.A.E., 1989	49
2.4. Prevalencia de problemas de salud en la C.A.E., 1985-86	49
2.5. Padecimientos físicos de localización determinada	50
2.6. Padecimientos físicos de localización determinada según edad	51
2.7. Padecimientos físicos de localización determinada según ocupación	51
2.8. Padecimientos físicos de localización determinada según hábitat	52
2.9. Padecimientos físicos de localización determinada según status	52
2.10. Padecimientos físicos de localización indeterminada	53
2.11. Padecimientos físicos de localización indeterminada según edad	53
2.12. Padecimientos físicos de localización indeterminada según ocupación	53
2.13. Padecimientos físicos de localización indeterminada según satisfacción con las tareas domésticas	54
2.14. Padecimientos físicos de localización indeterminada según número de hijos/as	54
2.15. Padecimientos físicos de localización indeterminada según hábitat	55
2.16. Padecimientos físicos de localización indeterminada según status	55
2.17. Padecimientos psíquicos	56
2.18. Padecimientos psíquicos según ocupación	56

2.19.	Padecimientos psíquicos según tareas domésticas realizadas	57
2.20.	Padecimientos psíquicos según satisfacción con las tareas domésticas	57
2.21.	Padecimientos psíquicos según edad	58
2.22.	Padecimientos psíquicos según edad y status	58
2.23.	Padecimientos psíquicos según tipo de hábitat	59
2.24.(a)	Difusión (Factor I: padecimientos polares positivos)	60
2.24.(b)	Localización (Factor I: padecimientos polares negativos)	61
2.25.	Relación entre colectivos femeninos y Factor I.	61
2.26.(a)	Somatización (Factor II: padecimientos polares positivos)	61
2.26.(b)	Depresión (Factor II: padecimientos polares negativos)	62
2.27.	Relación entre colectivos femeninos y Factor II.	62
3.	CUIDADOS DE SALUD	65
3.1.	Práctica de controles de salud según sexo	67
3.2.	Consulta al médico/a por trastornos habituales según sexo	69
3.3.	Motivos de la no visita al médico/a por trastornos habituales según sexo	70
3.4.	Consumo de medicamentos en los últimos días según sexo, 1985-86	71
4.	HÁBITOS DE VIDA	73
4.1.	Actividad física desarrollada en la actividad habitual entre la población de la C.A.E. según edad y sexo, 1985-86	78
4.2.	Actividad física desarrollada en el tiempo libre entre la población de la C.A.E. según edad y sexo, 1985-86	78
4.3.	Frecuencia del ejercicio físico	78
4.4.	Consumo de tabaco entre la población de la C.A.E. según edad y sexo, 1985-86	80
4.5.	Modos de consumo de tabaco entre los/las fumadores/as de la C.A.E., 1985-86	80
4.6.	Modos de consumo de tabaco entre los/las fumadores/as jóvenes de la C.A.E., 1985-86	81
4.7.	Evolución según sexo del consumo de tabaco entre los/las jóvenes de la C.A.E.	81
4.8.	Consumo de alcohol entre la población de la C.A.E. según edad y sexo, 1985-86	82
4.9.	Modos de consumo de alcohol entre los/las bebedores/as de la C.A.E., 1985-86	83
4.10.	Modos de consumo de alcohol entre los/las bebedores/as jóvenes de la C.A.E., 1985-86	83
4.11.	Evolución según sexo del consumo de alcohol entre los/las jóvenes de la C.A.E.	84
4.12.	Evolución según sexo del consumo de drogas entre los/las jóvenes de la C.A.E.	85
5.	SALUD REPRODUCTIVA	87
5.1.	Conocimiento de métodos anticonceptivos	91
5.2.	Conocimiento de métodos anticonceptivos según la edad	91

5.3.	Métodos anticonceptivos según su nivel de conocimiento	92
5.4.	Usuarías alguna vez de métodos anticonceptivos según edad	95
5.5.	Métodos anticonceptivos más utilizados habitualmente según edad	95
5.6.	Métodos anticonceptivos utilizados actualmente según edad	96
5.7.	Valoración de 3 métodos anticonceptivos según condición de usuaria	98
5.8.	El aborto como método anticonceptivo	99
5.9.	Proporción de mujeres que acudió a las sesiones de preparación al parto	102
5.10.	Centro elegido para tener hijos/as según edad	102
5.11.	Centro elegido para tener hijos/as según status	103
5.12.	Tipo de parto que le gustaría según edad	104
5.13.	Tipo de parto que le gustaría según el status	104
5.14.	Acompañante preferido en el momento del parto	104
5.15.	Valoración de los conocimientos poseídos para cuidar al niño/a según edad	105
5.16.	Informante que proporcionó los conocimientos para afrontar el parto según edad	105
5.17.	Informante que proporcionó los conocimientos para afrontar el parto según status	106
5.18.	Concepto de la menopausia según edad	109
5.19.	Concepto de la menopausia según nivel de instrucción	109
5.20.	Concepto de la menopausia según ocupación	109
5.21.	Concepto de la menopausia según status	110
5.22.	Conocimiento de los síntomas de la menopausia	110
5.23.	Consecuencias asociadas a la menopausia según edad	111
5.24.	Valoración de los conocimientos poseídos para afrontar la menopausia según edad	111
5.25.	Valoración de los conocimientos poseídos para afrontar la menopausia según se haya pasado o no	112
5.26.	Conocimientos para afrontar la menopausia entre mujeres que no la han pasado según nivel de instrucción	112
5.27.	Conocimientos para afrontar la menopausia entre mujeres que no la han pasado según status	112
6.	SALUD LABORAL	115
6.1.(a)	Accidentabilidad laboral por grupos de actividad y sexo, 1989	119
6.1.(b)	Grado de lesión según grupos de actividad y sexo, 1989	119
6.1.(c)	Forma de accidente según grupos de actividad y sexo, 1989	120
6.1.(d)	Parte del cuerpo lesionada según grupos de actividad y sexo, 1989	120
7.	SALUD EN LA TERCERA EDAD	123
7.1.	Esperanza de vida a los 65 años en la C.A.E.	125
7.2.	Problemas de salud en la C.A.E., 1985-86	127
7.3.	Padecimientos en la tercera edad según sexo	127
7.4.	Padecimientos psíquicos según acompañamiento en el tiempo libre	128
7.5.	Indicadores de incapacidad según sexo, 1985-86	129
7.6.	Modo más habitual de pasar los malestares causados por trastornos de salud	129

7.7.	Tasas de institucionalización en residencias de personas mayores por sexo y estado civil en la C.A.E., 1985	129
8.	ROL SANITARIO DE LAS MUJERES EN EL ÁMBITO DOMÉSTICO	131
8.1.	Persona a la que recurriría si se encontrara en un problema grave de salud	133
8.2.	Persona que se encarga principalmente de los problemas de salud cotidianos de los/las componentes del hogar	134
8.3.	Han visitado al médico/a en los últimos 15 días por problemas de salud de algún familiar	135
8.4.	Persona que se encarga principalmente de los problemas de salud cotidianos de los/las componentes del hogar según edad	136
8.5.	Valoración de los conocimientos poseídos para encargarse de los problemas de salud propios y de los/las que le rodean	136

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Págs.
1. Tasa de mortalidad secular: C.A.E. y España, 1900-1988	31
2. Factores determinantes de la mortalidad y distribución de gastos en salud	32
3. Ratio mortalidad hombre/mujer, 1988	35
4. Evolución del porcentaje de fallecimientos debidos a tumores	38
5. Mortalidad a causa de enfermedades del aparato circulatorio según edad, 1988	39
6. Mortalidad a causa de tumores según edad, 1988	39
7. Mortalidad a causa de enfermedades del aparato respiratorio según edad, 1988	41
8. Mortalidad a causa de enfermedades en el aparato digestivo según edad, 1988	41
9. Mortalidad por causas externas según edad, 1988	42
10. Mortalidad a causa de enfermedades del aparato osteomuscular según edad, 1988	43
11. Modelo alimentario en la C.A.E. según sexo	76
12. Estimación de la población mayor de 65 años en la C.A.E.	126

P

PRESENTACIÓN

La salud de las personas es un bien fundamental dentro de la escala de valores de la sociedad actual y su protección está reconocida como un derecho constitucional. El estado de salud está interrelacionado con el tipo de sociedad en la que se vive y trabaja, las condiciones económicas y culturales y con el lugar que se ocupe en la estructura social.

El tradicional papel encomendado a las mujeres como educadoras y cuidadoras de la salud en el núcleo familiar, además del que la naturaleza les asigna en la reproducción, ha supuesto que ellas sean el sector de la población más relacionado con el sistema de salud, aunque paradójicamente sus necesidades suelen ser poco conocidas y, por lo tanto, insuficientemente atendidas. Además, la incorporación progresiva de las mujeres al mercado laboral está produciendo importantes cambios en los roles sociales y familiares desempeñados por éstas hasta el momento, haciendo todo ello necesario un esfuerzo de análisis y definición de aspectos de la salud de las mujeres, promoviendo nuevos enfoques y vías de investigación, así como el abandono de los condicionantes sexistas que aún permanecen en la investigación y en la práctica sanitaria.

Desde Emakunde, tal como se recoge en el Plan de Acción Positiva para las Mujeres 1991-94, se impulsa una concepción de salud integral que impregne las directrices de las acciones sanitarias y dé coherencia a la reforma de la estructura sanitaria que potencie la atención primaria, la educación para la salud y las acciones preventivas, superando el modelo meramente curativo-asistencial.

Esta consideración de la salud desde su globalidad requiere el análisis de cada uno de los elementos que la componen, en el caso específico de las mujeres, los estilos de vida, aspectos relacionados con la procreación, la salud laboral, mental, tercera edad, etc., como medio de conocer la situación real de las mujeres en este ámbito y poder fundamentar la aplicación de políticas eficaces que erradiquen desigualdades por razón de sexo.

Este es el objetivo último del presente estudio que siendo una primera aproximación a distintos aspectos de la salud de las mujeres en nuestra Comunidad, aporta nuevas perspectivas que permitan futuras investigaciones que profundicen tanto en la relación de las mujeres con el sistema sanitario, como con los condicionantes y necesidades específicas de su propia salud.



Txaro Arteaga Ansa

Directora de EMAKUNDE /
Instituto Vasco de la Mujer

I

INTRODUCCIÓN

El informe elaborado por IKEI para Emakunde acerca de la salud de las mujeres en la Comunidad Autónoma de Euskadi (en adelante C.A.E.), además de exponer la relación específica de las mujeres con la salud y con la enfermedad, aborda el comportamiento seguido en la atención y la prevención. También se ha considerado oportuno mostrar en este informe una de las realidades de la que en muchas ocasiones no se es consciente, a pesar de su relevancia: el papel que juegan las mujeres en la atención de los trastornos de salud en el espacio doméstico.

También se van a analizar en este estudio las pautas de control de la salud que pueden clasificarse en tres tipos: prácticas en las que la intervención principal es de naturaleza individual (control de la tensión, del peso, hábitos de vida saludables y nocivos, etc.), prácticas en las que interviene el sistema sanitario y prácticas en las que intervienen otras personas ajenas al sistema sanitario.

Entre los distintos componentes que configuran las condiciones de vida, la salud es uno de los de más difícil definición. No es posible establecer un límite claro entre la salud y la enfermedad. Resulta obvio que las enfermedades graves, que implican alteraciones somáticas manifiestas o la muerte, son acontecimientos incompatibles con una situación de buena salud. La información sobre las hospitalizaciones y sobre los fallecimientos proporciona, por tanto, una primera aproximación a las tendencias patógenas. Sin embargo, a medida que las sociedades evolucionan, esta perspectiva va dejando de lado una realidad de importancia creciente: las enfermedades y los padecimientos que sin provocar el fallecimiento van condicionando la vida cotidiana hasta el punto en que, en muchas ocasiones, se erigen en el elemento central alrededor de cuyos imperativos se articulan el resto de actividades.

Por lo que respecta a la salud de las mujeres, la relevancia de esos estados mórbidos que condicionan la vida cotidiana es todavía mayor. De una parte, es una tendencia estadísticamente constatable que en las sociedades occidentales contemporáneas la diferencia principal entre mujeres y hombres, en lo que a pautas de salud se refiere, consiste en que las mujeres presentan menor propensión que los hombres a padecer enfermedades graves, pero mayor a padecer otras enfermedades ordinarias que, sin obligar a suspender la actividad habitual, causan trastornos de cierta consideración. El papel de las mujeres en nuestra sociedad se ha definido en torno al escenario doméstico, al mundo de lo privado y por ello resulta de interés comprobar cuáles son las condiciones actuales, en un momento en el que su acceso al mercado de trabajo está suponiendo un cambio importante en la configuración de su rol social.

Por ello, al abordar la morbilidad se ha optado por un enfoque amplio con el propósito de dar cuenta de los padecimientos más habituales a los que normalmente no se suele prestar la atención debida.

La información de partida acerca de la salud femenina con la que se cuenta en la actualidad no es todo lo completa que sería deseable. La encuesta llevada a cabo para este informe ha servido para cubrir en parte esta carencia. Otras investigaciones parciales en curso no están aún disponibles con el aporte de información que puedan suministrar. Además de esta encuesta, se han llevado a cabo distintas reuniones de grupo, que han proporcionado información complementaria de carácter cualitativo.

Las principales fuentes secundarias utilizadas han sido:

— EUSTAT e INE: Movimiento natural de la población (Anual).

- Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco: Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca, 1987.
- INE: Encuesta de morbilidad Hospitalaria (Anual).
- EUSTAT: Encuesta de condiciones de vida. 1989.
- Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco: Encuesta Nutricional. 1990.
- Departamento de Cultura y Turismo del Gobierno Vasco: Jóvenes Vascos. 1990.
- Departamento de Trabajo y Seguridad Social del Gobierno Vasco: Registro de accidentes de trabajo (Anual).

El documento final ha quedado estructurado en 8 capítulos, cada uno de los cuales recoge los siguientes contenidos:

1. Mortalidad

Evolución de la mortalidad, diferencias de mortalidad según sexo y causas de muerte.

2. Morbilidad

Diferencias generales de morbilidad según sexo. Incidencia de padecimientos físicos de localización determinada, padecimientos físicos de localización indeterminada y padecimientos psíquicos. Configuración de tendencias patógenas.

3. Cuidados de salud

Medidas preventivas, consultas médicas y consumo de medicamentos.

4. Hábitos de vida

Hábitos saludables y hábitos nocivos.

5. Salud reproductiva

Anticonceptivos, gestación y salud infantil y menopausia.

6. Salud laboral

Riesgos y accidentabilidad laboral.

7. Salud de las mujeres de la tercera edad

Tendencias demográficas. Trastornos, incapacidades y apoyos en la tercera edad.

8. Rol sanitario de las mujeres en el ámbito doméstico

Contraste entre la demanda de reciprocidad y el reparto de las tareas sanitarias domésticas. Constatación de la perpetuación del rol sanitario de las mujeres en el ámbito doméstico.

Los enfoques desde los que es posible abordar una investigación acerca de la salud pueden clasificarse en dos tipos¹. Uno epidemiológico que estudia la distribución de los problemas entre la población y analiza los factores determinantes. Otro, inspirado en las ciencias sociales, que no toma en consideración la relación de causalidad, sino que describe un entorno y analiza las relaciones entre sus elementos característicos. Para ello se utilizan diferentes varia-

¹ Pineault, M.D. "La planificación sanitaria". Ed. Masson, págs. 6-7.

bles de tipo social, cultural o demográfico. Para este informe, a fin de cubrir el objetivo que se había planteado, se ha adoptado básicamente este segundo enfoque, pero sin despreciar la información que pueden aportar los diversos estudios epidemiológicos disponibles.

Aunque todavía quedan aspectos que deberían ser abordados más en profundidad en sucesivas investigaciones, los materiales recogidos constituyen el punto de partida para una reflexión fundamentada en la constatación empírica del estado actual de la cuestión.

F

**FUENTES UTILIZADAS
Y METODOLOGÍA**

De acuerdo con las especificaciones de la propuesta, el universo objeto de estudio han sido las mujeres y hombres entre 15 y 70 años de la Comunidad Autónoma de Euskadi.

La encuestación se celebró entre los días 21 de enero y 1 de marzo de 1991.

El total de personas entrevistadas ha sido de 1.729, de las cuales 1.314 corresponden a mujeres y 415 a hombres. La muestra aleatoria y polietápica se extrajo a partir de la tipología de secciones censales del EUSTAT. En primer lugar se seleccionaron, dentro de cada tipología, las secciones censales en las que realizar la encuestación atendiendo a criterios estrictamente proporcionales al tamaño de población de las secciones.

En segundo lugar, dentro de cada una de las secciones censales ya seleccionadas se procedió a la elección de la persona a encuestar. Esta extracción la hizo el EUSTAT de forma aleatoria, previa especificación del número de mujeres y de hombres que correspondían a cada sección. Por cada persona titular se extraía además otras dos personas sustitutas. Una vez seleccionada la muestra se envió una carta de presentación y contacto a cada persona. Dado que los barrios de nueva creación no se incluyen en el Padrón de 1986 (fuente de la que parte el EUSTAT), la muestra se completó con 6 rutas aleatorias en los nuevos barrios de cada una de las tres capitales vascas.

El carácter aleatorio del procedimiento de selección hacía suponer, a priori, que la distribución de la muestra titular según la variable edad reflejaría la distribución poblacional. El control de la variable edad, según se iba realizando la encuestación, permitió observar, sin embargo, que las sustituciones de titulares por reservas iban sesgando esta variable.

Este sesgo se debe a que la probabilidad de permanecer en el mismo domicilio que el que figura en el Padrón de 1986, no es igual entre toda la población: los/las jóvenes tienen más tendencia a la movilidad que los adultos/as, los activos/as que los inactivos/as. En consecuencia, los/las titulares a sustituir eran sobre todo jóvenes y activos/as, mientras que los/as reservas que les sustituían tendían a ser de más edad e inactivos/as, dada su mayor estabilidad y permanencia en el domicilio. A pesar del control realizado, los resultados finales según la edad y la ocupación presentaban ligeros sesgos que han obligado a utilizar ponderadores.

La distribución final de la muestra según territorio histórico y sexo se recoge en el cuadro A.1.

CUADRO A.1. Distribución de la muestra

TERRITORIO HISTÓRICO	MUJERES	HOMBRES	TOTAL
Alava	182	58	240
Bizkaia	726	225	951
Gipuzkoa	406	132	538
TOTAL	1.314	415	1.729

Los puntos de muestreo por territorio histórico así como las encuestas realizadas en cada uno de ellos han sido los siguientes:

Alava: Vitoria (184), Llodio (20), Salvatierra (16), Bernedo (4), Lantarón (8) y Oyón (8).

Bizkaia: Abanto y Ciérvana (16), Amorebieta (16), Barakaldo (105), Basauri (40), Bermeo (16), Bilbao (316), Derio (4), Durango (16), Elorrio (24), Erandio (18), Ermua (24), Gernika (28), Getxo (35), Güeñes (16), Leioa (33), Mendexa (9), Mungia (15), Muxika (13), Ochandiano (84), Ortuella (16), Portugalete (78), Santurtzi (16), Sestao (41), Sopelana (12), Valle de Trápaga (16), Zalla (20).

Gipuzkoa: Amezketta (8), Andoain (27), Aretxabaleta (12), Arrasate (47), Azkoitia (28), Beasain (16), Donostia (184), Eibar (32), Elgoibar (16), Hernani (16), Hondarribia (8), Ibarra (16), Irún (50), Lasarte (25), Pasaia (8), Rentería (17), Zestoa (28).

Para un nivel de confianza del 95 % y una $P=Q$, el margen de error para datos globales en el colectivo de mujeres es de 2,8 % y en el colectivo de los hombres de 4,9 %.

La encuesta se ha realizado en base a un cuestionario estructurado en preguntas cerradas.

Para la explotación de los resultados se han considerado seis variables de control. Las variables y su definición son las siguientes:

- **EDAD**

En el caso concreto de las mujeres se distinguen los siguientes 5 grupos: 15-24, 25-44, 45-54, 55-64 y 65-70. En el caso de los hombres, los grupos considerados son los siguientes: 15 a 24, 25 a 44, 45 a 64 y 65-70 años.

- **NIVEL DE INSTRUCCIÓN**

Se han establecido tres niveles de instrucción que corresponden al máximo nivel alcanzado: a) primario, que engloba a todas aquellas personas con estudios de la antigua primaria y el actual EGB; b) medio, que abarca los estudios profesionales (FP), bachiller superior y el actual BUP/COU; y c) superior, que está constituido por los estudios universitarios medios (magisterio, enfermería, profesor mercantil, técnicos medios, etc.) y superiores (facultades universitarias y escuelas técnicas superiores).

- **OCUPACIÓN**

Se han considerado tres grupos: a) ocupadas, que incluye las personas autoclasificadas como empleadas, autoempleadas, con permiso laboral o desempeñando ayuda familiar, además de las que realizan actividades marginales con más de 15 horas de dedicación; b) amas de casa y jubiladas; y c) resto, que engloba a las personas paradas, estudiantes o en servicio militar.

- **HÁBITAT**

Se consideran cuatro hábitats de acuerdo con la especialización funcional de su espacio: metropolitano-residencial, urbano-industrial, cinturón industrial y rural.

Al primer hábitat corresponden las tres capitales más aquellos núcleos de población que tienen una función predominantemente residencial: Vitoria-Gasteiz, Donostia-San Sebastián, Hondarribia, Bilbao, Getxo y Sopelana.

Al hábitat urbano-industrial pertenecen aquellos núcleos de población que presentan una estructura económica y residencial autocentrada: Salvatierra, Andoain, Aretxabaleta, Arrasate, Azkoitia, Beasain, Eibar, Elgoibar, Ibarra, Irún, Amorebieta, Bermeo, Durango, Elorrio, Ermua, Gernika, Güeñes, Mungia y Zalla.

Al denominado cinturón industrial se han incorporado aquellos núcleos que tienen una función preferentemente industrial y su población está ocupada mayoritariamente en este sector: Llodio, Hernani, Lasarte, Pasaia, Rentería, Abanto y Ciérvana, Barakaldo, Basauri, Derio, Erandio, Leioa, Ortuella, Portugalete, Santurtzi, Sestao, Valle de Trápaga.

Las áreas rurales son aquellas donde la actividad principal es exclusivamente agraria y de viviendas dispersas: Bernedo, Lantarón, Oyón, Amezketa, Zestoa, Mendexa, Muxica y Ochandiano.

- STATUS SOCIOECONÓMICO

Esta variable está dividida en cuatro grandes grupos de acuerdo con el número de bienes y equipamientos poseídos en el hogar: nivel bajo, medio-bajo, medio-alto y alto. El proceso para la formación de estos cuatro grupos ha tenido dos fases: en la primera se detectó nítidamente que podían establecerse tres niveles de status según la distribución de frecuencias del número de bienes poseídos de los que especificaba la propia encuesta: bajo, medio y alto. La alta correlación entre estos tres niveles con la variable de ingresos totales en el hogar confirmó la validez de dicha segmentación.

Sin embargo, el nivel medio agrupaba un gran número de casos y su capacidad discriminadora, y por tanto explicativa, era relativamente reducida. Por ello, como segunda fase, se consideró conveniente dividir la categoría media en dos grupos, para lo cual se realizaron diversos análisis multivariantes (correspondencias múltiples y análisis de regresión), asociando la posesión de bienes con otras variables que se consideran ligadas al status: nivel de instrucción, ingresos, situación profesional y ocupación. Finalmente se obtuvo una división del grupo intermedio en los niveles medio-bajo y medio-alto.

- TAREAS DOMÉSTICAS

Esta variable dicotomiza la población encuestada según la realización habitual de todas-no todas las tareas domésticas de su hogar.

Como ya se ha comentado anteriormente, la sustitución en la muestra de personas titulares por reservas iba sesgando la variable edad y la ocupación. Para determinar el sesgo muestral se ha contrastado la distribución de estas dos variables por sexo, tomando como referencia la Encuesta de Población en relación con la Actividad (PRA) correspondiente al primer trimestre de 1991. El cuadro A.2 recoge los elevadores utilizados para cada grupo de edad y sexo según la ocupación.

CUADRO A.2. Elevadores

EDAD	MUJERES		HOMBRES	
	Ocupadas	No ocupadas	Ocupados	No ocupados
15	1	1,2121	0	0,5708
16-19	0,3783	0,9680	0,7856	0,6270
20-24	0,7490	1,0609	0,9245	1,1204
25-29	1,0924	1,5226	0,8691	1,1461
30-34	1,0036	1,1761	0,9883	1,2127
35-39	1,1710	1,2079	1,0053	0
40-44	0,9904	0,8808	1,1779	2,7123
45-49	1,2807	0,9451	1,6854	0,8822
50-54	1,3110	0,8133	1,1921	4,6690
55-59	1,1535	0,8589	0,8191	2,2101
60-64	1,6462	0,8795	1,6065	0,9610
65-69	0,6512	1,2168	0,9544	1,0659
70	0	0,5282	0	0,2493

1

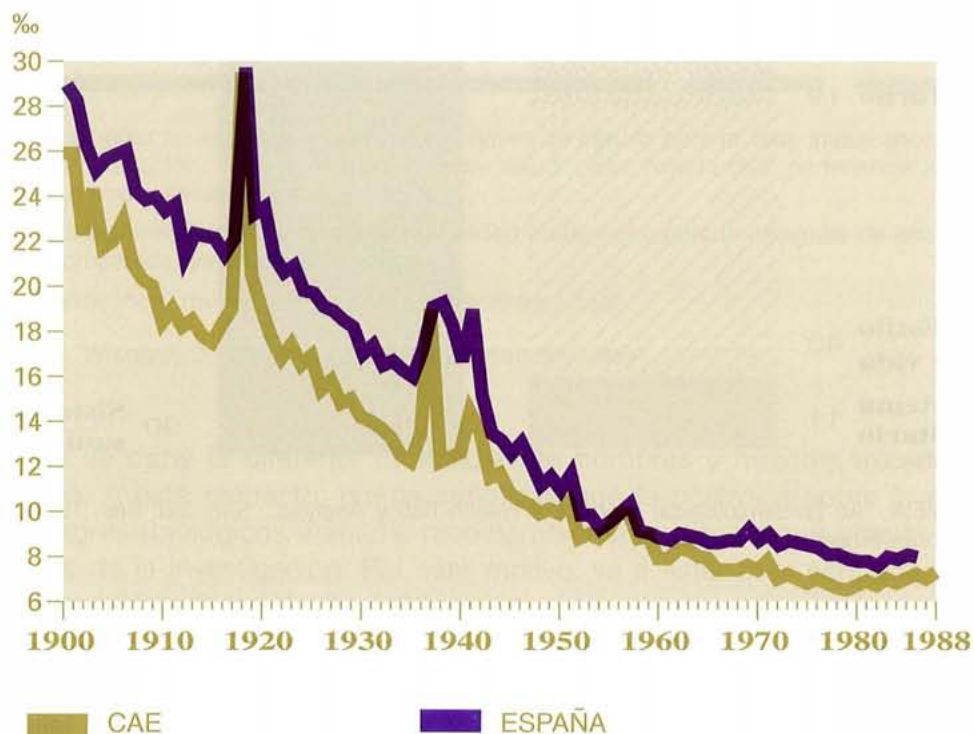
MORTALIDAD

1.1

INTRODUCCIÓN

A lo largo del presente siglo, la disminución de la mortalidad ha sido una constante en los países occidentales.

GRÁFICO 1. Tasa de mortalidad secular: C.A.E. y España, 1900-1988

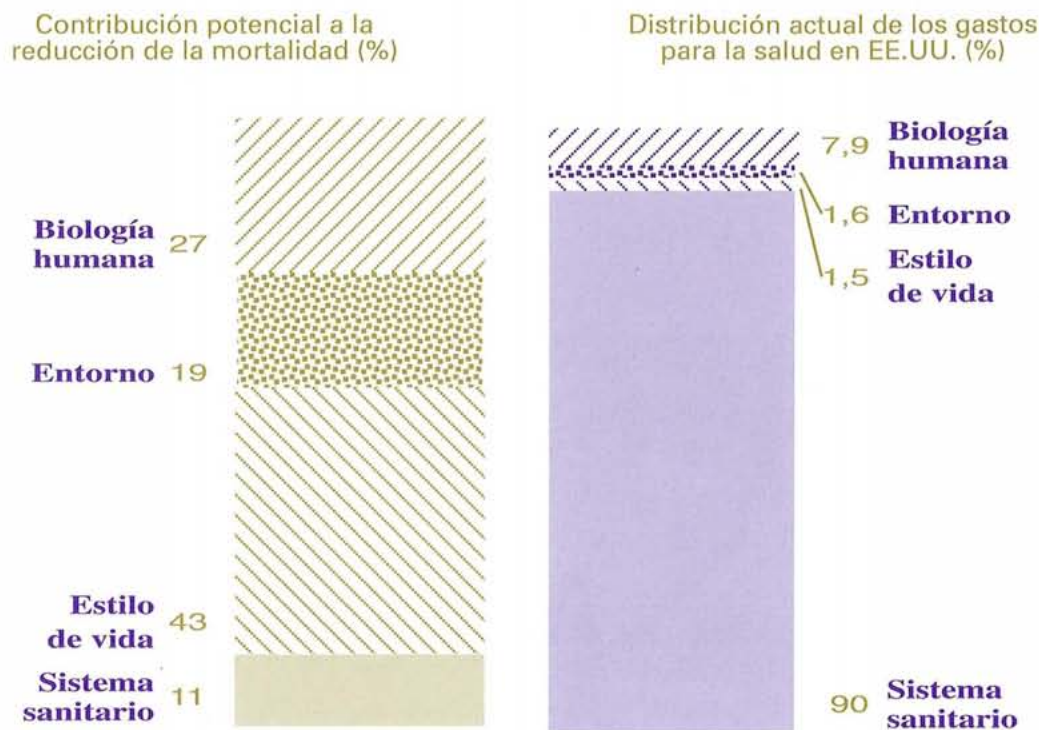


Fuente: INE y EUSTAT.

Los cambios en los estilos de vida, como las mejoras en la calidad de la dieta o los hábitos de higiene, otros factores biológicos endógenos y los cambios en el propio entorno han contribuido decisivamente en este proceso. También ha de reconocerse la importancia de los avances médicos y farmacológicos. Pero es preciso señalar que en los países más desarrollados la contribución del sistema sanitario a la disminución de la mortalidad es marginal con respecto a la de los otros factores.

A pesar de ello, en los países desarrollados el gasto en salud se dedica casi en exclusiva al sistema sanitario (ver gráfico 2). Tal distribución del gasto tiene que ser sin duda motivo de reflexión.

GRÁFICO 2. Factores determinantes de la mortalidad y distribución de gastos en salud



Fuente: Dever, G.E.A. "An Epidemiological Model For Health Policy Analysis". Soc. Ind. Res. 1976, vol. 2, p. 465. Recogido en Pineault, M. op. cit.

En el presente capítulo, se analiza la incidencia en la C.A.E. del proceso de disminución de la mortalidad y su repercusión entre hombres y mujeres. También se pone de manifiesto la diferente incidencia entre hombres y mujeres de las causas inmediatas de los fallecimientos.

