

A. DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

- 1. Título: MUJER Y SALUD EN ESPAÑA.**
- 2. Autores/as: Demométrica.**
- 3. Fecha de realización: 2008-2009.**
- 4. Áreas temáticas:**

B. OBJETIVOS.

El presente estudio responde a la necesidad de dar cumplimiento a las actuaciones 1.2 y 2.8 del Eje 7 (Salud) del Plan Estratégico de Igualdad de Oportunidades (2008-2011). Los objetivos específicos del estudio son:

- ▶ Analizar la situación actual de la mujer, a partir de un concepto amplio de salud como un proceso integral que comprende el bienestar emocional, social y físico durante todo el ciclo vital de las mujeres.
- ▶ Abordar las patologías que más afectan a las mujeres.
- ▶ Describir y cuantificar las diferencias de salud entre hombres y mujeres.
- ▶ Identificar problemas de salud prioritarios que requieran esfuerzos o investigaciones adicionales.

C. METODOLOGÍA.

El planteamiento metodológico básico del estudio ha sido la explotación de la Encuesta Nacional de Salud 2006 (Ministerio Sanidad y Consumo-INE, 2006), para personas adultas de 16 y más años, y de los valores del sistema estatal de indicadores de salud recogidos en el informe "La salud de la población española" (Ministerio Sanidad y Consumo, 2006), junto con el diseño y ejecución de una encuesta dirigida a una muestra de población mayor de 16 años, residente en España, con un tamaño de 1.724 entrevistas en la que se ha profundizado en aspectos no recogidos en la Encuesta Nacional de Salud. Parte de las estimaciones son también resultados de la consulta de una variedad de fuentes de datos con información sanitaria relevante, procedente de registros y estadísticas oficiales.

D. RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Esperanza de vida y mortalidad

La esperanza de vida de la población femenina española es alta - 83,5 años al nacer y 21,1 años a los 65 años - comparándola tanto con los varones como con el resto de las mujeres europeas. La evolución en los últimos 25 años ha sido más uniforme y sostenida que en los hombres debido a la más baja mortalidad en edades tempranas, siendo la supervivencia en las edades maduras y avanzadas el aspecto clave en esa evolución. Sin embargo, los años de esperanza de vida en buena salud al nacer son superiores en los hombres (56,3

años) que en las mujeres (53,9 años) y también a los 65 años. Además, al ser mayor el horizonte de vida en las mujeres, es mayor el número de años que viven en malas condiciones de salud. Las diferencias son también importantes en los años vividos con discapacidad, en torno a 3 años más en las mujeres al nacer y a los 65 años. La mujer vive mas, pero su mayor longevidad se acompaña de discapacidad y mala salud, y el inicio de esa mala calidad de vida se produce a una edad más temprana que en los hombres.

Las enfermedades del sistema circulatorio y los tumores suponen las principales causas de muerte en hombres y mujeres, aunque con diferente incidencia. En mujeres, la enfermedades del sistema circulatorio suponen la primera causa de defunción (2,52 por cada mil mujeres), los tumores la segunda causa de muerte (1,59 mujeres por mil) y las enfermedades del aparato respiratorio la tercera (0,69 por mil). El cáncer es la primera causa en número de años potenciales de vida perdidos por la mujer, casi la mitad de los perdidos por todas las causas de muerte.

Descendiendo a una mayor desagregación de las causas de muerte, las enfermedades cerebrovasculares significan la principal causa de muerte en mujeres (10,3% de todas las defunciones). Le siguen en importancia las enfermedades isquémicas del corazón (8,7%) y la insuficiencia cardiaca (7,1%), en este caso posiblemente una forma de muerte más que una causa. La cardiopatía isquémica es una de las enfermedades para las que existe ya suficiente información cómo para plantear la mejora de la equidad de género en su atención. Por tipo de tumor, el tumor maligno de mama (3,2% de las defunciones) y el tumor maligno de colon (2,4%) son los tipos de tumor con mayor incidencia en la mortalidad de la mujer.

La importancia en la mortalidad de la mujer de las enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos, los trastornos mentales y del comportamiento y las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, se traduce en la importancia de la mortalidad por enfermedad de Alzheimer, los trastornos mentales orgánicos, senil y presenil y la diabetes mellitus. Estas tres son las principales causas de muerte en mujeres después de las enfermedades cerebrovasculares y las enfermedades isquémicas del corazón. La diabetes mellitus presenta una mortalidad proporcional en mujeres semejante al tumor maligno de mama.

