



**Mujer y Salud  
2008**

**112**

# **Mujer y salud 2008**

# **112**



GOBIERNO  
DE ESPAÑA

MINISTERIO  
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL  
E IGUALDAD

SECRETARÍA  
DE ESTADO  
DE IGUALDAD  
INSTITUTO  
DE LA MUJER

Autores/as:

**Dirección, Coordinación e Informe:**

-Miguel de la Fuente Sánchez. Demométrica.

**Hábitos y Estilos de Vida relacionados con la salud:**

-Iñaki Galán Labaca. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad de Madrid

-María José González Ahedo. Departamento de Evaluación y Calidad. Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid

**Coordinación Encuesta Salud y Mujer 2009:**

-Rosana López Pardo. Demométrica

**Proceso de Datos Encuesta Nacional de Salud 2006:**

-Alfredo Heras Flor. Demométrica

-Raquel Yelmo Arévalo. Demométrica

**Colaboraciones:**

-Asunción Prieto Orzanco. CS General Ricardos. Madrid

Catálogo de publicaciones de la Administración General del Estado  
<http://publicacionesoficiales.boe.es>

© Instituto de la Mujer  
(Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad)

Depósito Legal: M-52622-2010  
NIPO: 867-11-005-6  
ISBN: 978-84-7799-947-8  
Imprime: Estilo Estugraf Impresores, S.L.

# Índice



<b>I. Introducción</b> .....	7
<b>II. Metodología</b> .....	13
II.1 Encuesta Nacional de Salud 2006 .....	16
II.2 Indicadores de Salud .....	21
II.3 Encuesta ad hoc .....	23
<b>III. Esperanza de vida y mortalidad</b> .....	25
III.1 Esperanza de vida .....	26
III.2 Mortalidad .....	29
<b>IV. Morbilidad</b> .....	39
IV.1 Salud percibida .....	40
IV.2 Calidad de Vida .....	45
IV.3 Morbilidad y restricción de la actividad .....	49
IV.4 Dependencia funcional en mayores de 65 años .....	62
IV.5 Altas hospitalarias .....	66
IV.6 Salud mental .....	71
IV.7 Salud reproductiva .....	77
IV.8 Accidentalidad .....	82
IV.9 Salud laboral .....	85
IV.10 Agresiones y violencia contra las mujeres .....	93
<b>V. Hábitos y estilos de vida relacionados con la salud</b> .....	99
V.1 Tabaco .....	100
V.2 Consumo de alcohol .....	110
V.3 Descanso .....	116
V.4 Actividad física .....	119
V.5 Alimentación y realización de dietas .....	124
V.6 Estado ponderal .....	130
<b>VI. Prácticas preventivas</b> .....	135
VI.1 Prácticas preventivas en la mujer .....	146

<b>VII. Trabajo reproductivo y función familiar</b> .....	151
<b>VIII.Utilización de servicios sanitarios</b> .....	159
VIII.1 Consultas médicas .....	160
VIII.2 Pruebas diagnósticas .....	165
VIII.3 Determinantes de la utilización de consultas y pruebas diagnósticas .....	167
VIII.4 Consultas de estomatología .....	176
VIII.5 Ingresos hospitalarios .....	179
VIII.6 Urgencias .....	186
VIII.7 Necesidad de asistencia médica no recibida...	190
VIII.8 Consumo de medicamentos .....	194
<b>IX. Resumen y conclusiones</b> .....	199
<b>X. Bibliografía</b> .....	217
<b>Anexo 1: Cuestionario encuesta nacional de salud 2006</b> .....	229
<b>Anexo 2: Cuestionario encuesta salud y mujer 2009</b> .....	265

# *Introducción*



I



Tras la entrada en vigor del Plan Estratégico de Igualdad de Oportunidades (2008-2011), el presente Estudio sobre Mujer y Salud en España responde a la necesidad de dar cumplimiento a las actuaciones 1.2 y 2.8 del Eje 7 (Salud). Estas actuaciones vienen definidas por:

Actuación 1.2: Promover la investigación sobre las causas, factores asociados, medios diagnósticos, y tratamiento de aquellas patologías de alta prevalencia en las mujeres, teniendo en cuenta los condicionantes de género.

Actuación 2.8: Realizar un estudio sobre el efecto de los estereotipos de género en la atención sanitaria del SNS y de las actitudes del personal sanitario ante las desigualdades de género, para identificar las dificultades y oportunidades para abordar los cambios necesarios.

A partir de aquí, los objetivos específicos que se propone el estudio son:

- Analizar la situación actual, a partir de un concepto amplio de salud.
- Abordar las patologías que más afectan a las mujeres.
- Describir y cuantificar las diferencias de salud entre hombres y mujeres.
- Identificar problemas de salud prioritarios que requieran esfuerzos o investigaciones adicionales.

En la elaboración de este informe han sido de referencia obligada dos estudios previos: el informe sobre *“Mujer y la Salud en España”* realizado por el Instituto de la Mujer a principios de los años 90 y el informe *“La salud de la población española”*, publicado en 2006 por el Ministerio de Sanidad y Consumo. También ha sido especialmente consultado el Informe Salud y Género 2005 del Ministerio de Sanidad y Consumo (Observatorio de Salud de la Mujer) que tiene el objetivo de ir abordando los aspectos que permitan mejorar la equidad y la calidad de la atención que se ofrece a mujeres y hombres.

Pocas cuestiones son tan difíciles de aceptar para una persona enferma como percibir que la atención que recibe no responde solo a su necesidad, sino que pueda verse influenciada (dismi-

nuida en cantidad o calidad) por su nivel social, educativo o por su sexo. Y, sin embargo, estos condicionantes sociodemográficos influyen en la atención que se presta y también en la que se recibe. En ocasiones la influencia es inevitable, ya que las condiciones de la persona son las suyas, individualmente considerada, y las de su entorno inmediato que tendrá mayor o menor capacidad de apoyar los cuidados necesarios. Y este entorno, además del tradicionalmente secundario protagonismo de la mujer en el control de su propia trayectoria vital, influye fuertemente.

Las Naciones Unidas recomendaron en 1995 en Pekín (4ª Conferencia Mundial de la Mujer) que Gobiernos y otros actores promovieran una política visible y activa para fortalecer la perspectiva de género en todo tipo de políticas y programas, introduciendo análisis diferenciados de las expectativas y, posteriormente, de los efectos de las acciones sobre hombres y mujeres. Esta recomendación se producía ante la constatación de inequidades sanitarias tanto respecto a la accesibilidad como por las diferencias encontradas entre mujeres y hombres respecto al distinto grado de adecuación de los servicios sanitarios a sus necesidades de salud.

Hablar de mujer y salud se ha visto frecuentemente reducido en España, como en los demás países, a cuestiones relacionadas con la función reproductora y los problemas y recomendaciones preventivas respecto al aparato genital femenino. Así, el diagnóstico precoz del cáncer de mama, cérvix y endometrio, la menopausia en general y la prevención y tratamiento de la osteoporosis postmenopáusica en particular, se han convertido en los puntos de máximo interés en lo que a atención sanitaria a la mujer se refiere, además de la atención durante el embarazo, parto y puerperio y la anticoncepción.

Resulta ya una obviedad afirmar que la mujer y sus especificidades en materia de salud no terminan en su faceta reproductora y genital, aún cuando fuera necesario compensar déficits notables previos, especialmente en países como España. Sin embargo, son aplicables a nuestro país y a nuestro sistema sanitario las repetidas llamadas de atención hechas por Naciones Unidas y OMS desde la Conferencia de Pekín hasta hoy.

La atención de salud se concentra en aquellos procesos de los cuales conocemos más y sobre todo en los que son cau-



sa frecuente de muerte, suceso objetivable por antonomasia, y contrapuesto en su facilidad de medición a cuestiones tan subjetivas como el sufrimiento. Recordar que existen problemas respecto a los cuales no se dispone apenas de datos, por lo que quedan como realidades subjetivamente percibidas pero ocultas para su análisis científico. Es importante siempre, pero especialmente cuando hablamos de género y salud.

El término género se utiliza para describir y analizar las características de hombres y mujeres que están basadas en factores sociales, mientras que sexo se refiere a las características que vienen determinadas biológicamente. Usar un enfoque de género en salud es tener en cuenta que:

- Las personas son siempre mujer u hombre y que pueda haber diferencias por sexos en el estado de salud y en la atención en los servicios sanitarios.
- Existe una construcción cultural y social distinta para cada sexo (construcción de género), y que también puede haber diferencias debidas a estas construcciones de género en el estado de salud y en la atención sanitaria.
- Las posibles diferencias de salud, tanto debidas al sexo como motivadas por factores y relaciones de género. No toda diferencia de salud entre mujeres y hombres implica inequidad de género; este concepto se reserva para aquellas que se consideran innecesarias, evitables y, además, injustas.

Las líneas de análisis han sido fundamentalmente tres:

- **Salud de las mujeres:** Se fundamenta en que las mujeres tienen problemas específicos que requieren atención específica. Permite visualizar sus necesidades por ser mujeres. El método es identificar necesidades y proporcionar recursos específicos para las mujeres.
- **Desigualdades de género:** Añade a la línea anterior una visión en la que el problema no son sólo las necesidades específicas de las mujeres, sino la relación jerarquizada entre ambos sexos y discriminatoria de lo femenino. La situación social de los sexos es diferente y discriminatoria y conlleva desigualdad e inequidad. El método es identificar desigualdades por sexos y visibilizar diferente morbilidad. El resultado es la investigación y atención a morbilidad diferencial y desigualdades de accesibilidad y

atención: sesgos de género, con elección de variables con potencial explicativo de género.

- **Determinantes de género:** Las actitudes, vivencias, y formas de vivir, enfermar, consultar y morir están influidas por los determinantes psicosociales de género. El método es analizar los determinantes de género sociales (modelos) y psíquico-subjetivos (roles, actitudes, ...).

En los diferentes apartados de este informe se han tenido especialmente en cuenta las desigualdades en salud según clase social, además de las desigualdades en salud según género. Con frecuencia, ambas líneas de análisis se han abordado de forma paralela sin existir una visión integradora. En el informe se han tenido en cuenta ambos ejes de desigualdad simultáneamente, analizando la salud de mujeres y hombres según clase social y teniendo en cuenta distintos grupos de análisis en función de la situación laboral, la ocupación, los estudios terminados, el hábitat de residencia o la carga de cuidados.



# *Metodología*



**II**



El planteamiento metodológico básico del estudio ha sido la explotación de la Encuesta Nacional de Salud 2006 (Ministerio Sanidad y Consumo-INE, 2006), para personas adultas de 16 y más años, y del Informe “La salud de la población española” ya citado anteriormente, junto con el diseño y ejecución de una encuesta dirigida a una muestra de población mayor de 16 años, residente en España, en la que se ha profundizado en aspectos que no han sido recogidos en la Encuesta Nacional de Salud (en adelante, ENSE 2006).

La medición del estado de salud de la población a través de Encuestas de Salud por entrevista resulta ser uno de los instrumentos de medida de mayor utilidad. De hecho, multitud de países han utilizado o están utilizando este tipo de instrumentos y nuestro propio país ya cuenta con una tradición consolidada a nivel nacional (la Encuesta Nacional de Salud se viene realizando desde 1.987), autonómico o municipal, con resultados satisfactorios en la mayor parte de las ocasiones.

Este tipo de encuestas tiene una serie de posibilidades y limitaciones que es necesario tener en cuenta. En primer lugar, una encuesta es un instrumento para la observación de los hechos y, en consecuencia, su calidad depende fundamentalmente del observador, del contenido de los datos recogidos y de la fuente de datos empleada. Son precisamente estos dos últimos factores los que han facilitado argumentos para la utilización o no utilización de la Encuesta de Salud por entrevista para medir el estado de salud de la población. Estos argumentos se pueden resumir en:

### **Amplitud del enfoque**

Una de las posibilidades más importantes que ofrece este tipo de encuestas es la gran amplitud con que se puede enfocar el problema estudiado. Esto es, permite obtener datos de conjunto y acerca de las relaciones entre los distintos componentes del problema sanitario. Una encuesta de este tipo permite obtener datos sobre morbilidad percibida, restricción de la capacidad para el trabajo y las actividades habituales por motivo de salud, utilización de servicios sanitarios, volumen y naturaleza de la asistencia médica recibida, hábitos de vida relacionados con la salud y las consecuencias económicas y sociales derivadas del estado de salud, ..... ; a la vez que posibilita interrelacionar estos bloques de información.

### **Flexibilidad de la fuente de datos**

Resulta obvio reconocer que algunos tipos de fuentes empleadas para obtener estadísticas sanitarias se prestan mal a modificaciones indispensables que permitan obtener una mayor utilidad y comparabilidad de los datos recogidos. Quizá una de las mayores ventajas del método de encuesta es su flexibilidad respecto al tipo de modificaciones mencionado.

### **Carácter representativo de la población**

Este es otro factor fundamental en la obtención de estadísticas sanitarias válidas. Este tipo de encuestas permite obtener estimaciones referidas al total de la población y no solo a aquella que utiliza servicios sanitarios, y, en consecuencia, obtener factores determinantes del estado de salud y desigualdades ante la salud por grupos poblacionales.

### **Investigación centrada en la persona**

El empleo de una muestra basada en la población presenta otra ventaja fundamental: toda la información necesaria procede de una fuente única, la persona. Algunos datos pueden obtenerse de los registros de los hospitales, otros datos de los registros de centros de Atención Primaria, se pueden obtener datos medioambientales, etc. Sin embargo, no existe ningún procedimiento para combinar esos datos de procedencia tan diversa refiriéndose a una misma persona, para facilitar el análisis de datos. El método de encuesta, al ir directamente al núcleo de la información, permite obtener una gran variedad de datos con las máximas posibilidades de análisis.

### **Error de respuesta**

El principal inconveniente de una Encuesta de Salud por entrevista está en el desconocimiento que todavía existe sobre la magnitud de los errores contenidos en las respuestas. Mientras los errores de muestreo son susceptibles de determinación teórica, todavía no existe base teórica suficiente para evaluar los errores de respuesta, cuya importancia solo se puede llegar a apreciar con la acumulación de experiencias empíricas. Un ejemplo claro es la morbilidad. Se ha llegado a la conclusión de estudiar la morbilidad percibida sugiriendo síntomas y enfermedades a la persona entrevistada, ante la poca fiabilidad que se ha comprobado tienen las respuestas de los individuos a variables como el diagnóstico o causas.

## ***II.1 Encuesta Nacional de Salud 2006***

La ENSE 06 se caracteriza por una serie de innovaciones en su contenido, procedentes de la decisión de realizar una revisión en profundidad de los cuestionarios utilizados en 2003. Desde la perspectiva de género, esta revisión tenía diversos objetivos:

- Incorporar los determinantes de salud no contemplados en ediciones anteriores de la encuesta – básicamente los relacionados con el medioambiente físico y social de las personas – así como mejorar la calidad de la información que tradicionalmente se venía recogiendo sobre algunas cuestiones.
- Incorporar nuevas dimensiones relacionadas con la salud de las personas, no contempladas en ninguna de las ediciones anteriores y sobre las que se carecía de información, como era el caso de la salud mental.
- Potenciar la encuesta como instrumento para la detección y medición de desigualdades de salud, especialmente en relación con el género y la clase social.

Dada la trascendencia que tenía lograr un correcto enfoque de género, además del grupo de expertos/as constituido para abordar la revisión, participaron también el Observatorio de Salud de la Mujer, la Red de Investigación en Género y Salud y el Instituto de la Mujer.

Para destacar la importancia de la perspectiva de género tanto en el diseño como en el análisis de datos poblacionales obtenidos a través de la encuesta, se propusieron un conjunto de variables que debían ser recogidas en la ENSE 06 (cuestionario de personas adultas) para conocer mejor qué situaciones de desigualdad frente a la salud se están produciendo por razón de género:

- Conductas relacionadas con la salud y utilización de servicios sanitarios (disponibilidad, accesibilidad y calidad).
- Trabajo reproductivo en los hogares incorporando, además de las tareas del hogar y el cuidado de hijos e hijas menores, el cuidado de personas mayores y personas con discapacidades.
- Algunos trastornos con amplia diferencia de prevalencia entre mujeres y hombres: anemias, de la conducta alimentaria, de la próstata, relacionados con la menstruación, relacionados con embarazo o aborto, enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

- Situaciones de discriminación de las personas. Las diferencias de mortalidad y morbilidad entre las personas o grupos de personas se derivan de condiciones no solo biológicas sino también del medio social donde actúan otros factores, entre los que se exploran nivel de estudios, clase social, país de origen, preferencias sexuales o religión.
- Violencia.

Aparte de estas variables, la ENSE 06 también incorpora determinantes de salud no explorados en ediciones anteriores: apoyo social y afectivo, percepción de la función familiar y estrés laboral. También se incluyeron en la ENSE 06, como dimensión de salud no contemplada en ediciones anteriores, las diferentes patologías que integran la Salud Mental, cada vez con mayor presencia en la sociedad, mayor utilización de recursos sanitarios y más pobremente estudiadas a nivel poblacional.

Como consecuencia, las dimensiones y determinantes de la salud que se investigan en la ENSE 06 son los siguientes:

1. **Trabajo reproductivo (solo para personas adultas de 16 y más años):** existencia en el hogar de personas con necesidad de cuidados – menores de 15 años, mayores de 74 o personas con alguna discapacidad o limitación – , cuidador/a principal y tiempo dedicado a su cuidado, persona o personas que se ocupan principalmente de las tareas del hogar, tiempo dedicado a estas tareas y existencia de ayuda externa remunerada para el trabajo doméstico.
2. **Estado de salud y enfermedades crónicas:** Percepción subjetiva del estado de salud, trastornos crónicos alguna vez y en los últimos doce meses, limitación de la actividad por problemas crónicos.
3. **Accidentes:** Accidentes últimos doce meses, nº de accidentes por tipo, lugar del accidente, efectos y necesidad de asistencia.
4. **Restricción de la actividad:** Reducción o limitación de la actividad por dolores o síntomas, dolores o síntomas que han obligado a limitar o reducir las actividades habituales.
5. **Consumo de medicamentos:** medicamentos consumidos últimas dos semanas con o sin prescripción.



6. **Salud mental y estrés laboral (sólo personas adultas):** Cuestionario GHQ-12, nivel de estrés percibido en el trabajo y satisfacción con las características del trabajo.
7. **Acceso y utilización de servicios sanitarios:** consultas médicas últimas cuatro semanas y caracterización de la utilización (especialidad, lugar de consulta, motivo de consulta, ...), realización de pruebas diagnósticas y tipo de pruebas, necesidad de asistencia médica últimos doce meses no recibida y motivo, cobertura sanitaria, utilización de servicios dentales, hospitalizaciones últimos doce meses con o sin pernoctación y caracterización de la hospitalización (días de estancia, motivo de ingreso, forma de ingreso, ...), servicios de urgencia últimos doce meses y caracterización de la utilización (lugar, tipo de servicio, motivo de utilización, ...)
8. **Hábitos de vida:** consumo de tabaco, consumo de bebidas alcohólicas, descanso y ejercicio físico, alimentación.
9. **Prácticas preventivas:** vacunación gripe, tensión arterial, niveles de colesterol, higiene dental. Prácticas preventivas de la mujer (visitas ginecología y motivo, mamografía y citología vaginal). Prácticas preventivas en seguridad vial.
10. **Agresiones:** agresiones o maltrato alguna vez y en el último año, lugar y persona de la que se recibió la agresión o maltrato.
11. **Discriminación:** percepción de discriminación por razón de sexo, etnia, país de origen, nivel de estudios, clase social, preferencias sexuales o religión. Lugar (trabajo, casa, sitio público) y causa.
12. **Características físicas y sensoriales:** peso, talla y percepción peso/talla. Características auditivas y visuales.
13. **Apoyo afectivo y función familiar (sólo para personas adultas):** escala DUKE-11 y escala función familiar.
14. **Dependencia funcional (mayores de 65 años):** limitaciones para las actividades de la vida diaria según actividades básicas y actividades instrumentales.
15. **Convivencia en el hogar y características sociodemográficas:** número de personas convivientes en el hogar. Sexo, edad, nivel de estudios y parentesco de cada persona con persona entrevistada. Sexo, edad, nivel de estudios, nacionalidad y estado civil de la persona entre-

vistada. Situación socioeconómica de la persona adulta seleccionada, su pareja y la persona de referencia del hogar (situación laboral, ocupación y actividad en el último empleo, tipo de contrato, tipo de jornada, ....).

El cuestionario utilizado en la ENSE 06 figura en el Anexo. En la explotación de datos se utilizan variables compuestas derivadas de otras variables del cuestionario. La descripción de estas variables es la siguiente:

## **Variables de clasificación**

### *Clase social*

Las categorías de clase social consideradas se corresponden con la clasificación abreviada propuesta por la Sociedad Española de Epidemiología:

- I. Directivos de la administración pública y de empresas de 10 o más asalariados. Profesiones asociadas a titulaciones de segundo y tercer ciclo universitario.
- II. Directivos de empresas con menos de 10 asalariados. Profesiones asociadas a una titulación de primer ciclo universitario. Técnicos superiores. Artistas y deportistas.
- III. Empleados de tipo administrativo y profesionales de apoyo a la gestión administrativa y financiera. Trabajadores de los servicios personales y de seguridad. Trabajadores por cuenta propia. Supervisores de trabajadores manuales.
- IVa. Trabajadores manuales cualificados.
- IVb. Trabajadores manuales semicualificados.
- V. Trabajadores no cualificados.

Se obtienen a partir de la ocupación, actual o pasada, codificada a tres dígitos según la Clasificación Nacional de Ocupaciones (CNO) de 1994. Se dispone de la clasificación para la persona entrevistada y para el sustentador principal del hogar. En el informe se ha considerado como clase social la obtenida para la persona sustentador/a principal.

## **Variables de estudio**

### *Dependencia funcional*

La dependencia funcional de la población de 65 y más años se evaluó a través de la capacidad para realizar 27 actividades de la vida diaria. Se distinguen tres categorías:

- **Cuidado personal**, que incluye 8 actividades: tomar medicinas —acordarse de cantidad y momento en que las tiene que tomar—, comer —cortar la comida e introducirla en la boca—, vestirse y desnudarse y elegir la ropa que debe ponerse, peinarse —mujer— o afeitarse —hombre—, cortarse las uñas de los pies, lavarse la cara y el cuerpo de la cintura para arriba, ducharse y bañarse, quedarse solo/a durante toda la noche.
- **Labores domésticas**, que incluye 13 actividades: utilizar el teléfono —buscar el número y marcar—, comprar comida o ropa, preparar su propio desayuno, preparar su propia comida, cortar una rebanada de pan, fregar los platos, hacer la cama, cambiar las sábanas de la cama, lavar ropa ligera a mano, lavar ropa a máquina, limpiar la casa o el piso —fregar el suelo o barrer—, limpiar una mancha del suelo, coser un botón.
- **Movilidad**, que incluye 6 actividades: coger el autobús, metro, taxi, etc., administrar su propio dinero —pagar recibos, tratar con el banco, firmar cheques—, andar —con o sin bastón—, levantarse de la cama y acostarse, subir diez escalones, andar durante una hora seguida.

Se considera dependencia funcional para cada una de las categorías si la persona entrevistada responde «Puede realizarlo con ayuda» o «No puede realizarlo de ninguna manera» al menos a una de las actividades correspondientes a dicha categoría.

### **Apoyo social funcional percibido**

Para la medición del apoyo social percibido por la población de 16 y más años se utiliza el Cuestionario Duke-UNC-11, validado y adaptado a España. Es un instrumento de 11 ítems que evalúa el apoyo social funcional o cualitativo percibido, que no necesariamente se corresponde con el apoyo real, en dos dimensiones: confidencial (posibilidad de contar con personas para comunicarse) y afectiva (demostraciones de amor, cariño y empatía). Cada ítem se puntúa en un gradiente de frecuencia (escala tipo Likert) que va de 1 («mucho menos de lo que deseo») a 5 («tanto como deseo»). La puntuación se realiza sumando las respuestas de cada ítem, de modo que a mayor puntuación mayor apoyo social.

### **Función familiar**

La dinámica familiar se exploró mediante el cuestionario APGAR familiar validado y adaptado a España, que, a través de

5 preguntas, mide los componentes del funcionalismo familiar en cuanto a adaptabilidad (“*adaptability*”), cooperación (“*partnership*”), desarrollo (“*growth*”), afectividad (“*affection*”) y capacidad resolutive (“*resolve*”). Cada pregunta se puntúa de 0 («casi nunca») a 2 («casi siempre»). Por tanto, la puntuación total varía entre 0 y 10 puntos. Se distinguen tres categorías: función familiar buena (7 a 10 puntos), disfunción familiar moderada (4 a 6 puntos) y disfunción familiar grave (0 a 3 puntos).

### **Índice de masa corporal**

El Índice de Masa Corporal (IMC) se calculó, a partir del peso y la talla autodeclarados, según la fórmula:

$$\text{IMC} = \text{peso (en kg)} / \text{talla (en m)}^2.$$

En la población de 18 y más años, se consideran cuatro categorías: peso insuficiente<sub>2</sub> (IMC < 18,5 kg/m<sub>2</sub>), normopeso (18,5 kg/m<sub>2</sub> < IMC < 25 kg/m<sub>2</sub>), sobrepeso (25 kg/m<sub>2</sub> < IMC < 30 kg/m<sub>2</sub>) y obesidad (IMC ≥ 30 kg/m<sub>2</sub>). En la población de 16 y 17 años, el sobrepeso y la obesidad se definen, en función del sexo y la edad, utilizando los puntos de corte establecidos por Cole *et al.*

El informe “La salud de la población española” recoge los valores del sistema estatal de indicadores de salud. Estos indicadores proporcionan información sobre la magnitud de un número importante de problemas de salud y de su evolución en el tiempo. En la estimación de los indicadores se utilizan una gran variedad de fuentes de datos con información sanitaria relevante. Esta información procede de diferentes fuentes: registros administrativos, encuestas de salud, sistemas de notificación y estadísticas sanitarias. Aparte de la explotación de la ENSE 06, los indicadores utilizados en nuestro informe, según la fuente de información utilizada, corresponden con las siguientes dimensiones:

## **II.2 Indicadores de Salud**

TABLA 1. Esperanza de vida	
Dimensión	Estimaciones y fuentes de información
Esperanza de vida al nacer	Tablas de mortalidad estimadas por el Instituto Nacional de Estadística (INE)
Esperanza de vida libre de incapacidad	Tablas de mortalidad (INE) y prevalencia de incapacidad a partir de la Encuesta sobre Discapacidades y Estado de Salud (INE)
Esperanza de vida en buena salud	Tablas de mortalidad (INE) y percepción subjetiva del estado de salud a partir de la Encuesta Nacional de Salud (ENS)

TABLA 2. Mortalidad por causa de muerte	
Dimensión	Estimaciones y fuentes de información
Mortalidad general	Defunciones por causa de muerte y Tablas de mortalidad INE.
Mortalidad por causas específicas (CIE 10ª revisión)	
Mortalidad prematura. Años potenciales de vida perdidos (ADVP).	

TABLA 3. Morbilidad y restricción de la actividad	
Dimensión	Estimaciones y fuentes de información
Altas hospitalarias por grandes grupos diagnósticos	Registro de Altas Hospitalarias a partir del CMBD. Ministerio de Sanidad y Política Social. Encuesta de Morbilidad Hospitalaria. INE y Ministerio de Sanidad y Política Social
Salud reproductiva	Encuesta de Fecundidad y Movimiento Natural de Población. INE. Estadística IVE,s. Ministerio de Sanidad y Política Social.
Salud Laboral	Estadística de accidentes de trabajo y VI Encuesta de Condiciones de Trabajo del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Modulo especial Encuesta de Población Activa INE 2007
Violencia	III Encuesta de "Violencia contra las mujeres". Instituto de la Mujer.

TABLA 4. Trabajo reproductivo	
Dimensión	Estimaciones y fuentes de información
Distribución del tiempo dedicado al cuidado de la familia y el trabajo doméstico no remunerado.	Encuesta de usos del tiempo, valores, estereotipos y actitudes. Instituto de la Mujer 2006.

Aunque la base del estudio ha sido la explotación de la ENSE 2006, se llevó a

cabo una encuesta dirigida a una muestra representativa de población de 16 y más años. Con esta encuesta se pretendía profundizar en aspectos que en la ENSE no habían sido incluidos o bien no habían sido recogidos de forma suficiente como para permitir el análisis desde la perspectiva de género. Estos aspectos han sido básicamente dos:

- a) **Calidad de vida relacionada con la salud:** Para medir la calidad de vida relacionada con la salud existen diferentes instrumentos ampliamente utilizados como el Euro-Quol o el SF-36, para el que existe una versión abreviada. En la ENSE 06 no se incluye ningún instrumento de medida de la calidad de vida relacionada con la salud, por lo que este fue uno de los objetivos de la encuesta ad hoc realizada en el marco del estudio Salud y Mujer. La mayor parte de los cuestionarios utilizados para medir calidad de vida relacionada con la salud plantean problemas de autor, razón por la que en nuestra encuesta se ha optado por la escala COOP/WONCA. Esta escala es sencilla y de fácil comprensión y es recomendada por organismos internacionales como la OMS o la Conferencia Mundial de Médicos de Familia (WONCA). En España se ha utilizado recientemente en la Encuesta de Salud del Municipio de Madrid con muy buenos resultados.

Las dimensiones evaluadas en la escala COOP/WONCA son nueve: forma física (FF), sentimientos (SEN), actividades cotidianas (AC), actividades sociales (AS), cambio en el estado de salud (CES), estado de salud (ES), dolor (DO), apoyo social (AP) y autopercepción de calidad de vida (CV). También se incluye una pregunta específica relacionada con la restricción de la actividad por “dolor”. El dolor es una cuestión no suficientemente recogida en las Encuestas de Salud, con una alta prevalencia poblacional y alto impacto en la calidad de vida e bienestar.

- b) **Salud laboral:** Percepción de impacto del trabajo en la salud y tipo de efectos (fatiga, problemas de nervios y dolores de cabeza, de espalda y musculares).

El cuestionario utilizado figura en el Anexo. Los principales parámetros de la Encuesta ad hoc para el estudio Salud y Mujer (en adelante ESM 09) son los siguientes:

- **Marco geográfico y poblacional:** El ámbito geográfico

y poblacional ha sido el formado por hombres y mujeres de 16 y más años, residentes en todo el territorio español.

- **Tipo de muestreo:** El tipo de muestreo utilizado ha sido el de conglomerados polietápico con estratificación de las unidades de primera etapa. Las unidades de primera etapa estarían formadas por las secciones censales, las de segunda etapa por las viviendas y las de última etapa por las personas pertenecientes a cada hogar o elementos muestrales.
- **Estratificación y afijación muestral:** A la hora de calcular el tamaño muestral se tuvo en cuenta la posterior necesidad de tener que desagregar la muestra según las variables de interés. Para estudiar las desigualdades sociales en la salud, tanto el sexo como la clase social eran imprescindibles, y sólo con una muestra suficiente, que permitiera mantener una mínima fiabilidad al desagregar los datos, se podría profundizar en el análisis de estas relaciones.
- **El tamaño muestral es de 1.724 entrevistas,** con una muestra final válida de 852 hombres y 872 mujeres. Se utilizaron como criterios de estratificación el hábitat y la comunidad autónoma. La afijación muestral por estrato de hábitat y comunidad autónoma fue proporcional a la población de 16 y más años residente en cada estrato.
- **Selección de los elementos muestrales:** La selección de las unidades de primera etapa (secciones censales) se realizó de forma proporcional a su tamaño (medido en número de personas de 16 y más años). La selección de la vivienda dentro de la sección se realizó mediante muestreo aleatorio simple. En la última etapa de selección se aplicó un sistema de cuotas de sexo y edad en base a la composición de cada sección por estas últimas variables.
- **Recogida de información:** Entrevista telefónica asistida por ordenador (CATI). La recogida de información se llevó a cabo en el primer trimestre de 2009.

*Esperanza de vida y  
mortalidad*

---

III

---



### **III.1** **Esperanza** **de vida**

Las estadísticas de mortalidad son una de las fuentes de información habituales para evaluar la salud de las mujeres y, en consecuencia, para el diseño y elaboración de planes y políticas sanitarias. El progreso de la medicina y la mejora de las condiciones socioeconómicas han provocado un descenso generalizado de las tasas de mortalidad y un notable envejecimiento de la población en las sociedades desarrolladas, afectando especialmente a las mujeres.

Resultado de las tablas de mortalidad, la esperanza de vida es también un buen indicador del estado de salud de la población. Este indicador ha experimentado notables mejoras en las últimas décadas, aparte de por los avances médicos y tecnológicos, por los cambios en los hábitos nutricionales y condiciones de vida, así como el acceso universal de la población a los servicios sanitarios.

Entre 1980 y 2007 la esperanza de vida al nacimiento masculina ha pasado de 72,5 a 77,0 años y la femenina de 78,6 a 83,5 años (tabla 1). La diferencia en años de esperanza de vida al nacimiento a favor de la mujer creció hasta mediados de los años noventa, como consecuencia de las elevadas cifras de mortalidad en la población masculina adulta – joven provocadas por el sida, los accidentes de tráfico y el consumo de drogas. En los años posteriores, la mortalidad masculina a edades tempranas se redujo significativamente, permitiendo importantes ganancias de años de vida de los hombres en el periodo. En las mujeres la evolución ha sido más uniforme y sostenida debido a la más baja mortalidad en edades tempranas, siendo la supervivencia en las edades maduras y avanzadas el aspecto clave en la evolución de las últimas décadas.

Más significativa ha sido la mejora de las expectativas de vida a edades avanzadas, que se ha producido en los últimos años para hombres y mujeres. La reducción sostenida de la tasa de mortalidad en personas de edad ha permitido que aumente el número de estas personas en el conjunto de la población, siendo bastante superior el número de mujeres en edades avanzadas. En el periodo 1980-2007, el horizonte de años de vida a los 65 años de los hombres ha aumentado en 2,4 años y el de las mujeres en 3,2.

TABLA 1. Evolución de la esperanza de vida al nacer y a los 65 años						
Esperanza de vida al nacer				Esperanza de vida a los 65 años		
	Mujeres	Varones	Diferencia	Mujeres	Varones	Diferencia
<b>1980</b>	78.6	72.5	6.1	17.9	14.8	3.1
<b>1990</b>	80.5	73.4	7.1	19.2	15.5	3.7
<b>2000</b>	82.8	76.1	6.7	20.6	16.7	3.9
<b>2007</b>	83.5	77.0	6.5	21.1	17.2	3.9

Fuente: Indicadores Demográficos Básicos, INE

Aunque uno de los indicadores más utilizados para medir el estado de salud y desarrollo de un país es la esperanza de vida, existen otros indicadores, como las esperanzas de salud, que ayudan a ajustar a la realidad los años en calidad de vida. La utilización de la esperanza de vida como indicador general del nivel de salud de la población no proporciona información sobre la calidad de vida y si ésta se desarrolla con buena salud o, por el contrario, se desarrolla con alguna discapacidad o dependencia.

Las esperanzas de salud proporcionan un medio de dividir la esperanza de vida en fracciones vividas en distintas situaciones. Por ejemplo, en buena y mala salud. Estas medidas representan el creciente interés en la obtención de indicadores de calidad de vida (vida en estado saludable) en lugar de indicadores de cantidad, exclusivamente.

El aumento de la longevidad no se traduce, necesariamente, en un aumento de los años de vida vividos en buen estado de salud, pues los problemas de salud actuales se caracterizan por su cronicidad y no implican una muerte inmediata. En este sentido, para evaluar el estado de salud de una población resulta imprescindible medir, no sólo la morbilidad y la mortalidad, sino también las consecuencias de la enfermedad.

Las esperanzas de salud extienden el concepto de esperanza de vida a los de morbilidad (esperanza de vida en buena salud) y discapacidad (esperanza de vida libre de discapacidad). La esperanza de vida libre de discapacidad indica el promedio del número de años libre de incapacidad que le quedan por vivir a una persona a una edad determinada. Se calcula a partir de los datos de mortalidad y de discapaci-

dad. La esperanza de vida en buena salud se diferencia en que los años de vida se ponderan por la percepción subjetiva del estado de salud de las personas, a partir de la Encuesta Nacional de Salud, en lugar de ponderarlos por los años de discapacidad. wEn el año 2007 (tabla 2), los años de esperanza de vida en buena salud al nacer son superiores en los hombres (56,3 años) que en las mujeres (53,9 años). A los 65 años, los hombres tienen 7,4 años de esperanza de vida en buena salud y 6.6 años las mujeres, pero al ser mayor el horizonte de vida de las mujeres, es mayor el número de años que ellas viven en malas condiciones de salud: 14,5 años frente a 9,8. En definitiva, aunque la esperanza de vida al nacer sea mayor en mujeres que en hombres, estos tienen una mayor esperanza de vida saludable. Además, la diferencia de 6,9 años y 3,5 años, a favor de la mujer en esperanza de vida al nacer y a los 65 años, respectivamente, se transforma en una diferencia de 8,9 y 4,7 en un mayor número de años vividos en mala salud por la mujer.

**TABLA 2. Estado de salud. Esperanzas de vida, 2007**

	Mujeres		Varones	
	Al nacer	A los 65 años	Al nacer	A los 65 años
<b>Esperanza de vida al nacer</b>	83.5	21.12	76.96	17.19
<b>Esperanza de vida en buena salud</b>	53.9	6.6	56.3	7.4
<b>Años con mala salud</b>	29.6	14.5	20.7	9.8
<b>Esperanza de vida libre de discapacidad</b>	72.4	12.0	69.0	11.0
<b>Años con discapacidad</b>	11.1	9.1	7.9	6.2

Fuente: Informe Anual del Sistema Nacional de Salud. 2007

Las diferencias son también importantes en los años vividos con discapacidad. Aunque en este caso, la esperanza de vida libre de discapacidad es mayor en mujeres (72,4 años) que en hombres (69,0) en 3,4 años, la mayor esperanza de vida en la mujer hace que los años esperados de vida con discapacidad sean superiores en mujeres que en hombres en torno a tres años, tanto al nacer como a los 65 años.

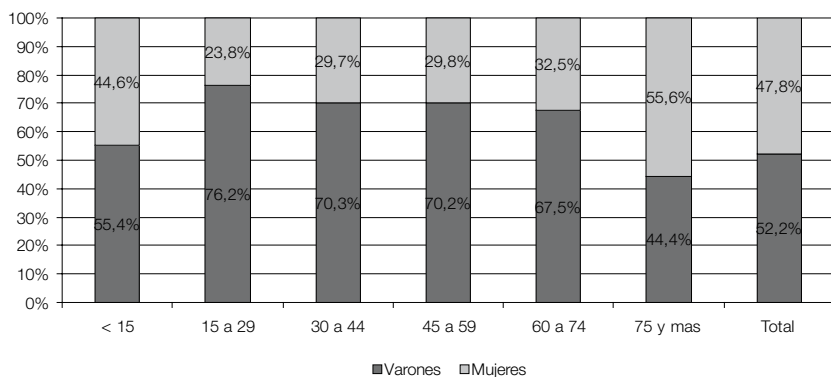
En comparación con los hombres, las mujeres tienen una mayor esperanza de vida al nacer y a los 65 años, pero su vida en buena salud es más corta que para los hombres y los años vividos con alguna discapacidad son superiores.

Las tasas brutas de mortalidad han descendido ligeramente en los últimos años. Estas tasas siguen siendo superiores en varones por diversos motivos, como hábitos de vida y factores de riesgo, pero actualmente las diferencias entre las tasas de hombres y mujeres no son tan elevadas como las que se produjeron desde mediados de los 90 hasta los años 2000-2001. Desde esta fecha se ha producido un descenso de la mortalidad de los varones jóvenes (15 a 40 años), como consecuencia de la disminución de las muertes por uso de drogas, sida y accidentes de tráfico, reduciéndose la diferencia entre las tasas de mortalidad de hombres y mujeres.

### **III.2** ***Mortalidad***

En el año 2007 se produjeron un total de 385.361 defunciones (una tasa bruta de mortalidad de 858,77 defunciones por 100.000 habitantes), 201.136 correspondieron a varones (tasa bruta de mortalidad: 907,85) y 184.225 a mujeres (tasa bruta de mortalidad: 810,91). El 52,2% de las defunciones correspondieron a varones. Por grupo de edad (figura 1), únicamente en el grupo de 75 y más años las defunciones en mujeres superan a las de hombres. De hecho, al descender a grupos quinquenales, esto ocurre solo a partir de edades más avanzadas (85 y más años). Las diferencias más significativas entre hombres y mujeres se encuentran en el grupo de 15 a 29 años, donde el 76,2% de las defunciones corresponden a varones, y entre los 30 y los 74 años el peso relativo de los varones en las defunciones alcanza el 70% o se aproxima a esa cifra (67,5% en el grupo de 60 a 74 años).

Fig.1 Defunciones por sexo y edad. 2007



Fuente: INE. 2007

Al analizar la mortalidad según causas (tabla 3), los tumores suponen la primera causa de muerte en varones (32% de las defunciones), la segunda las enfermedades del sistema circulatorio (28,3%) y la tercera las enfermedades del sistema respiratorio (12,7%). En mujeres, la enfermedades del sistema circulatorio suponen la primera causa de defunción (36,4%), los tumores la segunda causa de muerte (21,2%) y las enfermedades del aparato respiratorio la tercera (10,0%).

En el resto de causas, la importancia relativa de cada grupo de causas es diferente en hombres y mujeres en varios grupos. Así, el peso relativo de la mortalidad por causas externas es significativamente mayor en hombres que en mujeres y las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, de los trastornos mentales y del comportamiento y de las enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos, son significativamente mayores en mujeres que en hombres, atendiendo a su frecuencia relativa.

TABLA 3. Defunciones según causa de muerte

	Mujeres		Varones	
• Todas las causas	184225		201136	
I. Enfermedades infecciosas y parasitarias	3592	1,9%	4190	2,1%
II. Tumores	38995	21,2%	64334	32,0%
III. Enf. de sangre y de org. hematopoyéticos y ciertos trast. que afectan mecan. inmunidad	755	0,4%	534	0,3%
IV. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	7234	3,9%	5003	2,5%
V. Trastornos mentales y del comportamiento	8100	4,4%	4210	2,1%
VI-VIII. Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos	10296	5,6%	6427	3,2%
IX. Enfermedades del sistema circulatorio	67128	36,4%	56998	28,3%
X. Enfermedades del sistema respiratorio	18464	10,0%	25565	12,7%
XI. Enfermedades del sistema digestivo	8996	4,9%	10654	5,3%
XII. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	816	0,4%	370	0,2%
XIII. Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	2311	1,3%	1073	0,5%
XIV. Enfermedades del sistema genitourinario	5370	2,9%	4800	2,4%
XV. Embarazo, parto y puerperio	13	0,0%	0	0,0%
XVI. Afecciones originadas en el periodo perinatal	440	0,2%	529	0,3%
XVII. Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	403	0,2%	487	0,2%
XVIII. Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio. No clasificados	6331	3,4%	5027	2,5%
XX. Causas externas de mortalidad	4981	2,7%	10935	5,4%

Fuente: INE. 2007

En la Tabla 4 figuran las tasas estandarizadas (en tanto por mil) de mortalidad por causa de muerte, que permiten comparar la verdadera importancia de la mortalidad de cada grupo de enfermedades. La tasa estandarizada por todas las causas era en 2007 de 7,07 por cada mil mujeres y de 8,02 por cada 1000 hombres.