Acerca de la influencia de los hábitos de vida y de la constitución biológica en la mayor mortalidad de los hombres que de las mujeres, se ha discutido con bastante profusión. Muchos investigadores han puesto el acento en que los hombres mantienen en mayor medida que las mujeres hábitos y formas de vida, tales como el mayor consumo de tabaco y alcohol o el desempeño de trabajos más arriesgados, que los hacen más vulnerables a la muerte. Pero basta comprobar que incluso las tasas masculinas de mortalidad perinatal e infantil son más elevadas que las femeninas, para rechazar cualquier explicación de la sobremortalidad masculina exclusivamente basada en los hábitos de vida. Ha de ser la consideración simultánea de los factores biológicos y de variables como hábitos, entorno medioambiental o factores de riesgo de otra índole la única forma de establecer explicaciones ajustadas.

Deborah L. Wingard ² aisló el efecto de 16 tipos de riesgos conocidos y obtuvo que la mortalidad atribuible al hecho de ser hombre o mujer era altamente significativa, al margen de los otros factores controlados (ver cuadro 1.1).

² Wingard, D. "The sex differential in mortality rates". American Journal of Epidemiology, vol. 115, n.º 2, 1982.

CUADRO 1.1. Riesgos relativos de mortalidad independientes en hombres y mujeres entre 30 y 69 años: Análisis logístico múltiple³. Alameda County, C.A., 1965-74

	RR*	p†
Sexo (hombres/mujeres)	1,7	0,001
Edad (69/30 años)	27,4	0,001
Estado de salud física (discapacitado/saludable)	3,0	0,001
Historial fumador (alguna vez/nunca)	1,9	0,001
Consumo de alcohol (mucho/poco)	1,5	0,01
Actividad física (inactivo/activo)	1,4	0,01
Hábitos de dormir (≤ 6 o $\geq 9/7$ u 8 horas)	1,3	0,05
Contactos con amigos/as y familiares (pocos/muchos)	1,7	0,05

Un incremento no significativo del riesgo relativo se obtuvo para la raza, status socioeconómico, ocupación, usos de los servicios de salud, peso, estado civil, pertenencia a religión o grupo o satisfacción.

* RR: Riesgo relativo aproximado de mortalidad (odds ratio) para la categoría de alto riesgo comparado con la de bajo riesgo

†p: Significancia, menor o igual, que el nivel determinado.

Fuente: Wingard, D, "The sex differential in mortality rates".

Descubrir a qué se debe la diferente mortalidad de hombres y mujeres excede el propósito de este apartado. A este respecto, puede señalarse que la polémica sobre la prevalencia de los distintos factores (biológicos, hábitos, medioambientales, etc.) sigue abierta entre diferentes profesionales de la investigación. Por este motivo, va a estar más centrado en la descripción de las causas inmediatas de los fallecimientos. No obstante proporcionará una configuración de los factores de riesgo en las distintas edades de la que se podrán extraer conclusiones de carácter general acerca de la distinta exposición de mujeres y hombres a la muerte.

EVOLUCIÓN SECULAR DE LA MORTALIDAD

1.2

Utilizando la tasa bruta de mortalidad como indicador general de la evolución secular, puede observarse que salvo repuntes correspondientes a acontecimientos extraordinarios (gripe de 1918 y la guerra civil), la tendencia general es a un descenso continuado (ver gráfico 1). En 1900 la tasa bruta de mortalidad correspondiente a la C.A.E. se situaba en 25,8 por mil, y en 1988 se había reducido al 7,3 por mil. La trayectoria que sigue la tasa española es paralela a la vasca, si bien ligeramente por encima.

³ El índice RR es el cociente de las probabilidades relativas de morir de la categoría situada en el numerador (hombre, inactivo, por ejemplo) frente a la categoría recogida en el denominador (mujer, activo).

En los últimos años se observa un estancamiento e incluso un ligero incremento de la tasa de mortalidad ⁴. El motivo principal explicativo de tal comportamiento hay que atribuirlo al mayor peso de los grupos de edad con más alta probabilidad de morir, y no a una reducción de la esperanza de vida al nacer; es decir, está reflejando el paulatino incremento de los grupos de edad anciana en la estructura poblacional, tendencia por otro lado similar a la que están experimentando otros países europeos.

Con el fin de aislar la influencia que produce una determinada estructura de edades en el fenómeno de la mortalidad, y para facilitar por tanto la comparación intertemporal y con otras áreas geográficas, el indicador sintético de mortalidad más habitualmente utilizado es la esperanza de vida.

Utilizando la esperanza de vida como indicador sintético de mortalidad, se comprueba que los niveles de mortalidad de la C.A.E. son similares a los correspondientes a otros países del entorno. En 1985, último año para el que se dispone de datos internacionales comparables, la C.A.E. se situaba en la parte alta del espectro europeo con una esperanza de vida al nacer de casi 80 años para las mujeres y 72 años para los hombres (ver cuadro 1.2).

CUADRO 1.2. Esperanza de vida al nacer en países desarrollados según sexo, 1985

	MUJERES	HOMBRES
Alemania	78,1	71,2
España (*)	79,8	73,2
Suecia	79,7	73,7
Japón	80,57	4,8
C.A.E.	79,6	72,1

Fuente: United Nations Statistical Yearbook y EUSTAT para la C.A.E..

(*) Datos referidos a 1984.

En el período 1960-88, tal y como puede observarse en el cuadro 1.3, la esperanza de vida al nacer de las mujeres y hombres aumenta en 8,3 años y 6,8 años, respectivamente. En todo el período la diferencia intersexo de la esperanza de vida es favorable a la mujer, situándose en los quince últimos años en torno a una banda de 7,6 a 8 años. En el trienio 1986-88, la esperanza de vida de las mujeres oscila entre los 79,6 y 80,2 años, y la de los varones entre 72,1 y 72,3 años. El nivel alcanzado por las mujeres es notablemente mejor que el de los hombres, ya que en 1988 la esperanza de vida de los hombres se equipara aproximadamente a la que las mujeres ya poseían en 1960.

⁴ Para un análisis más detallado puede consultarse IKEI, "Escenarios demográficos-Horizonte 2016", Documento de Economía, n.º 7, Departamento de Economía y Planificación, 1990, Vitoria-Gasteiz.

CUADRO 1.3. Esperanza de vida al nacer en la C.A.E. y España, 1960-88

	MUJERES	VARONES	(M-V)
1960 (*)	71,5	65,5	5,9
1970 (*)	74,1	67,4	6,7
1980 (**)	78,6	70,6	8,0
1988 (**)	79,8	72,3	7,6
▲ 1988-60	8,3	6,8	—

(*) Datos referidos a España.

(**) Datos referidos a la C.A.E.

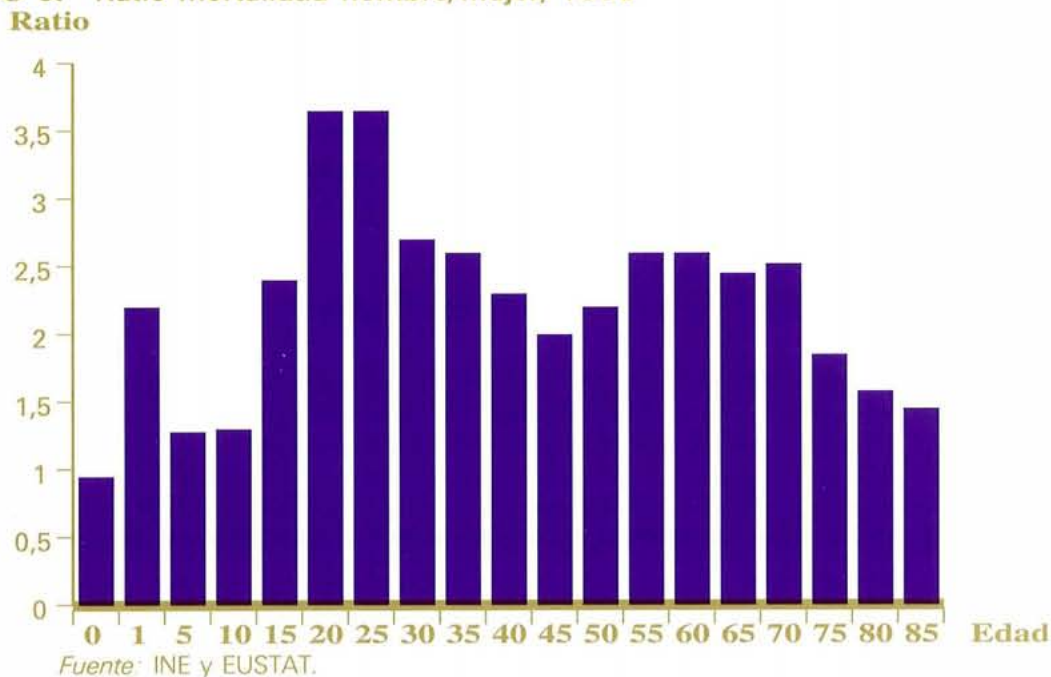
Fuente: Elaboración de IKEI sobre datos del INE (Censo de Población de 1960, 1971) y EUSTAT (Anuario Estadístico y Movimiento Natural de la Población).

MORTALIDAD POR EDAD Y SEXO

1.3

Para ilustrar la mortalidad se utiliza la relación entre la masculina y la femenina. En el año 1988, último año del que se disponen datos, la mortalidad masculina fue superior a la correspondiente femenina en prácticamente todos los grupos de edad, aunque con diversas variaciones relativas (ver gráfico 3) ⁵, tal y como siempre suele suceder.

GRÁFICO 3. Ratio mortalidad hombre/mujer, 1988



⁵ En el gráfico 3, todos los valores superiores a uno significan que la mortalidad masculina es superior a la femenina.

Cabe destacar la fuerte desviación relativa de sobremortalidad en el grupo masculino de edad entre 15 y 24 años, con una mortalidad más de tres veces superior a la correspondiente femenina. La diferencia mínima intersexos se produce en la edad 0, donde la mortalidad masculina llegó a ser en el año 1988 inferior a la femenina.

La evolución en el período 1960-88 de las tasas específicas por edad refleja para todos los grupos de edad disminuciones sustanciales de la mortalidad, que se hacen más notorias entre los que no alcanzan un año de vida, consecuencia de una mejora y de una mayor cobertura sanitaria perinatal y pediátrica (ver cuadro 1.4).

Durante este período las tasas femeninas de mortalidad han experimentado un descenso más intenso que el de las masculinas, excepto en los grupos de edad de 0 años, 5-9 años y 10-14 años.

Las tendencias futuras no parecen apuntar hacia disminuciones espectaculares en la mortalidad⁶. Se supone que las mejoras se seguirán concentrando en los grupos de menos de 1 año y más de 60 años, consecuencia directa en el primer caso de la generalización de los cuidados y controles toco-ginecológicos durante el embarazo y el parto, y en el segundo caso, de la combinación de hábitos más saludables con una mejor asistencia geriátrica.

CUADRO 1.4. Evolución de las tasas específicas de mortalidad por grupos de edad y sexo

	MUJERES					HOMBRES				
	1960	1970	1975	1980	1988	1960	1970	1975	1980	1988
0	34,99	21,98	15,79	10,70	9,48	45,51	27,87	20,22	13,42	9,24
1-4	1,61	0,82	0,80	0,90	0,25	1,87	1,17	0,82	1,25	0,52
5-9	0,64	0,42	0,30	0,59	0,21	0,67	0,57	0,52	0,84	0,27
10-14	0,38	0,38	0,20	0,20	0,21	0,66	0,43	0,44	0,32	0,27
15-19	0,39	0,46	0,40	0,33	0,32	1,18	1,04	0,90	0,69	0,69
20-24	0,73	0,48	0,40	0,35	0,38	1,53	1,26	1,38	1,44	1,39
25-29	0,74	0,69	0,50	0,52	0,47	1,51	1,35	1,40	1,55	1,70
30-34	1,03	0,66	0,60	0,63	0,54	1,85	1,75	1,54	1,47	1,48
35-39	1,61	1,37	0,90	0,78	0,70	2,59	2,29	2,08	1,89	1,83
40-44	2,02	2,14	1,50	1,24	1,07	4,01	3,63	3,35	3,48	2,45
45-49	3,47	2,92	2,40	1,55	2,09	5,85	6,28	5,39	4,21	4,20
50-54	4,93	4,27	4,00	3,09	2,99	9,53	9,07	9,40	7,27	6,56
55-59	7,91	6,85	5,90	4,49	3,96	14,81	14,53	13,90	12,05	10,33
60-64	12,18	10,90	9,60	7,66	6,01	23,89	23,07	21,30	18,38	15,68
65-69	21,86	19,89	15,40	11,97	10,79	37,63	37,25	32,90	28,23	26,53
70-74	39,09	36,03	29,40	21,51	16,92	60,01	60,09	53,90	45,33	42,58
75-79	71,67	63,45	58,30	40,60	36,07	92,88	96,85	90,30	80,03	68,37
80-84	144,95	107,06	97,50	77,74	73,60	172,84	141,74	138,80	124,22	116,43
85 o más	n.d.	188,01	193,17	176,27	151,74	n.d.	198,58	231,09	237,50	214,76

⁶ Ver al respecto IKEI, op. cit.

La mortalidad del resto de grupos etarios es difícilmente predecible, pues está sujeta en gran medida a otro tipo de factores como son los modos y la calidad de vida, aunque la extensión de determinados hábitos saludables puede suponer mejoras marginales. El hecho de que las formas y los hábitos de vida entre los sexos se vayan pareciendo cada vez más podría hacernos pensar en un acercamiento entre los niveles de mortalidad.

CAUSAS DE MUERTE

1.4

GRANDES CAUSAS

1.4.1

Las enfermedades del aparato circulatorio y los tumores constituyen en la actualidad la primera y la segunda causas de muerte en la C.A.E.: dos de cada tres muertes registradas en el año 1988 son imputables a trastornos circulatorios y tumorales.

CUADRO 1.5. Causas de los fallecimientos en la C.A.E. según sexo, 1988. (En % verticales)

	MUJERES	HOMBRES
Aparato circulatorio	43,0	33,7
Tumores	23,1	30,6
Resto	33,9	35,7

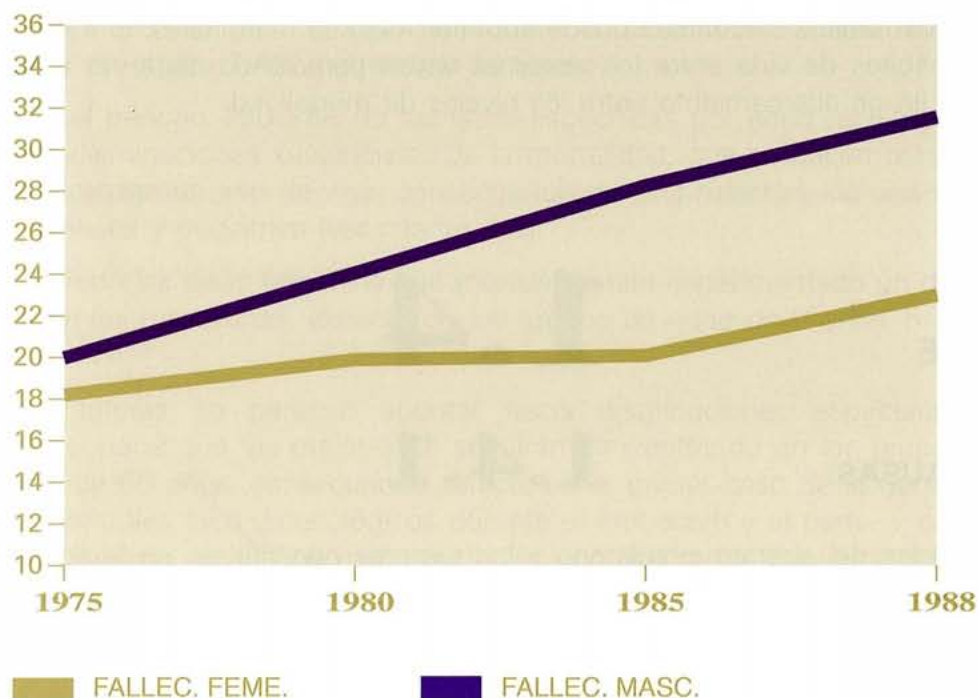
Fuente: EUSTAT.

La importancia de los tumores no permanece estable. En los últimos años ha seguido una evolución creciente. Tal como se comprueba en el gráfico 4, aunque las mujeres también han estado sometidas a este proceso, el crecimiento de la importancia de los tumores como causa de muerte ha sido más acusado entre los hombres. Obsérvese además el repunte que experimenta la evolución de la mortalidad por tumores en las mujeres.

Independientemente de los factores medioambientales que tienen una influencia directa en la aparición de tumores en ambos sexos, puede ocurrir dentro del colectivo femenino y debido a la generalización de hábitos directamente vinculados con determinados cánceres (tabaco, alcohol, insolación, etc.), que se produzca un crecimiento de ciertos tumores.

La mayor importancia que tanto entre los hombres como entre las mujeres tienen las muertes a causa de las enfermedades relacionadas con el aparato circulatorio está propiciada por su elevada incidencia entre las personas de edad más avanzada, tal y como se comprueba en el cuadro 1.6.

GRÁFICO 4. Evolución del porcentaje de fallecimientos debidos a tumores



Fuente: EUSTAT.

CUADRO 1.6. Causas de los fallecimientos en la C.A.E. según edad y sexo a partir de los 45 años, 1988. (En % verticales)

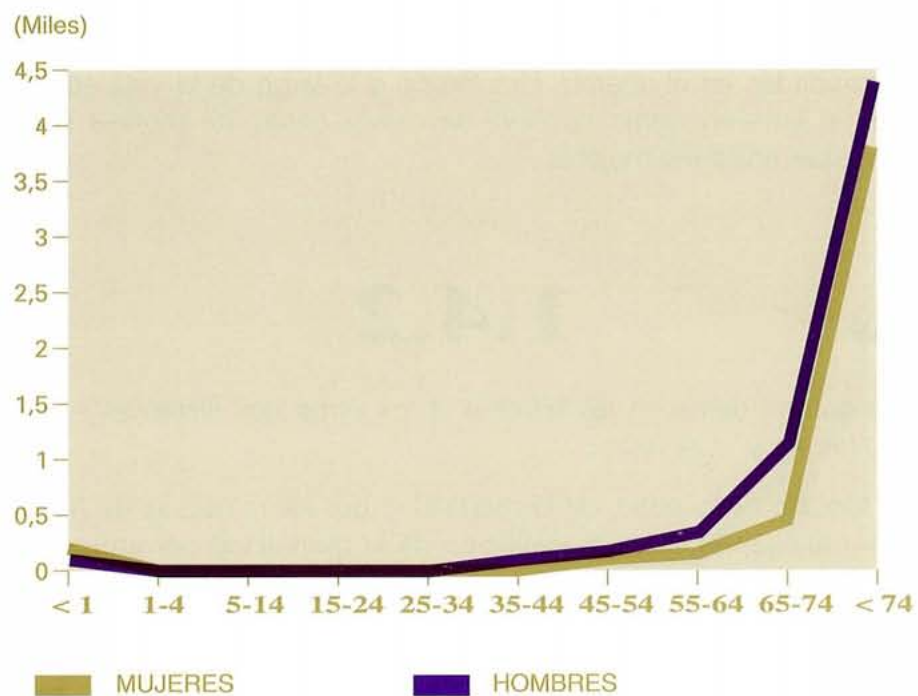
	MUJERES				HOMBRES			
	45-54	55-64	65-74	+ 74	45-54	55-64	65-74	+ 74
Ap. circulatorio	17,8	21,6	33,4	52,6	26,6	28,7	33,8	42,1
Tumores	51,9	50,7	35,1	14,6	40,1	42,0	38,8	23,0
Resto	30,3	27,7	31,5	32,8	33,3	29,3	27,4	34,9

Fuente: EUSTAT.

Hasta los 74 años los tumores constituyen la causa más frecuente de muerte. Pero a partir de esta edad las enfermedades del aparato circulatorio multiplican su incidencia, superando ampliamente la de los tumores.

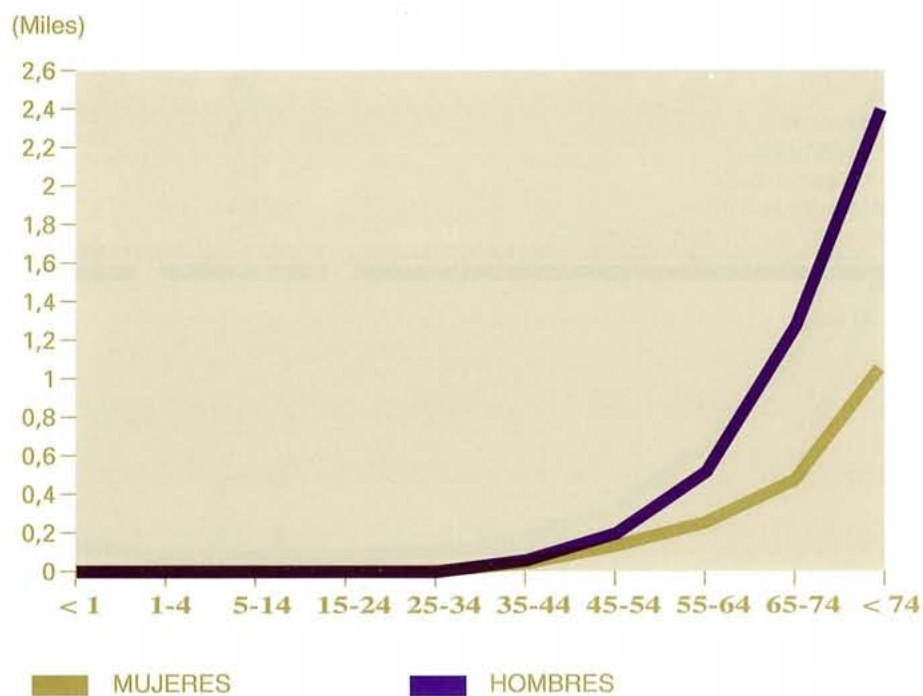
Aunque la importancia relativa de las muertes causadas por enfermedades del aparato circulatorio es más alta entre las mujeres que entre los hombres, no cabe imputarlo a que las mujeres tengan un mayor riesgo que los hombres a morir a causa de este tipo de enfermedades. Es por la incidencia de los tumores, considerablemente más baja entre las mujeres de mayor edad que entre los hombres, por lo que aumenta la importancia relativa de las enfermedades del aparato circulatorio.

GRÁFICO 5. Mortalidad a causa de enfermedades del aparato circulatorio según edad, 1988. (Fallecidos año/10.000 hab.)



Fuente: EUSTAT.

GRÁFICO 6. Mortalidad a causa de tumores según edad, 1988. (Fallecidos año/10.000 hab.).



Fuente: EUSTAT.

En los gráficos 5 y 6 se comprueba que, como es previsible en función de la mayor mortalidad global de los hombres que de las mujeres, las tasas de mortalidad por enfermedades relacionadas con el aparato circulatorio o por tumores son mayores entre los hombres que entre las mujeres en todos los tramos de edad. Pero mientras que la evolución del riesgo de muerte por enfermedades en el aparato circulatorio a lo largo de la vida es muy parecida en ambos colectivos, el envejecimiento conlleva un mayor riesgo de morir a causa de tumores entre los hombres que entre las mujeres.

OTRAS CAUSAS

1.4.2

Entre el resto de causas destacan las relativas a los otros dos sistemas somáticos más importantes: el respiratorio y el digestivo.

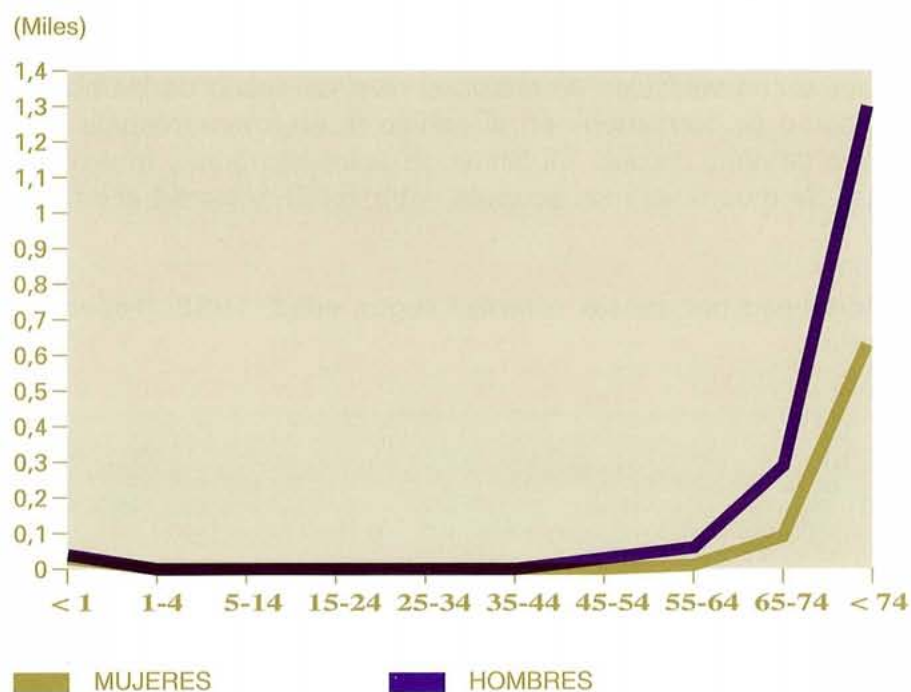
La evolución, en función de la edad, de la mortalidad por estas causas de hombres y mujeres presenta un perfil muy similar al de la evolución de la mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio: el mayor riesgo de muerte de los hombres se hace más ostensible a medida que la edad es mayor.

CUADRO 1.7. Causas no relacionadas con enfermedades en el aparato circulatorio o con tumores, de los fallecimientos en la C.A.E. según sexo, 1988. (En % verticales)

	MUJERES	HOMBRES
Aparato respiratorio	7,2	8,5
Aparato digestivo	5,4	7,2
Causas externas	4,0	7,9
Glándulas endoor., nutricio., metab.	3,7	2,4
Mentales	2,3	1,6
Sistema nervioso	1,8	1,7
Aparato genitourinario	1,6	1,6
Aparato osteomuscular	1,5	0,4
Infecciosas y parasitarias	1,4	1,1
Resto (excepto ap. circulat. y tumores)	5,0	3,3

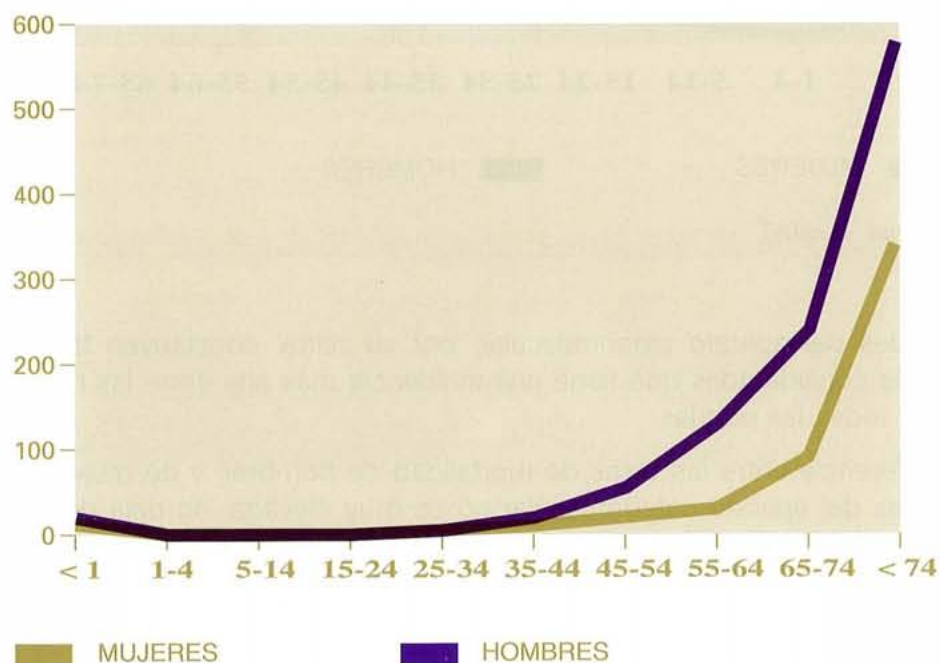
Fuente: EUSTAT.

GRÁFICO 7. Mortalidad a causa de enfermedades en el aparato respiratorio según edad, 1988. (Fallecimientos año/10.000 hab.)



Fuente: EUSTAT.

GRÁFICO 8. Mortalidad a causa de enfermedades en el aparato digestivo según edad, 1988. (Fallecimientos año/10.000 hab.)

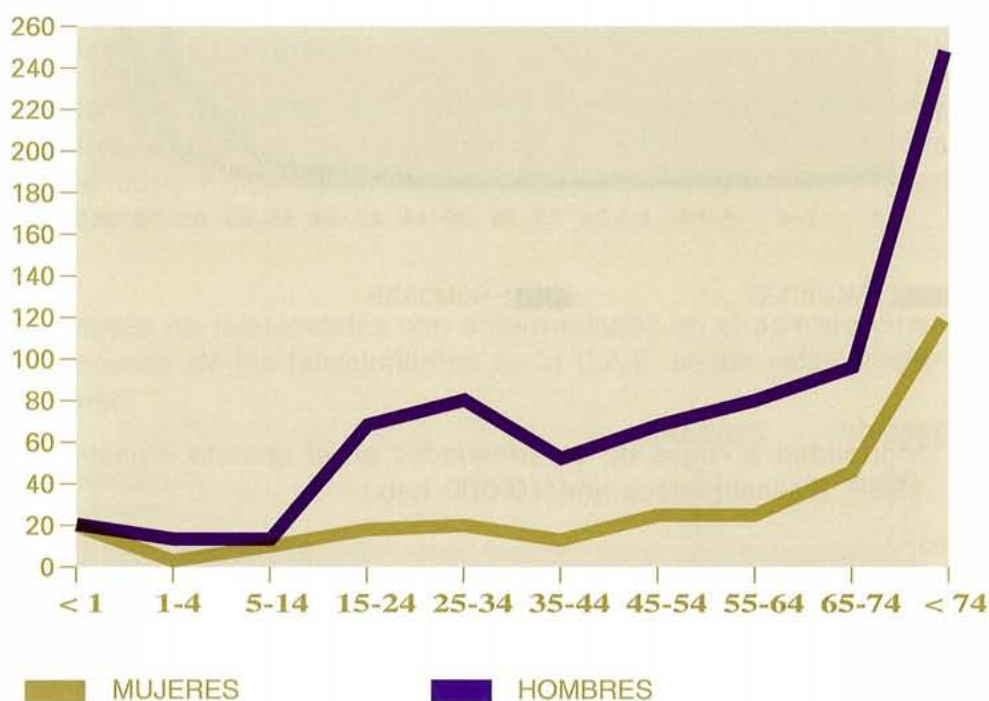


Fuente: EUSTAT.

Las únicas excepciones a este modelo general de las que cabe hacer mención son la mortalidad por causas externas y la mortalidad por enfermedades del aparato osteomuscular, estando las primeras más asociadas al colectivo masculino y las segundas al femenino.

Con respecto a las causas externas de mortalidad, que en su mayor parte son imputables a accidentes laborales o con vehículos de motor, el nivel de riesgo de los hombres entre 25 y 64 años excede, como se comprueba en el gráfico 9, en mayor medida al de las mujeres que cuando se trata de otras causas. Tal diferencia entre hombres y mujeres en relación con las causas externas de muerte es más acusada entre los 25 y los 44 años.

