MARIÁN. 5 años

LA SALUD DE LAS MUJERES EN ASTURIAS

GOBIERNO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

CONSEJERIA DE SALUD Y SERVICIOS SANITARIOS

ALEJANDRO, 5 años

LA SALUD DE LAS MUJERES EN ASTURIAS

Informe de un grupo de trabajo

Marzo, 2002

Promueve: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios

Edita: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios

Distribuye: Servicio de Promoción y Programas de Salud. Dirección General de Salud Pública

Catalogación y archivo editorial: Servicio de Publicaciones de la Consejería de la Presidencia

Autoras

Esther Arbesú Fernández, médica, Salud Pública.
Silvia Fernández Rodríguez, enfermera, Educación y Promoción de la Salud.
Flor García Álvarez, médica, Medicina Familiar y Comunitaria.
Carmen Mosquera Tenreiro, médica-epidemióloga.
Marian Uría Urraza, socióloga de la Salud.

Coordinadora del informe: Carmen Mosquera Tenreiro

Trabajo administrativo: Rosa Mª Carretero de Lama

Colaboraciones

Jesús de la Hera Galarza, cardiólogo, realizó aportaciones en el apartado sobre Enfermedad Coronaria.
Patrocinio Morote Gómez, médica, participó en la discusión de anteriores borradores y realizó aportaciones a los mismos.
Marisa Redondo Cornejo, colaboró activamente en la recolección de los datos de mortalidad y aportó comentarios a este tema.
Magda Torrens Muns, ginecóloga, nos asesoró en el manejo e interpretación de los datos sobre salud reproductiva.
Maite Vallina González, psicóloga, realizó aportaciones al apartado de violencia contra las mujeres.

Hemos recibido otras pequeñas, pero valiosas, aportaciones cuyo enumeración se haría interminable. Gracias por todas ellas

D.L.: AS-

INDICE

1. Situación socio-demográfica
Marian Uría Urraza, socióloga de la Salud

La población de mujeres 9
El acceso a la educación y al trabajo 11
La Fecundidad 14

2. Estilos de vida
Esther Arbesú Fernández, médica, Salud Pública
Carmen Mosquera Tenreiro, médica-epidemióloga

Las mujeres y el ejercicio físico 19
La obesidad 23
Consumo de tabaco 25
Consumo de alcohol 28
Asociacionismo en las mujeres 30

3. Salud reproductiva
Carmen Mosquera Tenreiro

Anticoncepción 37
Reproducción asistida 42
El embarazo y la maternidad 44
Mi parto en casa (contribución) 50
El aborto 51
La salud en la menopausia 53

4. La violencia contra las mujeres 59
Carmen Mosquera Tenreiro

5. Morbilidad

Uso de servicios sanitarios 67
Esther Arbesú Fernández
La enfermedad coronaria 72
Carmen Mosquera Tenreiro
El cáncer 75
Flor García Álvarez, médica, Medicina Familiar y Comunitaria
La infección por VIH-SIDA 79
Marián Uría Urraza

6. Mortalidad de las mujeres asturianas 85
Silvia Fernández Rodríguez, enfermera, Educación y Promoción de la Salud
Flor García Alvarez

PRESENTACIÓN

Este estudio constituye un acercamiento al conocimiento sobre la salud de las mujeres en Asturias. Esta aproximación ha de contribuir tanto a la apertura de nuevas líneas de investigación como a la orientación de futuras iniciativas que, puestas en marcha desde el ámbito sanitario u otros ámbitos, han de redundar en una mejora del bienestar de las asturianas.

Salvo excepciones, la salud de las mujeres a lo largo de la historia ha sido poco estudiada. Más allá de la planificación familiar y la salud maternal y reproductiva, la salud de las mujeres continua estando inadecuadamente atendida en gran parte de los países del mundo. Por otro lado, las informaciones de las que disponemos responden en gran medida a creencias muy relacionadas con los estereotipos sexistas, los prejuicios y la discriminación de género.

Es un hecho indiscutible que las peores condiciones de vida de las mujeres, dedicadas en gran medida a la satisfacción de las necesidades ajenas, han acarreado elevados niveles de enfermedad crónica, ansiedad y trastornos nutricionales que tradicionalmente han venido atribuyéndose a una mente y a un cuerpo supuestamente más vulnerables que los de los hombres.

Pero la salud de las mujeres está determinada por factores socioeconómicos como son: un nivel de vida inferior, menores ingresos económicos, una distribución desigual del trabajo en el hogar, una menor cobertura en materia de seguridad social... En este sentido podemos afirmar que la salud de la mujer está determinada por desigualdades de género que contribuyen definitivamente a que, pese a superar la esperanza de vida de los hombres, las mujeres presentan una mayor morbilidad y una peor calidad de vida.

La situación descrita pone de manifiesto la necesidad de que las políticas sanitarias, sociales, de empleo, educativas... adopten una perspectiva que tenga en cuenta esta situación, así como las necesidades e intereses de las mujeres.

Para ello, debemos partir de trabajos que, como éste, contribuyan a incrementar el nivel de conocimiento sobre la salud de las mujeres asturianas para orientar, fundamentar y dotar de contenido y eficacia las medidas que con posterioridad adoptemos.

José Ramón Quirós García
El Director General de Salud

Begoña Fernández Fernández
La Directora del Instituto Asturiano de la Mujer

La salud de las personas está relacionada, fundamentalmente, con nuestras condiciones de vida y de trabajo, con el nivel cultural, con el modelo de sociedad que disfrutamos y padecemos, con el diferente rol que a mujeres y hombres se nos enseña y exige... Y ya cuando enfermamos, con la posibilidad de disponer de un sistema sanitario universal, equitativo y de calidad.

Aunque hace muchos años que se conoce y reconoce este hecho, los recursos dedicados a políticas de promoción y protección de la salud y a la prevención primaria, son todavía muy escasas. Consecuentemente, la investigacción-acción necesaria en este campo es igualmente deficitaria, lo que queda reflejado en este informe.

Este documento ha pretendido recoger y ordenar los indicadores disponibles de tipo demográfico y social como son: trabajo y educación, estilos de vida, asociacionismo o violencia contra las mujeres; e indicadores sanitarios tradicionales –biomédicos y cuantitativos- sobre algunos aspectos de la salud de las mujeres: salud reproductiva, uso del sistema sanitario, morbilidad y mortalidad. En este sentido, puede ser un buen punto de partida para analizar los datos disponibles y priorizar ya acciones basadas en las múltiples recomendaciones realizadas.

Pero también ha de ser útil para poner de manifiesto las ausencias actuales y señalar nuevas líneas de trabajo-investigación sobre aspectos de la vida de las mujeres menos conocidos, pero tanto o más relevantes que los aquí abordados, como son la doble jornada, el trabajo de cuidadora de la familia, los ancianos, los enfermos... y su contribución a la salud física y mental.

Este informe fue realizado por un grupo de profesionales de salud pública desde sus conocimientos científicos, desde sus opiniones e, incluso, desde su propia sensibilidad, como cualquier otro informe de salud. Sin embargo, le falta incorporar la percepción, opinión y sentir de las mujeres como colectivo.

Sólo si identificamos y medimos los problemas de salud de mujeres y hombres, sus determinantes comunes y los específicos,
así como las fuentes de desigualdad
relacionadas con el papel y posición social de unas y otros
y sus consecuencias en la salud,
sólo si adoptamos esta mirada de género,
podremos visibilizar las desigualdades
y hacer propuestas más justas y acertadas y, por tanto, más saludables.

AINHOA. 7 años

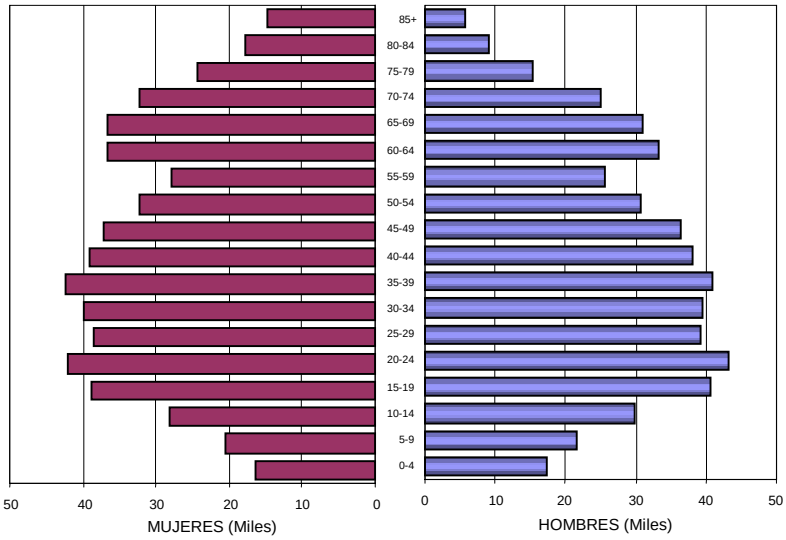
1 Situación socio-demográfica

LA POBLACIÓN DE MUJERES

Una población envejecida

Según el último Padrón de Habitantes de 1996, residían en Asturias 1.088.036 personas, de ellas un 52% mujeres.

Figura 1.- Pirámide de Población de Asturias, 1996

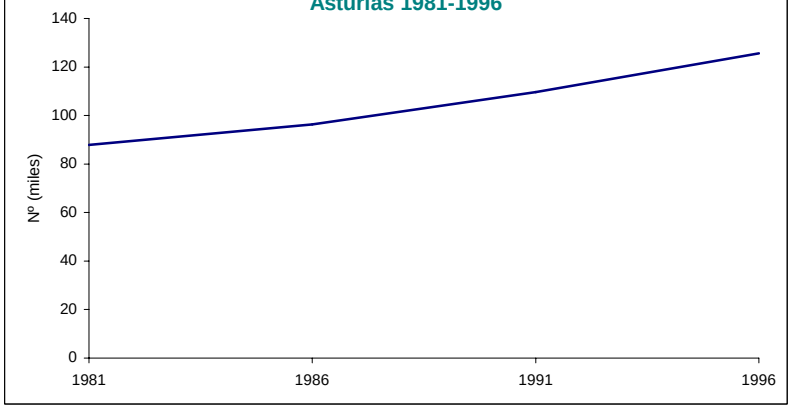


Fuente: Padrón 1996, SADEI

Si la pirámide presenta una figura bastante simétrica en la mayor parte de los tramos etáreos, a partir de los 65 años se aprecia un aumento en el volumen de mujeres, que se va incrementando y que llega a duplicar prácticamente a los hombres por encima de los 75 años (Fig 1).

El envejecimiento ha dado lugar a que si en el Censo de 1981 había 87.820 mujeres de 65 y más años, en 1996 han pasado a ser 125.637, lo que supone que actualmente el 22% de las mujeres asturianas está en estas edades (Fig 2).

Figura 2.- Evolución de las mujeres de 65 y más años. Asturias 1981-1996



Fuente: Censos y Padrones. INE y SADEI

El centro de la región está más habitado y menos envejecido

En la zona central de Asturias reside un 70% de la población y si le sumamos los residentes en las dos cuencas mineras, alcanza el 86%, estando las dos alas, oriental y occidental, bastante despobladas.

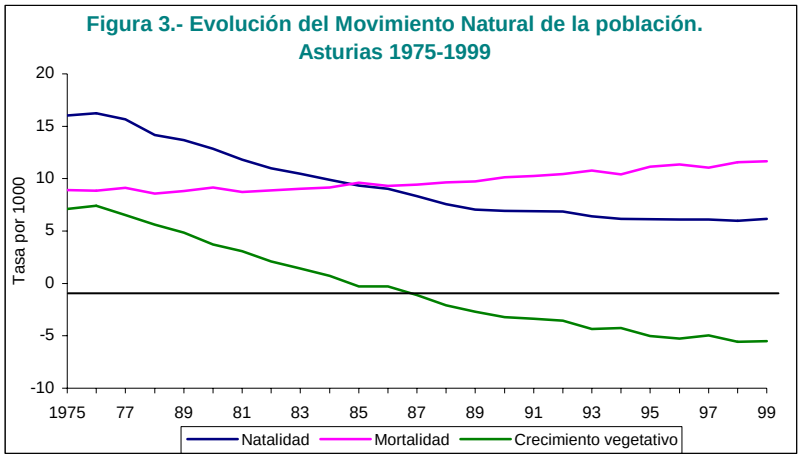
Y mientras que en el centro y las cuencas las mujeres de 65 y más años representan un 20% de la población femenina, en las zonas rurales oriental y occidental llegan a representar el 32%. Y de estas mujeres, la mitad supera los 74 años, porcentaje que es ligeramente inferior en las zonas centrales.

La esperanza de vida de las mujeres asturianas, una de las más altas del mundo

La esperanza de vida de la población asturiana se ha incrementado de forma importante en las últimas décadas, pero de forma muy especial en las mujeres. Así las mujeres nacidas en el año 2000 en Asturias se espera que por término medio alcancen los 82,2 años (casi 7 años más que las nacidas en 1970), mientras que los hombres tienen una expectativa de vida bastante inferior: 74,1 años, casi 5 más que los nacidos 30 años antes (Fuente: Registro de Mortalidad de Asturias. Datos no publicados). Actualmente las mujeres asturianas tienen una de las mayores esperanzas de vida del mundo, siendo la de los hombres de las menores de la Unión Europea y la menor del Estado.

Los nacimientos han descendido y cada año mueren más personas

En la figura 3 se puede ver cómo en 1975 en Asturias nacían 17.439 niños, mientras que en el año 1999 esta cifra se redujo a 6.547 nacimientos (seis por 1000 habitantes). Por el contrario, si en 1975 se produjeron 9.705 defunciones, en 1999, con una población envejecida, fallecieron 12.649 personas (12 por 1000 habitantes). Todo ello provocó que a partir de 1985 el crecimiento vegetativo asturiano, es decir la diferencia entre nacimientos y muertes fuera negativa, produciéndose cada año en torno a 5.000 muertes más que nacimientos.

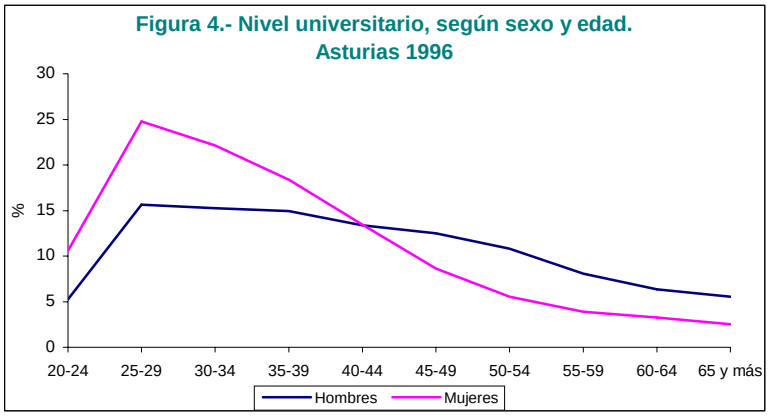


Fuente: Movimiento Natural de la Población y Censos y Padrones, SADEI

EL ACCESO A LA EDUCACION Y AL TRABAJO

Un salto espectacular en el acceso de las mujeres a la universidad

Según datos recogidos en el Padrón de 1996, por debajo de los 40 años el porcentaje de mujeres con estudios universitarios superaba al de los hombres en todas las edades. En el grupo de 25 a 29 años una cuarta parte de las mujeres asturianas de esa edad habían finalizado estudios universitarios (Fig 4). En estudios secundarios las cifras eran similares entre hombres y mujeres.



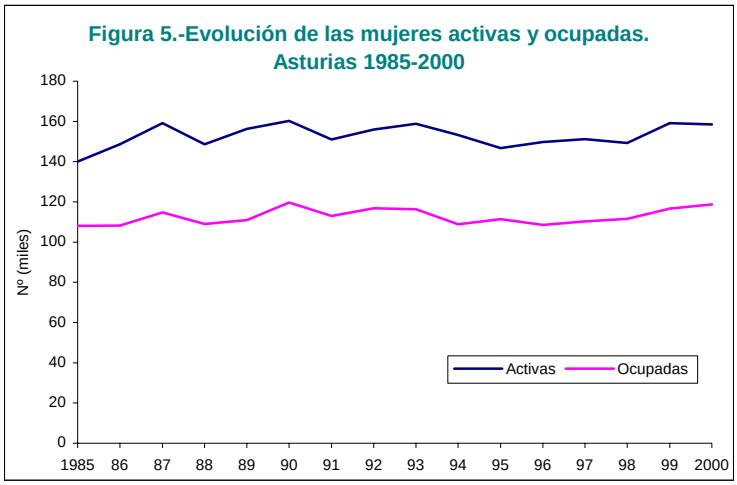
Fuente: Padrón 1996, SADEI

La mujer en el mercado de trabajo

Para la elaboración de este apartado y los siguientes, se han tomado como fuentes: el Observatorio del Instituto Asturiano de la Mujer (datos no publicados), la publicación "La situación sociolaboral de la mujer en Asturias 2000" (1) y el INE (2).

El importante acceso de las mujeres asturianas a la universidad no se ha traducido en una incorporación proporcional al trabajo. En el año 2000, solo 33 de cada 100 mujeres asturianas en edad laboral estaban incorporadas al mercado de trabajo; en menor medida que el conjunto de las mujeres españolas (40) y por supuesto muy por debajo de las europeas (62 Alemania, 66 Gran Bretaña y 75 Dinamarca, en 1998). Y esta tasa de actividad no ha experimentado un incremento en los últimos años. La tasa de actividad de los hombres (56 en el año 2000), presentó en Asturias un descenso debido a las prejubilaciones.

En la figura 5 se puede apreciar el volumen de mujeres activas y ocupadas desde 1985 hasta el año 2000 y la franja entre las dos representa las mujeres paradas durante este periodo.



Fuente: Encuesta de Población Activa. INE.

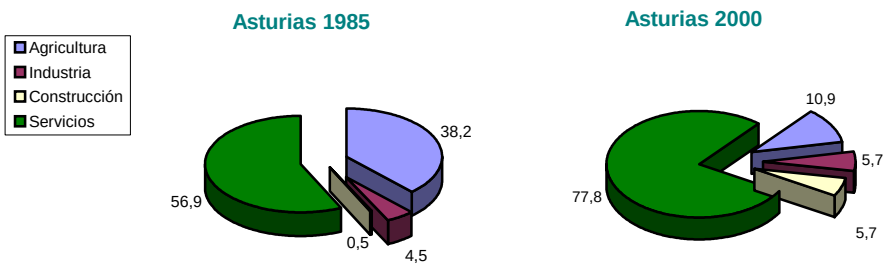
La tasa de paro para las mujeres asturianas viene presentando fluctuaciones, siendo 25 en el año 2000, inferior en casi dos puntos a la de 1999. Esta tasa ha venido siendo ligeramente inferior a la española, que fue la más alta de la CEE en 1998: 27, seguida de Grecia con 17. La tasa de paro de los hombres asturianos fue 11 en el año 2000.

Y si la inestabilidad laboral se ha incrementado de forma general en los últimos años, las mujeres se han visto más afectadas que los hombres por esta cuestión. En el año 2000 un 29% de los contratos de las mujeres asturianas eran temporales (un 24% en los hombres) y esta cifra experimentó un aumento de 3 puntos frente a 1997.

Ocho de cada diez mujeres asturianas trabajan en el sector servicios.

Se ha observado en estos últimos años un cambio en el trabajo de las mujeres por sectores de producción. En la figura 5 se puede apreciar cómo en 1985 un 38% de las mujeres asturianas trabajaban en la agricultura, habiendo descendido a un 11% en el año 2000. A la par se ha producido una incorporación al sector de la construcción que antes era ocupado prácticamente en su totalidad por hombres y un ligero aumento en el sector industrial. En la actualidad es en el sector servicios donde trabajan casi ocho de cada 10 mujeres asturianas ocupadas, siendo en algunas ramas de este sector (comercio minorista, hostelería) donde se dan mayor número de contrataciones temporales y precarias.

Figura 6.- Evolución del trabajo de la mujer por sectores



Fuente: Encuesta de Población Activa. INE.

La feminización de la pobreza

Según la OCDE se consideran pobres aquellas familias o personas que no alcanzan el 50% de la renta media neta de un estado. En todo el mundo cada vez son más las mujeres solas, con cargas familiares (viudas o separadas), las abocadas a la pobreza. El Informe Foessa de Cáritas de 1996 para Asturias, señalaba que nueve de cada diez familias sustentadas por mujeres estaba por debajo del umbral de pobreza.

En Asturias en el año 2000 había 78.000 mujeres con pensión de viudedad, con un importe medio de 58.000 pts., es decir por debajo del umbral de pobreza. En el caso de las viudas mayores el problema se acrecienta cuando necesitan cuidados y que a falta de equipamientos sociales, son las hijas y las nueras principalmente las que se ocupan de ellas.

En el caso de las mujeres separadas, el problema afecta especialmente a mujeres de mediana edad con hijos y dificultades para encontrar empleo. Dada la baja dotación de infraestructuras de apoyo, la necesidad de compaginar el trabajo con el cuidado de los hijos e hijas limita sus perspectivas profesionales.

Y no solo las familias monoparentales sustentadas por mujeres, sino las amas de casa, las desempleadas y las inmigrantes son los colectivos más afectados por esta situación.

En la bibliografía internacional está sobradamente documentada la relación entre peores niveles de salud y calidad de vida y el aislamiento de las mujeres en el hogar, la sobrecarga que implica su función de cuidadora (de hijos, nietos, enfermos, ancianos...) y la falta de un trabajo remunerado que permita la autonomía y mejore la autoestima.

A modo de recomendación

Diseñar y establecer recursos que aseguren la atención sociosanitaria del colectivo cada vez mayor de mujeres en edades avanzadas (y también de hombres), que en la actualidad está cubierta básicamente por otras mujeres.

Garantizar igualmente recursos para el cuidado de los niños en edad preescolar, lo que permitiría a muchas mujeres poder estar en situación de incorporarse al mercado de trabajo.

Poner en marcha políticas de discriminación positiva que permitan la incorporación efectiva al trabajo de aquellas mujeres que lo deseen, potenciándola en aquellos sectores que tradicionalmente han estado vedados a las mujeres, para eliminar así la llamativa discordancia entre el nivel de formación y el acceso al empleo de las mujeres asturianas.

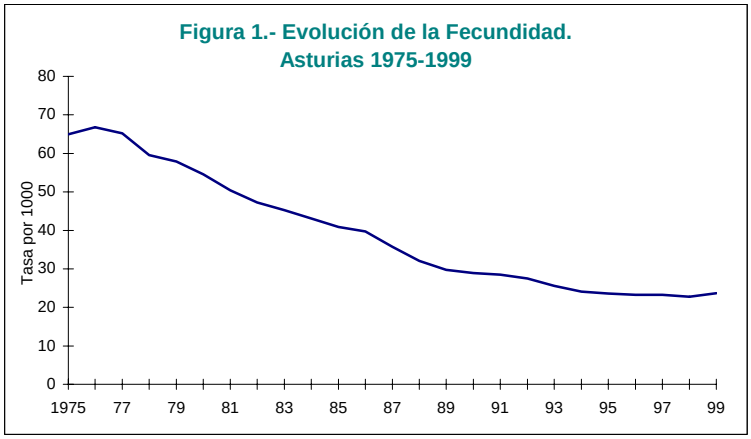
LA FECUNDIDAD

Este apartado es una síntesis del titulado “La evolución de la fecundidad”, elaborado para la publicación “La salud materno infantil en Asturias” (3).

El descenso de los nacimientos

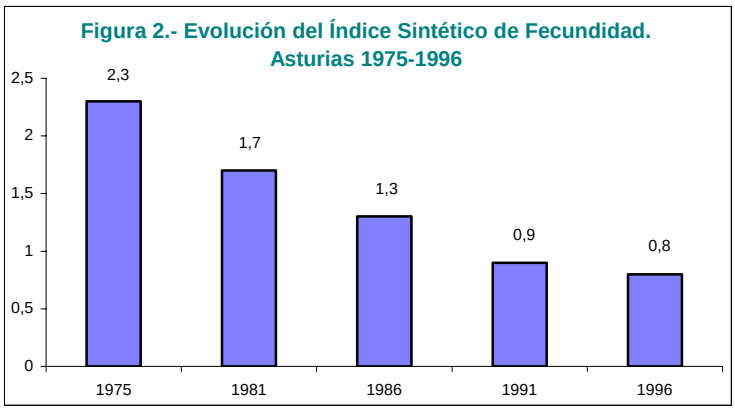
Como ya se ha señalado anteriormente, durante más de 20 años, los nacimientos han descendido en Asturias, al igual que ha ocurrido en el conjunto del Estado Español.