Morbilidad

El género tiene una influencia determinante en la percepción del estado de salud. Esta es peor en la mujer que en el hombre sea cual sea el grupo de edad o la categoría de clase social, nivel de estudios o situación laboral a la que pertenezcan. Estas variables tienen además una influencia significativa en la salud percibida. La percepción negativa de la salud por parte de la mujer es creciente con la edad y a medida que disminuyen el estatus socioeconómico o el nivel de estudios terminados, y también aumenta en las mujeres desempleadas o dedicadas principalmente a las tareas del hogar.

La valoración comparada de la percepción de salud cuando se realiza a través de la calidad de vida relacionada con la salud (forma física, sentimientos, actividades cotidianas, actividades sociales, estado de salud, dolor, apoyo social y calidad de vida en general) también muestra peores resultados en la valoración de todas las dimensiones en las mujeres mayores de 16 años respecto a los hombres. Las componentes donde las diferencias según género son mayores son la percepción del dolor, de la forma física y de los problemas emocionales. Estos resultados están asociados al patrón diferencial de morbilidad en la mujer, con mayores prevalencias que los hombres de dolor, fatiga o problemas de salud mental. Su alto impacto en la calidad de vida y el bienestar hace que deban ser tenidos en cuenta necesariamente al abordar programas o actuaciones específicas.

La peor percepción del estado de salud no responde solo a una valoración subjetiva de la mujer sino que está asociada a una mayor carga de enfermedad y limitación de la actividad por problemas de salud. Y esto sucede desde edades tempranas, la presencia de problemas crónicos es creciente con la edad y supera el 50% ya en el grupo más joven de mujeres de 16 a 24 años. En conjunto, el porcentaje de mujeres con algún problema crónico supone un 77,2% frente a un 64,6% de los hombres. Un 28,3% de las mujeres de 16 y más años declara que esas enfermedades o problemas de salud le han limitado sus actividades habituales frente a un 19,3% en el caso de los hombres. Las diferencias en la limitación de la actividad principal se mantienen estables hasta los 54 años, alcanzan su mínimo entre los 55 y 64 años y se hacen mucho más pronunciadas a partir de los 65 años. Aparte del tipo de morbilidad, los diferentes tipos de actividad principal entre hombres y mujeres mayores, con una mayor carga para las mujeres por su rol de cuidadoras, pueden explicar estas diferencias.

Controlando el efecto de variables como la edad, la clase social, el nivel cultural o la situación laboral, la mujer es 1,8 veces más probable que presente algún problema crónico y 1,5 veces más probable que vea limitada su actividad a causa de ese problema. El patrón diferencial de la morbilidad crónica en mujeres según grupo de edad responde a tres tipologías: a) problemas de salud muy asociados a la edad en los que el incremento más importante se da en las mujeres de 45 a 64 años. Este tipo de problemas serían las artrosis, artritis o reumatismos, la hipertensión, el colesterol alto y la osteoporosis, b) problemas con prevalencias no estrictamente crecientes o decrecientes con la edad, pero que son de los más prevalentes en los grupos inferiores de edad hasta los 44 años, como la anemia o la migraña o dolor de cabeza frecuente, y c) problemas cuya prevalencia es creciente con la edad, pero con altas prevalencias ya en el grupo de 30 a 44 años, y que forman parte de los problemas crónicos más frecuentes en las mujeres jóvenes de 16 a 29 años. Por orden de frecuencia en la población más joven son los dolores de espalda (cervical o lumbar), la depresión, ansiedad u otros trastornos mentales y las varices en las piernas.

Asociada a la morbilidad crónica, la restricción temporal de la actividad por dolores o síntomas es también superior en mujeres. El dolor derivado de problemas osteoarticulares y los síntomas derivados de la sobrecarga física o

psicológica son mayores en mujeres de todos los grupos de edad y configuran las principales causas diferenciales.

La diferente morbilidad psicológica de la mujer puede ser el resultado tanto de la existencia de factores biológicos (diferencias por sexo) como la presencia de riesgos diferenciales vinculados a las diferencias de estilos de vida y de roles sociales (diferencias de género). No puede entenderse la salud mental de la mujer sin contemplar el producto de diversos factores como la interiorización de valores y normas sociales, actitudes hacia si mismas y hacia los demás, roles desempeñados y presiones y obstáculos que existen sobre las mujeres. Con los resultados de la Encuesta Nacional de Salud, una de cada cuatro mujeres estarían en riesgo de mala salud mental (24,9%), prevalencia significativamente más alta que la obtenida para hombres (14,4%). La edad, la clase social, la situación laboral, el nivel cultural o el tamaño del municipio de residencia son variables con incidencia significativa en la mala salud mental. Descontado el efecto de estas variables, la mujer tiene casi el doble de probabilidad de riesgo de mala salud mental que el hombre, tanto si se considera la población adulta de cualquier edad como si se considera exclusivamente la población de 16 a 64 años. La influencia de los roles desempeñados se pone de manifiesto en un aumento significativo del riesgo en las mujeres residentes en hogares con personas con necesidad de cuidados, que recaen mayoritariamente en la mujer.