GRÁFICO 9. Mortalidad por causas externas según edad, 1988. (Fallecidos año/10.000 hab.)

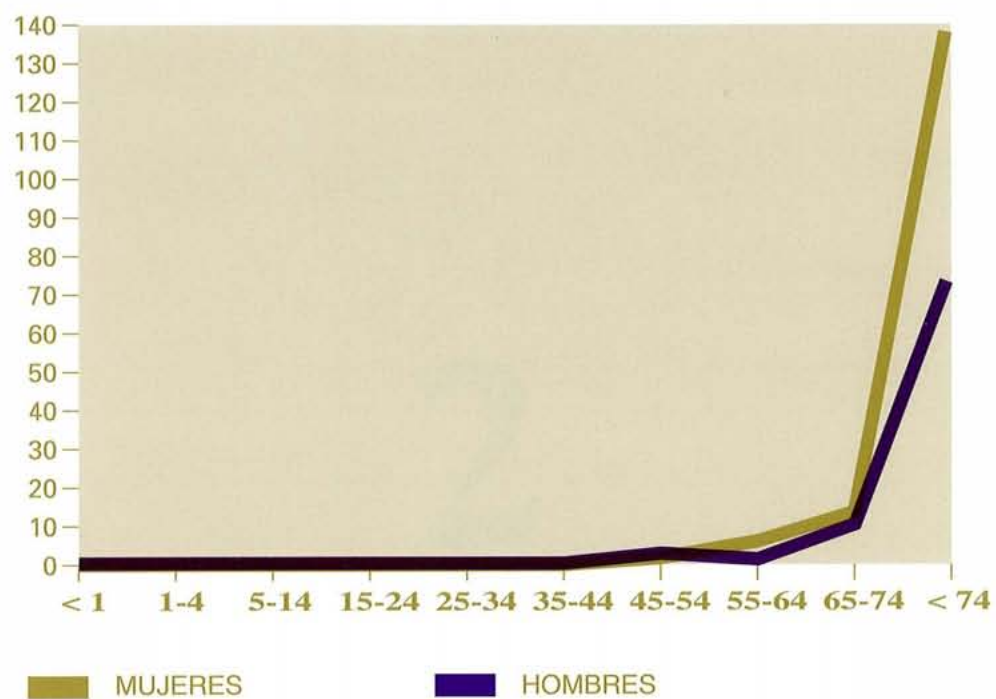


Fuente: EUSTAT.

Las enfermedades del aparato osteomuscular, por su parte, constituyen la única causa de mortalidad de las consideradas que tiene una incidencia más alta entre las mujeres que entre los hombres en todas las edades.

Aunque esta diferencia entre las tasas de mortalidad de hombres y de mujeres en relación a las enfermedades del aparato osteomuscular no es muy elevada, no deja de tener relevancia que la evolución del riesgo de fallecimiento a causa de estas enfermedades no se corresponda con el modelo general. Este hecho estaría relacionado con la mayor propensión de las mujeres a este tipo de padecimientos que se constata en el siguiente capítulo.

GRÁFICO 10. Mortalidad a causa de enfermedades del aparato osteomuscular según edad, 1988. (Fallecidos año/10.000 hab.)



Fuente: EUSTAT.

2

MORBILIDAD

INTRODUCCIÓN

2.1

Una de las fuentes utilizadas para estudiar la morbilidad de las mujeres ha sido la Encuesta de Salud llevada a cabo por el Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco entre 1985 y 1986 y publicada en 1987. Por ser una "encuesta" y haberse obtenido la información mediante entrevista, el tipo de morbilidad obtenida es "percibida". Cada persona puede tener una percepción diferente en función de sus conocimientos, sus características psicológicas, etc., pero no por ello deja de ser importante su conocimiento para completar el sistema de información sanitaria.

La Encuesta de Salud es un instrumento importantísimo ya que con ella se obtuvo información de 24.657 personas de la C.A.E.. De esta muestra un 51,2 % son mujeres. Las entrevistas se realizaron en los domicilios de las familias seleccionadas por encuestadores y encuestadoras. Se utilizaron dos cuestionarios diferentes: en uno se recogía información de todas las personas residentes en esa vivienda acerca de su salud, los servicios sanitarios que habían utilizado, el consumo de medicamentos, etc., y en el otro, información individual sobre hábitos de vida (consumo de tabaco, alcohol, actividad física). Mientras para rellenar el primer cuestionario si no estaban presentes todas las personas, otra podía dar los datos, para el segundo no se admitían respuestas dadas por terceras personas.

La Encuesta de Salud confirmó que las mujeres son más propensas que los hombres a sufrir problemas de salud que afectan a alguno de los principales sistemas somáticos, excepción hecha del aparato respiratorio (ver cuadro 2.1), por lo menos así lo declaran (no olvidemos que se han recogido los problemas "percibidos"). En el cuadro 2.1 aparecen los problemas de salud agrupados por grandes grupos patológicos.

CUADRO 2.1. Prevalencia de problemas de salud en la C.A.E., 1985-86. (% respuestas afirmativas)

	MUJERES	HOMBRES	M-H
BASE (Población general):	12.624	12.033	
Nervioso	7,0	2,7	4,3
Circulatorio	28,0	14,6	13,4
Respiratorio	19,1	20,2	-1,1
Digestivo (exc. bucales)	17,3	11,4	5,9
Genitourinario	3,7	2,4	1,3
Osteomuscular	27,6	15,5	12,1
Mental	7,4	3,5	3,9

Fuente: Dpto. de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco, Encuesta salud de la Comunidad Autónoma Vasca, 1987.

Resulta sorprendente que tras comprobarse que las mujeres padecen más problemas de salud, sin embargo, los índices de hospitalización de los hombres sean más elevados que los de las mujeres. Las altas hospitalarias de las mujeres, motivadas por trastornos que afectan a

alguno de los principales sistemas somáticos, presentan tasas más bajas que las correspondientes de los hombres, a excepción de los trastornos relacionados con el sistema genitourinario, destacando como las diferencias más ostensibles las relativas a las enfermedades de las vías respiratorias y del aparato digestivo, claramente relacionadas, como se ha dicho en el capítulo anterior, con factores medioambientales, laborales y de hábitos de vida poco saludables.

A la vista de todo esto podrían aventurarse diferentes hipótesis con las cuales se podría trabajar:

1. ¿Se atiende más a los hombres que a las mujeres en nuestros sistemas sanitarios porque en la medida en que los hombres están en el mercado de trabajo en mayor proporción que las mujeres son más "valiosos"?
2. ¿Realmente los problemas de salud que sufren los hombres son de mayor gravedad que los que sufren las mujeres y, por lo tanto, requieren diferente atención?

Con estas hipótesis no pretendemos más que dejarlas así en el aire por si pudieran ser recogidas y comprobadas.

CUADRO 2.2. Altas hospitalarias en la C.A.E. según tipo de trastorno y sexo, 1987. (Tasa por 1.000 habitantes para cada tipo de alta)

	MUJERES	HOMBRES	M-H
Nervioso	1,3	1,6	−0,3
Circulatorio	7,4	10,7	−3,3
Respiratorio	7,7	12,8	−5,1
Digestivo (exc. bucales)	9,9	16,1	−6,2
Genitorinario	9,5	5,7	3,8
Osteomuscular	5,0	5,7	−0,7
Mental	2,2	3,5	−1,3

Fuente: EUSTAT, Anuario estadístico, 1989.
INE, Encuesta de morbilidad hospitalaria, 1987.

El hecho de que las mujeres puedan tener más problemas de salud podría redundar en que sufran, tal y como se constata en el cuadro 2.3, en mayor medida que los hombres incapacidades de locomoción o de comunicación que impiden el normal desenvolvimiento cotidiano. Aunque también podría deberse a que entre las mujeres existe mayor proporción con edades muy avanzadas que entre los hombres.

CUADRO 2.3. Actividades que no se pueden realizar a causa de problemas de salud en la C.A.E., 1989. (% respuestas afirmativas)

	MUJERES	HOMBRES	M-H
BASE (Población + 6 años):			
Mantener una conver.	6,7	2,4	4,3
Caminar 400 m. sin fati.	18,8	13,2	5,6
Bajar y subir una escal.	17,3	13,0	4,3
Moverse dentro de casa	8,0	2,3	5,7
Vestirse, asearse	6,0	0,9	5,1
Comer solo	6,0	0,9	5,1

Fuente: EUSTAT, Encuesta de condiciones de vida, 1989.

PADECIMIENTOS FÍSICOS Y PSÍQUICOS

2.2

INTRODUCCIÓN

2.2.1

En este apartado, utilizando como base la encuesta llevada a cabo para este estudio, se aíslan distintos padecimientos que normalmente no registran las estadísticas a los que las mujeres son más propensas que los hombres; y se comprueba la influencia que sobre su acaecimiento ejercen los hábitos y los roles femeninos. En este sentido, se trataría de contrastar la hipótesis propiciada por investigaciones anteriores (ver cuadro 2.4) de que la salud de las mujeres que tienen un trabajo remunerado es más parecida a la de los hombres que la salud de las mujeres que sólo desempeñan el rol de ama de casa, y también de intentar saber qué hay detrás del "síndrome del ama de casa", auténtico cajón de sastre para muchas formas de padecimiento que manifiestan las mujeres. Sería un intento de impedir tanto la medicalización indiscriminada como la desvalorización de manifestaciones de padecimientos que pueden reflejar, como mínimo, una inferior calidad de vida.

CUADRO 2.4. Prevalencia de problemas de salud en la C.A.E., 1985-86. (% respuestas afirmativas)

	MUJERES			HOMBRES
	Amas de casa/Jub.	Trabaja. remun.	Resto	
BASE (25-44 años):	1.984	1.027	183	3.092
Circulatorio	24,1	14,3	9,3	9,1
Osteomuscular	25,8	17,0	9,8	13,4
Mental	7,6	5,7	10,4	3,9
Respiratorio	15,0	17,6	15,9	15,0

Fuente: Dpto. de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco, Encuesta salud de la Comunidad Autónoma Vasca, 1987.

Al ser la encuesta la técnica de recogida de información, podría argumentarse contra la validez de los datos que éstos se refieren a la morbilidad percibida, que no se corresponde necesariamente con disfunciones físicas objetivas. Las mujeres están preparadas culturalmente para exteriorizar e identificar los problemas, aunque hay unos estudios que indican que no existe una diferencia general entre hombres y mujeres en la predisposición a reportar padecimientos⁷. Por lo que atañe a los datos sobre padecimientos psíquicos, que por su naturaleza serían más susceptibles de discusión, el argumento de que los síntomas expresados no se corresponden con trastornos objetivos no es admisible como negación de la validez de los datos de la encuesta, puesto que en cualquier trastorno psíquico (y también físico) son indisolubles de la disfunción como tal el propio sentimiento subjetivo de malestar y la tendencia a la exteriorización.

PADECIMIENTOS FÍSICOS DE LOCALIZACIÓN DETERMINADA

2.2.2

Como un primer grupo de padecimientos habituales⁸ han sido seleccionados aquellos cuya localización es identificada por el paciente en un órgano o en una zona concreta del cuerpo.

CUADRO 2.5. Padecimientos físicos de localización determinada. (% respuestas afirmativas)

	MUJERES	HOMBRES	M-H
BASE (Población + 15 años):	1.314	415	
Dolor/presión de pecho	8,4	5,9	2,5
Dolor de cabeza	42,7	24,9	17,8
Dolor de articulaciones	35,0	24,6	10,4
Dolor lumbar	30,7	25,3	5,4
Diarrea	3,6	3,5	0,1
Estreñimiento	15,9	6,8	9,1
Molestias en la regla	25,2		25,2
Ninguno	24,5	49,0	-24,5

Fuente: Encuesta EMAKUNDE.

Los resultados reflejados en el cuadro 2.5 ponen de manifiesto que los padecimientos elegidos son aquellos que las mujeres sufren con mayor frecuencia, así podemos observar la baja proporción de mujeres —1 de cada 4— que no padecen ninguno de los síntomas recogidos, apareciendo los dolores de cabeza, los lumbares y los de las articulaciones como los padecimientos más extendidos.

⁷ Waldron, I. "Sex differences in illness incidence, prognosis and mortality". Soc. Sci. Med. Vol. 17, n.º 16, pp. 1.107-1.123, 1983.

⁸ Para determinar cuándo un padecimiento es "habitual" se ha utilizado el criterio subjetivo del entrevistado/a, no una medida de tiempo fija.

Una atención especial merecen los dolores de cabeza que, al afectar a más del 40 % de las mujeres y a tan sólo el 25 % de los hombres, se presentan como uno de los padecimientos más característicos de la condición femenina. Los dolores lumbares y los dolores en las articulaciones también afectan en una proporción notoriamente mayor a las mujeres que a los hombres.

Analizando estos tres padecimientos comprobamos que a medida que la edad de las mujeres es mayor, aumenta el padecimiento de los dolores lumbares y de los dolores en las articulaciones. El dolor de cabeza tiene, sin embargo, una incidencia mayor entre las mujeres de 45 a 54 años (ver cuadro 2.6).

CUADRO 2.6. Padecimientos físicos de localización determinada según edad. (% respuestas afirmativas)

	BASE	15-24	25-44	45-54	55-64	+ 65
BASE (Mujeres + 15 años):	1.314	293	515	205	206	95
Dolor de cabeza	42,7	38,1	43,7	46,7	45,3	37,8
Dolor de articulaciones	35,0	11,7	26,1	53,0	57,8	67,2
Dolor lumbar	30,7	12,6	26,6	40,6	46,2	53,8

Fuente: Encuesta EMAKUNDE.

Con respecto a la ocupación, controlado el efecto de la edad ⁹, las únicas diferencias estadísticamente significativas se registran con respecto a los dolores de cabeza y los dolores en las articulaciones, que tienen una incidencia mayor entre las amas de casa (ver cuadro 2.7).

CUADRO 2.7. Padecimientos físicos de localización determinada según ocupación. (% respuestas afirmativas)

	TOTAL	OCUP. ETRICT.	AMAS DE CASA	RESTO
BASE (Mujeres 25-44 años):	515	192	218	104
Dolor de cabeza	43,7	39,2	50,5	38,0
Dolor de articulaciones	26,1	24,4	31,9	16,2
Dolor lumbar	26,6	31,3	24,6	22,3

Fuente: Encuesta EMAKUNDE.

En cuanto al resto de variables utilizadas para definir diferentes colectivos entre la población femenina, las únicas asociaciones estadísticamente significativas que se detectan se dan en-

⁹ Para controlar el efecto de la edad se han analizado exclusivamente los síntomas reportados por las entrevistas con edades entre 25 y 44 años. Tal decisión metodológica se justifica por la relativa homogeneidad en la base biológica y en las formas de vida de estas mujeres.

tre el status bajo y residencia en el cinturón industrial con el dolor de cabeza, y el mayor número de hijos/as habidos con los dolores lumbares o de articulaciones. Cabe asimismo destacar cierta tendencia de aumento en el dolor de las articulaciones a medida que disminuye el status (ver cuadros 2.8 y 2.9).

CUADRO 2.8. Padecimientos físicos de localización determinada según hábitat. (% respuestas afirmativas)

	TOTAL	HÁBITAT METROP./ ÁREA RESIDENCIAL	URBANO INDUSTR.	CINT. INDUST.	RURAL
BASE (Mujeres + 15 años):	1.314	568	326	355	65
Dolor de cabeza	42,7	43,0	34,8	49,2	45,4
Dolor de articulaciones	35,0	36,4	33,9	34,8	29,8
Dolor lumbar	30,7	33,8	27,8	28,1	33,1

Fuente: Encuesta EMAKUNDE.

CUADRO 2.9. Padecimientos físicos de localización determinada según status. (% respuestas afirmativas)

	TOTAL	BAJO	MEDIO-BAJO	MEDIO-ALTO	ALTO
BASE (Mujeres + 15 años):	1.314	193	601	306	214
Dolor de cabeza	42,7	52,9	43,1	41,5	34,2
Dolor de articulaciones	35,0	40,6	37,3	29,1	31,9
Dolor lumbar	30,7	33,9	31,5	28,0	29,3

Fuente: Encuesta EMAKUNDE.

PADECIMIENTOS FÍSICOS DE LOCALIZACIÓN INDETERMINADA

2.2.3

Un segundo grupo de padecimientos habituales lo constituyen aquellos que no se localizan en un órgano o en una zona concreta del cuerpo, sino que son sentidos como disfunciones más generales provocadas por causas de índole diversa.

Los padecimientos de este tipo tienen por lo general una incidencia menor que los padecimientos físicos de localización determinada (ver cuadros 2.5 y 2.10). No obstante, prácticamente la mitad de las mujeres se ven afectadas por alguno de ellos. Cabe señalar como los más característicos del colectivo femenino los mareos, las palpitaciones y la disminución de apetito. La incidencia del insomnio entre las mujeres, que es la mayor de las de los padecimientos consignados en el cuadro 2.10, no presenta, con respecto a la de los hombres, diferencias tan acusadas como las del resto.

CUADRO 2.10. Padecimientos físicos de localización indeterminada. (% respuestas afirmativas)

	MUJERES	HOMBRES	M-H
BASE (Población + 15 años):	1.314	415	
Disminución del apetito	12,4	5,3	7,1
Fatiga crónica	10,6	10,8	-0,2
Insomnio	22,8	17,1	5,7
Palpitaciones	12,9	3,4	9,5
Mareos	19,0	4,6	14,4
Temblor	4,9	1,0	3,9
Ninguno	53,3	68,2	-14,9

Fuente: Encuesta EMAKUNDE.

A medida que la edad de las mujeres es mayor, aumenta el padecimiento de insomnio y de mareos. Con respecto a la relación que mantienen las palpitaciones y la disminución del apetito con la edad, es de destacar la alta incidencia de la disminución del apetito en las edades más jóvenes y en las mayores de 65 años (ver cuadro 2.11).

CUADRO 2.11. Padecimientos físicos de localización indeterminada según edad. (% respuestas afirmativas)

	BASE	15-24	25-44	45-54	55-64	+ 65
BASE (Mujeres + 15 años):	1.314	293	515	205	206	95
Disminución del apetito	12,4	19,6	10,4	8,0	8,2	19,6
Insomnio	22,8	11,5	15,5	29,8	38,2	48,8
Palpitaciones	12,9	5,6	10,8	18,2	20,8	17,6
Mareos	19,0	12,9	16,1	21,7	24,8	34,5

Fuente: Encuesta EMAKUNDE.

La influencia que tiene el tipo de ocupación de las mujeres en la tendencia al insomnio o a cualquiera de los tres padecimientos que se han considerado como más habituales del colectivo femenino tampoco es particularmente relevante.

CUADRO 2.12. Padecimientos físicos de localización indeterminada según ocupación. (% respuestas afirmativas)

	TOTAL	OCUPACIÓN Estricta	AMAS DE CASA	RESTO
BASE (Mujeres 25-44 años):	515	192	218	104
Insomnio	15,5	13,4	16,2	18,2
Disminución del apetito	10,4	10,7	9,5	11,9
Palpitaciones	10,8	8,8	15,0	6,0
Mareos	16,1	16,8	16,1	15,3

Fuente: Encuesta EMAKUNDE.

Controlado el efecto de la edad, la única asociación estadísticamente significativa que se registra en el cuadro 2.12 viene dada por la mayor incidencia de las palpitaciones entre las amas de casa.

Dentro del colectivo de amas de casa, el desempeñar un volumen mayor de tareas domésticas tampoco condiciona significativamente los padecimientos de palpitaciones o mareos, pero incide en una mayor propensión al insomnio.

Las amas de casa que asumen con mayor satisfacción la ejecución de las tareas domésticas son las más proclives al insomnio.

CUADRO 2.13. Padecimientos físicos de localización indeterminada según satisfacción con las tareas domésticas. (% respuestas afirmativas)

	TOTAL	NINGUNA	POCA	BASTANTE	MUCHA
BASE (Amas de casa 25-54 años):	368	40	116	165	43
Insomnio	23,2	17,6	21,3	25,0	25,0
Disminución del apetito	8,8	14,7	7,0	6,5	18,0
Palpitaciones	17,0	25,5	12,3	16,2	21,5
Mareos	19,3	21,4	14,2	19,2	31,1

Fuente: Encuesta EMAKUNDE.

En el cuadro 2.13 se puede comprobar que son las mujeres con los niveles de satisfacción extremos (ninguna o mucha satisfacción) las más propensas a las palpitaciones, a los mareos y a la disminución del apetito. Esta relación entre padecimientos y satisfacción con las tareas domésticas también se detecta, como se comprobará en el apartado siguiente, a propósito de muchos padecimientos psíquicos.

Entre las amas de casa el número de hijos/as también incide, como se puede comprobar en el cuadro 2.14, en una mayor propensión al insomnio.

CUADRO 2.14. Padecimientos físicos de localización indeterminada según número de hijos/as. (% respuestas afirmativas)

	TOTAL	1 ó 2 HIJOS/AS	3 ó MÁS HIJOS/AS
BASE (Amas de casa 25-54 años):	368	255	113
Disminución apetito	8,8	7,8	11,1
Insomnio	23,2	19,1	32,5
Palpitaciones	17,0	16,0	19,2
Mareos	19,3	18,4	21,2

Fuente: Encuesta EMAKUNDE.

Después de la edad, el status y el hábitat son los factores que en mayor medida influyen en el nivel de padecimientos, presentando de nuevo las mujeres de status más bajo y las que residen en el cinturón industrial una mayor proclividad al insomnio y a los mareos (ver cuadros 2.15 y 2.16).

CUADRO 2.15. Padecimientos físicos de localización indeterminada según hábitat. (% respuestas afirmativas)

	TOTAL	HÁB. METROP./ ÁREA RESIDENCIAL	URBANO INDUSTR.	CINT. INDUST.	RURAL
BASE (Mujeres + 15 años):	1.314	568	326	355	65
Insomnio	22,8	22,0	19,7	26,5	25,4
Disminuc. apetito	12,4	13,3	10,4	13,8	7,4
Fatiga crónica	10,6	10,9	10,8	10,1	10,3
Mareos	19,0	16,2	13,9	27,3	22,7

Fuente: Encuesta EMAKUNDE.

CUADRO 2.16. Padecimientos físicos de localización indeterminada según status. (% respuestas afirmativas)

	TOTAL	BAJO	MEDIO- BAJO	MEDIO- ALTO	ALTO
BASE (Mujeres + 15 años):	1.314	193	601	306	214
Insomnio	22,8	34,4	23,7	17,0	18,2
Disminuc. apetito	12,4	15,6	12,2	13,3	9,1
Fatiga crónica	10,6	13,5	10,9	9,2	9,3
Mareos	19,0	27,9	19,8	14,8	14,6

Fuente: Encuesta EMAKUNDE.

PADECIMIENTOS PSÍQUICOS

2.2.4

Finalmente, del tercer grupo de padecimientos forman parte aquellos que en principio no llevan asociado un componente somático determinado. Son trastornos que afectan al estado anímico de la persona.

La percepción que se ha venido manteniendo acerca de la incidencia de estos padecimientos entre las mujeres ha estado condicionada por estereotipos que han distorsionado el conocimiento de la realidad. Incluso profesionales de la salud han tendido a agrupar algunos padecimientos físicos femeninos como “síndromes” (como el del ama de casa, por ejemplo), entendidos como trastornos típicos asociados a determinadas circunstancias; mientras que los padecimientos masculinos se han considerado más bien como “síntomas”, relacionados con

enfermedades. Sin embargo, cuando se trata de padecimientos psíquicos, éstos han dado lugar a tópicos en ambos sexos. Así tendríamos, por ejemplo, el “estres” como característico de los hombres y la “histeria” de las mujeres.

Por ello, cuando se trata este tema, es necesario llevar a cabo un esfuerzo a fin de evitar exageraciones y conclusiones anticipadas. De otra forma, desde la propia selección de los padecimientos a investigar hasta las interpretaciones de los datos obtenidos podrían inducir a afianzar algunos de los estereotipos al uso.

CUADRO 2.17. Padecimientos psíquicos. (% respuestas afirmativas)

	MUJERES	HOMBRES	M-H
BASE (Población + 15 años):	1.314	415	
Irritabilidad	28,3	18,1	10,2
Tristeza injustificada	29,1	8,8	20,3
Ganas de llorar sin motivo	22,6	3,4	19,2
Cambios de ánimo	50,6	27,1	23,5
Ansiedad o angustia	26,4	8,7	17,7
Ninguno	36,3	60,9	-24,6

Fuente: EMAKUNDE.

La incidencia de los padecimientos psicológicos entre las mujeres puede calificarse de alta por dos razones. La primera de ellas es que todos los porcentajes correspondientes a las entrevistadas que declararon padecer estas afecciones se sitúan entre el 22 y el 51 %, excediendo todos ellos los correspondientes a los hombres en al menos 10 puntos. La segunda es que entre los padecimientos físicos, incidencias de ese orden destacaban como las más elevadas.

Controlado el efecto de la edad, el hecho de que la mujer tenga un trabajo fuera de casa o que sea ama de casa en sentido estricto no parece tener una influencia determinante en la propensión general a los padecimientos psíquicos. En este sentido tan sólo cabe apuntar la mayor tendencia a la irritabilidad de las amas de casa y a los cambios de ánimo de las mujeres que trabajan fuera de casa, como podemos ver en el cuadro 2.18.

CUADRO 2.18. Padecimientos psíquicos según ocupación. (% respuestas afirmativas)

	TOTAL	OCUP. ESTRUCT.	AMAS DE CASA	RESTO
BASE (Mujeres 25-44 años):	515	192	218	104
Irritabilidad	27,6	27,8	32,3	16,6
Tristeza injustificada	21,2	18,6	21,4	24,9
Ganas de llorar sin motivo	16,9	14,6	19,7	15,3
Cambios de ánimo	49,3	52,8	46,7	47,9
Ansiedad/angustia	21,9	20,3	20,5	26,9
Ninguno	38,2	36,2	38,9	41,0

Fuente: Encuesta EMAKUNDE.

Sin embargo, el volumen de tarea doméstica desempeñado por un ama de casa dedicada exclusivamente a las tareas del hogar y el grado de satisfacción que reportan tales tareas sí que parecen estar relacionados con estos padecimientos psíquicos (ver cuadros 2.19 y 2.20).

CUADRO 2.19. Padecimientos psíquicos según tareas domésticas realizadas. (% respuestas afirmativas)

	TOTAL	ALGUNA	TODAS
BASE (Amas de casa 25-54 años):	368	108	261
Irritabilidad	35,4	29,8	37,7
Tristeza injustificada	29,4	23,1	31,9
Ganas de llorar sin motivo	22,4	16,2	24,9
Cambios de ánimo	50,0	39,2	54,4
Ansiedad o angustia	25,3	17,0	28,8
Ninguno	33,9	44,8	29,4

Fuente: Encuesta EMAKUNDE.

En el cuadro 2.19 se muestra la diferencia en relación con los padecimientos psíquicos entre las amas de casa que realizan todas las tareas domésticas y las que sólo realizan algunas. La propensión a cualquiera de los padecimientos psíquicos seleccionados es más alta entre las que realizan todas las tareas domésticas, destacando especialmente las diferencias relativas a los cambios de ánimo o a sufrir ansiedad o angustia.

También se da la circunstancia de que cualquiera de los padecimientos psíquicos tiene mayor incidencia entre las mujeres con los niveles de satisfacción extremos. Esta configuración de los factores de riesgo dentro del ámbito doméstico da pie a pensar que tanto el rechazo como la asunción plenos de las exigencias del rol de ama de casa propician situaciones psicológicas inestables.

CUADRO 2.20. Padecimientos psíquicos según satisfacción con las tareas domésticas. (% respuestas afirmativas)

	TOTAL	NINGUNA	POCA	BASTANTE	MUCHA
BASE (Amas de casa 25-54 años):	368	40	116	165	43
Irritabilidad	35,4	39,8	33,8	34,2	40,9
Tristeza injustificada	29,4	41,1	29,8	23,7	39,6
Ganas de llorar sin motivo	22,4	31,9	19,4	19,0	34,7
Cambios de ánimo	50,0	66,4	53,3	44,8	45,1
Ansiedad o angustia	25,3	41,9	22,8	23,2	25,0
Ninguno	33,9	18,1	36,3	39,1	23,1

Fuente: Encuesta EMAKUNDE.

A diferencia de la mayoría de los padecimientos físicos que presentan una relación directa y lineal con la edad, los padecimientos psíquicos tienen una relación con la edad compleja y no lineal (cuadro 2.21).

CUADRO 2.21. Padecimientos psíquicos según edad. (% respuestas afirmativas)

	TOTAL	15-24	25-44	45-54	55-64	+ 65
BASE (Mujeres + 15 años):	1.314	293	515	205	206	95
Irritabilidad	28,3	23,9	27,6	38,8	28,2	22,7
Tristeza injustificada	29,1	27,5	21,2	37,6	37,4	40,6
Ganas de llorar sin motivo	22,6	23,7	16,9	24,4	35,5	22,6
Cambios de ánimo	50,6	51,4	49,3	52,7	51,0	48,9
Ansiedad o angustia	26,4	22,6	21,9	35,1	25,1	25,7
Ninguno	36,3	42,2	38,2	29,9	29,6	36,7

Fuente: Encuesta EMAKUNDE.

Con respecto a la influencia de la edad es destacable la mayor propensión general a los padecimientos psicológicos de las mujeres entre los 45 y 64 años, excepto para la tristeza injustificada que es mayor entre las mujeres mayores de 65 años.

Los ciclos vitales y familiares tienen una influencia muy importante en el estado anímico y en el equilibrio psicológico de las mujeres. En estas edades (entre 45 y 64 años) se producen cambios biológicos y también en la estructura familiar, en las relaciones con la pareja, en la ocupación del tiempo, etc.

Los resultados que hemos venido comentando vendrían a confirmar una mayor aparición de problemas de tipo psicológico durante la menopausia y posteriormente.

La influencia del status en la propensión a los padecimientos psicológicos está condicionada por la edad. Mientras que las mujeres jóvenes de status alto presentan un riesgo mayor que las de status bajo, a partir de los 25 años la tendencia se invierte, correspondiendo las mayores tasas de padecimientos psíquicos a las mujeres de status bajo, excepción hecha de la irritabilidad (ver cuadro 2.22).

CUADRO 2.22. Padecimientos psíquicos según edad y status. (% respuestas afirmativas)

	BASE	EDAD/STATUS					
		15-24 St.Bajo/ Med-Bajo	15-24 St.Alto/ Med-Alto	25-54 St.Bajo/ Med-Bajo	25-54 St.Alto/ Med-Alto	55 o más St.Bajo/ Med-Bajo	55 o más St.Alto/ Med-Alto
BASE (Mujeres + 15 años):	1.314	158	135	405	315	231	70
Irritabilidad	28,3	25,3	22,3	31,3	30,1	24,7	32,1
Tristeza injustificada	29,1	26,8	28,4	29,3	21,5	40,3	32,0
Ganas de llorar sin motivo	22,6	22,1	25,5	22,1	15,0	31,2	26,3
Cambios de ánimo	50,6	47,8	55,8	56,3	42,6	53,2	40,9
Ansiedad/Angustia	26,4	20,8	24,7	26,9	24,1	32,7	30,2
Ninguno	36,3	45,1	38,8	33,2	39,3	30,0	37,8

Fuente: Encuesta EMAKUNDE.