El indicador que permite compararnos con otras regiones y países, la Tasa de Fecundidad (TF), también ha presentado un descenso año tras año desde 1976 (Fig 1). Si en ese año en Asturias hubo 67 nacimientos por cada 1000 mujeres entre 15 y 49 años, en 2000 solo llegaban a 24 (datos provisionales), lo que significa un 65% de descenso en las tasas en estos años.



Fuente: Movimiento Natural de la Población y Censos y Padrones. INE y SADEI

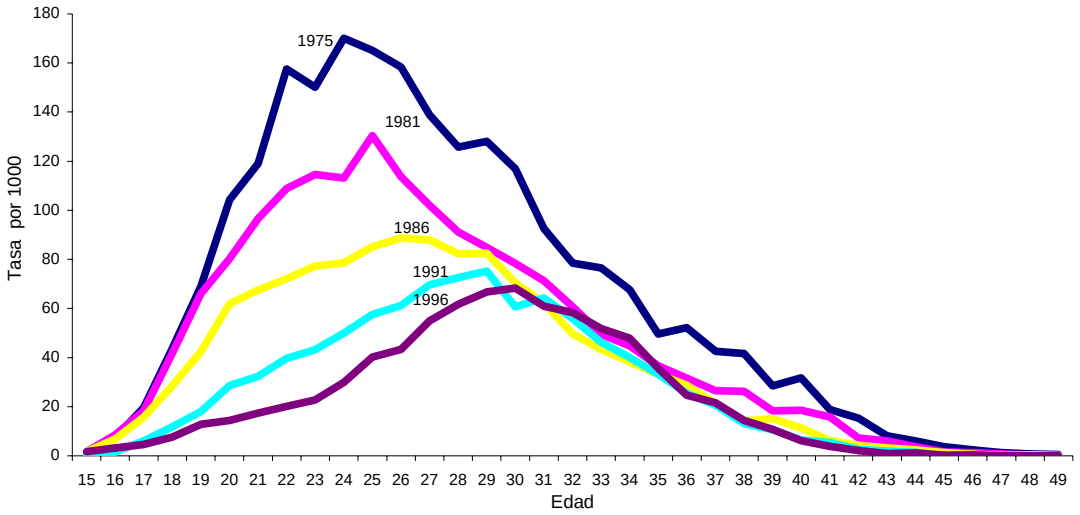
Esta caída continuada de la fecundidad ha hecho que el Indice Sintético de Fecundidad (ISF) haya ido descendiendo, pasando de 2,3 hijos por mujer en 1975, a 0,8 en 1996 (Fig 2), estando ya por debajo de la cifra necesaria para el reemplazo generacional (al menos 2,1 hijos por mujer) desde 1981 y siendo en 1996 el más bajo de todo el Estado y de Europa.



En estos años tuvo lugar también un retraso en la edad materna: si en 1975 la edad media a la maternidad era 27,7 años, en 1999 ascendía a 30,6 años.

En la figura 3 se pueden ver las curvas de fecundidad para los periodos censales y padronales. En el primer periodo, entre 1975 y 1981 se puede apreciar un descenso muy importante de la fecundidad a partir de los 19 años; sin embargo hasta el periodo siguiente no comienza a verse el importante descenso de la fecundidad de las adolescentes y un retraso en la edad media materna que continúa hasta la actualidad.

Figura 3.- Evolución de las curvas de fecundidad en Asturias. 1975-1996



El descenso de la fecundidad no ocurrió de forma homogénea en toda la región, sino que fue más temprano en las áreas centrales y en las dos cuencas mineras y más tardío en las áreas rurales oriental y occidentales.

¿Qué ha podido influir en este descenso?

En el periodo analizado se han producido, entre otros, dos hechos que han tenido que jugar un papel importante en el control de la fecundidad: primero la legalización de los anticonceptivos en 1977 y posteriormente, en 1985, la despenalización del aborto.

Parece claro que la legalización de los anticonceptivos, permitió por primera vez un control fiable de la fecundidad. La apertura de los Centros de Orientación Familiar (COF) a principios de los ochenta, facilitó el acceso de las mujeres a estos medios. El descenso constante del número de partos después de 1977 parece que deja patente su utilización.

En relación a la despenalización del aborto, en Asturias fue en 1987 cuando se acreditaron los primeros centros privados para su realización. Sin embargo, el descenso de la fecundidad comenzó a suavizarse a partir de 1989, no pareciendo haber tenido la despenalización del aborto, un impacto tan importante como la anticoncepción.

En un periodo de crisis económica y de grandes cambios culturales y sociales, como son: la incorporación de la mujer a la enseñanza superior, al trabajo, el retraso en la edad de emancipación y matrimonio, etc., las mujeres asturianas, contando con medios fiables de

contracepción, han optado por no tener hijos o reducir su número y retrasar los nacimientos a edades más avanzadas.

No es de extrañar, por tanto, que más de la mitad de los niños nacidos en 1999 fueran primeros hijos y que de aquellos que ya tenían algún hermano, casi la mitad nacieron teniendo su hermano anterior al menos 5 años.

A modo de recomendación

Las dificultades con que se encuentran las mujeres y las parejas para tener hijos y para dedicar tiempo a su cuidado, en una situación de importante crisis económica en la región, no hacen plausible esperar grandes cambios en un futuro inmediato.

Una evolución favorable de la situación económica y la decisión institucional de poner en marcha políticas dirigidas a fomentar la natalidad, en aquellas personas que hayan optado por tener hijos, podrían lograr un cambio en los patrones actuales de fecundidad.

En este sentido, las políticas públicas deberían ir encaminadas a garantizar:

- *Accesibilidad económica a la vivienda.*
- *Cobertura de guarderías públicas.*
- *Flexibilización de las condiciones de trabajo para madres y padres (ampliación de la licencia por maternidad, trabajo a tiempo parcial...), etc.*

Bibliografía

1. Secretaría de la Mujer de CCOO de Asturias. La situación sociolaboral de la mujer en Asturias 2000. Oviedo, 2001.
2. Instituto Nacional de Estadística, INE. Disponible en: http://www.ine.es. Consulta: Septiembre de 2001.
3. Grupos de trabajo del Informe de Salud Materno Infantil. La Salud Materno Infantil en Asturias. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Oviedo 2002.

JAVIER. 5 años

2 Estilos de vida

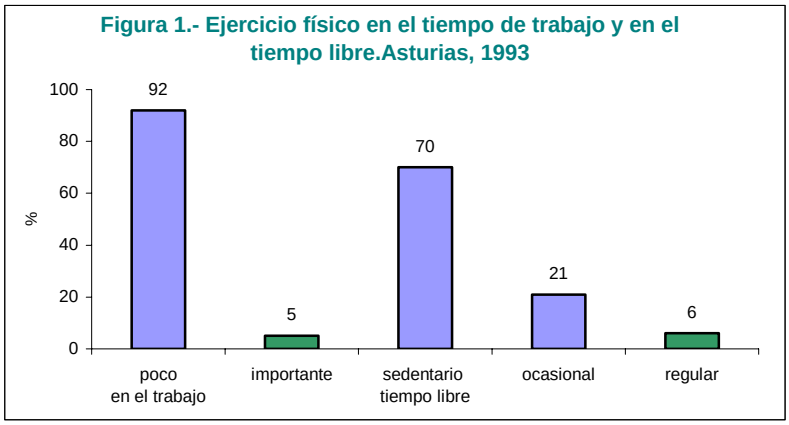
LAS MUJERES Y EL EJERCICIO FÍSICO

En las últimas décadas nuestro estilo de vida cambió radicalmente, conformándose como una vida sedentaria, con un tiempo de trabajo con menos movilidad y esfuerzo físico en proporciones cada vez mayores de la población, con una gran dependencia del coche para desplazarnos, con un elevado número de horas pendientes de la TV y con unos patrones alimenticios "rápidos" que incorporan, cada vez más frecuentemente, comidas precocinadas ricas en grasas y poco equilibradas.

Son pocos los datos actuales sobre ejercicio físico. Para realizar una panorámica de la situación hemos utilizado tres fuentes disponibles: La Encuesta Nacional de Salud (ENS) de 1993, con datos representativos para Asturias (la de 1997 sólo ofrece datos representativos para el conjunto de España), los datos del Estudio Europeo sobre Dieta y Cáncer (EPIC-Asturias), recopilados entre 1992 y 1995, en población entre 35 y 64 años, y los datos de participación en los Juegos Escolares de Asturias.

El ejercicio en el tiempo de trabajo

En la ENS-1993 **sólo el 5 %** de las mujeres asturianas (Fig 1) decían realizar ejercicio importante en su jornada laboral (19% de los hombres).



Fuente: ENS-1993, Asturias

La ENS de 1997, recogía el dato de que **sólo el 10% de las mujeres españolas** hacían ejercicio importante (caminar, desplazamientos frecuentes o con peso) durante la jornada de trabajo. El resto de mujeres (90%) o estaban sentadas la mayor parte del tiempo, o de pié sin desplazamientos o grandes esfuerzos.

Parece claro que la actividad física en el tiempo de trabajo alcanza a una parte pequeña de la población actualmente, lo que hace necesario recuperarla en la vida cotidiana y fomentarla en el tiempo libre.

Un tiempo libre sedentario

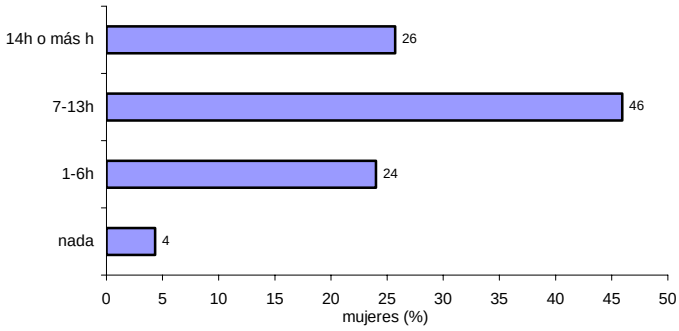
En la misma encuesta, el 70 % de las mujeres asturianas consideraban sedentario su tiempo libre, el 21 % decía hacer ejercicio ocasional y **sólo un 6%** hacía ejercicio de forma regular o semanal (15% en los hombres).

En la ENS-97, el 45% de las mujeres españolas calificaban como sedentario su tiempo libre, el 38% hacia alguna actividad ocasional y un 17% (comparado con un 28% de los hombres) hacían ejercicio de forma regular o varias veces a la semana.

Sin embargo, en el estudio EPIC se les preguntó a las participantes las horas semanales que dedicaban a caminar, andar en bici o hacer otro deporte.

Un 26% de ellas **caminaban** dos o más horas diarias (es decir, 14 horas semanales o más) y un 46% caminaban entre 1-2 horas al día. Las mujeres de 55 o más años eran las que más caminaban (Fig 2).

Figura 2.- Distribución porcentual de las mujeres según el hábito de caminar (horas semanales)



Fuente: EPIC-Asturias, 1992-1995

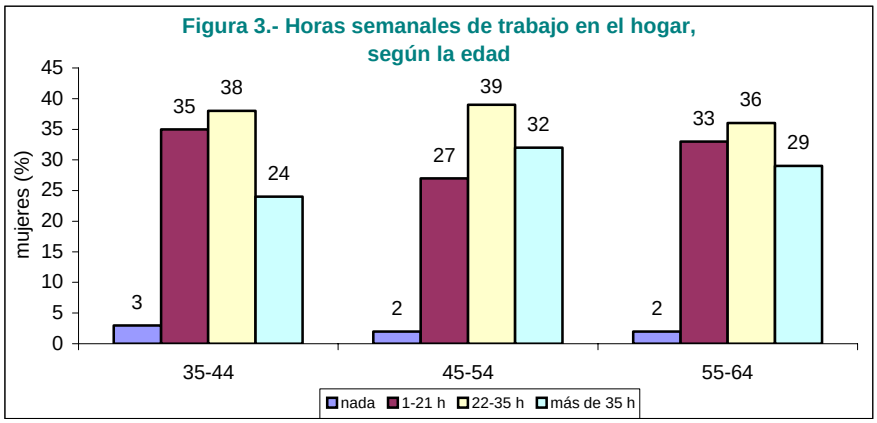
Un 8% de las mujeres usaban la **bicicleta** en alguna ocasión (un 20% de los hombres) y sólo un 2% la usaba una hora o más al día.

Un 18% de las mujeres respondieron que hacían **otro tipo de deporte** (nadar, gimnasia, etc.) y sólo un 2% lo hacían una hora o más diaria. Las mujeres de 55 y más años eran las que menos frecuentemente lo hacían.

Los datos del estudio EPIC dan una visión menos pesimista del tema debido, probablemente, a que al recoger el ejercicio físico diario tiene en cuenta y rastrea todo el ejercicio asociado a las tareas cotidianas y no sólo el realizado específicamente y en el tiempo libre.

El trabajo en el hogar

La figura 3 muestra las *horas semanales de trabajo en el hogar*, recogidas en el estudio EPIC. Las mujeres que no realizan tareas domésticas representan un porcentaje insignificante (2-3%); las mujeres de 45-54 años eran las que más horas de trabajo semanal realizaban: un 39% de ellas entre 3-5 horas diarias y un 32% más de cinco horas al día.



Fuente: EPIC-Asturias, 1992-1995

Mientras tanto, el 63% de los hombres declararon no realizar ningún trabajo en el hogar; los que lo hacían eran los más jóvenes de la muestra (40-44 años) que realizaban entre 1-3 horas al día.

Es importante señalar que el trabajo en el hogar hay que considerarlo no sólo como actividad física, sino también desde la perspectiva de lo que suponen las tareas domésticas, de por sí rutinarias, necesarias pero de baja consideración social y que aislan a las mujeres, principales trabajadoras en el hogar. A esto hay que añadir, en múltiples ocasiones, *el cuidado de las personas*, no sólo de hijos y cónyuges sino también el de ancianos y enfermos, con el coste emocional que ello comporta y las consecuencias para la salud de las mujeres.

Este tema de los cuidados y responsabilidad en la familia,
de enorme transcendencia en la vida y salud de las mujeres
es un gran ausente en este informe.

El ejercicio en la etapa escolar

En las figuras 4 y 5 se muestra la evolución en la última década de la participación en los Juegos Escolares de Asturias. Bien es cierto que esta fuente no recoge todo el deporte que hacen las y los jóvenes, pero sí son un indicador relevante a la hora de estimar el enganche de nuestra gente joven, y especialmente el de las chicas, al ejercicio físico y su evolución.

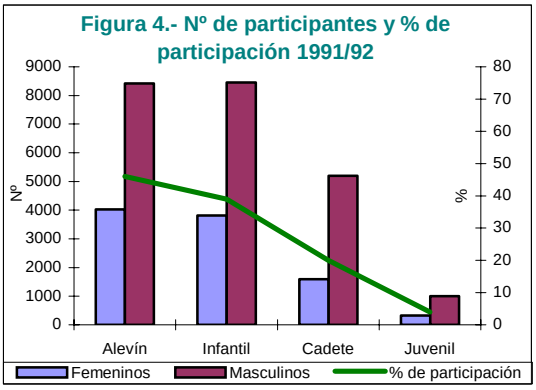
... Mejoró la participación global

Teniendo en cuenta el total de la población escolarizada y elaborando **un porcentaje de participación**, tendríamos que en el curso 1991/92 habrían participado el 46% de escolares alevines, el 39% en infantiles, el 20% en cadetes y el 4% en juveniles; en el curso 2000/01 se incorporó la categoría benjamín y participaban el 72% en alevines, 51% en infantil, 36% en cadetes y 2% en juvenil. Es decir, la participación mejoró en estos años en todas las categorías (excepto en los juveniles) y dicha participación va disminuyendo con la edad.

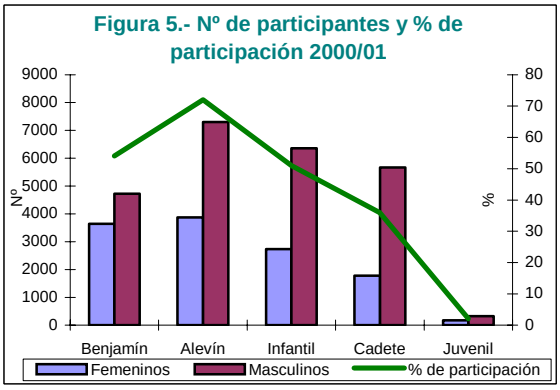
... Pero no se redujeron las diferencias de género

La relación chicas/chicos entre los participantes (en la temporada 2000/2001) siempre es desfavorable a las mujeres y empeora con la edad (Fig 4 y 5); así en la categoría benjamín

(7-9 años) por cada niña que hacía deporte lo hacían 1,2 niños, en la categoría alevín (10-11 años) había el doble de niños que niñas haciendo algún deporte, en la infantil (12-13 años) por cada chica había 2,3 chicos, en la de cadetes (14-15) había el triple de chicos que chicas y en la juvenil (16-17) la mitad de chicas que chicos participaban en algún deporte.



Fuente: Consejería de Educación y Cultura



Fuente: Consejería de Educación y Cultura

La participación global de los y las escolares mejoró, como era deseable (a excepción del grupo de mayor edad), pero no se redujo la diferencia de participación entre chicos y chicas. Así mismo, hay deportes donde las chicas apenas participan, como es el caso del fútbol, o lo hacen muy minoritariamente, como es el ciclismo; y otros deportes donde la participación masculina no existe, como la gimnasia rítmica, o la participación es muy tímida, como el vóleibol.

En resumen, parece que la situación descrita invita a pensar que en el terreno de la promoción del ejercicio físico hay mucho campo por desarrollar en Asturias, tanto en el de las jóvenes como en el de las personas adultas y ancianas, teniendo en cuenta las dificultades añadidas que tienen las mujeres, relacionadas con los estereotipos y roles sociales.

Recomendaciones

Incorporar a la agenda de salud Pública políticas de fomento del ejercicio físico para todas las personas (1 y 2), ***y especialmente para las mujeres, identificando las barreras que hoy les impide su práctica*** *y facilitando la adquisición del hábito desde edades tempranas y el mantenimiento del mismo a lo largo de la vida*

Recabar la colaboración de otras instituciones autonómicas y locales, así como organismos, federaciones deportivas cuando fuere el caso, introduciendo en sus agendas dichas políticas..

Establecer indicadores concretos a alcanzar relacionados con el ejercicio físico, según la edad, el sexo y el modo de vida e incorporarlos a los diagnósticos, encuestas y planes de salud.

Priorizar las acciones dirigidas a las mujeres antes de los cincuenta años, edad en que la rentabilidad del esfuerzo es muy alta en relación con la prevención de la osteoporosis, la obesidad y la salud integral de la mujer, como veremos más adelante.

Definir y desarrollar objetivos de investigación en relación con los beneficios del ejercicio físico para la salud, apuntados en la bibliografía e incorporados a las recomendaciones estándar de la Promoción de la Salud (3).

LA OBESIDAD

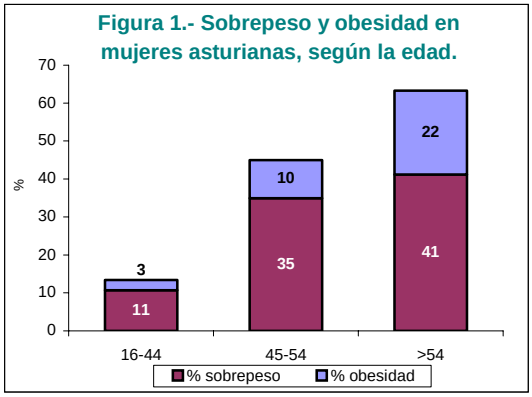
El peso corporal y su distribución está asociado con la hipertensión arterial, la hipercolesterolemia y la diabetes, a su vez factores de riesgo cardiovascular, como veremos más adelante. Pero además, la obesidad se relaciona con otras patologías crónicas como los cálculos biliares, la osteoartritis, las varices y otros problemas osteoarticulares.

Para estudiar la obesidad hemos utilizado el Indice de Masa Corporal (IMC); para definir obesidad se tomó un IMC igual o mayor a 30 (Kg/m2) y para definir sobrepeso un IMC entre 25-29.

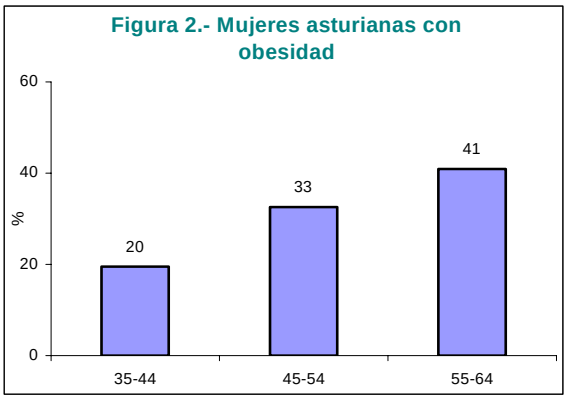
No disponemos de datos recientes de la población asturiana, por lo que comentaremos los de la ENS-1993 (16 y más años) y los del estudio EPIC-Asturias (35-64 años, realizado en 1992-95) (4). En la ENS el peso y la talla son los autodeclarados por la persona encuestada, en el estudio EPIC ambas medidas son realizadas, rigurosamente, por un entrevistador/a.

Un 9% de las mujeres asturianas estamos obesas según la ENS-1993 (9% en los hombres) y un 23% tenemos sobrepeso (49% los hombres)

La obesidad y el sobrepeso aumentan aceleradamente con la edad, como puede verse en la figura 1, alcanzando cifras de obesidad del 22% en las mujeres de más de 54 años.



Fuente: ENS, 1993



Fuente: Estudio EPIC-Asturias

En la población de la cohorte EPIC asturiana, se encontraron resultados aún más preocupantes: un 20% de las mujeres de 35-45 años eran obesas, un 33% a los 45-54 años y un 41% a los 55-64 años (Fig 2).

Al interpretar estos resultados tan diferentes hay que tener en cuenta, de un lado, que los grupos de edad extremos no son comparables y, de otro, *la diferente forma de obtener la información sobre la talla y el peso*: en la ENS al ser valores autodeclarados (no medidos) la persona entrevistada tiende a sobreestimar su talla y rebajar su peso, con los consecuentes efectos de subestimación en el IMC.

Por ello creemos que, hecha la salvedad de que la cohorte EPIC es de voluntarios/as, sus resultados miden mejor la realidad que los de la ENS.

La obesidad aumenta en los niveles culturales bajos

Varios estudios pusieron de manifiesto la relación directa entre obesidad y sobrepeso y el bajo nivel cultural y socio-económico, en los países de nuestro entorno. Estudios recientes realizados en España (5 y 6) encontraron que un 24% de las mujeres de nivel de instrucción bajo eran obesas, un 15% de las de nivel medio y un 6% de las de nivel alto.

Estos datos ponen una vez más de manifiesto el reflejo de las desigualdades sociales –económicas y culturales- en la salud de las personas.

De otra parte, los datos expuestos y los de los estudios referidos, *señalan al grupo de mujeres mayores de 45 años y de bajo nivel socio-cultural* como el más susceptible de ganar peso y, por tanto, al que deberían dirigirse, prioritariamente, medidas específicas favorecedoras de hábitos saludables, que contemplen las desventajas en este grupo de población relacionadas con la importante carga de trabajo doméstico y las pocas oportunidades para participar en actividades sociales, de ocio y deportivas.

Datos de las sucesivas encuestas nacionales de salud apuntan que
la obesidad y el sobrepeso
tienden a aumentar en nuestro país.

Este informe no aborda el tema de los trastornos alimentarios (anorexia y bulimia) por considerar que requieren un enfoque y reflexión multidisciplinarios.

A modo de recomendaciones

La promoción de una alimentación más saludable en la población asturiana, así como una vida menos sedentaria, es un reto en Salud Pública y ha de ser un compromiso de la Dirección General de Salud Pública, ya que el tratamiento de la obesidad es complejo, los fracasos del mismo muy elevados y el uso desinformado de para-dietas preocupante.

Estas medidas señaladas han de contar con el concurso de múltiples actores: desde las corporaciones locales y las entidades deportivas, hasta el sector de la agricultura y el comercio, pasando por las administraciones regionales relacionadas: consumo, educación, deporte...