En mujeres, la principal causa de muerte, enfermedades del aparato circulatorio, presenta una tasa de 2,52 por cada mil mujeres y la segunda, los tumores, una tasa de 1,59 mujeres por mil. La tercera causa, las enfermedades del sistema respiratorio, tiene una tasa de 0,69 por mil.

Los siguientes grupos de causas por su contribución a la mortalidad femenina son las enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos (0,39 por mil), los trastornos mentales y del comportamiento (0,29 por mil) y las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (0,28 por mil).

**TABLA 4. Tasas estandarizadas de mortalidad por causa de muerte (Capítulos de 10ª revisión de la CIE)**

	Mujeres		Varones	
	Tasa estandarizada (tanto por mil)	Coef. de variación (%)	Tasa estandarizada (tanto por mil)	Coef. de variación (%)
• Todas las causas	7,07	0,2	8,2	0,2
I. Enfermedades infecciosas y parasitarias	0,14	1,66	0,17	1,55
II. Tumores	1,59	0,5	2,71	0,39
III. Enf. de sangre y de org. hematopoyéticos y ciertos trast. que afectan mecan. inmunidad	0,03	3,59	0,02	4,31
IV. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,28	1,16	0,2	1,42
V. Trastornos mentales y del comportamiento	0,29	1,06	0,16	1,51
VI-VIII. Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos	0,39	0,97	0,26	1,25
IX. Enfermedades del sistema circulatorio	2,52	0,35	2,28	0,4
X. Enfermedades del sistema respiratorio	0,69	0,71	1	0,61
XI. Enfermedades del sistema digestivo	0,35	1,04	0,44	0,97
XII. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	0,03	3,42	0,01	5,18
XIII. Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	0,09	2,02	0,04	2,99
XIV. Enfermedades del sistema genitourinario	0,2	1,34	0,18	1,42
XV. Embarazo, parto y puerperio	0	27,75	..	..
XVI. Afecciones originadas en el periodo perinatal	0,02	4,77	0,02	4,35
XVII. Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	0,02	5,02	0,02	4,56
XVIII. Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio. No clasificados	0,23	1,19	0,2	1,4
XX. Causas externas de mortalidad	0,2	1,42	0,47	0,97

Fuente: INE. 2007



Descendiendo a una mayor desagregación de las causas de muerte (lista reducida CIE a tres dígitos), las **enfermedades cerebrovasculares** significan la principal causa de muerte en mujeres (10,3% de todas las defunciones, 18.964 defunciones). La característica más relevante de la mortalidad por estas enfermedades es el importante descenso ocurrido desde mediados de siglo en los países desarrollados. La evolución del riesgo de mortalidad, evaluado a través de la tendencia de la tasa de mortalidad ajustada por edad, muestra una disminución del 50% desde 1.990, tanto en hombres como en mujeres. Esta evolución ha sido fundamentalmente en el riesgo de mortalidad prematura, ya que el porcentaje de fallecimientos por encima de los 75 años, por enfermedades cerebrovasculares, se ha mantenido estabilizado. Las defunciones por esta causa se producen mayoritariamente en personas de 75 o más años de edad, sobre todo en mujeres. En 2006, el 30% de las defunciones por enfermedades cerebrovasculares en hombres se produjo antes de los 75 años, mientras en mujeres fue el 13%. Esta diferencia en la edad del fallecimiento se traslada al riesgo de mortalidad. Es 1,15 veces mayor en hombres que en mujeres sin considerar la edad, pero si se tiene en cuenta la mortalidad prematura, antes de los 75 años, el riesgo de mortalidad por enfermedades cerebrovasculares es 1,90 veces mayor en hombres que en mujeres.

Le siguen en importancia las **enfermedades isquémicas del corazón** (8.7% de las defunciones en mujeres, 15.974 defunciones) y la insuficiencia cardiaca (7,1% en mujeres, en este caso posiblemente una forma de muerte más que una causa, 13.060 defunciones). La edad al fallecimiento y el sesgo de género atribuibles a la identificación, tratamiento y diagnóstico de las enfermedades del aparato circulatorio pueden explicar que mientras las defunciones por insuficiencia cardiaca fueron 13.060 en mujeres y 7.032 en hombres, las enfermedades isquémicas del corazón (infarto y otras) fueron 21.248 en hombres y 15.974 en mujeres. Sumando ambas causas obtenemos un número mayor de defunciones por infarto agudo de miocardio, otras enfermedades isquémicas e insuficiencia cardiaca en mujeres (29.034, el 15,8% de las defunciones anuales en mujeres) que en hombres (28.280, el 14.1% de las defunciones anuales en hombres).

El riesgo de mortalidad por enfermedad isquémica del corazón (infarto agudo de miocardio y otras enfermedades is-

quémicas) descendió en España un 23% en el periodo 1.990-2.006, tanto en hombres como en mujeres. Este descenso en la mortalidad se atribuye a una menor incidencia de la enfermedad, por una menor exposición de la población a factores de riesgo, y a la mayor supervivencia de las personas enfermas, por una mejora en los tratamientos. El riesgo de mortalidad prematura por enfermedad isquémica del corazón, antes de los 75 años, ha experimentado un descenso aún mayor, un 32% inferior en 2006 al existente en 1.990, como consecuencia del aumento en el número de fallecimientos por encima de los 75 años. Las diferencias en la edad al fallecimiento para hombres y mujeres se traslada al riesgo de mortalidad, dos veces mayor en hombres que en mujeres sin tener en cuenta la edad pero cuatro veces mayor si se considera el riesgo de mortalidad prematura.

Por tipo de **tumor**, segunda causa en mujeres y primera en hombres, el tumor maligno de mama (3,2% de las defunciones, 5.983 casos) y el tumor maligno de colón (2,4%, 4.493 defunciones) son los tipos de tumor con mayor incidencia en la mortalidad de la mujer. Significan el 15,3% y el 11,5%, respectivamente, de las defunciones por cáncer en la mujer. El tumor maligno de colón es el segundo en importancia en hombres, detrás del de pulmón, y en mujeres, detrás del de mama. El cáncer de pulmón es ya el tercero en importancia en mujeres (1,5% de las defunciones, 2.798 casos). Aunque este tipo de cáncer es menos frecuente en mujeres que en hombres, la mortalidad por este tipo de tumor está descendiendo en los hombres (0,35% anual) mientras aumenta en mujeres (2,4% anual) como consecuencia de la incorporación de la mujer a la epidemia de tabaquismo en los años 70. El riesgo de muerte por cáncer de pulmón creció entre 1.990 y 2.006 un 68% en las mujeres, mientras que descendió un 2,8% en los hombres.

La evolución de la mortalidad por cáncer de mama, principal tumor maligno en la mujer, es descendente. El riesgo de muerte por esta causa en la mujer descendió un 23% en el periodo 1.990-2.006. También ha descendido la mortalidad prematura, fallecimientos en mujeres con menos de 75 años, posiblemente por la disminución de la incidencia de cáncer de mama en los grupos de edad más jóvenes y por un aumento de la supervivencia. Aún así, la mortalidad prematura sigue siendo alta, un 60% de los fallecimientos por cáncer de mama se produjeron en mujeres de menos de 75 años.

La importancia en la mortalidad de la mujer de las enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos, los trastornos mentales y del comportamiento y las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, se traduce en la importancia de la mortalidad por **enfermedad de Alzheimer** (3,8%, 6.971 defunciones), los **trastornos mentales orgánicos, senil y presenil** (4.3%, 7.914 defunciones) y la **diabetes mellitus** (3.2%, 5.948 defunciones). Estas tres son además las principales causas de muerte en mujeres después de las enfermedades cerebrovasculares y las enfermedades isquémicas del corazón.

La enfermedad de Alzheimer significa en mujeres 2,35 defunciones por cada una en hombres y la diabetes mellitus 1,4 defunciones en mujeres por cada una en hombres. Además, la mortalidad subestima la magnitud de estas dos enfermedades. Ambas presentan una mortalidad proporcional en mujeres superior (Alzheimer) o semejante (diabetes mellitus) al tumor maligno de mama, pero la mortalidad prematura es significativamente más baja, la mortalidad está asociada a las edades más avanzadas y es superior en mujeres posiblemente por su mayor esperanza de vida, entre otras causas. La proporción de fallecidas por diabetes mellitus con más de 74 años es del 85% frente al 67% en hombres, con un descenso del riesgo de mortalidad prematura desde 1.990 del 61% en mujeres y 32% en hombres. La proporción de fallecidas por Alzheimer con más de 74 años es del 93% (87% en hombres). La asociación con la edad al fallecimiento se muestra en este caso en que mientras el 51% de las defunciones en mujeres por Alzheimer se producen después de los 84 años, en los hombres esa cifra se reduce al 34%. Como consecuencia, si consideramos exclusivamente la mortalidad antes de los 75 años, la enfermedad de Alzheimer significa en mujeres 1,26 defunciones por cada una en hombres y la diabetes mellitus 0,64 defunciones en mujeres por cada una en hombres. La enfermedad de Alzheimer muestra una mortalidad prematura más importante en mujeres y la ocurrida por diabetes mellitus es más importante en hombres.

El indicador años potenciales de vida perdidos (APVP) en sus distintas variantes se ha venido utilizando ampliamente con el objetivo de comparar la importancia relativa de las causas de defunción en una población. Tiene por objeto dar una visión amplia de la importancia relativa de las causas más relevantes

de **mortalidad prematura** y se utiliza fundamentalmente en planificación, para definir prioridades de actuación futuras.

Los años potenciales de vida perdidos por todas las causas (tabla 5) suponen 2.501.789, de los que 1.724.840 corresponden a hombres y 776.949 a mujeres (el 31,1% de los APVP). Los tumores, las enfermedades del sistema circulatorio y la mortalidad por causas externas suponen el 72,7% de los 2.501.789 años potenciales de vida perdidos, y se configuran como las tres principales causas de mortalidad en las sociedades avanzadas (1.820.000 APVP). No obstante, el peso relativo de cada uno de estos grupos es diferente en hombres y en mujeres. La contribución de los años potenciales de vida perdidos por la mujer al total de APVP es el 20,6% en la mortalidad por causas externas (19.443 APVP en mujeres, 58.555 APVP en hombres), supone el 29% en las enfermedades del sistema circulatorio (139.762 APVP en mujeres, 342.308 APVP en hombres) y asciende al 36% en los tumores (351.598 APVP en mujeres, 625.328 APVP en hombres).

El impacto, contribución relativa de cada causa al total de APVP, de las enfermedades del sistema circulatorio en mujeres (18,0%) es semejante al obtenido en hombres (19,8%). Son los tumores, con un peso relativo muy superior en mujeres (45,2% frente a un 36,2% en hombres), y la mortalidad por causas externas, con un peso relativo muy superior en hombres (16,61% frente al 9,57% en mujeres), los grupos que establecen las principales diferencias.

El cáncer, primera causa de muerte en hombres y segunda en mujeres, es la primera causa en número de años potenciales de vida perdidos en ambos géneros, y supone casi la mitad de los perdidos por todas las causas de muerte en mujeres. Por su impacto, mortalidad proporcional sobre APVP, el cáncer de mama es el principal tumor maligno en mujeres (10,8% de los APVP). El cáncer de pulmón, tercer tipo de tumor por el número de defunciones en mujeres, es el segundo en importancia por años potenciales de vida perdidos (5,1% de los APVP). El cáncer de colón, segundo por número de defunciones, muestra un impacto en años potenciales de vida perdidos por las mujeres (2,9% de los APVP) similar al cáncer de ovario (3,0% de los APVP) y al de útero (2,8% de los APVP). Estos cinco son los principales tipos de tumor que ocasionan años potenciales de vida perdidos por las mujeres.

TABLA 5. Años potenciales de vida perdidos por causa de muerte y sexo (Capítulos de 10ª revisión de la CIE)

	Mujeres				Hombres			
	Nº de APVP	%	Tasa estandarizada de APVP	Nº medio de APVP	Nº de APVP	%	Tasa estandarizada de APVP	Nº medio de APVP
• Todas las causas	776949	100	35,89	12,68	1724840	79,97	14,83	
Enfermedades infecciosas y parasitarias	25462	3,28	1,15	16,24	66693,5	3,87	2,91	22,81
Tumores	351598,5	45,25	16,01	14,76	625328,5	36,25	29,04	13,62
Enf. de sangre y de org. hematopoyéticos y ciertos trast. que afectan mecan. inmunidad	3491	0,45	0,16	15,8	4808	0,28	0,22	19,08
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	21393,5	2,75	1,02	9,38	31263	1,81	1,45	11,79
Trastornos mentales y del comportamiento	6170	0,79	0,29	6,37	12715	0,74	0,58	10,25
Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos	32525,5	4,19	1,53	10,9	44891,5	2,6	2,15	14,23
Enfermedades del sistema circulatorio	139762	17,99	6,53	8,71	342308,5	19,85	15,82	11,96
Enfermedades del sistema respiratorio	40002,5	5,15	1,87	9,71	109994	6,38	5,12	10,21
Enfermedades del sistema digestivo	36942,5	4,75	1,7	11,76	112717,5	6,53	5,09	16,07
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	1462,5	0,19	0,07	8,17	1357,5	0,08	0,06	8,76
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	4717,5	0,61	0,22	10,51	3030	0,18	0,14	10,1
Enfermedades del sistema genitourinario	10879,5	1,4	0,51	8,41	14877,5	0,86	0,69	9,07
Embarazo, parto y puerperio	582,5	0,07	0,03	44,81	..	..	..	..
Afecciones originadas en el periodo perinatal	285	0,04	0,02	47,5	983	0,06	0,05	54,61
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	7850	1,01	0,37	40,67	8750,5	0,51	0,41	39,06
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio. No clasificados	19443	2,5	0,88	15,59	58555	3,39	2,65	21,54
Causas externas de mortalidad	74381,5	9,57	3,54	27,22	286567	16,61	13,57	32,77

Fuente: INE. 2007. En 2007 se amplía el cálculo del indicador APVP hasta 79 años.

*Morbilidad*



IV



#### **IV.1 Salud percibida**

La salud percibida es uno de los principales indicadores de las Encuestas de Salud, y un buen predictor de variables como la morbilidad y la utilización de servicios sanitarios. Se valora la percepción subjetiva del estado de salud en los últimos doce meses, tomando como referencia una escala de 5 posiciones desde muy bueno a muy malo, y el indicador utilizado habitualmente es el porcentaje de población que considera su estado de salud como bueno o muy bueno. El punto intermedio de la escala, “regular”, no puede considerarse neutro ya que también significa una percepción negativa del estado de salud.

Aproximadamente 6 de cada 10 mujeres (60,7%) perciben su estado de salud como bueno o muy bueno frente a un 72,7% de los hombres. Una diferencia de 12 puntos que, en términos relativos, es aún mayor si se compara el porcentaje de mujeres que autovaloran su salud como mala o muy mala (10,4%) con el de hombres (6,9%). Si consideramos la razón entre porcentajes para hombres y mujeres, el resultado es que mientras los hombres que perciben su salud como buena o muy buena son un 20% más que las mujeres en esa misma situación, las mujeres que perciben su salud como mala o muy mala son un 50% más que los hombres con esa misma valoración del estado de salud. Como veremos, la percepción del estado de salud tiene una asociación importante y significativa con la morbilidad, por lo que las diferencias no responden simplemente a una situación subjetiva de la mujer sino también objetiva, consecuencia de una mayor morbilidad.

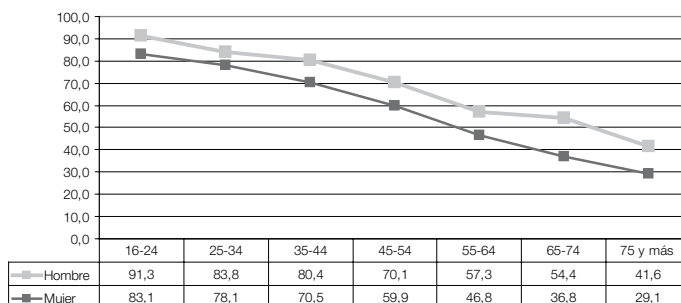
	<b>Mujeres</b>	<b>Hombres</b>	<b>Total</b>
• <b>Muy bueno</b>	15.8%	20.3%	18.0%
• <b>Bueno</b>	44.9%	52.4%	48.6%
• <b>Regular</b>	28.9%	20.5%	24.8%
• <b>Malo</b>	7.7%	5.0%	6.4%
• <b>Muy malo</b>	2.7%	1.9%	2.3%

Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006

Como cabría esperar, la edad establece diferencias en ambos géneros con una percepción positiva del estado de salud

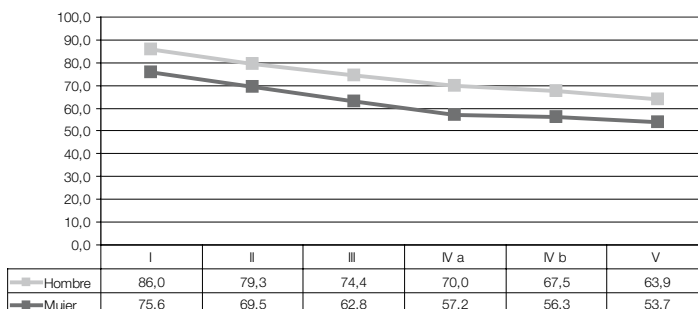
estrictamente decreciente con la edad. De la misma forma, la clase social también establece diferencias con la misma tendencia decreciente a medida que disminuye el estatus socioeconómico, tanto en hombres como en mujeres.

Fig.2 Salud percibida (%Muy bueno + bueno) por sexo y edad



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006

Fig.3 Salud percibida (%Muy bueno + bueno) por sexo y clase social.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006

En la tabla 7 figuran los odds ratio asociados a cada categoría de las diferentes variables consideradas en un modelo de regresión logística, tomando como variable a explicar la percepción del estado de salud como bueno o muy bueno. Un odds ratio mayor que 1 indica una mayor probabilidad de percibir el estado de salud como bueno o muy bueno y un odds ratio menor que 1 una menor probabilidad, en comparación con las categorías de referencia que siempre toman el valor 1. Por ejemplo, en la edad la categoría de referencia es el grupo de 75 y más años y los odds ratio se interpretan en comparación con este grupo.

Este tipo de análisis lo que permite es determinar el efecto de la variable sexo en la percepción del estado de salud, una vez



ajustado por otras variables como la edad, la clase social, la situación laboral o el nivel de estudios, todas ellas con una incidencia significativa en la salud autopercebida. Así, se puede inferir que existen diferencias estadísticamente significativas según género una vez excluido el efecto de la clase social, la situación laboral o la edad. La percepción del estado de salud como bueno o muy bueno desciende en las mujeres, es creciente a medida que disminuye la edad, aumenta la clase social (excepto entre las categorías IVb y V) o aumenta el nivel de estudios terminados, y difiere significativamente según la situación laboral. La mejor percepción del estado de salud se obtiene en estudiantes y personas que trabajan y la peor percepción entre personas jubiladas/pensionistas, personas en desempleo o dedicadas principalmente a las labores del hogar.

El significado del ajuste por otras variables puede observarse al analizar las diferencias por situación laboral. Si nos atenemos exclusivamente a los porcentajes, las personas en desempleo tienen un porcentaje de casos con percepción del estado de salud bueno o muy bueno (67,7%) claramente superior al grupo de personas dedicadas principalmente al trabajo doméstico (53,8%), pero si excluimos el efecto del sexo, la edad, la clase social o el nivel de estudios, los odds ratio son muy similares (0,69 y 0,73) indicando la ausencia de diferencias en esas dos categorías de situación laboral.

TABLA 7. Percepción del estado de salud como bueno o muy bueno

	%	OR*	Valor de p
<b>Sexo</b>			
• Hombre	72.7	1	< 0.001
• Mujer	60.7	0.60	
<b>Edad</b>			
• 75 y más años	34.4	1	< 0.001
• 65 a 74	44.5	1.39	< 0.001
• 55 a 64	51.9	1.27	< 0.001
• 45 a 54	65.5	1.72	< 0.001
• 35 a 44	75.6	2.65	< 0.001
• 25 a 34	81.1	3.58	< 0.001
• 16 a 24	87.3	4.91	
<b>Clase social</b>			
• I	81.1	1.91	< 0.001
• II	74.4	1.34	< 0.001
• III	68.6	1.33	< 0.001
• IVa	63.7	1.13	< 0.001
• IVb	61.3	0.97	n.s.
• V	58.5	1	
<b>Situación laboral</b>			
• Trabaja	77.1	1	< 0.001
• Desempleo	67.7	0.71	< 0.001
• Jubilación/Pensionista	40.7	0.50	< 0.001
• Estudiante	91.5	1.69	< 0.001
• Dedicado/a principalmente a las labores del hogar	53.8	0.81	< 0.001
<b>Estudios terminados</b>			
• Primarios o menos	51.3	1	
• Secundaria 1ª etapa	71.9	1.17	< 0.001
• Secundaria 2ª etapa	78.8	1.60	< 0.001
• Universitarios o equivalentes	82.0	1.90	< 0.001

\* Odds ratios ajustados por el resto de variables

Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006

Las diferencias expuestas según posibles determinantes de la salud autopercibida, como la edad o la clase social, se mantienen al considerar exclusivamente la muestra de mujeres. Y atendiendo a la magnitud de los odds ratio, las diferencias por edad se incrementan. En el caso de la clase social, para las mujeres no existen diferencias en los tres últimos estratos (IVa, IVb y V) y únicamente se obtienen en las clases I, II y III, con percepción positiva creciente a medida que aumenta la clase social. La influencia del nivel de estudios se constata en la muestra de mujeres. También se mantienen las diferencias hacia una peor percepción del estado de salud en mujeres desempleadas o dedicadas principalmente a las tareas del hogar.

TABLA 8. Percepción del estado de salud como bueno o muy bueno (mujeres)			
	%	OR*	Valor de p
<b>Edad</b>			
• 75 y más años	29.1	1	
• 65 a 74	36.8	1.28	< 0.001
• 55 a 64	46.8	1.51	< 0.001
• 45 a 54	59.9	2.14	< 0.001
• 35 a 44	70.5	3.21	< 0.001
• 25 a 34	78.1	4.56	< 0.001
• 16 a 24	83.1	5.59	< 0.001
<b>Clase social</b>			
• I	75.6	1.66	< 0.001
• II	69.5	1.23	< 0.01
• III	62.8	1.21	< 0.002
• IVa	57.2	0.98	n.s.
• IVb	56.3	0.90	0.04
• V	53.7	1	
<b>Estudios terminados</b>			
• Primarios o menos	51.3	1	
• Secundaria 1ª etapa	71.9	1.24	< 0.001
• Secundaria 2ª etapa	78.8	1.62	< 0.001
• Universitarios o equivalentes	82.0	1.94	< 0.001
<b>Situación laboral</b>			
• Trabaja	72.8	1	< 0.001
• Desempleo	64.1	0.70	< 0.001
• Jubilación/Pensionista	32.5	0.62	0.003
• Estudiante	87.0	1.43	0.02
• Dedicado/a principalmente a las labores del hogar	53.7	0.88	

\* Odds ratios ajustados por el resto de variables  
Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006

Si se comparan las tablas 7 y 8, puede observarse cómo los porcentajes de mujeres que perciben su salud como buena o muy buena (tabla 8) son siempre menores que los obtenidos para la muestra total de hombres y mujeres (Tabla 7), en todas las categorías de cualquiera de las variables de control consideradas. Se pone de manifiesto la peor salud autopercebida por las mujeres en comparación con los hombres, sea cual sea la categoría de situación laboral, clase social o nivel de estudios terminados a la que pertenezcan. Este es el sentido de los resultados expuestos en los modelos de regresión logística, la influencia determinante del género en la percepción del estado de salud.

En la encuesta sobre usos del tiempo, estereotipos, valores y actitudes, realizada por el Instituto de la Mujer en 2006, en el apartado de calidad de vida percibida se investigaron diferentes dominios como la pareja, la familia, la vivienda, las amistades, la salud, la educación, el trabajo, el tiempo libre y la situación económica. De todos estos dominios, los resultados obtenidos en la encuesta citada indican que únicamente en dos dominios se evidencia que la calidad de vida percibida es diferente entre hombres y mujeres: salud y tiempo libre. Los hombres presentan siempre una mayor satisfacción que las mujeres en todos los dominios, aunque únicamente en salud y tiempo libre las diferencias pueden considerarse estadísticamente significativas.

#### **IV.2** ***Calidad de vida***

El resultado anterior refuerza la asociación entre una peor percepción del estado de salud y una menor satisfacción expresada con la salud, al comparar hombres y mujeres. Al mismo tiempo, refuerza la importancia de la salud como uno de los dominios con mayores diferencias según género en la calidad de vida percibida.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la calidad de vida como “la percepción personal de un individuo sobre su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive y en relación con sus objetivos, expectativas e intereses”. Desde el punto de vista poblacional, la calidad de vida relacionada con la salud es de gran utilidad para valorar y monitorizar la salud de una población.

Para medir la calidad de vida relacionada con la salud existen diferentes instrumentos ampliamente utilizados como el

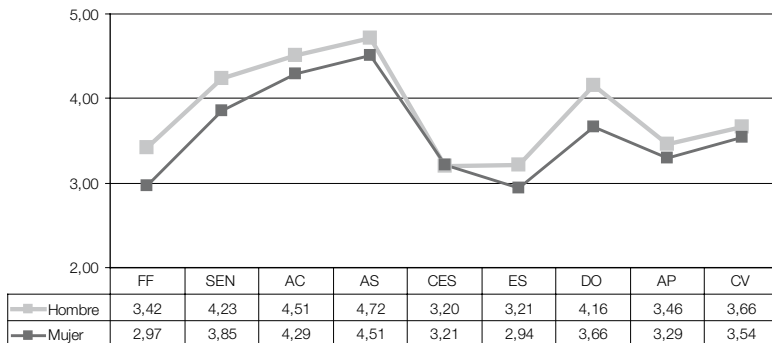
EuroQuol o el SF-36, para el que existe una versión abreviada. En la ENSE 06 no se incluye ningún instrumento de medida de la calidad de vida relacionada con la salud, por lo que este fue uno de los objetivos de la encuesta ad hoc realizada en el marco del estudio Salud y Mujer. La mayor parte de los cuestionarios utilizados para medir calidad de vida relacionada con la salud plantean problemas de autor, razón por la que en nuestra encuesta se ha optado por la escala COOP/WONCA. Esta escala es sencilla y de fácil comprensión y es recomendada por organismos internacionales como la OMS o la Conferencia Mundial de Médicos de Familia (WONCA). En España se ha utilizado recientemente en la Encuesta de Salud del Municipio de Madrid con muy buenos resultados.

Las dimensiones evaluadas en la escala COOP/WONCA son nueve: forma física (FF), sentimientos (SEN), actividades cotidianas (AC), actividades sociales (AS), cambio en el estado de salud (CES), estado de salud (ES), dolor (DO), apoyo social (AP) y autopercepción de calidad de vida (CV), todas ellas referidas a las últimas dos semanas. Cada dimensión tiene cinco opciones de respuesta con puntuaciones posibles de 1 a 5. En los resultados que se exponen a continuación, mayor puntuación equivale a una mejor calidad de vida percibida. Los resultados se presentan mediante las puntuaciones obtenidas en cada dimensión y en la suma de los nueve ítems (rango de 9 a 45).

Las puntuaciones obtenidas en la escala indican que las mujeres tienen peor calidad de vida relacionada con la salud que los hombres, y que esto sucede en todas las dimensiones exploradas excepto en el cambio en el estado de salud (figura 4). La ausencia de diferencias en esta dimensión es hasta cierto punto esperable, pues los cambios percibidos no tienen porque estar relacionados con una mejor o peor percepción del estado de salud.

Las dimensiones donde las diferencias según género son mayores son la percepción del **dolor** (durante las últimas dos semanas, ¿Cuánto dolor ha tenido?), **forma física** (durante las últimas dos semanas, ¿cuál ha sido la máxima actividad física que pudo realizar durante al menos dos minutos?) y **sentimientos** (durante las últimas dos semanas, ¿en qué medida le han molestado los problemas emocionales tales como sentimientos de ansiedad, depresión, irritabilidad o tristeza y desánimo?).

Fig.4 Dimensiones calidad de vida relacionada con la salud por sexo.



Forma Física (FF), Sentimientos (SEN), Actividades cotidianas (AC), Actividades sociales (AS), Cambios estado de salud (CES), Estado de Salud (ES), Dolor (DO), Apoyo Social (AP), Calidad de vida (CV).

(\*) Diferencias estadísticamente significativas en todas las dimensiones excepto en la percepción de cambios en el estado de salud en las últimas dos semanas (CES)

Fuente: Encuesta Mujer y Salud 2009

Al desagregar por grupo de edad, las diferencias existentes en todas las dimensiones excepto en el cambio del estado de salud siguen existiendo en los grupos de edad a partir de los 45 años. Es en estos grupos de edad donde más patentes se hacen las diferencias según género en la calidad de vida relacionada con la salud (tabla 9).

También puede observarse la causa de que sea en forma física, sentimientos y dolor donde se dan las mayores diferencias entre hombres y mujeres. Son estas tres dimensiones, junto con la percepción del estado de salud, las únicas en las que se pueden inferir diferencias significativas hacia una menor calidad de vida de las mujeres en los intervalos de edad de 16 a 29 años y 30 a 44 años. En este último grupo de edad es donde las diferencias entre hombres y mujeres son menores. De hecho, es el único grupo sin diferencias significativas en percepción del dolor, aunque sí en forma física, sentimientos y estado de salud.

Como veremos al analizar la morbilidad, estos resultados están asociados al patrón diferencial de morbilidad en la mujer, con mayores prevalencias que los hombres de dolor, fatiga o problemas de salud mental. Su alto impacto en la calidad de vida y el bienestar hace que deban ser tenidos en cuenta necesariamente al abordar programas o actuaciones específicas.

**TABLA 9. Puntuación en las dimensiones de calidad de vida percibida relacionada con la salud según edad y sexo. (Escala de 1 a 5. Mayores puntuaciones en la escala indican mayor calidad de vida)**

	16-29 años		30 a 44 años		45 a 64 años		65 y más	
	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre
·(FF)	3.34	3.99 *	3.22	3.71 *	2.92	3.16 *	2.35	2.56 *
·(SEN)	3.84	4.15 *	3.91	4.17 *	3.79	4.24 *	3.84	4.42 *
·(AC)	4.40	4.53	4.48	4.53	4.32	4.50 *	3.92	4.48 *
·(AS)	4.58	4.69	4.59	4.70	4.47	4.76 *	4.42	4.75 *
·(CES)	3.33	3.26	3.20	3.26	3.21	3.14	3.11	3.12
·(ES)	3.22	3.52 *	3.15	3.30 *	2.85	3.05 *	2.51	2.91 *
·(DO)	4.04	4.39 *	4.03	4.06	3.46	4.18 *	3.06	4.02 *
·(AP)	3.63	3.56	3.41	3.50	3.01	3.38 *	3.19	3.37
·(CV)	3.64	3.69	3.66	3.67	3.45	3.62 *	3.40	3.70 *

Forma Física (FF), Sentimientos (SEN), Actividades cotidianas (AC), Actividades sociales (AS), Cambios estado de salud (CES), Estado de Salud (ES), Dolor (DO), Apoyo Social (AP), Calidad de vida (CV).

(\*) Diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ )

Fuente: Encuesta Mujer y Salud 2009

Considerando la puntuación total en la escala, se obtiene una media de 34,6 puntos en hombres y 32,3 en mujeres, con diferencias estadísticamente significativas. Para explicar las variaciones en calidad de vida percibida, se ha realizado un análisis de covarianza ajustando un modelo con las posibles variables con incidencia en la calidad de vida y las interacciones de segundo orden de estas variables (ver tabla 10). En el modelo ajustado se ha incluido también el tamaño del municipio de residencia, pero es una variable que no presenta significación estadística. El sexo, la edad, la clase social, el nivel de estudios terminados, la situación laboral y la existencia en el hogar de personas con necesidad de cuidados o menores de 16 años, son variables con un efecto significativo para explicar la variación en la puntuación global de la escala de calidad de vida relacionada con la salud. De las interacciones de 2º orden, también resulta significativa la interacción de la clase social con la situación laboral.

Los resultados obtenidos indican que los hombres perciben una mejor calidad de vida relacionada con la salud. La ca-

alidad de vida percibida disminuye a medida que aumenta la edad, desciende el nivel de estudios terminados o la clase social. El efecto de la situación laboral se debe al descenso de la calidad de vida percibida en personas jubiladas/pensionistas o dedicadas principalmente a las tareas del hogar, mayoritariamente mujeres. Además, la existencia de personas en el hogar con necesidad de cuidados o menores de 16 años, que recaen principalmente en las mujeres, disminuye la calidad de vida percibida. La interacción clase social y situación laboral se traduce en que las menores puntuaciones en calidad de vida percibida se dan en personas dedicadas principalmente a las tareas del hogar (mayoritariamente mujeres) de los estratos de clase social III a V y en personas jubiladas o pensionistas de las categorías IVb y V.

**TABLA 10. Incidencia conjunta de las variables de control y sexo en CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD**

	F	Valor de p	Contribución a la varianza explicada
<b>Sexo</b>	43.9	< 0.001	29.7%
<b>Edad</b>	3.9	0.01	7.9%
<b>Clase social</b>	3.8	0.01	7.7%
<b>Situación laboral</b>	4.6	0.001	12.5%
<b>Estudios terminados</b>	6.2	<0.001	12.6%
<b>Personas en el hogar con necesidad de cuidados</b>	10.2	0.002	10.2%
<b>Interacción clase social – situación laboral (*)</b>	2.8	< 0.001	22.7%

\* Es el único de los términos de interacción de segundo orden con significación estadística.

Si se observan los resultados expuestos y la contribución relativa de cada variable a la varianza explicada, el sexo se configura como la variable con un mayor poder predictivo, confirmando las diferencias existentes entre géneros en calidad de vida relacionada con la salud, una vez considerado el efecto del resto de variables.

Entre las principales variables asociadas a la morbilidad recogidas en la ENSE 06 figuran los problemas crónicos (alguna vez, últimos doce meses y diagnosticados por un médico), la

### ***IV.3 Morbilidad y restricción de la actividad***



limitación de la actividad por problemas crónicos, la reducción o limitación de la actividad por dolores o síntomas y qué síntomas o dolores son los que provocan la limitación.

Puesto que la salud autopercibida puede considerarse el mejor indicador de la morbilidad sentida, al analizar los problemas crónicos nos centraremos exclusivamente en los diagnosticados por un médico (tablas 11a y 11b).

El porcentaje de mujeres con algún problema crónico supone un 77,2% frente a un 64,6% de los hombres, con diferencias significativas según género no solo en porcentaje de personas sino en el número de problemas crónicos por persona. De hecho, las mujeres con algún problema crónico tienen como media 3,9 problemas y aquellas con tres o más problemas suponen el 45,7% de las mujeres de 16 y más años. Estas cifras son significativamente más bajas en los hombres, 2,8 problemas de media y un 27,2% de hombres de 16 y más años con 3 o más problemas crónicos diagnosticados.

TABLA 11A. Trastornos crónicos diagnosticados por un médico			
	Mujer	Hombre	Total
• Con algún problema crónico	77.2%	64.6%	71.1%
<b>Nº de problemas crónicos</b>			
• Uno	17.5%	22.9%	20.2%
• Dos	14.0%	14.5%	14.3%
• Tres o más	45.7%	27.2%	36.6%
• Media (d.t.)	3.9 (2.9)	2.8 (2.2)	3.4 (2.7)

Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006

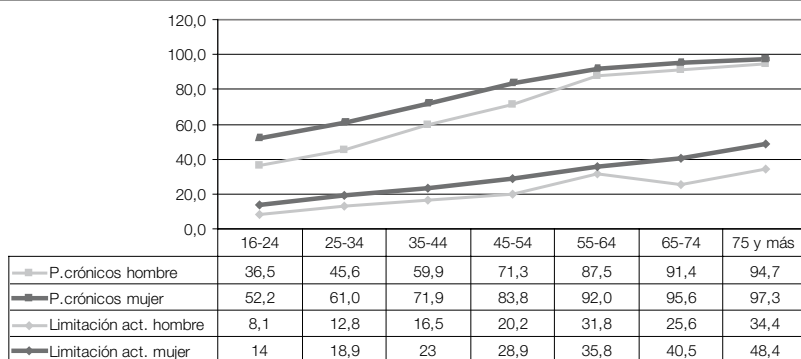
Esta mayor morbilidad también implica una mayor limitación de la actividad habitual en los últimos doce meses. Un 28,3% de las mujeres de 16 y más años declara que esas enfermedades o problemas de salud le han limitado sus actividades habituales frente a un 19,3% en el caso de los hombres.

Las diferencias según género, tanto en la prevalencia de problemas crónicos como en la limitación de la actividad habitual, se

mantienen al desagregar por grupo de edad, pero con diferente tendencia. En el caso de la existencia de problemas crónicos, las mayores diferencias se dan en los intervalos de edad hasta los 54 años y a partir de los 55 años se van haciendo cada vez más reducidas (figura 5). La prevalencia de problemas crónicos en mujeres supera el 50% ya en el grupo más joven de 16 a 24 años.

Por el contrario, las diferencias en la limitación de la actividad principal se mantienen estables hasta los 54 años (con diferencias de 6 a 8 puntos porcentuales), alcanzan su mínimo entre los 55 y 64 años y se hacen mucho más pronunciadas a partir de los 65 años. Aparte del tipo de morbilidad, los diferentes tipos de actividad principal entre hombres y mujeres mayores, con una mayor carga para las mujeres, pueden explicar estas diferencias. La limitación por problemas crónicos depende no solo de la morbilidad sino del tipo de actividad principal y, por tanto, tiene una interpretación más subjetiva.

Fig.5 Problemas crónicos y limitación de la actividad por sexo y edad.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006

Aparte de la mayor morbilidad crónica diagnosticada en mujeres que en hombres, que pondría de manifiesto que la salud autopercibida en mujeres no responde solo a una valoración subjetiva del estado de salud sino que está asociada a una mayor carga de enfermedad, los problemas crónicos más prevalentes en hombres y mujeres muestran el patrón diferencial de acuerdo al listado de patologías recogido en la ENSE 06 (tabla 11b).

Los problemas crónicos con mayor prevalencia en el conjunto de la población de 16 y más años son la artrosis, artritis y reumatismos, el dolor de espalda crónico (cervical o lumbar) y la hipertensión, todos ellos con porcentajes superiores al 20% de la población adulta. Estos cuatro problemas crónicos de salud coinciden con los más prevalentes en mujeres.

Las principales diferencias según género se deben tanto al tipo de problemas más prevalentes como a su incidencia en la población. Así, de los problemas crónicos presentes en un mayor porcentaje poblacional, las menores diferencias se dan en el colesterol alto, la hipertensión o la alergia crónica, aunque siempre más presentes en mujeres. En el resto, las diferencias en prevalencia son elevadas y configuran un perfil de morbilidad muy diferenciado. La artrosis, artritis y reumatismos y el dolor de espalda crónico tienen una prevalencia en mujeres más del doble que la obtenida en hombres, y además afectan a una cuarta parte de las mujeres de 16 y más años. No obstante, existen otros problemas que afectan al menos al 10% de las mujeres donde las diferencias con los hombres son aún mayores. Estos problemas son las varices en las piernas, la depresión, ansiedad u otros trastornos mentales, la migraña o dolor de cabeza frecuente y la anemia. En concreto, es importante observar cómo los problemas de salud mental (depresión, ansiedad u otros) o las migrañas o dolores de cabeza frecuentes afectan a casi el 20% de las mujeres y están entre los siete problemas crónicos más prevalentes, mientras apenas suponen el 8,1% y 6,5%, respectivamente, en los hombres. Otros problemas casi exclusivos de la mujer, por su baja prevalencia en hombres, son la osteoporosis y los problemas de tiroides.

TABLA 11b. Problemas crónicos según género

	Mujer	Hombre	Total
Artrosis, artritis o reumatismo	27.5%	13.2%	20.5%
Dolor espalda crónico (cervical)	27.1%	12.8%	20.1%
Dolor espalda crónico (lumbar)	25.3%	16.3%	20.9%
Tensión alta	22.6%	18.6%	20.6%
Varices en las piernas	19.4%	5.2%	12.4%
Depresión, ansiedad u otros t. mentales	19.1%	8.1%	13.7%
Migraña o dolor de cabeza frecuente	17.2%	6.5%	11.9%
Colesterol alto	16.1%	15.3%	15.7%
Alergia crónica	13.6%	10.6%	12.1%
Anemia	11.5%	1.7%	6.7%
Hemorroides	9.1%	6.0%	7.6%
Cataratas	8.7%	5.4%	7.1%
Estreñimiento crónico	8.7%	2.6%	5.7%
Osteoporosis	8.2%	1.3%	4.8%
Problemas de tiroides	6.9%	0.9%	3.9%
Problemas del periodo menopáusico	6.9%	-	3.5%
Problemas crónicos de piel	6.5%	5.6%	6.1%
Diabetes	6.0%	6.3%	6.2%
Enfermedades del corazón (excepto infarto)	6.0%	6.0%	5.5%
Asma	5.8%	5.0%	5.5%
Úlcera de estómago o duodeno	4.8%	6.4%	5.6%
Incontinencia urinaria	4.8%	2.9%	3.9%
Bronquitis crónica	4.5%	5.1%	4.8%
Tumores malignos	3.0%	2.0%	2.5%
Infarto de miocardio	1.4%	3.2%	2.3%
Embolia	1.2%	1.3%	1.2%
Problemas de próstata	-	7.0%	3.4%

Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006

Considerando exclusivamente la mujer, en la Tabla 12 figura la prevalencia de problemas crónicos por grandes grupos de edad. Se puede constatar cómo la presencia de algún problema crónico es creciente con la edad, y con incrementos elevados al pasar de uno a otro grupo de edad. El mayor incremento respecto al intervalo previo se obtiene en el grupo de 45 a 64 años, donde el 87,5% de las mujeres tienen ya algún problema crónico, casi seis de cada diez (58,8%) tienen tres o más problemas y la media es de 4,3 problemas crónicos.

Al desagregar por edad, podemos establecer tres grupos de problemas crónicos entre los más prevalentes:

- a) Enfermedades o problemas de salud muy asociados a la edad en los que el incremento más importante se da en las mujeres de 45 a 64 años. Este tipo de problemas serían las **artrosis, artritis o reumatismos, la hipertensión, el colesterol alto y la osteoporosis.**
- b) Problemas con prevalencias no estrictamente crecientes o decrecientes con la edad, pero que son de los más prevalentes en los grupos inferiores de edad hasta los 44 años, como la **anemia o la migraña o dolor de cabeza frecuente.**
- c) Problemas cuya prevalencia es creciente con la edad, pero con altas prevalencias, cercanas o superiores al 15% ya en el grupo de 30 a 44 años, y que significan cuatro de los ocho problemas crónicos más frecuentes en las mujeres jóvenes de 16 a 29 años. Por orden de frecuencia en la población más joven son los **dolores de espalda (cervical o lumbar), la depresión, ansiedad u otros trastornos mentales y las varices en las piernas.**

En la tabla 13 figuran los odds ratio asociados a cada categoría de las diferentes variables consideradas en los modelos de regresión logística, tomando como variables a explicar la presencia de morbilidad crónica y la restricción de la actividad por morbilidad crónica. Una vez considerado el efecto del resto de variables, **la mujer es 1,8 veces más probable que presente algún problema crónico y 1,5 veces más probable que vea limitada su actividad a causa de un problema crónico.** El efecto de la edad en ambas variables es evidente y presenta un significado claro. La presencia de problemas crónicos es estrictamente creciente con la edad pero no así la limitación de la actividad. El grupo con el odds ratio más alto en limitación de la actividad es el grupo de 55 a 64 años frente a los grupos de 65 y más años. Por otro lado, no se puede establecer asociación entre clase social y problemas crónicos.