Otro aspecto a destacar es que las mujeres de status alto presentan menos problemas entre los 25 y los 54 años que en otras etapas de su vida, cosa que no les ocurre a las de status bajo. Todo esto nos pone de manifiesto el peso que los factores socioeconómicos tienen en la salud de las personas.

La tendencia a cualquiera de los padecimientos psíquicos también está condicionada por el tipo de hábitat, que refleja muy directamente la posición socioeconómica que se ocupa en nuestra sociedad.

CUADRO 2.23. Padecimientos psíquicos según tipo de hábitat. (% respuestas afirmativas)

	TOTAL	METROP./ RESI.	URB./IND.	CINT. IND.	RURAL
BASE (Mujeres + 15 años):	1.314	568	326	355	65
Irritabilidad	28,3	30,1	19,8	34,4	20,8
Tristeza injustificada	29,1	29,3	23,1	34,9	26,6
Ganas de llorar sin motivo	22,6	21,0	19,6	28,4	20,8
Cambios de ánimo	50,6	52,6	40,6	55,9	53,4
Ansiedad o angustia	26,4	24,6	21,1	34,0	28,2
Ninguno	36,3	33,8	44,8	31,7	41,0

Fuente: Encuesta EMAKUNDE.

En el cuadro 2.23. se observa un marcado contraste entre las tasas más altas de padecimiento, reportadas entre las residentes en los cinturones industriales, y las más bajas reportadas entre las residentes en otros municipios industriales, en los que se concentran problemas medioambientales, bolsas de pobreza, paro, etc.

MODALIDADES DE TENDENCIAS PATÓGENAS

2.2.5

Por modalidades de tendencias patógenas ha de entenderse las formas generales en las que los síntomas tienden a combinarse según los distintos modos de enfermar. Definir cuáles son constituye una información complementaria al estudio del acaecimiento de los síntomas unitariamente considerados, que permite determinar las propensiones a enfermar de los distintos colectivos sociales.

Sin pretender un grado de precisión tal que de una combinación de síntomas pueda deducirse una enfermedad concreta, comprobar cuáles son las principales tendencias patógenas, además de contextualizar los propios síntomas, aportará una información útil para conocer las condiciones de vida de las mujeres.

Es necesario señalar que en este apartado la información ha de presentarse de un modo más abstracto que cuando se trata de la incidencia de los síntomas unitariamente considerados.

Si el objetivo es definir tendencias que sintetizen las formas en las que los síntomas se simultanean, se impone la necesidad de analizar las variaciones —con respecto a una hipotética distribución aleatoria según la frecuencia global— introducidas por el padecimiento de cada uno de los síntomas.

Los factores matemáticos definitorios de tendencias patógenas, extraídos mediante el análisis factorial de correspondencias múltiples, están definidos por los siguientes conceptos:

- a) Posicionamiento: Valor que indica la situación de un síntoma en el factor que al sintetizar distintas asociaciones típicas define dos tendencias opuestas. Según su posicionamiento puede clasificarse a los síntomas con respecto a un factor en polares positivos, negativos o neutros.

Lógicamente, los síntomas polares positivos tienden a aparecer cuando no lo hacen los síntomas polares negativos; y la aparición de los síntomas neutros es independiente de la de los polares.

- b) Contribución relativa: Valor que indica el peso de cada uno de los síntomas en la composición del factor. Según la contribución relativa de un síntoma a un factor puede saberse en qué medida su aparición ha de considerarse como definitoria de tal factor.
- c) Explicación relativa: Valor que indica la exclusividad de la participación de un síntoma en el factor. Según la explicación relativa de un síntoma por un factor puede saberse si el síntoma únicamente está asociado a ese factor o participa en otros.

Para las categorías de status, ocupación o satisfacción, que no conforman directamente los factores, también se puede comprobar la relación con cada uno de los factores.

A fin de obviar las variaciones debidas a la edad, que llevarían a distinguir de inmediato una modalidad juvenil de otra senil, el análisis únicamente se ha efectuado sobre los síntomas de las mujeres entre 25 y 54 años.

DIFUSIÓN/LOCALIZACIÓN

El factor que explica la mayor cantidad de asociaciones entre síntomas genera dos modalidades diferenciadas de asunción de tensiones difusa y localizada.

CUADRO 2.24.(a) Difusión (Factor I: padecimientos polares positivos)

	POSICIONAM.	APORTACIÓN (%)	EXPLICAC. (%)
Temblores	720	24,0	48,7
Dolor/presión de pecho	366	15,0	42,0
Palpitaciones	331	17,3	42,6
Fatiga	252	8,1	22,0

Fuente: Encuesta EMAKUNDE.

CUADRO 2.24.(b) Localización (Factor I: padecimientos polares negativos)

	POSICIONAM.	APORTACIÓN (%)	EXPLICAC. (%)
Dolor lumbar	-178	9,3	24,0
Dolor de cabeza	-160	9,7	28,2
Dolor de articulaciones	-150	7,4	23,1

Fuente: Encuesta EMAKUNDE.

En la modalidad difusa las tensiones afectan más a la totalidad del sistema corporal que a un órgano concreto. En la modalidad localizada, por el contrario, es en un órgano donde tienden a centrarse los trastornos.

Los colectivos femeninos que en mayor medida tienden a padecimientos localizados los componen las mujeres de mayor nivel de estudios y las que no presentan en relación al trabajo doméstico unos niveles extremos de satisfacción.

CUADRO 2.25. Relación entre colectivos femeninos y Factor I

	POSICIONAM.	APORTACIÓN (%)	EXPLICAC. (%)
Estudios superiores	-219	3,2	48,6
Algo satisfacción con tareas domésticas	-160	4,7	71,0
Bastante satisfacción con tareas domésticas	-145	0,4	61,6

Fuente: Encuesta EMAKUNDE.

DEPRESIÓN/SOMATIZACIÓN

Las modalidades generadas por el segundo factor explicativo de las asociaciones entre síntomas son la depresión y la somatización, que pueden entenderse como dos modos diferenciados de encarar tensiones psíquicas.

CUADRO 2.26.(a) Somatización (Factor II: padecimientos polares positivos)

	POSICIONAM.	APORTACIÓN (%)	EXPLICAC. (%)
Dolor lumbar	229	18,5	39,1
Dolor de articulaciones	190	14,3	36,9
Mareos	180	8,1	21,6
Palpitaciones	161	4,9	10,1

Fuente: Encuesta EMAKUNDE.

CUADRO 2.26.(b) Depresión (Factor II: padecimientos polares negativos)

	POSICIONAM.	APORTACIÓN (%)	EXPLICAC. (%)
Ganas de llorar sin motivo	-225	14,3	48,7
Tristeza injustificada	-225	17,9	61,4
Disminución del apetito	-149	2,9	4,6
Ansiedad o angustia	-157	8,2	26,8

Fuente: Encuesta EMAKUNDE.

El concepto de somatización como modalidad típica de encarar tensiones psíquicas, opuesta a la depresión, básicamente podría definirse como la tendencia a desviar las tensiones psíquicas hacia una sintomatología física o a escapar de ellas mediante actividades compulsivas. Si bien la somatización de un problema psicológico supone una mayor capacidad para sobre-llevarlo, en ocasiones puede tornarse en obstáculo que impide encarar el problema y poner los medios para resolverlo.

CUADRO 2.27. Relación entre colectivos femeninos y Factor II

	POSICIONAM.	APORTACIÓN (%)	EXPLICAC. (%)
Muy satisfechas con tareas domésticas	24	0	5,9
Bastante satisfechas con tareas domésticas	60	0,9	10,4
Algo satisfechas con tareas domésticas	-8	0	0,2
Nada satisfechas con tareas domésticas	-11	0	0,3
Status alto	87	0,9	12,8
Status medio alto	42	0,3	7,1
Status medio bajo	7	0	0,2
Status bajo	-67	0,4	7,2

Fuente: Encuesta EMAKUNDE.

La predisposición a la somatización es mayor en los niveles de status más elevados, entre las mujeres más satisfechas con las tareas domésticas realizadas. La tendencia a la depresión, por el contrario, es más alta entre las mujeres de status bajo, entre las que no se encuentran satisfechas con las tareas domésticas realizadas.

Tales relaciones entre los colectivos vienen a matizar la hipótesis formulada por otros autores de que en los grupos de menor nivel sociocultural la patología psíquica tiende a expresarse a través de síntomas somáticos ¹⁰.

¹⁰ Ver Vázquez-Barquero, J.L. "La salud mental de la mujer en España". En Uso de Servicios y Consumo de medicamentos, 1990.

SÍNTOMAS PARTICULARES: DISMINUCIÓN DEL APETITO, INSOMNIO E IRRITABILIDAD

Aunque no pueda hablarse de modalidades de padecimiento propiamente dichas, es de destacar el acaecimiento de algunos síntomas que no presentan asociaciones positivas o negativas con el resto que tengan un grado de significación importante: la disminución del apetito, el insomnio y la irritabilidad.

Este tipo de acaecimiento puede dar lugar a plantear la hipótesis de que estos síntomas en la mayoría de las ocasiones pueden corresponderse con disfunciones de naturaleza particular, que han de ser tratadas como tales.

3

CUIDADOS DE SALUD

INTRODUCCIÓN

3.1

A medida que las sociedades evolucionan, bien sea por las mayores exigencias de bienestar, bien por los avances de la medicina, se amplía el ámbito de los trastornos considerados como enfermedades susceptibles de ser atendidas en el sistema sanitario. En la actualidad el sistema sanitario proporciona una cobertura generalizada que incluye la atención inmediata de las enfermedades más graves y de parte de los trastornos habituales.

Por otra parte, la atención a la salud se empieza a plantear como el desarrollo de una actividad global, que incluye tanto la tradicional labor curativa o restauradora, como una actividad preventiva continua, dirigida a controlar los factores de riesgo ambientales y los hábitos insalubres, y a detectar cualquier desequilibrio antes de que derive en una patología manifiesta.

En este capítulo se analizan las prácticas dirigidas específicamente al control de la salud y, en el siguiente, los hábitos que pueden influir de manera directa, tales como la dieta, el ejercicio, la ingestión de alcohol y el consumo de tabaco.

MEDIDAS PREVENTIVAS

3.2

Atendiendo a las respuestas emitidas por las personas entrevistadas en la encuesta llevada a cabo para Emakunde, puede considerarse que la cultura de la prevención ha alcanzado una amplia difusión entre la población de la C.A.E., puesto que la proporción de quienes manifiestan poner en práctica ciertos hábitos de control de la salud, rebasa el 40 % de la muestra para todos los tipos de control incluidos en el cuestionario.

Todos estos controles de salud son más practicados por las mujeres que por los hombres, excepto el chequeo (ver cuadro 3.1).

CUADRO 3.1. Práctica de controles de salud según sexo. (% respuestas afirmativas)

	MUJERES	HOMBRES
BASE (Población + 15 años):	1.314	415
Control de peso	42,7	40,5
Control de tensión	61,9	47,5
Control de alimentación	65,6	52,7
Chequeo/Cons. preventiva	44,7	45,4
Control ginecológico	46,3	
Ningún control	9,4	23,6

Fuente: EMAKUNDE.

De los controles de salud acerca de los que se han recogido datos, los más extendidos entre la población femenina de la C.A.E. son el control de tensión y el control de la alimentación (ver cuadro 3.1). La práctica de estos controles tiende a aumentar a medida que aumenta el status de las entrevistadas.

Con respecto a los chequeos se detecta una menor difusión entre las amas de casa que entre las mujeres ocupadas, a lo que entre otros factores contribuye la obligatoriedad de los chequeos anuales en algunas empresas.

Uno de los servicios que se ha generalizado ha sido el que ha permitido la práctica de la revisión y del control ginecológico, tal y como se ve en el cuadro 3.1. Sin embargo, la respuesta proporcionada por el sistema sanitario parece que no está exenta de problemas. En las reuniones de grupo llevadas a cabo para esta investigación se han recogido diversas opiniones ilustrativas de esta situación.

Además de comprobarse en ellas una gran diversidad tanto de utilización de centro como de ginecólogo o ginecóloga del sector público o del privado, se comprobó que había una valoración del trato recibido por las mujeres distinta según se trate de la atención profesional, humana o administrativa-burocrática. Mientras que casi todas las mujeres valoran a los médicos que les atienden como buenos profesionales, algunas mujeres echan de menos una atención más humana, más informativa y transparente, sobre todo si presienten el fantasma del cáncer.

Los temas que han dicho ser los que más les preocupan han sido el funcionamiento administrativo de citas y listas de espera (desde quienes no han esperado y están satisfechas a quienes creen que ahora funciona peor porque hacen esperar más) y el trato personal que reciben de los/las profesionales. Se produce una distancia entre los mensajes que desde el propio sistema sanitario se han lanzado (creando unas necesidades de cuidados) y la asistencia que desde el sistema público se está ofreciendo. Parece que las opiniones más favorables son para la atención que se presta en el sector privado. Estas son algunas de las opiniones manifestadas por las mujeres respecto a sus hábitos de revisión y control:

"Yo en planificación familiar, muy bien. Nos hacen análisis de sangre y todo y luego cada dos años una citología... muy bien".

"De todas maneras en la Seguridad Social tú pides que quieres hacer una revisión y no hay ningún problema. Tardan un mes en darte la cita, eso sí".

"Voy al seguro, pido un volante para hacerme la revisión. Pues ¿qué te pasa? No, pero como hay que ir cada año y yo hace 2 ó 3 que no. ¡Ah! ¿pero tienes algo, notas algo? No, pero es que está venga decir que hay que hacer. No, pero si no tienes esto, no te hace falta. Y volver al mes siguiente y al otro mes, y no hacerle. Y al final a base de insistir se la dio, pero si no, no te creas tú...".

"No es igual, antes funcionaba de maravilla, pero ahora con esto de las competencias o no sé qué, funciona de verdadera pena. Entonces tienes que mandar pedir cita con dos o tres meses, porque allí no aparece nadie...".

"Yo personalmente como profesionales muy bien; humanamente creo que al médico todavía le falta mucho. Yo tuve hace 9 años un fibroma en el pecho y entonces fui al oncológico. Ahora he tenido otro problema de un quiste sebáceo que se infectó en el otro pecho. Mi

madre murió de eso y le tengo pánico. Me han tratado de maravilla en la Seguridad Social, pero de trato humano de un lado al trato humano del otro... Yo no sé el porqué, te ven como una planta que la tienes que curar, pero no tratan el sentimiento y de informarte, aunque tú seas analfabeto en medicina, que te informen. Yo si he querido saber algo y que me explicaran cómo iba, he tenido que ser yo la que preguntara. Ellos sencillamente te ven: ¡Ah! pues vas mejor, vuelve dentro de 8 días. No te informan, no se preocupan”.

“Sin embargo, en mi caso, me han dado toda clase de explicaciones”.

“El particular se nota. Yo he ido siempre con el mismo que di a luz a las hijas y todos los años... Y es que cualquier cosa que tengas, llámame por teléfono, cualquier duda, cualquier cosa. Se nota. El seguro, no sé si es porque hay mucha gente, por lo que sea, no sé si tienen la culpa ellos o quién, pero no es igual”.

CONSULTAS MÉDICAS Y CONSUMO DE MEDICAMENTOS

3.3

En este apartado vamos a utilizar dos fuentes de información:

- La Encuesta de Salud del Gobierno Vasco para las consultas a los/las profesionales por cualquier tipo de problema y para el consumo de medicamentos.
- La Encuesta de Emakunde para analizar las consultas por trastornos “cotidianos”.

Según los resultados de la Encuesta de Salud, en Euskadi, de media cada persona consulta con el médico siete veces al año. Mientras en las edades más tempranas consultan más los varones que las mujeres; a partir de los 15 años lo hacen más las mujeres. El motivo principal para realizar esa consulta ha sido (en un 80 % de los casos) para diagnóstico, tratamiento y revisión de algún problema. Otra parte de la población acude para pedir recetas (11 %) y un 6 % lo hace sin ningún problema concreto, de forma preventiva.

En la Encuesta de Emakunde se preguntaba si se había acudido o no a consultar por una serie de molestias “cotidianas” de las que ya hemos hablado (fatiga, insomnio, dolor de articulaciones, molestias de la regla, etc.). Al contrario de lo que se obtenía en la Encuesta de Salud, las mujeres, que como se ha comprobado son más propensas que los hombres a estos trastornos cotidianos, recurren menos que los hombres a los médicos para tratarlos (ver cuadro 3.2).

CUADRO 3.2. Consulta al médico/a por trastornos habituales según sexo. (En % verticales)

	MUJERES	HOMBRES
BASE (Población + 15 años):	1.314	415
Consulta al médico/a por trastornos habituales	58,0	63,5
No consulta al médico por trastornos habituales	41,6	35,6
NS/NC	0,4	0,9

Fuente: Encuesta EMAKUNDE.

Tanto entre las mujeres como entre los hombres la falta de preocupación ante la presencia de un trastorno, o la asunción de éste como un hecho normal, constituyen la motivación más extendida para no acudir al médico/a (ver cuadro 3.3).

CUADRO 3.3. Motivos de la no visita al médico/a por trastornos habituales según sexo. (% respuestas afirmativas)

	MUJERES	HOMBRES
BASE (no consultan al médico):	552	151
Son normales en todas las personas	23,2	23,2
Son normales en mujeres	9,8	
No hay solución	3,4	2,0
Los médicos no le dan importancia	10,7	2,6
Por dejadez	17,4	17,2
Porque no me preocupan	36,4	43,7
NS/NC	8,0	16,6

Fuente: Encuesta EMAKUNDE.

A pesar de esta coincidencia en los motivos principales, es preciso señalar las diferencias detectadas entre mujeres y hombres con respecto a las actitudes hacia el sistema sanitario. Mientras que los hombres son más dados a no acudir al médico/a porque los trastornos habituales no les causan preocupación, las mujeres tienden a enfatizar en mayor medida la previsión de que los médicos no consideren que su trastorno tenga importancia.

En principio, esta mayor tendencia de las mujeres a manifestar que a su trastorno no se le atribuirá importancia podría estar poniendo de manifiesto dos situaciones distintas, no necesariamente excluyentes:

- Las mujeres acudirían al médico/a en mayor medida que los hombres a causa de trastornos a los que los médicos, aplicando los criterios vigentes en el marco del sistema sanitario actual, no proporcionan tratamiento (salud mental, por ejemplo).
- El sistema sanitario no inspiraría a las mujeres la confianza suficiente de que sus trastornos, aun siendo susceptibles de tratamiento, vayan a recibir la atención adecuada.

Queda pendiente de investigaciones posteriores esclarecer en qué medida se está dando una u otra situación. En cualquier caso se pone de manifiesto la necesidad de que en las futuras reformas se acometa la definición del mejor modo de extender la cobertura del sistema sanitario y la sensibilización de sus profesionales hacia estos trastornos femeninos, aun cuando en muchas ocasiones no van a precisar una respuesta únicamente sanitaria.

En cuanto al consumo de medicamentos, tal y como podemos observar en el cuadro 3.4, es mayor la proporción de mujeres que consumen que el de hombres.

CUADRO 3.4. Consumo de medicamentos en los últimos días según sexo, 1985-86.
(En % verticales)

	MUJERES	HOMBRES
BASE (Población General):	12.624	12.033
No consumen	62,0	71,7
Consumen	38,0	28,3

Fuente: Dpto. de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco, Encuesta de salud de la Comunidad Autónoma Vasca, 1987.

Además, consumen mayor cantidad y de forma más habitual que ellos, debido sobre todo a que las mujeres padecen muchos problemas que son crónicos. La gran mayoría de estos medicamentos han sido recetados por el/la médico/a (77 %), lo cual es lógico si tenemos en cuenta que para pagar menos y la Seguridad Social u otras mutuas lo hagan, es necesaria la receta. De todas formas, un 19 % de los medicamentos se consumen sin haber sido prescritos por un/a médico/a y entre ellos son los analgésicos los que más se consumen de "motu proprio".

4

HÁBITOS DE VIDA

INTRODUCCIÓN

4.1

Una vez vistos algunos de los cuidados que se realizan bien para prevenir las enfermedades o para curarlas una vez aparecidas, vamos a conocer algunos hábitos de vida que también van a condicionar, de manera positiva o negativa, la salud de las personas.

En esta ocasión nos centraremos en la dieta, el ejercicio físico y el consumo de drogas, haciendo hincapié y dedicándoles apartados especiales al tabaco y al alcohol.

Al estudiar las diferencias de morbilidad entre hombres y mujeres, se podría considerar que la variable sexo es determinante, a la vista de las permanentes diferencias observadas en la morbimortalidad. Sin embargo, hay hábitos de vida que pueden ser considerados los factores de riesgo determinantes de estas diferencias, como por ejemplo: el consumo de tabaco y la mayor incidencia de cardiopatía coronaria y cáncer de pulmón, o el consumo de alcohol y la mayor patología digestiva en hombres.

Los hábitos de vida, aun siendo individuales, tienen un claro componente social. Por tanto, además de medidas individuales para modificar los que son perjudiciales, no hay que olvidar que tienen el lado social, por lo que será sobre toda la sociedad sobre la que habrá que incidir, y en determinadas ocasiones junto a los hábitos van unidos valores sobre los que también será necesario incidir y, en muchos casos, criticar.

LA NUTRICIÓN DE LA POBLACIÓN DE LA C.A.E.

4.2

Los indicadores antropométricos y biométricos de la población de la C.A.E. muestran algunos desequilibrios, que por lo general se deben más al exceso que a la carencia de alimentos ingeridos. La prevalencia de la obesidad detectada por la Encuesta Nutricional entre la población de la C.A.E. sería del 16 % entre las mujeres, y entre los hombres sólo llegaría al 11 % ¹¹.

Una de las medidas ampliamente utilizada en la medicina en los últimos años es el control del colesterol en el organismo, que en parte puede estar relacionado con una alimentación incorrecta. La presencia de colesterol elevado constituye uno de los factores de riesgo más importantes de la patología cardiovascular asociado a otras características o riesgos de las personas como la hipertensión, otras hiperlipidemias, obesidad, hábito de vida sedentario, riesgo familiar, etc. A este respecto, los datos proporcionados por la Encuesta Nutricional muestran una presencia de colesterol superior a 250 mg/dL en el 11 % de las mujeres y en el 18 % de los varones ¹².

A pesar de que las necesidades alimenticias mínimas del organismo están cubiertas, se han encontrado algunas carencias de nutrientes importantes como, por ejemplo, los bajos niveles

¹¹ Ver Dpto. de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco. Encuesta nutricional. Vitoria, 1990, pág. 39.

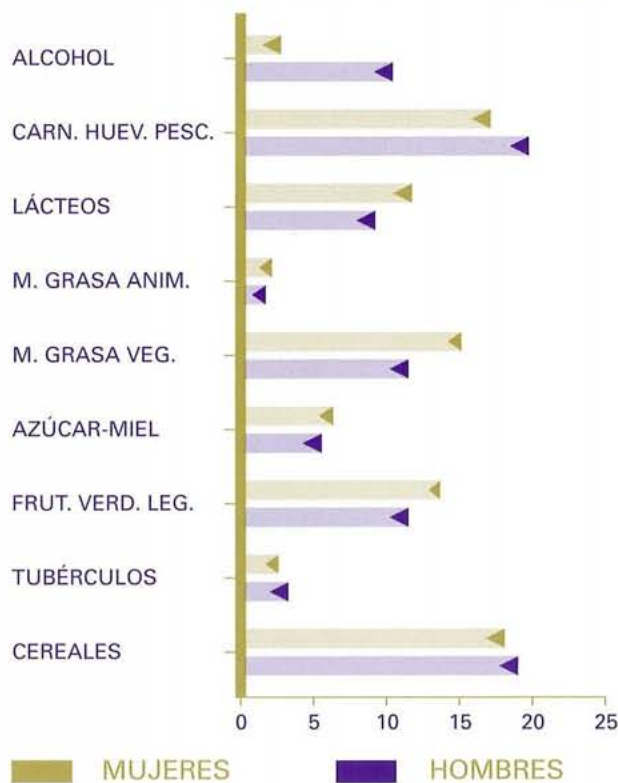
¹² Ver Dpto. de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco. Encuesta nutricional. Vitoria, págs. 39-41.

de ferritina que nos estarían indicando una prevalencia de anemia ferropénica y, así, el 14 % de las mujeres y el 8 % de los hombres de la muestra de la Encuesta Nutricional presentaban valores séricos de ferritina en niveles de riesgo ¹³.

El modelo de consumo alimentario en la C.A.E. es el resultado de un proceso continuo de cambio de una vida activa a una vida más sedentaria. Tal proceso ha supuesto, por una parte, la necesidad de una ingesta menor de energía, y por otra, la relevancia cada vez mayor de los alimentos sometidos a procesos industriales de transformación.

En este contexto, como se puede apreciar en el gráfico 11, el principal problema que plantea la cobertura de la ración energética de las mujeres de la C.A.E. es la excesiva dependencia de las materias grasas, y sobre todo de las grasas de origen vegetal. Según la Encuesta Nutricional de la C.A.E., el 35 % de las mujeres y el 16 % de los hombres tendrían una cobertura superior al 40 % de su ración energética a partir de grasas, siendo el 30 % la proporción de cobertura recomendada por la OMS ¹⁴.

GRÁFICO 11. Modelo alimentario en la C.A.E. según sexo



Contribución a la ingesta de energía de cada uno de los grupos de alimentación

Fuente: Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco. Encuesta nutricional. Vitoria-Gasteiz, 1990.

¹³ Ver Dpto. de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco. Encuesta nutricional. Vitoria, 1990, pág. 45.

¹⁴ Ver Dpto. de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco. Encuesta nutricional. Vitoria, 1990, pág. 44.

Con estos datos se constata la existencia de sobrepeso, consumo excesivo de grasas y presencia de niveles altos de colesterol. Estos factores junto con la hipertensión y otros hábitos de vida poco saludables, como sedentarismo y tabaquismo, son los desencadenantes de una parte importante de las enfermedades cardiovasculares que son la primera causa de mortalidad de nuestra población.

ACTIVIDAD FÍSICA

4.3

Si en las sociedades tradicionales la actividad en el trabajo constituía uno de los riesgos más importantes para la salud, en las sociedades contemporáneas la situación se ha invertido. Actualmente muy pocas personas realizan trabajos en los que se requiere un gran esfuerzo físico gracias a las máquinas. Esto se puede aplicar tanto a las tareas que tradicionalmente desarrollaban los hombres, como a las tareas dentro de los hogares. Las amas de casa de finales del siglo XX realizan un trabajo mucho más ligero que el que desarrollaban sus abuelas; el mantenimiento del hogar requiere un esfuerzo físico mucho menor y menor número de horas de dedicación para su realización.

El riesgo suele venir dado por los modos de vida predominantemente sedentarios, que inciden en una merma de la resistencia física y perjudican el adecuado desempeño del metabolismo y de las funciones circulatoria y respiratoria.

En cada una de las etapas del ciclo vital se dan distintas circunstancias condicionantes del nivel de actividad física desarrollada y que son notablemente diferentes según el sexo.

En la Encuesta de Salud se medían dos tipos de actividad: la que se realizaba en la actividad “habitual” y la que se realizaba en el tiempo libre. La actividad habitual de cada persona era definida como aquella que ocupa la mayor parte del día, distinguiéndose: trabajo, ama de casa, estudiante, en paro, etc.

La actividad física desempeñada en la actividad habitual es similar entre los jóvenes de ambos sexos; en estas edades y teniendo en cuenta el retraso con que se independizan para vivir fuera del hogar familiar, tanto chicos como chicas llevan una vida de “actividad” muy similar. Pero la asunción de responsabilidades laborales y familiares a partir de los 25 años conlleva una mayor actividad física entre las mujeres que entre los hombres. Como consecuencia de ello, la proporción de mujeres que entre los 25 y los 64 años mantienen hábitos sedentarios es muy reducida (ver cuadro 4.1).

Esto puede explicarse porque todavía el trabajo doméstico es de más “actividad física” que otros trabajos en oficinas o fábricas. Teniendo en cuenta que cuando las mujeres con responsabilidades familiares están también en el mercado laboral, desempeñan ambas funciones y es lógico que declaren una mayor actividad.

CUADRO 4.1. Actividad física desarrollada en la actividad habitual entre la población de la C.A.E. según edad y sexo, 1985-86. (En % verticales)

	MUJERES			HOMBRES		
	16-24	25-64	+ 64	16-24	25-64	+ 64
BASE (16 ó más años):	60	433	132	77	350	77
Sedentaria	55,0	12,5	39,4	55,8	29,7	55,8
Activa	45,0	87,5	60,5	44,2	30,3	44,2

Fuente: Dpto. de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco, Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca, 1987.

La actividad física durante el tiempo libre, resultado principalmente de la práctica de deportes, es menor entre las mujeres que entre los hombres en las edades más jóvenes; pero a partir de los 25 años los niveles de actividad física durante el tiempo libre son similares (ver cuadro 4.2).

CUADRO 4.2. Actividad física desarrollada en el tiempo libre entre la población de la C.A.E. según edad y sexo, 1985-86. (En % verticales)

	MUJERES			HOMBRES		
	16-24	25-64	+ 64	16-24	25-64	+ 64
BASE (16 ó más años):	60	433	132	77	350	77
Sedentaria	63,3	67,2	78,8	35,1	63,4	89,6
Activa	36,7	32,8	21,2	64,5	36,6	10,4

Fuente: Dpto. de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco, Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca, 1987.

Para ilustrar este tema, en la encuesta realizada para este estudio se demuestra que entre las mujeres, trabajar fuera de casa hace que disminuya la frecuencia de la práctica del ejercicio sin llevar al abandono total.

CUADRO 4.3. Frecuencia del ejercicio físico. (En % verticales)

	BASE	OCUPADAS ESTRICTAS	AMAS DE CASA JUBILADAS	RESTO
BASE:	514	192	218	104
2 ó más días/semana	30,2	20,6	36,3	34,3
1 día/semana	13,8	19,8	7,3	17,2
Rara vez	27,8	28,5	27,4	25,8
Nunca	28,3	31,1	29,0	22,7

Fuente: Encuesta EMAKUNDE.

Las amas de casa que practican ejercicio semanalmente, lo hacen en su mayoría dos o más veces por semana, mientras que prácticamente la mitad de las mujeres que trabajan fuera de casa y que practican ejercicio semanalmente sólo lo hacen una vez por semana (ver cuadro 4.3). Lo cual es totalmente lógico, porque como hemos apuntado anteriormente, las mujeres laboralmente "activas" y con familia propia tienen una doble "presencia", lo cual origina una gran cantidad de actividades que desempeñar, por lo tanto menos tiempo "libre" para poder hacer ejercicio físico.

Otro problema que se plantea a las amas de casa es su distribución del tiempo. En muchos casos, sobre todo cuando ya no hay niños o niñas de corta edad, tienen tiempos diferentes a los de las personas que trabajan en la industria y los servicios. Eso hacía imposible su asistencia a las diferentes instalaciones deportivas (cuando existían) dado que los horarios no estaban hechos para ellas. De hecho, una vez que se ha empezado a diversificar la oferta, las mujeres han empezado a llenar los polideportivos, tal y como se puede comprobar en el estudio "Participación femenina en el deporte", 1992 que para Emakunde realizó la socióloga Mercedes Salcedo. Muchas veces la no realización de determinadas actividades está más condicionada por la distribución del tiempo de cada grupo social que por los deseos de las personas que los forman.