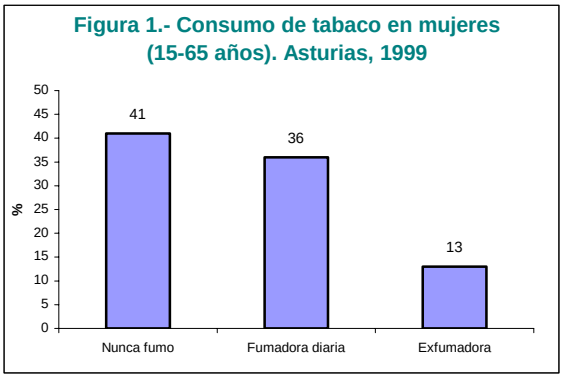
Han de ser medidas de carácter poblacional, requieren un decidido impulso institucional y han de contar con el apoyo ***y la colaboración de la propia población asturiana.***

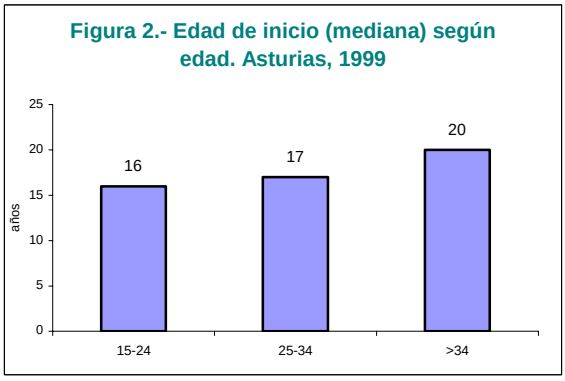
Es necesario incorporar a la Encuesta Regional de Salud preguntas que permitan elaborar indicadores que monitoricen los cambios en el patrón alimentario, en la actividad física y en la obesidad/sobrepeso e incorporar estos indicadores a los diagnósticos y planes de salud.

CONSUMO DE TABACO

La incorporación de la mujer al tabaco

En el transcurso de las últimas décadas se ha producido una incorporación importante de las mujeres al hábito tabáquico. Así se puede observar en el año 1999 que la prevalencia de mujeres que fuman a diario está muy próxima a la que presentan los hombres (37% y 40% respectivamente) (Fig 1).





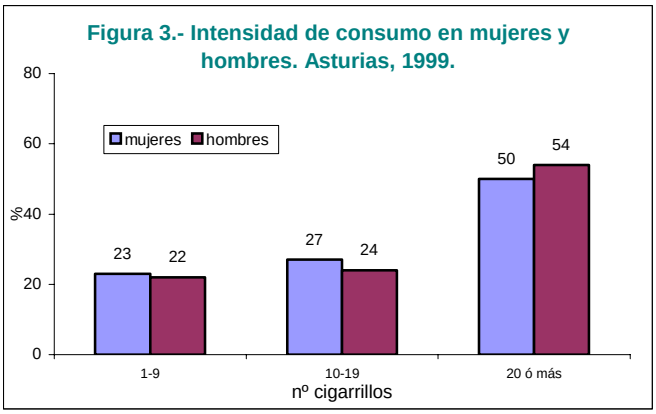
Fuente: Encuesta Domiciliaria de Drogas, 1999.

Se consideró exfumadora a la persona que llevaba más de un año sin fumar. Si se utiliza como denominador el conjunto de las fumadoras y exfumadoras, es decir, las mujeres que habían tenido o tenían contacto con el tabaco, la frecuencia de exfumadoras en el año 1999 era del 23%. Este hecho se daba en el 28% de los hombres.

La edad de inicio ha disminuido

Las mujeres más jóvenes comenzaron a fumar diariamente a una edad más temprana que las mujeres de más edad (Fig 2).

La intensidad de consumo (cigarrillos/día) es ligeramente inferior en las mujeres, respecto a los hombres. En el año 1999 la mitad de las mujeres fumadoras fumaban 20 o más cigarrillos cada día (Fig 3). Esta frecuencia ya se observaba en el año 1987, según los datos de la Encuesta Nacional de Salud.

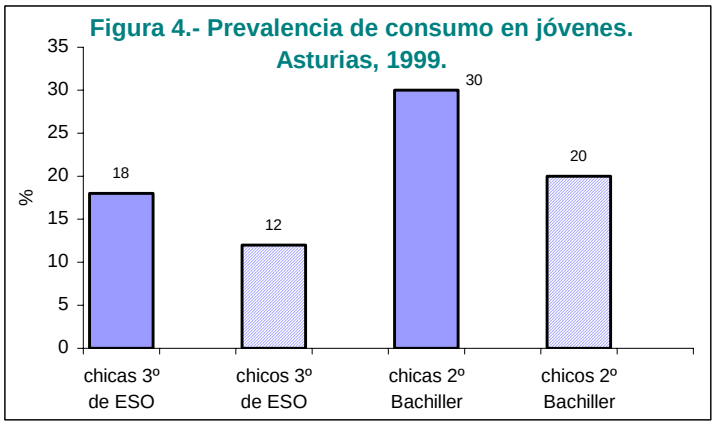


Fuente: Encuesta Domiciliaria de Drogas, 1999.

En el estudio EPIC-Asturias (35-64 años) se observó que entre los hombres que fumaban había mayor proporción de grandes fumadores (20 o más cigarrillos/día) que entre las mujeres, en todos los grupos de edad. Igualmente, entre los fumadores había mayor proporción de ellos que inhalaban de forma profunda que entre las fumadoras. Además, entre las personas que ya habían dejado de fumar, la proporción de las que habían fumado 20 ó más años era de un 60% en los hombres y de un 29% en las mujeres (6).

Las jóvenes en la escuela

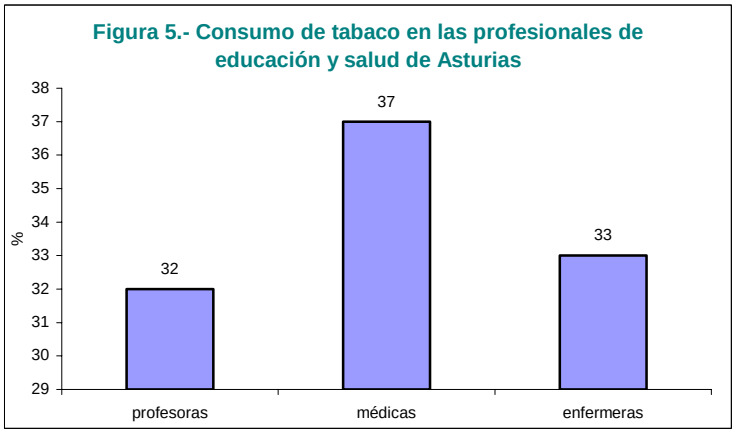
Las mujeres jóvenes vienen siendo, en las últimas décadas, la población diana de las empresas tabaqueras. Junto con las poblaciones de los países pobres, las jóvenes son su objetivo para que las ventas se mantengan e incluso mejoren y, con ellas, sus dividendos. Para ello no escatiman esfuerzos: la publicidad, las promociones, las compras de voluntades políticas y personales... son todo armas con efectos devastadores.



Según un estudio realizado en Asturias en 1999 (7), las alumnas de 3º de ESO de Asturias (14-15 años) que fuman a diario son más que sus compañeros: el 18 % ellas y el 12% los chicos. En 2º de bachiller aumenta el consumo en general y las chicas siguen destacando (30%) respecto a ellos (20%) (Fig 4).

Las profesionales de educación y de la salud

Según el estudio señalado anteriormente (7) entre el profesorado de enseñanzas medias, uno de cada tres fuma, con una pequeña diferencia de las mujeres (32 % ellas y 29 % ellos).



En el estudio Consumo de Tabaco en el Personal Sanitario (8), se encontró que las médicas eran las que presentaban una mayor prevalencia de tabaquismo (37% respecto al 22 % de sus colegas), que es más elevado en las generaciones de mayor edad. De otra parte, una de cada tres enfermeras fumaba y lo hacían con mayor frecuencia las más jóvenes (Fig 5).

Aunque es preocupante la importante incorporación de la mujer al hábito tabáquico, las mujeres parecen tener un comportamiento de menor riesgo para la salud que los hombres. El la cohorte EPIC-Asturias (9) las mujeres presentaban un consumo de menor intensidad (menos cigarrillos/día) y quienes abandonaban el tabaco llevaban menos años de exposición; tendrá interés ahondar en estos diferentes patrones de consumo.

Las mujeres tenemos mucho que ganar al liberarnos del tabaco

Además de las muertes (en Asturias dos muertes cada día) y de las enfermedades asociadas al tabaco, como el cáncer de pulmón, el infarto o la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, el consumo de tabaco parece asociarse con la osteoporosis y una menopausia más precoz. Por otra parte, las enfermedades del corazón se agravan si, además del tabaco, usamos anticonceptivos orales.

Las medidas de promoción, prevención y atención relacionadas con el tabaco,

así como las de control y vigilancia del negocio de las drogas,

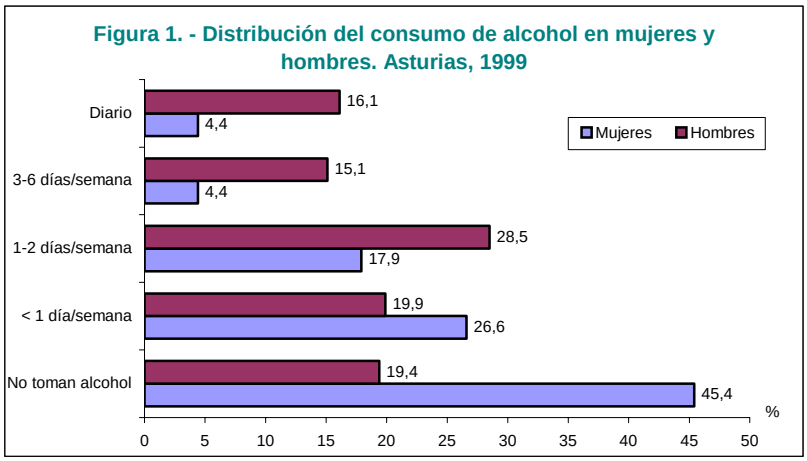
han de ser ***coherentes***

y dirigirse a toda la sociedad.

CONSUMO DE ALCOHOL

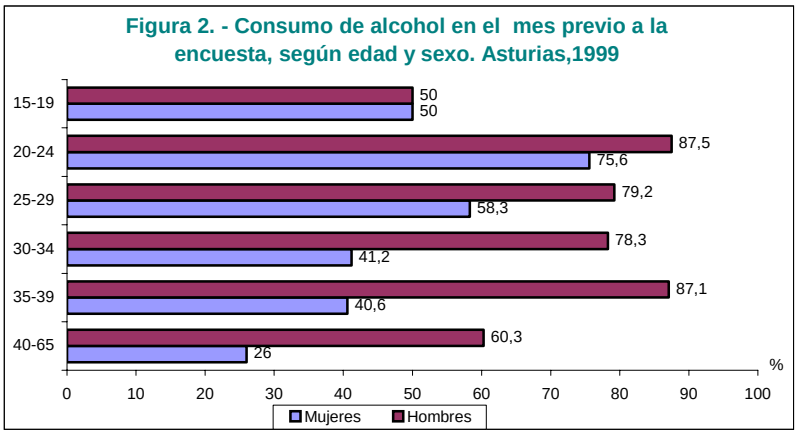
Es menos frecuente y más moderado en las mujeres

En el año 1999, las mujeres que **no tomaban alcohol** (por no beberlo en el último año o porque nunca lo habían tomado) eran más del doble que los hombres (45% y 19% respectivamente). Y la frecuencia de consumo habitual (3 ó más días/semana) era 3,5 veces superior en los hombres que en las mujeres (31% y 9% respectivamente) (Fig 1).



Fuente: Encuesta Domiciliaria de Drogas (15-65 años), 1999.

El consumo de bebidas alcohólicas en el mes previo a la encuesta (Fig 2) fue menos frecuente en las mujeres que en los hombres de cualquier edad, excepto en el grupo de 15 a 19 años que presentaron la misma frecuencia.



Fuente y elaboración: Observatorio de Drogas para Asturias.

En cuanto a la cantidad de alcohol consumida, se considera **consumo abusivo** para las mujeres más de 4 Unidades de Bebida Estándar (UBE) al día (en los hombres es más de 6 UBE). Una cerveza, un vino o un aperitivo equivale a 1 UBE y una consumición de destilados (sola o combinada) equivale a 2 UBE.

En el año 1999 el consumo abusivo en las mujeres asturianas era más frecuente en los fines de semana. Durante los días laborables la frecuencia de este consumo abusivo en mujeres era similar al que presentaban los hombres (1,2% y 1,6% respectivamente), en cambio en los fines de semana era significativamente menor (3,1% y 5,4% respectivamente) (10).

Las drogas "ilegales"

Respecto al uso de estas drogas u otras como los psicofármacos (tranquilizantes, somníferos...), decir que existe un documento reciente del Observatorio sobre Drogas para Asturias que aborda en profundidad dichos consumos (10).

Recomendaciones

Parece claro que factores como la publicidad del binomio alcohol-tabaco y su promoción, sobre todo la dirigida a jóvenes y a las mujeres especialmente, son factores claves en el abordaje de la epidemia del tabaquismo y de la tolerancia social hacia el consumo de alcohol.

Por lo que es fundamental la aplicación rigurosa de medidas legislativas progresivas, contempladas en la normativa europea sobre publicidad de estas drogas. Y desarrollar actuaciones claras y firmes sobre la venta de estas drogas.

El apoyo desde las instituciones públicas a iniciativas de ocio, tiempo libre y cultura, alternativas a un modelo social donde el tabaco y el alcohol ocupan un lugar preeminente son decisiones de primer orden.

El facilitar la deshabituación y desintoxicación a las personas dispuestas a dejar el tabaco y/o el alcohol es cada vez una más clara demanda de la población y es un derecho de salud.

La protección de los no-fumadores y el respeto a los que quieren seguir fumando, reclama acciones que amplíen los espacios sin humo del tabaco en el terreno laboral, educativo, social y familiar.

Todas estas medidas han de complementarse con otras de tipo educativo, que vayan cambiando los patrones sociales de consumo de las dos drogas "legales" que más matan y más morbilidad producen.

ASOCIACIONISMO

El fomento de la participación de la mujer en la vida socio-económica y política es fundamental para su vida y su salud y para la del conjunto de la sociedad.

En la situación actual de desventaja económica, social y política de las mujeres, la capacidad de autoorganización y autoayuda, para afrontar las situaciones de marginación, discriminación y violencia a las que estamos expuestas es fundamental.

Por esta razón, incluímos este pequeño dibujo sobre el asociacionismo en las mujeres, siendo conscientes que sólo muestra una parte de la realidad.

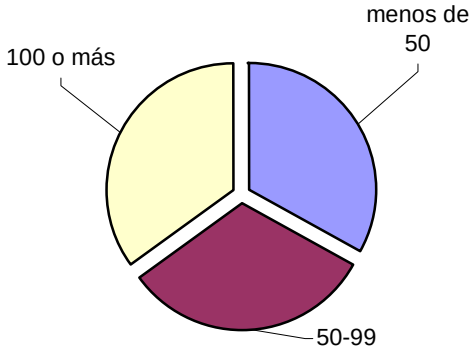
Para conocer las organizaciones específicas de mujeres, su dimensión y sus actividades, realizamos una pequeña encuesta a las 153 asociaciones dadas de alta en el registro de asociaciones, facilitado por el Instituto Asturiano de la Mujer.

Del total de encuestas enviadas, respondieron 82 (54%). Parte de las que no respondieron pudiera deberse, en buena parte, a formas de recogida de correo y a la premura con que realizamos la encuesta. Los datos que se presentan corresponden sólo a las asociaciones respondentes.

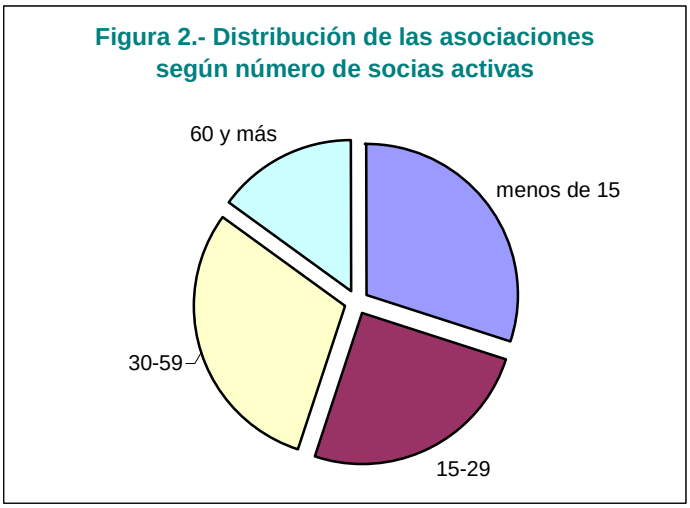
Mujeres asociadas y socias activas

El número total de asociadas, en las asociaciones que respondieron, es de 22.893 mujeres. El promedio (mediana) de asociadas es de 70, variando mucho esta cifra según el tipo de asociación o federación. Una tercera parte de estas asociaciones tiene menos de 50 asociadas, otra tercera parte entre 50 y 100 y el resto 100 asociadas o más (Fig 1).

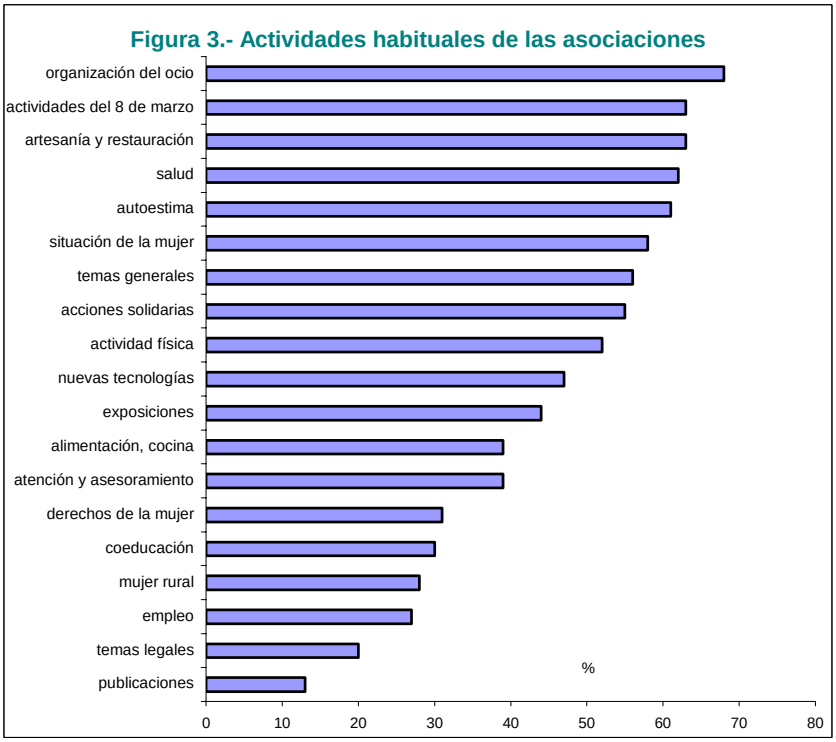
Figura 1.- Distribución (%) de las asociaciones según el número de asociadas



El número total de *participantes activas en la vida de estas asociaciones* es de 10.773. El promedio por asociación es de 25 mujeres. Una tercera parte de las asociaciones tiene menos de 15 socias activas, una cuarta parte de 15 a 29 y el resto responde tener más de 30 socias activas. Naturalmente esta variable estaría relacionada con el tipo de actividades de la asociación (Fig 2).



El promedio (mediana) de *años de funcionamiento* está en torno a cinco años. La mitad de las asociaciones que respondieron llevan 5 años o menos funcionando, una cuarta parte llevan de 6 a 10 y la otra cuarta parte llevan más de 10 años (19 asociaciones); lo que parece indicar que en los últimos años podría haber un aumento del asociacionismo.



En la figura 3 se presentan *los temas sobre los que versan las actividades que organizan habitualmente* estas asociaciones.

La propia existencia de las asociaciones de mujeres (y de asociaciones en general) es un beneficio para la salud, en la medida que las mismas favorezcan la identidad de grupo, lo que facilitaría el desarrollo de sentimientos de autoeficacia y bienestar en las mujeres.

Es llamativo y positivo la diversidad de las actividades que estas asociaciones realizan y de los temas que abordan.

Destacan, por novedosas, las actividades dirigidas al apoyo de las iniciativas encaminadas a mejorar las condiciones de las mujeres que buscan empleo en el mercado laboral, como nuevas tecnologías, empleo... Pero son tan importantes las dirigidas a las mujeres cuyo principal trabajo es el reproductivo en el hogar, en la medida que está socialmente menos considerado y es, por tanto, necesario visibilizarlo y valorarlo.

Parte del atractivo de las actividades relacionadas con la salud, el ejercicio físico, el ocio, la autoestima... tan frecuentes en las asociaciones que respondieron, podría residir en el componente social implícito, el cual contribuye a mejorar (además del cuerpo) el estado de ánimo, ayuda a romper el aislamiento social ligado a los roles atribuídos tradicionalmente a las mujeres.

Todo ello cobra mayor relevancia

en el medio rural

y en las mujeres de clases más desfavorecidas económica y socialmente.

Recomendaciones

Contribuir a sostener el tejido asociativo independiente de las mujeres a través de convenios, subvenciones u otras fórmulas, que faciliten su desarrollo y nuestra colaboración con ellas en temas de salud.

Incorporar estas asociaciones (y otras) a los proyectos/programas de salud específicos dirigidos a mujeres desde su diseño, implantación y evaluación de los mismos.

Planificar y ejecutar un trabajo de información y discusión de este informe con estas asociaciones, que nos permita acercarnos a la realidad y mejorar este documento, así como concretar las recomendaciones y futuras líneas de trabajo en el terreno de la salud de las mujeres.

Bibliografía

1. Wagner EH, LaCroix AZ, Buchner and col: Effects of physical activity on health status in older adults I: observational studies. Annu Rev of Public Health, 1992; 13: 451-468.
2. Buchner DM, Beresford SA, Larson EB and col: Effects of physical activity on health status in older adults. II. Intervention studies. Annu Rev Public Health 1992; 13: 469-88.
3. The evidence of Health Promotion Effectiveness. Shaping Public Health in a New Europe. A report for the European Commission by the International Union for Health Promotion and Education. Edición española: Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2000.
4. Lasheras Mayo C, Quirós García JR y Grupo de Trabajo EPIC España: Obesidad y medidas antropométricas en la cohorte del EPIC. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Serie Informes Técnicos, nº 12. Asturias, 1997.
5. Gutiérrez-Fisac JL, Regidor E y Rodríguez C: Prevalencia de la obesidad en España. Med Clín (Barc) 1994; 102: 10-13.
6. Fernández Feito A y Arbesú Fernández E: Consumo de Tabaco en la cohorte EPIC en Asturias. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Asturias, 2002Aranceta J, Pérez Rodrigo C, Serra Majem Ll and col: Prevalencia de la obesidad en España: estudio SEEDO´97. Med Clin (Barc) 1998; 111: 441-445.
7. García J, Donate I, Arbesú E and col: Normativa antitabaco: ¿Qué ocurre en los centros escolares?. XVII Reunión Científica de la Sociedad Española de Epidemiología. Santiago de Compostela, Octubre 1999.
8. Dirección General de Salud Pública y Colegio Oficial de Psicólogos de Asturias: Consumo de Tabaco en el personal sanitario del Principado de Asturias. Asturias, 2001 (no publicado).
9. Margolles Martins M, Donate Suárez I, Cañadas Martínez A. Plan sobre drogas para Asturias. Año 2001 Observatorio sobre drogas para Asturias.

LUCAS. 6 años

3 Salud reproductiva

ANTICONCEPCIÓN

Los anticonceptivos se legalizaron en España en 1977, desde entonces las mujeres disponen de métodos fiables para el control y la planificación de su capacidad reproductiva.

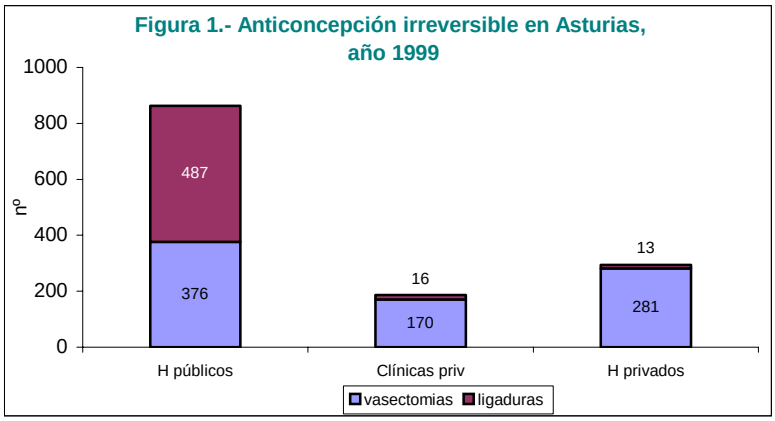
Al abordar el tema de la utilización de los anticonceptivos, hay que tener en cuenta, al menos, dos factores: en primer lugar, la gran importancia que tiene la atención privada en este campo, no sólo la realizada en centros específicos sino la de la consulta ginecológica individual; en segundo lugar, los pocos datos que se registran de forma sistemática y estandarizada sobre anticoncepción.