La sobrecarga física y psicológica por su rol de cuidadoras de la población de cualquier edad, el impacto sobre la salud de la denominada “doble jornada”, la depresión y los accidentes en el hogar son problemas en progresión en las mujeres españolas.

La capacidad para mantener una vida independiente a partir de los 65 años, difiere entre hombres y mujeres, con una mayor proporción de hombres que de mujeres que dicen mantener la capacidad para realizar sin ayuda actividades de la vida cotidiana (cuidados personales, labores domésticas y movilidad). En todos los tipos de dependencia contemplados la situación es claramente negativa para la mujer no solo en comparación con los hombres. Afectan a cuatro de cada diez mujeres, que en números absolutos más que duplican a los hombres en situaciones de dependencia para el cuidado personal o la movilidad. La interacción con la clase social hace además que se amplíen las diferencias según género. La situación de dependencia se ve menos reducida en la mujer que en el hombre al aumentar la clase social.

El impacto de la dependencia no puede asociarse solo a las mujeres mayores sino también a las personas que tienen la función social de cuidar o apoyar a las personas dependientes, que en su gran mayoría son mujeres de todos los grupos de edad. Los resultados obtenidos son concluyentes, la mujer sigue siendo la que asume en su mayor parte la carga de cuidados y el trabajo doméstico. Los hombres ni siquiera declaran compartir este tipo de tareas en un porcentaje relevante, excepto en el cuidado de menores. Esta función no retribuida coloca a la mujer en una situación de especial dificultad ante el trabajo y su vida social, con un elevado coste sobre sus posibilidades sociales. A pesar de

la paulatina incorporación de la mujer al mercado laboral, la conciliación de la vida familiar y laboral dificulta su participación. La dificultad o imposibilidad de conciliación entre vida personal y laboral es el principal motivo de abandono de la ocupación para la mujer, 27,9%, y apenas supone el 3,3% en el hombre. Además, la mayoría de las mujeres activas no ocupadas que desearían tener un trabajo remunerado únicamente se plantearían la incorporación al trabajo si pudieran compatibilizarlo con el cuidado de la casa o la familia.

El trabajo doméstico está relacionado con casi el 50% de la accidentalidad femenina. El 45% de los accidentes en mujeres ocurre en casa o el edificio donde se ubica la vivienda, en los hombres apenas supone un 17,4%, y el peso de este tipo de accidentes es progresivo con la edad. En el caso del trabajo remunerado, en el que el puesto de trabajo y el sector de actividad juegan un papel relevante, existen diferencias evidentes hacia una menor exposición en las mujeres a efectos adversos para su salud física. Estarían en esta situación el 34,2% de las mujeres ocupadas y el principal efecto adverso son los movimientos posturales, el 51,7% de los casos. Cuando se analiza la exposición a factores adversos sobre su bienestar mental las diferencias entre hombres y mujeres son mucho menores. Están expuestas a este tipo de factores el 23,2% de las mujeres ocupadas. Las presiones de tiempo o sobrecarga de trabajo son el factor fundamental, pero existe un factor con un peso relativo superior en mujeres que en hombres y de especial importancia, como es el acoso o intimidación. Afectaría al 2,2% de las mujeres trabajadoras. En las mujeres más jóvenes cobra también relevancia el nivel de estrés percibido en el trabajo, mayor que para los hombres de su misma edad, posiblemente asociado a la menor estabilidad en el empleo y las diferentes condiciones laborales que todavía permanecen en mujeres y en hombres.

La incorporación de la mujer al trabajo sin abandonar el trabajo doméstico produce efectos importantes en el uso del tiempo, es decir en el uso de la propia vida. Existe un diferencial de trabajo productivo (remunerado + doméstico) un 34% mayor en la mujer respecto al hombre, pero con una autonomía en el uso del tiempo casi tres veces más favorable al hombre respecto a la mujer y un índice de calidad de vida un 65% inferior en las mujeres respecto al de los hombres. El tiempo de trabajo doméstico sigue siendo básicamente femenino y actúa como diferenciador respecto al nivel de autonomía y la calidad de vida, cuando se controlan variables como el nivel educativo y el contexto social. Autonomía y calidad de vida tienen un impacto directo sobre la salud percibida y, como consecuencia, también la doble jornada.