CONSUMO DE TABACO

4.4

La difusión del hábito de fumar entre la población femenina es menor que entre la masculina. Pero en el transcurso de las últimas décadas el hábito de fumar se ha extendido entre las mujeres de tal modo que ha pasado de ser casi privativo de la condición masculina a ser tan característico de las mujeres como de los hombres.

La importancia del consumo de tabaco como causa de muerte y como factor de riesgo para la salud está unánimemente reconocida por las organizaciones y por los profesionales de la sanidad.

El consumo de tabaco ha sido catalogado como la principal causa de mortalidad evitable. Se estima que en 1988 un 14 % de las muertes en la C.A.E. fueron debidas a esta causa.

En cuanto a la relevancia del consumo de tabaco como factor de riesgo para la salud, hay que señalar su influencia en el padecimiento de bronquitis crónicas, cardiopatías isquémicas e incluso de enfermedades más graves como cánceres en el aparato respiratorio y digestivo. En determinados países occidentales, como Estados Unidos, la mortalidad por cáncer de pulmón ha iniciado una tendencia ascendente llegando a alcanzar al cáncer de mama, que hasta ahora era la primera causa de muerte por cáncer entre las mujeres.

Además de los riesgos comunes a ambos sexos, en las mujeres el hábito del consumo de tabaco puede favorecer la aparición de complicaciones durante el embarazo, la posibilidad de tener un hijo/a prematuro/a con bajo peso al nacer y con mayor probabilidad de morir durante el primer año de vida, disfunciones cardiovasculares al tomar anticonceptivos orales, menopausia precoz o el aumento de osteoporosis.

Esta preocupación debería transmitirse de forma eficaz a la población y en particular a las mujeres, en primer lugar por las especiales repercusiones del tabaquismo para su propia salud y en relación a la maternidad, y reconociendo además el papel que las mujeres ejercen como educadoras en la familia, así como por su amplia representación en las profesiones relacionadas con la educación y la salud, hecho que las convierte en un eslabón fundamental en cualquier política o acción de promoción de la salud.

CUADRO 4.4. Consumo de tabaco entre la población de la C.A.E. según edad y sexo, 1985-86. (En % verticales)

	MUJERES			HOMBRES		
	16-24	25-64	+ 64	16-24	25-64	+ 64
BASE (16 ó más años):	60	433	132	77	350	77
No fuman	33,3	63,0	90,9	37,7	32,9	37,7
Fuman	66,7	37,0	9,1	62,3	67,1	62,3

Fuente: Dpto. de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco, Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca, 1987.

Según los datos proporcionados por la Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca, referidos a los años 1985-86, mientras que la proporción de mujeres que fumaban era de apenas un 10 % entre la población femenina mayor de 64 años, se elevaba hasta más del 60 % entre la población femenina entre 16 y 24 años, siendo en este tramo de edad superior a la proporción registrada entre la población masculina (ver cuadro 4.4.).

A la menor difusión del hábito de fumar entre la población femenina hay que añadir un consumo de tabaco entre las mujeres fumadoras menor que entre los hombres fumadores (ver cuadro 4.5).

CUADRO 4.5. Modos de consumo de tabaco entre los/las fumadores/as de la C.A.E., 1985-86. (En % verticales)

	MUJERES	HOMBRES
BASE (16 ó más años, Fumadores):	212	325
Ocasional	49,1	22,5
Moderado	34,0	32,0
Excesivo	15,6	33,2
Gran fumador/a	1,4	12,3

Fuente: Dpto. de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco, Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca, 1987.

Según los resultados de la Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca, prácticamente la mitad de las mujeres que fumaban lo hacía de forma ocasional, frente a tan sólo un 23 % de los hombres (ver cuadro 4.5).

Entre los más jóvenes, las mujeres también fuman de forma más esporádica que los hombres, pero las diferencias entre los fumadores de ambos sexos en los modos de consumo de tabaco son menos acusadas que en el conjunto de la población (ver cuadros 4.4 y 4.6).

CUADRO 4.6. Modos de consumo de tabaco entre los/las fumadores/as jóvenes de la C.A.E., 1985-86. (En % verticales)

	MUJERES	HOMBRES
BASE (15-29 años, Fumadores):	656	627
Sólo en fiestas	16,7	11,7
Media 10 cig./día	32,2	27,6
Media 10-20 cig./día	41,7	44,0
Media + 1 paq. día	9,5	16,7

Fuente: Dpto. de Cultura y Turismo del Gobierno Vasco, Jóvenes Vascos 1990.

La preocupación que puede provocar la elevada incidencia del consumo de tabaco entre las mujeres más jóvenes, puede aminorarse a la vista de la tendencia a la disminución de la difusión del hábito de fumar detectada por las encuestas realizadas con motivo de los informes sobre la Juventud Vasca (ver cuadro 4.7).

CUADRO 4.7. Evolución según sexo del consumo de tabaco entre los/las jóvenes de la C.A.E. (En % verticales)

	MUJERES		HOMBRES	
	1986	1990	1986	1990
BASE (15-29 años):	1.000	1.127	1.030	1.115
No fuman	35,3	41,8	39,4	43,8
Fuman	64,7	58,2	60,6	56,2

Fuente: Dpto. de Cultura y Turismo del Gobierno Vasco, Jóvenes Vascos 1990.

CONSUMO DE ALCOHOL

4.5

El consumo de alcohol, además de tener relevancia como causa de muerte y como factor de riesgo para la salud, puede propiciar un deterioro importante en las relaciones sociales y familiares —conocida es la influencia en las situaciones de malos tratos— y en la capacidad de asumir responsabilidades.

En este sentido resultan reveladores los cálculos que indican que uno de cada cuatro accidentes laborales y de circulación de hombres en la C.A.E. son atribuibles al consumo de alcohol, y que el alcohol ha causado la pérdida de casi un millón de jornadas laborales en un año ¹⁵.

CUADRO 4.8. Consumo de alcohol entre la población de la C.A.E. según edad y sexo, 1985-86. (En % verticales)

	MUJERES			HOMBRES		
	16-24	25-64	+ 64	16-24	25-64	+ 64
BASE (16 ó más años):	60	431	131	77	350	77
No beben	16,7	25,1	54,2	11,7	12,0	22,1
Beben	83,3	74,9	45,8	88,3	88,0	77,9

Fuente: Dpto. de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco, Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca, 1987.

En cuanto a la relevancia del consumo de alcohol como factor de riesgo para la salud, hay que señalar su influencia en el padecimiento de enfermedades hepáticas y de trastornos psíquicos. Se ha llegado a probar que también agrava el riesgo de hemorragia cerebral.

Entre las mujeres, el alcohol también propicia un aumento del riesgo de cáncer de mama y de complicaciones durante el embarazo.

En la C.A.E. el consumo de alcohol forma parte de muchas costumbres sociales y está respaldado por una amplia tolerancia. De hecho, el alcohol sigue siendo el eje de gran parte de las celebraciones colectivas a pesar de que en los últimos diez años haya variado la consideración positiva hacia el mismo y ahora la mayoría de la población lo identifique como una droga. En gran medida como consecuencia de ello, la proporción de bebedores es mayor en la C.A.E. que en el conjunto de España ¹⁶.

Al igual que sucede con el hábito de fumar, el hábito de consumo de alcohol entre la población femenina es menor que entre la masculina. Pero en el transcurso de las últimas décadas ha tenido una fuerte difusión entre las mujeres.

¹⁵ Departamento de Sanidad y Consumo. "Política de Salud para Euskadi 2000". Gobierno Vasco, 1990, pág. 516.

¹⁶ Según la Encuesta Nacional de Salud de 1990 serían "bebedores", un 61,9 % de las mujeres y un 83,5 % de los hombres en la C.A.E., frente a un 58,7 % de los hombres y de un 82,1 % en el conjunto de España. Las diferencias del número que se declaran "bebedores" observadas entre la Encuesta Nacional de Salud y la Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca podría deberse a que muchos "bebedores esporádicos" se consideran "no bebedores".

Según los datos proporcionados por la Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca, eran bebedoras casi la mitad de las mujeres mayores de 64 años, y más del 80 % de las que tenían entre 16 y 24 años, siendo esta proporción equiparable a la registrada entre los hombres en este mismo tramo de edad (ver cuadro 4.8).

Por lo que se refiere a las consecuencias que el consumo de alcohol puede tener para la salud de las mujeres, hay que señalar que hay muy pocas "bebedoras" que ingieran una cantidad de alcohol que atendiendo a los parámetros fijados en la Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca puede considerarse "alta" o "excesiva", frente a una proporción de hombres bastante mayor (ver cuadro 4.9).

CUADRO 4.9. Modos de consumo de alcohol entre los/las bebedores/as de la C.A.E., 1985-86. (En % verticales)

	MUJERES	HOMBRES
BASE (16 ó más años, bebedores):	433	435
Ocasional	55,7	17,2
Bajo	42,5	56,3
Alto	1,8	17,2
Excesivo	0,0	9,2

Fuente: Dpto. de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco, Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca, 1987.

Entre los más jóvenes, también las mujeres beben de una forma más esporádica que los hombres. Pero, como sucede a propósito del consumo de tabaco, las diferencias entre los bebedores de ambos sexos en los modos de consumo de alcohol son, como se puede constatar en el 4.10, menos acusadas que en el conjunto de la población.

Entre las mujeres más jóvenes, la tendencia al consumo de alcohol es cada vez más generalizada (ver cuadro 4.11). Aunque, como se ha indicado, el consumo suele ser esporádico, será preciso comprobar las repercusiones que en los próximos años tendrá la amplia difusión del consumo de alcohol entre las jóvenes.

CUADRO 4.10. Modo de consumo de alcohol entre los/las bebedores/as jóvenes de la C.A.E., 1985-86. (En % verticales)

	MUJERES	HOMBRES
BASE (15-29 años, bebedores):	900	976
Sólo en fiestas	36,0	21,6
Sólo en comidas	2,3	2,1
Sólo fuera de comidas	54,0	59,4
En y fuera de comidas	7,7	17,0

Fuente: Dpto. de Cultura y Turismo del Gobierno Vasco, Jóvenes Vascos 1990.

CUADRO 4.11. Evolución según sexo del consumo de alcohol entre los/las jóvenes de la C.A.E. (En % verticales)

	MUJERES		HOMBRES	
	1986	1990	1986	1990
BASE (15-29 años):	1.000	1.127	1.030	1.115
No beben	29,1	20,1	16,5	12,5
Beben	70,9	79,9	83,5	87,5

Fuente: Dpto. de Cultura y Turismo del Gobierno Vasco, Jóvenes Vascos 1990.

CONSUMO DE DROGAS

4.6

Al tratar acerca del consumo de drogas como problema para la salud, la primera dificultad que se presenta viene dada por la diversidad y complejidad de sus efectos. La variedad de sustancias y la multiplicidad de las formas y circunstancias de consumo obligan a distinguir distintos tipos de consumo de drogas. Sin llegar a analizar en detalle todos los consumos, conviene considerar, bien por su difusión social, bien por su gravedad, al menos tres tipos de consumo: el de derivados de cannabis (hachís o marihuana), el de estimulantes (cocaína y anfetaminas) y finalmente, el de heroína. Este último, ya sea por los efectos de la propia sustancia y los productos con los que se adultera, ya por las complicaciones derivadas de la falta de asepsia de las circunstancias en las que tiene lugar, es, a pesar de ser el menos difundido, el que ocasiona más complicaciones de salud.

También es preciso centrar la atención en el colectivo social en el que repercute casi exclusivamente el consumo de drogas: la juventud.

En el cuadro 4.12 se puede comprobar la amplia difusión que tiene el consumo de derivados del cannabis, habiendo sido practicado en el año 1990 por casi la mitad de quienes residen en la C.A.E. con edades entre 15 y 29 años. Los consumos de cocaína, de anfetaminas o de heroína quedan bastante por debajo, pero tienen una incidencia no desdeñable. Con respecto a las diferencias que se detectan en función del sexo, hay que destacar la menor incidencia de los tres tipos de consumo entre las mujeres. También hay que indicar que las diferencias relativas de las incidencias del consumo entre hombres y mujeres son mayores a medida que aumenta la gravedad potencial del tipo de consumo (ver cuadro 4.12).

CUADRO 4.12. Evolución según sexo del consumo de drogas entre los/las jóvenes de la C.A.E. ¹⁷. (En % verticales)

	MUJERES		HOMBRES	
	1986	1990	1986	1990
BASE (15-29 años):	1.000	1.124	1.030	1.155
Porro	40,9	40,9	58,3	55,8
Anfetaminas	6,4	7,3	13,2	15,4
Cocaína	5,2	6,0	9,8	14,6
Heroína	1,2	1,1	4,2	5,1

Fuente: Dpto. de Cultura y Turismo del Gobierno Vasco, Jóvenes Vascos 1990.

Los datos referidos al consumo de drogas entre los y las jóvenes indican un progresivo envejecimiento de la población consumidora, consecuencia de la disminución del nivel de consumo en las edades más bajas ¹⁸. Sin embargo, como puede apreciarse en el cuadro 4.12, del conjunto de residentes en la C.A.E. con edades comprendidas entre los 15 y los 29 años, el consumo de cocaína y de anfetaminas presenta una tendencia creciente, que es menos acusada entre las mujeres que entre los hombres.

¹⁷ Proporción de los/as que han consumido cada una de las sustancias en alguna ocasión.

¹⁸ Ver Dpto. de Cultura y Turismo del Gobierno Vasco. Jóvenes Vascos 1990, pág. 301.

5

SALUD REPRODUCTIVA

El ámbito de situaciones y problemas relacionados con la salud reproductiva de las mujeres es cada vez más amplio y complejo. Tradicionalmente las preocupaciones se centraban en los cuidados asociados al período maternal. En la actualidad se han extendido desde el principio hasta el fin del ciclo reproductivo. El cambio ha estado asociado a una mayor atención a los trastornos de salud, así como a la progresiva separación entre la función reproductiva y las relaciones sexuales. De esta forma, el hecho de poder planificar la descendencia, el tener menos hijas e hijos y las mejoras en la atención han supuesto una mejoría importante en la salud de las mujeres.

Hoy en día, las adolescentes y jóvenes deben conocer y saber decidir sobre su conducta sexual y la utilización de métodos anticonceptivos, aprendiendo a compartir estas elecciones con los chicos de su generación. Las y los jóvenes viven estos temas con una mayor responsabilidad ya que la inmensa mayoría desea estudiar y trabajar, lo cual hace que la maternidad sea considerada como precoz siempre que no se cumplan esos requisitos.

Además, en ese momento inician el contacto con el sistema sanitario de salud por ser la anticoncepción un asunto medicalizado. Otros factores como la prevención de las enfermedades de transmisión sexual, y en especial el SIDA, hacen que esta preocupación y responsabilidad aumente.

La posibilidad de realizar pruebas de diagnóstico prenatal, acompañadas de una oferta cada vez más normalizada de interrupción del embarazo según los requisitos legales, suponen otras ocasiones en las que las mujeres deberán decidir sobre su vida reproductiva.

Otro aspecto que ha cobrado gran complejidad es la esterilidad. Si hasta ahora esta situación era vivida por la pareja con ansiedad y sentido de frustración, la aparición de nuevas técnicas reproductivas ofrece una variedad de alternativas esperanzadoras y a la vez sofisticadas y costosas que hacen que la resignación ante la imposibilidad de tener descendencia no sea tan admisible. Por lo que, de nuevo, a las mujeres o las parejas se pueden ver envueltas en procesos de decisión complicados con una gran dependencia del sistema médico, un considerable costo económico y sin la garantía de un buen resultado.

Como consecuencia de estas tendencias, aspectos que antes permanecían desatendidos han cobrado una entidad propia y son tratados médicamente. Así ha sucedido con la planificación familiar, el control del propio proceso reproductivo y con la menopausia.

Para tratar acerca de la salud reproductiva entendida en un sentido estricto es preciso, por tanto, conocer previamente cuál es el modo en el que las mujeres afrontan estos aspectos, que sin formar parte del proceso reproductivo están relacionados con él.

En este apartado, además de los datos cuantitativos proporcionados por estadísticas y encuestas, se incluyen resultados del análisis de distintas reuniones de grupo llevadas a cabo. De esta forma se accede a aspectos imposibles de aprehender, recurriendo exclusivamente a datos numéricos.

Los distintos aspectos que se abordan en este capítulo, ordenados de acuerdo con la sucesión de las etapas del ciclo vital, son los siguientes:

- a) Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos, distinguiendo entre conocimiento espontáneo y sugerido de los diversos métodos, el uso ocasional, habitual y actual de los mismos, y la valoración de los tres métodos eficaces (píldora, preservativo y DIU).
- b) Consideración del aborto como método anticonceptivo.
- c) Atención al proceso de gestación, considerando los cuidados del embarazo, centro elegido para el parto y conocimientos existentes para con los cuidados infantiles.
- d) Situación de la atención sanitaria a la interrupción voluntaria del embarazo.
- e) La menopausia, donde se analiza la percepción que se tiene de esta etapa de la vida, el conocimiento de los síntomas y sus consecuencias.

CONOCIMIENTO Y USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

5.2

CONOCIMIENTO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

5.2.1

Los años sesenta representan el inicio de una nueva etapa en la planificación familiar a cuya definición contribuyen muy activamente los nuevos valores emergentes, que reivindican la separación de la actividad sexual y la reproducción, la apertura de los primeros centros especializados orientados a la mujer, la incorporación laboral de la mujer y la generalización de los métodos anticonceptivos, en especial la píldora, que supone un método innovador no sólo por la seguridad y eficacia sino también por su carácter individual y no coincidente con el acto sexual, que permite su adopción en la más estricta privacidad.

La evolución de estos factores en las décadas posteriores ha consolidado con creces aquella situación inicial y ha otorgado a la planificación familiar un protagonismo indiscutible en la vida de las personas. Si por un lado, el período de actividad sexual se ha alargado como consecuencia del inicio a edades más tempranas de las relaciones sexuales, por otro, se ha acortado el período dedicado a la reproducción al retrasarse la edad de la primera maternidad y disminuir el número de hijos/as habidos.

El nivel de normalización en la utilización de métodos anticonceptivos se puede medir, en primer lugar, por el grado de conocimiento que tienen las mujeres de los mismos. Para ello nuestra encuesta ha diferenciado entre conocimiento espontáneo y conocimiento sugerido. En el listado de métodos incluidos para preguntar (sugerido) se encuentran algunos claramente ineficaces, pero que han sido utilizados tradicionalmente por la población y, por este motivo, no se han querido excluir.

CUADRO 5.1. Conocimiento de métodos anticonceptivos. (En % verticales)

	MUJERES	HOMBRES
BASE (población + 15 años):	1.314	415
Conocimiento general:		
Conoce o ha oído hablar	87,0	89,3
No conoce, no ha oído hablar	12,8	10,0
NS/NC	0,2	0,7
Conocimiento espontáneo:		
Conoce espontáneamente algún método	84,2	87,0
No conoce espont. ningún método	11,5	9,7
No conoce ningún método	4,3	3,2
Conocimiento total (espontáneo y sugerido):		
Conoce método	95,7	96,7
No conoce método	4,3	3,2

Fuente: Encuesta EMAKUNDE.

Según la encuesta Emakunde, hoy en día prácticamente todas las mujeres entre 15 y 70 años conocen la existencia de estos métodos (ver cuadro 5.1). Concretamente a la pregunta “¿Conoce Ud. o ha oído hablar de algunos de los métodos llamados anticonceptivos?”, el 87 % de las mujeres encuestadas ha contestado afirmativamente, y a la hora de especificar “¿Qué métodos conoce?”, un 84 % ha mencionado espontáneamente alguno. Estos porcentajes aumentan considerablemente —cercaos al 95 %— si se prescinde de las mujeres mayores de 65 años (ver cuadro 5.2).

CUADRO 5.2. Conocimiento de métodos anticonceptivos según la edad. (En % verticales)

	TOTAL	15-24	25-44	45-54	55-64	65 y más
BASE (Mujeres + 15 años):	1.314	293	515	205	206	95
Conocedoras (*)	95,7	100	99,3	94,9	91,1	74,9
No conocedoras	4,3	—	0,7	5,1	8,9	25,1

(*) Manifiestan conocer o haber oído hablar de algún método anticonceptivo.

Fuente: Encuesta EMAKUNDE.

Sólo un 4 % de las mujeres vascas dice desconocer los métodos anticonceptivos. El desconocimiento —también puede entenderse como negativa a hablar de un tema considerado íntimo y delicado— tiende a acentuarse entre las mujeres mayores de 55 años, por tanto también entre las mujeres jubiladas, con estudios primarios, de status bajo y que habitan en el mundo rural.

CONOCIMIENTO ESPONTÁNEO

El nivel de conocimiento espontáneo de cada uno de los métodos es muy variable, como se puede comprobar según los datos del cuadro 5.3.

CUADRO 5.3. Métodos anticonceptivos según su nivel de conocimiento

	TOTAL	CONOCIMIENTO		Total	NO CONOCE
		Espontáneo	Sugerido		
		(1)	(2)	(3)	(4)
BASE (Mujeres + 15 años):	1.314				
Píldoras	100,0	75,2	19,7	94,9	5,0
Preservativo	100,0	67,6	27,1	94,7	5,4
DIU	100,0	52,9	28,5	81,4	18,6
Diafragma	100,0	23,0	51,2	74,0	25,8
Vasectomía	100,0	22,5	66,8	89,3	10,7
Ligadura	100,0	23,1	66,8	89,9	10,1
Ogino	100,0	12,9	51,0	63,9	36,1
Cremas anticonceptivas	100,0	9,5	41,0	50,5	49,5
Coitus interruptus	100,0	10,4	66,5	76,9	23,1
Inyección	100,0	5,5	42,2	47,7	52,4
Lavado vaginal	100,0	3,3	53,8	57,1	42,9
Píldora día siguiente	100,0	2,9	41,0	43,9	56,1
Lactancia prolongada	100,0	1,7	33,2	34,9	65,1
Otro	100,0	0,8	1,6	2,4	97,5

Fuente: Encuesta EMAKUNDE.

Atendiendo a los porcentajes correspondientes al conocimiento espontáneo se puede hacer la siguiente clasificación:

- Métodos muy conocidos (> 50 %): píldora (75 %); preservativo (68 %); DIU (53 %). Todos ellos son considerados métodos eficaces.
- Métodos bastante conocidos (20-30 %): diafragma (23 %); ligadura (23 %); vasectomía (23 %). Se trata también de métodos eficaces, siendo los dos últimos de carácter definitivo.
- Métodos poco conocidos (10-15 %): ogino (13 %); coitus interruptus (10 %); cremas anticonceptivas (9,5 %). Tanto el método ogino como el coitus interruptus son métodos ineficaces; las cremas acompañadas del diafragma se consideran eficaces.
- Métodos prácticamente desconocidos (1-6 %): inyección (6 %); lavado vaginal (3 %); píldora del día siguiente (3 %); lactancia prolongada (2 %). Tanto este último como el lavado se consideran dos métodos ineficaces mientras que los otros dos son eficaces.

Teniendo en cuenta que los métodos más y bastante conocidos son todos ellos métodos eficaces, no es de extrañar que, como se ha comentado anteriormente, el porcentaje final de conocimiento espontáneo de métodos eficaces resulte elevado: 84 % (ver de nuevo cuadro 5.1).

CONOCIMIENTO SUGERIDO Y TOTAL

Si se considera el conocimiento sugerido —cuya finalidad no es otra que determinar el nivel total de conocimiento y desconocimiento de cada uno de los métodos— resulta que el 96 % de las mujeres vascas son conocedoras de métodos anticonceptivos.

El cuadro 5.3 ya aludido anteriormente ofrece los resultados obtenidos para cada uno de los métodos. Aunque el resultado correspondiente al conocimiento sugerido se recoge en la columna 2, se trata sólo de un dato instrumental —dada su dependencia del porcentaje de conocimiento espontáneo— que permite obtener el dato final de conocimiento/desconocimiento de cada método recogido en la columna 3 y 4, respectivamente.

No hay duda de que el conocimiento total de cada uno de los métodos aumenta considerablemente, destacándose las siguientes peculiaridades:

- a. Se consolidan como métodos anticonceptivos de pleno conocimiento cinco de los seis métodos eficaces que resultan muy o bastante conocidos en el apartado anterior, aunque con algún cambio en el orden.

Así, la píldora y el preservativo obtienen un nivel de conocimiento total muy similar (95 %) mientras que los dos métodos definitivos (vasectomía y ligadura) —que de forma espontánea reconocía menos de una cuarta parte— aparecen ahora ambos en el tercer puesto y cuarto puesto con un porcentaje de conocimiento cercano al 90 % —por delante incluso del DIU (81 %).

- b. A continuación figura un grupo formado por tres métodos ineficaces tradicionales: el coitus interruptus (77 %), el ritmo ogino (64 %) y el lavado vaginal (57 %).
- c. Un segundo grupo de métodos eficaces de segundo orden formado por las cremas anticonceptivas (51 %), la inyección (48 %) y la píldora del día siguiente (44 %).
- d. Por último, la lactancia prolongada con un porcentaje de conocimiento total del 35 %, que confirma su carácter de método sui géneris y subsidiario, de difícil comprensión desde los hábitos actuales de la lactancia y el espaciamiento entre hijos/as.

Las mujeres entre 25 y 44 años resultan ser las que más conocen cada método y sólo ligeramente superadas por las jóvenes en el caso de la píldora y el preservativo. Y aunque la tendencia más frecuente es que a partir de los 45 años el conocimiento desciende, sin embargo en el caso concreto de los métodos denominados ineficaces tradicionales (ogino, coitus y lavado), las mujeres entre 45 y 54 años los conocen más que las jóvenes de 15 a 24 años, aludiendo claramente a lo que con toda probabilidad habrá constituido su práctica anticonceptiva.

UTILIZACIÓN OCASIONAL

Prescindiendo de los métodos concretos utilizados y considerando sólo el carácter de usuaria, resulta que más de la mitad de las mujeres conocedoras declara haber utilizado en alguna ocasión algún método anticonceptivo (ver cuadro 5.4).

No hay duda que la edad constituye un factor determinante en el uso de métodos anticonceptivos dada su dependencia del período fértil y las relaciones sexuales. Mientras que un 69 % de las jóvenes menores de 25 años no ha utilizado nunca ningún método anticonceptivo, el carácter de no usuarias sólo representa un 18 % de las mujeres entre 25 y 44 años. Este último constituye el grupo usuario por excelencia y además de métodos eficaces.

Puede resultar sorprendente entre el grupo de mujeres jóvenes menores de 25 años la diferencia entre el elevado conocimiento de los métodos y su reducido uso, lo que podría incidir en un aumento de embarazos no deseados dentro de este colectivo. A este respecto cabe hacer las siguientes puntualizaciones:

- a. Un indicador indirecto de embarazos no deseados como es el número de recién nacidos/as en mujeres de menos de 19 años muestra un descenso constante en el período 1986-90, tanto en números absolutos como relativos ¹⁹. Así, en 1986 se contabilizaron 635 nacimientos de mujeres menores de 19 años, mientras que en 1990 el número descendió a 390 nacimientos. La tasa de recién nacidos/as entre mil mujeres desciende de 7,16 al 4,35 en el mismo período, con una tendencia clara a la reducción. Ya es conocida la relación entre nupcialidad y natalidad. El retraso del inicio del matrimonio está influyendo en las cifras de nacimientos en las edades más jóvenes.
- b. Por otro lado, puede argüirse que aun descendiendo el número de recién nacidos/as, este colectivo de mujeres de menos de 19 años sea el que más propensión muestre a recurrir a la interrupción voluntaria del embarazo. Los datos oficiales al respecto son ilustrativos ²⁰: las interrupciones de embarazos en mujeres de 19 años o menos suponían en 1990 el 14,6 % del total; considerando las mujeres de menos de 25 años, las interrupciones se elevan al 45,9 % del total. El restante 54,1 % de los abortos voluntarios registrados se produce dentro del grupo de mujeres de más de 25 años.

¹⁹ Ver al respecto: Departamento de Sanidad, Programa de salud de la mujer, 1990.

²⁰ Ver Departamento de Sanidad, Programa de salud de la mujer, 1990.

CUADRO 5.4. Usuarías alguna vez de métodos anticonceptivos según edad. (En % verticales)

	TOTAL	15-24	25-44	45-54	55-64	65 y más
BASE (Mujeres + 15 años):	1.314	293	515	205	206	95
No conocedoras	4,3	—	0,7	5,1	8,9	25,1
Usuaría método eficaz (*)	50,4	30,8	79,0	54,2	21,9	9,5
Usuaría método ineficaz (**)	8,1	0,3	2,6	14,0	22,7	18,2
No usuaria	37,2	68,9	17,7	26,7	46,5	47,2

Fuente: Encuesta EMAKUNDE.

(*) Se consideran métodos eficaces la píldora, el preservativo, el DIU, la ligadura y la vasectomía.

(**) Se consideran métodos ineficaces el ogino y el coitus interruptus.

UTILIZACIÓN HABITUAL

El 47 % de las usuarias ²¹ reconoce haber utilizado habitualmente el preservativo y el 45 % la píldora. Por edades, el preservativo aparece como el método que más han utilizado las usuarias de 15 a 24 años, mientras que la píldora lo es de las usuarias entre 25 y 44 años (ver cuadro 5.5).

CUADRO 5.5. Métodos anticonceptivos más utilizados habitualmente según edad. (% respuestas afirmativas)

	TOTAL	15-24	25-44	45-54	55-64	65 y más
BASE usuarias (*):	769	91	420	140	92	26
Métodos más habituales:						
Píldora 21 días	45,1	40,8	61,0	28,5	15,0	—
Preservativo	46,9	71,9	49,6	38,6	27,4	29,8
DIU	14,0	3,5	20,9	11,8	—	—
Coitus Interruptus	26,0	16,7	14,8	35,1	58,6	74,8
Ogino	9,9	2,0	7,2	16,5	20,1	11,3
Abstinencia	0,5	—	0,6	0,6	1,0	—
Otro	5,4	6,4	4,9	7,4	5,0	—
Ninguno	1,7	2,0	0,2	2,6	4,6	9,3

* Excluidas las no usuarias y no conocedoras.

Fuente: Encuesta EMAKUNDE.

Tras estos dos métodos eficaces aparece el coitus interruptus (26 %). Aunque se trata de un método tradicional ineficaz e inseguro, sorprende que todavía haya jóvenes menores de 24 años que lo señalen como método habitual aunque con un porcentaje de uso muy inferior al

²¹ Se prescinde por tanto de las mujeres que no conocen ningún método (4,3 %) y de las que no han utilizado nunca ninguno (37,2 %). El análisis se refiere por consiguiente a una muestra de 769 mujeres usuarias (58,5 %).

señalado para el preservativo y la píldora. Hecha esta observación, el coitus interruptus ha sido el método más habitual para las mujeres que hoy en día tienen más de 55 años y casi tan importante como el preservativo entre las mujeres de 45 a 54 años.

El DIU es el tercer método en orden de importancia: 21 % de las usuarias entre 25 y 44 años se sirven de este método. El 14 % del total de usuarias lo consideran el método habitualmente utilizado.

El método ogino presenta una situación parecida a la del coitus interruptus aunque su nivel de uso habitual es menor. Concretamente, ha sido señalado como método habitual por el 10 % de las usuarias y aunque va perdiendo protagonismo a medida que disminuye la edad, todavía es señalado como método utilizado más habitualmente por un 2 % de las usuarias entre 15 y 24 años.