Partiendo de esta situación, se realizó una encuesta mínima y rápida a los hospitales asturianos (públicos y privados), clínicas privadas (Belladona, Buenavista, Gineastur y Sirona) y a los Centros de Orientación Familiar (COF). Además se utilizó un informe realizado por el SESPA en base a las memorias de los COF del año 2000. También se contó con datos sobre anticoncepción oral, procedentes de las distribuidoras de productos farmacéuticos de Asturias.

Dado que los COF son centros públicos específicos de orientación y atención a la salud sexual y reproductiva de las mujeres, sus resultados se comentarán separadamente.

Métodos irreversibles

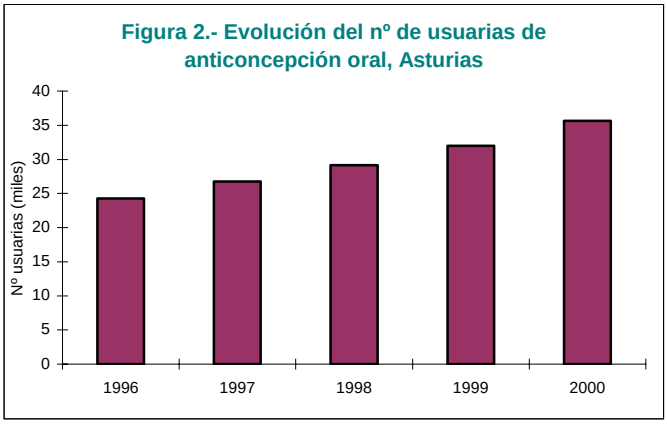
En 1999 se realizaron en los centros mencionados 827 vasectomías, 516 ligaduras de trompas. Un 45% del total de vasectomías y un 94% de las ligaduras se realizaron en los hospitales públicos. (Fig 1). No conocemos la tendencia de esta práctica, ni tampoco los criterios/indicaciones para su utilización.



Anticoncepción oral

Respecto a la anticoncepción oral, parece que existiendo múltiples lugares de dispensación y, por lo tanto, fuentes de información imposibles de abarcar, que siendo la homogeneidad y fiabilidad de las mismas discutible o muy costosa, parece que es un tema a conocer **a través de encuesta** y que debería incorporarse, adecuadamente, a la encuesta de salud de Asturias.

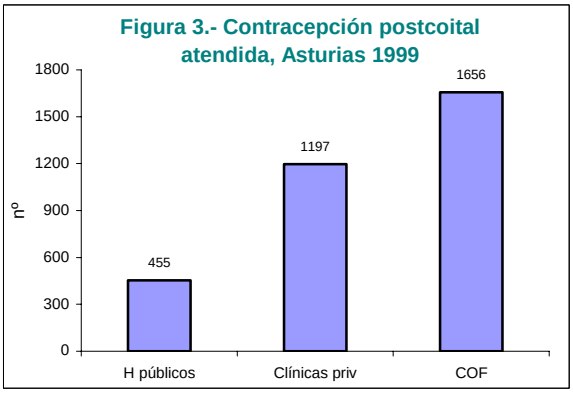
En la figura 2 se presenta una estimación de mujeres que utilizan anticonceptivos orales, realizada en base a las ventas en Asturias.

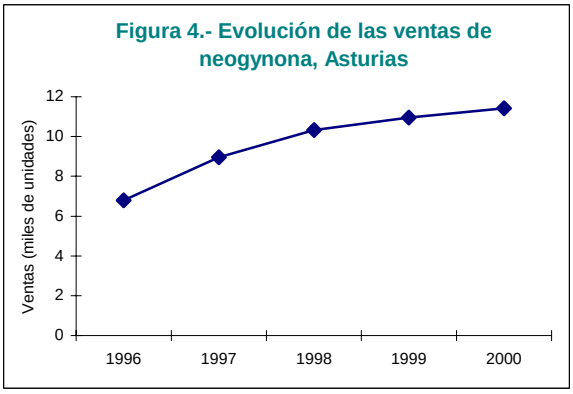


Puede observarse un aumento de usuarias: las del año 2000 supusieron un incremento del 47% respecto a las de 1996, que no se debe a un aumento de las cohortes de posibles usuarias (15-45 años), sino que parece indicar un aumento en el uso.

Anticoncepción post-coital: la demanda y las ventas

En el año 1999, se atendieron un total de 3.308 demandas: los COF 1656 demandas, las clínicas privadas 1197 y las urgencias hospitalarias 455 (Fig 3). **No conocemos la demanda en atención primaria y la atendida directamente por las farmacias.**





Desconocemos la edad de las usuarias de la anticoncepción post-coital. Asumiendo que la mayor parte fueran adolescentes y sumando toda la **demanda conocida**, tendríamos que un 7% de las adolescentes habrían demandado en alguna ocasión contracepción post-coital a lo largo del año 1999 y que el 50% de esta demanda fue atendida en los COF, un 36% en las clínicas privadas y un 14% en las urgencias de los hospitales públicos.

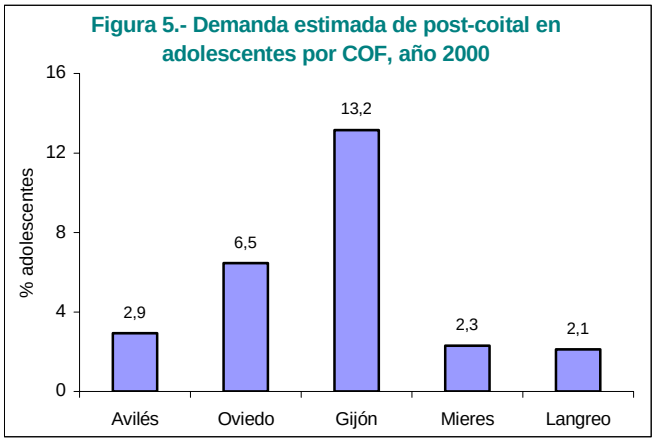
Hasta el año 2001 no se comercializó la píldora post-coital. La figura 4 presenta la evolución de las ventas de Neogynona, el anticonceptivo más utilizado como tal, lo que nos sirve para realizar otra aproximación al tema. El número de unidades vendidas pasó de 6801 en 1996 a 11.427 unidades en el 2000, es decir, hubo un incremento del 68%.

Si asumiéramos que la mayor parte es utilizada por adolescentes (menores de 20 años), estimaríamos que en el año 2000 un 30% de ellas habrían usado en alguna ocasión este método.

La estimación sobre ventas es muy superior a la registrada en los centros de atención anteriormente mencionados. Parte de esta diferencia podría estar relacionada con la utilización de la neogynona como anticoncepción continuada y con la posibilidad de que hubiera un subregistro en las cifras de demanda atendida. El resto de ventas podría ser atribuíble a otros proveedores (farmacias, centros de salud, consultas privadas...)

La píldora post-coital en los COF

Indicador elaborado: anticoncepción post-coital atendida/mujeres de 15-19 años en el área. La demanda atendida fue también en esta ocasión muy diferente entre los COF (Fig 4).



Parte de estas diferencias, pudieran relacionarse con una diferente demanda, derivada de diferentes hábitos en la vida afectiva y sexual de las y los jóvenes, a un diferente registro entre los COF... sin embargo las diferencias son muy importantes y precisan un estudio minucioso para conocer las que pudieran estar relacionadas con la equidad de estos servicios: accesibilidad cultural y horaria, calidad y rapidez en la atención, satisfacción de las usuarias/os, necesidades y expectativas de las mujeres, etc.

Globalmente, la demanda de píldora post-coital en los COF aumentó un 30% en el último año (1656 en 1999 y 2.153 en 2000).

Y qué ocurre con el preservativo

***Desconocemos** el grado de utilización de otros métodos: DIU o diafragma y, **fundamentalmente, el preservativo masculino**.*

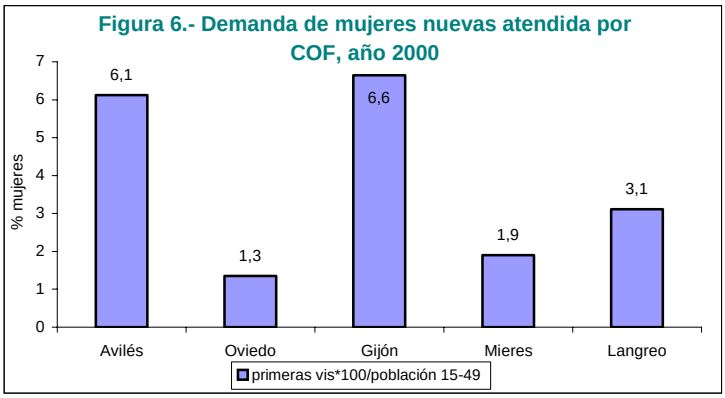
Los COF, un lugar de referencia

Hay cinco centros en Asturias: Avilés, Oviedo, Gijón, Mieres y Langreo, que comienzan a funcionar en la primera mitad de los años 80.

Hemos elaborado algunos indicadores para cada COF, que nos permitan acercarnos a la prestación de servicios de estos centros: 1) Consultas nuevas en relación con la población (15-49 años) diana (nuevas captaciones), 2) relación primeras consultas/consultas de revisión y 3) relación entre las consultas de medicina y las de enfermería. Estos indicadores se refieren al año 2000.

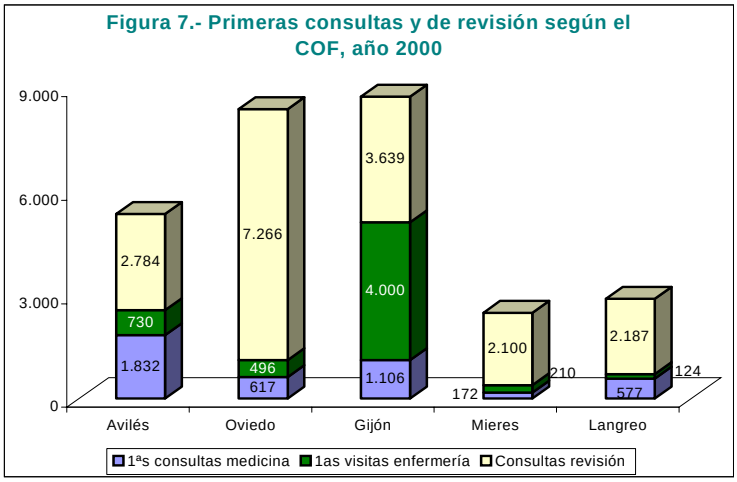
Nuevas captaciones

En el año 2000, las primeras consultas (nueva demanda) atendida en relación con la población diana de cada COF varió de un 1% en el COF de Oviedo a un 6% en los de Gijón y Avilés (Fig 5).



Relación primeras consultas/revisiones

La relación entre primeras consultas/consultas de revisión es muy dispar, así mientras que en Gijón por cada nueva consulta se realizan 0,7 revisiones, en Oviedo por cada nueva consulta se realizan 6,5 revisiones (Fig 6).



El papel de la enfermería

Al analizar la relación entre las consultas realizadas por enfermería y las realizadas por medicina, mientras que en el COF de Gijón por cada consulta de medicina se realizan 3,6 consultas de enfermería, en el COF de Langreo por cada 5 consultas de medicina se realiza una de enfermería (Fig 6).

Estas diferencias pueden tener varias causas, desde la edad de las usuarias, la disponibilidad de recursos humanos y **la organización del propio COF** (además de posibles diferencias en la forma del registro de datos entre los COF).

Recomendaciones

Los datos presentados nos dan una visión limitada del funcionamiento de parte del sistema sanitario, pero no nos dicen nada acerca de las necesidades, demanda no expresada y satisfacción o insatisfacción de las mujeres; ello necesita un acercamiento cualitativo y participativo.

Estos u otros indicadores cuantitativos y cualitativos deben incorporarse a las encuestas sistemáticas de salud.

Los resultados mostrados apuntan la necesidad de un protocolo único y consensuado en los COF, una evaluación sistemática y un fortalecimiento de estos centros que, mientras no se demuestre lo contrario, son (o deberían ser) los centros de referencia.

Debe invertirse en la formación continuada y estímulo de sus profesionales, tanto en lo que respecta a la sexualidad y vida afectiva como a la reproducción. Esta formación ha de tener como eje la perspectiva de género y la necesidad de promover el respeto entre y la corresponsabilidad de hombres y mujeres en este tema.

Deben incorporarse, poner al día y revisar de forma continuada los materiales informativos y educativos sobre todos los servicios de asesoramiento y atención que se ofrecen, teniendo presente la perspectiva de género.

De otro lado, hay que conocer la situación de las áreas que no disponen de estos dispositivos (Jarrio, Cangas, Arriondas) y abordar la situación de la forma más conveniente posible, sin olvidar la atención primaria.

REPRODUCCIÓN ASISTIDA

En Asturias existe una Unidad de Reproducción Asistida, en el sistema público de salud, ubicada en el Hospital Central de Asturias. Esta unidad atiende las demandas por esterilidad de toda Asturias. Fue unidad de referencia para otras comunidades autónomas y todavía lo es para Cantabria.

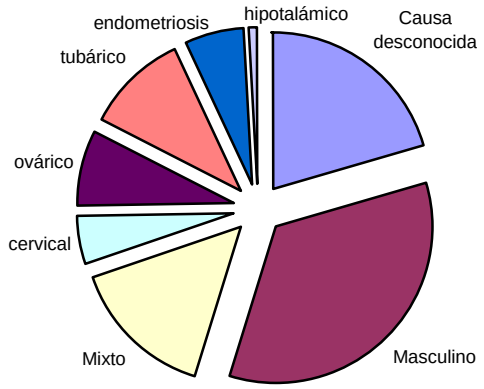
Las técnicas disponibles son la estimulación ovárica más inseminación y la Fecundación in Vitro (FIV). Los datos utilizados en este informe son de la Memoria de la Unidad de Reproducción Asistida del Hospital Central de Asturias.

Existe otro centro privado en Asturias del que no se disponen de datos.

Los factores de esterilidad

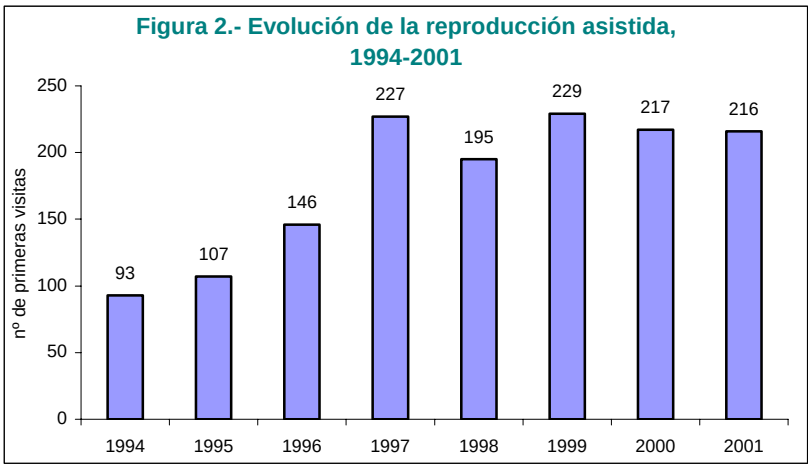
En la figura 1 se muestran los factores registrados en las demandas del año 2001. Puede observarse que el factor masculino fue el primer factor en importancia numérica, seguido del factor ginecológico (ovario, trompas, endometrio y cérvix) y que un 20 % fueron causas desconocidas.

Figura 1.- Factores de esterilidad más frecuentes



La evolución de la reproducción asistida

En la figura 2 puede observarse el aumento de la demanda de reproducción asistida, la cual en el período mostrado se ha duplicado y, proporcionalmente, las mujeres asturianas atendidas aumentaron, en la medida en que disminuyeron las procedentes de otras CCAA.



Un 30% de las parejas consiguen su propósito

Esta proporción global de gestaciones alcanzadas por las técnicas de FIV, se verá mejorada en un futuro próximo, al contar la unidad desde enero de 2002 con una nueva técnica de fertilización, la Inyección Intra-citoplasmática de Espermatozoides (ICSI), que se utiliza en los casos de factor masculino grave, factor de esterilidad bastante frecuente.

EL EMBARAZO Y LA MATERNIDAD

La atención sanitaria al embarazo

Hoy en día, la mujer asturiana embarazada es atendida en los grandes hospitales y las consultas privadas, principalmente. Pocas áreas sanitarias –Jarrio, Cangas y Arriondas- combinan la atención en los centros de salud con las visitas necesarias al hospital de referencia.

Los recursos específicos en los centros de salud –matronas- son actualmente muy escasos (28 para toda la atención primaria) y el descenso de la natalidad en las dos últimas décadas en Asturias, ejerce una presión muy fuerte por parte de los obstetras para no perder esta clientela, atrayéndola hacia los hospitales.

La falta de coordinación, tantas veces mencionada, entre los centros de salud y los servicios hospitalarios trae como consecuencia, en demasiadas ocasiones, la repetición de visitas, pruebas innecesarias, problemas de información... con lo que supone de molestias para la mujer y de gastos innecesarios para el sistema público (1).

Estas tendencias de atracción de las mujeres embarazadas hacia los hospitales y las múltiples intervenciones a que se somete una gestación, hacen que el *embarazo esté a riesgo* de pasar de ser un proceso natural, e incluso placentero, a ser un proceso medicalizado y vivido con un alto grado de estrés por las mujeres.

En este sentido, sería de interés revisar rigurosamente el número de visitas y procedimientos que se están realizando y redefinir las recomendaciones estándar del embarazo fisiológico a la luz de la bibliografía universal.

El control del embarazo y la preparación al parto

Alrededor del 60 % de las mujeres embarazadas acuden a los centros de salud antes de la 20 semana de gestación. En las áreas centrales -Avilés, Oviedo y Gijón- estas cifra se sitúa en torno al 50% mientras que en Jarrio, Cangas, Arriondas, Mieres y Valle del Nalón es superior al 80% (2). Esta desigual cobertura está relacionada con el diferente peso de la práctica privada por zonas.

En cuanto a las actividades de preparación al parto –que no de preparación a la paternidad y maternidad- están más ligadas a las matronas o enfermería (específicamente formada) de atención primaria y la participación de las embarazadas se sitúa en torno al 70%, siendo en este caso las cifras entre las áreas más homogéneas.

Uso de medicamentos en el embarazo

Desconocemos el consumo de medicamentos durante el embarazo, y sobre todo en el primer trimestre. Sin embargo, los fármacos constituyen –hasta la actualidad- el grupo más numeroso de agentes teratogénicos reconocidos.

Existen grandes diferencias entre unos y otros países de nuestro entorno: de un 25% a un 50% de embarazadas consumen medicamentos en el primer trimestre, excluyendo vitaminas y minerales (3). Esto nos hace pensar que sería necesario replantearse el beneficio real de esas drogas. Si, en general, el reto es maximizar el beneficio del

medicamento minimizando los daños, con más razón en las mujeres embarazadas y especialmente ahora, cuando el embarazo en nuestro medio está tan medicalizado.

Lo deseable sería una disminución en el consumo global de medicamentos, evitando la automedicación y restringiendo la prescripción a aquellos medicamentos estrictamente necesarios, fundamentalmente en el primer trimestre de embarazo.

Los programas de diagnóstico prenatal

¿Qué pruebas están disponibles?

En Asturias existen tres actuaciones, en el sistema público de salud, dirigidas a todas las mujeres asturianas, cuando hay indicación. Estas actuaciones permiten conocer y vigilar el bienestar fetal y descartar algunos defectos congénitos severos, dando la oportunidad a la mujer/pareja de interrumpir legalmente una gestación seriamente afectada.

- La ecografía fetal: Son tres las ecografías recomendadas en un cuidado estándar del embarazo, la primera se realiza en torno a la 12-14 semana de la gestación, la segunda en torno a la 18-20 semana y la tercera a la 32-34 semana. Este estudio permite descartar ciertos defectos morfológicos fetales, bien por ausencia o malformación, además de valorar el bienestar fetal.

- El estudio de la Alfafetoproteína en una muestra de sangre materna. Esta prueba se realiza en torno a la 16-18 semana de gestación y un nivel elevado de esta proteína podría indicar un riesgo mayor de una afectación fetal concreta, relacionada con la formación del sistema nervioso central (p.e. la espina bífida).

- El estudio de los cromosomas fetales (cariotipo), se realiza a través de las células sueltas en el líquido amniótico, el cual se obtiene por punción de la pared abdominal y uterina (amniocentesis). Esta prueba sirve para diagnosticar las cromosomopatías, de las que el Síndrome de Down es la más frecuente.

¿A qué mujeres se les ofrecen estas pruebas y cuántas aceptan?

Las tres ecografías señaladas deben ofrecerse a todas las mujeres embarazadas. Por el momento se considera una prueba inocua. En torno al 50% de las mujeres asturianas se realizan una ecografía en la 18-20 semana en los hospitales públicos (datos de 1997 (4)); sin embargo esta cifra sobrepasaba el 80% en las áreas de Jarrio y Cangas, se situaba en torna al 70% en Mieres y Valle del Nalón y presentaba, nuevamente, los valores más bajos (30-40%) en las áreas centrales.

Suponemos que en estas últimas áreas buena parte de la otra mitad de ecos, se realiza en las consultas privadas. **Desconocemos, sin embargo, cuántas y qué mujeres *no se realizan* las ecografías recomendadas.**

Las cromosomopatías están muy relacionadas con edades materna y paterna avanzadas y la amniocentesis tiene riesgos importantes, entre otros el desencadenar un aborto. Por ello, la prueba se ofrece a las mujeres de mayor edad y a aquellas que hayan tenido un antecedente familiar o personal de anomalía congénita o una alteración ecográfica.

Más de la mitad de las mujeres con indicación, una vez informadas de los inconvenientes y posibilidades de la prueba, realizan la amniocentesis. Las mujeres de las zonas más rurales rechazan, con mayor frecuencia, someterse a la prueba (5).

Nuestras preocupaciones

No conocemos a cuántas mujeres no alcanza el cuidado estándar del embarazo descrito y las razones de esta falta de cobertura del sistema público. Habitualmente, la población que no utiliza estos servicios es la que más los necesita por sus condiciones socio-económicas, culturales, familiares, lo que señala la necesidad de conocer y mejorar este aspecto.

Hoy en Asturias, con una población inmigrante cada vez más numerosa y con una cultura reproductiva diferente, nuestro reto es facilitar la accesibilidad cultural, económica y social de estas nuevas poblaciones al sistema de salud y cuidados*, adaptando el sistema sanitario a las nuevas situaciones* que se vayan generando.

Otro problema, en sentido inverso, es cuando al final de un embarazo fisiológico (sin riesgo añadido) el número de ecografías totales alcanza cifras espectaculares (8-10-12 ecografías), lo que indica desde solapamientos entre la atención privada y la pública, descoordinación entre los distintos y numerosos profesionales que atienden a la mujer embarazada, o simplemente una mala práctica clínica.

Los problemas que desde hace años vienen arrastrando los programas de diagnóstico prenatal en Asturias (falta de una unidad regional de referencia, no realización de las interrupciones del embarazo en el sistema público, así como la necesidad de revisión de las estrategias de diagnóstico prenatal) han sido repetidamente referidos y analizados en documentos anteriores (1 y 5) por lo que no vamos a repetirlos en este informe.

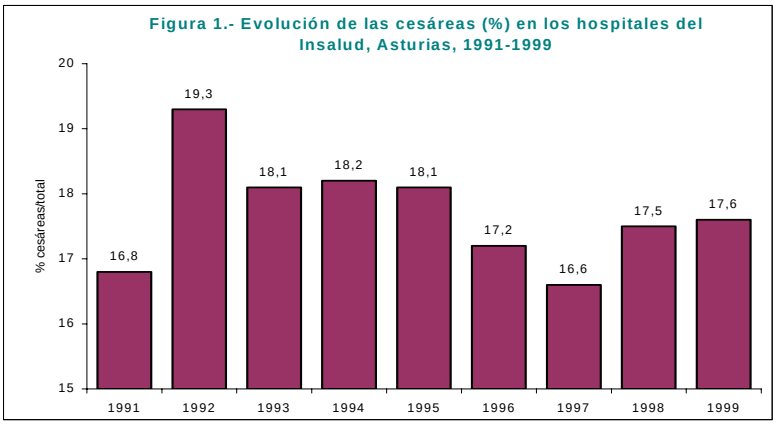
¿Dónde y cómo parimos las asturianas?