La violencia doméstica, tanto física como psíquica, es un proceso psicológicamente destructivo sufrido mayoritariamente por mujeres. Según las estimaciones disponibles, un 3,6% de las mujeres residentes en España de 18 y más años declara haber sido víctima de malos tratos, durante el último año, por alguna de las personas que conviven en su hogar, o por su novio o ex pareja, aunque no conviva con la mujer. La mayor parte de los actos de violencia doméstica son causados por la pareja o ex pareja (57,3%). El 9,6% de las mujeres de 18 y más años son consideradas "técnicamente" como maltratadas. La mayor parte de los actos de violencia doméstica entre las mujeres consideradas

técnicamente como maltratadas son causados por la pareja o ex pareja (74,6%). Las mujeres víctimas de malos tratos experimentan una serie de síntomas en mucha mayor proporción que el resto de mujeres, con un impacto evidente en su salud física y mental. La mayor parte de estos síntomas coinciden con las principales causas de restricción de la actividad, como son los dolores de espalda o articulaciones, los dolores de cabeza, la falta de sueño o la fatiga permanente. Especialmente importantes, con diferencias de hasta 30 puntos porcentuales entre las mujeres con maltrato declarado y el total de mujeres de 18 y más años, son los cambios de ánimo, la ansiedad o angustia y la baja autoestima.

Hábitos y estilos de vida

El 23,9% de las mujeres fuma habitualmente, un 28% menos de forma relativa que la prevalencia (ajustada por edad) observada en los hombres. Esta diferencia es la más reducida desde el inicio de la epidemia de tabaquismo en España. La prevalencia de fumadoras es más elevada en mujeres jóvenes y de mediana edad. La probabilidad de consumir tabaco es homogénea según el nivel de estudios, siendo mayor en las mujeres con ocupaciones manuales semicualificadas y menor en estudiantes y pensionistas.

El 35,6% de las fumadoras ha conseguido abandonar el hábito, un 8% menos que la población masculina. Esta cesación se incrementa linealmente al aumentar la edad y disminuye en las mujeres de menor nivel de estudios y con clase social más baja. Las mujeres están más expuestas que los hombres a humo ambiental de tabaco en el hogar mientras que éstos tienen mayor exposición en espacios fuera de la vivienda o del trabajo. La probabilidad de exposición global es mayor en las mujeres jóvenes, siendo inferior en las que se dedican principalmente a las tareas del hogar o son pensionistas.

El 57,5% de las mujeres ha consumido bebidas alcohólicas en el último año y un 41,8% en las últimas dos semanas, prevalencias 26% y 39% menores (de forma relativa) que los hombres. Las diferencias más grandes se observan en el consumo de riesgo medio o superior donde la frecuencia en mujeres es un 73% inferior a la de los hombres, con prevalencias del 1,5% y 5,6% respectivamente. Las bebidas que más contribuyen a la ingesta total de alcohol son el vino, la cerveza y en tercer lugar los combinados. La variación más importante de la prevalencia de consumo de riesgo medio o superior, según las variables sociodemográficas, se produce con la clase social basada en la ocupación, donde se observa una menor probabilidad de realizar este tipo de consumo a medida que desciende la posición socioeconómica.

Una de cada cuatro mujeres duerme de manera insuficiente (menos de siete horas al día), un 19% superior a la frecuencia ajustada por edad observada en los hombres. Los problemas de sueño se incrementan linealmente al aumentar la edad y también a medida que disminuye la clase social. Por el contrario, las estudiantes y desempleadas son las que refieren más tiempo de descanso.

Una de cada tres mujeres no realiza ninguna actividad física en el trabajo o actividad habitual, siendo esta frecuencia un 14% menor que la observada en los hombres. Sin embargo, las mujeres son más sedentarias en el tiempo libre, estimando que el 42,9% no realiza ninguna actividad física y sólo un 11,7% cumple las recomendaciones (la mitad que la prevalencia observada en hombres). Las tres principales barreras para la realización de actividad física en tiempo libre son la falta de tiempo, la falta de voluntad y los problemas de salud. La no adherencia a las recomendaciones de actividad física en tiempo libre se relaciona con la edad, realizando menos ejercicio físico a medida que aumenta ésta. También cuanto más bajo es el nivel de estudios o la clase social, es mayor el incumplimiento de las recomendaciones.