<b>TABLA 12. Problemas crónicos en la mujer según edad</b>				
	<b>16-29</b>	<b>30-44</b>	<b>45-64</b>	<b>65 y más</b>
<b>Con algún problema crónico</b>	54.4%	69.1%	87.5%	96.4%
<b>Nº de problemas crónicos</b>				
• Uno	23.8%	23.5%	14.5%	7.7%
• Dos	14.5%	16.1%	14.2%	10.7%
• Tres o más	16.1%	29.5%	58.8%	78.0%
• Media (d.t.)	2.2 (1.4)	2.7 (2.0)	4.3 (2.9)	5.5 (3.2)
<b>Tipo de Problema crónico</b>				
• Artrosis, artritis o reumatismo	1.8%	8.9%	36.8%	64.6%
• Dolor espalda crónico (cervical)	13.1%	21.8%	35.0%	37.0%
• Dolor espalda crónico (lumbar)	12.4%	20.0%	30.9%	37.3%
• Tensión alta	3.7%	6.9%	25.7%	57.2%
• Varices en las piernas	5.3%	14.9%	25.7%	30.4%
• Depresión, ansiedad u otros t. mentales	7.3%	14.0%	26.0%	28.3%
• Migraña o dolor de cabeza frecuente	12.6%	17.6%	21.0%	15.9%
• Colesterol alto	3.1%	6.3%	22.9%	32.9%
• Alergia crónica	16.1%	14.6%	13.3%	10.3%
• Anemia	8.6%	11.7%	13.7%	11.3%
• Hemorroides	2.3%	7.3%	12.9%	13.2%
• Cataratas	0.4%	0.6%	4.4%	33.0%
• Estreñimiento crónico	4.5%	5.4%	10.6%	14.4%
• Osteoporosis	0.1%	0.8%	10.8%	22.6%
• Problemas de tiroides	2.1%	5.7%	10.3%	8.5%
• Problemas del periodo menopáusico	0.5%	2.4%	16.7%	6.4%
• Problemas crónicos de piel	5.1%	6.8%	6.6%	7.5%
• Diabetes	0.7%	1.6%	5.8%	17.2%
• Enferm. del corazón (excepto infarto)	1.5%	2.2%	4.7%	16.9%
• Asma	6.9%	5.0%	4.8%	7.3%
• Úlcera de estómago o duodeno	1.2%	2.8%	6.8%	8.5%
• Incontinencia urinaria	0.5%	1.3%	5.1%	13.2%
• Bronquitis crónica	2.7%	2.9%	4.3%	8.4%
• Tumores malignos	0.5%	1.1%	4.6%	5.9%
• Infarto de miocardio	0.1%	0.1%	1.1%	4.9%
• Embolia	0.2%	0.3%	1.0%	3.7%

Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006

TABLA 13. Morbilidad crónica según variables sociodemográficas

	Morbilidad crónica		Restricción de la actividad por problemas crónicos	
	OR*	Valor de p	OR*	Valor de p
<b>Sexo</b>				
• Hombre	1		1	
• Mujer	1.85	< 0.001	1.56	< 0.001
<b>Edad</b>				
• 75 y más años	14.0	< 0.001	2.42	< 0.001
• 65 a 74	8.97	< 0.001	1.95	< 0.001
• 55 a 64	8.42	< 0.001	2.88	< 0.001
• 45 a 54	3.87	< 0.001	2.15	< 0.001
• 35 a 44	2.21	< 0.001	1.51	< 0.001
• 25 a 34	1.32	< 0.001	1.26	< 0.001
• 16 a 24	1		1	
<b>Clase social</b>				
• I	1		1	
• II	1.17	0.02	1.25	< 0.001
• III	1.15	0.01	1.31	< 0.001
• IVa	1.10	n.s.	1.43	< 0.001
• IVb	1.11	n.s.	1.43	< 0.001
• V	0.98	n.s.	1.53	< 0.001
<b>Situación laboral</b>				
• Trabaja	1		1	
• Desempleo	1.17	0.003	1.50	< 0.001
• Jubilación/ Pensionista	2.41	0.001	2.36	< 0.001
• Estudiante	0.82	0.002	0.71	< 0.001
• Dedicado/a principalmente a las labores del hogar	1.16	0.01	1.45	< 0.001

Odds ratios ajustados por el resto de variables

Si se considera exclusivamente la muestra de mujeres, los resultados de los modelos de regresión logística figuran en la tabla 14. El crecimiento de los odds ratio para morbilidad crónica según edad es aún mayor en la muestra de mujeres. No se puede inferir asociación lineal con la clase

social y no existen diferencias significativas en la prevalencia de morbilidad crónica en mujeres que trabajan, paradas o dedicadas al trabajo doméstico no remunerado. Las diferencias sí existen en la restricción de la actividad principal por problemas crónicos, creciente con la clase social y mayor en desempleadas y dedicadas principalmente a las tareas del hogar que en mujeres que trabajan.

TABLA 14. Morbilidad crónica. Muestra de MUJERES				
	Morbilidad crónica		Restricción de la actividad por problemas crónicos	
	OR*	Valor de p	OR*	Valor de p
<b>Edad</b>				
• 75 y más años	22.05	< 0.001	3.23	< 0.001
• 65 a 74	13.99	< 0.001	2.49	< 0.001
• 55 a 64	8.62	< 0.001	2.54	< 0.001
• 45 a 54	4.15	< 0.001	2.12	< 0.001
• 35 a 44	2.07	< 0.001	1.63	< 0.001
• 25 a 34	1.27	< 0.001	1.30	< 0.001
• 16 a 24	1		1	
<b>Clase social</b>				
• I	1		1	
• II	1.17	n.s.	1.31	< 0.001
• III	1.24	0.007	1.32	< 0.001
• IVa	1.23	0.007	1.42	< 0.001
• IVb	1.38	0.001	1.40	< 0.001
• V	1.16	n.s.	1.50	< 0.001
<b>Situación laboral</b>				
• Trabaja	1		1	
• Desempleo	1.15	n.s.	1.35	< 0.001
• Jubilación/Pensionista	1.52	0.002	1.89	< 0.001
• Estudiante	0.78	0.004	0.84	n.s.
• Dedicado/a principalmente a las labores del hogar	1.08	n.s.	1.39	< 0.001

Odds ratios ajustados por el resto de variables

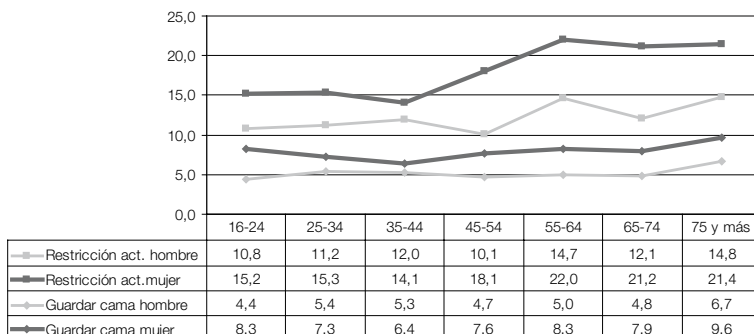


Dentro del apartado de morbilidad, cobra también especial relevancia la restricción de la actividad principal en las últimas dos semanas por dolores o síntomas y que tipo de dolores o síntomas son los que provocan la restricción. Las diferencias según género son importantes.

Durante las dos últimas semanas, un 17,7% de las mujeres y un 11,9% de los hombres de 16 y más años tuvieron que reducir o limitar sus actividades habituales por alguno o varios dolores o síntomas. Por motivos de salud, la restricción incluyó la obligación de quedarse en la cama durante más de la mitad de un día para un 5,1% de los hombres y un 7,7% de las mujeres. El número medio de días que dura la restricción presenta, sin embargo, menos diferencias entre géneros: 9,4 días los hombres y 9,2 días las mujeres, en lo que respecta a la duración de la restricción de las actividades habituales, y 6,6 días los hombres y 7,3 días las mujeres, en lo que respecta a la obligación de guardar cama.

No puede establecerse una asociación lineal entre restricción de la actividad y edad. No obstante, las diferencias entre hombres y mujeres en la restricción de la actividad por motivos de salud en las últimas dos semanas se mantienen en todos los grupos de edad. Las menores diferencias están en el grupo de 35 a 44 años, posiblemente el grupo con más carga de cuidado de hijos/as menores, que soporta en mayor medida la mujer, y un tipo de actividad que puede restringirse en menor medida que otras para una situación de salud semejante.

Fig.6 Restricción de la actividad últimas dos semanas por sexo y edad.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006

En la tabla 15a figuran los principales dolores o síntomas que provocan la restricción de la actividad. Atendiendo a los por-

centajes de cada dolor o síntoma, la primera conclusión es la mayor multiplicidad en mujeres que en hombres de dolores o síntomas en una misma persona.

El dolor de huesos, de espalda o de las articulaciones es la principal causa de la restricción tanto para hombres como para mujeres, y más frecuente en la mujer. Los problemas de garganta, tos, catarro o gripe es la segunda causa de la restricción en ambos géneros, y más frecuente en hombres.

Del resto, existen cuatro dolores o síntomas con una frecuencia superior al 10% en mujeres y significativamente menor importancia en hombres. Estos problemas son el dolor de cabeza, los problemas de nervios, depresión o dificultad para dormir, los mareos o vahídos y el cansancio sin razón aparente. Como cabría esperar, todos ellos relacionados con la morbilidad crónica más prevalente en mujeres de todos los grupos de edad, como la migraña o dolor de cabeza frecuente, la anemia y la depresión, ansiedad u otros trastornos mentales.

**TABLA 15a. Principales dolores o síntomas que han obligado a limitar o reducir las actividades habituales y/o guardar cama al menos la mitad de un día (% calculados sobre personas que han tenido restricción de la actividad)**

	Mujer	Hombre
<b>Dolor de huesos, de espalda o de las articulaciones</b>	48.7%	37.4%
<b>Problemas de garganta, tos, catarro o gripe</b>	20.3%	25.0%
<b>Dolor de cabeza</b>	16.5%	11.2%
<b>Problemas de nervios, depresión o dificultad para dormir</b>	11.8%	8.5%
<b>Mareos o vahídos</b>	10.2%	5.2%
<b>Cansancio sin razón aparente</b>	10.1%	6.2%
<b>Problemas de estómago, digestivo, hígado o vesícula biliar</b>	6.6%	5.9%
<b>Tobillos hinchados</b>	5.5%	1.6%
<b>Ahogo, dificultad para respirar</b>	4.9%	6.2%
<b>Diarrea o problemas intestinales</b>	4.6%	4.1%
<b>Fiebre</b>	4.4%	6.4%
<b>Contusión, lesión o heridas</b>	3.3%	9.6%

(\*) Los dolores o síntomas pueden ser múltiples para una misma persona, solo se recogen aquellos con una frecuencia igual o superior al 4% en mujeres y/o hombres.

Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006

Al desagregar por grupo de edad para la muestra de mujeres exclusivamente (tabla 15b), puede observarse como la restricción de la actividad por dolor de huesos, de espalda o de articulaciones es claramente creciente con la edad, estando cerca del 60% ya en el grupo de 45 a 64 años. Este tipo de dolores o síntomas son los más frecuentes a partir de los 30 años y la segunda causa de restricción en las mujeres más jóvenes. La restricción por problemas de garganta, tos, catarro o gripe es la primera en el grupo de mujeres de 16 a 29 años, descendiendo su importancia significativamente a partir de los 30 años. El dolor de cabeza se equipara a los problemas de garganta entre los 30 y los 64 años como segunda causa de la restricción y los problemas de nervios, depresión o dificultad para dormir están entre el 10% y el 15% a partir de los 30 años.

**TABLA 15b. Principales dolores o síntomas según grupo de edad en MUJERES que han obligado a limitar o reducir las actividades habituales y/o guardar cama al menos la mitad de un día (% calculados sobre mujeres que han tenido restricción de la actividad)**

	16-29	30-44	45-64	≥ 65
<b>Dolor de huesos, de espalda o de las articulaciones</b>	24.7%	40.2%	57.3%	61.9%
<b>Problemas de garganta, tos, catarro o gripe</b>	33.1%	21.8%	17.4%	13.6%
<b>Dolor de cabeza</b>	17.5%	21.0%	18.2%	9.4%
<b>Problemas de nervios, depresión o dificultad para dormir</b>	4.7%	9.7%	15.0%	14.5%
<b>Mareos o vahídos</b>	7.7%	8.0%	11.0%	13.2%
<b>Cansancio sin razón aparente</b>	5.5%	9.2%	10.8%	13.3%

(\*) Los dolores o síntomas pueden ser múltiples para una misma persona, solo se recogen aquellos con una frecuencia igual o superior al 10% en algún grupo de edad.

Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006

La utilidad de la salud autopercebida como indicador predictivo de morbilidad puede observarse en la Tabla 16. La tabla recoge, desagregado según género, el porcentaje de personas con problemas crónicos o restricción de la actividad en función del estado de salud percibido, bueno o muy bueno frente a regular, malo o muy malo. Sea cual sea el indicador de morbilidad utilizado, se pone de manifiesto la alta asociación existente entre percepción del estado de salud y morbilidad, tanto en hombres como en mujeres. Esta asocia-

ción es mucho mayor con la limitación de la actividad, por problemas crónicos o dolores y síntomas. De esta forma, resulta evidente que las diferencias existentes entre mujeres y hombres en salud percibida no responden a una percepción subjetiva de la mujer sino a una realidad objetivable consecuencia de una mayor morbilidad y un perfil de morbilidad diferenciado, como se ha expuesto en páginas precedentes.

**TABLA 16. Morbilidad y salud autopercebida según género**

	Mujeres		Hombres	
	E. Salud Bueno/Muy bueno	E. Salud Regular/Malo o Muy Malo	E. Salud Bueno/Muy bueno	E. Salud Regular/Malo o Muy Malo
% con algún problema crónico	65.8	94.9	54.9	90.5
% con limitación de la actividad últimos 12 meses por problema crónico	11.2	54.6	7.6	50.4
% con restricción actividad últimas dos semanas por dolores o síntomas	8.9	31.1	7.0	25.1

Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006

Tanto al comparar la distribución de dolores y síntomas según género como al desagregar por grupo de edad en mujeres, se constata la importancia de dolores o síntomas relacionados con problemas emocionales o mentales en la restricción de la actividad. En relación con este resultado, la ENSE 06 recoge la limitación de las actividades habituales por un problema de salud intentando distinguir el tipo de problema (físico, mental o ambos). A partir de este indicador, se contrasta de nuevo la mayor limitación de la actividad en la mujer por problemas de salud. Pero quizás sea más importante comprobar la diferente percepción según género del tipo de problema que causa la limitación. Las referencias a problemas físicos exclusivamente apenas supera en un 3% en los hombres (80.8%) en comparación con las mujeres (77.2%). Incluso son más los hombres que se refieren a un problema de tipo mental (8.2% vs 5.8%), pero es importante constatar como la percepción de que la limitación se debe a ambos tipos de problema (físico y mental) es significativamente superior en mujeres (16.2%) que en hombres (9.4%).

Las diferencias según género son evidentes y pueden deberse a dos realidades. La primera asociada a la mayor prevalencia de problemas de salud mental declarados en la mujer, como hemos visto al analizar los problemas crónicos y la restricción de la actividad. La segunda, posiblemente asociada a una forma diferente de percibir los problemas de salud en hombres y mujeres, asociando estas últimas en mayor medida la presencia de ambos tipos de problemas, físico y mental. Los dolores de cabeza frecuentes, los mareos o vahídos, el ahogo o dificultad para respirar o el cansancio sin razón aparente, son síntomas que pueden ser relacionados con malestar psíquico y se manifiestan de forma suficientemente grave como para limitar la actividad de la mujer.

TABLA 17. Limitación de la actividad habitual en los últimos seis meses y tipo de problema que causa la limitación

	Mujer	Hombre
Durante los últimos seis meses, ¿en qué medida se ha visto limitado/a debido a un problema de salud para realizar las actividades que la gente habitualmente hace?		
<b>Gravemente limitado</b>	4.8%	4.4%
<b>Limitado/a pero no gravemente</b>	21.7%	15.4%
<b>Nada limitado/a</b>	73.6%	80.2%
¿Qué tipo de problema es la causa de su dificultad para realizar las actividades que la gente habitualmente hace?		
<b>Físico</b>	77.2%	80.8%
<b>Mental</b>	5.8%	8.2%
<b>Ambos</b>	16.2%	9.4%
<b>No consta</b>	0.9%	1.6%

Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006

#### **IV.4** **Dependencia funcional en mayores de 65 años**

En la ENSE 06 se evalúa la dependencia funcional de la población de 65 y más años a través de la capacidad para realizar 27 actividades de la vida diaria. Se distinguen tres categorías:

- **Cuidado personal**, que incluye 8 actividades: tomar medicinas —acordarse de cantidad y momento en que las

tiene que tomar—, comer —cortar la comida e introducirla en la boca—, vestirse y desnudarse y elegir la ropa que debe ponerse, peinarse —mujer— o afeitarse —hombre—, cortarse las uñas de los pies, lavarse la cara y el cuerpo de la cintura para arriba, ducharse y bañarse, quedarse solo durante toda la noche.

- **Labores domésticas**, que incluye 13 actividades: utilizar el teléfono —buscar el número y marcar—, comprar comida o ropa, preparar su propio desayuno, preparar su propia comida, cortar una rebanada de pan, fregar los platos, hacer la cama, cambiar las sábanas de la cama, lavar ropa ligera a mano, lavar ropa a máquina, limpiar la casa o el piso —fregar el suelo o barrer—, limpiar una mancha del suelo, coser un botón.
- **Movilidad**, que incluye 6 actividades: coger el autobús, metro, taxi, etc., administrar su propio dinero —pagar recibos, tratar con el banco, firmar cheques—, andar —con o sin bastón—, levantarse de la cama y acostarse, subir diez escalones, andar durante una hora seguida.

Se considera dependencia funcional para cada una de las categorías si la persona entrevistada responde «Puede realizarlo con ayuda» o «No puede realizarlo de ninguna manera» al menos a una de las actividades correspondientes a dicha categoría. A partir de las estimaciones de la ENSE 06, la prevalencia de dependencia para actividades de cuidados personales es del 24.8% en hombres (803.000) y 40,1% en mujeres (1.762.000). La prevalencia de dependencia para realización de las labores domésticas es del 32.0% en hombres (1.036.000) y del 42.0% en mujeres (1.846.000). La prevalencia de dependencia en movilidad es del 21.9% en hombres (709.000) y del 37.2% en mujeres (1.635.000).

Los datos anteriores confirman que la mayor longevidad de la mujer no se traduce en una mayor calidad de vida. No solo porque su vida en buena salud es más corta que para los hombres y los años vividos con alguna discapacidad son superiores, sino porque la situación de dependencia afecta en mayor medida a las mujeres tanto en términos relativos como en números absolutos. Con los datos anteriores, no se puede afirmar que la dependencia sea mayor en las mujeres simplemente por su mayor supervivencia a edades avanzadas, sino que lo es porque el peso relativo de la dependencia es mayor en mujeres que en hombres.

En todos los tipos de dependencia contemplados la situación es claramente negativa para la mujer no solo en comparación con los hombres. Afectan a cuatro de cada diez mujeres, que en números absolutos más que duplican a los hombres en situaciones de dependencia para el cuidado personal o la movilidad. Considerando los tres tipos de dependencia, las mujeres con al menos alguna de ellas suponen el 54.3% (2.386.000 mujeres de 65 y más años) y los hombres en esa misma situación el 38.6% (1.250.000 hombres de 65 y más años). La edad establece obviamente las mayores diferencias, con un incremento prácticamente exponencial en ambos géneros en el grupo de 85 y más años. No obstante, las mayores diferencias entre hombres y mujeres se dan en el grupo de 75 a 84 años y especialmente en la dependencia para el cuidado personal y la movilidad (tabla 18).

TABLA 18. Dependencia funcional en mayores de 65 años según edad y sexo			
	Hombres	Mujeres	Diferencia
<b>Dependencia Cuidado personal</b>			
• Total mayores de 65 años	24.8%	40.1%	15.3
• 65 a 74 años	14.5%	23.8%	9.3
• 75 a 84 años	31.2%	53.3%	22.1
• 85 y más años	66.1%	77.2%	11.1
<b>Dependencia Labores domésticas</b>			
• Total mayores de 65 años	32.0%	42.0%	10.0
• 65 a 74 años	20.8%	28.3%	7.5
• 75 a 84 años	39.2%	51.9%	12.7
• 85 y más años	73.5%	78.2%	4.7
<b>Dependencia Movilidad</b>			
• Total mayores de 65 años	21.9%	37.2%	15.3
• 65 a 74 años	12.6%	21.6%	9.0
• 75 a 84 años	27.4%	48.5%	21.1
• 85 y más años	59.3%	77.9%	18.6

Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006

La clase social también establece diferencias en hombres y mujeres, a menor clase social mayor porcentaje de personas dependientes. La interacción clase social y sexo hace además

que se amplíen las diferencias. Este resultado se visualiza mejor en los estratos de clase social más alta (Clases I y II), donde mayores son las diferencias entre hombres y mujeres. Es importante también observar cómo las diferencias en las prevalencias de personas dependientes, crecientes a medida que desciende la clase social, son más evidentes en hombres que en mujeres. El caso más claro es la dependencia en movilidad, que es creciente en hombres al descender en clase social mientras en mujeres no se puede establecer asociación lineal. La situación de dependencia se ve menos reducida en la mujer que en el hombre al aumentar la clase social.

TABLA 19. Dependencia funcional en mayores de 65 años según clase social y sexo

	Hombres	Mujeres	Diferencia
<b>Dependencia Cuidado personal</b>			
• Clase Social I	13.9%	27.5%	13.6
• II	10.3%	37.2%	26.9
• III	26.2%	39.4%	13.2
• IVa	25.6%	39.8%	14.2
• IVb	27.3%	43.9%	16.6
• Clase social V	29.6%	43.8%	14.2
<b>Dependencia Labores domésticas</b>			
• Clase Social I	19.6%	37.0%	17.4
• II	18.6%	36.2%	17.6
• III	33.8%	39.8%	6.0
• IVa	32.7%	43.3%	10.6
• IVb	33.4%	39.3%	5.9
• Clase social V	38.8%	47.9%	9.1
<b>Dependencia Movilidad</b>			
• Clase Social I	10.6%	33.9%	23.3
• II	10.3%	29.5%	19.2
• III	22.7%	35.3%	12.6
• IVa	21.3%	37.2%	15.9
• IVb	26.9%	34.0%	7.1
• Clase social V	28.4%	45.0%	16.6

Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006



En la tabla 20 se presentan los odds ratio mujer/hombre obtenidos en el modelo de regresión logística para cada situación de dependencia. Como resultado del análisis, una vez ajustada por el efecto de la edad y la clase social, **la probabilidad de dependencia para cuidados personales o movilidad es el doble en la mujer que en el hombre.**

TABLA 20. Dependencia funcional. Odds ratios mujer/hombre						
	Cuidado personal		Labores domésticas		Movilidad	
	OR*	Valor de p	OR*	Valor de p	OR*	Valor de p
<b>Sexo</b>						
• Hombre	1		1		1	
• Mujer	2.09	< 0.001	1.52	< 0.001	2.18	< 0.001
<b>Edad</b>						
• 65 a 74	1		1		1	
• 75 a 84	3.25	< 0.001	2.62	< 0.001	3.11	< 0.001
• 85 y más	11.75	< 0.001	10.00	< 0.001	12.21	< 0.001
<b>Clase social</b>						
• I	1		1		1	
• II	1.33	n.s.	0.91	n.s.	0.92	n.s.
• III	1.88	< 0.001	1.44	0.007	1.40	0.03
• IVa	2.10	< 0.001	1.69	< 0.001	1.59	0.001
• IVb	2.30	< 0.001	1.44	0.02	1.54	0.01
• V	2.47	< 0.001	2.09	< 0.001	2.29	< 0.001

\*Odds ratios ajustados por el resto de variables

#### IV.5 Altas hospitalarias

En apartados anteriores nos hemos aproximado a la morbilidad desde la morbilidad percibida y los trastornos crónicos diagnosticados. La medición de la morbilidad a través de encuesta tiene la ventaja de que puede relacionarse con otras variables de clasificación de la persona entrevistada como son la clase social, la situación laboral u otras.

Otra forma de aproximarnos a la morbilidad son los registros de Altas Hospitalarias a partir del CMBD (conjunto mínimo básico de datos) que recoge la información sobre el nº de pacientes dados de alta en los hospitales del Sistema Nacional

de Salud. Estos datos pueden considerarse más objetivos al no ser referidos por la persona, pero tienen la desventaja de que el nivel posible de desagregación según las características de hombres y mujeres se reduce a la edad.

Los dos grupos de hospitalizaciones en el total poblacional (hombres + mujeres) con mayor número de altas son las enfermedades del sistema circulatorio (509.823 altas, el 13,8% del total) y las debidas a las complicaciones del embarazo, parto y puerperio (505.916 altas, el 13,7% del total). Este último grupo supone el 25,7% de las altas en mujeres e incluye el parto con o sin complicaciones, que representa 375.944 altas, el 19,1% de las altas en mujeres y un 73,7% de las altas incluidas en complicaciones de la gestación, parto y puerperio.

Aparte de ese tipo de altas, en la Tabla 21 se puede observar el número de altas según género. Atendiendo a la contribución relativa de cada grupo en el total de altas, las principales causas de hospitalización en mujeres son las enfermedades del aparato circulatorio (11,3% de las altas), del aparato digestivo (9.6%), del aparato respiratorio (8.8%), las neoplasias (8.1%) y las lesiones y envenenamientos (7.1%). Estos mismos grupos significan los principales en hombres, con la única diferencia de que las enfermedades del aparato respiratorio suponen un mayor número de altas que las enfermedades del aparato digestivo, contrariamente a lo que ocurre en mujeres.

La tasa de hospitalización en mujeres (865.3 mujeres por 10.000) supera ampliamente a la obtenida en hombres (776.6 por 10.000), consecuencia de las altas debidas a complicaciones del embarazo, parto y puerperio. Si se excluye este grupo la tasa de hospitalización en mujeres desciende a 643.1 por 10.000. En el primer caso, las altas en mujeres suponen el 53,3% del total de altas hospitalarias. En el segundo caso, la participación de la mujeres en las altas desciende al 45.9%. Es por ello que analizar la morbilidad de hombres y mujeres por grupo diagnóstico en base a la contribución relativa de cada grupo lleva a sesgos de interpretación. Es más conveniente utilizar la tasa por 10.000 habitantes y es imprescindible descender a las altas por grupo de edad.

TABLA 21. Altas hospitalarias según género

	Hombres			Mujeres		
	Altas	%	Tasa* 10000	Altas	%	Tasa* 10000
• Enf. infecciosas y parasitarias	42000	2.4	19.0	29481	1.5	13.0
• Neoplasias	180556	10.5	81.5	158542	8.1	69.8
• Enf. Endocrinas, de la nutrición y metabólicas y trastornos de la inmunidad	28005	1.6	12.6	37406	1.9	16.5
• Enf. De la sangre y órganos hematopoyéticos	17069	1.0	7.7	18286	0.9	8.0
• Trastornos mentales	41550	2.4	18.8	34174	1.7	15.0
• Enf. Sistema nervioso y de los órganos sensoriales	53262	3.1	24.0	54641	2.8	24.1
• Enf. Sistema circulatorio	288457	16.8	130.2	221366	11.3	97.4
• Enf. Aparato respiratorio	266061	15.5	120.1	172156	8.8	75.8
• Enf. Aparato digestivo	246792	14.3	111.4	187973	9.6	82.7
• Enf. Aparato genitourinario	93786	5.5	42.3	118069	6.0	52.0
• Complicaciones de la gestación, parto y puerperio	0	0	0	505916	25.7	222.2
• Enf. Piel y de los tejidos cutáneos	19794	1.2	8.9	16053	0.8	7.1
• Enf. Aparato muscular y esquelético y de los tejidos conectivos	80213	4.7	36.2	104377	5.3	45.9
• Anomalías congénitas	19161	1.1	8.6	13557	0.7	6.0
• Determinadas condiciones con origen en el periodo perinatal	35984	2.1	16.2	28997	1.5	12.8
• Síntomas, signos y estados mal definidos	89189	5.2	40.3	71817	3.7	31.6
• Lesiones y envenenamientos	159883	9.3	72.2	140130	7.1	61.7
• Clasificación suplementaria de factores que influyen en el estado de salud y contacto con los SS	48607	2.8	21.9	45082	2.3	19.8
• Otros	10190	0.6	4.6	9017	0.5	4.0
<b>Total</b>	1720559	100	776.6	1965820	100	865.3
<b>Total sin complicaciones de la gestación, parto y puerperio</b>	1720559		776.6	1461124		643.1

Fuente: Registro de altas hospitalarias a partir del CMBD.2007

Atendiendo a la tasa por 10.000, existen cinco grupos diagnósticos donde la tasa es superior en mujeres que en hombres. Existen enfermedades que inciden más en las mujeres que en los hombres y son las enfermedades del aparato genitourinario, las enfermedades del aparato muscular y esquelético y de los tejidos conectivos, las enfermedades del sistema nervioso y los órganos sensoriales, las enfermedades endocrinas, de la nutrición y metabólicas y trastornos de la inmunidad y las enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos.

Al desagregar por grupo de edad (tabla 22), se constata que las enfermedades endocrinas, de la nutrición y metabólicas y trastornos de la inmunidad tienen una tasa más alta en mujeres que en hombres en todos los grupos de edad, y que la mayor incidencia de las enfermedades del aparato genitourinario se deben a las tasas en mujeres menores de 65 años, ya que en las mujeres mayores son significativamente menores que en hombres.

La mayor incidencia en mujeres de enfermedades del sistema nervioso y los órganos sensoriales se deben a las mayores tasas de altas por 10.000 en los grupos de 15 a 44 años, en definitiva son enfermedades que aparecen antes en la mujer que en el hombre. Al contrario, las enfermedades del aparato muscular y esquelético y de los tejidos conectivos son más altas en mujeres en los grupos de 45 y más años y menores en los grupos más jóvenes. Es importante constatar el impacto de las altas por lesiones y envenenamientos en las mujeres de 65 y más años, único grupo de edad donde la tasa por 10.000 es superior en mujeres que en hombres.

También resaltar la diferente incidencia de las neoplasias en mujeres hasta los 44 años, especialmente en el grupo de 30 a 44 años con una tasa por 10.000 que casi triplica la de hombres. Aproximadamente la tercera parte de los diagnósticos de neoplasias en mujeres de 15 a 44 años son el cáncer de mama y el de cuello de útero. Cabe también afirmar que la mayor incidencia de las neoplasias en hombres se debe casi exclusivamente a que las tasas duplican las de las mujeres en el grupo de 65 y más años, pero que son enfermedades de mayor importancia en la mujer antes de ese grupo de edad.

TABLA 22. Tasa de altas por 10.000 habitantes según género y grupo de edad

	15-29		30-44		45-64		65 y más	
	M	H	M	H	M	H	M	H
Enf. infecciosas y parasitarias	6.7	8.7	7.2	15.6	6.7	13.7	20.5	29.6
Neoplasias	14.6	8.7	49.5	17.7	104.6	115.9	150.7	321.3
Enf. Endocrinas, de la nutrición y metabólicas y trastornos de la inmunidad	7.1	4.9	10.7	6.5	17.4	14.2	37.9	36.3
Enf. De la sangre y órganos hematopoyéticos	2.4	2.1	3.0	2.1	6.6	6.7	22.3	27.2
Trastornos mentales	13.7	18.2	19.4	27.4	17.1	20.6	16.6	17.5
Enf. Sistema nervioso y de los órganos sensoriales	11.0	9.7	14.5	12.9	23.6	24.9	50.6	60.5
Enf. Sistema circulatorio	5.7	10.1	18.1	28.4	66.4	157.6	398.8	575.3
Enf. Aparato respiratorio	24.6	31.5	21.4	31.1	38.0	78.7	224.4	465.6
Enf. Aparato digestivo	38.1	41.9	46.8	64.4	80.8	137.9	202.5	303.9
Enf. Aparato genitourinario	32.1	9.8	46.5	14.1	62.0	44.2	88.9	152.5
Complicaciones de la gestación, parto y puerperio	493.4	-	532.5	-	2.3	-	-	-
Enf. Piel y de los tejidos cutáneos	4.8	8.7	4.1	7.0	5.4	8.6	15.4	14.6
Enf. Aparato muscular y esquelético y de los tejidos conectivos	11.8	20.5	20.1	26.8	63.8	50.5	117.4	80.0
Anomalías congénitas	4.4	3.6	3.0	2.2	2.4	2.3	1.4	1.7
Síntomas, signos y estados mal definidos	13.1	9.5	14.0	18.5	28.0	48.6	72.0	109.7
Lesiones y envenenamientos	20.5	65.5	21.9	53.7	48.0	68.3	195.2	146.8
<b>Total</b>	<b>715.7</b>	<b>263.9</b>	<b>850.4</b>	<b>339.1</b>	<b>595.9</b>	<b>821.9</b>	<b>1650.2</b>	<b>2399.8</b>
<b>Totalsin complicaciones de la gestación, parto y puerperio</b>	<b>222.3</b>	<b>263.9</b>	<b>317.9</b>	<b>339.1</b>	<b>593.6</b>	<b>821.9</b>	<b>1650.2</b>	<b>2399.8</b>

Fuente: Registro de altas hospitalarias a partir del CMBD.2007

Hemos visto que si se excluyen las complicaciones del embarazo, parto y puerperio, las altas en mujeres suponían el 45.9% de las altas hospitalarias. A pesar de las diferentes tasas por 10.000 habitantes en cada grupo de edad, el porcentaje anterior se mantiene bastante estable en todos los grupos (44.3% en el grupo de 15 a 29 años, 47.0% en el de 30 a 44 años, 42.7% en el de 45 a 64 años y 48.3% en el de 65 y más).

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

#### ***IV.6 Salud Mental***

Los datos expuestos en páginas precedentes respecto a morbilidad crónica y restricción de la actividad evidencian que algunos trastornos están fuertemente asociados a mujeres. Hemos visto como la prevalencia de depresión, ansiedad y otros trastornos mentales significa el 19,1% de las mujeres de 16 y más años, y apenas el 8,1% en hombres, y que otros trastornos que pueden estar asociados a trastornos físico-psíquicos, como la migraña o el dolor de cabeza frecuente, alcanzan al 17,2% de las mujeres y únicamente al 6.5% de los hombres. Estos dos tipos de problemas crónicos son el sexto y el séptimo más prevalentes en las mujeres y son relevantes en todo los grupos de edad.

Cuando analizamos la restricción de la actividad por dolores o síntomas, existen cuatro con una frecuencia superior al 10% en mujeres entre los problemas que causan la restricción, y con significativamente menor importancia en hombres. Estos problemas son el dolor de cabeza, los problemas de nervios, depresión o dificultad para dormir, los mareos o vahídos y el cansancio sin razón aparente. Se ha constatado también que las mujeres que han visto limitada su actividad en los últimos seis meses identifican el problema que causa limitación como un problema de tipo mental o físico/mental en el 22% de las ocasiones frente a un 17,6% en el caso de los hombres.

Con los datos anteriores, resulta evidente la necesidad de analizar los problemas de salud mental diferenciando hombres y mujeres. En las encuestas se ha ido tomando conciencia paulatina de esta situación y en la ENSE 06 se introdujo un instrumento específico para estudiar la salud mental de la población de 16 y más años. Este instrumento es el Cuestionario de Salud General (GHQ-12). Este cuestionario se diseñó para detectar la incapacidad de desarrollar con normalidad las actividades habituales de una persona sana y los fenómenos de reciente aparición de naturaleza ansiógena. Permite hacer un cribado poblacional, detectando la prevalencia de casos probables de morbilidad psiquiátrica o de padecimiento psicológico en la población. No es adecuado para hacer diagnósticos clínicos o valorar problemas crónicos, pero resulta un buen indicador de posibles trastornos mentales, alteraciones en el momento de la entrevista (problemas recientes referidos al último mes). Como variable derivada se obtiene una puntuación total que varía de 0 a 12 puntos, de mejor a peor salud mental. Se consideran casos con posibles trastornos mentales o mala salud mental, aquellos con puntuaciones iguales o superiores a 3. A continuación, cuando nos refiramos a población en riesgo de mala salud mental estaremos utilizando la población con 3 o más puntos en el GHQ-12.

Los datos obtenidos figuran en la tabla 23. Como puede apreciarse, una de cada cuatro mujeres estarían en riesgo de mala salud mental en base a los resultados del GHQ-12 (24.9%), prevalencia significativamente más alta que la obtenida para hombres (14.4%). De acuerdo a los ítems que componen el GHQ-12, en algunas encuestas de salud se ha cuestionado su validez en la población de 65 y más años. Por esta razón, conviene analizar los resultados en población adulta de 16 a 64 años y comprobar si las diferencias según género se mantienen o se reducen. Los datos que figuran en la tabla confirman que las diferencias permanecen inalterables y que, aún excluyendo la población mayor de 65 años, el riesgo de mala salud mental alcanza al 22.8% de mujeres, con diferencias de más de 9 puntos con los hombres (13.6%). La edad, la clase social, la situación laboral o el tamaño del municipio de residencia son variables con incidencia significativa en la mala salud mental. En la tabla 23 figura el odds ratio mujer/hombre ajustado por todas esas variables. De esta forma, el valor del odds ratio confirma **que la mujer tiene casi el doble de probabilidad de riesgo de mala salud mental**

**que el hombre, tanto si se considera la población adulta de cualquier edad como si se considera exclusivamente la población de 16 a 64 años, y una vez descontado el efecto de variables como la clase social, la edad, la situación laboral, el nivel de estudios terminados o el hábitat de residencia.**

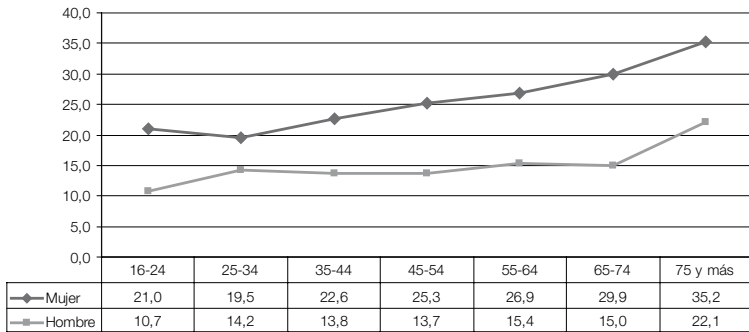
**TABLA 23. Prevalencia de población en riesgo de mala salud mental según GHQ-12**

	<b>Mujer</b>	<b>Hombre</b>
<b>Puntuación media (d.t.)</b>	1.84 (2.71)	1.17 (2.26)
<b>Porcentaje con 3 o más puntos total muestra</b>	24.9%	14.4%
• Odds Ratio mujer/hombre	1.90 (p< 0.001)	
<b>Porcentaje con 3 o más puntos en población de 16 a 64 años</b>	22.8%	13.6%
• Odds Ratio mujer/hombre	1.85 (p< 0.001)	
Odds ratio ajustados por edad, clase social, situación laboral, nivel de estudios terminados y tamaño del municipio de residencia		
(*) En la ENSE 06 existe una tasa de no respuesta en el GHQ-12 del 7,3%. Desde un planteamiento conservador, las prevalencias están estimadas sobre el total muestra incluyendo la no respuesta.		
Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006		

En la Figura 6 se presenta la desagregación de la prevalencia estimada por grupos de edad decenales, de donde se pueden extraer algunos resultados relevantes en las diferencias según género. En primer lugar, la gran diferencia en la prevalencia de riesgo de mala salud mental entre las jóvenes y los jóvenes de 16 a 24 años, donde la prevalencia en mujeres duplica a la obtenida en hombres. En segundo lugar, como el riesgo de mala salud mental afecta como mínimo a una de cada cinco mujeres en todos los grupos de edad. Además, las prevalencias aumentan de forma estrictamente creciente con la edad en las mujeres a partir de los 25 años, mientras en los hombres la prevalencia se mantienen prácticamente constante entre los 25 y los 74 años. El incremento en mujeres y hombres en el grupo de 75 y más años puede deberse en parte a la menor fiabilidad del GHQ-12 en personas de esa edad.



Fig.6 Prevalencia estimada de riesgo de mala salud mental por sexo y edad.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006

TABLA 24. Relación entre problemas crónicos y limitación de la actividad con el riesgo de mala salud mental según GHQ-12. Mujeres

	Riesgo de mala salud mental (GHQ-12)	
	NO	SI
<b>Prevalencia de depresión, ansiedad y otros trastornos mentales</b>	11.6%	42.0%
<b>Prevalencia de migraña o dolor de cabeza frecuente</b>	13.4%	28.4%
<b>Limitación de la actividad últimas dos semanas por:</b>		
• problemas de nervios o dificultad para dormir	3.4%	20.6%
• dolor de cabeza	12.0%	21.2%
• mareos o vahídos	7.5%	13.2%
• ahogo, dificultad para respirar	2.7%	7.3%
• cansancio sin razón aparente	6.6%	13.8%
<b>Percepción como problema mental o físico y mental del problema de salud que causó la limitación de la actividad habitual en los últimos seis meses</b>	12.0%	33.6%

(\*) En la ENSE 06 existe una tasa de no respuesta en el GHQ-12 del 7,3%. Desde un planteamiento conservador las prevalencias están estimadas sobre el total muestra incluyendo la no respuesta.

Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006

Resulta interesante comprobar la asociación de las puntuaciones obtenidas con el GHQ con problemas de salud relacionados con la salud mental o el malestar físico/psíquico (tabla 24). El primer resultado es comprobar la asociación existente entre GHQ-12 y determinados problemas de salud crónicos y dolores y síntomas que restringen la actividad, lo que indica la fiabilidad de su utilización para el riesgo de mala salud mental. Conviene tener en cuenta que el hecho de que un problema de salud no esté diagnosticado no quiere decir que no exista. Por otro lado, se confirman la existencia de dolores y síntomas que pueden relacionarse con malestar psicológico, y que esta sintomatología se presenta de forma lo suficientemente importante como para limitar la actividad de la mujer.

Determinado que el riesgo de mala salud mental es significativamente mayor en mujeres que en hombres, cabe preguntarse si existen grupos de mujeres donde ese riesgo aumenta. En la tabla 25 figuran los resultados obtenidos en el modelo de regresión logística considerando exclusivamente la muestra de mujeres.

Aparte del efecto de la edad, tienen también un efecto estadísticamente significativo la clase social, la situación laboral, el nivel de estudios terminados, el tamaño del municipio de residencia o la existencia en el hogar de personas con necesidad de cuidados, que recaen mayoritariamente en la mujer. De esta forma, se puede inferir que no existen diferencias en el riesgo de mala salud mental para las mujeres entre 16 y 44 años y que ese riesgo aumenta a partir de los 45 años. La ausencia de diferencias entre los 16 y los 44 años representa un resultado a tener en cuenta, pues indica que las jóvenes tienen ya un riesgo elevado y se configuran como un grupo de especial atención.