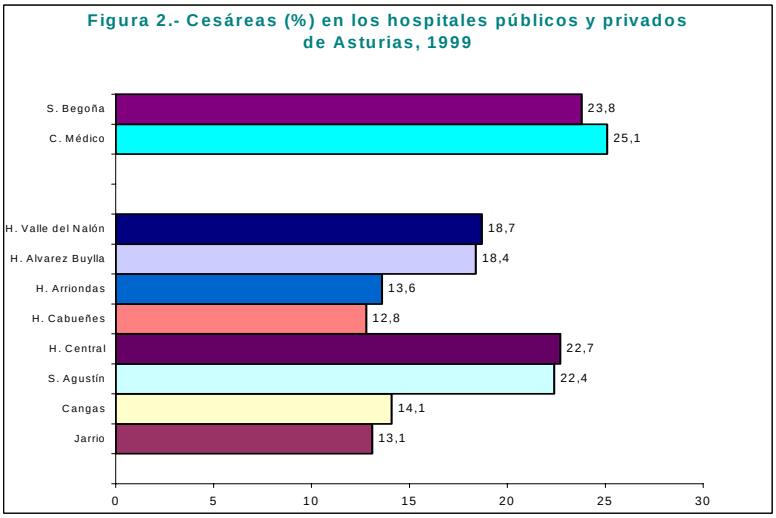
Actualmente en Asturias el parto es hospitalario: menos de uno de cada cien partos tiene lugar en casa, los cuales pudieran estar relacionados más con una opción personal que con la falta de accesibilidad a un centro hospitalario.

El 91% de los partos tiene lugar en los hospitales públicos, un 3% en el hospital de Arriondas y el resto en los centros privados .

Las cesáreas

La proporción de cesáreas en los hospitales del INSALUD (6) de Asturias, parece haberse estabilizado y se situó en 1999 en torno a un 18% del total de partos (Fig 1).





Las diferencias entre estos hospitales (Fig 2) varían entre un máximo de un 22 % (Central y San Agustín) y un mínimo de un 13%, en el que se sitúan Cabueñes, Arriondas y Jarrio. Parte de estas diferencias entre los hospitales públicos, podrían deberse a la derivación/acogida de embarazos de riesgo.

Los hospitales privados alcanzan las cotas más altas de cesáreas (7); en Asturias: 25,1% el Centro Médico y 23,8% el Sanatorio Begoña. En 1996 las cifras para el conjunto de España fueron 17,3 en los hospitales públicos y 25,8 en los privados (8).

Hay varios factores relacionados con la práctica de cesáreas: la proporción de primíparas, la edad avanzada de la madre, la multiplicidad del embarazo y la cesárea previa. Sin embargo, estos factores presentaron una tendencia al aumento en los últimos años en Asturias (1) y ello no se correspondió con una tendencia paralela de las cesáreas, que fueron disminuyendo (Fig 1).

De otro lado, no parece que estos factores dentro de Asturias, se distribuyan de forma tan desigual como para explicar toda la diferencia que existe entre los centros en Asturias. Por lo que parece que pudiera estar relacionada, tambien, con diferentes prácticas clínicas. En este sentido merece la pena recordar que la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia considera un máximo de un 15% como criterio de buena práctica clínica.

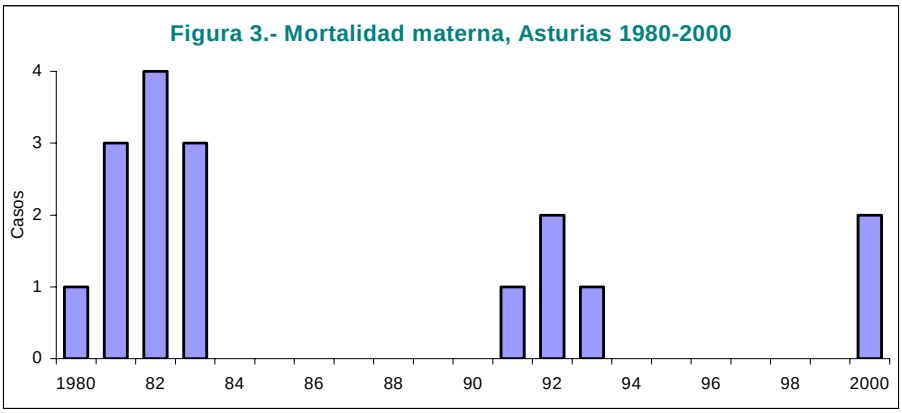
La episiotomía

La episiotomía, que comenzó siendo una práctica con indicaciones precisas, es hoy una práctica traumática generalizada en nuestras maternidades (por encima del 80% de los partos); estas cifras nos colocan dentro del rango de los países en desarrollo, donde también están llegando las prácticas exportadas de nuestro medio (9).

¿Son estas cifras parte de la medicalización innecesaria del parto? ¿qué efectos perjudiciales produce en la salud de las mujeres?. Es obligado poner encima de la mesa esta práctica rutinaria y replantear su uso, como ocurre en otros países donde la frecuencia se mueve entre el 15 % (9) y el 30% (10).

Mortalidad materna

En el período 1980-2000, cuando el parto en Asturias era prácticamente hospitalario, murieron 17 mujeres como consecuencia de complicaciones en el embarazo, parto y post-parto (Fig 3).



Fuente: Registro de Mortalidad. Sección de Información Sanitaria

En el período 1980-1987, anterior a la ley de despenalización del aborto, la tasa de mortalidad materna fue de 12 casos por cien mil nacidos vivos, cinco de las muertes fueron consecuencia de un aborto. En el período 1988-2000, la tasa fue de 6,6 muertes por cien mil; de las seis muertes, la de 1993 fué a consecuencia de un aborto ilegal .

La tasa de España en el período 1990-1997 fue de 3,6 por cien mil (11).

Es obligado un estudio protocolizado de cada muerta materna y de sus circunstancias sociosanitarias, tanto de las captadas por los registros de mortalidad como por las fuentes hospitalarias.

Recomendaciones

Redefinir, a la luz de los conocimientos actuales, las actuaciones recomendables en el cuidado del embarazo y unificar dichas actuaciones entre las áreas. Consecuentemente, revisar el programa de atención al embarazo, que ya cumple décadas.

Hacer públicas estas recomendaciones para el conocimiento, educación y empoderamiento de las mujeres, es decir, que las conozcan, elijan y exijan.

Fomentar el papel de la atención primaria y el ***autocuidado personal*** *de este proceso natural.*

Dotar y poner en marcha una unidad regional de referencia para los programas de diagnóstico prenatal. Resolver el tema de las interrupciones del embarazo derivadas.

Conocer la utilización de los servicios de atención al embarazo por parte de colectivos sociales desfavorecidos, velando por la equidad de nuestro sistema sanitario y social.

Evaluar rigurosamente el uso de las cesáreas en Asturias -investigando las diferencias mostradas- y el uso de la episiotomía.

Definir de forma consensuada con los obstetras las indicaciones precisas de una y otra intervención, elaborando un protocolo único para todas las maternidades de Asturias.

Informar adecuadamente a las mujeres de los riesgos innecesarios del uso no indicado de estas técnicas, para aumentar su capacidad de decisión informada.

Monitorizar y evaluar periódicamente ambos indicadores.

Investigar protocolizadamente cada muerte materna y las circunstancias sociosanitarias que la acompañan.

Y lo que es fundamentalmente,
contemplar y articular la participación de las mujeres,
a través de sus asociaciones,
desde la elaboración, la puesta en marcha y la toma de decisiones
en los temas aquí planteados

Esta es una aportación a este informe de una mujer que vive en Asturias. La transcribimos tal y como nos llegó.

Mi parto en casa

Tenemos dos hijos que nacieron los dos en casa. No tenemos experiencia ninguna de parto en el hospital.

Los primeros meses de mi gestación, pasé con la cabeza como envuelta en nubes. A partir del quinto mes comencé a ocuparme del hecho de cómo organizar mi parto. De formular mis propias ideas y de considerar mis posibles actividades.

Por parte del personal responsable de ginecología encontré poca comprensión por esta actitud (uno me señaló que eran ellos que hacían el parto y de no preocuparme porque tendré un hijo guapo).

Un parto sin complicaciones serias no lo considero como enfermedad sino como proceso natural, que se vive preferentemente en el entorno propio. Los momentos de las contracciones son momentos altamente íntimos y uno(a) necesita toda su atención y concentración para responder adecuadamente, que supone como base fundamental un entorno vivido como seguro y con gente de íntima confianza. Lo cual para mí supone estar en mi propia cama, en presencia de mi marido y además asistida por una comadrona/ médica, por supuesto conocida de visitas y controles múltiples anteriores. Este procedimiento es perfectamente normal en mi país de origen, Nederland.

Mis dos hijos nacieron tranquilos y contentos, no lloraron inmediatamente al nacer y tampoco las veinticuatro horas después. El cordón umbilical se cortó sólo después de terminarse las pulsaciones. Recibí los recién nacidos inmediatamente encima de mi vientre y chuparon la teta poco después.

Como elemento de consideración del parto en casa hay que destacar el trabajo de limpieza del entorno y de todos los artefactos utilizados.

Si las mujeres estuvieran mejor informadas de todo el proceso de la gestación y del parto y su evolución, y así se motivaran para adoptar una participación más activa, desaparecerían gran parte de ansiedades vividas hoy en día por innumerables mujeres.

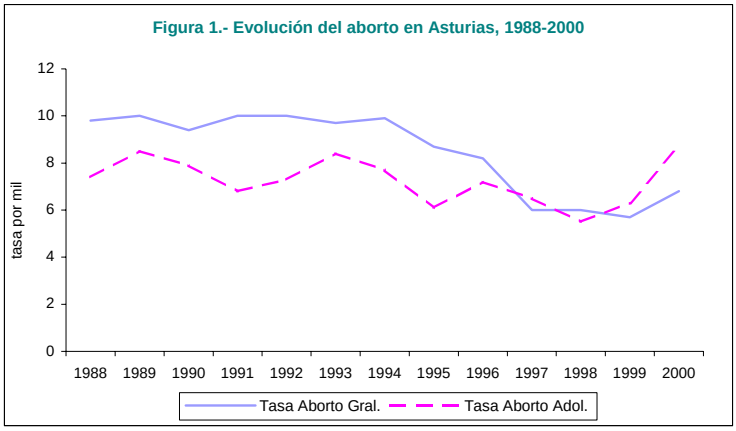
Ina de Vries

EL ABORTO

El aborto se legalizó en España en 1985; en 1986 se regulariza la notificación de las interrupciones legales del embarazo y se realizan las primeras en los centros públicos de Asturias; en 1987 se establecen las primeras clínicas privadas.

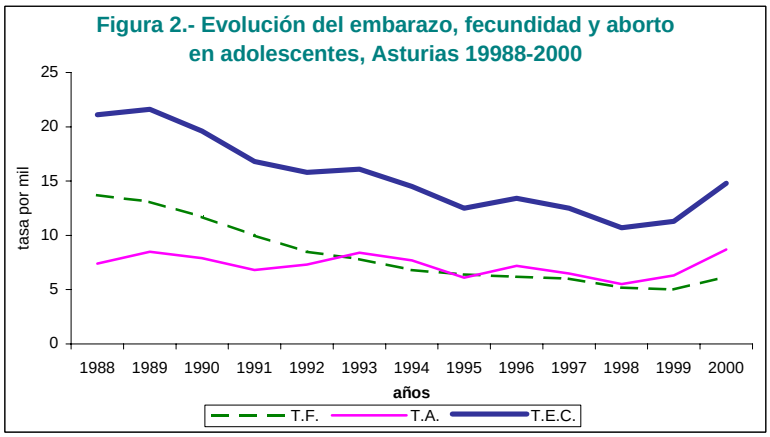
Desde 1988 existen datos para Asturias del Registro de Interrupciones Voluntarias del Embarazo (IVE) de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios y datos para España del Ministerio de Sanidad y Consumo, que permiten conocer la evolución de este indicador.

En Asturias, la tasa de aborto alcanzó su valor más alto en los años 1991-1992, en el que se realizaron 10 abortos por cada mil mujeres en edad fértil (15-49 años); a partir del año 1993 fue disminuyendo progresivamente (Fig 1), situándose actualmente en 6.8 por mil (1893 abortos en el año 2000). Esta cifra es similar a la cifra global para España y muy inferior a la de otros países europeos (12).



Fuente: Registro de IVE, Consejería de Salud y Servicios Sanitarios

En las adolescentes asturianas (15-19 años) la tasa de abortos alcanzó la cifra de 9 abortos por mil adolescentes en 1989 y a partir de entonces ha venido presentando fluctuaciones (Fig 1 y 2), situándose actualmente en 8.7 abortos por mil (265 abortos en el año 2000). En esta ocasión nuestras cifras están un punto por encima de las españolas (7.5 por mil) y son muy inferiores a las europeas (entre 12-15 por mil) y las de EEUU (hasta de 25 por mil).

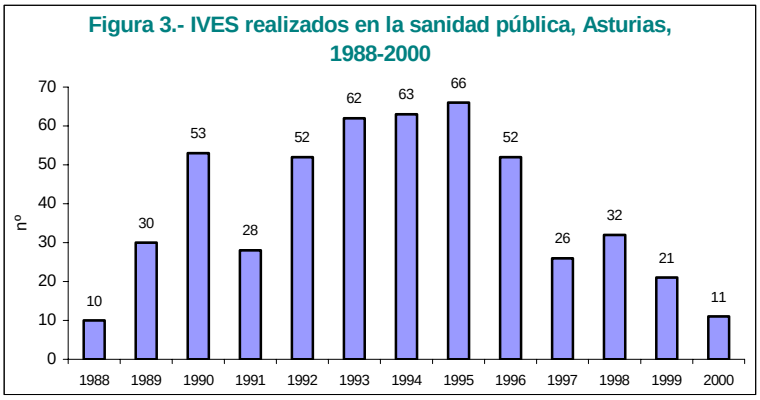


Fuente: Registro de IVE, Consejería de Salud y Servicios Sanitarios

La tasa de embarazo conocido (TEC) en las adolescentes (tasa de fecundidad+tasa de aborto) presentó una clara tendencia al descenso en el periodo, con un repunte al final del mismo (Fig. 2).

¿Dónde se realizan los abortos?

Actualmente, en Asturias sólo uno de cada cien abortos se realiza en un hospital público. El 99% del total de interrupciones se realizan en la asistencia privada. Todos los hospitales públicos están reconocidos desde 1987 para la práctica del aborto. A pesar de ello, el acogimiento a la clausula de "objeción de conciencia" de algunos obstetras y anestesistas, y la insuficiente atención prestada por las gerencias a este tema hace impracticable el ejercicio de este derecho en la red pública.



Fuente: Registro de IVE, Consejería de Salud y Servicios Sanitarios

Esta situación, precaria de partida, ya que sólo se realizaban en los hospitales públicos los casos de malformación/riesgo fetal y enfermedad/riesgo de la madre, vino agravándose en los últimos años, en los que sólo algunos hospitales públicos realizan estas IVEs (Fig 3).

Como consecuencia, una mujer embarazada con un diagnóstico prenatal de malformación fetal severa o de enfermedad materna realizado en un hospital público, se ve obligada a acudir a otro centro (privado y en ocasiones fuera de Asturias) para que le sea practicada una interrupción legal de ese embarazo. A ésto se añade que en los casos de afectación fetal las clínicas privadas no cuentan, en general, con la posibilidad de realizar un estudio anatomo-patológico posterior al IVE, lo que compromete la calidad del diagnóstico final y el consejo genético.

Esto pone en evidencia las dificultades
de llevar a la práctica los criterios de accesibilidad, equidad y justicia social
recogidos en nuestras normas jurídicas y, particularmente, en la Ley General de Sanidad.

Recomendación

Es urgente solucionar el tema de las IVES, con especial atención a las de defectos congénitos y enfermedad materna.
Es urgente abordar los problemas que presentan los programas de diagnóstico prenatal en Asturias desde hace años, señalados repetidamente en los últimos informes del Grupo de Trabajo de Diagnóstico Prenatal (5).

LA SALUD EN LA MENOPAUSIA

La menopausia es una fase en la vida de la mujer donde la medicalización ha cobrado mayor fuerza en las últimas décadas. Los intereses económicos que hay detrás no son ajenos a este proceso.

Al igual que ocurrió con la maternidad anteriormente, la menopausia está dejando de ser un proceso natural y una experiencia vital de las mujeres, con sus ventajas y sus inconvenientes, para convertirse en una "enfermedad", cuajada de signos y síntomas físicos y psicológicos que ocupan y preocupan a diversos profesionales (13).

La vivencia de la etapa de la menopausia, quizá tenga menos que ver con el cambio hormonal de lo que se le atribuye, difiere de unas culturas a otras y depende estrechamente del contexto social y cultural.

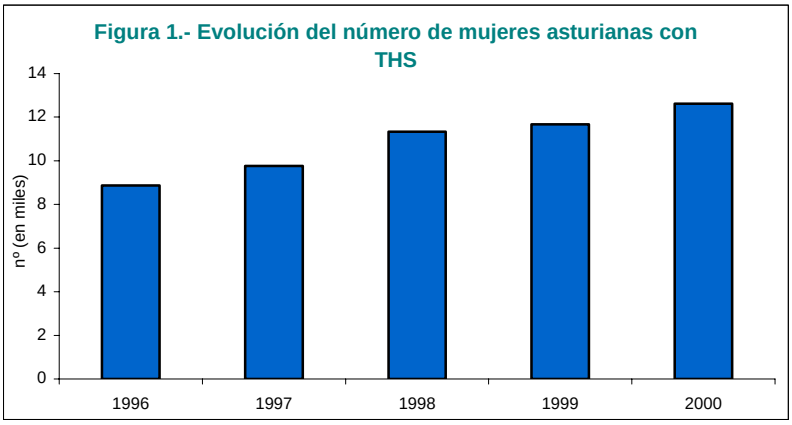
El importante intervencionismo sanitario en nuestra sociedad está muy relacionado con y se beneficia de los valores y estereotipos que la sociedad actual difunde en relación con la mujer: *no es lo mismo madurar y envejecer siendo mujer que siendo hombre*. El avance tecnológico (medicamentos) favoreció, en esta ocasión, el que la menopausia sea una oportunidad más para la intervención y el posible beneficio económico.

El "tratamiento" de la menopausia: Las ventas de THS

Para reflexionar sobre la medicalización, vamos a referirnos solamente a los "tratamientos" médicos más visibles, el tratamiento hormonal sustitutivo (THS), prescrito desde las consultas de menopausia tan florecientes en los últimos años.

Hemos investigado el total de ventas en Asturias de todas las especialidades farmacéuticas utilizadas en el tratamiento hormonal en la menopausia a través de los datos suministrados por los almacenes de distribución farmacéutica ubicados en Asturias (COFAS, CEFASA y CENFARTE). Existen, al menos, 24 especialidades que se utilizan, bien en forma de parches, grageas o geles, de composición y dosis diferentes.

Los datos recopilados de 1996-1998 no incluían las ventas de un almacén (al no estar informatizadas); por lo que, en base a los datos completos disponibles para los años 1999-2000, realizamos una estimación de la totalidad de ventas para esos primeros años y completamos así una serie de cinco años.



En el año 2000 se vendieron en Asturias 151.520 unidades de estos productos, lo que traducido a mujeres-año en tratamiento, supondría en torno a las 12.627 mujeres. La evolución del número de mujeres sometidas a TSH fue ascendente, y ese aumento fue de un 42% entre 1996 y el año 2000 (Fig 1).

Desconocemos la edad de las mujeres usuarias de TSH. Asumiendo que la mayor parte de las prescripciones se realizasen en el grupo de 50-54 años, en 1996 hubieran estado con tratamiento sustitutivo un 28% de las mujeres de esa edad y en el año 2000 un 34%.

Esta estimación concuerda globalmente con los datos recogidos por encuesta en los hospitales (públicos y privados) de Asturias. Las diferencias entre los hospitales son muy importantes: la proporción de mujeres con THS, de las que acuden a las consultas de menopausia, varía entre un 14% y un 48% en los hospitales públicos y entre un 30-50% en los privados. El total de gasto farmacéutico (y los correspondientes beneficios) en estos productos en Asturias, en el año 2000, ascendió a 275,674.000 pesetas; a ésto habría que añadir las repetidas consultas y técnicas derivadas (ecografías, citologías, mamografías...).

La evidencia actual en relación con el THS:

En los últimos años, vienen publicándose trabajos (14 y 15) planteando serias dudas en relación con los supuestos beneficios y los riesgos del THS. Esta bibliografía planteaba la necesidad de ser prudente y limitar el THS a indicaciones muy concretas.

Hoy en día, con la finalización y publicación de los resultados del estudio Women´s Health Initiative (16), y en espera de los del estudio de Oxford (17) parece haber suficiente evidencia científica para concluir que “el mensaje para las mujeres sanas sin síntomas severos de menopausia es ahora claro: evitar en la medida de lo posible el THS, el cual, bien mirado, produce más daño que beneficio” (18). Sackett en su comentario *La arrogancia de la medicina preventiva* apunta la necesidad de que los expertos aprendamos de la historia para minimizar los daños no deseados de nuestras actuaciones (19).

Estos resultados y la dimensión poblacional del uso del THS en Asturias, hace de ello un problema relevante de salud pública.

Recomendaciones

Las políticas de salud pública deberían promover actuaciones para todas las mujeres adultas, que sabemos ayudan a prevenir la osteoporosis y mejoran las molestias derivadas de los cambios hormonales, sin costes/riesgos añadidos: el ejercicio físico habitual (20, 21 y 22), una dieta equilibrada rica en calcio, así como actuaciones que faciliten que las mujeres mejoren su identidad y autoestima personal y social .

A la luz del conocimiento actual, urge revisar rigurosamente las recomendaciones actuales del THS con los profesionales de la salud, principalmente de ginecología.

Es obligado informar verazmente a las mujeres de dichas recomendaciones para que tomen sus decisiones con conocimiento de los riesgos que asumen y de los beneficios reales de las actuaciones y, con ello, participen activamente en el cuidado de su salud.

Las autoridades sanitarias deberán establecer un riguroso seguimiento de la puesta en práctica de las nuevas recomendaciones, que asegure la protección de la salud de miles de mujeres.

Bibliografía

1. Grupos de Trabajo del Informe de Salud Materno-Infantil: Informe de la Salud Materno-Infantil en Asturias. Consejería de Salud. Asturias, 2002.
2. INSALUD. Cartera de Servicios de Atención Primaria, 1999. Asturias
3. De Vigan C and col: Therapeutic Drug Use During Pregnancy: A comparison in four European Countries. J Clin Epidemiol 1999, vol 52, nº 10, 977-982.
4. Grupo de Trabajo de Diagnóstico Prenatal: Evaluación del Estudio Ecográfico Rutinario en el Diagnóstico Prenatal de los Defectos Congénitos en Asturias, 1996
5. Grupo de Trabajo de Diagnóstico Prenatal. Programa de Diagnóstico Prenatal del Síndrome de Down y otras Cromosomopatías. Evaluación 1994-1999. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, septiembre, 2000.
6. INSALUD. Asistencia especializada. Actividad 1997. Evolución de indicadores 91-97. Madrid, 1998
7. Ministerio de Sanidad y Consumo: Estadísticas de Establecimientos Sanitarios en Régimen de Internado, 1999 (no publicado)
8. Llácer A: Mejorar la salud de las mujeres. En Informe SESPAS 2000: La Salud Pública ante los desafíos de un nuevo siglo. Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada 2000.
9. Maduma Butshe A, Dyall A, Garner P: Routine episiotomy in developing countries. Time to change a harmful practice. BMJ 1998; 316: 1179-1180
10. Henriksen TB, Bek KM, Hedegaard M and col: Methods and consequences of changes in use of episiotomy. BMJ, 1994; 309: 1255-1258
11. INE y SADEI: Movimiento Natural de la Población. Defunciones según la Causa de Muerte, 1990-1997
12. Ministerio de Sanidad y Consumo: Interrupción Voluntaria de embarazo, 1988-2000. Madrid.
13. Meyer VF. The medicalization of menopause: critique and consequences. Int J of Health Services 2001; 31: 769-792
14. Hemminki E McPherson K: Impact of postmenopausal hormone therapy on cardiovascular events and cancer: pooled data from clinical trials. BMJ 1997; 315: 149-53.
15. Barrett Connor E and Stuenkel CA: Hormone Replacement Therapy (HTR), risk and benefits (review article). Int J Epidemiol 2001; 30: 423-426.
16. Writing Group for the Women´s Health Initiative Investigators: Risk and Benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women. Principal results from de Women´s Health Initiative Ramdomized Controlled Trial. JAMA, 2002, vol 288, nº 3: 321-33.
17. 14.Vickers MR, Meade TW, Wilkes HC. Hormone replacement therapy and cardiovascular disease: the case for a randomized controlled trial. Ciba Found Symp 1995: 191: 150-60.
18. Yusuf S and Anand S: Hormone replacement therapy: a time for pause. CMAJ, 2002; 167(4): 357-59.
19. Sackett DL: Hormone replacement therapy: The arrogance of preventive medicine. CMAJ, 2002; 167(4): 363-4.
20. Coupland C, Cliffe S, Bassey J and col: Habitual physical activity and bone mineral density in postmenopausal women in England. Int J of Epidemiol 1999; 28: 241-246.
21. Wagner EH, LaCroix AZ, Buchner and col: Effects of physical activity on health status in older adults I: observational studies. Annual Revue of Public Health, 1992; 13: 451-468.
22. Buchner DM, Beresford SA, Larson EB and col: Effects of physical activity on health status in older adults. II. Intervention studies. Annu Rev Public Health 1992; 13: 469-88.