USUARIAS ACTUALES

Si se precisa con mayor concreción los métodos que se utilizan en la actualidad, se comprueba que el 37 % de las mujeres usuarias de métodos anticonceptivos actualmente no utiliza ninguno (ver cuadro 5.6). Obviamente ello obedece en gran medida a razones de edad y así se observa cómo, a partir de los 45 años, el porcentaje de "Ninguno" va aumentando. Sin embargo sorprende que el 24 % de las jóvenes menores de 24 años clasificadas como usuarias declaren que en la actualidad no utilizan ninguno, lo que obedece probablemente a la falta de consolidación y estabilidad de sus relaciones sexuales.

En cuanto a los métodos usados actualmente, los dos más utilizados son el preservativo (24 %) y la píldora (15 %). Respecto al primero, las jóvenes menores de 24 años confirman su carácter de usuarias importantes de este método y en cuanto a la píldora, su uso va disminuyendo a medida que aumenta la edad.

En cuanto a los métodos tradicionales, y sobre todo al coitus interruptus, en el apartado relativo al uso total se adelantaba que, aunque aparecían como métodos bastante utilizados habitualmente (26 %), había indicios para suponer que su trayectoria actual es descendente al considerar el uso actual de los mismos: el 5 % en el caso del coitus interruptus y el 2 % en el del ogino. Si bien se puede llegar a comprender la adopción actual de un método como el coitus interruptus entre las mujeres de cierta edad como consecuencia de hábitos heredados, ilustrativos de una educación anticonceptiva precaria e insuficiente, llama la atención sin embargo que sea un método adoptado también por el 6 % de las usuarias menores de 24 años.

CUADRO 5.6. Métodos anticonceptivos utilizados actualmente según edad. (En % verticales)

	TOTAL	15-24	25-44	45-54	55-64	65 y más
BASE usuarias (*):	769	91	420	140	92	26
Método actual:						
Píldora 21 días	14,7	29,6	19,7	2,0	0,9	—
Preservativo	24,1	40,6	29,4	17,9	—	—
DIU	9,1	3,5	15,1	2,8	—	—
Coitus Interruptus	5,1	6,0	3,9	11,4	1,9	—
Ogino	2,3	2,3	2,8	2,9	—	—
Abstinencia	0,7	—	0,9	1,2	—	—
Otro	1,4	3,4	1,6	0,7	—	—
Método definitivo	10,3	—	13,7	12,7	2,9	4,6
Ninguno	37,0	23,8	19,1	50,8	94,3	94,5
NS/NC	0,6	0,8	0,7	0,7	—	—

* Excluidas las no usuarias estrictas y no conocedoras.

Fuente: Encuesta EMAKUNDE.

Por último, es de destacar que el 10 % de las usuarias de métodos anticonceptivos han adoptado —bien personalmente o bien su pareja— uno de los dos métodos definitivos, proporción que asciende a un 14 % en las mujeres usuarias de 25 a 44 años.

VALORACIÓN DE LA PÍLDORA, PRESERVATIVO Y DIU

En la encuesta Emakunde se valoraban cuatro aspectos para la píldora, el preservativo y el DIU:

- La eficacia para prevenir embarazos.
- Los problemas de salud ocasionados por su uso.
- La comodidad de uso.
- La dependencia del médico.

Entre los resultados que se incluyen en el cuadro 5.7 destaca:

- a. Los elevados porcentajes de no sabe/no contesta, especialmente llamativos en el caso del DIU, que ponen de manifiesto la carencia de criterios valorativos sobre todo cuando no se han utilizado métodos anticonceptivos.
- b. La píldora, especialmente entre las usuarias de métodos anticonceptivos, es el método que más mujeres consideran eficaz para prevenir embarazos.
- c. También es la píldora el método que más se relaciona con problemas de salud: así lo han reconocido el 58 % de las mujeres en general y el 66 % de las usuarias en particular. La mayor unanimidad en este aspecto relacionado con la salud se da al señalar el preservativo como el método menos problemático: 80 % de las mujeres.
- d. El método más cómodo de usar se considera de nuevo la píldora (62 % de las mujeres y 71 % de las usuarias de métodos).
- e. El método independiente del médico por excelencia es el preservativo: así lo han manifestado el 78 % de las mujeres. El más dependiente es la píldora (52 %), valoración que es reforzada también por las usuarias.

CUADRO 5.7. Valoración de 3 métodos anticonceptivos según condición de usuaria. (En % verticales)

	PILDORA				PRESERVATIVO				DIU			
	Eficaz	Proble- mas salud	Cómodo	Depend. médico	Eficaz	Proble- mas salud	Cómodo	Depend. médico	Eficaz	Proble- mas salud	Cómodo	Depend. médico
BASE (usuarias): 769												
Sí	88,9	65,9	71,4	55,8	81,8	2,8	55,7	4,8	64,6	32,9	50,1	52,6
No	4,4	24,4	17,7	33,5	10,2	90,4	31,4	88,6	13,8	36,0	18,3	22,1
NS/NC	6,7	9,7	10,9	10,7	8,0	6,8	12,9	6,6	21,7	31,1	31,5	25,3
BASE (no usuarias): 545												
Sí	64,4	47,7	47,8	46,7	64,1	4,9	38,5	5,6	53,6	18,7	30,7	43,9
No	8,6	16,9	13,7	14,4	7,7	65,5	15,6	63,6	7,4	28,0	15,8	8,5
NS/NC	27,1	35,4	38,5	38,9	28,2	29,6	45,9	30,8	39,0	53,3	53,5	47,5
BASE (mujeres + 15 años): 1.314												
Sí	78,7	58,4	61,6	52,0	74,5	3,7	48,6	5,1	60,0	27,0	42,1	49,0
No	6,1	21,3	16,0	25,6	9,2	80,0	24,8	78,2	11,1	32,7	17,3	16,5
NS/NC	15,2	20,3	22,4	22,4	16,4	16,3	26,6	16,6	28,9	40,3	40,6	34,5

Fuente: Encuesta EMAKUNDE.

CONSIDERACIÓN DEL ABORTO COMO MÉTODO ANTICONCEPTIVO

5.3

La obligada suposición de que a mayor conocimiento y accesibilidad a los métodos anticonceptivos debería seguirse una disminución del número de abortos, no se confirma. De hecho, podría decirse que la situación se agrava al menos en determinados colectivos, como consecuencia de los cambios experimentados en las relaciones personales y sexuales. El inicio de las relaciones sexuales a edades más tempranas no parece que se acompaña debidamente con la adopción de métodos anticonceptivos eficaces, lo que conduce a embarazos en adolescentes que en último término pueden terminar recurriendo al aborto, bien por iniciativa propia o por presiones familiares.

Esta situación sugiere preguntarse si en determinados sectores de la población no estará funcionando una doble moralidad: por un lado, se rechazan las relaciones sexuales de adolescentes y jóvenes, evitando y negando cualquier recomendación orientada a garantizar la seguridad en las relaciones y, por otro, se acepta el recurso al aborto, incluso presionando enérgicamente, cuando el embarazo es un hecho.

Con ello, se estaría adjudicando al aborto una función como método anticonceptivo desproporcionada, y que debería ser cumplida eficazmente por otros métodos sin coste emocional ni traumático.

Presentada esta cuestión en la encuesta de "Actitud y Uso de los Métodos anticonceptivos" realizada por el Departamento de Sanidad en 1991, en los términos de si "el aborto es un método anticonceptivo como cualquier otro", el 66 % de las mujeres de 16 a 49 años que fueron encuestadas muestran su total desacuerdo con la afirmación frente a un 6 % que está totalmente de acuerdo (ver cuadro 5.8).

CUADRO 5.8. El aborto como método anticonceptivo

	MUJERES	HOMBRES
BASE:	891	348
El aborto es un método anticonceptivo como otro cualquiera:	%	%
Total desacuerdo	66,1	63,4
Parcial desacuerdo	16,1	15,2
Parcial acuerdo	9,5	11,8
Total acuerdo	6,0	5,7
NS/NC	2,4	4,0

Fuente: Encuesta de Actitud y Uso de los métodos anticonceptivos y los servicios de Planificación Familiar en la C.A.E. Departamento de Sanidad. 1991.

Dicotomizando las respuestas en acuerdo/desacuerdo, resulta que un 82 % está en desacuerdo frente a un 15 % de las mujeres encuestadas entre 16 y 49 años que considera que el aborto sí es un método anticonceptivo como cualquier otro, porcentaje que se eleva a un 24 % entre las mujeres de status bajo.

También los hombres creen en mayor medida que las mujeres que el aborto es un método anticonceptivo como cualquier otro (18 %). Y esta creencia está más arraigada todavía entre los jóvenes (25 %) y entre los solteros (24 %). Cabe pensar en varias razones para esta apreciación. La más manifiesta es que los hombres al no sufrir ni padecer físicamente el aborto, pueden juzgarlo con más frivolidad; otra razón está relacionada con la tendencia a delegar en la mujer la responsabilidad de la anticoncepción. Desde esta óptica, si el método falla, el recurso a una solución que elimine drásticamente el problema es más fácilmente aceptable —e incluso deseable— si se piensa que el fallo no se debe a la responsabilidad personal del hombre sino a la imprudencia de la mujer.

ATENCIÓN AL EMBARAZO Y AL PARTO

5.4

CUIDADOS DEL EMBARAZO

5.4.1

Por obvia no es necesario insistir una vez más en la importancia que tiene el desarrollo adecuado del proceso de gestación. Cualquier alteración puede ocasionar daños irreparables.

Una mayor atención dispensada a las madres desde el inicio del embarazo ha propiciado una mejora en la salud de las madres y sus hijos e hijas así como una disminución de la mortalidad perinatal infantil, pero todavía persisten algunos trastornos de los recién nacidos/as que podrían evitarse mediante una actuación oportuna de la madre y del sistema sanitario.

En la C.A.E. el número de menores de un año fallecidos/as en relación con los nacidos y nacidas vivos/as ha sido de 7,6 por mil para el año 1989, mientras que en 1976 ascendía a un 17 por mil. Esta mejora en la mortalidad infantil sitúa a la C.A.E. en un lugar favorable en el contexto internacional. No obstante, es preciso señalar la existencia de grandes diferencias en los tres Territorios Históricos. Según el informe de Política de Salud para Euskadi ²², en 1986 en Bizkaia la tasa de mortalidad infantil era de 11,5 fallecidos/as por mil nacidos y nacidas vivos/as, mientras que en Gipuzkoa y en Araba sólo alcanzaba valores de 8,9 y 7,8 por mil, respectivamente.

Respecto a la mortalidad perinatal, indicador más sensible a la influencia de la asistencia sanitaria que las otras tasas de mortalidad, cabe asimismo destacar una mejora sustancial en los años ochenta. La cifra más fiable obtenida para 1990 es de 8,98 muertos por mil nacidos/as ²³.

Si bien es cierto que estas muertes pueden estar causadas por anomalías congénitas, están también asociadas a embarazos en edades tardías ²⁴, a embarazos adolescentes y a una atención prenatal o durante el parto deficiente, factores estos últimos cuya influencia es susceptible de ser controlada.

Acerca de la salud infantil propiamente dicha existen otros indicadores relevantes como pueden ser la proporción de niños y niñas con bajo peso al nacer. Con respecto a este indicador se ha observado en los últimos años, al contrario de lo que ha sucedido con la mortalidad, una tendencia al aumento ²⁵, manteniéndose en una proporción por encima del 4 % planteado como objetivo en el Plan de Salud de Euskadi. La influencia de muchos de los factores asociados al fenómeno del bajo peso al nacer es también susceptible de ser aminorada: cap-

²² Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco. "Política de Salud para Euskadi", pág. 371.

²³ Cifra obtenida de una investigación realizada por J.M. Bereciartúa. Este estudio ha puesto de relieve el alto porcentaje de muerte perinatal que no se declara en el registro civil.

²⁴ En 1988, 1989 y 1990 el porcentaje de recién nacidos de madres mayores de 30 años ha sido el 41 %, 44 % y 46 %, respectivamente, tendencia que muestra una mayor propensión a los embarazos tardíos.

²⁵ Según el informe 1991 del Programa de la Mujer de OSAKIDETZA, la proporción de nacidos/as con bajo peso en la C.A.E. habría seguido un crecimiento continuo entre 1986 y 1990, pasando de 5,04 % en 1986 a 5,76 % en 1990.

tación tardía para el control de embarazo, embarazos no deseados, edad materna avanzada, hábitos perjudiciales, consumo de drogas y medicamentos, etc.

Los datos proporcionados por la encuesta realizada por el Servicio de Promoción de la Salud de Osakidetza²⁶ muestran que la inmensa mayoría de las mujeres en la C.A.E. prestaron en el año 1990 una atención adecuada al embarazo. El primer aspecto en el que se pone de manifiesto la calidad de la atención es la modificación de los hábitos nocivos. El 50 % de las embarazadas declara haber dejado de fumar y un 40 % haber disminuido el consumo de tabaco. En cuanto al alcohol, las medidas son más drásticas, siendo en este caso un 72 % quienes manifiestan haberlo dejado mientras que otro 25 % disminuye su consumo.

También es de destacar que ya se está cumpliendo ampliamente el objetivo establecido en el Plan de Salud de Euskadi de que para el año 1995 al menos el 80 % de las embarazadas de la C.A.E. reciban atención prenatal antes de finalizar el primer trimestre de su embarazo. Según la información obtenida en la mencionada encuesta de Osakidetza, un 93,4 % de las embarazadas ha efectuado un control de embarazo antes de dicho plazo. Asimismo, un 71,8 % de las mujeres declaran haber efectuado 8 ó más controles por los profesionales sanitarios, y 89,1 % haber efectuado 4 ó más controles a cargo del ginecólogo²⁷, cifras que pueden ser consideradas como altas.

Por otra parte, se observa una percepción poco clara por parte de las usuarias de los procedimientos a seguir para el control prenatal y ginecológico. A este respecto cabe señalar que probablemente el problema no resida en las usuarias de dichos servicios sino en la excesiva compartimentación de los mismos y, especialmente, en la ausencia de un ginecólogo de cabecera. En este sentido, en las reuniones que sirvieron de base para el análisis cualitativo, una usuaria afirmó que:

"... el centro de planificación familiar, es eso, planifica; en el momento que estás embarazada pasas a un ginecólogo aparte".

mientras que otra manifestó:

"... Yo quería ir a Cruces... el médico de la Seguridad Social que me corresponde sólo te coge a partir de los cinco meses; cosa que está fatal para gente que no tiene la posibilidad o no quiere ir a un médico particular. Sólo te empiezan a hacer ecografías a partir del quinto mes. Entonces yo cuando fui, fui tonta y le dije que ya me estaban tratando y me atendió de pena..."

Otro de los problemas que aparecen durante la atención del embarazo estriba en la persistencia de diferencias entre los distintos colectivos sociales en cuanto a la preparación al parto.

²⁶ La encuesta de servicios ginecoobstétricos ha sido realizada en 1990 a través de un cuestionario autoadministrado enviado a las madres al cabo de un mes del parto (dos envíos más a las no respuestas). El muestreo fue aleatorio, se obtuvieron 1.229 respuestas, siendo la tasa de respuestas del 88 %.

²⁷ Ver Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco. Op. cit., pág. 380.

CUADRO 5.9. Proporción de mujeres que acudió a las sesiones de preparación al parto. (% sobre el total de cada grupo)

Embarazada que acudió a sesiones de preparación del parto	64,4
Embarazada con estudios primarios que acudió a sesiones de preparación del parto	58,4
Embarazada con estudios secundarios que acudió a sesiones de preparación del parto	70,0
Embarazada con estudios superiores que acudió a sesiones de preparación del parto	74,1
Embarazada que trabaja que acudió a las sesiones de preparación del parto	71,0
Embarazada que no trabaja que acudió a las sesiones de preparación del parto	59,6

Fuente: Encuesta del Servicio de Promoción de la Salud de Osakidetza 1990.

Como se puede comprobar en el cuadro 5.9., la proporción de mujeres con estudios superiores y la proporción de mujeres que tenían un trabajo remunerado que acudieron a las sesiones de preparación del parto fue mayor que la proporción de las mujeres que pertenecían a los restantes colectivos.

Desde que los partos se atienden en los centros sanitarios se ha venido observando una clara mejoría en la salud materno-infantil, sobre todo la desaparición de la mortalidad materna.

Actualmente el 95 % de los partos se producen en hospitales ²⁸. Las preferencias recogidas entre las mujeres de la C.A.E. reafirman una fuerte predisposición a acudir a dar a luz en centros hospitalarios, propensión que es mayor a medida que disminuye la edad. Dar a luz en casa es una alternativa escasamente difundida en la actualidad, que queda restringida a las mujeres mayores de 55 años (ver cuadro 5.10). Esta actitud cabe explicarla por la importancia que tuvo antes el parto en el domicilio hasta la generalización de la asistencia sanitaria.

CUADRO 5.10. Centro elegido para tener hijos/as según edad. (En % verticales)

	TOTAL	15-24	25-44	45-54	55-64	65 y más
BASE (Mujeres + 15 años):	1.314	298	515	205	206	95
Gran Hospital Público	56,1	45,5	59,5	61,3	55,3	60,2
Hospital Pequeño Público	10,4	11,7	10,7	9,5	9,4	0,0
Clínica privada	21,7	25,5	22,1	23,2	16,5	16,3
En casa	4,0	1,7	3,1	3,7	8,1	7,0
NS/NC	7,8	15,6	4,5	2,3	10,7	7,5

Fuente: Encuesta EMAKUNDE.

Aunque tal como aparece recogido en el cuadro 5.11. la mayoría de las encuestadas optaría por un gran hospital público, entre las mujeres de status alto la opción que más preferencias recoge es el parto en una clínica privada.

²⁸ Osakidetza. Encuesta realizada por el Servicio de Promoción de la Salud en 1990.

CUADRO 5.11. Centro elegido para tener hijos/as según status. (En % verticales)

	TOTAL	BAJO	MEDIO-BAJO	MEDIO-ALTO	ALTO
BASE (Mujeres + 15 años):	1,314	193	601	306	214
Gran Hospital Público	56,1	68,6	63,4	54,1	31,6
Hospital Pequeño Público	10,4	9,8	9,1	13,3	10,5
Clínica privada	21,7	6,9	16,4	23,0	48,4
En casa	4,0	4,4	4,1	4,7	2,1
NS/NC	7,8	15,4	7,0	5,0	7,4

Fuente: Encuesta EMAKUNDE.

A este respecto, las opiniones expresadas en el análisis cualitativo por las mujeres ocupadas cualificadas confirman que la opción de los centros públicos para el parto se justifica porque se les reconoce mayor competencia profesional en urgencias y situaciones difíciles, y también porque se entiende que las clínicas privadas no son necesariamente garantía de mejor atención individual. Estas son algunas de las opiniones:

"... Yo dí a luz en particular y la comadrona, si es un perro le hace más caso que el que se me hizo a mí... luego le pidió disculpas a mi madre, le dijo que yo tenía razón pero no apareció ni a verme ni a ver a la criatura. Y eso en una clínica particular. Me supongo que la Seguridad Social y las clínicas particulares, cuando te pilla mal ...".

"Ahora yo pienso que en Seguridad Social, como en todo, te toca un tío majo y muy bien ...".

"Las clínicas particulares de noche son un desastre... porque no hay ni pediatra ni ginecólogos, es un desastre... En trato bien, pero nada más".

"Un parto que viene bien, en clínica particular, pero como tenga algún problema, hospital o Cruces...".

Una de las justificaciones de la opción por los hospitales privados es la preferencia por el parto con anestesia manifestada por un tercio de las mujeres, pero más extendida entre las mujeres de status alto que entre el resto (ver cuadros 5.12 y 5.13) ²⁹.

Las diferentes preferencias manifestadas por las mujeres en función de su status dan pie a pensar que entre las mujeres de status bajo la preferencia por la clínica privada o por el parto con anestesia no llega en muchas ocasiones a formularse debido a la imposibilidad de acceder a estos servicios (ver cuadro 5.12).

²⁹ Puede comprobarse que en el cuadro 4.11 se incluyen a las mujeres en edades no fértiles. La razón para ello es detectar la evolución según la edad del tipo de parto que se elegiría. En caso de que se quiera interpretar en términos de demanda, lógicamente las preferencias hay que circunscribirlas a las mujeres de menos de 45 años.

CUADRO 5.12. Tipo de parto que le gustaría según edad. (En % verticales)

	TOTAL	15-24	25-44	45-54	55-64	65 y más
BASE (Mujeres + 15 años):	1.314	293	515	205	206	95
Con anestesia	31,0	30,8	37,4	31,7	21,9	14,5
Sin anestesia	36,1	25,3	34,5	38,9	47,1	49,0
Alternativo ³⁰	22,1	22,1	21,6	23,9	21,7	21,3
NS/NC	10,8	21,7	6,5	5,5	9,3	15,2

Fuente: Encuesta EMAKUNDE.

CUADRO 5.13. Tipo de parto que le gustaría según el status. (En % verticales)

	TOTAL	BAJO	MEDIO-BAJO	MEDIO-ALTO	ALTO
BASE (Mujeres + 15 años):	1.314	193	601	306	214
Con anestesia	31,0	21,9	27,0	36,1	43,0
Sin anestesia	36,1	38,8	37,0	37,6	29,3
Alternativo	22,1	20,9	25,2	19,8	17,7
NS/NC	10,8	18,4	10,8	6,6	10,1

Fuente: Encuesta EMAKUNDE.

Estar acompañada en el momento del parto ha llegado a ser reconocido entre los derechos específicos de la mujer como paciente y usuaria de Osakidetza (Decreto 175/89). La preferencia mayoritaria por implicar a la pareja en el parto, que es mayor entre las mujeres más jóvenes, denota un cambio en la concepción del mismo (ver cuadro 5.14).

CUADRO 5.14. Acompañante preferido en el momento del parto. (En % verticales)

	TOTAL	15-24	25-44	45-54	55-64	65 y más
BASE (Mujeres + 15 años):	1.314	293	515	205	206	95
Pareja	80,8	80,0	87,9	79,3	71,9	67,7
Familiar: madre...	5,0	3,4	2,9	6,1	9,5	9,9
Amiga	0,2	0,4	0,0	0,0	0,8	0,0
Nadie	8,0	6,9	6,3	11,5	9,3	10,8
NS/NC	5,9	9,3	3,0	3,2	8,5	12,1

Fuente: Encuesta EMAKUNDE.

³⁰ Por parto alternativo se entiende el que se realiza con medios no convencionales (bañera, acupuntura, etc.).

En lo que concierne a las pautas para el cuidado del recién nacido/a, una de las tendencias más significativas que se están registrando en los últimos años es la disminución de la lactancia natural. En efecto, según datos del Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco, en 1986 el 72,9 % de las madres que dieron a luz ese año iniciaron la lactancia natural, mientras que en 1990 el porcentaje se redujo al 67,9 %.

La autovaloración de los conocimientos previos poseídos en relación al nacimiento y cuidado del niño/a es positiva para la gran mayoría de las mujeres con hijos/as que han sido encuestadas. A este respecto puede constatarse una ligera propensión a valorar suficiente la información entre las mujeres más jóvenes (ver cuadro 5.15).

CUADRO 5.15. Valoración de los conocimientos poseídos para cuidar al niño/a según edad. (En % verticales)

	TOTAL	25-44	45-54	55-64	65 y más
BASE (Mujeres + 15 años que han tenido algún hijo/a):	804	352	194	179	79
Insuficientes	17,9	16,4	16,7	18,4	26,5
Suficientes	80,6	82,1	81,4	81,1	70,4
NS/NC	1,5	1,5	1,9	0,5	3,1

Fuente: Encuesta EMAKUNDE.

Tal y como puede observarse en el cuadro 5.16., la fuente de información más importante la constituyen las madres o suegras (48,2 %), seguida de los libros o revistas (22,1 %) y del médico/ginecólogo (20,3 %). En el caso de asimilar las matronas con los cursos de preparación al parto, impartidos mayoritariamente por estas profesionales, el porcentaje se eleva en este caso al 18,3 %.

CUADRO 5.16. Informante que proporcionó los conocimientos para afrontar el parto según edad. (En % verticales, respuesta múltiple)

	TOTAL	15-44	45-54	55-64	65 y más
BASE: (conocimientos suficientes):	644	296	157	140	52
Madre-suegra	48,2	42,9	49,4	57,5	48,5
Hermana/cuñada	8,0	6,1	10,7	7,8	11,6
Amiga	4,6	2,7	6,4	6,6	4,1
Médico/gine.	20,3	27,0	30,5	10,7	8,2
Matrona/comadr.	5,0	5,1	3,3	6,0	6,5
Cursos prep. Parto	13,5	25,0	3,7	5,6	0,0
Libro/revistas	22,1	33,1	16,7	11,3	6,3
Otros	16,5	11,5	17,9	20,9	28,1

Fuente: Encuesta EMAKUNDE.

CUADRO 5.17. Informante que proporcionó los conocimientos para afrontar el parto según status. (En % verticales, respuestas múltiples)

	TOTAL	BAJO	MEDIO-BAJO	MEDIO-ALTO	ALTO
BASE: (conocimientos suficientes):	644	92	296	157	99
Madre-suegra	48,2	56,3	48,5	46,9	41,6
Hermana/cuñada	8,0	13,6	8,0	7,1	4,2
Amiga	4,6	6,2	4,7	3,0	5,3
Médico/gine.	20,3	20,9	17,7	20,0	28,4
Matrona/comadr.	5,0	5,4	6,9	2,8	2,0
Cursos prep. Parto	13,5	5,3	10,2	18,6	23,1
Libro/revistas	22,1	11,8	19,5	24,1	36,5
Otros	16,5	19,7	17,1	17,5	10,1

Fuente: Encuesta EMAKUNDE.

Uno de los aspectos más destacables es la creciente importancia de los profesionales sanitarios en el suministro de información y conocimientos sobre el parto. En efecto, frente a una media del 20 % que obtiene información del médico/ginecólogo, el grupo de mujeres entre 15-44 años presenta una proporción del 27 %. Asimismo, las matronas y los cursos de preparación al parto, consideradas conjuntamente, alcanzan el 30,1 % de las respuestas dentro de este grupo de edad. Ello pone de relieve una relativa disminución del protagonismo del entorno familiar en cuanto al rol de transmisor de conocimientos en favor de los servicios sanitarios.

En cuanto a la relación entre informante y status socioeconómico, se observa en el cuadro 5.17. una tendencia a la disminución del rol familiar, una mayor utilización de las fuentes escritas (libros y revistas) y un aumento correlativo directo del papel del médico/ginecólogo y de los cursos de preparación al parto a medida que crece el status. Es interesante constatar como las mujeres pertenecientes a las clases medias y altas son las que hacen mejor uso de los recursos disponibles ya sea en cuanto a la gimnasia y preparación al parto, como la utilización de las mejoras en el parto (anestesia) anteriormente citada, etc.

5.5

EL ABORTO

Han pasado siete años desde que se produjo la despenalización del aborto en los tres supuestos recogidos en la Ley Orgánica de 1985 (grave peligro para la salud de la madre, grave peligro para la salud del feto o motivo eugenésico y en caso de haberse producido una violación denunciada) y más de cinco desde la regularización de la acreditación de centros para su práctica.

Las mujeres que han realizado una Interrupción Voluntaria del Embarazo (I.V.E.), dentro de los supuestos contemplados en esta Ley desde su aparición hasta la última fecha de la que se

cuenta con información en la C.A.E., han aumentado considerablemente. Hasta 1990 se realizaron 3.562: entre 1985-87 trece, en 1988 seiscientos setenta y uno, en 1989 mil quinientos noventa y dos y en 1990 mil doscientos ochenta y seis.

El tipo de centro en el que se han realizado estas intervenciones es, fundamentalmente, de dependencia privada.

La relación de motivos que están tras las I.V.E.(s) manifiestan que es el riesgo para la salud materna (según datos del Registro de I.V.E.) el que aparece en la gran mayoría de los casos, 96,4 %; no se ha registrado ningún caso debido a violación y el riesgo fetal ha determinado casi tan sólo un 3,6 %.

El perfil de la mujer usuaria (siempre según fuentes del Departamento de Sanidad y de Osakidetza) en 1990 es el siguiente:

- Mujer soltera (61,7 %).
- No convive en pareja (59,6 %).
- De 20 a 24 años (31 %) (aunque es de destacar el 14,6 % de menores de 19 años).
- Sin hijos o hijas (60,4 %).

Le sigue otro grupo formado por mujeres:

- Casadas (30 %).
- De 25 a 34 años (38 %).
- Con 1 ó 2 hijos/as (30,9 %).

Y con el siguiente perfil sociocultural:

- Estudios básicos o medios (45,5 % y 35 %).
- Asalariada (46 %), ama de casa (18,2 %) y estudiante (17 %).
- Con ingresos propios en un 52,9 % de los casos.

Parece ser que el aborto es utilizado por un amplio espectro de mujeres, que no pertenecen a grupos marginales, para evitar el embarazo no deseado, tal vez por no usar métodos anticonceptivos o como un último recurso ante fallos de métodos, además de aquellos casos en que existe la indicación médica.

En el cuestionario de Emakunde se planteaba la consideración del aborto como método anticonceptivo y se pedía a hombres y mujeres que respondieran sobre su grado de acuerdo con esta afirmación.

A partir de la aprobación de esta Ley ha disminuido drásticamente el número de mujeres que viajan al Reino Unido para abortar.

En Euskadi se han planteado pocos problemas con trascendencia en los tribunales. Pero si bien esta Ley ha sido eficaz en la medida de que a ella se han podido acoger una parte importante de las mujeres afectadas, parece necesario resolver algunos problemas que se crean por la indefinición legal y por la objeción de conciencia alegada por los médicos.

5.6

LA MENOPAUSIA

La menopausia afecta a toda la población femenina en una época determinada de su ciclo vital (45 a 50 años). La mayoría de las mujeres sufren alguna alteración durante este período. Según diversos estudios contrastados, entre el 75 y el 80 % de las mujeres presenta algún síntoma de intensidad variable.

La concepción y consideración de la menopausia por parte de la población en general y por el sistema médico en particular se ha visto modificada de forma notable en los últimos años. En efecto, de ser una etapa del ciclo vital femenino desatendida desde el punto de vista sanitario y ligada a connotaciones negativas (por ser la maternidad y la fertilidad el centro de la vida de las mujeres y estar unida en muchos casos de mujeres casadas, con situaciones de cambio o crisis familiares), se ha convertido en la actualidad en un período de la vida de las mujeres en el que se hacen progresivos esfuerzos por mejorar su calidad de vida ³¹.

Las lagunas existentes en la comprensión y tratamiento de los trastornos asociados a la menopausia ³² han comenzado a salvarse; en este sentido se reconocen las ventajas de las medidas terapéuticas y preventivas ante la disminución de estrógenos. La menopausia favorece la aparición de problemas como la osteoporosis, de enfermedades cardiovasculares, etc. Sin embargo se advierte igualmente del riesgo de la sobremedicalización y del recurso indiscriminado a algunos tratamientos. Paralelamente también es cierto que, desde los propios servicios sanitarios y en especial desde los centros de planificación familiar se promueven otro tipo de enfoques no medicalizadores, reconociéndose la importancia de mejorar los hábitos de vida (alimentación correcta, realizar ejercicio moderado) y se organizan grupos de autoayuda, relajación, etc., con un enfoque más comunitario.