A medida que desciende la clase social aumenta el riesgo de mala salud mental en la mujer y es mayor también en mujeres desempleadas y jubiladas o pensionistas. Según el nivel de estudios terminados no existe una asociación lineal, pero se confirma un menor riesgo de salud mental cuando los estudios son iguales o superiores a la 2ª etapa de educación secundaria. La residencia en grandes ciudades también tiene un efecto significativo en los problemas de salud mental. La influencia de los roles desempeñados se pone también de manifiesto si se observa el aumento significativo del riesgo en las mujeres residentes en hogares con personas con necesidad de cuidados.

**TABLA 25. Posibles determinantes del aumento del riesgo de mala salud mental en mujeres**

	%	OR*	Valor de p
<b>Edad</b>			
• 16 a 24	21.0	1	
• 25 a 34	19.5	0.93	n.s.
• 35 a 44	22.6	1.07	n.s.
• 45 a 54	25.3	1.33	0.002
• 55 a 64	26.9	1.36	0.001
• 65 a 74	29.9	1.37	0.001
• 75 y más años	35.2	1.56	< 0.001
<b>Clase social</b>			
• I	16.8	1	
• II	21.2	1.31	0.007
• III	24.3	1.40	< 0.001
• IVa	25.9	1.48	< 0.001
• IVb	27.6	1.63	< 0.001
• V	29.6	1.66	< 0.001
<b>Situación laboral</b>			
• Trabaja	20.7	1	
• Desempleo	28.1	1.38	< 0.001
• Jubilación/Pensionista	33.9	1.32	0.001
• Estudiante	19.5	1.07	n.s.
• Dedicada principalmente a las labores del hogar	25.2	1.01	n.s.
<b>Estudios terminados</b>			
• Primarios o menos	29.8	1	
• Secundaria 1ª etapa	26.2	1.07	n.s.
• Secundaria 2ª etapa	19.7	1.41	< 0.001
• Universitarios o equivalentes	17.4	1.46	< 0.001
<b>Tamaño municipio de residencia</b>			
• < 10.000 habitantes	24.3	1	
• 10.001 – 100.000 hab.	25.0	1.11	0.03
• 100.001 – 400.000 hab. y capitales de provincia	24.3	1.12	0.05
• > 400.000 hab.	26.3	1.28	0.001
<b>Existencia en el hogar de personas con necesidad de cuidados y/o menores de 16 años</b>			
• No	23.4	1	
• Sí	28.0	1.37	< 0.001

\* Odds ratios ajustados por el resto de variables

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

Según el Registro de altas de los hospitales del Sistema Nacional de Salud a partir del CMBD (conjunto mínimo básico de datos) correspondiente a 2007, la hospitalización por complicaciones del embarazo, parto y puerperio es la primera causa de hospitalización de la mujer. Son 505.916 altas y suponen el 25.7% del total de altas de mujeres en hospitales del Sistema Nacional de Salud. Como hemos visto en páginas anteriores, a pesar del término “complicaciones” este grupo incluye el parto con o sin complicaciones, que representa 375.944 altas, el 19,1% de las altas en mujeres y un 73,7% de las altas incluidas en complicaciones de la gestación, parto y puerperio.

El registro de altas permite obtener una buena estimación del peso relativo de los partos sobre el total de altas pero no significa un buen indicador del nº de partos ya que está basado en las altas de los hospitales públicos o de utilización pública en el ámbito del Sistema Nacional de Salud. Por tanto, quedan excluidos los hospitales de utilización privada. Para obtener una mejor estimación del nº de altas en cifras absolutas, resulta una mejor fuente de datos la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria. Según esta última fuente, las altas hospitalarias por complicaciones del embarazo, parto y puerperio serían 625.071 y supondrían el 24,4% del total de altas en mujeres. Como puede observarse, el peso relativo de este tipo de altas es semejante (la cuarta parte de las altas en mujeres) en la encuesta de morbilidad y en el registro a partir del CMBD. Las diferencias sí son importantes en números absolutos (119.155 altas más en la encuesta de morbilidad). El número de partos en España en 2007 según el Movimiento Natural de Población (INE) fue de 484.319, lo que significaría el 77,5% de las altas en complicaciones de la gestación, parto y puerperio, cifra sensiblemente superior al 73,7% obtenido en el Registro de Altas, posiblemente derivado del mayor peso de los partos en hospitales de utilización privada.

Por una y otra fuente de datos, la conclusión sería que en torno a la cuarta parte de las altas incluidas en complicaciones del embarazo, parto y puerperio no corresponden a partos y suponen alrededor de 140.000 ingresos.

Por grupos de edad (tabla 26), el 62,2% de las altas hospitalarias por complicaciones del embarazo, parto y puerperio se producen a partir de los 30 años, lo que puede indicar el retraso importante en la edad de la mujer a utilizar su capacidad reproductiva. Por grupos quinquenales, la mayor tasa de altas por 10.000 mujeres (1204,1) se concentra en el intervalo de 30 a 34 años, y la asimetría de la distribución por edad se muestra en que las altas en el grupo de 35 a 39 años (714.6 por 10.000 mujeres) se aproximan a las del grupo de 25 a 29 años (829.6 por 10.000 mujeres).

	<b>Número de altas</b>	<b>%</b>	<b>Tasa por 10.000 mujeres</b>
<b>Mujeres menores de 20 años</b>	21.782	3.5%	196.6
<b>Mujeres de 20 a 24 años</b>	65.890	10.5%	481.8
<b>Mujeres de 25 a 29 años</b>	146.988	23.5%	829.6
<b>Mujeres de 30 a 34 años</b>	230.996	37.0%	1204.1
<b>Mujeres de 35 a 39 años</b>	130.940	21.0%	714.6
<b>Mujeres de 40 a 44 años</b>	26.444	4.2%	150.3
<b>Mujeres de 45 y más años</b>	2.031	0.3%	12.6
<b>Total</b>	625.071	100.0%	

Fuente: Encuesta de Morbilidad Hospitalaria.2007

A pesar de la infraestimación descrita en comparación con la Encuesta de Morbilidad Hospitalarias, el Registro de Altas a partir del CMBD permite obtener estimaciones de los partos por cesárea utilizando los Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD). Esta estimación, que incluso puede ser a la baja ya que no incluye los hospitales de utilización privada,

es que el 20% de los partos son por cesárea. Esta cifra está significativamente por encima del intervalo de valores considerado “normal”. La OMS incluye la tasa de cesáreas como un indicador de calidad de la atención materna y perinatal, y refiere como criterio de calidad una tasa de cesáreas del 15% de los partos, basándose en el número de mujeres en quienes se prevén complicaciones potencialmente mortales durante el parto. Otra cifra que da idea del uso “excesivo” de estas técnicas es la que ofrece la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria, por la que un 7% de los partos son por cesárea o utilización de fórceps, sin mención de indicación.

La mayor parte de las altas por parto coinciden con nacimientos, cuyo número en 2007 fue de 492.527. Los partos múltiples significan el 2%. Las muertes fetales tardías fueron 1.511 en 2007 y ocurrieron en el 2% de los partos. Del total de nacimientos, 93.486 eran nacimientos de madre extranjera, lo que representa el 19%.

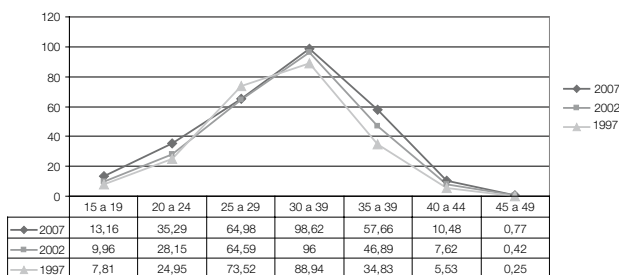
Desde el punto de vista de la fecundidad, se puede decir que la evolución ha sido positiva en los últimos años. La tasa bruta de natalidad ha pasado de 9,19 en 1996 a 10,14 en 2002 y a 10,95 en 2007, y el indicador coyuntural de fecundidad, que mide el número de hijos por mujer en edad fértil, ha ido aumentando desde 1996, que es cuando obtuvo el valor más bajo (1,16), hasta un 1,39 en 2007. La fecundidad prosigue su recuperación y alcanza su valor más elevado desde 1.990. A ello ha contribuido sin duda la evolución de la inmigración registrada en el periodo. El porcentaje de nacimientos de madre extranjera fue el 3,3% en 1996, el 10,5% en 2002 y el 19% en 2007, con una tendencia estrictamente creciente en el periodo.

También el resto de indicadores que miden la fecundidad han evolucionado positivamente. Así, la tasa global de fecundidad, nacidos/as por 1000 mujeres de 15 a 49 años, ha experimentado una tendencia estrictamente creciente en los últimos diez años, pasando de 36,0 en 1997 a 43,3 en 2007. Estas cifras son sensiblemente diferentes según la nacionalidad de la madre. Considerando el periodo 1998 – 2005 (para el que se dispone de datos desagregados) la evolución desde 1.998 fue creciente para las mujeres españolas desde 34,3 en 1998 hasta 39,0 en 2005, mientras en el caso de las mujeres extranjeras residentes en España la evolución ha sido estrictamente

tamente decreciente desde 80,5 en 1998 hasta 58,1 en 2005 (primer año en que se cuenta con datos desagregados). Aún así, la tasa global de fecundidad sigue siendo significativamente inferior en las mujeres españolas.

Por grupos de edad (figura 7) esta tasa ha evolucionado también de forma creciente, excepto en el intervalo de edad de 25 a 29 años, donde parece haberse estancado en los últimos años. El grupo de 30 a 34 años presenta la tasa más elevada. Ambos datos ponen de manifiesto el retraso de la edad al nacimiento del primer hijo.

Fig.7 Tasa global de fecundidad por grupo de edad.



Fuente: INE. 2007

Estos indicadores siguen marcando una tendencia clara del retraso de la fecundidad. La mujer española tiene los hijos tarde y pocos, la edad media a la maternidad se sitúa en 2007 en 30,8 años, era de 30,4 en 1997, y la edad media de la madre al nacimiento del primer hijo, que también ha ido evolucionando al alza, ha pasado de 28,7 años en 1997 a 29,4 en 2007.

Otro aspecto de la salud reproductiva es el número de Interrupciones Voluntarias del Embarazo (IVE,s), que ha aumentado a lo largo de los últimos años. Las I.V.E. en el año 2007 supusieron un total de 112.138 (tabla 27), con un incremento anual del 10.4%. En estos momentos significa una tasa de 11,49 IVE,s por 1000 mujeres entre 15 y 44 años. Al igual que en los nacimientos, resulta relevante disponer de la evolución del número de IVE,s según nacionalidad. Este dato no está disponible para 2007 al no disponer de cifras oficiales. Cada IVE que se practica ha de ser notificada por el/la médico responsable de la misma a la autoridad sanitaria de la Comunidad Autónoma y el formulario de notificación, a

partir del cuál se elaboran las estadísticas oficiales, no recogía las variables país de nacimiento y nacionalidad. A partir de 2008 se introducen estas variables. Así, atendiendo a la nacionalidad, en 2008 el 55,1% de las IVE,s en mujeres residentes en España corresponden a mujeres no españolas. Si se utiliza el país de nacimiento, las IVE,s correspondientes a mujeres residentes no nacidas en España suponen el 43,4%. Este diferencial de casi el 12% entre nacionalidad y país de nacimiento muestra la incidencia de IVE,s en mujeres jóvenes hijas de inmigrantes y nacidas en España.

Considerando de nuevo el año 2007, y analizando las IVE,s según edad (tabla 27), la incidencia más importante se da en el grupo de 20 a 24 años con una tasa de 20,65 IVE,s por 1000 mujeres. Atendiendo a la tasa de IVE,s por 1000 mujeres, el segundo grupo en incidencia es el de 25 a 29 años con una tasa de 15,57, aunque conviene tener presente que la tasa es semejante en el grupo de menores de 20 años (13,79 IVE,s por 1000 mujeres). Tomando como referencia 2004, las IVE,s se han incrementado un 29.2% en las mujeres de 30 a 34 años, un 30.5% en las mujeres menores de 20 años, un 34.4% en las mujeres de 20 a 24 y el máximo del 36.2% en las mujeres de 25 a 29 años.

<b>TABLA 27. IVE según edad</b>				
	<b>1.997</b>	<b>2001</b>	<b>2004</b>	<b>2007</b>
<b>Total I.V.E.</b>	53.847	69.857	84.985	112.138
<b>Tasa por 1000 mujeres entre 15 y 44 años</b>	6	7.66	8.94	11.49
<b>Tasas por 1000 según grupo de edad:</b>				
• < 20 años	5.71	8.29	10.57	13.79
• 20 a 24	9.13	12.86	15.37	20.65
• 25 a 29	7.35	9.34	11.43	15.57
• 30 a 34	5.99	7.44	8.57	11.07
• 35 a 39	4.65	5.42	6.12	7.67
• 40 a 44	2.35	2.47	2.69	3.25

Fuente: Estadística IVE. Ministerio de Sanidad 2007



#### IV.8

#### **Accidentalidad**

La mujer presenta una tasa de accidentes menor que el hombre, aunque estas diferencias se reducen a un uno por ciento. Esta aparente semejanza inicial no se mantiene al analizar el tipo de accidente o accidentes en los últimos doce meses y el tipo de asistencia requerida.

Las caídas, a desnivel o nivel de suelo, son el tipo de accidente más frecuente en las mujeres. Aparte de la frecuencia de las caídas, las diferencias en los accidentes sufridos por hombres y mujeres se observan en la mayor frecuencia de quemaduras en mujeres y los accidentes de tráfico y golpes en hombres.

TABLA 28. Accidentes		
	Mujer	Hombre
<b>% con accidente/s últimos doce meses</b>	9.9%	10.9%
<b>Tipo de accidente o accidentes</b>		
• Caída a desnivel (escalera, silla)	17.9%	12.2%
• Caída a nivel del suelo	37.0%	23.3%
• Quemadura	15.2%	9.5%
• Golpe	5.9%	16.6%
• Intoxicación no alimentaria	3.3%	3.1%
• Accidente de tráfico como conductor o pasajero	15.1%	21.3%
• Accidente de tráfico como peatón	1.3%	2.4%
• Otros	11.1%	17.1%
<b>Tipo de asistencia requerida</b>		
• Consulta a personal sanitario	20.2%	22.3%
• Acudió a un centro de urgencias	50.7%	54.7%
• Ingresó en un hospital	3.4%	6.0%
• No fue necesaria consulta o intervención	24.8%	16.6%
<b>% con accidentes últimos doce meses que requirieron asistencia sanitaria</b>	7.3%	9.0%

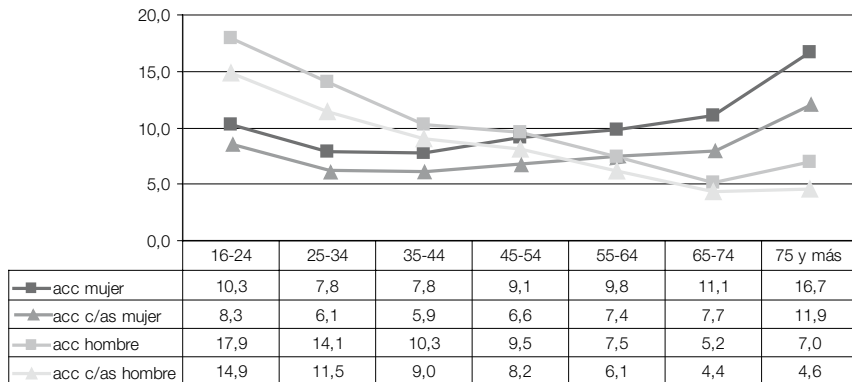
Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006

Esa diferente tipología de accidentes implica diferencias significativas en el tipo de asistencia requerida, mientras las tres cuartas de los accidentes en mujeres requirieron algún tipo de asistencia sanitaria (75,2%), en los hombres se incrementa hasta el 83,4%. Como consecuencia, las diferencias en la accidentalidad de hombres y mujeres son mayores si se considera exclusivamente el porcentaje de accidentes que requieren la intervención sanitaria (consulta, urgencias o ingreso en un hospital), un 9,0% en hombres y un 7,3% en mujeres. Obviamente, no se puede deducir una mayor gravedad de los accidentes por el hecho de consultar a un profesional sanitario o acudir a un servicio de urgencias, pero la mayor gravedad puede deducirse porque los accidentes que acaban en ingreso hospitalario son prácticamente el doble en hombres que en mujeres.

La evolución de la prevalencia de accidentes por edad es muy diferente según género, tanto si se analiza el total de accidentes como si se analizan exclusivamente los que requieren asistencia sanitaria. El porcentaje de hombres con accidentes en los últimos doce meses alcanza su máximo en el intervalo de 16 a 24 años y desciende progresivamente hasta los 74 años para incrementarse ligeramente en el grupo de 75 y más años. Por el contrario, en las mujeres desciende igualmente del grupo de 16 a 24 años al grupo de 25 a 34 años, pero es claramente creciente de un grupo a otro de edad a partir de los 35 años, alcanzando su máximo en el grupo de 75 y más años. Por tanto, las mayores tasas de accidentes se dan en la juventud para los hombres, mientras para las mujeres ocurren en las edades más avanzadas. Las diferentes tipologías de accidentes pueden explicar en parte este resultado.

Este incremento paulatino con la edad de la tasa de accidentes en la mujer también puede explicarse por la diferente incidencia de los accidentes domésticos en mujeres y hombres. El 45% de los accidentes en mujeres ocurre en casa o el edificio donde se ubica la vivienda, y en los hombres apenas supone un 17,4%. Además, en mujeres el peso de este tipo de accidentes aumenta progresivamente desde un 14% en el grupo más joven hasta un 66% a partir de los 75 años, y suponen ya la tercera parte de los accidentes entre los 25 y 44 años de edad.

Fig.8 Prevalencia de accidentes últimos doce meses por sexo y edad.



Acc c/as: accidentes que requieren asistencia sanitaria  
 Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006

Por otro lado, la todavía muy diferente tasa de ocupación en hombres y mujeres hace que los accidentes en el trabajo supongan la tercera parte de los accidentes en hombres y apenas un 10% en mujeres. Las cifras anteriores indican que el 70% de los accidentes en casa o en la vivienda son sufridos por mujeres y el 77% de los accidentes en el trabajo son sufridos por los hombres, consecuencia del tiempo dedicado por uno y otro género al trabajo doméstico y al trabajo remunerado.

Las consecuencias más comunes en los accidentes de la mujer son contusiones, hematomas, esguinces-luxaciones o heridas superficiales, asociadas a la mitad de los accidentes. El segundo efecto o daño más frecuente son las fracturas o heridas profundas (17.2%) y en tercer lugar figuran las quemaduras, consecuencia del 13,5% de los accidentes de la mujer y el efecto que presenta mayores diferencias con los hombres en la distribución de los accidentes, derivado de la mayor incidencia de accidentes en casa o en la vivienda y del mayor tiempo dedicado por las mujeres a las tareas del hogar. De hecho, entre los 35 y 54 años las quemaduras suponen casi el 20% de los accidentes en la mujer y apenas el 5% en el hombre.

TABLA 29. Tipología del último accidente		
	Mujer	Hombre
<b>Lugar</b>		
• En casa, escaleras, portal	45.0%	17.4%
• En la calle o carretera, accidente de tráfico	15.7%	21.1%
• En la calle, pero no accidente de tráfico	19.9%	11.0%
• En el trabajo	10.6%	34.3%
• En el lugar de estudio	0.3%	0.7%
• En una instalación deportiva	1.3%	7.7%
• En una zona recreativa o de ocio	2.3%	3.6%
• En otro lugar	4.4%	3.9%
<b>Efecto o daño</b>		
• Contusiones, hematomas, esguinces-luxaciones o heridas superficiales	50.3%	49.1%
• Fracturas o heridas profundas	17.2%	22.2%
• Envenenamiento o intoxicación	2.8%	3.2%
• Quemaduras	13.5%	7.0%
• Otros efectos	7.0%	8.3%

Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006

Tomando como referencia los datos de la Encuesta de Población Activa (último trimestre de 2007) la población activa masculina suponía 12.876.300 hombres, con un crecimiento del 24.4% en los últimos diez años, y la población activa femenina 9.528.100 mujeres, con un crecimiento del 44.6% en los últimos diez años. En el mismo periodo, la población masculina de 16 a 64 años se incrementó un 16,7 % y la femenina un 14,3 %. El crecimiento de la población masculina de 16 años y más fue del 17,1% y el de la población femenina del 14,8%.

#### **IV.9** **Salud** **Laboral**

Si se analiza la evolución de las cifras de actividad, empleo y paro en relación a la población, en el periodo 1997-2007 las tasas de actividad y empleo de las mujeres han experimentado un crecimiento notablemente superior al registrado en

el caso de los hombres. La tasa de actividad se ha elevado un 26,0% para las mujeres (del 39.3% al 49.4%) y un 6,1% para los varones (del 65.2% al 69.2%). La tasa de empleo un 55,1% en las mujeres (del 28.3% al 43.9%) y un 16,6% en los varones (del 55.3% al 64.5%).

La evolución de las anteriores cifras indican una significativa incorporación de las mujeres al mundo laboral en los últimos años. Si se realiza la comparación del último trimestre de 2007 con el último trimestre de 2006, la variación en el número de personas ocupadas en ese periodo fue de 475.100, de las cuales 165.800 correspondieron a hombres y 309.300 a mujeres. La tasa interanual de crecimiento de la ocupación se cifraba en 2,4 %, siendo 1,4 % en el caso de los hombres y 3,8 % en el caso de las mujeres. A pesar de este incremento, los niveles de ocupación de la mujer son sensiblemente menores a los del hombre, representando un 41,4 % del total de la población ocupada en el cuarto trimestre del año 2007. La tasa de empleo para los hombres de 16 a 64 años fue de 76.9 y para las mujeres del mismo tramo de edad alcanzó un valor de 55.9.

TABLA 30. Situación de la población en relación con la actividad económica		
	Mujer	Hombre
<b>Población de 16 y más años (en miles)</b>	19.298,5	18.598,4
<b>Población de 16 a 64 años (en miles)</b>	15.091,2	15.460,5
<b>Activos/as (en miles)</b>	9.528,1	12.876,3
<b>Ocupados/as (en miles)</b>	8.479,1	11.997,1
<b>Parados/as (en miles)</b>	1.162,6	950,6
<b>Tasa de empleo (%)</b>	43.9	64.5
<b>Tasa de paro (%)</b>	11.0	6.8
<b>Tasa de actividad (%)</b>	49.4	69.2

Fuente: Encuesta Población Activa IVT 2007

El número de parados/as en España alcanzaba la cifra de 1.927.600 personas en el cuarto trimestre del año 2007, con un incremento de 117.000 en los últimos doce meses, lo que supone un incremento en términos porcentuales del 6,5%. Se

produce un incremento del 15,1 % en hombres (115.400) y del 0,1 % en mujeres (1.400), en el periodo analizado. A pesar de que el incremento en el número de mujeres paradas es muy inferior al de los varones, el nivel de desempleo de las mujeres en España es superior al de los hombres. Del total de personas paradas un 54,3 % son mujeres.

La tipología del empleo presenta un perfil muy diferente en hombres y mujeres. El sector de actividad predominante en la mujer es el sector Servicios, que concentra el 85.6% del empleo femenino y un 52.9% del empleo masculino.

TABLA 31. Distribución de la población ocupada según sector de actividad		
	Mujer	Hombre
<b>Agricultura</b>	2.9%	5.5%
<b>Industria</b>	9.7%	21.0%
<b>Construcción</b>	1.8%	20.6%
<b>Servicios</b>	85.6%	52.9%

Fuente: Encuesta Población Activa IVT 2007

También es muy diferente el tipo de ocupación si se analiza la distribución por clase social utilizada en la ENSE 06 a partir del último empleo. Un 12.3% de las mujeres ocupan u ocupaban puestos de cuadros directivos u ocupaciones intermedias frente a un 18.0% en el caso de los hombres. En el extremo opuesto, las mujeres con puestos de trabajo correspondientes a trabajadores/as manuales semicualificados o no cualificados significan el 38.5% y los hombres en esa situación el 25.6%. La comparación esta sujeta a sesgos porque la distribución presenta una tasa de no respuesta de casi el 20% en mujeres y apenas el 7% en hombres, pero pone de manifiesto las diferencias existentes todavía respecto al puesto de trabajo ocupado por hombres y mujeres.

TABLA 32. Distribución de la población según la ocupación en el último empleo (estén o no trabajando en la actualidad)		
	Mujer	Hombre
Clase I (profesionales y cuadros directivos de empresas con mas de 10 trabajadores)	5.1%	9.1%
Clase II (cuadros directivos de empresas con menos de 10 trabajadores y ocupaciones intermedias),	7.2%	8.9%
Clase III (trabajadores/as no manuales cualificados),	18.1%	21.5%
Clase IVa (trabajadores/as manuales cualificados),	11.9%	28.3%
Clase IVb (trabajadores/as manuales semicualificados),	19.3%	12.1%
Clase V (trabajadores/as manuales no cualificados)	19.2%	13.5%
No consta	19.2%	6.6%

Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006

Las diferencias anteriores pretenden ser el marco de referencia para poder interpretar los diferentes indicadores referidos a la salud laboral de mujeres y hombres, en los que el puesto de trabajo y el sector de actividad tienen un papel fundamental.

Los datos de accidentes de trabajo-tráfico (ATT) durante el año 2007 referidos a accidentes de trabajo con baja, publicados por el Instituto de Seguridad e Higiene en el Trabajo, indican que en 2007 se produjeron 1.022.067 accidentes de trabajo con baja. De ellos, 97.086 sucedieron al ir o volver del trabajo, lo que se denomina accidentes *in itinere*. El resto, 924.981, sucedieron durante la jornada laboral, tanto en el centro habitual como en otro centro, o durante un desplazamiento. Del total de accidentes de trabajo, un 8.52% fueron accidentes de tráfico. En la Tabla 33 se presentan números absolutos y tasa de incidencia (TI). Para el cálculo se emplea como denominador la población ocupada en el año 2007.

TABLA 33. Accidentes de trabajo con baja 2007				
	Mujeres		Hombres	
	ATT	TI	ATT	TI
<b>En jornada</b>	4.999	59,73	19.942	166,36
<b>In itinere</b>	25.687	306,94	36.410	303,74
<b>Total</b>	30.686	366,67	56.352	470,10

ATT: nº de accidentes; TI: tasa por cada 100.000 ocupados/as  
Fuente: Ministerio de Trabajo 2007

El riesgo para la mujer de sufrir un accidente en jornada es casi tres veces inferior al riesgo para el hombre. No obstante, es similar para ambos géneros en los accidentes ocurridos al ir y volver del trabajo. El sector de actividad no explica estas diferencias, ya que el sector servicios, sector principal de actividad de la mujer ocupada, es el sector con mayor siniestralidad en ATT durante la jornada (TI: 138,1) seguido de construcción (114,52 casos por cada cien mil ocupados/as en este sector). Las diferentes características del puesto de trabajo para hombres y mujeres dentro del mismo sector de actividad pueden tener una mayor asociación. Aparte de ello, hay que tener en cuenta que se trata de accidentes con baja, lo que en cualquier caso pone de manifiesto que la tasa de bajas por accidentes laborales en jornada es significativamente inferior en mujeres que en hombres.

Las cifras anteriores, a pesar de su absoluta validez, han de ser en cualquier caso cuestionadas cuando se relaciona Mujer y Salud. Esto es debido a la definición de accidente de trabajo. La legislación determina que un accidente de trabajo es toda lesión corporal que el/la trabajador/a sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta ajena (art. 115 LGSS). Por lo tanto, para que un accidente tenga esta consideración es necesario:

1. Que el/la trabajador/a sufra una lesión corporal. Entendiendo por lesión todo daño o detrimento corporal causado por una herida, golpe o enfermedad. Se asimilan a la lesión corporal las secuelas o enfermedades psíquicas o psicológicas.



2. Que ejecute una labor por cuenta ajena (no se incluyen trabajadores/as autónomos y empleadas/os de hogar, no están incluidos).
3. Que el accidente sea con ocasión o por consecuencia del trabajo, es decir, que exista una relación de causalidad directa entre trabajo - lesión.

En consecuencia, **quedaría fuera de la contabilización de accidentes de trabajo un sector como el empleo doméstico, mayoritariamente ocupado por mujeres y para el que existe todavía un amplio desconocimiento sobre accidentes y condiciones laborales.** Con estas excepciones, el número de accidentes laborales con baja en mujeres supone el 35.4% del total de accidentes con baja. En la Encuesta de Población Activa de 2007 se incluyó un módulo de especial interés referido a Accidentes y Enfermedades laborales, con o sin baja. Según la EPA 2007, el número de accidentes durante la jornada laboral o en trayectos en los últimos doce meses fue de 1.145.100, de los que 366.500 correspondieron a mujeres (4322 casos por cada cien mil ocupadas) y 778.600 a hombres (6490 casos por cada cien mil ocupados). Los accidentes con o sin baja en mujeres suponen el 32.0%, cifra muy similar a la obtenida para los accidentes con baja.

Quizás el mayor interés del módulo de la EPA sea la exposición en el puesto de trabajo a efectos adversos para la salud física o el bienestar mental (tabla 34). La primera conclusión es que existen diferencias evidentes hacia una mayor exposición en los hombres a efectos adversos para su salud física (tanto en números absolutos como en porcentaje sobre ocupados). Estarían en esta situación el 55.2% de los hombres ocupados y el 34.2% de las mujeres ocupadas. En los hombres el principal efecto adverso es el riesgo de accidentes (43.5% de los casos) y en las mujeres los movimientos posturales (el 51.7% de los casos).

<b>TABLA 34. Accidentes y Enfermedades laborales 2007</b>		
	<b>Mujeres</b>	<b>Hombres</b>
<b>Ocupados/as de 16 y más años expuestos a efectos adversos para su salud física (en miles)</b>	2902,8	6619,3
<b>% sobre ocupados/as</b>	34.2%	55.2%
<b>Tipo de efecto adverso</b>		
• Sustancias químicas, polvo, humos o gases	17.6%	16.9%
• Ruido o vibración	9.8%	11.6%
• Adopción de posturas, movimientos difíciles que formen parte del trabajo, o manejo de cargas pesadas	51.7%	28.0%
• Riesgo de accidentes	20.9%	43.5%
<b>Ocupados/as de 16 y más años expuestos a factores adversos sobre su bienestar mental (en miles)</b>	1969.7	3103.2
<b>% sobre ocupados/as</b>	23.2%	25.9%
<b>Tipo de factor adverso</b>		
• Acoso o intimidación	9.4%	6.1%
• Violencia o amenaza de violencia	11.8%	10.5%
• Presiones de tiempo o sobrecarga de trabajo	78.8%	83.4%
ATT: nº de accidentes; TI: tasa por cada 100.000 ocupados/as		
Fuente: Módulo Accidentes y Enfermedades Laborales. Encuesta de Población Activa 2007		

Ahora bien, cuando se analiza la exposición a factores adversos sobre su bienestar mental las diferencias entre hombres y mujeres son mucho menores. Están expuestas a este tipo de factores el 23.2% de las mujeres ocupadas y el 25.9% de los hombres ocupados. Las presiones de tiempo o sobrecarga de trabajo son el factor fundamental, pero existe un factor con un peso relativo superior en mujeres que en hombres y de especial importancia, como es el acoso o intimidación. Afectaría al 2,2% de las mujeres trabajadoras.

Los datos anteriores son consistentes con los obtenidos de la Encuesta ad hoc realizada en 2009 para el estudio Salud y Mujer. Un 31.9% de las mujeres ocupadas perciben un efec-

to negativo del trabajo actual en su salud y un 26.6% de los hombres. Sentirse nervioso/a y estresado/a, agotado/a a todas horas o con problemas de sueño, son problemas citados con la misma importancia por hombres y mujeres. Por el contrario, los dolores de espalda, musculares y de cabeza son citados con significativamente mayor frecuencia por la mujer, configurándose como la principal diferencia entre géneros.

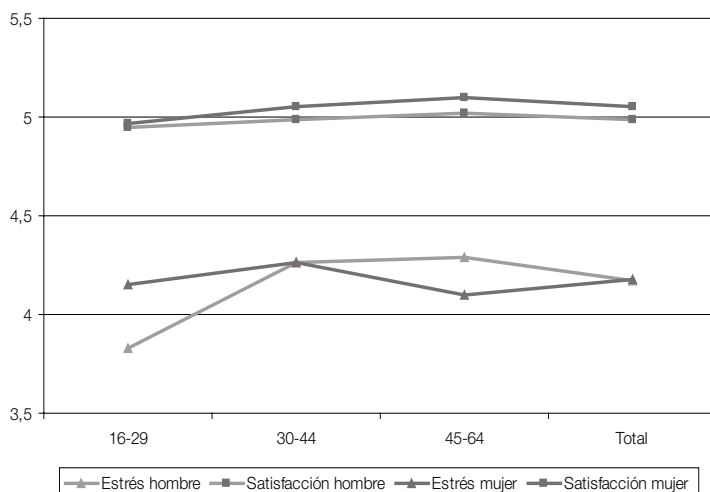
TABLA 35. Percepción de problemas de salud en el trabajo

	Mujeres	Hombres
<b>Percepción de impacto negativo del trabajo actual en su salud</b>	31.9%	26.6%
Tiene dolores de espalda	76.0%	58.6%
Se siente nervioso/a y estresado/a	77.6%	75.0%
Se siente agotado/a a todas horas	29.6%	26.6%
Tiene dolores musculares	71.2%	44.5%
Tiene dolores de cabeza	52.8%	32.8%
Tiene problemas de sueño	34.4%	33.6%

Fuente: Encuesta Salud y Mujer 2009.

La salud laboral es abordada en la ENSE 06 a partir de dos preguntas referidas al nivel de estrés en el trabajo, con una escala de 1 (nada estresante) a 7 (muy estresante), y la consideración del trabajo como satisfactorio, con una escala de 1 (nada satisfactorio) a 7 (muy satisfactorio). Los resultados ponen de manifiesto la ausencia de diferencias entre hombres y mujeres en la satisfacción con el puesto de trabajo, tanto a nivel global como al descender a grupos de edad. Por el contrario, en el caso del estrés percibido en el puesto de trabajo, aunque tampoco se pueden inferir diferencias significativas según género para el total de la población ocupada, sí existen por grupo de edad. Así, las mujeres más jóvenes sienten un mayor nivel de estrés que los hombres de su misma edad y las mujeres de 45 a 64 años un menor nivel de estrés que los hombres de ese grupo. No existen diferencias en el grupo intermedio de 30 a 44 años. La situación en las mujeres más jóvenes puede estar asociada, además de al puesto de trabajo, a la menor estabilidad en el empleo y las diferentes condiciones laborales que todavía permanecen en mujeres y en hombres.

Fig.9 Nivel de estrés percibido en el trabajo y satisfacción con el trabajo actual por sexo y edad.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006.

En la ENSE 06 se aborda la agresión y el maltrato a partir de las agresiones o maltratos sufridos en los últimos doce meses y declarados por la persona entrevistada. En caso de respuesta afirmativa, se indaga por el lugar de la última agresión o maltrato y por la relación con la/s personas que le han agredido o maltratado. Según los datos de la ENSE 06, un 2.9% de las mujeres de 16 y más años habían sufrido una agresión o maltrato en el último año. Casi cuatro de cada 10 situaciones se correspondería con violencia doméstica (38.7% se produjeron en el hogar o el edificio de residencia).

#### ***IV.10 Agresiones y Violencia contra las mujeres***

TABLA 36. Agresión o maltrato en el último año		
	Mujer	Hombre
% con agresión o maltrato en el último año	2.9%	3.9%
Lugar de la última agresión o maltrato		
• Lugar de ocio	4.5%	15.8%
• Trabajo o lugar de estudios	21.8%	29.3%
• Calle	24.5%	34.6%
• Hogar	35.5%	7.1%
• Edificio donde vive	3.2%	5.5%
• Zona deportiva	2.4%	1.6%
• Otros	8.1%	6.0%
Relación con la/s persona/s que le ha/n agredido o maltratado		
• Desconocido (hombre)	20.0%	43.5%
• Desconocida (mujer)	5.3%	2.9%
• Su pareja	33.6%	5.3%
• Mujer conocida (diferente de su pareja)	12.4%	5.6%
• Hombre conocido (diferente de su pareja)	20.5%	36.4%
% con agresión o maltrato por su pareja	0.97%	0.16%
% con agresión o maltrato por su pareja u hombre conocido diferente de su pareja	1.57%	

Fuente: Encuesta Salud y Mujer 2006.

Si se analiza la relación con la persona agresora, en el 75% de las ocasiones son personas conocidas. Un 54.1% de las agresiones o malos tratos vienen de la pareja (33.6%) o de un hombre conocido diferente de su pareja (20.5%). En este caso, es muy difícil identificar la violencia de género, ya que la ENSE no hace mención a la ex pareja. Cabe pensar que parte de las agresiones o malos tratos correspondientes a agresores hombres conocidos coincidan con ex parejas.

Combinando el lugar de la agresión y maltrato y la identificación del agresor o persona que ha maltratado, a partir de los datos de la ENSE 06 se puede estimar en aproximadamente

un 2% las mujeres de 16 y más años que sufren violencia doméstica y en un mínimo del 1% la violencia de género. En la ENSE 06 se introduce también la percepción de discriminación por parte de la pareja, pero apenas supone un 0.7%.

Por edad, la mayor incidencia de violencia doméstica estaría en las mujeres de 16 a 44 años y el mayor peso relativo de la violencia proveniente de la pareja en el total de agresiones y maltratos estaría en las mujeres de 65 y más años.

TABLA 37. Agresión o maltrato en el último año				
	16-29	30-44	45-64	≥ 65
<b>% con agresión o maltrato en el último año</b>	3.6%	3.9%	2.2%	1.1%
<b>Lugar de la última agresión o maltrato</b>				
• Hogar	25.3%	27.9%	41.2%	67.3%
• Edificio donde vive	1.1%	1.4%	4.7%	7.7%
<b>Relación con la/s persona/s que le ha/n agredido o maltratado</b>				
• Su pareja	32.3%	30.4%	33.3%	45.3%
• Hombre conocido (diferente de su pareja)	18.9%	20.3%	18.8%	26.9%
<b>% con agresión o maltrato por su pareja</b>	1.16%	1.19%	0.73%	0.50%
<b>% con agresión o maltrato por su pareja u hombre conocido diferente de su pareja</b>	1.84%	1.98%	1.15%	0.79%

Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006

Comparando con otras fuentes de datos, los datos anteriores parecen presentar un sesgo de infraestimación importante. Una de las causas puede estar en que un 46% de las mujeres que contestaron la ENSE 06 se encontraban acompañadas en el momento de contestar a estas preguntas.

Para obtener estimaciones con mayor fiabilidad conviene recurrir a la III macroencuesta sobre “la violencia contra las mujeres”, realizada por el Instituto de la Mujer en 2006. Esta encuesta aporta estimaciones del maltrato contra las mujeres

en el ámbito doméstico y significa una mejor aproximación a la agresión y el maltrato sufrido por las mujeres que la ENSE 06. En este estudio se contemplan dos tipos de maltrato: maltrato técnico y maltrato declarado.

Hay que tener en cuenta que mientras en la ENSE 06 se investiga cualquier tipo de agresión o maltrato, la encuesta de “violencia contra las mujeres” investiga la agresión o maltrato por alguna persona con la que convive o pareja/ex pareja aunque no conviva en el hogar.

El maltrato “declarado” se refiere a mujeres que confiesan haber sido maltratadas durante el último año. El maltrato “técnico” se refiere a mujeres que, aunque no se consideran a si mismas como maltratadas, responden que son víctimas de determinados comportamientos, considerados como indicadores de cierto grado de violencia, por las personas expertas. Son aquellas que responden de forma afirmativa a alguna de las siguientes frases:

- Le impide ver a la familia o tener relaciones con amigos, vecinos
- Le quita el dinero que Vd. gana o no le da lo suficiente que necesita para mantenerse
- Le insulta o amenaza
- Decide las cosas que vd. puede o no hacer
- En ciertas ocasiones, le produce miedo
- No tiene en cuenta las necesidades de Vd. (le deja el peor sitio de la casa, lo peor de la comida, ..)
- Cuando se enfada llega a empujar o golpear
- Le dice que a dónde va a ir sin él/ella (que no es capaz de hacer nada por sí sola)
- Le dice que todas las cosas que hace están mal, que es torpe
- Ironiza o no valora sus creencias
- No valora el trabajo que realiza
- Delante de sus hijos dice cosas para no dejarle a Vd. en buen lugar

A partir de los datos de la encuesta de “violencia contra las mujeres”, la estimación es que un 3,6% de las mujeres residentes en España de 18 y más años declara haber sido vícti-

ma de malos tratos, durante el último año, por alguna de las personas que conviven en su hogar, o por su novio o ex pareja, aunque no conviva con la mujer. La mayor parte de los actos de violencia doméstica son causados por la pareja (57.3%), ya sea la actual (41.5%) o el ex marido/pareja (15.8%). De esta forma, la estimación de mujeres que se declaran maltratadas por su pareja/ex marido/ex pareja significa el 2,1%.

El 9,6% de la mujeres de 18 y más años son consideradas “técnicamente” como maltratadas. La mayor parte de los actos de violencia doméstica entre las mujeres consideradas técnicamente como maltratadas, son causados por la pareja o ex pareja (74.6%). El maltrato “técnico” producido por la pareja o ex pareja significa el 7.2% de mujeres de 18 y más años.

La proporción de mujeres maltratadas, tanto “técnico” como declarado (tabla 38), es creciente con la edad hasta el intervalo de 18 a 64 años. El nivel de estudios está asociado claramente con el maltrato “técnico”, de forma que a mayor nivel de estudios de la mujer, menor porcentaje de mujeres maltratadas. En el maltrato “declarado” la asociación no es lineal, la mayor incidencia de maltrato se da en los niveles educativos intermedios.

TABLA 38. Agresión o maltrato en el último año				
	16-29	30-44	45-64	≥ 65
<b>Maltrato técnico</b>	8.9%	10.0%	12.0%	6.9%
<b>Maltrato declarado</b>	3.2%	4.4%	4.5%	2.1%

Fuente: III Encuesta de Violencia contra las Mujeres. Instituto de la Mujer 2006

Las mujeres víctimas de malos tratos experimentan una serie de síntomas en mucha mayor proporción que el resto de mujeres, con un impacto evidente en su salud física y mental. La mayor parte de estos síntomas coinciden con las principales causas de restricción de la actividad (tabla 39), como son los dolores de espalda o articulaciones, los dolores de cabeza, la falta de sueño o la fatiga permanente. Especialmente importantes, con diferencias de hasta 30 puntos porcentuales entre las mujeres con maltrato declarado y el total de mujeres de 18 y más años, son los cambios de ánimo, la ansiedad o angustia y la baja autoestima.