ALICIA. 5 años

4 La violencia contra las mujeres

LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES

La violencia de los hombres contra las mujeres, también llamada violencia de género, es una expresión de la relación de desigualdad entre hombres y mujeres. En nuestro entorno, hay muchas formas de violencia -sexual, física, laboral, psíquica- sin embargo, aquí vamos a referirnos a la violencia denominada maltratos y a los delitos contra la libertad sexual.

La información en este tema es muy escasa, al igual que los estudios específicos; los datos sistemáticos y disponibles son los publicados por el Instituto de la Mujer, elaborados a partir de las denuncias notificadas por el Ministerio del Interior. Estos datos no incluyen el País Vasco, Gerona y Lérida. Esta es la información que analizaremos y comentaremos a continuación.

Las muertes

En España, en el año 2000, 48 personas fueron víctimas mortales de la violencia de género, de ellas 42 fueron mujeres. En los ocho primeros meses del año 2001, hubo 31 muertes, 28 de ellas fueron mujeres. Se viene constatando un aumento en el número de muertes de mujeres en los últimos años y en 1999 se registró la primera en Asturias.

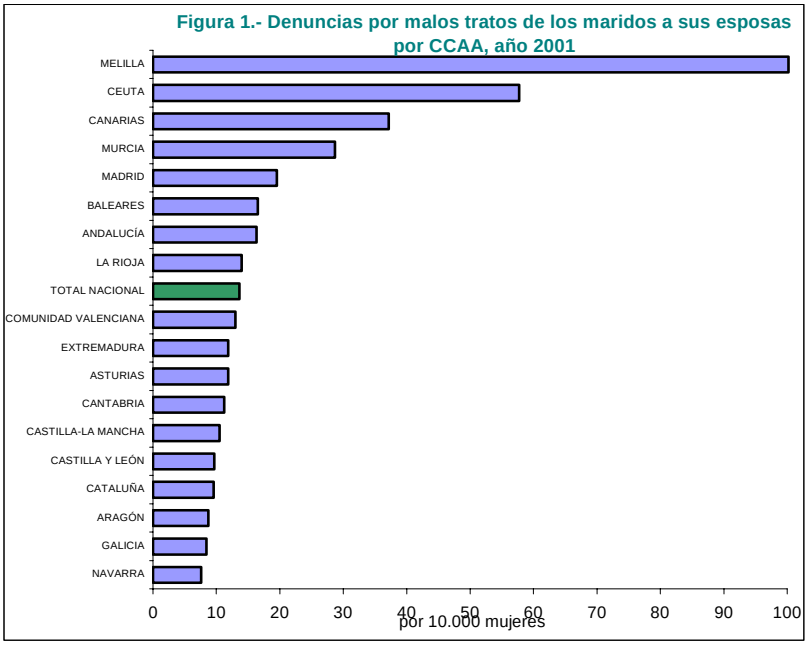
Hay que tener en cuenta que este número se refiere sólo a los casos mortales en el momento de la agresión, no contabiliza los que ocurren en los días sucesivos a la agresión, es decir son *datos subregistrados*.

Los malos tratos denunciados y la magnitud real del maltrato

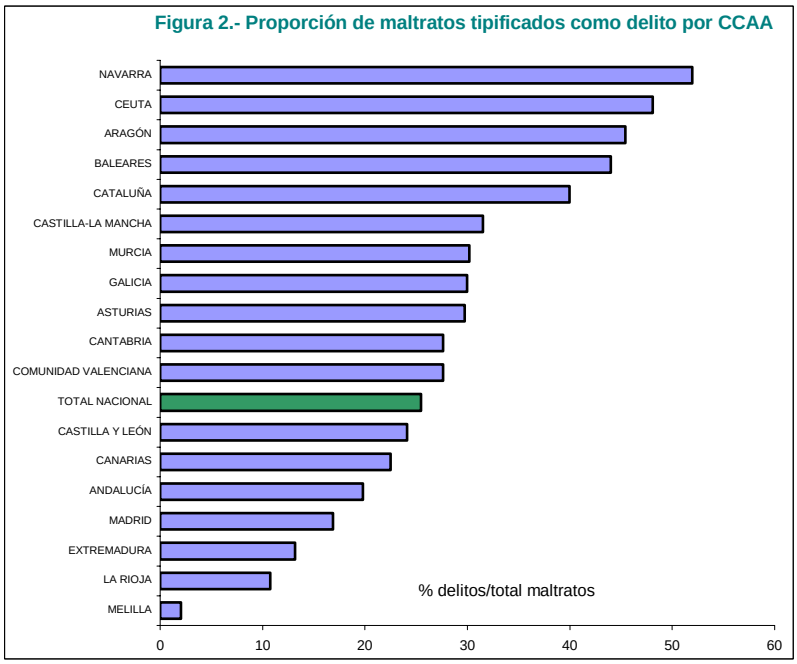
En el año 2000 se registraron 22.397 denuncias por malos tratos (físico o maltrato físico+psíquico) de las cuales 569 correspondieron a Asturias. En el período enero-julio del año 2001, las denuncias fueron 13.888 en el global de España y 333 de ellas se produjeron en Asturias.

Asumiendo que la frecuencia para el resto del año fuese la misma que en los siete primeros meses, se elaboraron cifras estimadas para el año 2001. La frecuencia de denuncias en España para este año sería de 12 casos por cada 10.000 mujeres (11 por diez mil en el 2000). La distribución no es homogénea por CCAA. Asturias presentó una frecuencia intermedia (10 por diez mil) y parece que las comunidades del sur presentan una frecuencia más alta (Fig 1).

Este hecho pudiera tener dos interpretaciones: que en el sur se denuncia el maltrato sufrido por las mujeres con más frecuencia o que, se denuncia por igual, y en el sur hay mayor frecuencia de maltrato.



Fuente: Instituto de la Mujer, Madrid



Fuente: Instituto de la Mujer, Madrid

La proporción de denuncias por malos tratos que finalizan en delito varía enormemente de unas comunidades a otras (Fig 2): a nivel nacional sólo uno de cada cuatro (28%) maltratos denunciados se tipifica como delito; en Asturias la situación es similar (33%).

Sin embargo Navarra, que es la comunidad que presenta una menor frecuencia de maltrato denunciado, es la comunidad en que con mayor frecuencia se consideran delito los malos tratos.

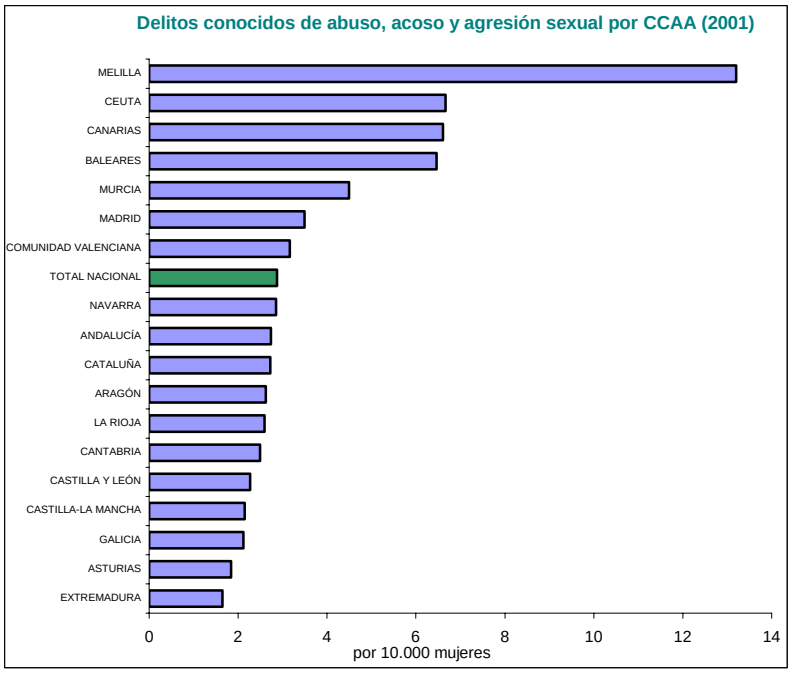
Pudiera pensarse que estas diferencias se deben estrictamente a la naturaleza de la agresión, sin embargo *el papel del sistema policial y judicial y el entorno social* es de crucial importancia.

Hay que recordar que, según la bibliografía, sólo un 10% del maltrato es denunciado, lo que supondría que en Asturias, en la realidad, en torno a 5.000 mujeres son víctimas de maltrato cada año.

Agresiones sexuales denunciadas

En las estadísticas mencionadas, los delitos conocidos de agresión sexual son de tres por cada 10.000 mujeres en España, dos por cada 10.000 en Asturias (Fig 3).

La mayoría de estas agresiones denunciadas son de las que ocurren fuera de la pareja. Además no suelen denunciarse las agresiones sexuales cuando acompañan a los malos tratos.



Fuente: Instituto de la Mujer, Madrid

Estas agresiones denunciadas son sólo una parte mínima de la realidad. Estudios realizados en Europa sobre abusos sexuales en la infancia y adolescencia, recogidos a través de encuesta, publica cifras de hasta un 22% de abusos en menores de 18 años.

Los malos tratos y el sistema de salud

Aunque no conocemos ningún estudio que aborde este tema en Asturias, las cifras que se comentan a continuación son muy expresivas.

En países europeos que han estudiado el tema del maltrato desde los servicios sanitarios, encontraron prevalencias de maltrato detectado muy altas: de un 23 a un 42% de las mujeres que acuden a atención primaria sufrían o habían sufrido maltrato; hasta un 68% de las mujeres solicitantes de servicios de salud mental sufrían o habían sufrido violencia física y un 38% violencia sexual; entre un 22 y un 35% de las mujeres atendidas en los servicios de urgencias presentaban síntomas relacionados con el maltrato (1).

Naturalmente, la misma mujer puede acudir a varios dispositivos del sistema sanitario, o al mismo dispositivo con mucha frecuencia –son personas multifrecuentadoras- con cuadros difusos, síntomas vagos, crónicos o de repetición... Frecuentemente, la detección del problema de fondo no se realiza y, por tanto, no se aborda, lo que contribuye a la pérdida de salud y la cronificación de la situación.

Los apoyos sociales a las mujeres maltratadas

En la memoria sobre violencia-2000 del Instituto Asturiano de la Mujer, se recogen los dispositivos de apoyo a estas mujeres.

Los centros asesores de la mujer: En Asturias existen 15 centros, atendidos por abogadas. En el año 2000 en estos centros se atendieron 6847 demandas, de las cuales 689 (10%) fueron demandas de información por malos tratos.

Las casas de acogida: En Asturias existen cinco casas de atención y acogida a las mujeres víctimas de violencia doméstica y un piso tutelado. Estos recursos están en Gijón, Oviedo, Avilés y Valdés y atienden las necesidades de toda Asturias. Estas casas tienen una capacidad total para acoger a 65 mujeres y a 40 menores.

Otras actuaciones: El Instituto de la Mujer de Asturias junto con las Direcciones Generales de Salud Pública y de Servicios Sociales, están desarrollando talleres de sensibilización, formación a los profesionales del sistema sanitario, trabajadores sociales y profesionales de los recursos específicos de apoyo, con el fin de mejorar la detección y apoyo a las mujeres.

Comentarios

Las cifras presentadas no son más que la punta del iceberg, ya que se estima que sólo un 10% de las acciones violentas contra las mujeres son denunciadas y que una mujer que denuncia tarda una media de 10 años de maltrato para decidirse a denunciar.

El sector más desprotegido es el de las mujeres con bajo nivel de educación y el de las amas de casa, por su falta de recursos, de formación profesional, por su aislamiento social y la falta de información sobre sus derechos y de los recursos de apoyo que pudieran existir.

Los problemas de salud física y mental que la violencia genera en las mujeres, no se limitan a la agresión puntual en sí, sino que acarrea toda una serie de secuelas bien descritas como miedo contínuo, ansiedad, trastornos del sueño, hipervigilancia, sentimientos de rabia, depresión... que en ocasiones conducen al suicidio (2).

Las consecuencias en la salud, no se limitan a las mujeres: las niñas, niños y jóvenes que son testigos –o también víctimas- de la violencia en la pareja tienen mayor probabilidad de presentar problemas emocionales, trastornos del sueño y la alimentación, del comportamiento... Lo que aumenta la magnitud y trascendencia del problema.

Un factor clave de estos problemas es su "invisibilidad" ligada a la privacidad y el grado de tolerancia social hacia ellos, la tolerancia institucional, administrativa, comunitaria...

Recomendaciones

No estamos en condiciones de hacer un análisis acabado de este tema, ni para acercarnos a la magnitud del problema, ni para plantear seriamente el abordaje del mismo desde Salud Pública. Es necesario un planteamiento multidisciplinar, interinstitucional e integral para establecer actuaciones coordinadas.

Mientras tanto, a la Dirección General de Salud Pública, correspondería al menos:

Promover y participar en actuaciones conjuntas con otras organizaciones e instituciones (Instituto de la Mujer, Ayuntamientos, Justicia, Interior, Educación...) que tengan por finalidad:

Prevenir el maltrato, disminuir la violencia social y contra las mujeres: disminuir la tolerancia social hacia la violencia y el maltrato
Aumentar la autoestima de las mujeres
Coordinar las actuaciones de atención y apoyo social a las mujeres maltratadas en el terreno, en la comunidad
Crear oportunidades en el sistema sanitario y en la red de apoyo social para la detección temprana y denuncia del maltrato a través de la sensibilización, formación... de los profesionales en los sistemas respectivos, de forma conjunta y coordinada

Definir, aprobar e implantar un sistema de vigilancia (de registro) de los casos de malos tratos, al menos los atendidos en el sistema sanitario, y de todos los casos de muerte derivados del mismo. Este registro permitirá una valoración continuada y orientará otras intervenciones.

Investigar, con el diseño apropiado, la dimensión real de este problema, lo que ayudará a conocerlo mejor, a mostrarlo y a disminuir su tolerancia social.

Investigar cada caso de suicidio en mujeres, sus circunstancias y móviles, ya que parte de estos casos pudieran ser consecuencia de situaciones crónicas de malos tratos.

Las acciones señaladas, algunas iniciadas tímidamente, necesitan más impulso, más recursos y una posición prioritaria en la agenda de Salud Pública.

Estas y otras actuaciones ayudarán a hacer visible
este problema de salud e injusticia que afecta a tantas mujeres,
paso obligado para afrontarlo adecuadamente.

Bibliografía

1. Mullender A: La violencia doméstica: Una nueva visión de un viejo problema. Barcelona, Paidós 2000.
2. Villavicencio Carrillo P y Sebastián Herranz J: Violencia doméstica: su impacto en la salud física y mental de las mujeres. Instituto de la Mujer. Madrid, 1998.

INÉS. 8 años

5 Morbilidad

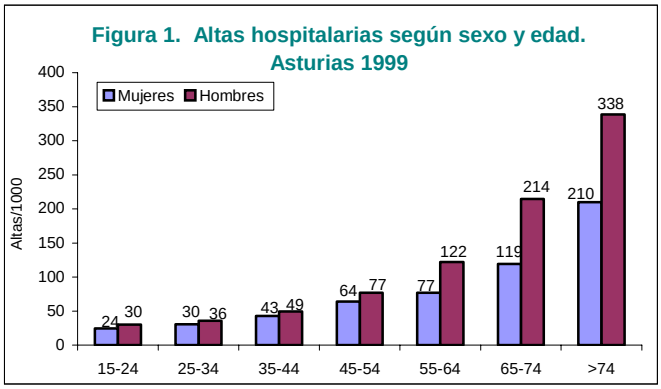
USO DE SERVICIOS SANITARIOS

Los datos utilizados en este apartado proceden del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de todos los hospitales de Asturias, aportado por el Ministerio de Sanidad y Consumo; los correspondientes a Atención Primaria han sido facilitados por las gerencias correspondientes.

Las mujeres tienen menos ingresos hospitalarios

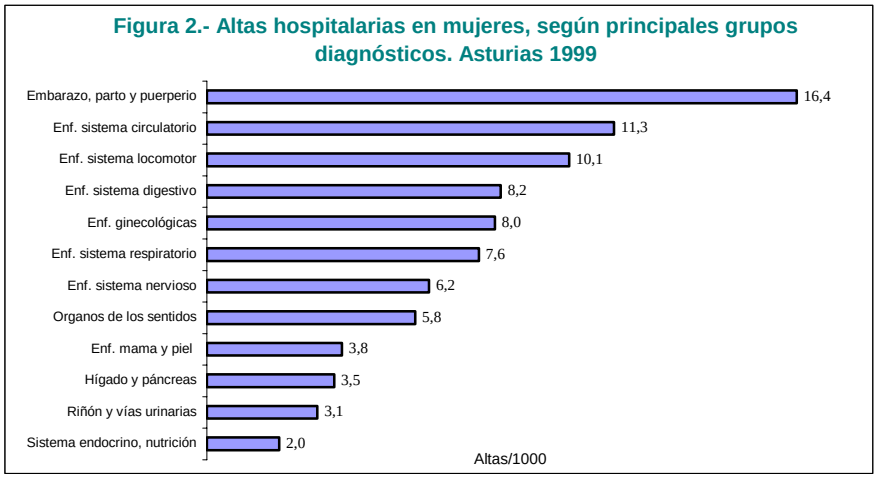
En el año 1999, fueron hospitalizadas 93 de cada 1000 mujeres asturianas y esta cifra desciende a 76 por mil si se excluyen los motivos de ingreso relacionados con el embarazo, parto y puerperio. En ese año la tasa de hospitalización en los hombres fue de 98 por mil.

Excluidos los motivos de ingreso por embarazo, parto y puerperio, en la figura 1 se observa el aumento de los ingresos con la edad y también que la menor hospitalización de las mujeres sucedió en todas las edades, con diferencias respecto a los hombres que aumentan de manera significativa a partir de los 55 años.



Fuente: Conjunto Mínimo Básico de Datos Hospitalario. 1999

Los motivos principales de ingreso hospitalario de las mujeres (Fig 2) fueron el embarazo, parto y puerperio en primer lugar, seguido de las enfermedades del sistema cardiovascular, del sistema locomotor (músculo esquelético y tejido conjuntivo) y del sistema digestivo.



Fuente: Conjunto Mínimo Básico de Datos Hospitalario. 1999.

Las diferencias en la hospitalización entre hombres y mujeres podrían explicarse, en parte, por la mayor frecuencia en los hombres de enfermedades respiratorias y cardiovasculares; éstas fueron los dos primeros motivos de ingreso en los hombres con unas tasas (18 y 17 por mil respectivamente) muy superiores a las que presentaron las mujeres.

Un uso más frecuente de los servicios de Atención Primaria

Los datos que se presentan a continuación representan a las Areas Sanitarias I (Jarrio), II (Cangas de Narcea), V (Gijón), VII (Mieres), VIII (Langreo) y Municipio de Oviedo durante el año 1999.

Se analiza el uso de los servicios de Atención Primaria a través de dos indicadores: ***Utilización*** como porcentaje de la población que tuvo algún contacto asistencial con estos servicios y ***Frecuentación*** como promedio de consultas/año de las personas que utilizaron estos servicios.

Respecto a la utilización fué más frecuente en las mujeres hasta la edad de 75 años, momento en se equipara a la utilización de los hombres (Fig 3).

La magnitud de este indicador resultó elevada a cualquier edad, incluso en las mujeres más jóvenes que aproximadamente siete de cada diez utilizaron estos servicios. A partir de los 45 años se observó un aumento constante y prácticamente todas las mujeres mayores de 75 años, al igual que los hombres, utilizaron estos servicios a lo largo del año (Fig 3).

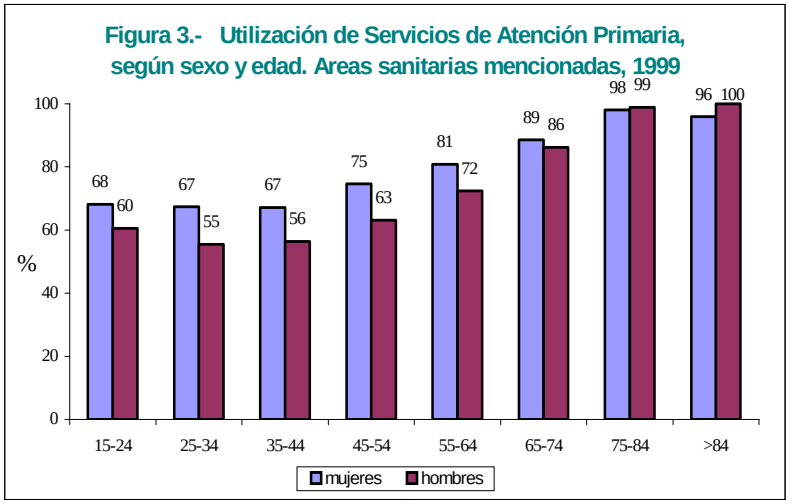
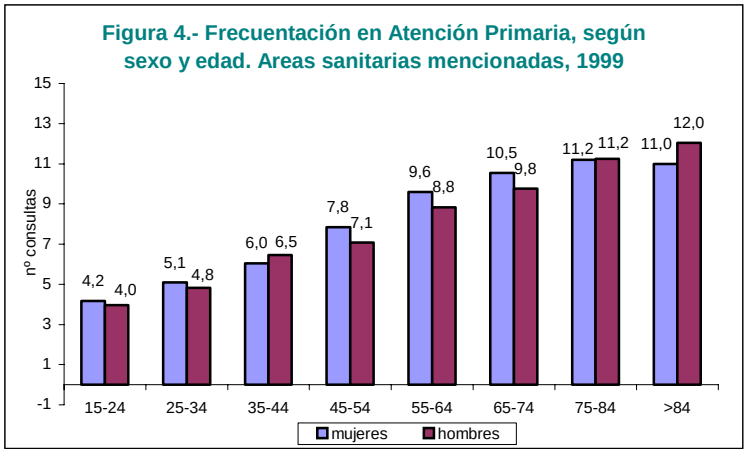


Figura 3.- Utilización de Servicios de Atención Primaria, según sexo y edad. Areas sanitarias mencionadas, 1999

Fuente: Gerencias Atención Primaria

En cuanto a la frecuentación (Fig 4), en general, fue mayor en las mujeres respecto a los hombres.

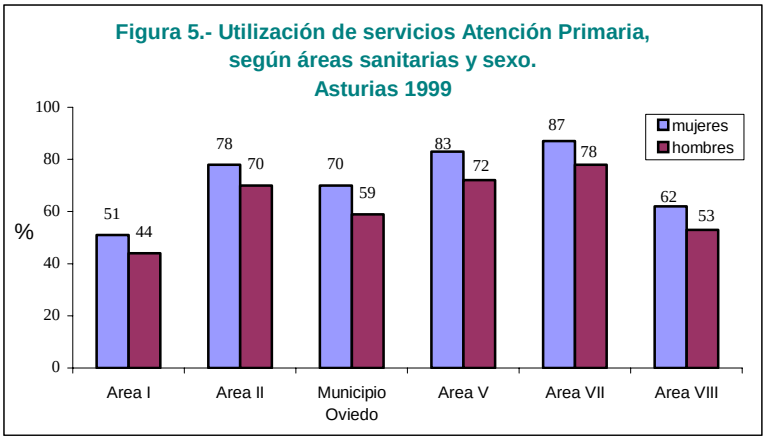
Las mujeres presentaron un aumento constante de la frecuentación con la edad, como era de esperar, pasando de 4 consultas/mujer/año en las más jóvenes a 11/consultas/mujer/año en las de más edad.