Las mujeres realizan un mayor consumo de fruta, verduras y pescado que los hombres, e inferior de alimentos cárnicos, huevos y refrescos. No realizan un consumo diario de fruta una de cada cuatro mujeres, disminuyendo a una de cada dos en el caso de las verduras y hortalizas. El consumo diario de fruta y verduras aumenta en las mujeres con el incremento de la edad y es menor en la población que no tiene estudios universitarios.

Los hombres tienen conductas menos saludables que las mujeres en el consumo de sustancias como el tabaco o el alcohol, aunque esto está cambiando en la población más joven. Las mujeres son más conscientes acerca de los aspectos saludables de la dieta. Por el contrario, realizan menos actividad física y duermen menos horas, con un descanso insuficiente. Las desigualdades en la distribución de los tiempos dedicados al trabajo productivo y reproductivo, al ocio y al descanso, entre hombres y mujeres, tienen su consecuencia también en la posibilidad de mantener hábitos saludables.

El 14,4% de las mujeres estaban realizando algún tipo de dieta en el momento de la entrevista y un 6% realizaban dietas para controlar el peso. La realización de dietas es más frecuente en las mujeres que en los hombres: un 32% mayor en el caso de dietas por cualquier motivo y 2,5 veces superior cuando el objetivo principal es el control del peso.

Casi una de cada dos mujeres tiene sobrepeso u obesidad a partir de los datos autodeclarados de peso y talla, y un 14,8% tiene obesidad. Comparado con los hombres, las mujeres tienen similar prevalencia de obesidad pero inferior de sobrepeso. La distribución de la obesidad presenta importantes variaciones. Aumenta a medida que se incrementa la edad, alcanzando un punto de inflexión a partir de los 65-69 años. También la probabilidad aumenta según desciende el nivel de estudios, destacando que una de cada cuatro mujeres con estudios primarios o inferiores presentan obesidad. En este mismo sentido, también se asocia con una baja posición social, aumentando la probabilidad de tener este problema de salud de forma lineal en los grupos de clase social más baja. En el lado opuesto se sitúan las estudiantes, presentando con mucha diferencia las cifras más bajas de prevalencia de obesidad.

La percepción del peso muestra importantes discrepancias al compararla con el estado ponderal. Las diferencias de mayor magnitud se producen en las mujeres que tienen un peso insuficiente, donde una de cada dos considera que su peso es adecuado. Esta falta de concordancia se traslada también a las mujeres que tienen un peso normal donde el 22,7% de ellas considera que tienen un exceso de peso, mientras que en los hombres esta discrepancia se reduce a un 8%.

Prácticas preventivas

Un 54,9% de las mujeres se vacunaron frente a la gripe durante la última campaña, cifra similar a la observada en hombres. Se identifican grandes diferencias en función de los grupos de riesgo. Así, mientras en las mayores de 64 años el 65,7% refería estar vacunada, esta cobertura disminuía a un 27,2% en los grupos de riesgo menores de 65 años. Además de la edad, las mujeres dedicadas principalmente a las labores del hogar y las pensionistas muestran coberturas más elevadas.

Una gran mayoría de mujeres, el 81,9% y 77,8%, realiza un control de la presión arterial y colesterol según adaptación de las recomendaciones establecidas. Sin embargo, alrededor de una de cada cuatro no cumple las indicaciones. Estas estimaciones son similares según género. El cumplimiento de estas prácticas preventivas aumenta con la edad. También se observan desigualdades según posición socioeconómica, disminuyendo la probabilidad de seguir las recomendaciones de control de la presión arterial en clases sociales más bajas, y la de cumplir los criterios de detección de colesterol en niveles educativos más bajos o con menor clase social.

Una de cada dos mujeres ha acudido en el último año a una consulta ginecológica. En el otro extremo, un 17,6% no ha recibido nunca esta atención sanitaria, incrementándose al 24,1% si se excluye la demanda por motivos del embarazo y parto. El motivo principal de consulta en tres de cada cuatro mujeres fue la realización de revisión periódica.

El 79,3% de las mujeres de 50 a 69 años se ha realizado una mamografía en los dos últimos años. El incumplimiento de esta recomendación se asocia con el incremento de la edad y con el menor nivel de estudios. Sin embargo, las mujeres pertenecientes a la clase social más alta cumplen menos frecuentemente esta recomendación.