**TABLA 39. Síntomas frecuentes durante el último año según tipo de maltrato**

	<b>Con Maltrato técnico</b>	<b>Con maltrato declarado</b>	<b>Total mujeres de 18 y más años</b>
<b>Dolores de espalda o articulaciones</b>	77.0	80.3	68.7
<b>Cambios de ánimo</b>	69.5	76.0	49.1
<b>Ansiedad o angustia</b>	54.0	68.6	32.1
<b>Dolores de cabeza</b>	54.2	60.1	43.3
<b>Ganas de llorar sin motivo</b>	51.7	58.2	30.0
<b>Irritabilidad</b>	52.2	58.0	31.3
<b>Insomnio, falta de sueño</b>	47.6	53.7	34.3
<b>Tristeza porque pensaba que no valía nada</b>	39.3	49.2	18.1
<b>Inapetencia sexual</b>	46.4	46.4	24.8
<b>Fatiga permanente</b>	29.2	35.6	15.9

Fuente: III Encuesta de Violencia contra las Mujeres. Instituto de la Mujer 2006

*Hábitos y estilos de  
vida relacionados  
con la salud*



**V**



## **V.1** **Tabaco**

El consumo de tabaco es el factor de riesgo que genera mayor carga de enfermedad en España, originando en el año 2001 alrededor de 55.000 fallecimientos, de los cuales 5.000 se producen en mujeres, principalmente por tres grandes grupos de causas: enfermedades cardiovasculares (44,2%), tumores malignos (29,2%) y enfermedades respiratorias (26,6%). La mortalidad atribuible en las mujeres es a principios del siglo XXI cuatro veces más elevada que a finales de la década de los setenta.

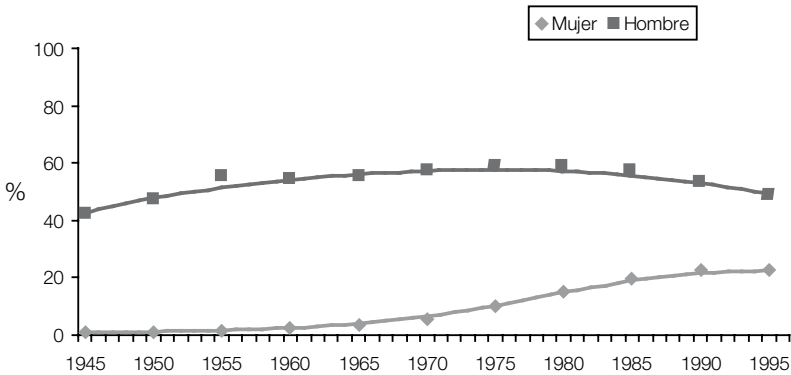
Además de compartir los riesgos generales observados en los hombres, el tabaco tiene consecuencias de salud específicas en las mujeres: ha sido asociado consistentemente como un determinante del cáncer de cérvix; incrementa el riesgo de tener una enfermedad coronaria en mujeres que toman simultáneamente contraceptivos orales; provoca alteraciones del ciclo menstrual, edad más temprana de menopausia, retraso en la concepción, mayor riesgo de infertilidad y complicaciones en el embarazo; menor densidad ósea con un incremento del riesgo de fractura de cadera; alteraciones estéticas como el desarrollo de un mayor número de arrugas en la cara; mayor riesgo de depresión.

Según el modelo teórico de la epidemia de tabaquismo propuesto por López et al., basado en los datos de prevalencia de consumo (diario u ocasional) y la mortalidad atribuible observada en países desarrollados, se pueden diferenciar cuatro fases: la fase 1, con una prevalencia menor del 20% en hombres y mínima en las mujeres; fase 2, con prevalencias superiores al 50% en hombres y un incremento sostenido en mujeres; fase 3, con un agudo descenso del consumo en hombres y comienzo de un descenso gradual en mujeres; y la fase 4, con un descenso del consumo en hombres y mujeres, acompañado del pico máximo de mortalidad atribuible al tabaco.

En España, a partir de la reconstrucción de la epidemia de tabaquismo con datos de las Encuestas Nacionales de Salud de 1993, 1995 y 1997, podemos conocer que la prevalencia de tabaquismo en las mujeres fue inferior al 5% hasta principios de los setenta. Sin embargo, durante esta década se produce una incorporación masiva de las mujeres al consumo de tabaco, particularmente a expensas de las que tienen estudios universitarios o medios, alcanzando una meseta en

la década de los noventa con prevalencias pico cercanas al 25%. El retraso respecto al umbral máximo observado en los hombres es de 20 años, y la difusión de la epidemia de tabaquismo se corresponde actualmente en las mujeres con el final de la fase 3 del modelo teórico. Esta distribución adopta un patrón diferenciado respecto a otros países desarrollados donde no se había observado un retardo tan grande entre hombres y mujeres. Además, el tiempo transcurrido desde el comienzo del incremento del consumo hasta alcanzar el pico máximo ha sido muy rápido en las mujeres españolas (figura 1). Uniendo a esta información indirecta los datos observados en la Encuesta Nacional de Salud desde 1987 a 2006, que se representan en la figura 2, vemos como la hipótesis de convergencia de las prevalencias por género va cobrando realidad: en 1987 el consumo de tabaco era un 139% superior en los hombres, mientras que en 2006 esta diferencia se había reducido a un 48%.

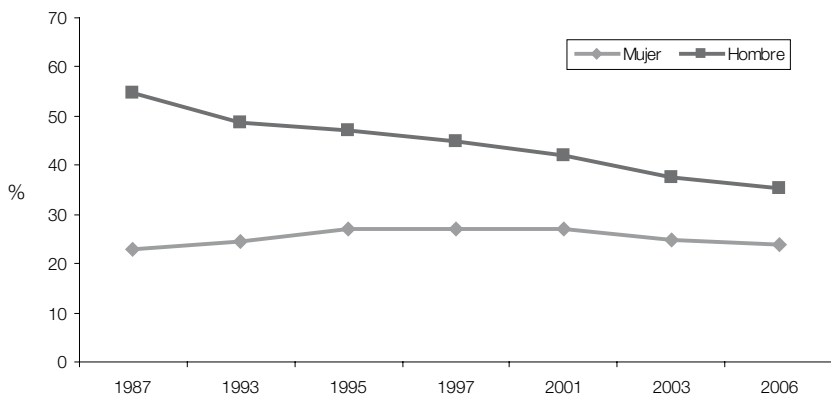
Figura 10. Evolución de la epidemia de tabaquismo según género. Población mayor de 15 años, España 1945-1995.



Fuente: adaptado de Esteve E et al. Med Clin (Barc) 2003; 120:14-16  
 Reconstrucción a partir de los datos de las Encuestas Nacionales de Salud 1993, 1995 y 1997

En la actualidad, la prevalencia de consumo en la población femenina es un 50% superior al promedio de Europa, ocupando España la sexta posición de un total de 41 países.

Figura 11. Evolución reciente de la prevalencia de consumo de tabaco según género. Población mayor de 15 años, España 1987-2006



Fuente: Encuestas Nacionales de Salud 1987-2006

### Consumo de tabaco:

En la tabla 40 podemos observar las diferencias de patrón de tabaquismo entre hombres y mujeres, en la que se presentan las prevalencias crudas y las razones de prevalencia ajustadas por edad. En el año 2006 el 23,9% del total de mujeres mayores de 15 años era fumadora, un 21,5% fumaba diariamente y un 2,4% con menor frecuencia. Las mujeres fuman menos que los hombres, un 28% menos de forma relativa después de ajustar por edad, aunque esta diferencia es variable según los grupos etarios estudiados. En la figura 12 se aprecia como en edades jóvenes las mujeres fuman ligeramente con mayor frecuencia que los hombres, pero a partir de los 25 años esta relación se invierte a favor de la población masculina, aumentando las diferencias a medida que se incrementa la edad, especialmente en mayores de 65 años, donde la prevalencia en los hombres es cinco veces más alta que en las mujeres. Estas diferencias reflejan la diferente evolución de la epidemia de tabaquismo por género en España.

La edad de inicio del consumo de tabaco tiene importantes implicaciones en la historia del tabaquismo ya que una edad temprana está asociada a un mayor consumo de cigarrillos en la edad adulta y a menores tasas de cesación. Teniendo en cuenta toda la población mayor de 15 años, la edad de inicio del consumo en las fumadoras diarias es de 17,8 años frente a 17,0 años en los hombres. Esta diferencia se observa tam-

bién en exfumadoras/es (17,9 vs. 16,8), mientras que no se aprecian diferencias en los fumadoras/es ocasionales (tabla 40). La edad más temprana de inicio del consumo refleja nuevamente la diferente difusión de la epidemia de tabaquismo en España según género, donde las grandes diferencias en las tasas de iniciación en las décadas de los cuarenta y cincuenta se fueron reduciendo en los sesenta y setenta para prácticamente equilibrarse en los años ochenta.

En la tabla 41 se muestra la distribución de la prevalencia de fumadoras según diversas variables sociodemográficas, así como los odds ratios estimados mediante regresión logística ajustando por todas las variables simultáneamente. Como se ha comentado anteriormente, en la figura 12 se mostraba la proporción cruda de fumadoras por grupos de edad. Después de ajustar por las otras variables sociodemográficas, el grupo de edad más joven (16-29 años) es el que muestra la mayor probabilidad de fumar, descendiendo con una gran magnitud a medida que aumenta la edad. No se observan grandes diferencias según el nivel de estudios al ajustar por el resto de variables, aunque la probabilidad es ligeramente superior en las mujeres con estudios secundarios al comparar con las que tienen estudios superiores. Respecto a la clase social basada en la ocupación, teniendo como referencia las mujeres de clase I (mayor posición), aunque se observa una tendencia a incrementarse el riesgo a medida que disminuye la clase social, sólo se observan diferencias estadísticamente significativas en las mujeres del grupo IVb (trabajadoras manuales semicualificadas). Respecto a la situación laboral, comparando con las mujeres que trabajan fuera de casa, las jubiladas y las estudiantes tienen menos probabilidad de fumar de forma estadísticamente significativa.

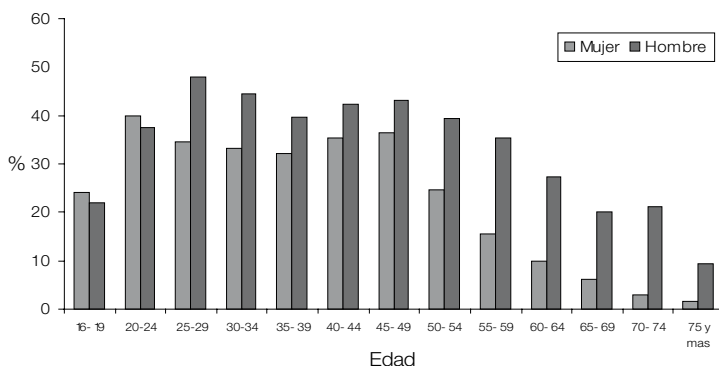
TABLA 40. Prevalencia de consumo de tabaco, cesación y exposición ambiental a humo de tabaco, según género. Población mayor de 15 años, España 2006

	Mujer	Hombre	Razón Mujer/Hombre*	
	%	%		Valor de p
Fumador/a	23,9	35,3	0,72	<0,001
Cesación**	35,6	44,3	0,92	0,001
Número medio de cigarrillos (fumadores diarios)	13,3	16,6		
Edad de inicio de consumo (media)				
• Fumador/a diario	17,8	17,0		
• Fumador/a ocasional	18,5	18,7		
• Exfumador/a	17,9	16,8		
Exposición al humo de tabaco fuera de casa o del trabajo***	34,2	50,4	0,77	<0,001
Exposición al humo de tabaco en la vivienda****	25,1	19,2	1,30	<0,001
Exposición al humo de tabaco en la vivienda o fuera de casa o del trabajo	45,4	56,3	0,86	<0,001

\*Ajustado por edad  
 \*\* Exfumadores/as / (exfumadores/as + fumadores/as)  
 \*\*\* Exposición en no fumadores/as  
 \*\*\*\* Exposición en no fumadores/as con más de un miembro en el hogar

Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006

Figura 12. Prevalencia de fumadores/as actuales según género y edad. Población mayor de 15 años, España 2006



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006

TABLA 41. Distribución de la prevalencia de fumadoras actuales y asociación con variables sociodemográficas. Mujeres mayores de 15 años, España 2006

	%	ORa*	Valor de p
<b>Edad</b>			
• 16- 29 años	33,4	1	
• 30-44 años	33,7	0,88	0,118
• 45-64 años	22,8	0,57	<0,001
• 65 y más años	3,1	0,08	<0,001
<b>Nivel de estudios</b>			
• Universitarios	26,8	1	
• Secundarios 2ª etapa	31,7	1,24	0,022
• Secundarios 1ª etapa	31,3	1,22	0,043
• Primarios o menos	16,2	1,04	0,702
<b>Clase social</b>			
• Clase I	23,8	1	
• Clase II	24,4	1,07	0,652
• Clase III	25,2	1,15	0,299
• Clase IVa	22,6	1,23	0,184
• Clase IVb	32,2	1,44	0,010
• Clase V	23,8	1,24	0,143
<b>Situación laboral</b>			
• Trabajando	32,5	1	
• En desempleo	35,6	1,14	0,154
• Jubilada/pensionista	6,0	0,74	0,020
• Estudiante	24,0	0,70	0,017
• Dedicada principalmente a las labores del hogar	19,2	0,91	0,235

\* Odds ratios ajustados por el resto de variables

Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006

### Abandono del consumo:

Diversos factores asociados al género femenino se han relacionado con el inicio y mantenimiento del consumo de tabaco, como la depresión (es dos veces más frecuente en mujeres que en hombres), el miedo a la ganancia de peso, la utiliza-



ción del tabaco como amortiguador de sentimientos negativos, un mayor estrés ligado a la carga de trabajo doméstica y cuidados de familiares, o la publicidad específicamente dirigida a la población femenina como estrategia de la industria tabaquera. Precisamente, algunos de estos factores como el afrontamiento del afecto negativo, el control del peso corporal y el apoyo social, son elementos clave que dificultan el abandono del consumo de tabaco.

En 2006, el 35,6% de las mujeres que habían fumado habitualmente en algún periodo de su vida habían conseguido abandonar el hábito, cifra inferior a la de los hombres, que era del 44,3%. Al incorporar la edad en esta relación, las diferencias relativas (razón de prevalencias de las mujeres respecto a los hombres) se reducen a sólo un 8%. La historia más corta de consumo en las mujeres, debido a una incorporación más reciente al tabaquismo, explica probablemente estas diferencias.

Las mujeres jóvenes son las que tienen menos probabilidad para abandonar el consumo de tabaco. A medida que aumenta la edad la cesación aumenta, habiendo abandonado este hábito un 59,3% de las mujeres de 65 y más años que habían fumado con regularidad. También se observa una relación con el nivel de estudios, teniendo menor probabilidad de dejar de fumar las mujeres con estudios primarios o inferiores. Asimismo, las mujeres con ocupaciones manuales semicualificadas o no cualificadas (clases IVb y V), comparado con las de mayor posición socioeconómica, tienen menor probabilidad de abandonar el tabaquismo. No se observan diferencias estadísticamente significativas según la situación laboral.

TABLA 42. Distribución de la prevalencia de abandono del consumo de tabaco y asociación con variables sociodemográficas. Mujeres mayores de 15 años, España 2006

	%	ORa*	Valor de p
<b>Edad</b>			
• 16- 29 años	23,0	1	
• 30-44 años	37,2	1,83	<0,001
• 45-64 años	40,2	2,13	<0,001
• 65 y más años	59,3	5,70	<0,001
<b>Nivel de estudios</b>			
• Universitarios	43,4	1	
• Secundarios 2ª etapa	36,0	0,91	0,425
• Secundarios 1ª etapa	32,9	0,84	0,151
• Primarios o menos	31,6	0,64	0,001
<b>Clase social</b>			
• Clase I	48,5	1	
• Clase II	46,0	0,99	0,974
• Clase III	41,8	0,88	0,426
• Clase IVa	35,9	0,76	0,147
• Clase IVb	29,7	0,63	0,006
• Clase V	29,7	0,59	0,004
<b>Situación laboral</b>			
• Trabajando	35,9	1	
• En desempleo	30,9	1,00	0,995
• Jubilada/pensionista	48,2	0,88	0,472
• Estudiante	18,8	0,70	0,187
• Dedicada principalmente a las labores del hogar	37,8	1,20	0,076
* Odds ratios ajustados por el resto de variables			
Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006			

### Exposición ambiental a humo de tabaco:

La exposición pasiva a humo de tabaco ambiental genera en España entre 820 y 1534 fallecimientos al año debidos a enfermedad isquémica del corazón y cáncer de pulmón, principalmente por la exposición ocurrida en el hogar. La Encuesta

Nacional de Salud incluyó en 2006 un apartado sobre exposición pasiva en la vivienda y fuera de la misma (excluyendo el lugar de trabajo). Un 25,1% de las mujeres que conviven con al menos otra persona en el hogar referían estar expuestas a humo ambiental de tabaco en la vivienda, frente al 19,2% de los hombres (tabla 43), siendo la razón de prevalencias ajustada por edad del 30% mayor en las mujeres, diferencia que podría estar relacionada con la mayor prevalencia de consumo de tabaco en hombres. Por el contrario, la exposición de las mujeres fuera de la vivienda o del trabajo es inferior a la de los hombres, 34,2% y 50,4%, respectivamente, con una razón ajustada por edad de 0,77 (tabla 40).

La distribución de la prevalencia de exposición pasiva (tabla 43) describe importantes diferencias por edad, siendo muy frecuente en las mujeres más jóvenes, donde tres de cada cuatro están expuestas, para ir disminuyendo a medida que se incrementa la edad hasta alcanzar una exposición del 24,1% en mayores de 64 años. Sin embargo, no se observan diferencias según el nivel de estudios o la clase social, después de controlar el resto de variables sociodemográficas. Respecto a la situación laboral, las mujeres jubiladas o las que se dedican a las tareas del hogar tienen una exposición mucho más baja, mientras que las estudiantes muestran la máxima probabilidad de exposición, aunque en este último grupo no se alcanza la significación estadística.

**TABLA 43. Distribución de la prevalencia de exposición ambiental autodeclarada a humo de tabaco en la vivienda o en espacios fuera de casa o del trabajo, y asociación con variables sociodemográficas. Mujeres mayores de 15 años, España 2006**

	%	ORa*	Valor de p
<b>Edad</b>			
• 16- 29 años	72,8	1	
• 30-44 años	50,5	0,44	<0,001
• 45-64 años	44,1	0,40	<0,001
• 65 y más años	24,1	0,21	<0,001
<b>Nivel de estudios</b>			
• Universitarios	55,1	1	
• Secundarios 2ª etapa	56,4	0,98	0,823
• Secundarios 1ª etapa	55,9	1,03	0,793
• Primarios o menos	34,8	0,89	0,258
<b>Clase social</b>			
• Clase I	52,1	1	
• Clase II	46,6	0,81	0,121
• Clase III	45,3	0,91	0,469
• Clase IVa	42,1	1,00	0,995
• Clase IVb	50,3	0,99	0,927
• Clase V	40,4	0,87	0,340
<b>Situación laboral</b>			
• Trabajando	56,2	1	
• En desempleo	53,5	0,85	0,116
• Jubilada/pensionista	25,4	0,59	<0,001
• Estudiante	77,3	1,39	0,069
• Dedicada principalmente a las labores del hogar	37,4	0,69	<0,001

\* Odds ratios ajustados por el resto de variables

Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006

**V.2**  
***Consumo***  
***de alcohol***

En la mayoría de las sociedades, la población adulta tiene un patrón diferenciado de consumo de alcohol según el género. Los hombres beben más frecuentemente y en mayores cantidades que las mujeres y como consecuencia tienen más problemas asociados al consumo de alcohol. Aunque se ha sugerido, al igual que ha ocurrido en el consumo de tabaco, la hipótesis de convergencia, todavía las diferencias entre hombres y mujeres son muy importantes.

Dos perspectivas teóricas se han emplazado para explicar estas diferencias por género. Una de ellas enfatiza las diferencias biológicas en la ingesta de alcohol, basándose en el hecho de que las mujeres absorben y metabolizan el alcohol de diferente manera. Principalmente, las mujeres por su menor contenido corporal de agua para un mismo peso, tienen mayores concentraciones de alcohol en sangre después de beber cantidades equivalentes de alcohol, lo que podría influir en beber menos para obtener los mismos efectos. Sin embargo, las explicaciones biológicas tienen muchas debilidades ya que no existen evidencias de que las mujeres limiten el consumo de bebidas alcohólicas debido a una mayor percepción de intoxicación a menores dosis que los hombres; tampoco se han demostrado diferencias de consumo en mujeres con diferente contenido corporal de agua; no explica por qué no sólo las mujeres beben menos cantidad de alcohol sino también menos frecuentemente. La otra perspectiva destaca las razones culturales y sociales, desde la evidencia de que el consumo de alcohol en las mujeres ha sido sistemáticamente restringido bajo la creencia de que puede afectar adversamente el comportamiento o rol social de la mujer, considerándolo incompatible con las responsabilidades domésticas y signo de fallo del control sobre las relaciones familiares y sociales.

La mujer es más vulnerable que el hombre a los problemas derivados del consumo de alcohol: desarrollan enfermedades hepáticas en un menor periodo de tiempo y consumiendo menores cantidades de alcohol; tienen mayor riesgo de daño cerebral; las mujeres que consumen cantidades por encima de una unidad de alcohol (un vaso de vino o una cerveza al día) tienen frente a las no bebedoras una mayor probabilidad de desarrollar cáncer de mama; también se ha observado una consistente relación entre la cantidad de alcohol consumida y ser víctima de violencia; aunque las mujeres conducen menos frecuentemente que los hombres después de beber, tienen un mayor riesgo de tener accidentes mortales bajo similares concentraciones de alcohol en sangre.

La Organización Mundial de la Salud ha especificado unos niveles de riesgo del consumo de alcohol que con diversas adaptaciones se asumen por la mayoría de guías y protocolos internacionales. Partiendo de que, considerando la gran variabilidad de respuesta individual, no se puede establecer un nivel de seguridad en el consumo de alcohol, se dispone una categoría de bajo riesgo en mujeres y hombres para consumos diarios de 1 a 20 g y 1 a 40 g de alcohol puro, respectivamente, y de medio o alto riesgo por encima de esta cantidad.

En España, analizando los datos de la Encuesta Nacional de Salud, las mujeres beben también con una frecuencia inferior a la de los hombres: mientras que el 57,5% de la población femenina ha consumido alguna bebida alcohólica en el último año, esta proporción aumenta en los hombres hasta el 80,2%, lo que corresponde a un 26% menos si los datos se ajustan por edad. Estas diferencias aumentan si consideramos el consumo en las últimas dos semanas, 41,8% de las mujeres frente al 70,2% de los hombres (tabla 44). Como podemos observar en la figura 13, en todos los grupos de edad, incluidos los más jóvenes, los hombres consumen bebidas alcohólicas con una frecuencia superior a las mujeres, y estas diferencias se van agrandando al aumentar la edad.

La edad de inicio del consumo regular se retrasa en mujeres 2,2 años en comparación con la de los hombres, 20,2 años frente a 18,0 años.

Teniendo en cuenta la frecuencia de consumo habitual de diversas bebidas alcohólicas (ver tipo de bebidas en figura 14) y su conversión a cc. de alcohol puro según los datos de referencia de la Encuesta Nacional de Salud, se puede clasificar el consumo en función del riesgo para la salud. Un 57,1% de las mujeres realizan un consumo diario inferior a 30 cc. de alcohol, es decir de bajo riesgo, prevalencia que en los hombres (<50 cc de alcohol/día) alcanza el 74,8%. Las mayores diferencias se pueden observar en la prevalencia de consumidores de riesgo medio o superior, donde los hombres (5,6%) tienen una frecuencia mucho más elevada que las mujeres (1,5%). Considerando la cantidad de alcohol consumido en las personas que beben alcohol, los hombres realizan un promedio de ingesta semanal de 132 cc de alcohol mientras que en las mujeres se reduce a 46 cc.

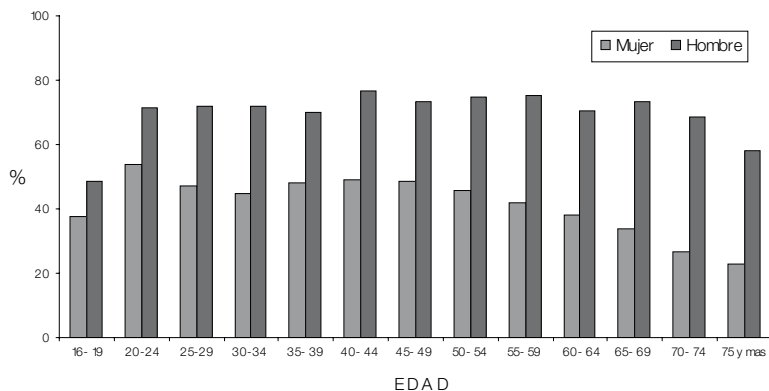
**TABLA 44. Consumo de alcohol según género. Población mayor de 15 años, España 2006**

	Mujer	Hombre	Razón mujer/hombre*	
	%	%		Valor de p
Consumo de alcohol en el último año	57,5	80,2	0,74	<0,001
Consumo de alcohol en las últimas 2 semanas	41,8	70,2	0,61	<0,001
Edad de inicio de consumo	20,2	18,0		
No consumidor/a	41,3	19,5	2,07	<0,001
Consumidor/a de bajo riesgo	57,1	74,8	0,79	<0,001
Consumidor/a de riesgo medio o superior	1,5	5,6	0,27	<0,001
<b>Tipo de bebida (referido a la población que ha consumido alcohol en los 12 meses previos)</b>				
- Vino o cava				
• Diario	14,7	27,9	0,5	<0,001
• Semanal	18,5	20,8	0,8	<0,001
- Cerveza				
• Diario	5,5	19,0	0,27	<0,001
• Semanal	25,0	35,9	0,64	<0,001
- Aperitivos				
• Diario	0,0	0,4	0,10	<0,001
• Semanal	3,3	3,6	0,84	0,083
- Sidra				
• Diario	0,2	0,2	1,06	0,874
• Semanal	1,0	1,3	0,71	0,028
- Combinados				
• Diario	0,3	1,9	0,13	<0,001
• Semanal	8,2	16,3	0,47	<0,001
- Whisky				
• Diario	0,1	1,1	0,08	<0,001
• Semanal	2,1	8,5	0,22	<0,001

\*Ajustado por edad

Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006

Figura 13. Consumo de alcohol en las últimas dos semanas, según género. Población mayor de 15 años, España 2006

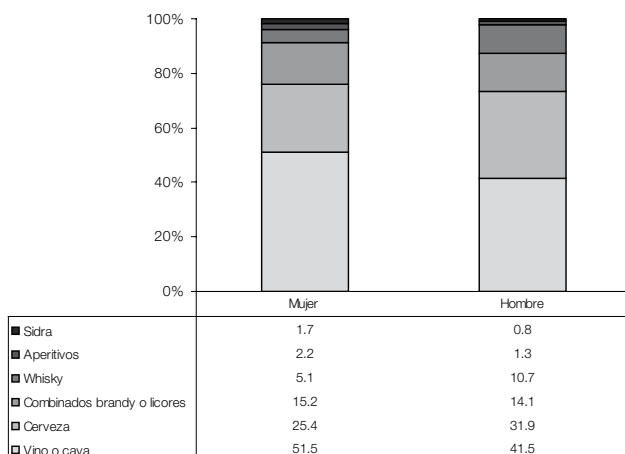


Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006

Si se analiza la frecuencia de consumo de cada tipo de bebida (tabla 44), se observan también diferencias de género. La bebida más habitual tanto en hombres como en mujeres es el vino, aunque varía la proporción de personas que lo consumen: en la población masculina, del total de personas que han consumido alcohol en el último año, el 27,9% beben vino diariamente frente al 14,7% en la población femenina. Estas diferencias aumentan para la cerveza donde la consumen diariamente el 19,0% y 5,5% de los hombres y mujeres, respectivamente. Sin embargo, la cerveza constituye en ambos la bebida más frecuente a nivel semanal. Si consideramos la distribución del tipo de bebidas según la contribución de alcohol aportado por cada una de ellas al total de alcohol ingerido (figura 14), a pesar de que la frecuencia y la cantidad de alcohol es menor para todas las bebidas en la población femenina, en las mujeres tienen más peso proporcional, comparado con los hombres, la ingesta de vino y de combinados.



Figura 14. Diferencias de consumo de bebidas alcohólicas\*, según género. Población mayor de 15 años, España 2006



\* Distribución porcentual del alcohol aportado por cada tipo de bebida al total de ingesta de alcohol

Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006

En la tabla 45 se describe la distribución de las prevalencias de consumo de alcohol de bajo riesgo y de riesgo medio o superior en mujeres, así como los odds ratios ajustados comparando con las mujeres que no consumen alcohol. Respecto a la edad no se observan grandes variaciones, siendo sólo estadísticamente significativa la menor frecuencia de consumo de bajo riesgo en las mujeres mayores de 64 años. Las mujeres que tienen estudios más bajos tienen menor probabilidad de realizar consumos de bajo riesgo. A pesar de que también es menor la probabilidad de ser bebedoras de riesgo, dada la baja prevalencia de este indicador y por tanto el limitado poder estadístico de las estimaciones, las diferencias no son estadísticamente significativas. Según la clase social la variación es más clara y su distribución se hace más lineal, dado que a medida que disminuye la clase social es menor la probabilidad tanto de realizar consumos de bajo riesgo como de realizar ingestas que suponen un riesgo elevado para la salud. Finalmente, según la situación laboral se observa una menor prevalencia de consumo de bajo riesgo o de riesgo medio o superior en las mujeres jubiladas y en las que trabajan en las tareas del hogar como actividad principal, aunque sólo las diferencias alcanzan la significación estadística con el menor consumo de bajo riesgo de las jubiladas o pensionistas al comparar con las mujeres que trabajan fuera de casa.

TABLA 45. Distribución de la prevalencia de consumo de alcohol de bajo riesgo y de riesgo medio o superior, y asociación según variables sociodemográficas. Mujeres mayores de 15 años, España 2006

	Bajo riesgo***			Riesgo medio o superior***		
	%	ORa*	Valor de p	%	ORa*	Valor de p
<b>Edad</b>						
• 16- 29 años	65,9	1		1,6	1	
• 30-44 años	66,2	1,02	0,809	1,7	1,34	0,290
• 45-64 años	57,1	0,94	0,467	1,7	1,48	0,162
• 65 y más años	36,9	0,71	0,002	1,1	0,90	0,821
<b>Nivel de estudios</b>						
• Universitarios	74,8	1		1,8	1	
• Secundarios 2ª etapa	68,1	0,84	0,066	2,2	0,84	0,064
• Secundarios 1ª etapa	62,0	0,67	<0,001	1,5	0,67	0,900
• Primarios o menos	43,7	0,46	<0,001	1,2	0,46	0,686
<b>Clase social</b>						
• Clase I	73,8	1		3,0	1	
• Clase II	70,2	0,97	0,841	2,0	0,54	0,123
• Clase III	65,2	0,95	0,683	1,8	0,44	0,013
• Clase IVa	55,7	0,85	0,254	1,6	0,40	0,018
• Clase IVb	61,0	0,81	0,121	1,8	0,39	0,007
• Clase V	49,2	0,62	<0,001	1,1	0,21	<0,001
<b>Situación laboral</b>						
• Trabajando	68,2	1		1,9	1	
• En desempleo	62,5	0,95	0,558	1,7	0,95	0,947
• Jubilada/pensionista	37,7	0,54	<0,001	1,3	0,54	0,234
• Estudiante	63,4	1,20	0,213	1,9	1,20	0,213
• Dedicada principalmente a las labores del hogar	50,3	0,89	0,088	1,0	0,89	0,054

\*Ajustado por edad

\*\*\* Ambos tipos de consumo (bajo riesgo y riesgo medio o superior) se tratan de forma independiente y comparando con las mujeres que no consumen alcohol (bajo riesgo versus no consumo; riesgo medio o superior versus no consumo)

Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006

### V.3 *Descanso*

El sueño ocupa un tercio de nuestra vida y juega un papel principal en el mantenimiento de la salud. Un número de horas insuficiente de sueño ha sido asociado con diversas enfermedades crónicas como la diabetes tipo 2, un incremento del riesgo de enfermedades cardiovasculares, cambios en el sistema metabólico relacionados con la obesidad, y se asocia también con la depresión. Además, reduce la concentración, aumenta el riesgo de accidentes, y disminuye la productividad en el trabajo o en los estudios. Se ha propuesto que una persona adulta debería descansar entre 7 y 9 horas al día.

Existen importantes diferencias entre hombres y mujeres respecto al descanso en la edad adulta. La mujer, a lo largo de todos los tramos de edad, refiere más problemas de trastornos de sueño, incluyendo menos tiempo de descanso. En cierta medida, estas diferencias están relacionadas con las condiciones biológicas, en concreto con los cambios hormonales asociados al ciclo menstrual, embarazo y menopausia. Sin embargo, gran parte de este desequilibrio está relacionado con la mayor carga de responsabilidades y cuidados asociados al rol de género femenino, que tiene también como consecuencia alteraciones en los patrones de descanso, aunque se ha sugerido que una parte de estas diferencias se reducen al tener en cuenta la posición socioeconómica.

Según la información de la Encuesta Nacional de Salud 2006, las mujeres tienen un balance consistentemente negativo respecto a los hombres en todos los indicadores relacionados con el descanso (tabla 46). Por un lado, el promedio de horas de sueño es ligeramente superior en los hombres (7,4 horas) que en las mujeres (7,3 horas). Si se analiza la proporción de personas que duermen menos de lo recomendado para la población adulta, un 26,1% de las mujeres duermen menos de 7 horas frente al 21,6% de los hombres, con un desequilibrio relativo desfavorable en las mujeres (ajustado por edad) del 19%. Por otra parte, las mujeres perciben con mayor frecuencia, 27,1% frente a 17,9%, que descansan de forma insuficiente con las horas que duermen. Los problemas asociados al descanso: dificultad para conciliar el sueño, despertarse varias veces o despertarse demasiado pronto, también son más frecuentes en las mujeres, destacando la dificultad para conciliar el sueño, en la que las mujeres muestran una razón de prevalencia respecto a los hombres de 1,42.

TABLA 46. Indicadores relacionados con el descanso, según género. Población mayor de 15 años, España 2006

	Mujer	Hombre	Razón mujer/hombre*	
	%	%		Valor de p
<b>Horas de sueño</b>				
• Duerme diariamente menos de 7 horas	26,1	21,6	1,19	<0,001
• Promedio de horas diarias de sueño	7,3	7,4		
• No descansa suficientemente	27,1	17,9	1,53	<0,001
<b>Problemas del sueño</b>				
• Dificultad para conciliar sueño	48,6	34,1	1,42	<0,001
• Despertarse varias veces	65,1	53,2	1,17	<0,001
• Despertarse demasiado pronto	46,8	37,7	1,21	<0,001

\*Ajustado por edad  
Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006

En la tabla 47 se describe en la población femenina la distribución de la prevalencia de descanso insuficiente según variables sociodemográficas. Se observa una fuerte asociación con la edad, incrementándose la frecuencia de este indicador de forma sostenida al aumentar ésta, variando desde un 11,8% en el grupo de 16-29 años al 35,0% en las mayores de 64 años, diferencias que se mantienen al controlar por el resto de variables simultáneamente. No se observan diferencias según el nivel de estudios pero sí se observan variaciones por clase social, donde a medida que baja la posición socioeconómica aumenta la prevalencia de descanso insuficiente desde un 18,3% en el grupo perteneciente a la clase I hasta un 32,7% en la clase V, diferencias que se mantienen también al controlar por el resto de variables. Por último, las mujeres que están desempleadas y sobre todo las que se encuentran estudiando, en comparación con las que trabajan fuera de casa, refieren más tiempo de descanso.

**TABLA 47. Distribución de la prevalencia de percepción de descanso insuficiente, y su asociación con variables sociodemográficas. Mujeres mayores de 15 años, España 2006**

	%	ORa*	Valor de p
<b>Edad</b>			
• 16- 29 años	11,8	1	
• 30-44 años	22,4	1,72	<0,001
• 45-64 años	33,4	2,95	<0,001
• 65 y más años	35,0	3,13	<0,001
<b>Nivel de estudios</b>			
• Universitarios	20,0	1	
• Secundarios 2ª etapa	21,0	1,03	0,763
• Secundarios 1ª etapa	22,2	1,03	0,789
• Primarios o menos	32,3	1,12	0,274
<b>Clase social</b>			
• Clase I	18,3	1	
• Clase II	22,1	1,16	0,281
• Clase III	25,6	1,37	0,017
• Clase IVa	28,5	1,51	0,004
• Clase IVb	26,6	1,59	0,001
• Clase V	32,7	1,80	<0,001
<b>Situación laboral</b>			
• Trabajando	24,5	1	
• En desempleo	19,3	0,71	0,001
• Jubilada/pensionista	35,4	0,92	0,386
• Estudiante	6,3	0,40	<0,001
• Dedicada principalmente a las labores del hogar	28,9	0,89	0,110

\* Odds ratios ajustados por el resto de variables  
Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006

La actividad física produce grandes beneficios en la salud. Reduce la mortalidad por todas las causas y el riesgo de enfermedades cardiovasculares, diversos tipos de cáncer, diabetes, hipertensión, y obesidad. La relación con el control del peso, la prevención de la osteoporosis, y la depresión, por la mayor frecuencia con la que se producen, son especialmente importantes en la población femenina. Asimismo, existe una fuerte evidencia del menor riesgo de desarrollar cáncer de mama.

Con el propósito de mejorar la salud general, la recomendación de los Centers for Disease Control and Prevention (CDC) y el American College of Sports Medicine (ACSM) realizada en 1995 es la más conocida y ha sido recogida en numerosas guías preventivas: todos los adultos deberían acumular al menos 30 minutos de actividad física de moderada o mayor intensidad, preferiblemente todos los días de la semana, estableciéndose en 5 días/semana el indicador de adherencia. Más recientemente, se han incorporado a estas recomendaciones variaciones según la frecuencia, duración e intensidad de la actividad física (recomendaciones de la ACSM y la American Heart Association): realizar actividades de intensidad moderada o mezcla de moderada y vigorosa durante 30 minutos 5 días/semana, o 20 minutos 3 días/semana de actividad vigorosa.

En general, las mujeres realizan actividad física en tiempo libre con menor frecuencia que los hombres y además la actividad suele ser de menor intensidad. Sin embargo, cuando se incorporan actividades relacionadas con otros dominios como la actividad durante la ocupación laboral, los desplazamientos o las tareas del hogar, estas diferencias disminuyen.

Las mujeres, en comparación con los hombres, tienen diferentes mediadores psicosociales que influyen en la participación en actividades físicas. También refieren mayor número de barreras y menor control en la propia decisión individual. El rol normativo relacionado con las responsabilidades sobre el cuidado de hijos e hijas y de la casa tiene gran influencia también en la menor realización de ejercicio físico.

Además, las diferencias de género comienzan temprano, visualizándose ya en la infancia y adolescencia el modelo de la población adulta, donde se observa que los chicos realizan más actividades y de mayor intensidad que las chicas. Esta

diferenciación puede estar relacionada con un proceso de socialización que implica a los modelos familiares, de la escuela y las amistades. También se ha propuesto la influencia que tiene en estas edades la menor participación de las chicas en actividades organizadas en clubs o sociedades deportivas, que podría asociarse con la menor realización de actividades vigorosas vinculadas a la competición.

Hombres y mujeres tienen una distribución muy diferente respecto a la actividad física realizada en la actividad principal en el trabajo, centro de estudios u hogar (tabla 48). El 32,3% de las mujeres están sentadas la mayor parte de la jornada laboral, un 14% menos (de forma relativa) que los hombres. Es mucho más prevalente en las mujeres estar de pie la mayor parte de la jornada (56,6% frente a 38,5% en los hombres). Sin embargo, la población masculina realiza con mucha mayor frecuencia actividades que requieren un esfuerzo físico importante.

TABLA 48. Distribución de la actividad física realizada en la ocupación y en tiempo libre, según género. Población mayor de 15 años, España 2006				
	Mujer	Hombre	Razón mujer/hombre*	
	%	%		Valor de p
<b>Actividad principal en el trabajo</b>				
• Sentado la mayor parte de la jornada	32,3	38,0	0,86	<0,001
• De pie la mayor parte de la jornada sin efectuar grandes esfuerzos	56,6	38,5	1,48	<0,001
• Caminando, llevando pesos y desplazándose	9,4	16,8	0,58	<0,001
• Actividad con gran esfuerzo físico	1,6	6,6	0,26	<0,001
<b>Actividad durante el tiempo libre</b>				
• No hace ninguna actividad física	42,9	36,8	1,17	<0,001
• Hace alguna actividad física	45,4	41,3	1,05	0,011
• Cumple las recomendaciones de actividad física	11,7	22,0	0,55	<0,001
• Hace el ejercicio deseado en tiempo libre	36,1	43,8	0,81	<0,001

\*Ajustado por edad  
Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006

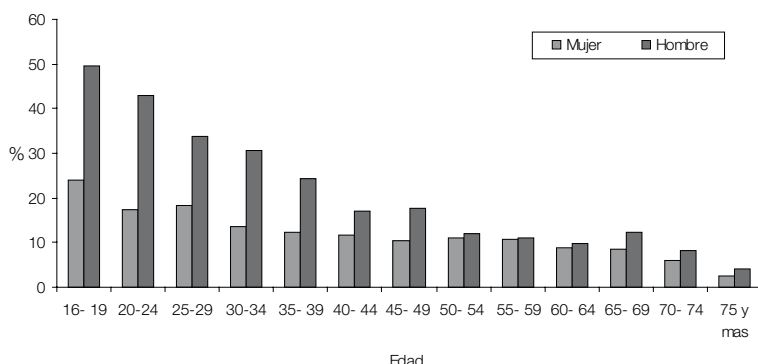
Para analizar la actividad física en tiempo libre se ha realizado una adaptación de las recomendaciones a la pregunta realizada en la Encuesta Nacional de Salud. Se considera que cumplen las recomendaciones si realizan al menos 3 veces a la semana durante más de 20 minutos actividades como: montar en bicicleta, gimnasia, aeróbic, correr, natación, fútbol, baloncesto, ciclismo o natación de competición, judo, kárate o similares. Se ha considerado activos/as pero que no cumplen las recomendaciones si no alcanzaban la frecuencia exigida en las actividades anteriores o realizaban actividades ligeras tales como caminar, jardinería, gimnasia suave, juegos que requieren poco esfuerzo y similares.

Según esta clasificación (tabla 48), el 42,9% de las mujeres no realiza ninguna actividad lo que significa, en términos relativos y ajustado por edad, un 17% más que los hombres; el 45,4% hace alguna actividad física, dato ligeramente más alto que lo observado en los hombres; y sólo un 11,7% de las mujeres cumple las recomendaciones frente al 22,0% de los hombres. Es decir, por cada dos hombres que cumplen las recomendaciones sólo una mujer muestra esta adherencia, diferencias que se producen además a expensas de un incremento en la población femenina de las personas que no realizan ninguna actividad. Estas diferencias en el cumplimiento de las recomendaciones se observan en todos los tramos de edad, aunque son de mucha mayor magnitud en los grupos de edad más jóvenes, reduciéndose a partir de los 50 años (figura 15).

Las mujeres son conscientes de su bajo grado de realización de actividad física, manifestando sólo el 36,1% de ellas hacer todo el ejercicio que desearían durante el tiempo libre. Esta proporción, de forma coherente con los datos mostrados anteriormente, aumenta en los hombres a un 43,8%. Las limitaciones más frecuentes para la práctica de ejercicio físico expresadas por las mujeres son la falta de tiempo (42,5%), la falta de voluntad (25,4%) y los problemas de salud (18,0%). Los hombres exponen motivos similares (figura 16).