Fuente: Gerencias Atención Primaria

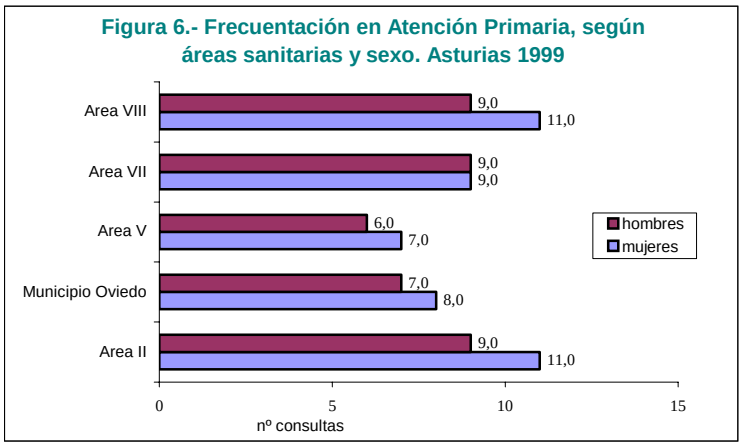
¿Hay diferencias en Atención Primaria por área sanitaria?

De las áreas sanitarias que aportaron datos para este informe, el Area VII (Mieres) presentó los valores más elevados en la utilización de los servicios de Atención Primaria (Fig 5). También llama la atención la marcada diferencia en la utilización entre las Areas I (Jarrio) y II (Cangas de Narcea), siendo ambas de ámbito fundamentalmente rural y estando toda la población integrada en el modelo de Atención Primaria.



Fuente: Gerencias Atención Primaria

Respecto a la frecuentación: El Area V (Gijón) presentó el menor promedio de consultas/persona/año y, en cambio, el Area VII (Mieres) se encontraba entre las Areas con mayor frecuentación. Las mujeres que presentaron los valores más elevados eran las del Area II (Cangas de Narcea) y Area VIII (Langreo) (Fig 6).



Fuente: Gerencias Atención Primaria

¿Por qué estas diferencias en Atención Primaria entre mujeres y hombres?

La mayor utilización de estos servicios por parte de las mujeres es un hecho verificado en otros estudios realizados en España y en otros países de Europa. Este hecho se ha atribuido a diferencias en las necesidades de salud, y en algunos estudios se constató una mayor morbilidad de las mujeres, en comparación a los hombres, sobre todo *porque acumulan más enfermedades crónicas*.

Una observación también consistente en la bibliografía es que las mujeres *presentan peor percepción de su salud* a cualquier edad y por lo tanto una mayor necesidad de cuidados sanitarios; sin embargo esta variable se relaciona con una utilización de los servicios de Atención Primaria en las mujeres ligeramente superior a la que tienen los hombres (1).

Se ha propuesto que la mayor demanda de las mujeres en Atención Primaria puede estar relacionada con problemas de salud específicos de las mujeres y uso de determinados servicios preventivos: anticoncepción, embarazo, parto y puerperio, screening de cáncer y menopausia.

También se ha descrito (2 y 3) una mayor frecuencia en las mujeres de problemas psicológicos y patología psicosomática o “signos y síntomas mal definidos o inespecíficos”: signos, síntomas y quejas -cefaleas, otros dolores, mialgias, mareos, vértigos, gastritis, fatiga, disnea, etc- sin patología objetivable.

Parece que la actitud y estereotipos de los profesionales sanitarios influye, en parte, en que la queja sea calificada como psicosomática con mayor frecuencia en las mujeres que en los hombres (3). También se ha sugerido que parte de estos procesos pueden responder a diagnósticos que los profesionales sanitarios no pueden identificar por utilizar criterios que se han estudiado únicamente en los hombres (como sería el caso de la enfermedad coronaria) (4).

Independientemente de estas posibles explicaciones, la patología psicosomática es la expresión a través del cuerpo de un sufrimiento psicológico importante. En la actualidad no se le presta la importancia debida desde los servicios sanitarios ya que a menudo son demandas infravaloradas, calificadas como leves y poco importantes. *En estos casos la respuesta única de la prescripción de fármacos conlleva la no resolución y cronificación de los problemas que dichos síntomas están enmascarando.*

Recomendaciones

Para conocer mejor las razones de las diferencias en el uso de servicios sanitarios en atención primaria y especializada, entre mujeres y hombres es necesario:

Investigar la magnitud y el sentido de estas diferencias y la contribución a las mismas de los diferentes problemas de salud que unas y otros padecen.
Incorporar el análisis diferenciado por sexos en la evaluación de la Cartera de Servicios de Atención Primaria.

Investigar en las mujeres el malestar etiquetado como "patología psicosomática" o "síntomas y signos inespecíficos", conocer su magnitud y caracterizar las causas que están motivando su expresión.

Investigar los posibles factores (sociodemográficos, morbilidad, funcionamiento de los servicios, etc) que se asocian al diferente uso de Atención Primaria por Areas Sanitarias.

LA ENFERMEDAD CORONARIA

El Infarto Agudo de Miocardio (IAM) es la expresión más importante de la enfermedad coronaria, la mayor epidemia de nuestro mundo "desarrollado" junto con el cáncer.

Es una importante causa de muerte en las mujeres asturianas; el infarto, junto con otras enfermedades isquémicas del corazón, causaron 642 muertes en el año 2000.

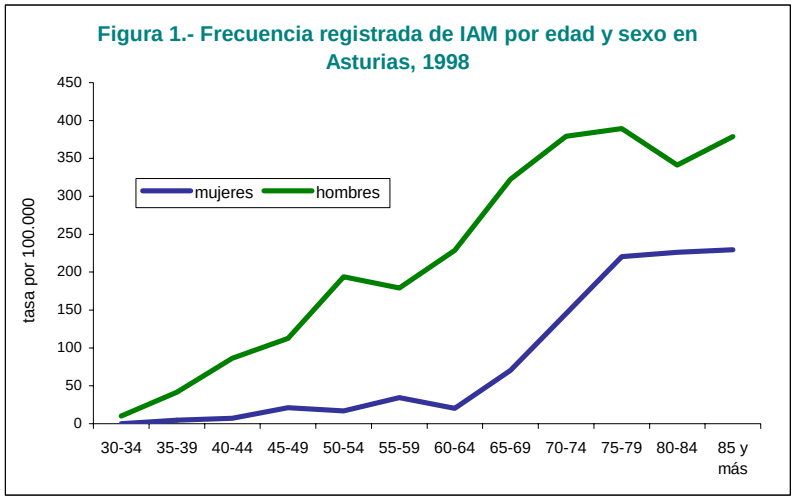
En 1998, se realizó un Registro de Infarto de Miocardio en Asturias (estudio RIMAS) para conocer la frecuencia de infarto atendido en los hospitales asturianos. Esta investigación, promovida por la Sociedad Asturiana de Cardiología, nos permite conocer la magnitud de esta enfermedad y su severidad en Asturias. Los datos que se exponen a continuación proceden de la base de datos de dicho registro (5).

¿Qué frecuencia tiene el IAM?

En 1998, se registraron 874 casos de **IAM atendidos en los hospitales asturianos**, 253 en mujeres y 621 en hombres.

Asumiendo que, según plantean los autores, este registro alcanzó un 77% de cobertura, y que sólo una parte de los IAM llegan al hospital -en torno a un 60% de los casos, variando con la edad y el sexo (6)- podría estimarse que el total de casos habidos en Asturias ese año serían 603 casos en mujeres y 1199 en hombres. Esto supondría una tasa estimada de 142 casos por cien mil mujeres y 319 en hombres de 25 y más años.

Como puede verse en la figura 1, el IAM es no sólo menos frecuente en las mujeres en todas las edades, sino que en ellas aparece en edades más tardías, comenzando a ser relevante a partir de los 60 años.



¿Y cuál es su letalidad?

Sin embargo, la letalidad hospitalaria del IAM encontrada en el mismo estudio, fué mayor en las mujeres que en los hombres: el 24% de los casos registrados en mujeres murieron durante su estancia en el hospital, mientras que esta cifra en los hombres fue del 10%. Esta probabilidad de morir en un episodio de infarto fue superior en las mujeres a todas las edades.

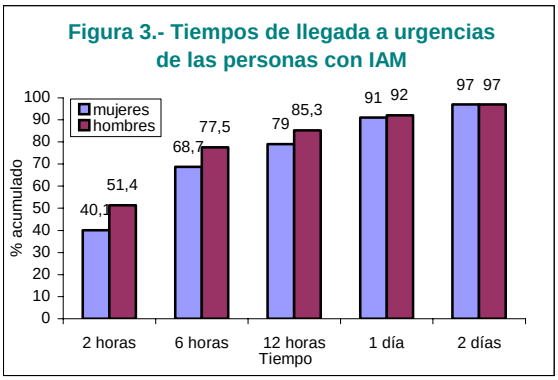
En todo caso, este dato de mayor letalidad en el IAM en mujeres, es consistente con los resultados de otros estudios relevantes y puso encima de las mesas de las/os investigadoras/es la preocupación por clarificar a qué se deben estas diferencias (7, 8 y 9).

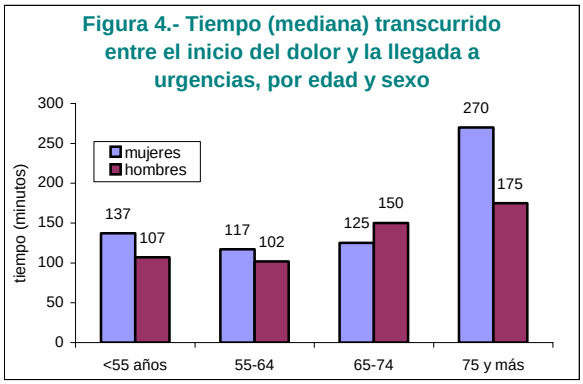
Es evidente que la mayor parte de las investigaciones sobre esta enfermedad (casos-control y ensayos clínicos) más importantes en la bibliografía universal adolecen de la participación de mujeres, es decir son grupos de estudio exclusiva o fundamentalmente masculinos, lo que podría sesgar sus resultados a la hora de hacerlos extensivos a la población de mujeres.

¿Las mujeres esperan más antes de acudir a urgencias?

En relación *con el tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y la llegada a urgencias*, las mujeres tardaron una hora más, de promedio, que los hombres (mediana para las mujeres 180 minutos y 120 para los hombres).

Ambos tiempos son altos, pero especialmente el de las mujeres, si se tiene en cuenta que la pauta de los tratamientos, y en concreto de la fibrinolisis, está muy relacionado con este tiempo trascurrido, el cual es recomendable que no sea superior a 2 horas y, obligado, antes de las 6 horas.





En la figuras 3 y 4 se muestran los tiempos de llegada al hospital de pacientes con IAM. Se observa el retraso de las mujeres, el cual ocurre a todas las edades (excepto 65-74); sólo a los dos días del inicio de los síntomas se iguala el porcentaje (97%) de hombres y mujeres que llegaron a urgencias. El retraso es aún mayor en las mujeres de 75 y más años, intervalo en el que se produce la mitad de los casos de IAM en mujeres. Estos resultados son similares a los encontrados en otros estudios (7).

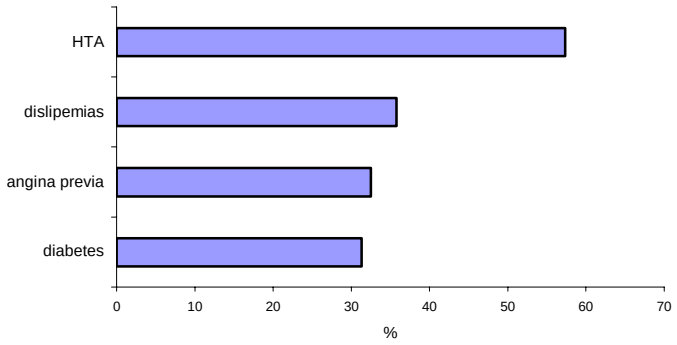
¿Acaso las mujeres se confían, son más sufridas
y esperan más tiempo antes de acudir a los servicios sanitarios?,
¿o los profesionales piensan menos veces en un IAM si quien consulta es una mujer?
¿juega la atención primaria algún papel
en estas derivaciones a las urgencias hospitalarias?

Todas estas son preguntas a las que hay que dar una respuesta
que explique la sobre-mortalidad encontrada en mujeres.

Los factores de riesgo

En las mujeres con IAM estudiadas en el RIMAS, cada una tenía un promedio de 1,5 factores de riesgo relacionados con la enfermedad (excluyendo angina previa), siendo los más frecuentes (Fig 2) la hipertensión arterial (57% de los casos), las dislipemias (colesterol y trigliceridos) (36%) y la diabetes (31%); éstas patologías, además de con factores genéticos, están relacionadas con los hábitos alimentarios, la obesidad y la falta de ejercicio físico habitual.

Figura 2.- Factores de riesgo presentes en los casos de IAM en mujeres



Los hombres presentaban un promedio de 2,3 factores de riesgo por cada caso, siendo los más frecuentes el ser o haber sido fumador (87%), hipertensión (39%) y dislipemias (35%). Los factores de riesgo más frecuentes en las mujeres tienen un debut en edades más tardías que el tabaquismo, presente en la mayor parte de los casos de IAM en los hombres; esto explicaría, al menos en parte, las diferentes edades de comienzo del IAM en unas y otros.

Recomendaciones

Realizar las investigaciones apropiadas para conocer las causas de la sobremortalidad en las mujeres con IAM y para afrontar y evitar los sesgos de género tanto en la investigación como en los procesos de atención, si los hubiere.

Abordar la promoción de estilos de vida y entornos menos dañinos para la salud de la población, estrechamente relacionados con la frecuencia de esta enfermedad, como se plantea en el apartado de estilos de vida.

Estudiar la causa de los retrasos en la atención al IAM, en relación con su llegada al hospital, y proponer las oportunas medidas de mejora, corrigiendo las diferencias encontradas.

Estas y otras actuaciones han de contemplarse dentro de un enfoque global para la prevención y atención a la cardiopatía isquémica en Asturias.

EL CÁNCER

El cáncer es una de las epidemias del mundo moderno, con una alta frecuencia y una importante mortalidad, que genera mucha inquietud, sufrimiento, y tratamientos prolongados. También ocasiona la mayoría de las veces estrés psíquico acompañado de distorsión en la vida personal, familiar, social e incluso profesional.

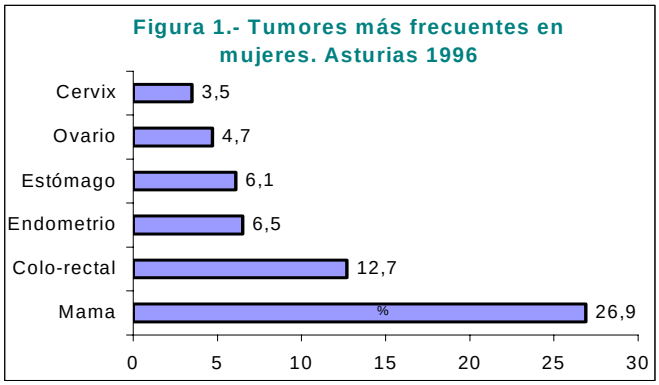
En Asturias existe el Registro de Tumores del Principado de Asturias (RTPA) desde 1982, cuyo objetivo es conocer y vigilar la frecuencia de aparición de esta patología en nuestra región. Desde 1987 este registro forma parte de la Agencia Internacional de Cáncer.

Los datos de este informe proceden de las publicaciones de este registro (10, 11, 12 y 13). Los datos del periodo 1994–1996, no están publicados.

La incidencia global de cáncer en Asturias es mayor en los hombres que en las mujeres, con la excepción del cáncer de piel (melanoma), y tiroides que son más frecuentes en las mujeres. En 1996, la tasa bruta en mujeres fue de 374,6 por cien mil, que se corresponde con 2.116 casos de cáncer y en hombres 618,4 por cien mil, que en cifras absolutas fueron 3.234 casos.

El cáncer de mama, el más frecuente en las mujeres

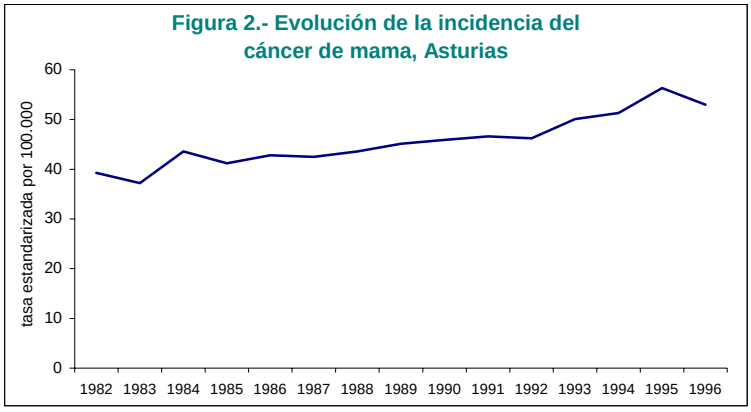
En la figura 1 pueden observarse los tumores más frecuentes en las mujeres asturianas:



En 1996 el cáncer de mama supuso con 503 casos, el 27% del total de tumores en mujeres, seguido por el colo-rectal, el de cuerpo de útero (endometrio), estómago y los tumores ginecológicos (cérvix, y ovario). Sin embargo en los hombres los más frecuentes fueron el de pulmón, el colo-rectal, vejiga, próstata y estómago.

El cáncer de mama está aumentando

Se observó una tendencia ascendente y constante en el periodo estudiado, siendo de interés estudiar a qué se debe este aumento. La incidencia en 1996 fue de 503 casos con una tasa bruta de 89 por 100.000 habitantes.



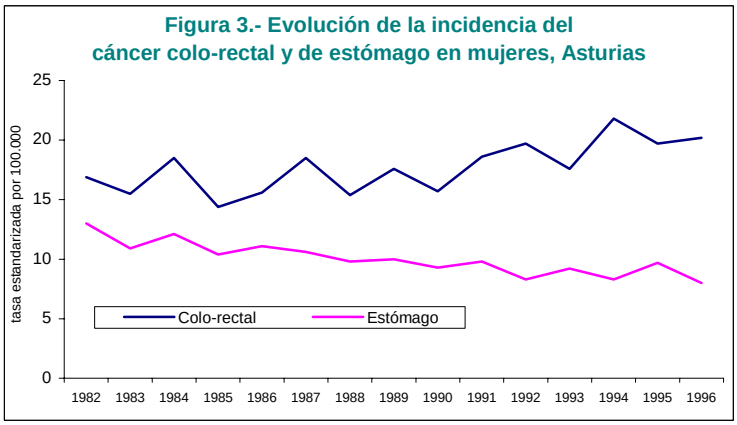
En Asturias el programa de detección precoz vigente se dirige a las mujeres entre 50 y 64 años, por ser este colectivo el más frecuentemente afectado, e incluye, en condiciones normales, una mamografía cada dos años. Los programas de screenig comenzaron en el municipio de Oviedo en 1991 y se extienden a otras áreas a partir de 1998.

En los años 80, la mamografía parecía demostrar ser una técnica capaz de adelantar el diagnóstico y contribuir así a la eficacia del tratamiento en fases precoces del tumor. Hoy en día, existe controversia sobre si está justificada o no la realización de mamografía como prueba de screening para la detección precoz del cáncer de mama (14).

Cáncer de estómago y colo-rectal

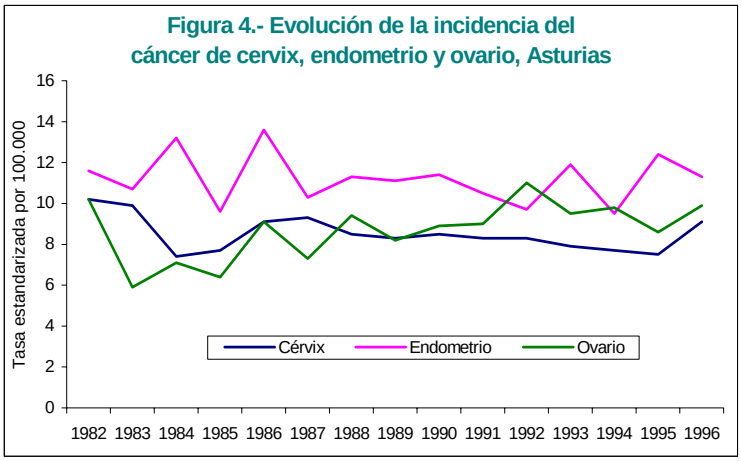
La tendencia del *cáncer de estómago* fué descendente tanto en varones como en mujeres, siendo la tasa bruta de la incidencia para el año 1996 en las mujeres, de 20 por 100.000 mujeres (114 casos).

El *cáncer colo-rectal* presentó un ligero aumento de la incidencia para el período estudiado, con una tasa bruta de 40 por 100.000 mujeres para el año 1996 (238 casos).



Cáncer de cérvix, cuerpo de útero (endometrio) y ovario

La incidencia del *cáncer de cérvix* comienza a ser notoria a partir de los 35 años y alcanza su pico máximo en torno a los 55-59 años. Para el año 1996 la tasa bruta fue de 10 casos por 100.000 mujeres (66 casos).



En el epitelio del cuello del útero ocurren cambios histológicos que predicen el cáncer invasivo. Por ello, el cáncer de cérvix puede ser diagnosticado examinando células descamadas del epitelio cervical. El test de Papanicolaou (citología) es una prueba sencilla, aceptada por la población, barata y válida.

La recomendación sobre los intervalos, si no hay atípias celulares, puede resumirse en un frotis cada 4-5 años desde los 35 a 64 años de edad (15). La citología de realizará con mayor frecuencia en las mujeres con mayor riesgo: comienzo precoz de la actividad sexual, historia de herpes genital u otros tipos de enfermedades de transmisión sexual, detección de neoplasia intraepitelial en una citología anterior, infección por VIH.

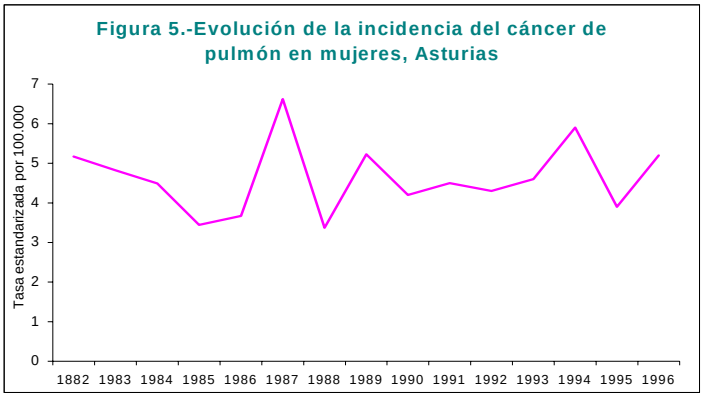
El *cáncer de endometrio* presentó una incidencia de 121 casos con una tasa bruta de 20 por 100.000 mujeres. El grupo de mayor incidencia corresponde a las mayores de 50 años.

El cáncer de cérvix y de endometrio, mantuvieron más o menos constante su frecuencia a lo largo del período estudiado, la cual, fue bastante más baja en comparación con el de mama.

El *cáncer de ovario* tiene una frecuencia baja y presentó una ligera tendencia al aumento en este período. Con una incidencia de 88 casos y una tasa bruta de 10 por 100.000 mujeres. Comienza a hacerse frecuente a partir de los 50 años.

Cáncer de pulmón

Aunque el cáncer de pulmón tiene una mortalidad muy baja en mujeres comparada con la de los hombres (tasa estandarizada de 5,8 y 76,4 respectivamente para el año 2000) y una frecuencia también muy baja, por el momento, se incluye la gráfica de evolución de la incidencia de este tumor, ya que interesa monitorizar este indicador para vigilar las posibles consecuencias de la incorporación de las mujeres a la epidemia del tabaquismo.



Recomendaciones

Ordenar las actuaciones relacionadas con la detección precoz del cáncer de mama y cérvix, las cuales, desde el sistema público o privado, concurren en la misma población de mujeres, pudiendo ocasionar solapamientos no deseables: los programas de cribado, las consultas ginecológicas hospitalarias, las consultas de menopausia y las consultas ginecológicas de la red privada, tan extendida en Asturias.

Evaluar sistemáticamente los resultados de los programas de cribado de mama y cérvix, tanto los resultados deseables (detección precoz, aumento de la supervivencia, disminución de la mortalidad,...) como los no deseados (falsos positivos, pruebas diagnósticas innecesarias, tiempos de espera, estréss generado, ...).