La realización de citologías según la periodicidad aconsejada es inferior a la de mamografías: un 70,5% de las mujeres de 25-65 años se han realizado esta prueba hace menos de cinco años. Las mujeres comprendidas entre 40 y 59 años son las que sigue estos consejos con mayor frecuencia. Las mujeres con menor nivel de estudios y clase social más baja muestran menor probabilidad de adherencia a las recomendaciones. Las estudiantes y pensionistas tienen también la prevalencia más baja de realización de esta práctica preventiva.

El 5,5% de las mujeres no utiliza siempre el cinturón de seguridad conduciendo el coche por ciudad y un 1% no lo llevan puesto siempre que circulan como conductoras por carretera. Estas cifras son del 5,2% y 2% cuando se va de acompañante por ciudad o carretera. La utilización de esta medida de seguridad es superior en las mujeres que en los hombres. La no utilización del cinturón de seguridad en conductoras y como acompañantes es superior en las mujeres de nivel de estudios más bajos. Además, se produce un mayor incumplimiento del uso del cinturón como acompañante en las mujeres más jóvenes. La no utilización del casco en moto es del 13,6% en circulación por ciudad y del 8,7% por carretera. En esta medida de seguridad el porcentaje de incumplimiento en las mujeres duplica al de los hombres. En las mujeres, se produce mayor incumplimiento en las que tienen mayor edad y en los grupos de bajo nivel de estudios, así como en las estudiantes.

Utilización de servicios sanitarios

Ante las necesidades de salud de mujeres y hombres, la sociedad responde estableciendo políticas de salud y ofertando servicios. Incluso en aquellos casos en que las políticas y servicios se ofertan aparentemente por igual a hombres y mujeres, no son utilizados de igual manera por unos y otras. Mujeres y hombres acuden con frecuencias distintas y por motivos diferentes a los servicios sanitarios y también se les prescriben medicamentos de forma diferente.

La utilización de consultas médicas es significativamente mayor en mujeres. En las últimas cuatro semanas, supone el 32,4% de los hombres y el 44,1% de las mujeres. Nueve de cada diez mujeres (89,4%) pasa alguna vez por una consulta médica a lo largo de un año. La utilización es creciente con la edad, aunque con una pauta de crecimiento muy diferente en hombres y mujeres. Las diferencias según género hacia una mayor utilización en la mujer dejan de existir únicamente a partir de los 75 años. Las mayores diferencias con los hombres se producen en los intervalos de 25 a 34 años, coincidiendo con el primer parto, y 45 a 54 años, coincidiendo con la menopausia.

En términos globales, el 44,1% de mujeres que utilizaron una consulta médica en las últimas cuatro semanas se desagrega en un 36,4% que utilizaron Primaria y un 19,5% consultas de especialistas. Esto significa que un 11,8% de mujeres acudieron a ambos tipos de asistencia. Al desagregar por nivel asistencial, se comprueba que no existen diferencias entre hombres y mujeres en la utilización de consultas de especialistas a partir de los 55 años, las diferencias en la utilización se deben exclusivamente a primaria a partir de esa edad y si la utilización de consultas médicas se equipara en hombres y mujeres a partir de los 75 años es porque también es semejante en primaria. La principal explicación a este resultado es que las consultas de ginecología/obstetricia suponen el 36% de las consultas a especialistas de las mujeres de 16 a 54 años y apenas significan un 6,6% en las mujeres con 55 y más años. Puede deducirse también que, a partir de los 55 años, la mayor morbilidad de la mujer se canaliza a través de las consultas de atención primaria y que, por debajo de esa edad, la diferente

utilización de las consultas de especialistas se debe casi exclusivamente a la atención a la salud reproductiva.

La realización de pruebas diagnósticas es también superior en mujeres. Un 18,8% de las mujeres de 16 y más años, con una media de 1,34 pruebas, y un 14,9% de los hombres de esa edad, con una media de 1,35 pruebas, habían realizado alguna prueba no urgente en las últimas cuatro semanas. La mayor utilización de pruebas diagnósticas en la mujer vendría explicada por las ecografías y las analíticas. Como sucede en las consultas de especialistas, en la realización de pruebas diagnósticas se constata que las diferencias entre hombre y mujer se dan hasta los 54 años y a partir de aquí existen pocas diferencias, incluso es mayor la utilización en hombres.