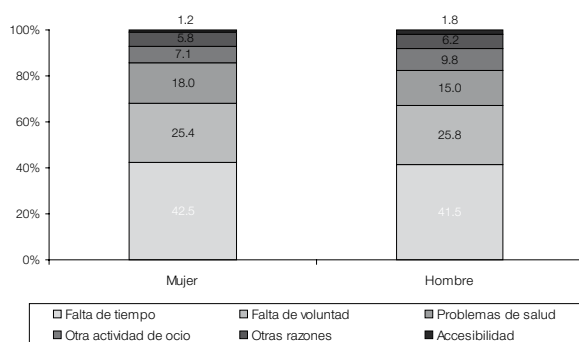


Figura 15: Cumplimiento de las recomendaciones de realización de actividad física en tiempo libre. Población mayor de 15 años, España 2006



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006

Figura 16: Barreras para la realización de actividad física en tiempo libre, según género. Población mayor de 15 años, España 2006



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006

En la tabla 49 se describen los factores sociodemográficos asociados a la frecuencia de incumplimiento de las recomendaciones. Se observa una clara relación con la edad, incrementándose la baja adherencia a medida que la población se hace más mayor. También a medida que disminuye el nivel de estudios y la clase social, aumenta el grado de incumplimiento, donde tan sólo un 5-6% de las personas clasificadas en el grupo de menor posición socioeconómica cumple las recomendaciones. Respecto a la situación laboral, únicamente se detectan diferencias significativas después de ajustar por el resto de variables en la categoría de estudiantes, que muestran un mayor grado de cumplimiento.

TABLA 49. Distribución de la prevalencia de no adherencia a las recomendaciones de realización de actividad física en tiempo libre, y asociación con variables sociodemográficas. Mujeres mayores de 15 años, España 2006

	%	ORa*	Valor de p
<b>Edad</b>			
• 16- 29 años	80,5	1	
• 30-44 años	87,5	1,40	0,002
• 45-64 años	89,6	1,39	0,003
• 65 y más años	95,0	2,14	<0,001
<b>Nivel de estudios</b>			
• Universitarios	78,7	1	
• Secundarios 2ª etapa	84,0	1,27	0,026
• Secundarios 1ª etapa	87,3	1,52	<0,001
• Primarios o menos	94,1	2,30	<0,001
<b>Clase social</b>			
• Clase I	75,9	1	
• Clase II	83,0	1,25	0,126
• Clase III	85,3	1,26	0,100
• Clase IVa	89,5	1,42	0,040
• Clase IVb	90,2	1,92	<0,001
• Clase V	94,6	2,83	<0,001
<b>Situación laboral</b>			
• Trabajando	86,0	1	
• En desempleo	87,3	0,92	0,522
• Jubilada/pensionista	94,3	1,13	0,442
• Estudiante	73,8	0,54	<0,001
• Dedicada principalmente a las labores del hogar	91,7	1,01	0,937
* Odds ratios ajustados por el resto de variables			
Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006			

## **V.5 Alimentación y realización de dietas**

Las evidencias más recientes destacan la importancia de los factores nutricionales en la prevención de la enfermedad y mortalidad, estimando para los países europeos que el 4,6% de la carga global de enfermedad en la región podría ser atribuido a un bajo consumo de frutas y verduras. Por este motivo se recomienda una ingesta diaria >400 g de estos alimentos.

Existen notables diferencias en el patrón de consumo alimentario, la ingesta de energía y nutrientes, así como en las actitudes y preferencias, según el género. Las mujeres son más conscientes acerca de los aspectos saludables de la dieta y seleccionan más frecuentemente los alimentos según su contenido en nutrientes. Comparado con la población masculina, las mujeres realizan una menor ingesta de energía y un porcentaje más alto de ésta procede de frutas y verduras. Por ello, se considera que el patrón de consumo alimentario es más saludable en las mujeres. Al igual que ocurría en la actividad física, la mayor preferencia alimentaria por las frutas y verduras se instaura a temprana edad.

En España, los datos de las diversas encuestas nutricionales reflejan este mismo patrón alimentario, con una mayor ingesta en la población femenina de frutas y verduras e inferior en productos cárnicos y en general de alimentos de tipo proteico. Este patrón asociado a una dieta saludable se observa marcadamente desde la infancia y adolescencia.

Alrededor de la mitad de las mujeres tienen algún grado de insatisfacción con su apariencia física o imagen corporal, siendo más habitual que en los hombres. No es de extrañar, por tanto, que la población femenina realice con mayor frecuencia dietas con el objetivo de controlar el peso. Además, es mucho más frecuente que aquellas personas con una percepción inadecuada del peso corporal realicen estrategias inapropiadas para perder peso que las que tienen una percepción más cercana a la realidad.

Con la información disponible en la Encuesta Nacional de Salud 2006 podemos conocer de forma aproximada el patrón general de la frecuencia de consumo de alimentos (figura 17).

Las mujeres realizan un consumo superior de fruta, ingiriendo este alimento de forma diaria el 72,0% frente al 62,5% de los hombres, al igual que de verduras y hortalizas (47,8%

frente a 36,1%). Por el contrario, realizan un consumo sensiblemente inferior de carne y embutidos, así como de huevos, mientras que es mayor el de pescado. Las mujeres también consumen menos refrescos. No hay grandes diferencias en la ingesta de alimentos como la pasta, arroz, legumbres, pan y cereales, lácteos y dulces.

Aunque con la información de la Encuesta Nacional de Salud no es posible cuantificar el número de raciones de alimentos, se puede aproximar la frecuencia de consumo diario de un grupo de alimentos. Considerando un bajo consumo de fruta y verduras como indicador de baja calidad de la dieta desde una perspectiva de salud pública, la prevalencia de consumo diario de estos productos (frutas y verduras simultáneamente) es de un 39,2% en las mujeres frente a un 27,8% en los hombres, resultando una razón de prevalencia ajustada por edad de 1,35 favorable a las mujeres.

Analizando la distribución de este indicador en las mujeres según las diferentes variables sociodemográficas (tabla 50), se observa como la ingesta de estos alimentos es muy baja en la población joven, aumentando con la edad, y a partir de los 45 años su consumo es el doble que en el grupo de 16-29 años. La frecuencia de consumo es superior en las mujeres con estudios universitarios respecto al resto de categorías, siendo más homogénea la distribución ajustada según clase social, donde sólo se observa un consumo inferior estadísticamente significativo en la clase V al comparar con la clase I. Respecto a la situación laboral no se observan grandes variaciones después de ajustar por el resto de variables.

Figura 17. Distribución del consumo alimentario. Población mayor de 15 años, España 2006

Figura 17a. Mujeres

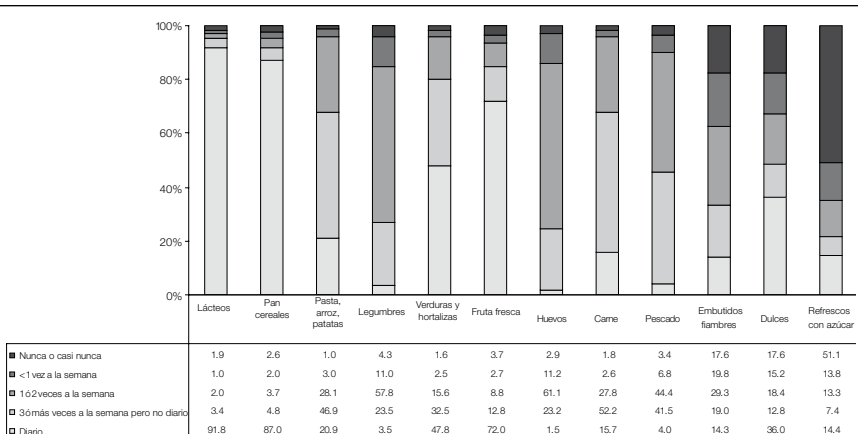
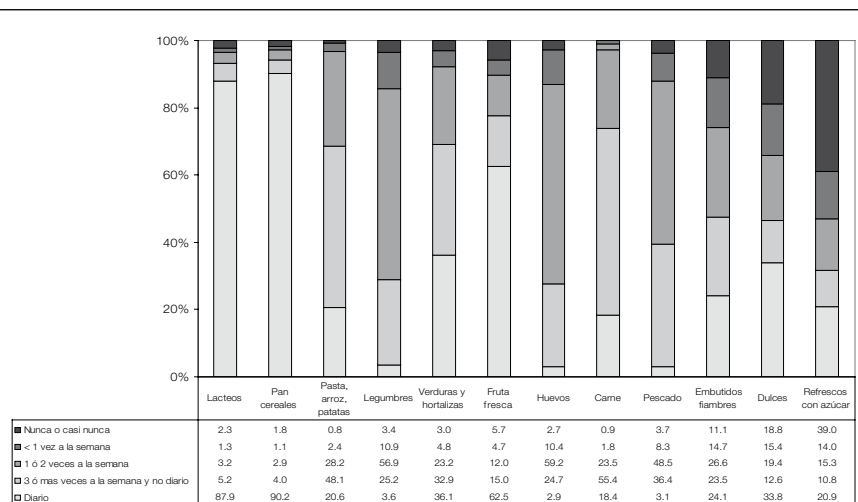


Figura 17b. Hombres



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006

**TABLA 50. Distribución de la prevalencia de consumo diario de fruta y verdura, y asociación con variables sociodemográficas. Mujeres mayores de 15 años, España 2006**

	%	ORa*	Valor de p
<b>Edad</b>			
• 16- 29 años	23,8	1	
• 30-44 años	35,9	1,68	<0,001
• 45-64 años	48,1	2,91	<0,001
• 65 y más años	46,5	2,90	<0,001
<b>Nivel de estudios</b>			
• Universitarios	42,9	1	
• Secundarios 2ª etapa	34,8	0,79	0,007
• Secundarios 1ª etapa	33,2	0,71	<0,001
• Primarios o menos	42,1	0,72	<0,001
<b>Clase social</b>			
• Clase I	45,2	1	
• Clase II	44,6	1,03	0,782
• Clase III	40,7	0,95	0,651
• Clase IVa	42,8	1,03	0,791
• Clase IVb	38,1	0,97	0,774
• Clase V	35,4	0,74	0,015
<b>Situación laboral</b>			
• Trabajando	37,0	1	
• En desempleo	33,3	0,95	0,605
• Jubilada/pensionista	46,4	1,03	0,699
• Estudiante	21,7	0,89	0,468
• Dedicada principalmente a las labores del hogar	43,7	1,12	0,097

\* Odds ratios ajustados por el resto de variables  
Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006

## Dietas

Las mujeres realizan dietas con mayor frecuencia que los hombres, especialmente cuando el objetivo de éstas es controlar el peso corporal. La situación actual es que en el momento de la entrevista un 14,4% de la población femenina

se encontraba realizando algún tipo de dieta, disminuyendo a un 10,3% en la población masculina. Estas diferencias aumentan al tener como propósito el control del peso, siendo 2,5 veces más frecuente en las mujeres, alcanzando una prevalencia del 6% (tabla 51).

**TABLA 51. Prevalencia de realización de dietas en la actualidad, según género. Población mayor de 15 años, España 2006**

	Mujer	Hombre	Razón mujer/hombre*	
	%	%	Valor de p	
<b>Realiza dieta o régimen especial</b>	14,4	10,3	1,32	<0,001
<b>Realiza dieta para control del peso</b>	6,0	2,5	2,47	<0,001

\*Ajustado por edad

Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006

En la tabla 52 podemos observar la distribución en mujeres de la prevalencia de dietas según las variables sociodemográficas. La realización de dietas en general está asociada a la edad en un sentido positivo, aumentando a medida que se incrementa ésta. También presentan mayor probabilidad las mujeres jubiladas. No se identifican grandes variaciones en la realización de dietas para el control del peso, a excepción de las mujeres jubiladas, que las realizan con menor frecuencia.

TABLA 52. Distribución de la prevalencia de realización de dietas, y asociación con variables sociodemográficas. Mujeres mayores de 15 años, España 2006

	Realiza alguna dieta			Realiza dieta para perder o mantener peso		
	%	ORa*	Valor de p	%	ORa*	Valor de p
<b>Edad</b>						
• 16- 29 años	9,1	1		6,3	1	
• 30-44 años	11,4	1,18	0,207	7,5	1,10	0,554
• 45-64 años	17,4	1,92	<0,001	6,7	1,11	0,548
• 65 y más años	20,8	2,22	<0,001	2,9	0,69	0,106
<b>Nivel de estudios</b>						
• Universitarios	12,3	1		7,3	1	
• Secundarios 2ª etapa	13,1	1,11	0,372	7,0	1,03	0,869
• Secundarios 1ª etapa	13,3	1,08	0,537	7,6	1,12	0,521
• Primarios o menos	16,7	0,95	0,683	4,4	0,75	0,118
<b>Clase social</b>						
• Clase I	12,5	1		7,4	1	
• Clase II	14,3	1,01	0,964	6,8	0,89	0,603
• Clase III	16,2	1,15	0,347	6,5	0,92	0,671
• Clase IVa	15,6	1,05	0,769	6,3	1,08	0,746
• Clase IVb	14,8	1,14	0,402	7,2	1,06	0,777
• Clase V	14,8	0,98	0,888	5,8	0,96	0,866
<b>Situación laboral</b>						
• Trabajando	12,6	1		7,7	1	
• En desempleo	12,9	1,05	0,697	7,1	0,96	0,810
• Jubilada/pensionista	21,9	1,31	0,014	3,2	0,68	0,033
• Estudiante	6,6	0,67	0,109	4,0	0,67	0,184
• Dedicada principalmente a las labores del hogar	15,4	1,06	0,545	5,5	0,96	0,780

\* Odds ratios ajustados por el resto de variables

Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006



**V.6**  
**Estado**  
**Ponderal**

El sobrepeso y obesidad es uno de los mayores problemas a los que se enfrenta la salud pública en la actualidad. Aunque la susceptibilidad genética, así como otros factores biológicos, pueden explicar en parte el riesgo de desarrollar obesidad, los cambios producidos en los estilos de vida, mediados por cambios socioculturales y por el gran avance en el desarrollo tecnológico, son probablemente los que están más íntimamente ligados a la reciente epidemia de obesidad.

En España, según el estudio DORICA, el 17,5% de las mujeres de 25-60 años tenía obesidad frente al 13,2% de los hombres, especialmente por el incremento de la obesidad en la población femenina a partir de los 45 años. Además de aumentar con la edad, es mucho más frecuente en mujeres con baja posición socioeconómica y bajo nivel de estudios.

Aunque en las sociedades desarrolladas hombres y mujeres tienen una susceptibilidad a engordar, los patrones de disposición corporal de la grasa, al igual que el propio metabolismo de la grasa, son diferentes y, además, también sufren diferentes consecuencias. El embarazo y menopausia, dos periodos relacionados con el desarrollo de obesidad en la mujer, sugieren que fluctuaciones en la concentración de hormonas reproductivas predisponen a ganar peso. También la serotonina, que contribuye a la regulación del apetito, muestra variaciones en la respuesta en hombres y mujeres según diferentes niveles de índice de masa corporal. Asimismo, la leptina -una molécula producida por las células grasas- es un importante regulador del apetito y gasto energético, por lo que se sugiere puede jugar un rol en el control del peso. Su concentración en sangre aumenta con el índice de masa corporal (IMC), pero es más alto en mujeres que en hombres para cada nivel de IMC.

La obesidad, especialmente la abdominal, está muy relacionada con el síndrome metabólico y con el síndrome de ovario poliquístico. Las mujeres son especialmente susceptibles a la diabetes y enfermedades cardiovasculares y tienen un mayor riesgo de desarrollar diversos tipos de cáncer, especialmente cáncer de mama posterior a la menopausia y cáncer endometrial.

Según la información de la Encuesta Nacional de Salud 2006 (tabla 53), el 14,8% de las mujeres son obesas, cifra simi-

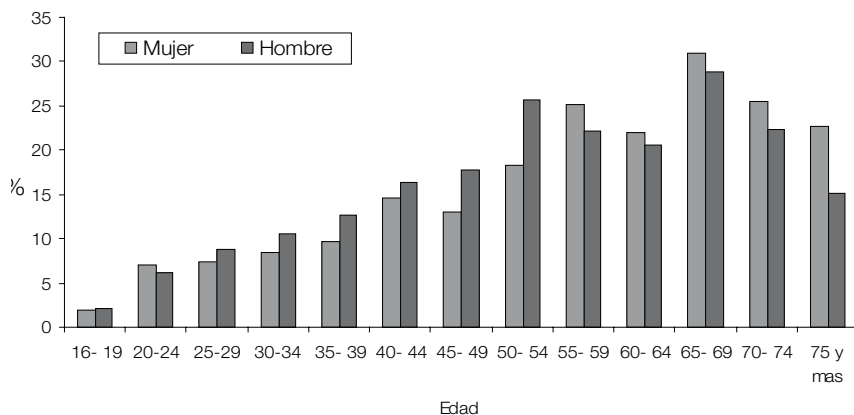
lar a la observada en hombres (15,2%), aunque se identifica un patrón diferenciado según la edad: en hombres, la obesidad es moderadamente más frecuente hasta los 55 años, pero a partir de esta edad la prevalencia es superior en las mujeres (figura 18). Los hombres tienen más frecuentemente sobrepeso, tanto de grado I como de grado II (según propuesta de la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad SEEDO). Si calculamos la prevalencia conjunta de sobrepeso y obesidad, obtenemos que el 43,6% de las mujeres tiene exceso de peso, 59,1% en hombres. Aunque ya de por sí estos datos muestran la magnitud de este problema de salud pública, hay que tener en cuenta que, al tratarse de medidas de peso y talla autodeclaradas, el sobrepeso, y en mayor medida la obesidad, están subestimadas en relación a la prevalencia estimada con medidas objetivas. Por el contrario, las mujeres tienen con más frecuencia un peso normal que los hombres, pero también es mucho más frecuente encontrar un peso insuficiente, 3,4% frente a un 0,7%.

**TABLA 53. Situación ponderal basada en el índice de masa corporal, según género. Población mayor de 15 años, España 2006**

	Mujer	Hombre	Razón mujer/hombre*	
	%	%		Valor de p
<b>Peso insuficiente</b> <sup>(1)</sup>	3,4	0,7	4,97	<0,001
<b>Peso normal</b> <sup>(2)</sup>	52,9	40,2	1,29	<0,001
<b>Sobrepeso grado I</b> <sup>(3)</sup>	14,4	21,2	0,68	<0,001
<b>Sobrepeso grado II</b> <sup>(4)</sup>	14,4	22,7	0,63	<0,001
<b>Obesidad</b> <sup>(5)</sup>	14,8	15,2	0,96	0,319

<sup>(1)</sup> Índice de masa corporal (IMC) <18,5; <sup>(2)</sup> IMC 18,5-24,9; <sup>(3)</sup> IMC 25,0-26,9; <sup>(4)</sup> IMC 27,0-29,9; <sup>(5)</sup> IMC ≥ 30  
Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006

Figura 18. Prevalencia de obesidad según género y edad. Población mayor de 15 años, España 2006



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006

Como podemos observar en la tabla 54 y la figura 19, la prevalencia de obesidad se asocia estrechamente con la edad, aumentando a medida que se incrementa ésta, con un punto de inflexión a partir de los 65-69 años. También aumenta a medida que disminuye el nivel de estudios, alcanzando una prevalencia del 23,6% en las mujeres con estudios primarios o inferiores, frente al 6,1% en las que tienen estudios universitarios. Aunque estas diferencias pueden explicarse parcialmente por la diferente distribución del resto de variables, el odds ratio de 2,54 describe la fuerte relación de la obesidad con el bajo nivel de estudios. También se relaciona con una baja posición socioeconómica, alcanzando una prevalencia del 20,8% en las mujeres de clase social V, respecto al 5,5% observado en las mujeres pertenecientes a la clase I, diferencias que se mantienen al ajustar por las otras variables. Al analizar según situación laboral, destaca la baja prevalencia en las estudiantes, y aunque se observa una mayor prevalencia en las mujeres jubiladas o en las que se dedican principalmente a las tareas del hogar, las diferencias respecto a las que se encuentran trabajando no alcanzan la significación estadística.

TABLA 54. Distribución de la prevalencia de obesidad, y asociación con variables sociodemográficas. Mujeres mayores de 15 años, España 2006

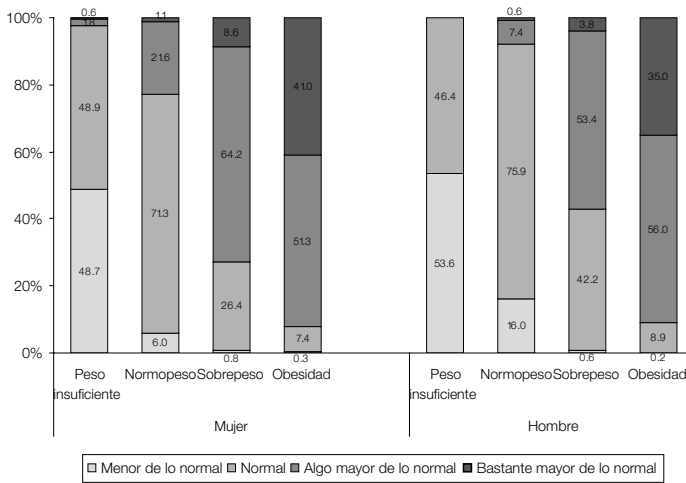
	%	ORa*	Valor de p
<b>Edad</b>			
• 16- 29 años	5,8	1	
• 30-44 años	10,9	1,48	0,010
• 45-64 años	19,0	2,18	<0,001
• 65 y más años	25,9	2,53	<0,001
<b>Nivel de estudios</b>			
• Universitarios	6,1	1	
• Secundarios 2ª etapa	8,9	1,38	0,052
• Secundarios 1ª etapa	11,1	1,60	0,004
• Primarios o menos	23,6	2,54	<0,001
<b>Clase social</b>			
• Clase I	5,5	1	
• Clase II	8,8	1,29	0,279
• Clase III	10,7	1,28	0,273
• Clase IVa	17,7	1,66	0,033
• Clase IVb	15,4	1,81	0,010
• Clase V	20,8	1,99	0,003
<b>Situación laboral</b>			
• Trabajando	10,7	1	
• En desempleo	12,0	0,96	0,765
• Jubilada/pensionista	24,4	1,14	0,272
• Estudiante	2,1	0,27	0,002
• Dedicada principalmente a las labores del hogar	20,5	1,17	0,089

\* Odds ratios ajustados por el resto de variables

Respecto a la diferente percepción de la imagen corporal según género comentada anteriormente, en la figura 19 se muestra la comparación entre la percepción de la imagen corporal y los resultados de la situación ponderal derivada

del peso y talla autodeclarados. Casi uno de cada dos hombres y mujeres de peso insuficiente tienen una percepción de tener un peso adecuado. El 22,7% de las mujeres con peso normal tienen una percepción de tener un exceso de peso frente al 8% de los hombres. Por el contrario, el 42,2% de los hombres que tienen sobrepeso perciben que tienen un peso normal, disminuyendo en las mujeres al 26,4%.

Figura 19. Comparación entre la percepción de la imagen corporal y la situación ponderal, según género. Población mayor de 15 años, España 2006



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006

# *Prácticas preventivas*

.....

VI

.....

## Vacunación antigripal

Si la composición es la adecuada, la protección que confiere la vacuna de la gripe es del 65-85% en personas sanas menores de 65 años, disminuyendo al 30-40% en mayores de 65 años y en enfermos/as crónicos, aunque se considera efectiva en estos grupos en la prevención de complicaciones. Se ha estimado que se pueden evitar el 50-60% de hospitalizaciones y neumonías y el 80% de los fallecimientos.

El nivel de vacunación en mayores de 65 años a finales de la década pasada era bajo en España, teniendo más probabilidad de vacunarse la población masculina, al aumentar la edad, las personas que han realizado una visita reciente al médico, las personas no consumidoras de tabaco, las que tienen enfermedades crónicas, y aquellas que residen en municipios con menos de 10.000 habitantes.

En el análisis que se presenta a continuación con los datos de la Encuesta Nacional de Salud 2006, se han incluido como personas susceptibles de vacunación a las mayores de 65 años y aquellas que declaran haber padecido alguna de las siguientes enfermedades crónicas: infarto de miocardio, embolia, bronquitis crónica, asma y diabetes. Del total de personas susceptibles de vacunación, las mayores de 64 años constituyen el 67,9% y las menores de 65 años pero con enfermedades crónicas el 32,1%.

El 54,9% de las mujeres y 55,2% de los hombres declaran que se vacunaron de la gripe en la última campaña, un 5% menos en las mujeres de forma relativa después de ajustar por la edad (tabla 55). En las mujeres mayores de 65 años la cobertura vacunal fue del 65,7% mientras que en la población susceptible menor de 65 años descendió al 27,2% (datos no mostrados en tabla).

**TABLA 55. Vacunación de la gripe en la última campaña, según género. Población mayor de 15 años, España 2006**

	Mujer	Hombre	Razón mujer/hombre*	
	%	%		Valor de p
<b>Vacunados de la gripe**</b>	54,9	55,2	0,95	0,010

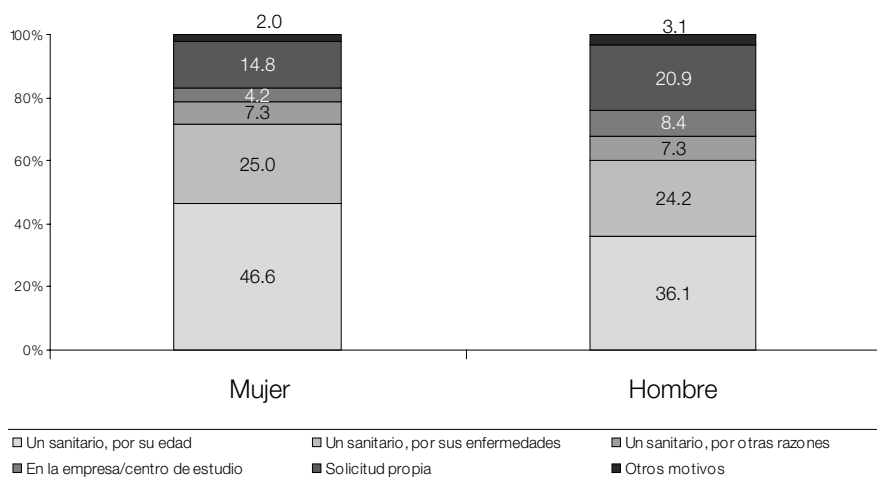
\*Ajustado por edad

\*\* > 64 años o <65 años que han padecido alguna vez infarto agudo de miocardio, embolia, bronquitis crónica, asma o diabetes

Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006

En la figura 20 podemos observar la indicación de la vacunación. Comparado con los hombres, las mujeres se vacunaron más frecuentemente por indicación de un sanitario, el 78,9% frente al 67,6% de los hombres. Sin embargo, éstos se vacunan más en la empresa o centros de estudios.

Figura 20. Indicación de la vacuna de la gripe, según género y edad. Población mayor de 15 años, España 2006



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006

La edad es una variable fuertemente asociada a la cobertura vacunal, a pesar de que las menores de 65 años están incluidas en la población susceptible debido a las enfermedades crónicas que padecen. A medida que aumenta la edad se incrementa con una gran magnitud la vacunación antigripal. Sin embargo, no se detectan diferencias por nivel de estudios al ajustar simultáneamente por el resto de variables, ni con la posición socioeconómica. Respecto a la situación laboral, las mujeres jubiladas y las que se dedican a las labores del hogar declaran una mayor vacunación.



TABLA 56. Distribución de la prevalencia de vacunación de la gripe, y asociación con variables sociodemográficas. Mujeres mayores de 15 años, España 2006			
	%	ORa*	Valor de p
<b>Edad</b>			
• 16- 29 años	13,6	1	
• 30-44 años	20,5	1,639	0,167
• 45-64 años	38,5	3,666	<0,001
• 65 y más años	65,7	9,374	0,000
<b>Nivel de estudios</b>			
• Universitarios	32,0	1	
• Secundarios 2ª etapa	37,5	1,25	0,316
• Secundarios 1ª etapa	40,4	1,20	0,419
• Primarios o menos	60,7	1,21	0,324
<b>Clase social</b>			
• Clase I	44,5	1	
• Clase II	48,1	1,06	0,981
• Clase III	54,4	1,01	0,470
• Clase IVa	62,3	1,22	0,754
• Clase IVb	44,7	0,92	0,849
• Clase V	56,5	1,05	0,959
<b>Situación laboral</b>			
• Trabajando	22,6	1	
• En desempleo	24,8	1,20	0,534
• Jubilada/pensionista	64,6	1,56	0,017
• Estudiante	19,5	1,78	0,273
• Dedicada principalmente a las labores del hogar	57,7	1,55	0,018
* Odds ratios ajustados por el resto de variables Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006			

### Control de la presión arterial y colesterol

En España, alrededor del 20-25% de la población general tiene hipercolesterolemia y entre el 30-35% presión arterial elevada, no existiendo grandes diferencias entre hombres y mujeres para los datos globales. Las recomendaciones del

Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de Salud (PAPPS), elaborado por la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria en relación al control de la tensión arterial y colesterol sanguíneo en la población adulta, son las siguientes: se recomienda tomar la presión arterial cada 4 o 5 años hasta los 40 años y cada 2 años a partir de esta edad; se recomienda realizar una determinación del colesterol total sérico al menos una vez en los hombres antes de los 35 años y en las mujeres antes de los 45 años. Después se determinará cada 5 o 6 años hasta los 75 años y a partir de esta edad se realizará una determinación si no se había practicado ninguna anteriormente.

Debido a que las categorías de respuesta de estas variables en la Encuesta Nacional de Salud 2006 no coinciden exactamente con las recomendaciones, a efectos de este informe se ha establecido una adaptación de las recomendaciones (medición de la presión arterial al menos una vez en los últimos 3 años y medición del colesterol sérico: en los hombres <35 y >75 años al menos alguna vez y entre los 35 y 75 años alguna vez en los últimos 3 años; en las mujeres < 45 y > 75 años al menos alguna vez y entre los 45 y 75 años alguna vez en los últimos 3 años). De acuerdo a estos criterios, el 81,9% y 78,9% de mujeres y hombres, respectivamente, realizan el control de la presión arterial con la periodicidad aconsejada. Respecto a la colesterolemia, la prevalencia de cumplimiento es algo menor con respecto a la presión arterial, un 77,8% (tabla 57). En ambas prácticas preventivas, las mujeres realizan un mejor control que los hombres, aunque las diferencias son de pequeña magnitud.

<b>TABLA 57. Prevalencia del seguimiento de las recomendaciones sobre control de presión arterial y colesterol, según sexo.</b>				
	<b>Mujer</b>	<b>Hombre</b>	<b>Razón mujer/hombre*</b>	
	<b>%</b>	<b>%</b>		<b>Valor de p</b>
<b>Adecuado control de la presión arterial**</b>	81,9	78,9	1,01	0,021
<b>Adecuado control del colesterol***</b>	77,8	73,1	1,03	<0,001

\*Ajustado por edad  
 \*\* Medición de la presión arterial al menos una vez en los últimos 3 años  
 \*\*\* Medición del colesterol sérico: en los hombres <35 y >75 años al menos alguna vez y entre los 35 y 75 años alguna vez en los últimos 3 años; en las mujeres < 45 y > 75 años al menos alguna vez y entre los 45 y 75 años alguna vez en los últimos 3 años.  
 Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006

En la tabla 58 se describe el cumplimiento de las recomendaciones en las mujeres según variables sociodemográficas, donde se observa un patrón similar para la determinación de la presión arterial y colesterol. Ambas prácticas preventivas aumentan con mucha magnitud a medida que se incrementa la edad. Respecto a la distribución según el nivel de estudios, no se observan diferencias significativas en el caso de la presión arterial. Sin embargo, la probabilidad de determinación del colesterol disminuye progresivamente al descender el nivel educativo. Se observan diferencias significativas respecto a la clase social, identificando que las mujeres que pertenecen a las clases más bajas, comparando con las de clase I, tienen una probabilidad inferior de cumplir ambas recomendaciones. También se detectan diferencias según la situación laboral, oscilando en diferentes direcciones: así, las estudiantes, al comparar con las mujeres que trabajan fuera del hogar, tienen una menor probabilidad de cumplir tanto la recomendación de medirse la presión arterial como el colesterol, mientras que las que se dedican principalmente a las tareas del hogar tienen una mayor probabilidad de seguir ambas recomendaciones.

TABLA 58. Distribución del seguimiento de las recomendaciones sobre control de presión arterial y colesterol, y asociación con variables sociodemográficas. Mujeres mayores de 15 años, España 2006

	Presión Arterial***			Colesterolemia****		
	%	ORa*	Valor de p	%	ORa*	Valor de p
<b>Edad</b>						
• 16- 29 años	66,7	1		57,6	1	
• 30-44 años	79,7	1,36	0,001	78,8	2,16	0,001
• 45-64 años	85,9	2,28	<0,001	83,5	3,38	<0,001
• 65 y más años	93,9	6,05	<0,001	87,9	5,57	<0,001
<b>Nivel de estudios</b>						
• Universitarios	83,6	1		83,6	1	
• Secundarios 2ª etapa	76,5	0,83	0,114	73,6	0,69	0,001
• Secundarios 1ª etapa	76,0	0,80	0,064	70,5	0,56	<0,001
• Primarios o menos	86,3	0,83	0,118	80,5	0,51	<0,001
<b>Clase social</b>						
• Clase I	86,5	1		86,3	1	
• Clase II	86,5	0,95	0,766	84,9	1,01	0,965
• Clase III	86,6	0,96	0,826	82,8	0,95	0,766
• Clase IVa	85,6	0,79	0,206	81,2	0,90	0,529
• Clase IVb	80,1	0,69	0,026	76,7	0,84	0,301
• Clase V	82,2	0,60	0,003	76,1	0,65	0,008
<b>Situación laboral</b>						
• Trabajando	80,7	1		77,3	1	
• En desempleo	79,0	1,10	0,381	73,0	1,01	0,939
• Jubilada/pensionista	92,8	1,08	0,562	86,8	1,02	0,880
• Estudiante	51,2	0,55	<0,001	45,7	0,67	0,006
• Dedicada principalmente a las labores del hogar	84,8	1,21	0,037	81,8	1,32	0,001

\* Odds ratios ajustados por el resto de variables

\*\*\* Medición de la presión arterial al menos una vez en los últimos 3 años

\*\*\*\* Medición del colesterol sérico: alguna vez en < 45 y > 75 años y alguna vez en los últimos 3 años entre los 45 y 75 años.

Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006

## Seguridad Vial

En el año 2004 las lesiones por accidente de tráfico de vehículos a motor causaron en España la muerte a 16,9 de cada 100.000 hombres y a 5,0 de cada 100.000 mujeres, elevándose estas cifras a 18,4 y 5,3 si se incluyen vehículos que no son de motor (como bicicletas). Los accidentes de tráfico generan una gran carga de enfermedad estimándose que en el 2004 se produjeron 120,2 y 45,6 altas hospitalarias por cada 100.000 hombres y mujeres, respectivamente. La no utilización del cinturón de seguridad está asociada al 30% de todos los fallecimientos en accidente de tráfico, un 1% a no llevar puesto el casco en moto y un 1% a no utilizarlo en bicicleta. El mayor incremento de la utilización de estas medidas de seguridad en las últimas décadas se ha asociado con una gran reducción en la mortalidad por accidentes de tráfico.

Según los datos de la Encuesta Nacional de Salud 2006, la frecuencia de incumplimiento de la utilización del cinturón de seguridad es baja, oscilando entre el 1-2% cuando se circula como conductor o entre el 5-6% cuando se va de acompañante. El incumplimiento de la regulación es mayor en el caso del casco en moto, no utilizándolo siempre el 8,7% en la circulación por carretera y el 13,6% en ciudad. La mayoría no utiliza siempre el casco en bicicleta, oscilando desde un 79,1% en la circulación por carretera a un 83% por ciudad. Comparado con los hombres, las mujeres utilizan más el cinturón de seguridad tanto en ciudad como en carretera, bien vayan como conductoras o acompañantes. Por el contrario, las mujeres duplican respecto a los hombres en cuanto a la frecuencia de no utilización del casco siempre que van en motocicleta, tanto en carretera como en ciudad. En esta misma dirección, utilizan menos que los hombres la protección del casco en bicicleta (tabla 59).

Hay que tener en cuenta para la correcta interpretación de las estimaciones de este apartado, el escaso poder estadístico en algunos de los indicadores, principalmente en la utilización del casco en moto y bici. Aún contando con esta limitación, al analizar las variables sociodemográficas asociadas al incumplimiento de estas medidas de seguridad vial, observamos como la no utilización del cinturón de seguridad en conductoras es más elevada en las mujeres de niveles de estudios más bajos al comparar con las que tienen estudios universitarios.

En el caso de la no utilización del cinturón de seguridad cuando se va como acompañante, además de la relación con el bajo nivel de estudios, se produce un mayor cumplimiento en las mujeres de mayor edad al comparar con las jóvenes (tabla 60). Respecto a la utilización del casco en moto y bicicleta, se observa una menor utilización en las mujeres mayores de 64 años respecto a las más jóvenes y también en los grupos de bajo nivel de estudios, así como en las estudiantes. Respecto a no llevar siempre el casco en bici, las mujeres de 30-44 años, las que tienen estudios secundarios de 2ª etapa y primarios o inferiores, así como las que se dedican principalmente a las tareas del hogar, tienen más probabilidad de incumplir esta recomendación.

**TABLA 59. Prevalencia del no cumplimiento de las recomendaciones preventivas de seguridad vial, según género. Población mayor de 15 años, España 2006**

	Mujer	Hombre	Razón mujer/hombre*	
	%	%		Valor de p
No utilización siempre del cinturón de seguridad conduciendo el coche en ciudad	5,5	7,6	0,71	<0,001
No utilización siempre del cinturón de seguridad conduciendo el coche en carretera	1,0	1,9	0,53	<0,001
No utilización siempre del cinturón de seguridad en ciudad siendo acompañante	5,2	6,7	0,80	0,001
No utilización siempre del cinturón de seguridad en carretera siendo acompañante	2,0	2,6	0,80	0,043
No utilización del casco siempre que va en moto en ciudad	13,6	7,0	2,00	<0,001
No utilización del casco siempre que va en moto en carretera	8,7	4,8	2,01	<0,001
No utilización del casco siempre que va en bicicleta por ciudad	83,0	72,9	1,13	<0,001
No utilización del casco siempre que va en bicicleta por carretera	79,1	66,8	1,17	<0,001

\*Ajustado por edad

Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006

TABLA 60. Distribución de la no utilización siempre del cinturón de seguridad, según variables sociodemográficas. Mujeres mayores de 15 años, España 2006

	No llevar siempre el cinturón de seguridad cuando conduce el coche			No llevar siempre el cinturón de seguridad de acompañante		
	%	OR*	Valor de p	%	OR*	Valor de p
<b>Edad</b>						
• 16- 29 años	5,3	1		7,9	1	
• 30-44 años	6,1	0,97	0,875	6,2	0,79	0,100
• 45-64 años	4,7	0,68	0,120	3,8	0,43	<0,001
• 65 y más años	9,0	1,53	0,348	3,4	0,41	<0,001
<b>Nivel de estudios</b>						
• Universitarios	3,2	1		4,1	1	
• Secundarios 2ª etapa	4,7	1,46	0,149	5,4	1,28	0,231
• Secundarios 1ª etapa	8,1	2,42	0,001	7,9	1,96	0,001
• Primarios o menos	7,5	2,18	0,004	4,6	1,61	0,030
<b>Clase social</b>						
• Clase I	3,6	1		4,1	1	
• Clase II	4,0	0,90	0,773	4,2	0,91	0,748
• Clase III	5,1	0,95	0,889	4,9	0,96	0,889
• Clase IVa	6,4	1,04	0,927	4,9	0,92	0,799
• Clase IVb	5,9	0,97	0,939	5,8	0,94	0,826
• Clase V	9,2	1,44	0,357	6,0	1,16	0,625
<b>Situación laboral</b>						
• Trabajando	5,5	1		5,8	1	
• En desempleo	5,4	0,82	0,436	5,8	0,84	0,368
• Jubilada/pensionista	6,2	0,79	0,549	3,4	0,88	0,585
• Estudiante	2,4	0,46	0,214	8,4	1,10	0,708
• Dedicada principalmente a las labores del hogar	6,9	1,08	0,680	5,0	1,03	0,839

\* Odds ratios ajustados por el resto de variables

Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006

**TABLA 61. Distribución de la no utilización siempre del casco en moto o en bicicleta, según variables sociodemográficas. Mujeres mayores de 15 años, España 2006**

	No llevar siempre el casco cuando va en moto			No llevar siempre el casco cuando va en bicicleta		
	%	OR*	Valor de p	%	OR*	Valor de p
<b>Edad</b>						
• 16- 29 años	13,9	1		85,6	1	
• 30-44 años	10,9	1,30	0,468	79,2	0,57	0,042
• 45-64 años	15,4	1,57	0,264	83,6	0,60	0,128
• 65 y más años	41,1	11,79	<0,001	92,2	2,46	0,206
<b>Nivel de estudios</b>						
• Universitarios	3,2	1		76,8	1	
• Secundarios 2ª etapa	12,9	3,77	0,011	85,0	1,81	0,020
• Secundarios 1ª etapa	13,5	3,85	0,009	82,0	1,30	0,367
• Primarios o menos	25,4	8,48	<0,001	89,1	2,16	0,015
<b>Clase social</b>						
• Clase I	0,0	-**		79,4	1	
• Clase II	5,3	-		77,2	0,64	0,219
• Clase III	6,4	-		78,8	0,55	0,059
• Clase IVa	13,5	-		87,5	0,78	0,613
• Clase IVb	11,5	-		83,8	0,58	0,145
• Clase V	22,2	-		87,9	0,75	0,493
<b>Situación laboral</b>						
• Trabajando	8,3	1		78,9	1	
• En desempleo	14,1	1,26	0,579	85,5	1,39	0,261
• Jubilada/pensionista	19,0	0,26	0,075	86,5	0,86	0,787
• Estudiante	22,3	3,46	0,005	84,3	1,12	0,809
• Dedicada principalmente a las labores del hogar	23,7	1,75	0,111	92,1	2,65	0,003

\* Odds ratios ajustados por el resto de variables; \*\* No es posible calcular OR

Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006



## **VI.1** **Prácticas** **preventivas en** **la mujer**

En los países desarrollados, el cáncer de mama es el tumor maligno más frecuente en las mujeres y el que origina mayor mortalidad. España, comparado con otros países europeos, se sitúa en una posición baja tanto en las estimaciones de incidencia como en las de mortalidad. En el 2007 la tasa de mortalidad era de 26,2 por 100.000 mujeres y desde principio de los noventa se observa una tendencia descendente. Actualmente, el cribado de cáncer de mama a través de la realización de mamografías, con el fin de descubrir cánceres de forma precoz, está muy extendido, a pesar de que la revisión Cochrane de 2006 pone en entredicho el beneficio neto del cribado: la detección precoz reduce la mortalidad por cáncer de mama alrededor del 15%, pero también provoca sobrediagnóstico y sobretratamiento de forma innecesaria. Aunque existen muchas variaciones según la edad de la población diana, la recomendación más extendida en los programas de cribado en España va dirigida a la realización de una mamografía cada 2 años en las mujeres de 50 a 69 años, si bien algunas regiones invitan a participar a partir de los 45 años.