La encuesta a la población y las reuniones de grupo efectuadas para este estudio han permitido conocer las opiniones, conocimientos y experiencias de las mujeres en lo que concierne a este período de ciclo vital.

El primer resultado que cabe destacar es que la desvalorización que ha caracterizado esta etapa no es tal en la actualidad: las mujeres no poseen una imagen de la menopausia que pueda calificarse de negativa. El 80 % de las mujeres encuestadas consideran la menopausia como una etapa de cambios en el organismo y para un 5 % supone el comienzo de un período más tranquilo. El porcentaje de mujeres que la entienden como una enfermedad es inferior al 4 %. La percepción positiva de la menopausia es observada sobre todo entre las mujeres de 25 a 44 años con un mayor nivel de instrucción, ocupadas y con un status social elevado (ver cuadros 5.18 al 5.21).

Esto contrasta con otras informaciones que están difundiendo la idea de que la menopausia genera pérdida de facultades intelectuales, falta de atractivo y problemas en las relaciones sexuales, enfermedades como la osteoporosis, etc. Estos problemas, que sin duda pueden afectar a algunas mujeres, tal y como se están difundiendo podrían llevar a una excesiva me-

³¹ Hay que tener en cuenta que la esperanza de vida de las mujeres a los 65 años es aún de 18 años.

³² Según diversos estudios entre los que cabe citar el de Master y Johnson, un 10 % de las mujeres presentan alteraciones de su salud en grado elevado ligadas a la menopausia.

dicalización y a una excesiva percepción negativa por parte de toda la sociedad de una etapa determinada de la vida de las mujeres.

CUADRO 5.18. Concepto de la menopausia según edad. (En % verticales)

	TOTAL	15-24	25-44	45-54	55-64	65 y más
BASE (Mujeres + 15 años):	1.314	293	515	205	206	95
Concepto menopausia enfermedad	3,9	2,9	3,4	4,9	5,1	5,1
Etapa de cambios	80,1	78,9	90,2	73,0	67,3	73,0
Pérdida atractivo sexual	0,4	0,7	0,0	0,4	0,4	1,3
Anuncio vejez	7,0	8,4	2,4	12,1	8,7	12,3
Comienzo etapa más tranquila	5,2	4,1	2,8	7,4	12,1	1,8
NS/NC	3,4	5,1	1,1	2,3	6,5	6,4

Fuente: Encuesta EMAKUNDE.

CUADRO 5.19. Concepto de la menopausia según nivel de instrucción. (En % verticales)

	TOTAL	PRIMARIOS	MEDIOS	SUPERIORES
BASE (Mujeres + 15 años):	1.314	782	365	166
Concepto menopausia enfermedad	3,9	5,3	2,4	0,7
Etapa de cambios	80,1	73,3	88,5	94,1
Pérdida atractivo sexual	0,4	0,5	0,3	0,0
Anuncio vejez	7,0	9,3	4,0	2,4
Comienzo etapa más tranquila	5,2	6,7	3,5	2,1
NS/NC	3,4	4,9	1,4	0,6

Fuente: Encuesta EMAKUNDE.

CUADRO 5.20. Concepto de la menopausia según ocupación. (En % verticales)

	TOTAL	OCUPAD. MARGIN.	OCUPAD. ESTRIC.	AMAS DE CASA JUBIL.	RESTO
BASE (Mujeres + 15 años):	1.314	94	285	640	294
Concepto menopausia enfermedad	3,9	3,6	3,3	5,1	2,1
Etapa de cambios	80,1	81,5	88,9	76,4	79,2
Pérdida atractivo sexual	0,4	0,0	0,0	0,5	0,7
Anuncio vejez	7,0	6,3	4,0	7,7	8,5
Comienzo etapa más tranquila	5,2	7,2	2,5	6,4	4,6
NS/NC	3,4	1,4	1,3	3,9	4,9

Fuente: Encuesta EMAKUNDE.

CUADRO 5.21. Concepto de la menopausia según status. (En % verticales)

	TOTAL	BAJO	MEDIO-BAJO	MEDIO-ALTO	ALTO
BASE (Mujeres + 15 años):	1.314	193	601	306	214
Concepto menopausia enfermedad	3,9	6,4	4,6	2,7	1,4
Etapas de cambios	80,1	74,3	78,7	81,9	86,9
Pérdida atractivo sexual	0,4	0,0	0,3	0,7	0,5
Anuncio vejez	7,0	7,8	6,9	8,0	4,9
Comienzo etapa más tranquila	5,2	5,2	5,9	4,7	3,8
NS/NC	3,4	6,3	3,5	2,0	2,5

Fuente: Encuesta EMAKUNDE.

Respecto al conocimiento de los síntomas de la menopausia, un 29,5 % de las mujeres encuestadas declaró desconocerlos (aunque esta proporción disminuye entre quienes han pasado o están pasando esta etapa). El síntoma citado con más frecuencia entre quienes afirmaron lo contrario fueron los sofocos (ver cuadro 5.21).

CUADRO 5.22. Conocimiento de los síntomas de la menopausia. (En % verticales)

	TOTAL	15-24	25-44	45-54	55-64	65 y más
BASE (Mujeres + 15 años):	1.314	293	515	205	206	95
Conoce síntomas:						
No	29,5	43,6	28,0	22,7	19,2	31,7
Sí: Sofocos	56,4	36,7	60,5	65,1	64,9	57,8
Sí: Aumento peso	0,4	0,0	0,2	1,0	0,8	0,0
Sí: Ausencia de regla	2,1	2,9	2,8	0,9	0,8	1,3
Sí: irritabilidad	1,8	2,3	2,2	1,3	0,4	1,8
Sí: otros	9,8	14,5	6,4	9,0	13,8	7,4

Fuente: Encuesta EMAKUNDE.

La mayoría de las mujeres no asocian la menopausia a una pérdida de memoria o concentración en el trabajo, pérdida de agilidad física, falta de atractivo o desaparición de las relaciones sexuales. Sobre este último aspecto, alrededor del 45 % de las mujeres de 45 a 54 años consideró que éstas son más satisfactorias al no temer el embarazo. No obstante, un 41 % de las mujeres reconoce que la menopausia supone una mayor irritabilidad (ver cuadro 5.22).

CUADRO 5.23. Consecuencias asociadas a la menopausia según edad. (% respuestas afirmativas)

	TOTAL	15-24	25-44	45-54	55-64	65 y más
BASE (Mujeres + 15 años):	1.314	293	515	205	206	95
Pérdida de memoria	18,6	11,3	14,1	23,2	32,3	26,3
Pérdida de agilidad	18,9	12,9	12,8	26,5	31,8	26,6
Desaparición relaciones sexuales	7,3	6,8	3,0	11,0	15,8	5,7
Pérdida de atractivo	5,5	3,8	3,2	8,9	9,8	6,2
Relaciones sexuales más dolorosas	5,8	4,9	4,3	5,7	10,5	6,2
Relaciones sexuales más satisfactorias al no temer el embarazo	39,3	22,8	44,0	44,4	42,9	27,6
Mayor irritabilidad	41,0	37,6	42,4	44,5	43,8	30,1

Fuente: Encuesta EMAKUNDE.

Respecto a la valoración de los conocimientos poseídos para afrontar esta etapa, más de la mitad de las mujeres encuestadas considera estar o haber estado preparada para ello (ver cuadro 5.24).

Los mayores niveles de información entre las mujeres de 45 a 54 años indican que la adquisición de conocimiento se intensifica a medida que se acerca la menopausia.

CUADRO 5.24. Valoración de los conocimientos poseídos para afrontar la menopausia según edad. (En % verticales)

	TOTAL	15-24	25-44	45-54	55-64	65 y más
BASE (Mujeres + 15 años):	1.314	293	515	205	206	95
Conocimientos suficientes:						
No	38,5	59,0	37,1	22,0	26,8	43,9
Sí	50,3	26,8	51,8	67,8	64,3	46,0
NS/NC	11,2	14,2	11,1	10,2	8,9	10,1

Fuente: Encuesta EMAKUNDE.

Efectivamente, el mayor nivel de conocimiento acerca de la menopausia se da entre las mujeres que ya la han pasado.

CUADRO 5.25. Valoración de los conocimientos poseídos para afrontar la menopausia según se haya pasado o no. (En % verticales)

	TOTAL	NO HAN PASADO LA MENOPAUSIA	HAN PASADO LA MENOPAUSIA
BASE (Mujeres + 15 años):	1.314	905	407
Conocimientos suficientes:			
No	38,5	42,7	29,2
Sí	50,3	44,6	63,0
NS/NC	11,2	12,6	7,8

Fuente: Encuesta EMAKUNDE.

Entre las mujeres que no han pasado la menopausia, las más informadas son las de estudios superiores y las de status alto (cuadros 5.26 y 5.27).

CUADRO 5.26. Conocimientos para afrontar la menopausia entre mujeres que no la han pasado según nivel de instrucción. (En % verticales)

	TOTAL	PRIMARIOS	MEDIOS	SUPERIORES
BASE (Mujeres 25-44 años):	508	234	164	110
Conocimientos s/menopausia:				
No	37,6	39,5	39,4	30,9
Sí	51,2	48,5	49,9	58,7
NS/NC	11,2	12,0	10,7	10,4

Fuente: Encuesta EMAKUNDE.

CUADRO 5.27. Conocimientos para afrontar la menopausia entre mujeres que no la han pasado según status. (En % verticales)

	TOTAL	BAJO	MEDIO-BAJO	MEDIO-ALTO	ALTO
BASE (Mujeres 25-44 años):	508	57	238	127	86
Conocimientos s/menopausia:					
No	37,6	52,4	36,6	39,3	28,2
Sí	51,2	38,0	50,9	54,8	55,4
NS/NC	11,2	9,6	12,6	5,8	16,5

Fuente: Encuesta EMAKUNDE.

Queda patente, por tanto, que se ha generado una demanda de información que podría cubrirse mediante nuevos enfoques que superen los viejos tabúes negativos y que están más acordes con la situación real de las mujeres (como hemos comprobado hay diferencias según el nivel de estudios, la ocupación, etc.) como ponen de manifiesto las siguientes declaracio-

nes recogidas en el análisis cualitativo y expresadas por amas de casa, en las que se aprecia la necesidad de formación:

"Es muy menesteroso entenderlo y estar muy informada de esto".

"Que sepas por qué estás triste o no lo estás".

"Eso es falta de información porque una mujer que tenga la menopausia o que no la tenga tiene exactamente las mismas... lo único que no va a fecundar. Por eso la gente empieza a tener tabúes, porque dice ya soy vieja".

"Hoy en día información ya hay un poco sobre ese tema".

"Pienso que bastante más. Hay charlas sobre esto o sea que te están explicando constantemente. Aparte de que lees un poco, la radio también".

"Yo por ejemplo estoy ahora con la menopausia. Pero lo que más es que a mí me han afectado unas depresiones... A mí nadie me informó que era a raíz de la... Eso tenían que hacerlo sobre los 35 años. Tenían que ir preparando. Porque yo caí en una depresión sin saber por qué y ningún problema porque he estado con psicólogos y sin saber por qué era. Ahora me he venido a enterar después de 4 ó 5 años".

Si la necesidad de información es incuestionable, también lo es la de la atención prestada a la mujer en el período menopáusico. Y a este respecto las opiniones expresadas la definen más como una experiencia todavía muy solitaria, poco compartida con la pareja y médicamente mal atendida. Estas son algunas de estas opiniones:

"Lo que sí hay personas que están agobiadas e intentan ocultar que están con la menopausia. Hay un tabú sobre eso, se lo tapan como que una mujer le va faltando ya la regla y no lo tiene que decir".

"La mayoría de la gente en cuanto sabe que a partir de los 40 o de los 45 les empieza la menopausia, es una cosa de psicosis que les entra...".

"Es que yo incluso cuando voy al ginecólogo a hacer la revisión y tal, pues incluso le preguntas. Y dice, ¡bah! tranquila, cuando llegue el momento, vienes y tal, y ahí te dejan".

"Donde yo no encuentro apoyo es en los médicos. Veo un desinterés total, porque vas y te quejas de aquello y te dan un medicamento, y vuelves otro día y te dan otro medicamento".

"Mi marido ni intentarlo, ni se ha enterado y mira que lee... y no te lees una revistita de la mujer que te hace mucha falta. Y esa nunca la ha tocado porque le parece una cosa individual, para las mujeres".

"Mi marido ni lo ha entendido".

"Yo en eso (en los médicos) no encuentro apoyo. Porque vas y si bueno pues siento esto y todo te lo achacan un poco a eso y hala...".

"Igual te mandan (los médicos) unas pastillas que tienen 20 contraindicaciones, un rosario...".

Está claro que la visión de esta etapa cambia en función de un mayor nivel de estudios, de un mayor nivel de relaciones sociales, siendo las mujeres con mayor status (y que probablemente son las más jóvenes) las que tienen una visión más positiva que contrasta con las manifestaciones de mujeres que la están viviendo y que son amas de casa.

6

SALUD LABORAL

6.1

INTRODUCCIÓN

La salud laboral se refiere a los riesgos a los que se expone la población laboral en el trabajo y que pueden producir tres grupos de patologías bien diferenciadas: accidentes de trabajo, enfermedades profesionales y enfermedades del trabajo (inespecíficas) en las que la relación causa-efecto no siempre queda determinada.

Los riesgos laborales sobre la salud según la naturaleza del agente pueden clasificarse en los siguientes grupos:

- Agentes físicos: radiaciones, ruido, vibraciones, temperaturas elevadas, radiaciones del ordenador, etc.
- Agentes químicos contaminantes: plomo, mercurio, benceno, cadmio, etileno, y sus derivados, gases anestésicos, etc.
- Actividad física y esfuerzo: posturas (de pie), trabajos fatigosos, largos desplazamientos, realización de tareas domésticas, cuidado de hijos/as, etc.
- Sobrecarga psíquica: estrés, ritmos, trabajos en cadena, nocturnos, pantallas, etc.

En el caso de las mujeres se añaden, además, los riesgos derivados de la reproducción y que pueden afectar tanto la salud de la madre como la del feto, durante el período de gestación.

Los efectos que estos agentes pueden causar sobre la salud de la madre no son del todo conocidos. Las investigaciones efectuadas sobre el efecto del trabajo y de la actividad física sobre la salud materna y del recién nacido/a ofrecen resultados contradictorios³³, pero han ofrecido la oportunidad de profundizar en los dos componentes más importantes para medir la salud fetal: el peso al nacer y la edad gestacional, y aproximarse a la salud materna a partir de una serie de indicadores tales como: estancia hospitalaria durante el embarazo; presencia de patologías relacionadas con la gestación como edema, hipertensión, amenaza de parto prematuro, hemorragias genitales.

Tampoco se ha estudiado el efecto de ciertos cambios en las condiciones laborales sobre el desenlace del embarazo. Cambios que pueden suponer pasar a un puesto de menor demanda de ejercicio físico, reducción del horario semanal, baja laboral durante ciertos períodos del embarazo, etc.

Sin embargo, las cifras sobre los abortos espontáneos (20-30 % de todos los embarazos), así como la presencia de alguna malformación en los nacidos vivos/as (2 al 7 %) junto con el desconocimiento en el 70 % de los casos de la causa que produce la malformación, requieren una mayor investigación y mejoras tanto en las condiciones de trabajo como en las medidas de promoción y prevención de la salud entre las trabajadoras.

En este sentido, la mayor sensibilidad existente respecto a la cuestión de los efectos que sobre la salud de la madre y del feto pueden tener las condiciones ambientales del trabajo en general, y de los agentes químicos y radiaciones en particular, está originando que en

³³ Puede consultarse al respecto: Onis, M. y Villar, J. "La salud laboral de la mujer en España", Mimeo, 1990, que hace referencia al trabajo de Chamberlain, G. y García, J. "Pregnant women at work", Lancet, 1983.

Europa actualmente se proceda a una revisión y actualización de las normativas, no sólo referidas a la mujer sino incorporando también al hombre en edad de procrear como sujeto de protección de cara a la reproducción.

Las medidas deberán ir encaminadas a:

- impedir la existencia del riesgo;
- impedir o atenuar la transmisión de un riesgo no evitado;
- proteger a la población laboral disminuyendo las dosis y el tiempo de exposición.

Las radiaciones ionizantes y las sustancias químicas son las que con mayor frecuencia se relacionan con la mutagénesis y la teratogénesis de origen ocupacional. Un factor nocivo o sustancia tóxica que puede actuar sobre los distintos estadios del desarrollo reproductivo e incluso antes de la concepción, puede producir ³⁴:

- esterilidad;
- mutaciones; enfermedades hereditarias;
- malformaciones congénitas;
- aborto;
- crecimiento intrauterino retardado;
- prematuridad;
- toxicidad y carcinogenicidad transplacentaria y/o postnatal (vía láctea);
- mortalidad perinatal;
- deterioro fisiológico y psíquico de los neonatos/as.

Además de estos riesgos sobre la reproducción, existen los riesgos laborales asociados a las características del empleo y que se traducen, como se ha comentado anteriormente, en accidentes de trabajo, en enfermedades profesionales y del trabajo o inespecíficas.

En la actualidad, se carece de datos estadísticos alusivos a enfermedades, trastornos y molestias como consecuencia de la actividad laboral, disponiéndose sólo de información sobre accidentabilidad.

ACCIDENTABILIDAD LABORAL

6.2

En 1989, el 80 % de las mujeres ocupadas en la C.A.E. trabajaban en el sector servicios y sólo un 16 % lo hacía en la industria, mientras que el 45 % de los hombres lo hacían en esta última y el 40 % en servicios (ver cuadro 5.1). Esta concentración laboral femenina en determinadas ramas se traduce en un mapa de riesgos laborales dependiente no del sexo sino de las propias características del empleo.

³⁴ Ver al respecto Serrano Fuster, I. "Mujer, salud y condiciones de trabajo", La salud de las mujeres en atención primaria.

Según los partes de accidentes laborales del Departamento de Trabajo y Seguridad Social del Gobierno Vasco, en 1989 la cifra total de accidentes femeninos fue de 3.759 casos, resultando una tasa de incidencia de 1,6 %. De estos accidentes, el 31 % se produjeron en el sector industrial (tasa del 3 %) y el 67 % en servicios (tasa del 1,3 %).

El número total de accidentes laborales en el colectivo masculino fue de 38.002 casos, lo que supone una tasa de accidentabilidad del 7,4 %. La distribución sectorial de los accidentes es la siguiente: el 63 % corresponden a industria, el 20 % a servicios y el 13 % a construcción, con unas tasas de accidentabilidad del 10,3 % en industria, 3,7 % en servicios y 8,7 % en construcción.

Atendiendo al grado de la lesión, tanto entre las mujeres como entre los hombres, en el 98 % de los casos se ha calificado la lesión como leve, mientras que ha sido causa de fallecimiento en el 0,3 % de los accidentes: es decir, en 1989 y en la Comunidad Autónoma fallecieron 11 mujeres y 114 hombres como consecuencia de accidentes laborales. A este respecto, el plan de Política de Salud para Euskadi 2000 ³⁵ en su objetivo 02.1.1 relativo a Salud Ocupacional establece lo siguiente: "Para el año 1995, las muertes causadas por accidentes de trabajo deberán reducirse, al menos, en un 20 %".

La forma de accidente más frecuente entre las mujeres y los hombres es la caída (36 % y 25 %, respectivamente). Entre las mujeres aparecen a continuación los sobreesfuerzos (20 %) y los golpes (10 %), mientras que entre los hombres aparecen en segundo lugar los golpes (19 %) y después los sobreesfuerzos (17 %) y el atrapamiento (10 %).

CUADRO 6.1.(a) Accidentabilidad laboral por grupos de actividad y sexo, 1989. (Unidades en miles)

	(1)		(2)		(3)		(4)		(5)		(6)		(7)		(8)		(9)		(10)		TOTAL	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
POBLACIÓN																						
OCUPADA	16,3	6,4	3,4	0,5	37,3	4,6	13,2	13,9	59,4	18,8	56,5	3,0	83,4	57,9	40,9	5,0	14,1	6,3	67,0	120,2	509,8	236,7
Porcentaje (%)	3,2	2,7	0,7	0,2	7,3	1,9	25,7	5,9	11,7	7,9	11,1	1,3	16,4	24,5	8,0	2,1	2,8	2,7	13,1	50,8	100,0	100,0
N.º ACCIDENTES	1,7	0,1	0,2	0,0	3,3	0,1	14,9	0,5	5,4	0,5	4,9	0,0	3,2	0,8	2,0	0,0	0,4	0,1	1,9	1,6	38,0	3,8
Incidencia (%)	10,7	1,1	5,9	0,8	8,9	2,5	11,4	3,7	9,0	2,7	8,7	1,2	3,9	1,4	4,9	1,0	3,0	1,4	2,8	1,3	7,5	1,6

CUADRO 6.1.(b) Grado de lesión según grupos de actividad y sexo, 1989. (En % verticales)

	(1)		(2)		(3)		(4)		(5)		(6)		(7)		(8)		(9)		(10)		TOTAL	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
LEVE	96,4	90,1	94,1	100,0	98,1	100,0	98,5	98,8	98,2	99,2	97,4	97,3	97,5	98,2	96,8	94,0	97,5	91,1	95,7	96,8	97,8	97,5
GRAVE-MUY GRAVE	2,9	9,9	5,9	0,0	1,4	0,0	1,3	1,2	1,7	0,4	2,2	2,7	2,1	1,6	2,5	4,0	2,5	6,7	3,9	3,0	1,9	2,2
FALLECIMIENTO	0,6	0,0	0,0	0,0	0,5	0,0	0,2	0,0	0,2	0,4	0,3	0,0	0,4	0,2	0,7	2,0	0,0	2,2	0,4	0,2	0,3	0,3

³⁵ Departamento de Sanidad y Consumo. "Política de salud para Euskadi 2000", Gobierno Vasco, 1990.

CUADRO 6.1.(c) Forma de accidente según grupos de actividad y sexo, 1989. (En % verticales)

	(1)		(2)		(3)		(4)		(5)		(6)		(7)		(8)		(9)		(10)		TOTAL	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Caídas	30,1	35,2	26,6	50,0	23,9	34,5	20,5	25,9	22,1	25,4	31,5	48,6	27,0	35,4	32,0	46,0	27,5	47,7	36,9	41,4	25,1	35,7
Pisadas sobre objetos	2,6	5,6	6,4	0,0	4,9	6,0	3,9	3,9	4,6	3,5	8,3	13,5	5,0	3,2	7,5	4,0	4,3	3,3	4,9	4,8	5,0	4,2
Choques	11,2	5,6	6,9	0,0	8,7	6,0	8,3	7,2	9,1	9,6	6,1	0,0	7,8	7,8	8,7	18,0	9,8	6,6	8,7	6,9	8,3	7,5
Golpes	27,8	14,1	13,7	0,0	18,3	5,2	19,0	8,4	18,0	14,0	21,4	10,8	20,5	16,6	14,5	0,0	8,4	2,2	13,3	6,4	18,9	9,9
Proyección de fragmentos	3,2	1,4	3,4	0,0	6,4	0,9	12,7	2,9	4,5	3,1	6,4	2,7	5,2	1,8	3,5	0,0	2,9	0,0	2,5	1,4	8,0	1,9
Atrapamiento	8,5	5,6	5,4	0,0	12,2	14,7	11,1	16,5	15,9	13,1	5,8	0,0	9,3	12,2	6,9	2,0	3,5	3,3	6,1	3,5	10,2	8,8
Sobreesfuerzos	12,3	26,8	23,0	0,0	17,7	20,7	17,6	27,6	19,5	23,6	14,7	13,5	15,8	11,7	17,2	12,0	11,7	8,9	15,0	21,1	16,9	19,9
Atropellos	1,7	1,4	7,8	50,0	2,3	6,9	2,2	5,3	2,6	5,1	2,9	10,8	5,8	6,8	7,0	14,0	28,3	24,4	6,7	8,2	3,5	7,4
Otros	2,6	4,3	6,8	0,0	5,6	5,1	4,7	2,3	3,7	2,6	2,9	0,1	3,6	4,5	2,7	4,0	3,6	3,6	5,9	6,3	4,1	4,7

CUADRO 6.1.(d) Parte del cuerpo lesionada según grupos de actividad y sexo, 1989. (En % verticales)

	(1)		(2)		(3)		(4)		(5)		(6)		(7)		(8)		(9)		(10)		TOTAL	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Ojos	4,1	1,4	4,4	0,0	6,5	4,3	13,0	3,1	5,1	2,9	7,2	0,0	5,6	2,7	3,7	0,0	3,7	1,1	3,7	3,1	8,5	2,9
Resto cabeza	5,2	1,4	9,3	0,0	5,5	6,0	4,0	6,1	3,7	4,7	5,2	8,1	4,5	6,0	6,4	10,0	8,0	12,2	5,9	7,9	4,7	6,8
Tronco	19,7	16,9	15,2	0,0	16,3	7,7	15,7	16,5	16,6	13,3	17,3	13,5	15,1	9,0	20,1	16,0	13,3	13,3	14,8	20,4	16,4	15,7
Extremidades superiores	36,3	45,0	29,4	0,0	43,1	42,3	43,9	46,5	47,5	51,0	34,1	29,7	42,4	45,4	28,9	22,0	26,3	24,5	34,3	30,0	40,9	38,9
Extremidades inferiores	32,3	33,8	38,2	75,0	26,1	35,4	21,7	26,2	25,2	25,5	32,8	45,9	29,5	34,2	36,3	44,0	41,3	43,3	38,4	34,9	27,1	32,7
Lesiones múltiples/órganos internos	2,3	1,4	3,5	25,0	2,7	4,3	1,7	1,6	1,8	2,5	3,4	2,7	3,1	2,7	4,3	8,0	7,4	5,6	3,0	3,9	2,4	3,1

- (1) Agricultura, ganadería, caza, silvicultura, pesca.
- (2) Energía y agua.
- (3) Extracción transformados minerales no energéticos, productos derivados, industria química.
- (4) Industria transformación de metales, mecánica de precisión.
- (5) Otras industrias manufactureras.
- (6) Construcción.
- (7) Comercio, restaurantes, hostelería.
- (8) Transportes y comunicaciones.
- (9) Instituciones financieras, seguros, servicios a empresas y alquileres.
- (10) Otros servicios.

Fuente: EUSTAT. Encuesta de Población en relación con la actividad IV trimestre, Año 1989. Gobierno Vasco. Departamento de Trabajo y Seguridad Social. Partes de Accidentes de trabajo, 1989.

Por sectores y respecto a las mujeres, la caída como forma de accidente tiende a aumentar entre las ramas de actividad del sector servicios mientras que el sobreesfuerzo lo hace más en las ramas industriales.

Por último, la parte del cuerpo que resulta más frecuentemente lesionada son las extremidades tanto superiores como inferiores. Concretamente en el caso de las mujeres, el 39 % de los accidentes laborales afectan a los brazos o manos, y el 33 % a las piernas o pies, mientras que estos porcentajes en el caso de los hombres son del 41 % y 27 % respectivamente. En este colectivo destaca la importancia de las lesiones oculares (9 %).

A modo de resumen puede concluirse que:

- a) La población femenina ocupada se concentra principalmente en el sector servicios (80 %), mientras que la masculina se reparte entre industria (45 %) y servicios (40 %).
- b) La tasa de accidentabilidad del sector industrial (9 %) es superior a la del servicios (2,5 %).
- c) Consecuentemente existe una diferencia apreciable entre la tasa de accidentabilidad masculina (7,4 %) y femenina (1,6 %).
- d) La tasa de accidentabilidad femenina aumenta en el sector servicios (3 %), mientras que la masculina aumenta en el sector industrial (10,3 %) y en el de la construcción (8,7 %).
- e) Aunque el resultado de la lesión es casi siempre leve (98 % de los casos), la consecuencia de muerte asciende a un 0,3 %, porcentaje que debe disminuir en un 20 % según el objetivo manifiesto del Plan de Salud 2000.
- f) La forma de accidente más frecuente entre las mujeres son las caídas (36 %), los sobreesfuerzos (20 %) y los golpes (10 %), resultando más frecuentemente dañadas las extremidades superiores (39 %) e inferiores (33 %).

FACTORES EXPLICATIVOS

6.3

La diferencia de tasas de accidentabilidad entre ambos sexos no se debe ni a una natural inmunidad de las mujeres a los accidentes laborales ni a unos patrones de vulnerabilidad diferentes ante determinados factores de riesgo, sino a la distribución profesional y ocupacional que presenta cada uno de los dos colectivos y, por tanto, a las características de los empleos y las tareas que realizan, y en consecuencia al tipo de riesgos a que hombres y mujeres se exponen.

La escasa presencia femenina en el sector industrial y de la construcción, y por tanto su menor exposición a riesgos laborales de mayor probabilidad de accidente, tienen una clara repercusión en la propia tasa de incidencia.

El empleo en la industria, por ejemplo, se caracteriza por su baja cualificación y consiste fundamentalmente en tareas manuales, de ciclo corto y repetitivo que requieren rapidez o precisión. Investigaciones realizadas sobre los factores que generan fatiga laboral han destacado precisamente la monotonía, la reiteración y la velocidad, aludiendo así a circunstancias propias de la tarea y no al sujeto que la realiza.

Dentro del sector servicios, las mujeres se ocupan preferentemente en las ramas de servicios personales y domésticos, comercio, sanidad y educación. Las posturas de sedestación, mo-

monotonía y repetitividad de las tareas, caracterizan estos puestos de trabajo, y si bien es verdad que protegen de los riesgos debidos a sobrecarga física, no así de los psíquicos como son la fatiga, el estrés y el cansancio, de tal manera que la sobrecarga psíquica constituye el principal riesgo del sector servicios.

Según datos del Censo del Mercado de Trabajo del Departamento de Trabajo y Seguridad Social del Gobierno Vasco, el 47 % de las mujeres entre 16 y 64 años se dedican a las labores domésticas. Aun reconociendo la importancia numérica de este colectivo, sin embargo, los riesgos asociados a las labores del hogar no son bien conocidos³⁶. Su origen procede tanto de la composición de los productos utilizados como sobre todo del propio contenido de las tareas y el ambiente que rodea su ejecución: repetición, monotonía, soledad, aislamiento, etc. La patología concreta del trabajo doméstico se refleja en una mayor incidencia de trastornos psicósomáticos (alteraciones de sueño, cefaleas, problemas digestivos, etc.), síntomas de ansiedad y depresión, y un elevado consumo de psicofármacos³⁷.

La razón por la cual las mujeres no se han incorporado por igual a las distintas ramas de actividad está íntimamente relacionada con la reglamentación jurídica del trabajo femenino, de carácter proteccionista. Los efectos que produjeron medidas tales como la limitación de la jornada de trabajo, la prohibición del trabajo nocturno, en lugares peligrosos (minas), etc., fueron de varios tipos. Por un lado, vetaron el acceso de las mujeres a este tipo de trabajos a la vez que lo orientaron hacia determinados sectores productivos. Por otro, discriminaron a los varones a los que obligaban a enfrentarse a determinados riesgos laborales. En vez de eliminar los riesgos de determinados puestos de trabajo y procurar un entorno laboral seguro y saludable para todos y todas, se realiza una doble discriminación: contra el empleo en el caso de las mujeres y contra la salud en el caso de los hombres.