Tomar las medidas oportunas para garantizar la información adecuada de las mujeres y conocer sus opiniones y quejas, si las hubiere, acerca de estas intervenciones generalizadas en población sana.

Investigar el aumento de las tasas de incidencia de cáncer de mama.

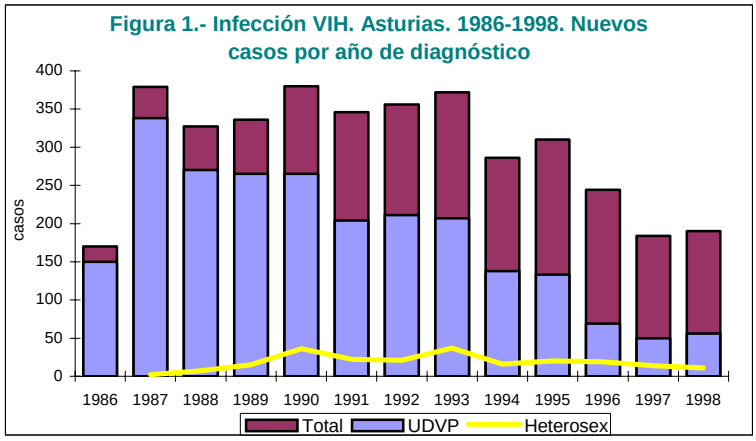
LA INFECCIÓN POR VIH-SIDA

Desde 1986 existen en Asturias registros de VIH y de Sida. De los informes que el Servicio de Información Sanitaria y Vigilancia en Salud Pública elabora semestralmente, se han tomado los datos que se presentan a continuación.

Desde 1993 se observa un descenso en el número de nuevas infecciones

Desde 1986 hasta el 31 de Diciembre de 1998 (año en que el registro se paralizó por una denuncia del Comité Ciudadano Antisida de Asturias, se han detectado en nuestra Comunidad Autónoma un total de 3.880 personas positivas a los test de detección de VIH, lo que significa casi 4 personas infectadas por cada mil habitantes en ese periodo.

Para el conjunto de los años 1986-1998 se apreció que la práctica de riesgo más frecuente en la transmisión del VIH ha sido el uso compartido de jeringuillas en el consumo de drogas.



Fuente: Registro VIH de Asturias. Servicio de Información Sanitaria y Vigilancia en Salud Pública

Esta situación ha ido evolucionando a lo largo del tiempo (Fig 1). Si al comienzo de la epidemia un porcentaje muy alto de los seropositivos eran usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP), en la actualidad han descendido de manera clara.

Hay que señalar, sin embargo, que el epígrafe “no consta la vía de transmisión” ha ido aumentando en el registro en los últimos años de funcionamiento, lo que debe hacer tomar con cierta cautela esta información.

Se apreció un importante descenso en el número de nuevas infecciones detectadas desde el año 1993, atribuible a la generalización de programas preventivos, tanto facilitadores de preservativos, como de metadona y material de inyección estéril, así como al cambio de patrones de consumo de drogas.

Las mujeres están menos afectadas por el VIH que los hombres

Solo un 24% del total de personas seropositivas eran mujeres, habiéndose mantenido este porcentaje prácticamente constante a lo largo de todo el periodo.

Si la transmisión por el uso compartido de jeringuillas supuso para las mujeres en 1986 el 77% de las infecciones, esta descendió a un 18% en el último año.

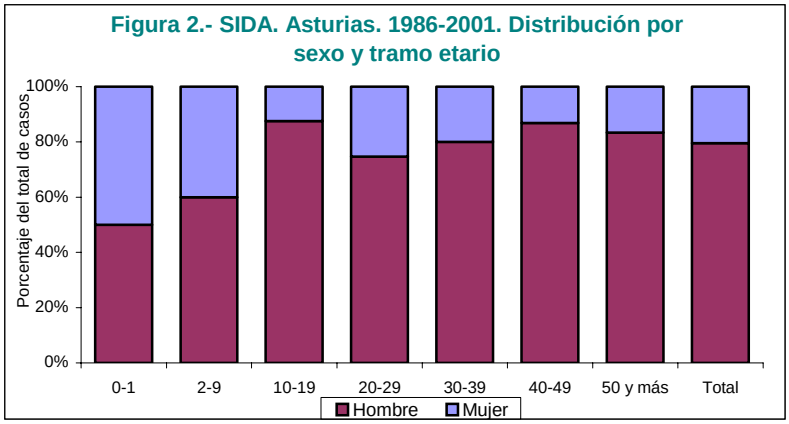
Las personas que ya han desarrollado la enfermedad (SIDA)

Desde Junio de 1986 hasta noviembre de 2001, se han registrado en Asturias 1.157 casos de SIDA, de los que han fallecido 714 (62%).

Un 20% del total de casos (231) ha correspondido a mujeres. Un 37% de estas mujeres se infectaron por tener una pareja seropositiva o de alto riesgo y un 10% más por trabajar en la prostitución (en algunos de estos casos siendo también UDVP).

Se observó una tendencia decreciente en las tasas de Asturias y de todas las CC.AA, desde el año 1995. Este descenso se ha debido no solo a la prevención, sino también a la asistencia sanitaria. Así, gracias a los nuevos tratamientos se está produciendo un retraso en el desarrollo de la enfermedad y una menor letalidad de la misma.

La distribución del sida por sexo (Fig 2) fue similar en todas las edades, salvo en las menores de 10 años, ya que al haberse infectado por transmisión materna, prácticamente se igualan los porcentajes entre niños y niñas.



Fuente: Registro de SIDA de Asturias. Servicio de Información Sanitaria y Vigilancia en Salud Pública

Recomendaciones

Diseñar y emprender acciones encaminadas a responsabilizar a los hombres y generar habilidades en las mujeres para exigir la práctica de sexo seguro, a través de la utilización de preservativos.

Extender los programas de reducción de daños que se están llevando a cabo en Asturias, como son los de dispensación de metadona a través de las Unidades de Tratamiento de Toxicomanías (UTT) y del Trolebús, los programas de intercambio de jeringuillas (PIJ), tanto en los locales de ONG, como el itinerante y el de la prisión, los programas de acercamiento en la calle y los centros de encuentro y acogida y facilitar la accesibilidad a los mismos a las mujeres usuarias de drogas inyectadas.

Poner de nuevo en marcha un registro de VIH en Asturias, dado que estos registros permiten monitorizar la epidemia, orientar los programas preventivos, realizar previsiones sobre el futuro de la enfermedad y planificar recursos sanitarios y sociales.

Bibliografía

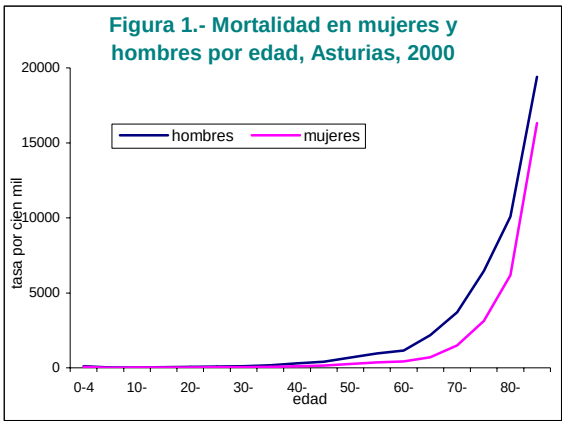
1. Fernández E, Schiiaffino A, Rajmil L, Badia X, Segura A: Gender inequalites and Health care services use in Catalonia (Spain). J Epidemiol Community Health 1999; 53: 218-22.
2. Gijsbers Van Wijk C, Kolk A, Van Den Bosch W, Van Den Hoogen H: Male and female morbidity in general practice: the nature of sex differences. Soc Sci Med 1992; 35 (5): 666-678.
3. Sayer GP, Britt H: Sex differences in morbidity: a case of discrimination in general practice. Soc Sci Med 1996; 42 (2): 257-264.
4. Ruiz MT, Ronda E: Atención sanitaria según el sexo de los pacientes. Med Clin (Barc) 1994; 103:537-8.
5. Sociedad Asturiana de Cardiología: Registro de Infarto de Miocardio en Asturias (RIMAS). Asturias, 2001.
6. De la Mata I, López Bescós L, Heras M and col. Cardiopatía Isquémica en España. Análisis de la situación 2001. Edita: Ministerio de Sanidad y Consumo y Sociedad Española de Cardiología, Madrid, 2001.
7. Marrugat J Sala J Mariá R and col. Mortality differences between men and women following first myocardial infarction. JAMA 1998 Oct 28; 280 (16): 1405-1409.
8. Mont Girbau JL. Tratamiento de la cardiopatía isquémica en mujeres ¿existe discriminación en función del sexo?. Med Clín (Barc) 1994; 102:374-375.
9. Swahn E: The care of patients with ischaemic heart disease from a gender perspective. Eur Heart J, 1998; 19(12): 1758-65.
10. Echevarría Rodríguez M, García Tardón A, Arrones Noval L: Incidencia del Cáncer en Asturias 1982-1984. Servicio Central de Publicaciones del Principado de Asturias. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Oviedo, DL1989
11. Echevarría Rodríguez M, Alonso de la Torre López R: Incidencia del Cáncer en Asturias 1985-1987. Servicio Central de Publicaciones del Principado de Asturias. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Oviedo, DL1991
12. Echevarría Rodríguez M, Alonso de la Torre López R: Incidencia del Cáncer en Asturias 1988-1989. Servicio Central de Publicaciones del Principado de Asturias. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Oviedo, DL1994
13. Morote Gómez MP y col: Incidencia del Cáncer en Asturias 1990-1993. Servicio Central de Publicaciones del Principado de Asturias. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Oviedo, DL1998
14. Gotzsche P C, Olsen O. Is screening for breast cancer with mammography justificable?. The Lancet 2000; 355: 129-34)
15. INSALUD: Manual de Procedimientos. Evaluación de Cartera de Servicios de Atención Primaria, 2001

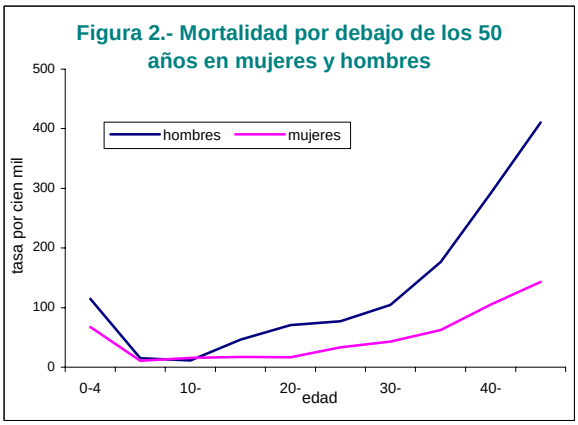
PAULA, 8 años

6 Mortalidad de las mujeres asturianas

LA MORTALIDAD Y LAS MUJERES

En Asturias en el año 2000 murieron 5.911 mujeres, lo que supuso una tasa bruta de 1.046 muertes por cada cien mil mujeres; esta cifra en los hombres fue de 1192 por cien mil. La mortalidad general es muy baja hasta los 30 años de edad tanto en mujeres como en hombres, a partir de ahí aumenta progresivamente. Las mujeres no sólo se mueren menos sino que lo hacen en edades más avanzadas que los hombres (Fig 1 y 2).

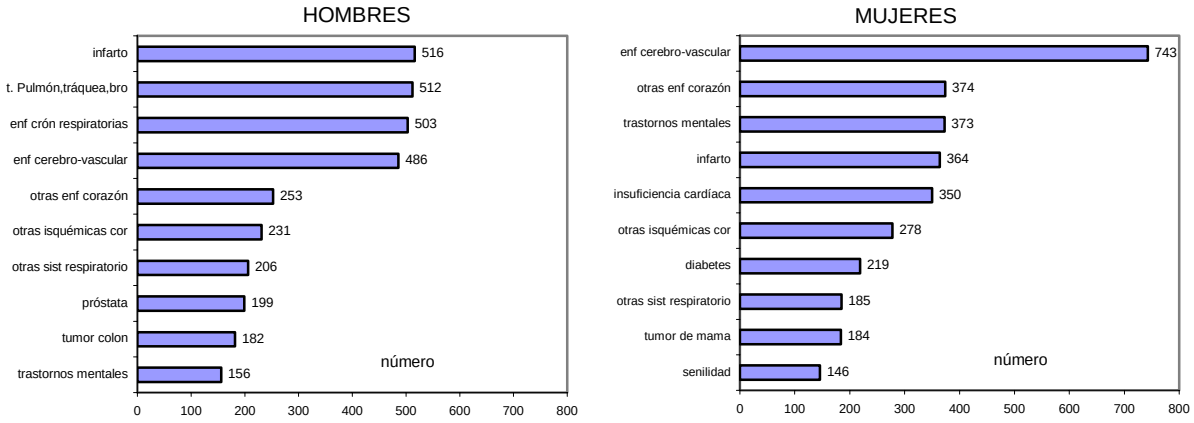




Las primeras causas de muerte

En la figura 3 pueden observarse las diferencias en las primeras causa de muerte entre mujeres y hombres, en números absolutos.

Figura 3.- Diez primeras causas de muerte en hombres y mujeres, Asturias, 2000



En las mujeres, la enfermedad cerebro-vascular, el infarto agudo de miocardio y otras enfermedades isquémicas del corazón, la diabetes mellitus y el cáncer de mama son las causas de muerte más relevantes.

Llama la atención que los trastornos mentales y del comportamiento (F00-F09), en su mayor parte demencias vascular y senil, sea certificada como causa de muerte con tanta frecuencia en las mujeres.

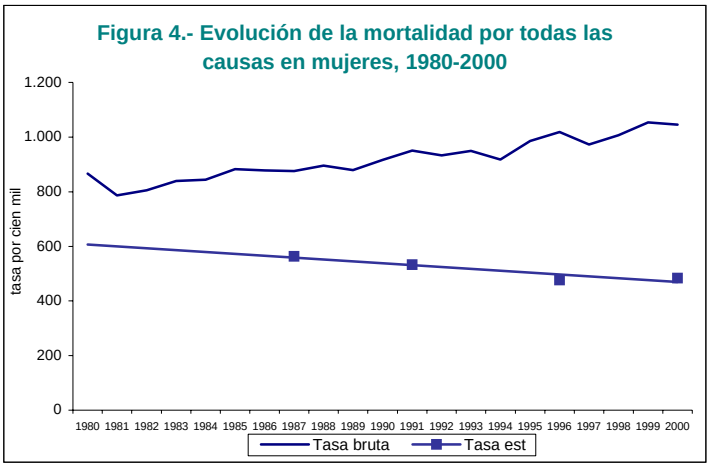
Si analizamos las causas consideradas en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) como mal definidas (R00-R99), éstas suponen un 1,4% en los hombres y un 3,8% en las mujeres de 75 y más años. En cuanto a la senilidad, incluída dentro de las mal definidas, y que aparece en mujeres en el 10º lugar, las tasas ajustadas por edad fueron el doble en mujeres que en hombres (9,8 y 4,9 respectivamente).

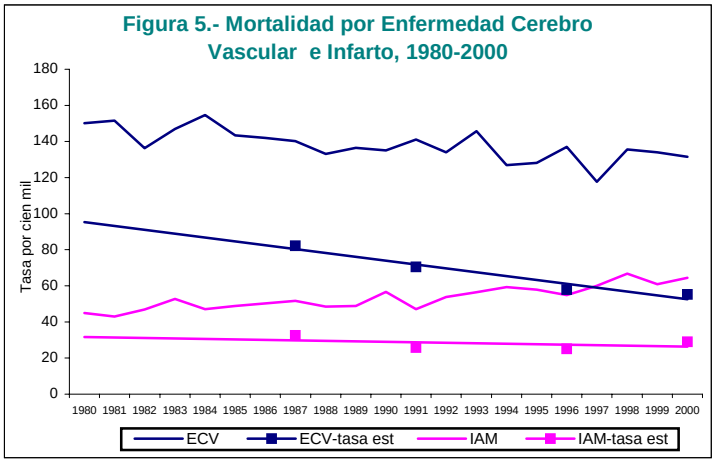
Todo ello sugiere la posibilidad de que en las mujeres se realice un menor esfuerzo diagnóstico y/o de certificación, lo que merece una investigación rigurosa.

¿Cómo evolucionó la mortalidad?

Para ver la evolución de las tasas de la mortalidad total y por las principales causas, hemos tomado las tasas estandarizadas de los años 1987, 1991, 1996 y 2000 ya que eran las disponibles y elaboradas con poblaciones actualizadas; por lo que la evolución de la tendencia se referirá, estrictamente, a este periodo y merece un análisis completo.

En los últimos 20 años en Asturias, la tasa de mortalidad global en las mujeres presentó un aumento "ficticio" (Fig 4), ya que se debió no a un aumento de la probabilidad de morirse sino a un envejecimiento de la población en este período. Las tasas estandarizadas, corregidas por el efecto del envejecimiento, presentaron una tendencia ligeramente descendente.



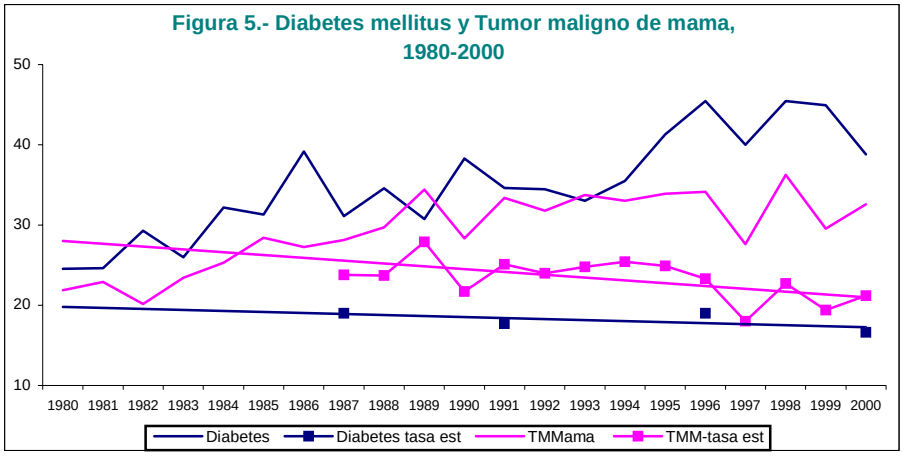


Al analizar la evolución de algunas causas de muerte, nos encontramos con que la enfermedad cerebro-vascular (Fig 5) presentó una clara tendencia al descenso (tendencia de la tasa estandarizada), probablemente relacionada con un mejor control y atención a la hipertensión.

Las tasas brutas del infarto (Fig 5), la diabetes mellitus y el tumor maligno de mama (Fig 6) presentaron una tendencia ascendente, tendencia que desaparece al utilizar las tasas estandarizadas por edad (Fig 5 y 6).

En el caso de la diabetes y el tumor maligno de mama, la tendencia de las tasas estandarizadas fue descendente en el periodo estudiado. En el caso de la mama se elaboraron las tasas estandarizadas anuales (1987-2000). Parece que el descenso de mortalidad por cáncer de mama es anterior a la generalización de los programas de cribado en Asturias (1998).

En cualquier caso el tema merece un análisis más detallado incluyendo otros factores (detección temprana, tratamiento...) que pudieran explicar esta evolución.



Aunque la enfermedad cerebro-vascular es la que más muertes origina (743 en el año 2000), estas defunciones ocurren, fundamentalmente, a partir de los 70 años. Sin embargo, el cáncer de mama con 184 muertes en el mismo año, es responsable de más muertes tempranas, además de un alto nivel de sufrimiento, cirugía mutilante y ansiedad.

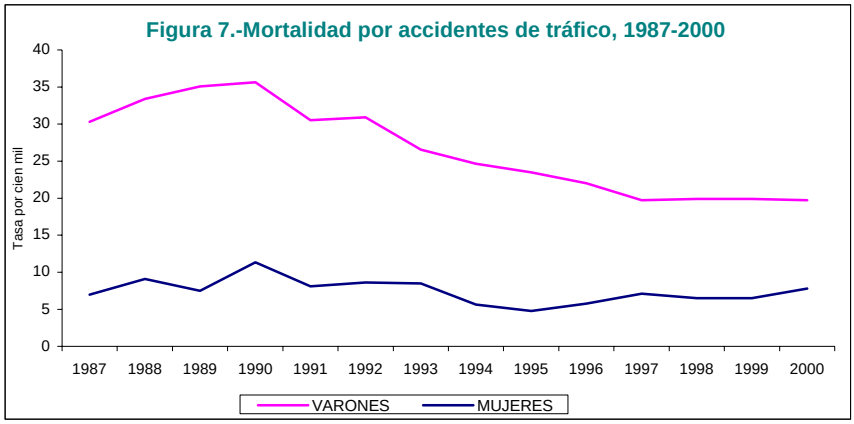
Por ello, y porque existen los métodos tecnológicos adecuados, en Asturias existe un programa de detección precoz del cáncer de mama para las mujeres entre 50 y 64 años, comentado anteriormente

Mortalidad por accidentes de tráfico

Los accidentes por tráfico de vehículos de motor constituyen el principal grupo de causas externas de mortalidad en todos los países. Aunque los accidentes de tráfico no son una causa importante de muerte en las mujeres –comparado con los hombres- se incluye en este informe para establecer su dimensión y evolución en la última década, con el objeto de monitorizar una de las epidemias de la sociedad moderna en relación con la mujer y su incorporación mayoritaria al uso del automóvil.

La evolución de la mortalidad global por accidentes de tráfico muestra una tendencia descendente en el periodo 1987-1999, con una reducción global del número de casos de

aproximadamente un 31%. La reducción fue menor en las mujeres (un 3%) que en los hombres (33%), pero hay que tener en cuenta que las mujeres partían de unas tasas mucho más bajas (la cuarta parte de la tasa de los varones) y, además, que en el período estudiado hubo un aumento en el número de mujeres que utilizan el automóvil.



La distribución por edades, muestra un pico de mortalidad en las mujeres entre 15-24 años de edad y entre las mayores de 80 años de edad. El primer pico probablemente esté relacionado con los accidentes entre los ocupantes de vehículos de motor de dos ruedas, ya que son estos accidentes mucho más frecuentes entre los 15-24 años de edad; y los del segundo pico estén relacionados con los acontecidos por atropello, por ser éstos los que tienen lugar con más frecuencia a estas edades.

Las causas de muerte antes analizadas (fundamentalmente cerebrovascular y cardiovascular, diabetes y accidentes de tráfico), están muy ligadas al entorno social y a los modos de vida. Además, las patologías crónicas que conllevan estas enfermedades demandan un alto nivel de cuidados sanitarios y familiares y, por tanto, de costes asociados.

Es necesario orientar los esfuerzos -planificadores y financieros- en la mejora del entorno social, la educación y promoción de estilos de vida saludables. Esto contribuiría a capacitar a la población en general y a las mujeres, en particular, para mejorar su calidad de vida, participando de una forma más activa en su propio cuidado.

Recomendaciones

Investigar la hipótesis sugerida en este apartado de que se está realizando un menor esfuerzo diagnóstico y/o de certificación en las muertes producidas en mujeres y, si lo hubiere, adoptar las medidas adecuadas para la corrección de este sesgo.

Analizar detalladamente la evolución de las causas de muerte, y específicamente la del cáncer de mama, a lo largo del periodo estudiado e investigar los factores relacionados con esta evolución.

Agradecimientos

A los servicios de Obstetricia y Gerencias de los hospitales, las clínicas Belladona, Buenavista, Gineastur y Sirona y a los COF por los datos proporcionados en relación con la salud reproductiva.

A las gerencias de Atención Primaria por los datos sobre utilización de servicios.

A la sociedad Asturiana de Cardiología, por poner a nuestra disposición los datos del estudio RIMAS.

A las distribuidoras farmacéuticas asturianas, por los datos sobre las ventas de THS y anticoncepción oral.

Al Instituto Asturiano de la Mujer, por los datos sobre violencia contra las mujeres, las asociaciones de mujeres y el apoyo bibliográfico.

A la Dirección General de Deportes, por los datos sobre Juegos Deportivos de Asturias.

Al grupo EPIC-Asturias por los datos sobre ejercicio físico.

A las Asociaciones de Mujeres de Asturias, que nos contestaron la encuesta con tanta premura.

A todas las personas de la Consejería de Salud y de fuera de ella que nos prestaron su tiempo y su energía para que este informe fuera lo que es.

Y a las niñas y niños cuyos dibujos han dado color y frescura a este documento.

Ainhoa
Alejandro
Alicia
Inés
Javier
Lucas
Marian
Patricia
Paula

PATRICIA. 6 años