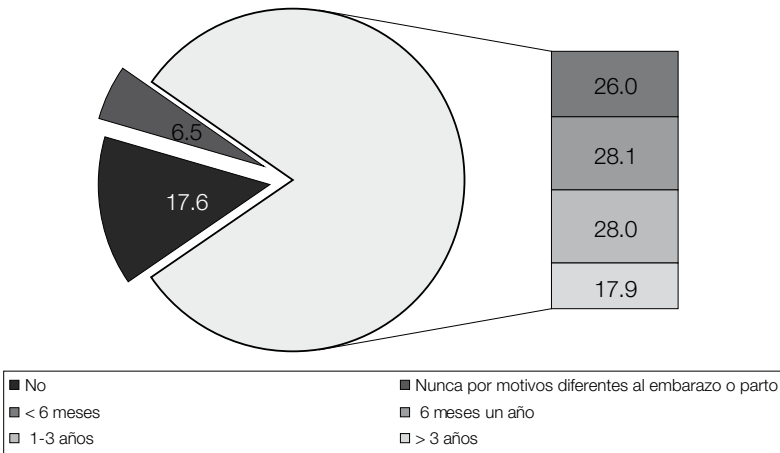
Comparado con el cáncer de mama, la frecuencia del cáncer de cérvix es mucho menor, presentando una tasa de mortalidad en el 2007 de 2,8 por 100.000 mujeres. Tanto la incidencia como la mortalidad son muy bajas al comparar con otros países de nuestro entorno geográfico. La principal causa del cáncer de cérvix es la infección por el virus del papiloma humano (VPH), siendo el contacto sexual un requisito para adquirir la infección. La reciente introducción de la vacuna del VPH no sustituye al cribado mediante citología de Papanicolaou, prueba que ha demostrado su eficacia en la reducción de la mortalidad al aplicar programas de detección poblacionales. Se recomienda efectuar la citología de Papanicolaou en mujeres de 25 a 65 años, realizando al principio dos citologías con una periodicidad anual y después una cada 3-5 años.

A pesar de la limitación de no disponer información objetiva para registrar estas variables, la exactitud de esta información recogida a través de cuestionarios se considera aceptable, con altos niveles de sensibilidad (la mayoría de los estudios por encima del 90%) y más bajos de especificidad (35-80%).

### Revisiones ginecológicas

Teniendo como referencia la información de la Encuesta Nacional de Salud 2006, el 17,6% de las mujeres declaraba que no habían acudido nunca a una consulta de ginecología y un 6,5% sólo había demandado esta atención sanitaria por motivos relacionados con el embarazo o parto. Teniendo en cuenta el periodo transcurrido desde la última visita en las mujeres que habían demandado atención ginecológica por motivos diferentes al embarazo o parto (76%), el 54,1% acudieron en el último año, el 28,0% entre 1-3 años y el 17,9% hace más de tres años (figura 21).

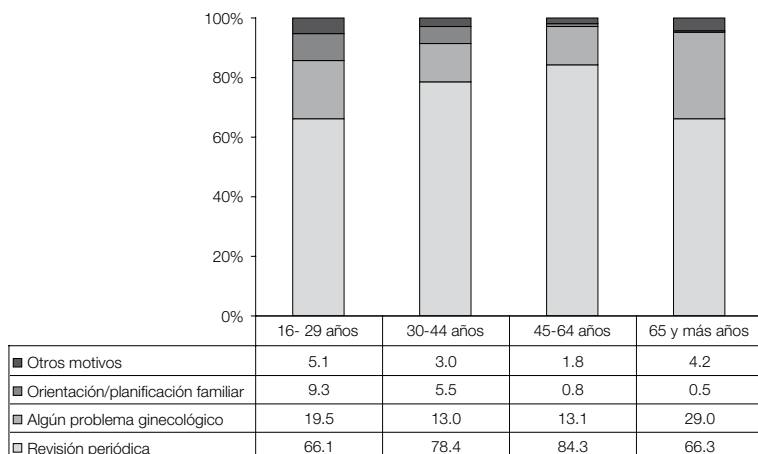
Figura 21. Realización de revisiones ginecológicas. Mujeres mayores de 15 años, España 2006



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006

El motivo principal por el que solicitaron consulta en la última visita ginecológica fue la realización de la revisión periódica (76,5%), seguido de la demanda por algún problema ginecológico (16,8%). Esta distribución se observa en todos los grupos de edad, aunque con variaciones: por ejemplo, en el grupo de 16 a 29 años tiene un mayor peso relativo, frente al resto de grupos de edad, la demanda de planificación familiar, en el de 45 a 64 años la realización de revisiones periódicas y en el de 65 y más años la demanda por algún problema ginecológico (figura 22).

Figura 22. Motivo de la realización de revisiones ginecológicas. Mujeres mayores de 15 años, España 2006



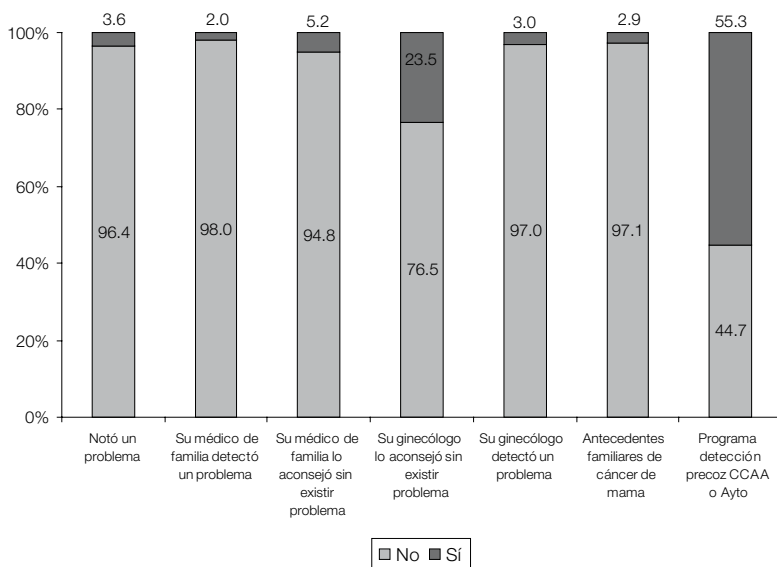
Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006

### Realización de mamografías y citologías

Del total de mujeres mayores de 15 años, el 49,6% se ha realizado alguna vez una mamografía, incrementándose a un 91,8% en las mujeres de 50 y 69 años. El cumplimiento de las recomendaciones (mamografía en los dos últimos años en mujeres de 50-69 años) lo realiza el 79,3 %, identificando variaciones de esta prevalencia según variables sociodemográficas. Se observa un mayor incumplimiento al aumentar la edad y en las mujeres con menor nivel de estudios. Por el contrario, esta práctica preventiva aumenta en clases sociales II, III y IVa al comparar con las mujeres de mayor posición socioeconómica. Respecto a la situación laboral, se detecta una menor probabilidad del seguimiento de las recomendaciones en las mujeres jubiladas en comparación con las trabajadoras (tabla 62).

Los motivos por los que se realizaron la última mamografía las mujeres de 50 a 69 años se pueden observar en la figura 23. El motivo más frecuente, para el 83,2% de las mujeres, fue la participación en la detección preventiva, principalmente por invitación desde un programa de detección precoz regional o local (55,3%). Para el 8,5% el motivo fue la detección de algún problema en el pecho.

Figura 23. Motivo de la realización de la última mamografía. Mujeres 50-69 años, España 2006



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006

La realización de citologías es inferior a la de mamografías, habiéndose realizado esta prueba el 65,7% de las mujeres adultas, aumentando al 80,0% en las mujeres de 25 a 65 años. Teniendo en cuenta las recomendaciones, la proporción de mujeres de 25-65 años que se realizaron una citología hace menos de 5 años, es de un 70,5%. Se observan variaciones del cumplimiento de esta recomendación según la edad. Comparando con las mujeres de 25 a 39 años, las de 40 a 59 muestran una mayor probabilidad de haberse efectuado esta prueba con la periodicidad aconsejada. Sin embargo, las mujeres de 60 a 65 años describen un cumplimiento inferior.

También las mujeres con el nivel más bajo de estudios tienen menor probabilidad de adherencia a las recomendaciones, así como las mujeres de clase social más baja, observándose en esta variable una relación lineal en el sentido de disminuir la realización de citologías a medida que disminuye la posición socioeconómica. Respecto a la situación laboral, comparado con las mujeres que trabajan fuera de casa, las jubiladas y especialmente las que se encuentran estudiando, muestran la menor frecuencia de seguimiento de esta recomendación.

TABLA 62. Distribución del seguimiento de las recomendaciones en la realización de mamografías y citologías, y su asociación con variables sociodemográficas. Mujeres de 25 a 69 años, España 2006

	Mamografía**			Citología***		
	%	OR*	Valor de p	%	OR*	Valor de p
<b>Edad</b>						
• 16- 29 años	-	-	-	70,3	1	
• 30-44 años	-	-	-	75,3	1,41	<0,001
• 45-64 años	82,9	1		71,8	1,27	0,004
• 65 y más años	75,2	0,74	0,006	56,8	0,74	0,002
<b>Nivel de estudios</b>						
• Universitarios	83,7	1		79,3	1	
• Secundarios 2ª etapa	81,6	0,69	0,169	73,4	0,90	0,373
• Secundarios 1ª etapa	79,7	0,60	0,058	72,7	0,93	0,529
• Primarios o menos	78,0	0,62	0,049	62,9	0,69	0,001
<b>Clase social</b>						
• Clase I	76,0	1		83,7	1	
• Clase II	82,9	2,07	0,014	81,4	0,92	0,613
• Clase III	80,3	1,99	0,022	77,6	0,74	0,054
• Clase IVa	85,0	3,08	0,001	71,2	0,59	0,002
• Clase IVb	79,9	1,95	0,036	70,2	0,55	<0,001
• Clase V	77,0	1,70	0,093	61,6	0,40	<0,001
<b>Situación laboral</b>						
• Trabajando	82,4	1		74,2	1	
• En desempleo	85,4	1,29	0,344	66,9	0,86	0,133
• Jubilada/pensionista	73,1	0,69	0,014	59,6	0,78	0,031
• Estudiante	66,2	0,41	0,377	47,1	0,39	0,002
• Dedicada principalmente a las labores del hogar	80,4	1,05	0,755	68,0	1,14	0,114

\* Odds ratios ajustados por el resto de variables

\*\* Realización de una mamografía en los últimos 2 años en las mujeres de 50-69 años

\*\*\* Realización de una citología en los últimos 5 años en las mujeres de 25-65 años

Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006

*Trabajo reproductivo y  
función familiar*

.....

VII

.....

Hemos visto como el principal problema de la mujer mayor es el de su propia dependencia para la realización de las actividades básicas de la vida diaria o la movilidad. Ahora bien, el impacto de esta dependencia no puede asociarse solo a las mujeres mayores sino también a las personas que tienen la función social de cuidar o apoyar a las personas dependientes, que en su gran mayoría son mujeres de todos los grupos de edad.

En la ENSE 06 se aborda el trabajo reproductivo desde la perspectiva del cuidado de menores de 15 años, personas de 74 y más años o con alguna discapacidad o limitación, que no puedan cuidarse por sí mismos, y desde la carga derivada de la responsabilidad de las tareas del hogar.

Los resultados son concluyentes. La mujer sigue siendo la que asume en su mayor parte la carga de cuidados y el trabajo doméstico. Los hombres ni siquiera declaran compartir este tipo de tareas en un porcentaje relevante. Casi la mitad de las mujeres declaran asumir solas sin ayuda el cuidado de menores, personas mayores o con discapacidad o las tareas del hogar (ver tablas 63 y 64). Tan solo en el cuidado de menores el hombre parece participar de forma compartida en un porcentaje relevante de los casos (el 46% si nos atenemos a lo que afirman los hombres entrevistados, el 34,1% si nos atenemos a lo que afirman las mujeres entrevistadas sobre el papel de su pareja en el trabajo reproductivo). Estas cifras descienden a menos del 20% cuando se analiza el cuidado de personas mayores, discapacitadas o la realización de las tareas del hogar.

**TABLA 63. Personas que se ocupan del cuidado de menores de 15 años, mayores de 74 o con alguna discapacidad o limitación.**

	Menores de 15 años		Mayores de 74 años		Con alguna discapacidad o limitación	
	Informante		Informante		Informante	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
<b>Usted solo/a</b>	1.9	41.8	14.0	41.8	14.6	46.0
<b>Usted compartiendo con su pareja</b>	44.0	32.5	8.3	6.0	11.0	8.0
<b>Usted compartiendo con otra persona que no es su pareja</b>	4.1	11.0	9.5	10.3	7.4	8.8
<b>Su pareja sola</b>	29.8	0.2	22.4	1.6	22.6	4.1
<b>Otra personas de la casa que no es la pareja</b>	14.9	10.3	23.5	21.2	29.4	14.7
<b>Una persona remunerada por ello</b>	0.9	1.2	5.4	6.4	2.2	5.6
<b>Otros no hogar</b>	4.3	2.9	17.0	12.7	13.8	12.8

Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006

**TABLA 64. Personas que se ocupan principalmente de las tareas del hogar**

	Informante	
	Hombre	Mujer
<b>Usted solo/a</b>	6.9	50.2
<b>Usted compartiendo con su pareja</b>	21.3	15.3
<b>Usted compartiendo con otra persona que no es su pareja</b>	6.9	14.5
<b>Su pareja sola</b>	34.4	0.3
<b>Otra personas de la casa que no es la pareja</b>	21.5	12.3
<b>Una persona remunerada por ello</b>	3.4	3.3
<b>Otros</b>	3.5	4.2

Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006

Esta función no retribuida coloca a la mujer en una situación de especial dificultad ante el trabajo y su vida social, con un elevado coste sobre sus posibilidades sociales. En la ESM 09 se pone de manifiesto como, a pesar de la paulatina incorpo-



ración de la mujer al mercado laboral, la conciliación de la vida familiar y laboral dificulta su participación. Analizando los motivos para dejar el trabajo remunerado entre las personas de 16 a 64 años que habían trabajado antes y en la actualidad no trabajan, la dificultad o imposibilidad de conciliación entre vida personal y laboral es el principal motivo de abandono para la mujer (27.9%) y apenas supone el 3,3% en el hombre.

**TABLA 65. Motivos para dejar el trabajo remunerado (personas paradas o dedicadas al trabajo doméstico no remunerado que han trabajado antes)**

	Hombre	Mujer
Motivos de salud	7.6%	5.6%
Finalización de contrato	25.9%	25.6%
Cambios organizativos o económicos en la empresa	11.4%	7.8%
Despido	12.7%	25.5%
Cierre de la empresa	6.3%	27.8%
Traslado de residencia	3.2%	-
Dificultades o imposibilidad de conciliación entre vida personal y laboral	27.9%	3.3%
Otros	5.0%	4.4%

Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2009

La situación de la mujer respecto al trabajo reproductivo se evidencia aún más si se analizan las respuestas dadas por hombres y mujeres que en la actualidad no trabajan ante la posibilidad de tener un trabajo remunerado. Únicamente un 36% de las mujeres contemplan esta posibilidad sin restricciones, pero la mayoría (50.6%) se lo plantean exclusivamente si pueden compatibilizarlo con el cuidado de la casa o la familia.

**TABLA 66. Motivos para dejar el trabajo remunerado (personas paradas o dedicadas al trabajo doméstico no remunerado que han trabajado antes)**

	Hombre	Mujer
<b>Sí, en cualquier caso</b>	36.1%	82.2%
<b>Sí, pero si pudiera compatibilizarlo con el cuidado de mi casa o familia</b>	50.6%	14.4%
<b>No</b>	13.3%	3.3%

Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2009

En consecuencia, la mujer es quién sigue asumiendo mayoritariamente el rol de cuidadora principal y responsable de las tareas del hogar y esta función limita significativamente sus posibilidades sociales. La Encuesta de Usos del Tiempo (Instituto de la Mujer, 2006) pone de manifiesto que estas diferencias no se reducen al papel de cuidadora principal sino al tiempo dedicado por hombres y mujeres a estas tareas, con la disminución del tiempo disponible en la mujer para otras actividades, ya sean de trabajo remunerado como de ocio y tiempo libre. La principal ventaja de la Encuesta de Usos del tiempo es que calcula tiempos medios dedicados a cada actividad referidos al conjunto de la población y no únicamente a aquellas personas que asumen cada tarea. De esta forma, los tiempos que se detallan a continuación ha de entenderse que incluyen toda la población adulta, incluyendo los mayores de 65 años.

Las estimaciones de la Encuesta de Usos del tiempo para 2006 son que las mujeres dedican una media de 5 horas y 59 minutos al trabajo doméstico. Por el contrario, los hombres emplean en este grupo de actividades 2 horas y 20 minutos. Como trabajo doméstico se incluyen las tareas de trabajo en la casa, mantenimiento, compras, servicios y cuidado de la familia. Las mujeres dedican un tiempo significativamente mayor que los hombres al trabajo de casa (3 horas 35 minutos frente a 41 minutos), cuidado de la familia (1 hora 14 minutos frente a 38 minutos) y compras (41 minutos frente a 23 minutos), y los hombres dedican mayor tiempo a las tareas de mantenimiento (dedican una media de 29 minutos por 19 las mujeres).

A pesar de la tendencia creciente en la tasa de ocupación femenina, el trabajo remunerado establece importantes dife-

rencias con una media diaria de 2 horas y 31 minutos en las mujeres y de 4 horas y 28 minutos en los hombres, con una diferencia de casi dos horas entre géneros.

Es en el tiempo destinado a actividades de ocio donde los usos del tiempo experimentan una evolución más negativa. Las mujeres dedican una media de 7 horas y 7 minutos a actividades de ocio, una hora 12 minutos menos que los hombres, que dedican 8 horas y 19 minutos. Existe una disminución de 2 horas 10 minutos en el tiempo dedicado por las mujeres a este tipo de actividades respecto a la anterior Encuesta de Usos del tiempo de 2001, y un descenso de 1 hora cuarenta minutos en los hombres.

La incorporación de la mujer al trabajo sin abandonar el trabajo doméstico produce efectos importantes en el uso del tiempo, es decir en el uso de la propia vida. Existe un **diferencial de trabajo productivo** (remunerado + doméstico) un 34% mayor en la mujer respecto al hombre, pero con una autonomía en el uso del tiempo casi tres veces más favorable al hombre respecto a la mujer y un índice de calidad de vida un 65% inferior en las mujeres respecto al de los hombres. La evolución en el uso del tiempo ha experimentado pocas mejorías en los últimos 10 años, ya que en 1996 el nivel de autonomía del hombre en el uso del tiempo era entonces casi tres veces superior al de la mujer, y el diferencial de trabajo productivo casi del 60 %.

Los resultados de la ENSE 06 y de la distribución del uso del tiempo evidencian que el hombre dedica mayor tiempo que la mujer a la atención de necesidades personales (descansar, comer y reposo), que el tiempo de trabajo doméstico sigue siendo básicamente femenino y que actúa como diferenciador respecto al nivel de autonomía y calidad de vida, cuando se controlan variables como el nivel educativo y el contexto social.

### **Apoyo social y función familiar**

Para la medición del apoyo social percibido por la población de 16 y más años, en la ENSE se utiliza el Cuestionario Duke-UNC-11 validado y adaptado a España. Es un instrumento de 11 ítems que evalúa el apoyo social funcional o cualitativo percibido, que no necesariamente se corresponde con el apoyo real, en dos dimensiones: confidencial (posibilidad de

contar con personas para comunicarse) y afectiva (demostraciones de amor, cariño y empatía). Cada ítem se puntúa en un gradiente de frecuencia (escala tipo Likert) que va de 1 («Mucho menos de lo que deseo») a 5 («Tanto como deseo»). La puntuación se realiza sumando las respuestas de cada ítem, de modo que a mayor puntuación mayor apoyo social.

La dinámica familiar se explora mediante el cuestionario APGAR familiar validado y adaptado a España, que, a través de 5 preguntas, mide los componentes del funcionalismo familiar en cuanto a adaptabilidad (*Adaptability*), cooperación (*Partnership*), desarrollo (*Growth*), afectividad (*Affection*) y capacidad resolutoria (*Resolve*). Cada pregunta se puntúa de 0 («Casi nunca») a 2 («Casi siempre»). Por tanto, la puntuación total varía entre 0 y 10 puntos. Se distinguen tres categorías: función familiar buena (7 a 10 puntos), disfunción familiar moderada (4 a 6 puntos) y disfunción familiar grave (0 a 3 puntos).

Los valores obtenidos en la escala de apoyo social según sexo y grupo de edad figuran en la tabla 67. La principal conclusión es que el apoyo social percibido por hombres y mujeres es semejante sin que se puedan establecer diferencias significativas. Ya hemos comentado que no necesariamente se corresponde con apoyo real y que se evalúa el apoyo funcional. La ausencia de diferencias también supone un resultado importante teniendo en cuenta el reparto de las cargas familiares y el trabajo productivo, y podría indicar la autoprotección de la mujer en sus percepciones ante una situación desigual en la realidad y la diferente forma de percibir los sentimientos de uno y otro género.

TABLA 67. Valores medios en la escala de apoyo social según sexo y grupo de edad

	Hombre	Mujer
<b>Total 16 y más años</b>	48.5	48.4
<b>16 a 29</b>	50.2	49.5
<b>30 a 44</b>	48.3	48.1
<b>45 a 64</b>	48.1	48.0
<b>65 y más años</b>	47.8	48.1

Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006

Al analizar la función familiar se obtienen unos resultados similares. La función familiar moderada o grave alcanza valores semejantes en hombres y mujeres, sin que se puedan establecer diferencias significativas en ningún grupo de edad. En el caso de la función familiar las diferencias parecen deberse a la edad y exclusivamente en el grupo de 65 y más años, coincidiendo con una mayor probabilidad de disfunción familiar real.

TABLA 68. Función familiar según sexo y grupo de edad (% de función familiar moderada o grave)		
	Hombre	Mujer
<b>Total 16 y más años</b>	7.0%	6.3%
<b>16 a 29</b>	6.0%	6.3%
<b>30 a 44</b>	6.3%	5.6%
<b>45 a 64</b>	6.4%	6.0%
<b>65 y más años</b>	9.5%	8.2%

Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006

*Utilización  
de servicios  
sanitarios*

---

VIII

---

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

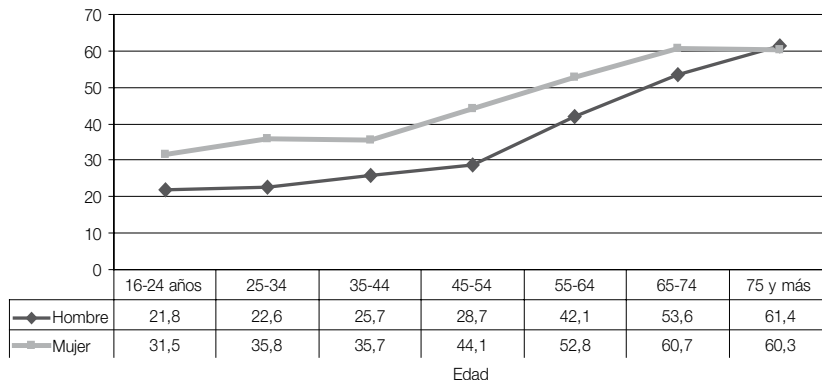
Se apuntan habitualmente diversas razones para explicar la mayor demanda de servicios sanitarios por parte de la mujer, como la atención a la salud reproductiva, la mayor morbilidad o la mayor supervivencia. Posiblemente también la mayor conciencia por parte de la mujer de los problemas de su propia salud, junto con una mayor confianza en la asistencia sanitaria, podrían explicar la diferente utilización de servicios sanitarios por parte de las mujeres. En este apartado se aborda cuales son las diferencias en utilización, qué patrones son específicos de la mujer y cómo no debe asociarse exclusivamente a la mayor esperanza de vida la mayor demanda de recursos sanitarios.

### ***VIII.1 Consultas médicas***

Un 89,4% de las mujeres de 16 y más años y un 76,4% de los hombres de esa edad acude a consulta médica en el periodo de doce meses, atendiendo a las estimaciones de la ENSE 06. En las últimas cuatro semanas, la utilización de consultas médicas ocurre en el 32,4% de los hombres y el 44,1% de las mujeres. Independientemente del periodo considerado, las diferencias en términos porcentuales son semejantes, con una utilización en las mujeres superior en doce/trece puntos porcentuales en comparación con los hombres.

Considerando como principal indicador la utilización de consultas médicas en las últimas cuatro semanas, la edad establece las principales diferencias. La utilización es creciente con la edad, aunque con una pauta de crecimiento muy diferente en hombres y mujeres (figura 24). La utilización presenta pocas diferencias entre grupos de edad hasta los 44 años en las mujeres, con los mayores incrementos entre los 45 y los 64 años y porcentajes similares de utilización en los grupos de 65 a 74 años y mayores de 75 años. En el caso de los hombres, el incremento más significativo de la utilización de consultas médicas se produce en el paso del grupo de 45 a 54 años al grupo de 55 a 64 años, y sigue creciendo en todos los grupos de edad mayores.

Figura 24. Utilización de consultas médicas por edad y sexo



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006

Las diferencias según género son evidentes en todos los grupos de edad y dejan de existir únicamente a partir de los 75 años. Las mayores diferencias se producen en los intervalos de 25 a 34 años, coincidiendo con el primer parto, y 45 a 54 años, coincidiendo con la menopausia. La utilización de consultas médicas supera el 30% de las mujeres incluso en los grupos más jóvenes y se mantienen por debajo de esa cifra en hombres hasta los 54 años.

Atendiendo a la especialidad de la última consulta médica en las cuatro semanas previas, se podría llegar a inferir que la proporción entre Primaria y Especializada es semejante en hombres y en mujeres, con aproximadamente las dos terceras partes de las consultas en atención primaria (médico de familia): un 67,2% para los hombres, un 65,2% para las mujeres. Si se tienen en cuenta exclusivamente las consultas a especialistas distintos del médico de atención primaria (tabla 69), la especialidad de ginecología y obstetricia supone una cuarta parte de las consultas en mujeres (25,7%). La segunda especialidad más demandada por la mujer es Traumatología (14,5%). Con valores por encima del 3% están también Oftalmología (7,2%), Endocrinología y Nutrición (4,6%), Cardiología (4,2%), Psiquiatría (3,8%), Dermatología (3,6%) y Reumatología (3,3%).



**TABLA 69. Distribución de la especialidad médica de la última consulta realizada en las cuatro semanas previas, excluyendo atención primaria.**

	<b>Mujer</b>	<b>Hombre</b>
<b>Alergología</b>	1.6%	1.5%
<b>Aparato digestivo</b>	2.8%	4.1%
<b>Cardiología</b>	4.2%	7.2%
<b>Cirugía general y digestiva</b>	3.0%	3.6%
<b>Cirugía cardiovascular</b>	0.6%	1.1%
<b>Cirugía vascular</b>	0.9%	0.8%
<b>Dermatología</b>	3.6%	4.8%
<b>Endocrinología y nutrición</b>	4.6%	2.6%
<b>Geriatría</b>	0.1%	0.1%
<b>Ginecología-obstetricia</b>	25.7%	-
<b>Medicina interna</b>	2.3%	2.0%
<b>Nefrología</b>	0.6%	2.5%
<b>Neumología</b>	0.8%	3.5%
<b>Neurocirugía</b>	0.4%	0.8%
<b>Neurología</b>	2.7%	4.4%
<b>Oftalmología</b>	7.2%	6.8%
<b>Oncología</b>	2.6%	2.8%
<b>Otorrinolaringología</b>	3.0%	3.4%
<b>Psiquiatría</b>	3.8%	4.7%
<b>Rehabilitación</b>	1.2%	1.3%
<b>Reumatología</b>	3.3%	1.1%
<b>Traumatología</b>	14.5%	21.7%
<b>Urología</b>	0.9%	7.7%
<b>Otra especialidad</b>	6.6%	9.3%
<b>No consta</b>	2.8%	2.2%

Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006

En relación con los hombres, conviene señalar que el peso de Ginecología y Obstetricia condiciona el porcentaje del resto de especialidades en la última consulta y, aún así, existen especialidades con porcentajes superiores en mujeres (tabla 69). Estas últimas son Alergología, Endocrinología y Nutrición, Oftalmología y Reumatología, especialidades con mayor frecuentación en mujeres que en hombres a pesar de la importancia relativa de Ginecología y Obstetricia.

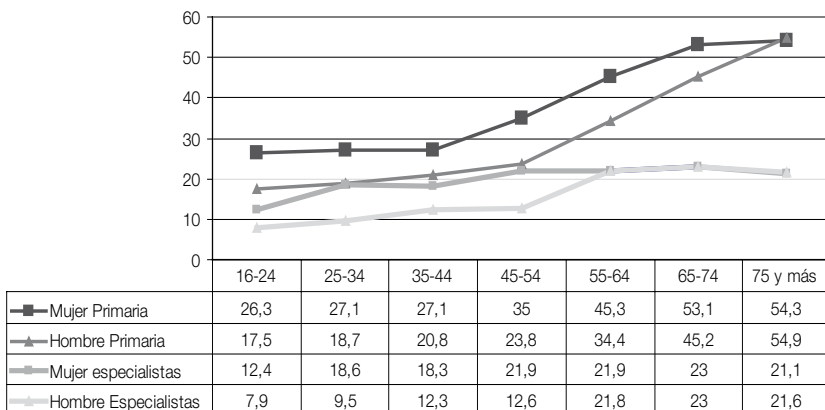
La ENSE 06 permite distinguir la utilización de primaria y especialistas, y corregir las estimaciones anteriores relativas a la utilización basadas en la última consulta (figura 25). En términos globales, el 44,1% de mujeres que utilizaron una consulta médica en las últimas cuatro semanas se desagrega en un 36,4% que utilizaron Primaria y un 19,5% consultas de especialistas. Esto significa que un 11,8% de mujeres acudieron a ambos tipos de asistencia, atención primaria y consultas de especialista, en las últimas cuatro semanas. En el caso de los hombres, el 32,4% con utilización en las últimas cuatro semanas se desagrega en un 27% con utilización de atención primaria y un 14,1% de especialistas, con un 8,7% en ambos tipos de asistencia.

Al desagregar por grupos de edad (figura 25), surgen algunos resultados de interés. Básicamente, la utilización de consultas médicas es siempre superior en las mujeres hasta el grupo de 45 a 54 años, tanto en primaria como en especialistas, pero a partir de los 55 años la mayor utilización únicamente se da en primaria y entre los 55 y 74 años. Es decir, no existen diferencias entre hombres y mujeres en la utilización de consultas de especialistas a partir de los 55 años, las diferencias en la utilización se deben exclusivamente a primaria a partir de esa edad y si la utilización de consultas médicas se equipara en hombres y mujeres a partir de los 75 años es porque también es semejante en primaria.

La principal explicación a este resultado es que mientras las consultas de ginecología/obstetricia suponen el 36% de las consultas a especialistas, excluyendo médico de familia, de las mujeres de 16 a 54 años, apenas significan un 6,6% en las mujeres con 55 y más años (figura 26). Puede deducirse también que, a partir de los 55 años, la mayor morbilidad de la mujer se canaliza a través de las consultas de atención primaria y que, por debajo de esa edad, la diferente utilización

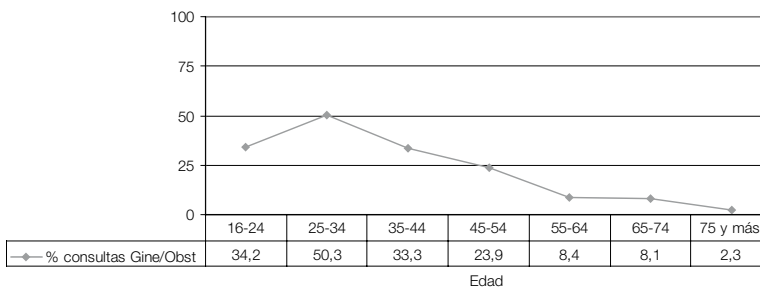
de las consultas de especialistas se debe casi exclusivamente a la atención a la salud reproductiva. Siempre en términos relativos, porque en los grupos mayores la mayor supervivencia de la mujer hace que la utilización sea superior en números absolutos (relación mujeres/hombres en consulta).

Figura 25. Utilización de consultas médicas últimas cuatro semanas, primaria y especialistas, por edad y sexo



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006

Figura 26. Utilización de consultas de ginecología/obstetricia por edad



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006

Cabe también apuntar que la mayor utilización en primaria esté asociada a una mayor participación de la mujer en programas de salud dirigidos a la población, bien por que sean específicamente dirigidos a ellas, bien por una mayor confianza en los servicios sanitarios. Por otra parte, también resulta evidente que es la mujer la principal cuidadora de los menores

de 16 años y la encargada habitual de acompañar a los/las menores a consulta médica. Esta situación hace que este más “expuesta” que el hombre a la captación por parte de los servicios sanitarios en intervenciones de prevención, o a la identificación de problemas de salud. En cualquier caso, se pone de manifiesto que la utilización de consultas médicas es mayor en las mujeres, en parte porque debido a los aspectos reproductivos suelen utilizar antes que los hombres y con mayor frecuencia los servicios de salud. Pero también, por razones de género, el diseño de las políticas y servicios de salud tiende a intervenir en mayor medida en la salud de las mujeres y a medicalizar su ciclo de vida (atención al parto o a la menopausia, entre otras).

En las consultas de especialistas no se incluyen las consultas de estomatología o dentista ni la realización de pruebas diagnósticas. En la ENSE 06 se incluyen preguntas específicas para medir la realización de pruebas no urgentes, tomando el mismo periodo de referencia: las últimas cuatro semanas.

### **VIII.2** **Pruebas** **diagnósticas**

Las estimaciones de la ENSE 06 indican que un 18,8% de las mujeres de 16 y más años, con una media de 1,34 pruebas, y un 14,9% de los hombres de esa edad, con una media de 1,35 pruebas, habían realizado alguna prueba no urgente en las últimas cuatro semanas (tabla 70).

**TABLA 70. Pruebas diagnósticas no urgentes en las últimas cuatro semanas**

	Mujer	Hombre	Total
<b>Alguna prueba</b>	18.8%	14.9%	14.9%
<b>Nº de pruebas (media)</b>	1.34	1.35	1.35
<b>Tipo de Prueba (*)</b>			
• RX	5.3%	5.1%	5.2%
• TAC	0.6%	0.7%	0.7%
• Ecografía	3.8%	1.2%	2.6%
• Resonancia magnética	0.8%	0.8%	0.8%
• Análisis	12.0%	10.3%	11.2%
• Otros	2.0%	1.8%	1.9%

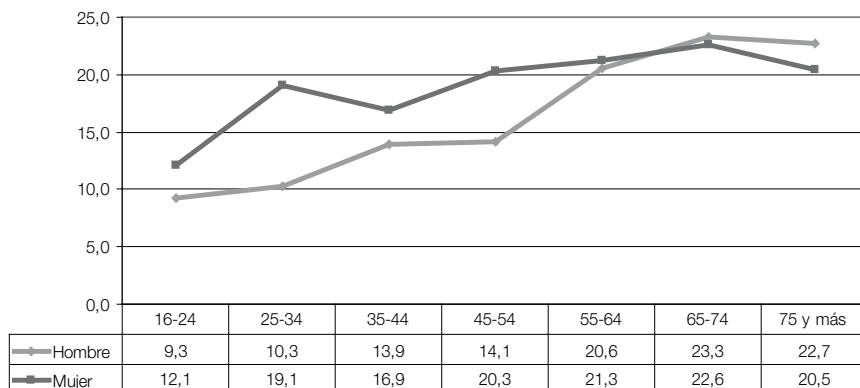
(\*) Porcentajes calculados sobre total población de 16 y más años.

Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006

Al descender al tipo de prueba realizada (tabla 70), se puede observar que el peso relativo de cada prueba es semejante en hombres y mujeres, excepto para las ecografías (significan el 20,3% de las mujeres que se realizan alguna prueba y apenas el 8% de los hombres) y las analíticas (suponen el 69,1% de los hombres con pruebas en las últimas cuatro semanas y el 63,6% de las mujeres). La mayor utilización de pruebas diagnósticas en la mujer vendría explicada por las ecografías y las analíticas, que afectan a más mujeres que hombres aunque el peso relativo de los análisis sea superior en hombres (tabla 70).

La edad establece diferencias en hombres y mujeres, pero con tendencias distintas (figura 27). En la mujer crece significativamente en el grupo de 25 a 34 años (coincidiendo con la etapa reproductiva), se reduce entre los 35 y 44 y vuelve a incrementarse en el grupo de 45 a 54 años (coincidiendo con la menopausia), para mantenerse prácticamente constante a partir de esa edad. En los hombres, el incremento más significativo se produce a partir de los 55 años. Como ya ocurriera en las consultas de especialistas, en la realización de pruebas diagnósticas se vuelve a constatar que las diferencias entre hombre y mujer se dan hasta los 54 años y a partir de aquí existen pocas diferencias, incluso es mayor la utilización en hombres.

Figura 27. Pruebas diagnósticas por sexo y edad



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006

**VIII.3**  
***Determinantes  
de la utilización  
de consultas  
y pruebas  
diagnósticas***

Junto con el sexo y la edad, la clase social, el nivel de estudios terminados o la situación laboral son variables con incidencia significativa en la utilización de consultas médicas (tabla 71). Atendiendo al modelo de regresión logística ajustado, la utilización no presenta diferencias por edad hasta los 45 años, es a partir del grupo de 45 a 54 años cuando la utilización es creciente, con diferencias estadísticamente significativas tomando como categoría de referencia el grupo más joven.

Por clase social, todos los grupos presentan diferencias con la Clase I, aunque no así entre el resto de grupos, con odds ratios semejantes. Las diferencias según estudios terminados se deben a la mayor utilización en las personas con estudios secundarios de 1ª etapa, primarios o inferiores. Por situación laboral, las principales diferencias se concentran en la menor o mayor utilización de dos categorías fuertemente asociadas a la edad como son estudiantes y personas jubiladas o pensionistas. Otra variable considerada en el modelo ha sido el hábitat del municipio de residencia, que podría asociarse a la utilización bajo la hipótesis de la existencia de diferencias en la accesibilidad a los servicios. Esta variable no presenta diferencias en la utilización de consultas médicas.

En otro apartado de este informe ya hemos visto como la salud percibida es un buen predictor de la morbilidad. Posiblemente por esta asociación, también resulta serlo de la utilización de servicios sanitarios. En la Tabla 71 se presentan los resultados obtenidos en el modelo de regresión logística cuando además de variables de tipo sociodemográfico se introduce la salud autopercebida. Una vez ajustado el efecto del resto de variables, la probabilidad de utilizar una consulta médica es 2,9 veces superior entre las personas que perciben su salud como regular, mala o muy mala frente a las que tienen una percepción de buena o muy buena.

La introducción de la percepción del estado de salud en el modelo explicativo de la utilización es una forma de tener en cuenta la morbilidad al aislar el efecto real de otras variables. La incidencia del género, la edad, la clase social, la situación laboral o el nivel de estudios en la salud autopercebida se ha puesto de manifiesto en otros capítulos de este informe. Por ello, hemos considerado relevante medir el efecto de esas variables en la utilización una vez eliminado el efecto de la salud percibida.

De esta forma, si se analizan los “odds ratio” ajustados incluyendo la percepción del estado de salud, la clase social o el nivel de estudios terminados no tendrían incidencia en la utilización. Y en el caso de la edad, la asociación no sería creciente sino que se conformarían dos grupos, mayores y menores de 55 años, que serían los que establecerían diferencias en la utilización de consultas médicas. En resumen, puede concluirse que la incidencia de variables como la clase social o el nivel de estudios terminados en la utilización de consultas médicas se produce por las diferencias en la percepción del estado de salud, y las diferencias entre categorías de esas variables dejan de existir cuando se controla el efecto de la morbilidad sentida. No obstante, veremos que estos resultados son producto de la agregación de primaria y especialistas y que no se mantienen al desagregar por nivel asistencial.

Con el desarrollo anterior, es importante observar que las diferencias según género se mantienen en los dos modelos. Sin tener en cuenta la salud autopercebida, la mujer tendría una probabilidad de utilización de consultas médicas 1,6 superior al hombre. Si se controla el efecto de la percepción del estado de salud en la utilización, la mayor probabilidad de utilización en la mujer apenas se reduce, con un odds ratio de 1,5 (tabla 71).

En la tabla 72 figuran los resultados obtenidos para la utilización de atención primaria, especialistas y pruebas diagnósticas, con los modelos ajustados incluyendo la salud autopercebida. Las razones mujer/hombre medidas a través del odds ratio son semejantes para los tres tipos de servicios sanitarios (entre 1.35 y 1.39, con mayor utilización de la mujer). Por el contrario, el efecto del resto de variables es muy diferente (cabe recordar que odds ratio mayor de 1 significa mayor utilización y odds ratio menor de 1 significa menor utilización, en comparación con la categoría de referencia, que en las tablas está señalada con un valor del odds ratio igual a 1).

TABLA 71. Determinantes de la utilización de consultas médicas últimas cuatro semanas

	Modelo sin salud percibida		Modelo con salud percibida	
	OR*	Valor de p	OR*	Valor de p
<b>Sexo</b>				
• Hombre	1		1	
• Mujer	1.62	< 0.001	1.49	< 0.001
<b>Edad</b>				
• 75 y más años	2.01	< 0.001	1.45	< 0.001
• 65 a 74	1.92	< 0.001	1.51	< 0.001
• 55 a 64	1.78	< 0.001	1.37	< 0.001
• 45 a 54	1.31	< 0.001	1.07	n.s.
• 35 a 44	1.06	n.s.	0.94	n.s.
• 25 a 34	1.01	n.s.	0.95	n.s.
• 16 a 24	1		1	
<b>Clase social</b>				
• I	1		1	
• II	1.19	0.003	1.13	0.05
• III	1.21	< 0.001	1.14	0.02
• IVa	1.21	< 0.001	1.10	n.s.
• IVb	1.24	< 0.001	1.10	n.s.
• V	1.24	< 0.001	1.10	n.s.
<b>Hábitat municipio de residencia</b>				
• < 10.000 hab.	1		1	
• 10.000 a 100.000 hab. excepto capitales	1.00	n.s.	0.98	n.s.
• 100.000 a 400.000 hab. y capitales < 100.000	1.01	n.s.	0.99	n.s.
• > 400.000 hab.	0.95	n.s.	0.95	n.s.
<b>Estudios terminados</b>				
• Primarios o menos	1.11	0.02	0.97	n.s.
• Secundarios 1ª etapa	1.12	0.02	1.02	n.s.
• Secundarios 2ª etapa	1.03	n.s.	0.99	n.s.
• Universitarios	1		1	



Cont. TABLA 71.