La clase social, el nivel de estudios terminados o el municipio de residencia son variables con incidencia significativa en la utilización de consultas médicas, además de la edad. Las consultas de atención primaria atienden por igual a mujeres de todas las categorías excepto a las de mayor status socioeconómico, con una utilización significativamente inferior al resto. La influencia del nivel de estudios y el hábitat se traduce principalmente en la mayor utilización de mujeres con estudios primarios o menos y de mujeres residentes en municipios de menos de 10.000 habitantes.

En el caso de las consultas de especialistas y pruebas diagnósticas existe una menor utilización de especialistas en las categorías de menor clase social, evidenciando la posible mayor accesibilidad a especialistas y pruebas en los grupos de mayor status socioeconómico. Este resultado es válido cuando se analizan conjuntamente hombres y mujeres. Sin embargo, cuando nos restringimos exclusivamente a mujeres no se pueden establecer diferencias por clase social en el acceso a especialistas, aunque se mantienen las diferencias en el acceso a pruebas. La influencia de la posición socioeconómica es menor en mujeres.

Sí existen diferencias en la utilización de consultas de especialistas según los estudios terminados, con una mayor utilización en mujeres con estudios universitarios o equivalentes, y por tamaño del municipio de residencia, con una mayor utilización en grandes municipios urbanos de más de 100.000 habitantes ó capitales de provincia. En el acceso a pruebas diagnósticas en los últimos doce meses, el municipio de residencia influye con un menor acceso de las mujeres residentes en los municipios de menor tamaño.

Atendiendo al tiempo desde la última visita a consultas de estomatología, dentista o higienista dental, las mujeres acuden con mayor frecuencia a este tipo de servicios: un 40,7% de las mujeres los ha utilizado en el último año frente al 34,7% de los hombres. Entre los motivos de utilización, las diferencias se dan en la mayor incidencia de extracción de algún diente/muela en hombres y la colocación de fundas, puentes u otro tipo de prótesis en mujeres. Los resultados obtenidos indican que no existe asociación significativa entre utilización en el último año y clase social, y que la mayor utilización se da en mujeres y hombres

con estudios primarios o inferiores. En este último caso, la asociación estudios terminados y edad puede ser una explicación plausible. En el caso de la clase social, conviene tener presente que se ha medido utilización en el último año y no el tipo de servicio demandado.

Al considerar los ingresos hospitalarios, el porcentaje de mujeres con ingreso de al menos una noche en un hospital en los últimos doce meses supone un 10,7% frente a un 8,5% de hombres, que por el contrario tienen una mayor estancia media. El peso de los partos en los ingresos hospitalarios condiciona las diferencias. Un 25% de las mujeres que ingresaron en un hospital en los últimos doce meses lo hicieron por este motivo. Los ingresos en un hospital de día, excluyendo estancias en urgencias o en observación, suponen un 6,2% de hombres y un 7,1% de mujeres.

Las diferencias entre hombres y mujeres se deben exclusivamente a los ingresos por parto. Si se excluyen este tipo de ingresos, la razón mujer/hombre para el total de ingresos (incluyendo hospital de día) es igual a 1 y es significativamente inferior a 1 (0.89) para los ingresos con al menos una noche en el hospital.

La clase social o el nivel de estudios no tienen incidencia en el ingreso hospitalario. Sí existen diferencias significativas según situación laboral. Así, además de las mujeres jubiladas o pensionistas, que son las que tienen la mayor razón de ingresos hospitalarios en los últimos doce meses por su relación con la edad, las mujeres en situación de desempleo y las dedicadas principalmente a las tareas del hogar son las que presentan un mayor porcentaje de ingresos hospitalarios. Esto sucede tanto si se consideran los ingresos con pernoctación como si se consideran el total de ingresos, y se debería básicamente a los ingresos por parto. De hecho, las diferencias anteriores desaparecen si se excluyen estos últimos. Este resultado evidencia la asociación existente entre etapa reproductiva y la menor tasa de ocupación de la mujer, bien porque la maternidad y el cuidado de hijos/as provoque la necesidad de dejar de trabajar temporalmente (desempleo) o porque le impida planteárselo (dedicada principalmente a las tareas del hogar).

Un 31,1% de mujeres, con una media de 1,83 veces/año, y un 27,9% de hombres, con una media de 1,57 veces/año, habían tenido que utilizar un servicio de urgencia los últimos doce meses por algún problema o enfermedad. Es mayor en mujeres tanto el porcentaje de utilización como la intensidad anual, pero no en la caracterización de la misma. Las dos terceras partes de la utilización de urgencias se da en servicios de urgencias hospitalarios y poco más del 10% de las veces que se acude al servicio de urgencias es por recomendación del médico. En el resto de ocasiones, es el resultado de la decisión de la propia persona o sus familiares.