La disminución de los riesgos es una aspiración del plan de Política de Salud para Euskadi 2000³⁸ concretada en sus objetivos 02.2.1, 2 y 3, en los que se establece:

"Para el año 1990, todas las empresas que trabajen con amianto deberán mantener en el ambiente laboral unos niveles de fibras de amianto inferiores a los establecidos en la legislación vigente".

"Para el año 1992, todas las empresas que trabajen con metales pesados (cromo, plomo, arsénico) deberán mantener en el ambiente laboral unos niveles de estos metales inferiores a los establecidos en la legislación vigente".

"Para el año 1995, todas las empresas deberán mantener en el ambiente laboral un nivel sonoro inferior al establecido en la legislación vigente".

Como la incorporación de las mujeres al mercado de trabajo es un fenómeno irreversible, la acción futura pasa por derogar las normas persistentes que excluyen a las mujeres por ser mujeres. Pero además exige también regular la protección generalizada para todos los trabajadores; regular la protección de la salud en lo referente a la reproducción para todos los trabajadores en edad de procrear y para la mujer en los períodos de gestación y lactancia.

³⁶ Martínez Ten, C. "La salud laboral de la mujer", Mujer e igualdad de oportunidades en el empleo. Serie Debate, n.º 7, Instituto de la Mujer, Ministerio de Asuntos Sociales.

³⁷ Fee E. "Efectos del trabajo en la mujer en EE.UU.", AA.VV., Primeras jornadas sobre mujer y salud, Madrid, Instituto de la Mujer, 1985, trabajo citado por Martínez Ten C., op. cit.

³⁸ Departamento de Sanidad y Consumo, 1990, op. cit.

7

SALUD EN LA TERCERA EDAD

7.1

INTRODUCCIÓN

La etapa de la vida que se ha venido a denominar tercera edad tiene una duración más larga a medida que se suceden las generaciones. Tal como se ha puesto de manifiesto en el apartado referido a la mortalidad, la esperanza de vida todavía sigue en aumento en las sociedades occidentales contemporáneas, y dentro de éstas en la C.A.E.

CUADRO 7.1. Esperanza de vida a los 65 años en la C.A.E.

	MUJERES	HOMBRES	M-H
Año 1960	14,7	11,9	2,8
Año 1986	18,4	14,1	4,3
Año 2016	19,5	15,6	3,9

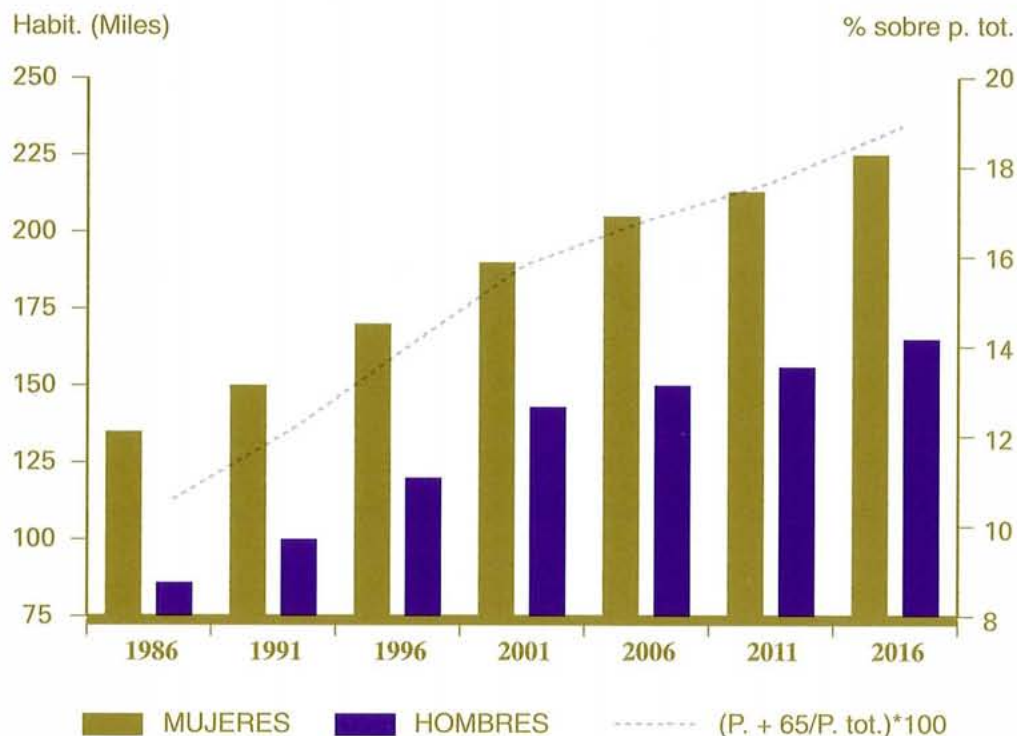
Fuente: Dpto. de Economía y Planificación del Gobierno Vasco/IKEI. Escenarios demográficos. Horizonte 2016.

En el año 1986 las mujeres que vivían en el territorio de la C.A.E. habían aumentado su esperanza de vida con respecto a las que vivían en 1960 en casi cuatro años. En los próximos años las mejoras en la esperanza de vida serán más lentas, a no ser que algún descubrimiento técnico imprevisto altere las circunstancias sanitarias actuales.

En relación a los hombres es previsible que paulatinamente vayan equiparándose las expectativas de vida. Pero a corto plazo la pauta más generalizada será que las mujeres continúen viviendo más años que los hombres. De esta forma, la viudedad, que es uno de los aspectos más relevantes en las condiciones de vida de las mujeres de edad avanzada, mantendrá su importancia en los próximos años.

Por otra parte la consecuencia más inmediata del progresivo alargamiento de la vida está siendo la importancia creciente que adquieren las enfermedades seniles. Desde el punto de vista de la calidad de vida personal, es preciso plantearse el mejor modo de afrontar la convivencia con alteraciones o trastornos de la vejez que tendrán una presencia cada vez más prolongada. Desde un punto de vista colectivo, será necesario proveer los medios que garanticen la asistencia de un colectivo que directamente no genera recursos y que, como refleja el gráfico 12, tiene un volumen cada vez mayor en relación a la población general.

GRÁFICO 12. Estimación de la población mayor de 65 años en la C.A.E.



Fuente: Dpto. de Economía y Planificación del Gobierno Vasco/IKEI, Escenarios demográficos Horizonte 2016.

TRASTORNOS ASOCIADOS A LA TERCERA EDAD

7.2

En la vejez, a pesar de que la incidencia de las enfermedades tiende a equipararse, las mujeres siguen siendo más propensas que los hombres a declarar algún problema de salud, como se vio en la Encuesta de Salud. En este sentido, los relacionados con el aparato circulatorio o con dolencias en los huesos, articulaciones o músculos aparecen como los trastornos más característicos de las mujeres.

No obstante, tal como se puede constatar en el cuadro 7.2, parece que los hombres de más de 65 años presentan un mayor riesgo que las mujeres de esta misma edad de padecer problemas en los aparatos respiratorio, digestivo, o genitourinario.

CUADRO 7.2. Problemas de salud en la C.A.E., 1985-86. (% respuestas afirmativas)

	MUJERES	HOMBRES	M-H
BASE (Población + 65 años):	1.683	1.154	
Nervioso	6,8	4,2	2,6
Circulatorio	59,1	46,5	12,6
Respiratorio	21,2	26,4	-5,2
Digestivo (exc. bucales)	30,1	31,6	-1,5
Genitourinario	3,8	8,2	-4,4
Osteomuscular	51,8	29,6	22,2
Mental	12,4	5,2	7,2

Fuente: Dpto. de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco, Encuesta de salud de la Comunidad Autónoma Vasca, 1987.

Parece probable que las afecciones osteomusculares y circulatorias ocasionen en los tramos de edad más avanzados de las mayores de 65 años, más problemas para tener una vida en buenas condiciones, tal y como se ha publicado a propósito de la Encuesta de Salud ³⁹.

La encuesta realizada para este informe en el ámbito de la C.A.E. también demuestra que las condiciones de salud de las mujeres mayores de 60 años son notablemente peores que las de los hombres.

Centrando la atención únicamente en aquellos padecimientos que en el apartado referido a la morbilidad habían sido considerados característicos de las mujeres, se puede comprobar a partir de los datos proporcionados por el cuadro 7.3:

- Que todos afectan a al menos un 20 % de las encuestadas mayores de 60 años.
- Que todas las diferencias de la incidencia de padecimientos entre hombres y mujeres, excepto las relativas a los cambios de ánimo, son estadísticamente significativas ⁴⁰.

CUADRO 7.3. Padecimientos en la tercera edad según sexo. (% respuestas afirmativas)

	MUJERES	HOMBRES	M-H
BASE (Población + 60 años) ⁴¹ :	190	57	
Dolor de cabeza	40,9	20,2	20,7
Dolores de articulaciones	66,2	34,5	31,7
Dolor lumbar	51,3	36,2	15,1
Palpitaciones	20,7	4,2	16,5
Mareos	32,8	14,1	8,7
Irritabilidad	24,6	12,7	11,9
Tristeza injustificada	41,9	7,7	34,2
Ganas de llorar sin motivo	30,0	3,8	26,2
Ansiedad/angustia	31,2	6,2	25,0

Fuente: Encuesta EMAKUNDE.

³⁹ Errezola, S. "Perfil socio-sanitario de los ancianos". SISVA, Publicación del sistema vasco de información sanitaria n.º 8. Octubre, 1990.

⁴⁰ Se consideran diferencias estadísticamente significativas aquellas que permiten rechazar la "hipótesis nula" con un nivel de confianza del 95 %.

⁴¹ A fin de disponer de una base de entrevistados/as que permitiera comparaciones se optó por considerar la etapa de la vejez a partir de 60 años en vez de 65.

Al igual que sucede con los problemas de salud de mayor gravedad, los padecimientos habituales que más se agravan con el paso de los años son los dolores físicos en las articulaciones o en la zona lumbar, que son declaradas por más de la mitad de las mujeres mayores de 60 años de la C.A.E. Por lo que se refiere a los padecimientos psíquicos a partir de los 60 años, hay que señalar el mantenimiento de la irritabilidad con respecto a edades más jóvenes y el aumento de las ganas de llorar sin motivo.

Además del deterioro que va unido al envejecimiento, hay otros factores sociales que inciden en el padecimiento de trastornos psíquicos en las personas mayores (ver cuadro 7.4.).

CUADRO 7.4. Padecimientos psíquicos según acompañamiento en el tiempo libre. (En % verticales: respuesta múltiple)

	TOTAL	SOLA	ACOMPañADA
BASE (Mujeres + 60 años):	190	31	158
Irritabilidad	24,6	35,2	22,4
Tristeza injustificada	41,9	82,0	33,9
Ganas de llorar sin motivo	30,0	52,0	25,6
Cambios de ánimo	49,6	87,2	42,2
Ansiedad o angustia	31,2	56,9	26,0
Ninguno	33,5	5,5	39,1

Fuente: Encuesta EMAKUNDE.

Ni la viudedad, ni la relación con las tareas domésticas, ni cualquier variable objetiva tienen tanta capacidad para explicar la propensión a los trastornos psíquicos entre las mujeres de más edad como la soledad durante el tiempo libre. Cuando se llevan vividos más de 60 años, la compañía en los momentos de ocio se convierte en uno de los mejores métodos de prevención contra prácticamente todo tipo de enfermedades psíquicas.

Aunque en muchas campañas asistenciales sí que se tiene en cuenta este hecho, no está de más volver a insistir en la necesidad de facilitar las relaciones sociales de las personas mayores que viven en soledad.

**INCAPACIDADES
Y APOYOS**

7.3

Las mayores incidencias de las patologías entre las mujeres mayores de 65 años que entre los hombres de esta misma edad tienen como consecuencia lógica el que la restricción de la actividad diaria por impedimentos debidos al estado de salud sea más acusada entre las mujeres que entre los hombres.

Según la Encuesta de Salud, por cada 3 días de incapacidad que sufre una mujer mayor de 65 años, un hombre sólo sufre 2. Y por cada 4 días que pasa en cama una mujer mayor de 65 años, un hombre sólo pasa 3.

CUADRO 7.5. Indicadores de incapacidad según sexo, 1985-86. (Media anual)

	MUJERES	HOMBRES	M-H
BASE (Población + 65 años):	1.683	1.154	
Días de incapacidad temporal	20,9	13,9	7,0
Días de cama	11,6	8,8	2,8

Fuente: Dpto. de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco, Encuesta de salud de la Comunidad Autónoma Vasca, 1987.

Tales datos indican que las condiciones de vida relacionadas con el estado de salud de las mujeres son peores que las de los hombres; pero para comprobar su alcance real es preciso conocer cuáles son las circunstancias en las que sobrevienen y se sufren las incapacidades.

CUADRO 7.6. Modo más habitual de pasar los malestares causados por trastornos de salud. (En % verticales)

	MUJERES	HOMBRES
BASE (Población + 60 años):	190	57
En cama con ayuda	32,4	79,0
En cama sin ayuda	16,6	6,5
De pie	50,1	12,6
NS/NC	0,9	1,9

Fuente: Encuesta EMAKUNDE.

De los datos de la encuesta llevada a cabo para este informe se deduce (como hemos visto en el cuadro 7.6) que el quedarse en la cama a causa de trastornos de salud es más excepcional entre las mujeres que entre los hombres. Y que mientras la inmensa mayoría de los hombres cuenta con ayuda para pasar los días en cama, una buena parte de las mujeres han de pasar trastornos de salud en cama sin contar con ayuda alguna.

El recurso al ingreso en una residencia, que paliaría la falta de ayuda para encarar los trastornos de salud, también es más socorrido por los hombres que por las mujeres.

CUADRO 7.7. Tasas de institucionalización en residencias de personas mayores por sexo y estado civil en la C.A.E., 1985. (En %)

	MUJERES	HOMBRES
BASE (Población + 60 años):		
Soltero/a	6,3	11,0
Casado/a	0,4	0,4
Separado/a	7,8	14,5
Viudo/a	2,5	4,2

Fuente: Dpto. de Trabajo, Sanidad y Seguridad Social del Gobierno Vasco. Ancianos en residencias.

En el cuadro 7.7 se muestra que si bien no se da ninguna diferencia entre mujeres casadas y hombres casados en lo que a ingresos en residencias se refiere, las mujeres que no cuentan con cónyuge se muestran más reacias al ingreso en las residencias que los hombres en esta misma situación. Se revela así una tendencia de las mujeres mayores a permanecer en el hogar que habrá de ser tenida en cuenta en el diseño de programas asistenciales.

8

ROL SANITARIO DE LAS MUJERES EN EL ÁMBITO DOMÉSTICO

INTRODUCCIÓN

8.1

El cuidado de la salud de familiares (tanto de corta edad como de edad avanzada) ha constituido durante siglos uno de los principales cometidos de la mujer en el hogar. La responsabilidad que ello implica ha pasado a formar parte de la representación tradicional de la condición femenina que ha sido configurada en las sociedades occidentales. Así se ha ido transmitiendo a lo largo de generaciones la creencia de que las mujeres —por sensibilidad, ternura, entrega...— son mejores cuidadoras de las personas enfermas que los hombres.

En la actualidad la incorporación al mercado de trabajo ha llevado a las mujeres a asumir más responsabilidades distintas de las domésticas. Por ello resulta de interés comprobar hasta qué punto se mantiene la asignación de responsabilidades y cuál es el reparto efectivo de las tareas sanitarias domésticas.

DEMANDA DE RECIPROCIDAD

8.2

La ayuda mutua y la equidad en el reparto de las responsabilidades constituyen principios básicos de la vida en pareja que son comúnmente aceptados. Ante los avatares extremos que pueden sobrevenir en el transcurso de una vida —los problemas graves de salud entre ellos— la mayoría de las personas casadas esperan encontrar en el cónyuge el apoyo principal.

CUADRO 8.1. Persona a la que recurriría si se encontrara en un problema grave de salud. (En % verticales)

	MUJERES	HOMBRES
BASE (Población casada):	794	228
Cónyuge	62,1	67,3
Familiar cercano	6,0	2,2
Amigo/a	0,6	—
Médico/a	29,4	30,0
Otras personas	1,1	—

Fuente: Encuesta EMAKUNDE.

El cuadro 8.1 muestra que hombres y mujeres declaran que recurrirían a su cónyuge como primer apoyo en caso de enfermedad grave en una proporción bastante similar, por encima del 60 % en ambos colectivos, aunque ligeramente mayor entre los hombres. De este dato se deduce la amplia demanda de cumplimiento del principio de reciprocidad cuya satisfacción efectiva se comprueba en los apartados posteriores.

EL REPARTO DE LAS TAREAS SANITARIAS DOMÉSTICAS

8.3

Las responsabilidades relacionadas con el cuidado de la salud dentro del hogar siguen siendo asumidas casi en exclusiva por las mujeres.

CUADRO 8.2. Persona que se encarga principalmente de los problemas de salud cotidianos de los/as componentes del hogar. (En % verticales)

	MUJERES		HOMBRES	
	Ocup. estrict.	Resto	Ocup. estrict.	Resto
BASE (Población + 15 años):	285	1.029	248	167
Madre/esposa	78,9	81,7	67,9	85,0
Padre/marido	2,3	2,2	2,6	3,6
Otra mujer	1,8	4,0	2,7	2,0
Otro hombre	—	0,1	0,7	0,5
El/ella porque vive solo/a	3,5	2,7	5,6	0,6
Nadie en especial	13,5	9,0	20,1	8,2

Fuente: Encuesta EMAKUNDE.

Los entrevistados, tanto mujeres como hombres, no agrupados bajo la categoría de ocupados estrictos⁴², que prácticamente se pueden identificar como jóvenes residentes en el hogar familiar, pensionistas o amas de casa, indicaron en más de un 80 % de los casos que en sus hogares es la madre o la esposa la que se ocupa del cuidado de los problemas de salud cotidianos de los residentes en el hogar; y únicamente en un 2 % de los casos que es el marido o el padre el que se encarga de estas tareas. Por si sólo este dato puede no resultar sorprendente, teniendo presente el hecho de que en la inmensa mayoría de los hogares son las mujeres las que desempeñan las tareas domésticas. Pero centrando la atención exclusivamente en las mujeres consideradas ocupadas estrictas, se comprueba que, incluso en los hogares de estas mujeres, son muy raras las ocasiones en las que son los hombres quienes desempeñan las tareas relacionadas con el cuidado de la salud de los componentes del hogar.

Entre los colectivos representados en el cuadro 8.2 es precisamente en el de los hombres ocupados estrictos donde menor es el porcentaje de los entrevistados que reconocen que es la madre o la esposa la que se ocupa de los problemas cotidianos de salud, lo que induce a pensar que los hombres no siempre son conscientes de quién asume tales tareas.

No obstante, es preciso poner de manifiesto que en algunas circunstancias sí que se produce cierta colaboración por parte de los hombres.

⁴² Por ocupado estricto se entiende aquel que dedica al menos 25 horas semanales a un trabajo remunerado.

CUADRO 8.3. Han visitado al médico/a en los últimos 15 días por problemas de salud de algún familiar. (En % verticales)

	MUJERES		HOMBRES	
	Ocup. estric.	Resto	Ocup. estric.	Resto
BASE (Población + 15 años):	285	1.029	248	167
Ha visitado	25,5	26,3	12,1	7,6
No ha visitado	74,5	73,5	87,4	91,1

Fuente: Encuesta EMAKUNDE.

El cuadro 8.3 refleja la proporción de personas entrevistadas que declaran haber asistido a la consulta del médico en las dos semanas anteriores a la realización de la entrevista a causa de trastornos en la salud de algún familiar. A pesar de ser el doble entre las mujeres ocupadas estrictas que entre los hombres, tal proporción no se corresponde exactamente con la asunción casi exclusiva del rol sanitario doméstico por parte de las mujeres. Por tanto, cabe suponer que a medida que el trastorno de salud se agrava, requiriendo la asistencia de especialista, crece la participación masculina en los cuidados del paciente.

PERPETUACIÓN DEL ROL SANITARIO DE LAS MUJERES EN EL ÁMBITO DOMÉSTICO

8.4

El indicio más evidente de que los criterios de asignación de un rol se están perpetuando ha de buscarse en las pautas seguidas por las generaciones más jóvenes.

El cuadro 8.4 muestra que, lejos de aparecer nuevas pautas entre las generaciones jóvenes en lo que se refiere a asignación del rol sanitario en el ámbito doméstico a la mujer, las mujeres casadas más jóvenes siguen asumiendo prácticamente en su totalidad el cuidado y la atención de los problemas relacionados con la salud de los miembros del hogar.

Como consecuencia de esta asignación, tiene lugar un proceso de aprendizaje informal que dota a las mujeres de la competencia necesaria para desempeñar el rol sanitario.

CUADRO 8.4. Persona que se encarga principalmente de los problemas de salud cotidianos de los/as componentes del hogar según edad. (En % verticales)

	TOTAL	25-44	45-54	55-64	65 y más
BASE (Mujeres casadas) ⁴³ :	794	374	182	163	67
Madre/esposa	86,7	86,1	92,1	87,0	72,4
Padre/marido	2,8	1,7	1,8	3,7	9,9
Otra mujer	0,8	0,6	—	1,2	3,6
Otro hombre	0,1	—	—	0,5	—
El mismo porque vive solo	0,1	—	—	0,5	—
Nadie en especial	9,3	11,6	5,4	7,0	14,1

Fuente: Encuesta EMAKUNDE.

Entre las personas entrevistadas más jóvenes todavía solteras se detecta el resultado de una educación que presumiblemente ha predisposto a las mujeres en mayor medida que a los hombres para afrontar los problemas relacionados con la salud de las personas cercanas.

CUADRO 8.5. Valoración de los conocimientos poseídos para encargarse de los problemas de salud propios y de los/as que le rodean. (En % verticales)

	MUJERES		HOMBRES	
BASE (Solteros/as 15-24 años):	285		98	
BASE (Casados/as 25-44 años):		374		56
Suficientes	43,7	82,9	27,5	59,5
No suficientes	52,6	16,0	69,3	39,3
NS/NC	3,7	1,1	3,2	1,3

Fuente: Encuesta EMAKUNDE.

Los efectos de la experiencia propiciada por la vida matrimonial pueden determinarse recurriendo a la comparación entre el colectivo de solteros y solteras con edades entre 15 y 24 años con el colectivo de casados y casadas con edades entre 25 y 44 años (ver cuadro 8.5). De esta forma se comprueba que la adquisición en el matrimonio de los conocimientos relacionados con los problemas cotidianos de salud opera sobre el substrato de los conocimientos que ya se habían adquirido previamente, provocando un incremento del número de mujeres que se consideran con conocimientos suficientes para encarar los problemas de salud que, en términos relativos, es similar al incremento provocado entre los hombres.

⁴³ A fin de evitar los sesgos derivados del punto de vista del entrevistado/a, se ha eliminado de la base de este cuadro a los hombres solteros y casados y a las mujeres solteras.

9

CONCLUSIONES

A lo largo del presente siglo se han producido cambios que han influido de forma importante en la salud. Entre ellos pueden citarse los cambios en los estilos de vida, las mejoras en la calidad de la dieta o los hábitos de higiene, y cambios en el entorno. También ha de reconocerse la importancia de los avances médicos y farmacológicos. Pero es preciso señalar que en los países más desarrollados la contribución del sistema sanitario es marginal con respecto a la de los otros factores. Tampoco puede olvidarse la relevancia de los factores biológicos endógenos en aspectos tales como la mortalidad perinatal.

Por lo que concierne a los estilos de vida, pueden distinguirse dos tipos de cambios que no están directamente relacionados con la salud pero que tienen una influencia importante: la reorientación de la conciencia del bienestar y la redefinición del rol tradicional de las mujeres.

La reorientación de la conciencia del bienestar ha llevado a ampliar el ámbito de los trastornos considerados como enfermedades susceptibles de ser atendidas en el sistema sanitario. Para las mujeres este proceso ha tenido consecuencias específicas relativas a la salud reproductiva, tales como la planificación de la función reproductiva mediante el uso de anticonceptivos, y la generalización de la asistencia médica a la gestación y menopausia. Por otra parte, la atención a la salud ha empezado a plantearse como el desarrollo de una actividad global, que incluye tanto la tradicional labor curativa o restauradora, como una actividad preventiva continua, dirigida a controlar los factores de riesgo ambientales y los hábitos insalubres, y a detectar cualquier desequilibrio antes de que derive en una patología manifiesta.

La redefinición del rol tradicional de las mujeres ha consistido principalmente en su incorporación al mundo laboral. Una consecuencia inmediata ha sido la aparición de nuevos riesgos laborales para las mujeres. Pero también se ha producido un cambio importante en las pautas de enfermar de las mujeres que trabajan, que las diferencia de las que se dedican exclusivamente a tareas de ama de casa.

A fin de ofrecer una panorámica general de los resultados del informe acerca de la salud de las mujeres en la C.A.E., el contenido de este capítulo de conclusiones está estructurado en tres apartados. En el primero de ellos se exponen cambios de diversa índole que se han producido recientemente en los países desarrollados y que han tenido alguna relevancia en la salud de las mujeres. El segundo da cuenta de las principales características del estado de la salud de las mujeres en la C.A.E. Y el tercero está dedicado a las pautas de atención a la salud. De esta manera se reordenan los resultados en una estructura distinta a la utilizada en la elaboración del informe, que estaba determinada en buena medida por la necesidad de abordar de forma particularizada aspectos que por una u otra razón han adquirido una entidad propia. No obstante, los tres apartados del capítulo de conclusiones, por ofrecer un alto grado de generalización, abarcan todos los contenidos del informe.

CONCLUSIONES GENERALES

9.2

En el estudio se han recogido los resultados de otras investigaciones y de la nuestra viéndose que los hombres presentan en todos los tramos de edad tasas de mortalidad más elevadas que las mujeres, y padecen en mayor medida enfermedades graves que requieren hospitalización. Sin embargo, las mujeres son más propensas que los hombres a sufrir problemas de salud menos graves, pero que propician incapacidades que impiden el normal desenvolvimiento cotidiano.

Para comprobar el alcance de esta tendencia en la C.A.E., se han seleccionado distintos padecimientos agrupados en tres tipos: físicos de localización determinada, físicos de localización indeterminada y psíquicos. En el análisis de los datos proporcionados por la encuesta se han aislado algunos malestares o padecimientos que presentan una mayor incidencia entre las mujeres que entre los hombres (dolor de cabeza, insomnio, etc.).

Se han detectado distintas asociaciones entre tales padecimientos y otras variables definitorias de colectivos entre la población femenina. En general todos los padecimientos tienen mayor incidencia entre las mujeres de mayor edad. Pero hay otros que mantienen con la edad una relación compleja y no lineal, como el dolor de cabeza, la irritabilidad, los cambios de ánimo y la ansiedad, cuya incidencia es mayor entre las mujeres de 45 a 54 años que entre las más ancianas. Con respecto a la influencia de la edad en los padecimientos psíquicos se ha observado el condicionamiento que ejerce el status. Mientras que las mujeres jóvenes de status alto presentan mayor riesgo que las de status bajo, a partir de los 25 años la tendencia se invierte, correspondiendo las mayores tasas de padecimientos psíquicos a las mujeres de status bajo, excepción hecha de la irritabilidad.

Con nuestra encuesta hemos intentado profundizar en el conocimiento de la relación existente entre algunos de los padecimientos que normalmente las mujeres tienen en mayor proporción y el realizar las actividades del hogar. Las amas de casa, en conjunto, son más propensas que las mujeres que trabajan fuera a manifestar dolores de cabeza, dolores en las articulaciones, palpitaciones e irritabilidad. Dentro del colectivo de amas de casa, la propensión a palpitaciones, mareos, disminución del apetito y a cualquiera de los padecimientos psíquicos consignados es mayor entre aquellas a las que las tareas domésticas les reportan unos niveles de satisfacción extremos (ninguna o mucha satisfacción). También se ha constatado la influencia que ejerce la soledad en la tercera edad en el padecimiento de malestares psíquicos.

Otros datos relevantes del estudio son los relativos a la influencia que ejercen en muchos padecimientos el hábitat y el status social.

Dentro de las prácticas preventivas de naturaleza individual se observa que todos los controles de salud (peso, tensión, alimentación) son más practicados por las mujeres que por los hombres. Por lo que respecta a los hábitos de nutrición se ha constatado que el principal problema que plantea la cobertura de ración energética de las mujeres es la excesiva dependencia de grasas, y sobre todo de las grasas de origen vegetal. En cuanto al ejercicio físico ha quedado de manifiesto que es muy reducida la proporción de mujeres que entre los 25 y los 65 años mantienen hábitos sedentarios.

Los hábitos nocivos, por lo general, han tenido una repercusión menor entre las mujeres que entre los hombres. La difusión de los hábitos de consumo de alcohol y tabaco entre la población femenina es menor que entre la masculina. Pero en el transcurso de las últimas décadas estos hábitos se han extendido entre las mujeres de tal modo que han pasado a ser tan característicos de las mujeres como de los hombres. Sin embargo, el consumo de alcohol o de tabaco entre las mujeres que lo practican es menor que entre los hombres. Entre las mujeres embarazadas es bastante generalizado el abandono o la disminución del consumo de alcohol y de tabaco. Por lo que se refiere al consumo de drogas hay que señalar que se está detectando un progresivo envejecimiento de la población consumidora, consecuencia de la disminución del consumo en las edades más bajas. El consumo de cocaína y de anfetaminas presenta, no obstante, una tendencia creciente, que es menos acusada entre las mujeres que entre los hombres.

En la relación de las mujeres con el sistema sanitario se han detectado algunos problemas. Un dato llamativo es que las mujeres, siendo más propensas que los hombres a los trastornos cotidianos, recurren a los médicos/as menos que los hombres para tratar estos trastornos de salud. Por lo que se refiere a los motivos para no acudir al médico, se ha observado que mientras que los hombres son más dados a no acudir al médico porque las molestias habituales no les causan preocupación, las mujeres tienden a enfatizar en mayor medida la previsión de que los médicos no consideren que tenga importancia su trastorno.

En principio, esta mayor tendencia de las mujeres a manifestar que no se le atribuirá importancia a sus trastornos podría estar poniendo de manifiesto dos situaciones distintas, no necesariamente excluyentes:

- a) Las mujeres acudirían al médico/a en mayor medida que los hombres a causa de trastornos a los que los médicos, aplicando los criterios vigentes en el marco del sistema sanitario actual, no proporcionan tratamiento (salud mental, por ejemplo).
- b) El sistema sanitario no inspiraría a las mujeres la confianza suficiente de que sus trastornos, aun siendo susceptibles de tratamiento, vayan a recibir la atención adecuada.

Queda pendiente de investigaciones posteriores esclarecer en qué medida se está dando una u otra situación. En cualquier caso se pone de manifiesto la necesidad de que en las futuras reformas se acometa la definición del mejor modo de extender la cobertura del sistema sanitario y la sensibilización de los profesionales de la salud para acometer el tratamiento de estos trastornos femeninos a los que en la actualidad el sistema sanitario no da respuesta adecuada.

Finalmente, se destaca que en las prácticas de atención a la salud en las que intervienen otras personas no relacionadas con el sistema sanitario, la mujer adquiere un protagonismo casi exclusivo. A pesar de que la ayuda mutua y la equidad en el reparto de responsabilidades constituyen principios básicos de la vida en matrimonio que son comúnmente aceptados, las responsabilidades relacionadas con el cuidado de la salud dentro del hogar siguen siendo asumidas casi en exclusiva por las mujeres.