La salud percibida es la variable con una mayor incidencia en la utilización de servicios de urgencia, con una probabilidad de utilización tres veces superior en las mujeres con una percepción negativa de su estado de salud, en

comparación con aquellas que lo perciben como bueno. La edad, la clase social y el hábitat son los otros determinantes con mejor poder diferenciador de la utilización de urgencias entre las mujeres. A igual percepción del estado de salud la utilización es significativamente mayor entre los 16 y los 44 años. El sentido de las diferencias por clase social se debe a la menor utilización de las mujeres de mayor estatus socioeconómico y el incremento de la misma en las categorías más bajas. Respecto al tamaño del municipio de residencia, los resultados apuntan a la mayor utilización de servicios de urgencia por mujeres residentes en ciudades intermedias y capitales de provincia, excepto las grandes ciudades de más de 400.000 habitantes pero no sus coronas metropolitanas, posiblemente asociado a una mayor accesibilidad a los servicios en tiempo o distancia.

Al examinar las diferencias en la utilización de hombres y mujeres, y la forma en que esas diferencias repercuten en aspectos como la accesibilidad o las respuestas de los servicios de salud, uno de los aspectos relevantes es la necesidad de asistencia médica no recibida. Esta situación tiene mayor incidencia en mujeres que en hombres, ocurriendo en los últimos doce meses para el 4.7% de las mujeres de 16 y más años y para el 3.0% de los hombres en esas edades. Es decir, el 61% de las ocasiones en que no se recibe asistencia corresponde a mujeres.

Aparte de las demoras en la atención (“había que esperar demasiado”), con un peso relativo semejante según género, la causa principal es la falta de accesibilidad traducida en no poder conseguir cita, que es más importante en mujeres (20.4%) que en hombres (14.1%). Las causas derivadas de las obligaciones laborales o familiares suponen el 8.8% en mujeres y el 12.6% en hombres, aunque con un desigual reparto. En los hombres se reduce casi exclusivamente a la imposibilidad de dejar el trabajo, mientras en las mujeres existe un mayor peso relativo de las obligaciones familiares. La mujer tendría una probabilidad 1.67 mayor que la del hombre de no haber satisfecho su necesidad de asistencia médica en los últimos doce meses, una vez controlado el efecto de variables como la clase social, el nivel de estudios o el lugar de residencia y también descontado el efecto de la salud percibida. La situación es mucho más probable cuando la salud percibida es peor y se incrementa a medida que disminuye la edad. Las posiciones más críticas estarían en la población activa de 16 a 64 años con estudios intermedios, independientemente de la percepción de su estado de salud, consistentemente con el hecho de que la causa principal de la falta de asistencia se deba a problemas de accesibilidad (demoras/dificultad de cita) o de obligaciones laborales o familiares.

El 57.7% de los hombres y el 73.8% de las mujeres, de 16 y más años, había consumido medicamentos en las últimas dos semanas. El consumo de medicamentos exclusivamente sin prescripción, no recetados, está en torno al 9% en ambos géneros y las diferencias se deben al consumo con prescripción. El consumo de medicamentos es significativamente más alto en mujeres que en hombres, tanto en porcentaje sobre total población como en intensidad medida por el nº de medicamentos consumidos. Atendiendo al diferencial de consumo de

medicamentos con receta frente a medicamentos consumidos con o sin receta, el consumo sin receta alcanza sus máximos entre los 16 y los 44 años.

Asociado al perfil de morbilidad crónica y los problemas y síntomas que restringen la actividad, las medicinas para el dolor son el medicamento más consumido por la mujer (el 31.5% de las mujeres lo había consumido en las últimas dos semanas). Le siguen en importancia las medicinas para la tensión arterial (18.0%) y los tranquilizantes, relajantes y pastillas para dormir (14.0%). De estos tres tipos de medicamentos, las medicinas para el dolor y para la tensión arterial coinciden también con los de mayor consumo en hombres. No obstante, el diferencial de consumo de la mujer con el hombre en las medicinas para el dolor significa casi el doble. Este diferencial es aún mayor en el consumo de tranquilizantes, relajantes y pastillas para dormir, en el que el porcentaje de mujeres con consumo excede en más del doble al porcentaje obtenido en hombres. El consumo de medicamentos en la mujer está asociado a la morbilidad y la edad casi exclusivamente.