	Modelo sin salud percibida		Modelo con salud percibida	
	OR*	Valor de p	OR*	Valor de p
<b>Situación laboral</b>				
• Trabaja	1		1	
• Desempleo	1.16	0.002	1.09	n.s.
• Jubilación/pensionista	1.94	< 0.001	1.71	< 0.001
• Estudiante	0.72	< 0.001	0.75	< 0.001
• Dedicado/a principalmente a las labores del hogar	1.18	< 0.001	1.13	0.007
<b>Salud percibida</b>				
• Buena o muy buena			1	
• Regular, mala o muy mala			2.89	< 0.001

\* Odds ratios ajustados por el resto de variables  
Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006

El modelo ajustado confirma que las diferencias por edad se deben en primaria a la mayor utilización a partir de los 55 años, en consultas de especialistas a la mayor utilización entre los 25 y 64 años y en pruebas diagnósticas por la mayor utilización entre los 55 y 74 años.

Las diferencias por clase social también son importantes. En Primaria, todas las categorías presentan diferencias significativas respecto a la de mayor status socioeconómico, clase I. Pero no existen diferencias entre el resto, con odds ratio semejantes. En el caso de las consultas de especialistas y pruebas diagnósticas se obtiene el resultado inverso, una menor utilización de especialistas en las categorías de menor clase social (IVb y V) y una menor utilización de pruebas diagnósticas en las categorías de clase social III e inferiores. La mayor utilización de pruebas se produce en las categorías I y II. Estos resultados ponen de manifiesto la posible mayor accesibilidad a especialistas y pruebas en los grupos de mayor status socioeconómico. Estas diferencias según nivel asistencial se observan también al analizar el efecto del nivel de estudios terminados, con una mayor utilización de primaria en las personas con menor nivel de estudios y

menor utilización de especialistas y pruebas diagnósticas en ese mismo grupo.

Por situación laboral, aparte de la menor utilización de todos los servicios por los/las estudiantes y la mayor utilización de personas jubiladas o pensionistas, es importante constatar la mayor utilización de primaria de las personas dedicadas principalmente a las tareas del hogar (mujeres en su mayoría) en comparación con la categoría de referencia: trabajadores/as.

El efecto del hábitat de residencia no tiene una interpretación lineal, aunque pueden inferirse tanto la mayor utilización de primaria en las personas residentes en municipios con menor número de habitantes como la ausencia de diferencias en las consultas de especialistas. También el hecho de que la mayor utilización de pruebas diagnósticas se produce en los municipios de hábitat intermedios y capitales con menor número de habitantes. Los resultados anteriores pueden tener asociación con la diferente masificación de las consultas médicas, aunque con el análisis realizado no puedan extrapolarse directamente diferencias en accesibilidad a los servicios sanitarios según el municipio de residencia.

TABLA 72. Determinantes de la utilización de consultas médicas últimas cuatro semanas

	Consultas atención primaria		Consultas especialistas		Pruebas diagnósticas	
	OR*	Valor de p	OR*	Valor de p	OR*	Valor de p
<b>Sexo</b>						
• Hombre	1		1		1	
• Mujer	1.36	0.001	1.39	0.001	1.35	0.001
<b>Edad</b>						
• 75 y más años	1.52	0.001	0.87	n.s.	1.14	n.s.
• 65 a 74	1.44	0.001	1.14	n.s.	1.36	0.002
• 55 a 64	1.29	0.001	1.42	0.001	1.36	0.001
• 45 a 54	1.01	n.s.	1.30	0.001	1.17	n.s.
• 35 a 44	0.87	0.02	1.27	0.003	1.10	n.s.
• 25 a 34	0.89	n.s.	1.24	0.007	1.11	n.s.
• 16 a 24	1		1		1	
<b>Clase social</b>						
• Clase I	1		1		1	
• Clase II	1.20	0.005	0.95	n.s.	0.96	n.s.
• Clase III	1.24	0.001	0.95	n.s.	0.79	0.001
• Clase IVa	1.24	0.001	0.88	n.s.	0.81	0.001
• Clase IVb	1.25	0.001	0.77	0.001	0.80	0.002
• Clase V	1.29	0.001	0.84	0.02	0.75	0.001
<b>Hábitat municipio de residencia</b>						
• < 10.000 hab.	1		1		1	
• 10.000 a 100.000 hab. excepto capitales	0.93	0.05	1.01	n.s.	1.12	0.009
• 100.000 a 400.000 hab. y capitales < 100.000	0.94	n.s.	0.99	n.s.	1.12	0.02
• > 400.000 hab.	0.86	0.001	1.06	n.s.	1.07	n.s.

Cont. TABLA 72.

	Consultas atención primaria		Consultas especialistas		Pruebas diagnósticas	
	OR*	Valor de p	OR*	Valor de p	OR*	Valor de p
<b>Estudios terminados</b>						
• Primarios o menos	1.17	0.002	0.78	0.001	0.87	0.02
• Secundarios 1ª etapa	1.11	0.05	0.93	n.s.	0.90	n.s.
• Secundarios 2ª etapa	1.09	n.s.	0.91	n.s.	1.01	n.s.
• Universitarios	1		1		1	
<b>Situación laboral</b>						
• Trabajando	1		1		1	
• En desempleo	1.11	n.s.	1.16	0.02	0.82	0.004
• Jubilada/pensionista	1.54	0.001	1.75	0.001	1.15	0.03
• Estudiante	0.74	0.001	0.83	n.s.	0.61	0.001
• Dedicado/a principalmente a las labores del hogar	1.15	0.003	1.06	n.s.	0.88	0.04
<b>Salud percibida</b>						
• Buena o muy buena	1		1		1	
• Regular, mala o muy mala	2.62	0.001	2.85	0.001	2.25	0.001

\* Odds ratios ajustados por el resto de variables  
Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006

En la tabla 73 figuran los resultados obtenidos basados exclusivamente en la muestra de mujeres. La salud percibida sigue siendo la variable con mejor poder predictivo de la utilización y, una vez tenido en cuenta el efecto de esta variable, la edad, la clase social, el nivel de estudios ó el tamaño del municipio de residencia presentan diferencias.

En las consultas de **atención primaria**, las diferencias según edad se deben a la mayor utilización de las mujeres de 55 y más años. En el extremo opuesto, las mujeres de 35 a 44 años (final de la etapa reproductiva) son las que tienen menor uso de estas consultas. Por clase social, las consultas de atención primaria atienden por igual a mujeres de todas las categorías excepto a las de mayor status socioeconómico, con una utilización significativamente inferior al resto. La influencia del

nivel de estudios y el hábitat se traduce principalmente en la mayor utilización de mujeres con estudios primarios o menos y de mujeres residentes en municipios de menos de 10.000 habitantes. Según la situación laboral no existirían diferencias, si se exceptúa la menor frecuentación de las estudiantes.

En las consultas de **especialistas**, se contrasta la mayor utilización de las mujeres de 25 a 34 años y entre los 45 y 64 años, como hemos visto anteriormente a nivel descriptivo. Por clase social, no se pueden establecer diferencias en la utilización de especialistas por la mujer. Tampoco por situación laboral, excepto estudiantes. Sí existen diferencias por estudios terminados, con una mayor utilización en mujeres con estudios universitarios o equivalentes, y por tamaño del municipio de residencia, con una mayor utilización en grandes municipios urbanos de más de 100.000 habitantes ó capitales de provincia.

En el acceso a **pruebas diagnósticas** en los últimos doce meses, las mujeres de 25 a 34 años y de 45 a 54 son las que tienen la mayor utilización de todos los grupos de edad. La clase social aporta diferencias hacia una menor utilización en los estratos de menor status socioeconómico, al igual que el municipio de residencia, con un menor acceso de las mujeres residentes en los de menor tamaño. En el caso de las pruebas diagnósticas, estas tres variables: edad, clase social y hábitat, serían las variables que aportan las diferencias más significativas.

Como puede deducirse, el efecto de las variables estudiadas es muy diferente según el tipo de asistencia, lo que confirma la necesidad de no tratar las consultas médicas de forma agregada sin distinguir el nivel asistencial.

**TABLA 73. Determinantes de la utilización de consultas médicas últimas cuatro semanas (MUJERES)**

	Consultas atención primaria		Consultas especialistas		Pruebas diagnósticas	
	OR*	Valor de p	OR*	Valor de p	OR*	Valor de p
<b>Edad</b>						
• 75 y más años	1.52	0.001	0.95	n.s.	0.96	n.s.
• 65 a 74	1.62	0.001	1.20	n.s.	1.18	n.s.
• 55 a 64	1.40	0.001	1.25	0.05	1.23	n.s.
• 45 a 54	1.07	n.s.	1.36	0.004	1.27	0.03
• 35 a 44	0.82	0.02	1.16	n.s.	1.10	n.s.
• 25 a 34	0.92	n.s.	1.27	0.02	1.37	0.001
• 16 a 24	1		1		1	
<b>Clase social</b>						
• Clase I	1		1		1	
• Clase II	1.38	0.001	0.99	n.s.	0.86	n.s.
• Clase III	1.29	0.001	0.98	n.s.	0.83	0.03
• Clase IVa	1.35	0.001	0.94	n.s.	0.85	n.s.
• Clase IVb	1.34	0.001	0.77	0.008	0.77	0.005
• Clase V	1.39	0.001	0.90	n.s.	0.81	0.03
<b>Hábitat municipio de residencia</b>						
• < 10.000 hab.	1		1		1	
• 10.000 a 100.000 hab. excepto capitales	0.86	0.003	1.01	n.s.	1.14	0.03
• 100.000 a 400.000 hab. y capitales < 100.000	0.89	0.03	1.14	0.04	1.20	0.004
• > 400.000 hab.	0.91	n.s.	1.25	0.001	1.15	0.04

Cont. TABLA 73.

	Consultas atención primaria		Consultas especialistas		Pruebas diagnósticas	
	OR*	Valor de p	OR*	Valor de p	OR*	Valor de p
<b>Estudios terminados</b>						
• Universitarios	1.23	0.003	0.73	0.001	0.88	n.s.
• Secundarios 2ª etapa	1.05	n.s.	0.86	n.s.	0.81	0.01
• Secundarios 1ª etapa	1.16	0.03	0.81	0.005	0.93	n.s.
• Primarios o menos	1		1		1	
<b>Situación laboral</b>						
• Trabajando	1		1		1	
• En desempleo	1.02	n.s.	0.99	n.s.	0.84	0.04
• Jubilada/pensionista	1.14	n.s.	1.16	n.s.	1.18	n.s.
• Estudiante	0.78	0.001	0.66	0.002	0.67	0.003
• Dedicado/a principalmente a las labores del hogar	1.03	n.s.	0.94	n.s.	0.93	n.s.
<b>Salud percibida</b>						
• Buena o muy buena	1		1		1	
• Regular, mala o muy mala	2.59	0.001	2.53	0.001	2.06	0.001

\* Odds ratios ajustados por el resto de variables  
Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006

#### **VIII.4** **Consultas de** **estomatología**

Las consultas de estomatología, dentista o higienista dental se abordan en las encuestas de salud de forma independiente a las consultas de especialistas. Entre otras razones, el hecho de que este tipo de consultas no estén cubiertas por la sanidad pública, en la mayoría de los casos, aconseja este tratamiento diferenciado.

Atendiendo al tiempo desde la última visita a consultas de estomatología, dentista o higienista dental, las mujeres acuden con mayor frecuencia a este tipo de servicios: un 40,7% de las mujeres los ha utilizado en el último año (un 19,2% en los últimos tres meses) frente al 34,7% de los hombres (un 15,7% en los últimos tres meses).

Los motivos de utilización son semejantes en hombres y mujeres, considerando el motivo de la última visita (tabla 74). Las diferencias se dan en la mayor incidencia de ex-

tracción de algún diente/muela en hombres y la colocación de fundas, puentes u otro tipo de prótesis en mujeres.

TABLA 74. Tiempo desde la última visita a estomatología, dentista o higienista dental y motivo de la última visita.

	Mujer	Hombre	Total
<b>Tiempo desde última consulta:</b>			
• 3 meses o menos	19.2%	15.7%	17.5%
• Más de 3 meses y menos de 12 meses	21.5%	19.0%	20.3%
• Hace un año o más	56.6%	60.2%	58.4%
• No ha ido nunca	2.7%	5.1%	3.8%
<b>Tipo/s de asistencia recibida en última visita</b>			
• Revisión o chequeo	41.0%	39.5%	40.3%
• Limpieza de boca	33.9%	34.3%	34.1%
• Empastes, endodancias	29.3%	29.8%	29.5%
• Extracción de algún diente/muela	18.5%	23.3%	20.8%
• Fundas, puentes u otro tipo de prótesis	19.5%	16.7%	18.2%
• Tratamiento enfermedades de las encías	2.2%	1.5%	1.9%
• Ortodoncia	2.7%	2.1%	2.4%
• Aplicación de flúor	1.5%	1.4%	1.4%
• Otro tipo de asistencia	4.7%	4.1%	4.4%

Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006

De acuerdo a los resultados del modelo multivariable ajustado tanto para el total de la muestra como para la muestra de mujeres para explicar la utilización consultas de estomatología, dentista o higienista dental en los últimos doce meses, la edad es la variable que mejor explica la utilización, con un crecimiento exponencial en el grupo de 65 y más años. La mayor utilización de la mujer se pone de manifiesto en que presenta una probabilidad de uso 2 veces la del hombre (tabla 75, odds ratio mujer/hombre: 2.02).



TABLA 75. Variables asociadas a la utilización de consultas de estomatología, dentistas y/o higienista dental en el último año

	Total muestra		Mujeres	
	OR*	Valor de p	OR*	Valor de p
<b>Sexo</b>				
• Hombre	1			
• Mujer	2.02	< 0.001		
<b>Edad</b>				
• 16 a 29 años	1	< 0.001	1	< 0.001
• 30 a 44 años	1.25	< 0.001	1.21	< 0.001
• 45 a 64 años	2.51	< 0.001	2.39	< 0.001
• 65 y más años	9.65	< 0.001	8.49	< 0.001
<b>Clase social</b>				
• I	1		1	
• II	1.05	n.s.	0.93	n.s.
• III	1.06	n.s.	1.03	n.s.
• IVa	0.97	n.s.	1.01	n.s.
• IVb	1.11	n.s.	1.19	0.05
• V	1.06	n.s.	1.0	n.s.
<b>Hábitat municipio de residencia</b>				
• < 10.000 hab.	1		1	
• 10.000 a 100.000 hab. excepto capitales	1.15	< 0.001	1.24	< 0.001
• 100.000 a 400.000 hab. y capitales < 100.000	1.10	0.01	1.10	n.s.
• > 400.000 hab.	1.19	< 0.001	1.33	< 0.001
<b>Estudios terminados</b>				
• Primarios o menos	1.14	0.004	1.34	< 0.001
• Secundaria 1ª etapa	1.09	n.s.	1.07	n.s.
• Secundaria 2ª etapa	1.00	n.s.	1.06	n.s.
• Universitarios o equivalentes	1		1	

\* Odds ratios ajustados por el resto de variables  
Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006

Tradicionalmente se asocian el status socioeconómico y el nivel cultural a una mayor frecuentación de este tipo de servicios. Los resultados obtenidos ponen en evidencia que no existe asociación significativa entre utilización en el último año y clase social, y que la mayor utilización se da en mujeres y hombres con estudios primarios o inferiores. En este último caso, la asociación estudios terminados y edad puede ser una explicación plausible. En el caso de la clase social, conviene tener presente que estamos midiendo utilización en el último año y no el tipo de servicio demandado. Es evidente, debido a que la mayoría de las prestaciones no tienen cobertura pública, que la utilización de consultas de estomatología, dentista o higienista dental tienen una estrecha relación con las posibilidades de cada familia. Lo que los resultados anteriores ponen de manifiesto es que la atención prestada a la salud buco-dental es semejante en todos los segmentos socioeconómicos tanto por hombres como por mujeres.

Al considerar los ingresos hospitalarios, el porcentaje de mujeres con ingreso en un hospital en los últimos doce meses supone un 10,7% frente a un 8,5% de hombres (tabla 76). No obstante, si consideramos el porcentaje de personas con más de un ingreso en los últimos doce meses y la estancia media, los resultados indican una mayor utilización en hombres en términos de estancia en el hospital (7,8 días por mujer ingresada y año y 10,8 días por hombre ingresado y año, considerando todos los ingresos).

### ***VIII.5 Ingresos hospitalarios***

TABLA 76. Ingresos hospitalarios en los últimos doce meses (excluyendo ingresos en hospital de día)			
	Mujer	Mujer (excluidos partos)	Hombre
- Algún ingreso			
- Estancia media (días)			
- % con más de un ingreso (sobre personas con algún ingreso)			
<b>Motivo de ingreso</b>			
• Intervención quirúrgica			
• Estudio médico para diagnóstico			
• Tratamiento médico sin intervención quirúrgica			
• Parto (incluye cesárea)			
• Otros motivos			
• No consta			

Al comparar la utilización hospitalaria en hombres y mujeres hay que tener en cuenta el peso de los partos en los ingresos hospitalarios. Un 25% de las mujeres que ingresaron en un hospital en los últimos doce meses lo hicieron por este motivo. Esta cifra es bastante consistente con el porcentaje de altas en mujeres debidas a complicaciones de la gestación, parto o puerperio en la encuesta de morbilidad hospitalaria (24,4%) o la estadística de altas hospitalarias a partir del CMBD (25,7%).

Si se excluyen los ingresos por parto se eliminan las diferencias según género en cuanto al porcentaje de personas con algún ingreso, descendiendo el porcentaje de ingresos en mujeres del 10,7% al 8,0%, incluso inferior a los ingresos en hombres. Al excluir los partos aumenta la estancia media y el porcentaje de mujeres con más de un ingreso año, con una estimación de 9,2 días por mujer ingresada y año, pero aún es inferior a la estancia en hombres.

Si se contemplan los ingresos no debidos a partos, la distribución por motivo del ingreso es semejante en ambos géneros,

aunque el ingreso por intervención quirúrgica es ligeramente superior en mujeres (52,8%) que en hombres (49,3%).

El porcentaje de ingresos descrito se refiere a ingresos con pernoctación (al menos una noche en el hospital). Los ingresos sin pernoctación (ingresos para intervención, tratamiento o prueba en un hospital de día, excluyendo estancias en urgencias o en observación) suponen un 6,2% de hombres y un 7,1% de mujeres.

Al agregar los ingresos con y sin pernoctación, las cifras resultantes son que un 13,1% de los hombres de 16 y más años y un 16,0% de las mujeres con esas edades habían ingresado en un hospital en los últimos doce meses. La última cifra para mujeres desciende al 13,3% si se excluyen partos.

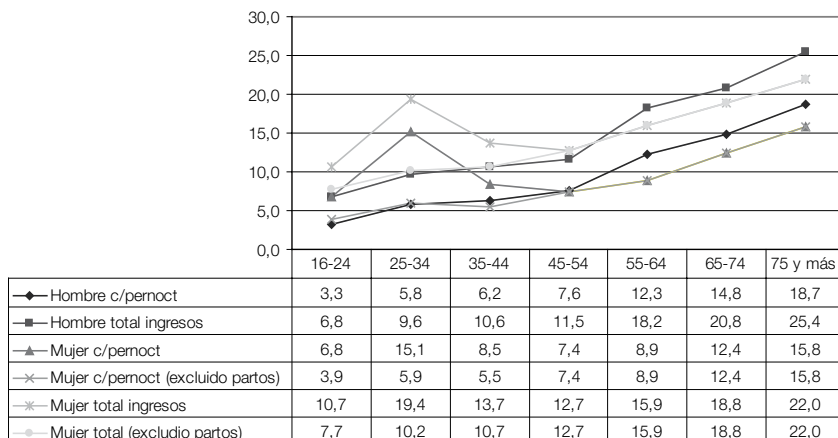
En la tabla 77 se resumen los datos anteriores a partir de las razones mujer/hombre en ingresos hospitalarios, medidas por el odds ratio ajustado por otras variables como la edad, la clase social, el hábitat, el nivel de estudios o la situación laboral. Puede comprobarse como las diferencias según género se deben exclusivamente a los ingresos por parto. Si se excluyen este tipo de ingresos, la razón mujer/hombre para el total de ingresos (incluyendo hospital de día) es igual a 1 y es significativamente inferior a 1 (0.89) para los ingresos con al menos una noche en el hospital.

Prevalencia ingresos hospitalarios (razones mujer/hombre)		
	Mujer	Hombre
Ingresos con pernoctación		
• Odds Ratio mujer/hombre		
Ingresos con pernoctación (excluido partos)		
• Odds Ratio mujer/hombre		
Ingresos sin pernoctación		
• Odds Ratio mujer/hombre		
Total ingresos		
• Odds Ratio mujer/hombre		
Total ingresos (excluido partos)		
• Odds Ratio mujer/hombre		

Los datos referidos al total de ingresos no pueden obtenerse como una suma directa de ingresos con pernoctación y sin pernoctación porque una misma persona puede haber tenido ambos tipos de ingreso en un año. En la figura 28 se describen los datos desagregados por intervalo de edad, del porcentaje de ingresos con al menos una noche en el hospital y del total de ingresos sumando los debidos a hospital de día.

En ambos casos se puede observar como las diferencias entre hombres y mujeres en el porcentaje de ingresos se concentran básicamente en el grupo de 25 a 34 años y, en mucha menor medida, en el grupo de 35 a 44 años. Si se excluyen los ingresos por parto, se comprueba que las dos curvas según edad son similares para hombres y mujeres, pasando a ser el porcentaje de ingresos superior en los hombres a partir de los 55 años.

Figura 28. Ingresos hospitalarios por sexo y edad



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006

Al analizar las variables asociadas al ingreso hospitalario, considerando exclusivamente las mujeres, la edad y la situación laboral son las que establecen las mayores diferencias (tabla 78). El sentido de las mismas es diferente en función del tipo de ingreso.

Cuando se analizan los ingresos con estancia de al menos una noche en el hospital son las mujeres de 25 a 34 años las que presentan la mayor utilización, debido a los ingresos por parto. La menor utilización estaría en los intervalos de edad de 45 a 64 años. Ahora bien, al analizar el total de ingresos (con y sin pernoctación), y como consecuencia del crecimiento con la edad de los ingresos en hospital de día, las diferencias según edad vienen derivadas de las mujeres de 25 a 34 años y mayores de 75 años. Únicamente al excluir los partos se obtiene una relación estrictamente creciente entre ingreso hospitalario y grupo de edad.

TABLA 78. Variables asociadas al ingreso hospitalario. (MUJERES)

	Ingresos con pernoctación		Total ingresos (con o sin pern.)		Total ingresos (excluido partos)	
	OR*	Valor de p	OR*	Valor de p	OR*	Valor de p
<b>Edad</b>						
• 75 y más años	1.08	n.s.	1.35	0.03	2.63	0.001
• 65 a 74	0.88	n.s.	1.18	n.s.	2.33	0.001
• 55 a 64	0.71	0.02	1.07	n.s.	2.03	0.001
• 45 a 54	0.69	0.006	0.90	n.s.	1.63	0.001
• 35 a 44	0.84	n.s.	1.01	n.s.	1.34	0.03
• 25 a 34	1.70	0.001	1.55	0.001	1.25	n.s.
• 16 a 24	1		1		1	
<b>Clase social</b>						
• I	1		1		1	
• II	1.06	n.s.	1.23	0.05	1.22	n.s.
• III	0.90	n.s.	1.01	n.s.	1.02	n.s.
• IVa	1.02	n.s.	1.01	n.s.	0.99	n.s.
• IVb	0.90	n.s.	1.05	n.s.	1.08	n.s.
• V	0.93	n.s.	0.96	n.s.	1.01	n.s.
<b>Hábitat municipio de residencia</b>						
• < 10.000 hab.	1		1		1	
• 10.000 a 100.000 hab. excepto capitales	1.04	n.s.	1.17	0.02	1.14	0.02
• 100.000 a 400.000 hab. y capitales < 100.000	1.27	0.003	1.24	0.001	1.24	0.003
• > 400.000 hab.	1.26	0.008	1.20	0.12	1.23	0.009
<b>Estudios terminados</b>						
• Primarios o menos	0.83	n.s.	0.89	n.s.	0.97	n.s.
• Secundarios 1ª etapa	1.02	n.s.	1.02	n.s.	1.06	n.s.
• Secundarios 2ª etapa	1.03	n.s.	1.11	n.s.	1.18	n.s.
• Universitarios o equivalentes	1		1		1	

Cont. TABLA 78.

	Ingresos con pernoctación		Total ingresos (con o sin pern.)		Total ingresos (excluido partos)	
	OR*	Valor de p	OR*	Valor de p	OR*	Valor de p
<b>Situación laboral</b>						
• Trabaja	1		1		1	
• En desempleo	1.57	0.001	1.38	0.001	1.18	n.s.
• Jubilada/pensionista	2.29	0.001	1.75	0.001	1.41	0.001
• Estudiante	0.38	0.001	0.52	0.001	0.81	n.s.
• Dedicado/a principalmente a las labores del hogar	1.79	0.001	1.39	0.001	1.06	n.s.

\* Odds ratios ajustados por el resto de variables  
Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006

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



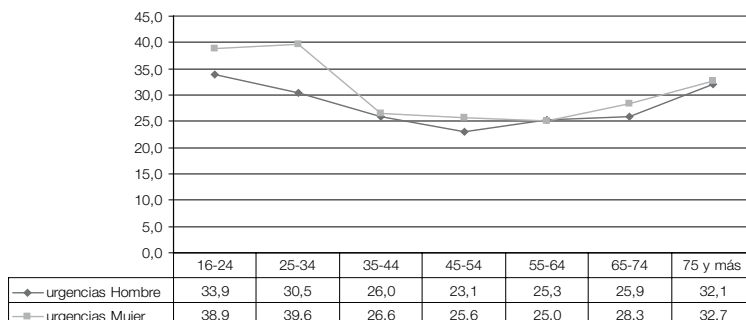
### VIII.6 Urgencias

Un 31,1% de mujeres, con una media de 1,83 veces/año, y un 27,9% de hombres, con una media de 1,57 veces año, habían tenido que utilizar un servicio de urgencia los últimos doce meses por algún problema o enfermedad. En consecuencia, es mayor en mujeres tanto el porcentaje de utilización como la intensidad anual.

De nuevo, es imprescindible analizar la distribución por grupo de edad para explicar las diferencias. Si se observa la figura 29, las diferencias según género hacia una mayor utilización de urgencias por parte de la mujer se concentran en los intervalos inferiores de edad, con el máximo en el grupo de 25 a 34 años. Cabe plantear como hipótesis hasta que punto parte de la utilización de servicios de urgencias en estas edades coincide con ingresos por parto, que en una parte importante de las ocasiones no son programados.

Según los datos procedentes de la ENSE 06, un 68% de los ingresos por parto se realizan a través del servicio de urgencias. Si se tiene en cuenta que los ingresos por parto en los últimos doce meses suponen un 2,5% de las mujeres de 16 y más años, obtendríamos como resultado que un 1,7% de mujeres utilizaron el servicio de urgencias de un hospital en relación con un ingreso por parto. Como puede deducirse, esta cifra explicaría parcialmente la diferencia de un 3,2% en el porcentaje de utilización de urgencias por hombres y mujeres. Como la ENSE 06 no recoge expresamente la posible utilización de urgencias en relación con el ingreso por parto, las cifras anteriores suponen tan solo una aproximación.

Figura 29. Utilización de servicios de urgencia por sexo y edad



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006

Por otro lado, la mayor utilización de urgencias por parte de la mujer no implica diferencias en la caracterización de la misma. Las dos terceras partes de la utilización de urgencias se da en servicios de urgencias hospitalarios (un 65% en el caso de los hombres, un 64,5% en el caso de las mujeres) y poco más del 10% de las veces que se acude al servicio de urgencias es por recomendación del médico (11,9% de las ocasiones en los hombres y 12,1% de las ocasiones en mujeres). En el resto de ocasiones, es el resultado de la decisión de la propia persona o sus familiares.

En consecuencia, la utilización de urgencias es mayor en la mujer pero básicamente en los grupos de edad más jóvenes y parte de estas diferencias, aunque no todas, podrían deberse a las urgencias por maternidad. La diferente morbilidad también tiene importancia si se observan las razones mujer/hombre según se ajuste o no por salud percibida (tabla 79). El “odds ratio” mujer/hombre es de 1.20 sin ajustar por salud percibida y desciende a 1.08 cuando se controla el efecto de esta variable.

TABLA 79. Utilización servicios de urgencia (razón mujer/hombre)		
	Mujer	Hombre
Utilización servicios de urgencia últimos doce meses	31.1%	27.9%
• Odds Ratio mujer/hombre (*)	1.20 ( $p < 0.001$ )	
• Odds Ratio mujer/hombre (**)	1.08 ( $p = 0.007$ )	

(\*) Ajustado por edad, clase social, situación laboral, nivel de estudios terminados y tamaño del municipio de residencia  
(\*\*) Incluyendo además salud percibida  
Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006

La salud percibida es la variable con una mayor incidencia en la utilización de servicios de urgencia, con una probabilidad de utilización tres veces superior en las mujeres con una percepción negativa de su estado de salud (tabla 80). Controlando el efecto de esta variable, y exceptuando las diferencias derivadas de mujeres jubiladas/ pensionistas y estudiantes, sería la edad, la clase social y el hábitat las variables con mejor poder diferenciador de la utilización.

El caso de la edad es relevante. Cuando se tiene en cuenta la salud percibida, existe una relación inversa entre utilización

y edad, a medida que disminuye la edad crece la utilización de urgencias, con los máximos entre los 16 y los 34 años. Obviamente, parte de este resultado vendría explicado por el tipo de suceso que motiva acudir al servicio de urgencias (el parto o las complicaciones del embarazo no tienen por qué tener una relación directa con la percepción de un peor estado de salud, al igual que las urgencias de traumatología en las edades más jóvenes, por poner dos ejemplos), pero los resultados indican que a igual percepción del estado de salud la utilización es significativamente mayor entre los 16 y los 44 años, ya que la probabilidad de uso de urgencias (medida por los odds ratio) crece significativamente al introducir las categorías de salud percibida en el modelo.

El sentido de las diferencias por clase social se deben a la menor utilización de las mujeres de mayor estatus socioeconómico y el incremento de la misma en las categorías más bajas (IVa, IVb y V). Respecto al tamaño del municipio de residencia, los resultados apuntan a la mayor utilización de servicios de urgencia por mujeres residentes en ciudades intermedias y capitales de provincia, excepto las grandes ciudades de más de 400.000 habitantes pero no sus coronas metropolitanas, posiblemente asociado a una mayor accesibilidad a los servicios en tiempo o distancia.

TABLA 80. Variables asociadas a la utilización de servicios de urgencia. (MUJERES)

	%	Modelo sin salud percibida		Modelo con salud percibida	
		OR*	Valor de p	OR*	Valor de p
<b>Edad</b>					
• 75 y más años	32.7	1		1	
• 65 a 74	28.3	0.85	0.04	0.90	n.s.
• 55 a 64	25.0	0.81	0.02	0.88	n.s.
• 45 a 54	25.6	0.87	n.s.	1.05	n.s.
• 35 a 44	26.6	0.93	n.s.	1.26	0.02
• 25 a 34	39.6	1.67	<0.001	2.53	<0.001
• 16 a 24	38.9	1.86	<0.001	2.95	<0.001
<b>Clase social</b>					
• I	24.0	1		1	
• II	30.6	1.32	0.002	1.25	0.02
• III	29.2	1.25	0.005	1.18	0.04
• IVa	32.7	1.40	< 0.001	1.27	0.002
• IVb	33.2	1.41	< 0.001	1.25	0.01
• V	33.0	1.44	< 0.001	1.32	0.002
<b>Hábitat municipio de residencia</b>					
• < 10.000 hab.	29.7	1.07		0.91	n.s.
• 10.000 a 100.000 hab. excepto capitales	33.6	1.12	n.s.	1.03	n.s.
• 100.000 a 400.000 hab. y capitales < 100.000	33.3	1.14	n.s.	1.10	n.s.
• > 400.000 hab.	29.1	1	0.04	1	
<b>Estudios terminados</b>					
• Primarios o menos	29.7	1.07	n.s.	0.91	n.s.
• Secundarios 1ª etapa	33.6	1.12	n.s.	1.03	n.s.
• Secundarios 2ª etapa	33.3	1.14	0.04	1.10	n.s.
• Universitarios o equivalentes	29.1	1		1	

Cont. TABLA 80.

		Modelo sin salud percibida		Modelo con salud percibida	
	%	OR*	Valor de p	OR*	Valor de p
<b>Situación laboral</b>					
• Trabaja	31.1	1		1	
• En desempleo	36.4	1.16	0.04	1.07	n.s.
• Jubilada/pensionista	32.0	1.35	< 0.001	1.21	0.02
• Estudiante	32.9	0.69	<0,001	0.71	<0,001
• Dedicado/a principalmente a las labores del hogar	27.9	1.04	n.s.	1.01	n.s.
<b>Salud percibida</b>					
• Buena o muy buena	24.2			1	
• Regular, mala o muy mala	41.7			3.01	<0,001

\* Odds ratios ajustados por el resto de variables  
Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006

### ***VIII.7 Necesidad de asistencia médica no recibida***

El análisis de género debe incluirse al examinar las diferencias en la utilización de hombres y mujeres y sus papeles respectivos, así como la forma en que esas diferencias repercuten en aspectos como la accesibilidad o las respuestas de los sistemas y servicios de salud. Uno de estos aspectos considerado cada vez más importante es la necesidad de asistencia médica no recibida. En la Tabla 81 figuran tanto el porcentaje de hombres y mujeres que manifiestan que alguna vez en los últimos doce meses han necesitado asistencia médica y no la han recibido, así como la causa principal por la que se produjo esta situación.

TABLA 81. Necesidad de asistencia médica no recibida en los últimos doce meses

	Total	Mujer	Hombre
<b>En los últimos doce meses, alguna vez ha necesitado asistencia médica y no la ha recibido</b>	3.9%	4.7%	3.0%
<b>Causa principal de la falta de asistencia</b>			
• No pudo conseguir cita	18.0%	20.4%	14.1%
• No pudo dejar el trabajo	7.8%	5.7%	11.3%
• Era demasiado caro/no tenía dinero	2.1%	1.8%	2.5%
• No tenía medio de transporte	2.5%	2.0%	3.2%
• Estaba demasiado nervioso/a o asustado/a	2.4%	2.3%	2.5%
• El seguro no lo cubría	1.9%	1.4%	2.7%
• No tenía seguro	0.9%	1.3%	0.2%
• Había que esperar demasiado	30.4%	29.7%	31.4%
• No pudo por sus obligaciones familiares	2.4%	3.1%	1.3%
• Otra causa	30.7%	31.2%	29.9%
• No consta	1.1%	1.2%	1.1%

Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006

Los resultados indican una mayor incidencia de necesidad de asistencia médica no recibida en mujeres que en hombres, con diferencias estadísticamente significativas. Esta situación se produjo en los últimos doce meses para el 4.7% de las mujeres de 16 y más años y para el 3.0% de los hombres en esas edades. Es decir, el 61% de las ocasiones en que no se recibe asistencia corresponde a mujeres.

Aparte de las demoras en la atención (“había que esperar demasiado”), la causa principal es la falta de accesibilidad traducida en no poder conseguir cita. Esta causa es además más importante en mujeres (20.4%) que en hombres (14.1%). Las causas derivadas de las obligaciones laborales o familiares suponen el 8.8% en mujeres y el 12.6% en hombres, aunque con un desigual reparto. En los hombres se reduce casi exclu-

sivamente a la imposibilidad de dejar el trabajo, mientras en las mujeres existe un mayor peso relativo de las obligaciones familiares.

Los resultados obtenidos en el modelo multivariable indican que la mujer tendría una probabilidad 1.67 mayor que la del hombre de no haber satisfecho su necesidad de asistencia médica en los últimos doce meses, una vez controlado el efecto de variables como la clase social, el nivel de estudios o el lugar de residencia y también descontado el efecto de la salud percibida. El efecto de estas variables es en algunos casos reducido o nulo, como es el caso de la clase social o el municipio de residencia. La percepción del estado de salud y la edad son las variables con mayor asociación con la necesidad de asistencia médica no recibida. Esta situación es mucho más probable cuando la salud percibida es peor y se incrementa a medida que disminuye la edad. Atendiendo a las diferencias encontradas según situación laboral y estudios terminados, las posiciones más críticas estarían en la población activa de 16 a 64 años con estudios intermedios, independientemente de la percepción de su estado de salud. Los resultados son consistentes con el hecho de que la causa principal de la falta de asistencia se deba a problemas de accesibilidad (demoras/dificultad de cita) o de obligaciones laborales o familiares.

TABLA 82. Variables asociadas a la utilización de servicios de urgencia.			
	%	OR*	Valor de p
<b>Sexo</b>			
• Hombre	3.0	1	
• Mujer	4.7	1.67	<0.001
<b>Edad</b>			
• 75 y más años	2.6	1	n.s.
• 65 a 74	2.9	1.22	<0.001
• 55 a 64	3.7	1.86	<0.001
• 45 a 54	4.4	2.45	<0.001
• 35 a 44	4.1	2.53	<0.001
• 25 a 34	4.6	3.07	<0.001
• 16 a 24	3.5	2.80	<0.001
Cont. TABLA 82.			

	%	OR*	Valor de p
<b>Clase social</b>			
• I	2.7	1	
• II	4.3	1.32	n.s.
• III	3.4	0.98	n.s.
• IVa	4.6	1.26	n.s.
• IVb	3.8	0.93	n.s.
• V	3.7	0.96	n.s.
<b>Hábitat municipio de residencia</b>			
• < 10.000 hab.	3.7	1	
• 10.000 a 100.000 hab. excepto capitales	4.3	1.12	n.s.
• 100.000 a 400.000 hab. y capitales < 100.000	3.9	1.04	n.s.
• > 400.000 hab.	3.1	0.87	n.s.
<b>Estudios terminados</b>			
• Primarios o menos	3.6	1.22	n.s.
• Secundarios 1ª etapa	5.2	1.70	< 0.001
• Secundarios 2ª etapa	4.0	1.40	0.003
• Universitarios o equivalentes	2.9	1	
<b>Situación laboral</b>			
• Trabaja	4.3	1	
• En desempleo	4.4	0.80	n.s.
• Jubilada/pensionista	3.4	1.11	n.s.
• Estudiante	2.5	0.55	< 0.001
• Dedicado/a principalmente a las labores del hogar	3.3	0.59	< 0,001
<b>Salud percibida</b>			
• Buena o muy buena	n.s.	1	
• Regular, mala o muy mala	n.s.	2.72	<0,001
* Odds ratios ajustados por el resto de variables			
Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006			



**VIII.8**  
**Consumo de**  
**medicamentos**

El 57.7% de los hombres y el 73.8% de las mujeres, de 16 y más años, había consumido medicamentos en las últimas dos semanas. Si consideramos exclusivamente el consumo con prescripción, las cifras anteriores descienden al 48.5% y 65.3%, respectivamente. Como consecuencia, un 9.2% de los hombres consumió exclusivamente medicamentos no recetados y un 8.5% de las mujeres. El consumo sin prescripción afecta de forma semejante a hombres y mujeres y las diferencias según género se deben al consumo con prescripción (tabla 83).

El consumo de medicamentos es significativamente más alto en mujeres que en hombres, tanto en tasa sobre total población como en intensidad: una cuarta parte de las mujeres había consumido tres o más medicamentos en las tres últimas semanas frente a un 14.8% de los hombres.

Tabla 83. Consumo de medicamentos			
	Mujer	Hombre	Total
<b>Consumo con o sin prescripción</b>	73.8%	57.7%	65.9%
- Odds Ratio mujer/hombre (*)	2.04 (p< 0.001)		
<b>Distribución consumo con o sin prescripción</b>			
• Uno	28.9%	28.9%	28.9%
• Dos	17.7%	14.0%	15.9%
• Tres o más	25.0%	14.8%	21.0%
<b>Consumo con prescripción</b>	65.3%	48.5%	57.1%
- Odds Ratio mujer/hombre (*)	2.03 (p<0.001)		
<b>Distribución consumo con prescripción</b>			
• Uno	23.8%	21.3%	22.5%
• Dos	15.6%	11.8%	13.7%
• Tres o más	23.1%	15.4%	19.4%
(*) Ajustado por edad, clase social, situación laboral y nivel de estudios terminados Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006			

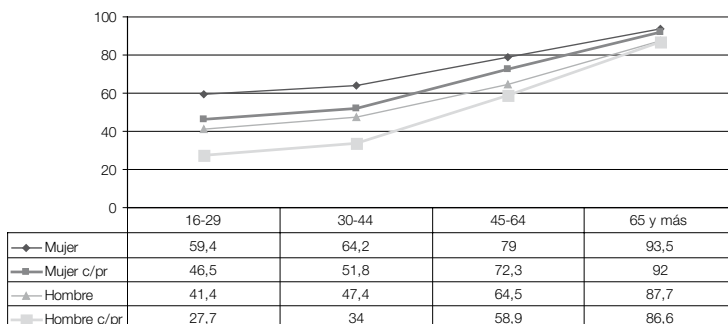
Como cabría esperar por la asociación entre edad y morbilidad, el consumo de medicamentos crece significativamente con la edad,

con un patrón distinto en hombres y mujeres (figura 29). En el intervalo de mayores de 65 años, el consumo afecta al 88% de los hombres y al 93% de las mujeres. En este grupo de edad es donde menos diferencias existen según género y donde el porcentaje de consumo con prescripción se acerca más al consumo total.

En el resto de grupos de edad, las diferencias en los porcentajes de mujeres y hombres con consumo de medicamentos se mantienen entre el 15-18%. El mayor consumo en la mujer se debe a que parte de un porcentaje de casi el 60% en el grupo de 16 a 29 años frente al 41.4% de los hombres.

Atendiendo al diferencial de consumo de medicamentos con receta frente a medicamentos consumidos con o sin receta, el consumo sin receta alcanza sus máximos entre los 16 y los 44 años, tanto en mujeres como en hombres.

Figura 29. Consumo de medicamentos por sexo y edad



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006

Por tipos de medicamentos, se observa la asociación esperada con la morbilidad crónica y los problemas y síntomas que restringen la actividad (tabla 84). En la mujer, las medicinas para el dolor son el medicamento más consumido (el 31.5% de las mujeres lo había consumido en las últimas dos semanas). Le siguen en importancia las medicinas para la tensión arterial (18.0%) y los tranquilizantes, relajantes y pastillas para dormir (14.0%). De estos tres tipos de medicamentos, las medicinas para el dolor y para la tensión arterial coinciden también con los de mayor consumo en hombres. No obstante, el diferencial de consumo de la mujer con el hombre en las medicinas para el dolor significa casi el doble. Este diferencial es aún mayor, aunque tenga menor frecuencia re-

lativa, en el consumo de tranquilizantes, relajantes y pastillas para dormir, en el que el porcentaje de mujeres con consumo excede en más del doble al porcentaje obtenido en hombres. Estos resultados eran esperables atendiendo a la diferente morbilidad crónica y la incidencia del dolor y los problemas de salud mental según género.

TABLA 84. Distribución del consumo según tipo de medicamentos

	Total		Con prescripción	
	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre
<b>Tipo de medicamento</b>				
• Medicinas para el catarro, gripe, garganta, bronquios	10.3%	11.6%	9.0%	9.7%
• Medicinas para el dolor	41.0%	23.6%	31.5%	17.3%
• Medicinas para bajar la fiebre	3.6%	3.5%	3.0%	3.0%
• Reconstituyentes como vitaminas, minerales, tónicos	8.7%	3.1%	7.9%	2.1%
• Laxantes	4.1%	1.4%	3.1%	1.4%
• Antibióticos	4.4%	3.9%	5.9%	5.9%
• Tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir	14.1%	6.5%	14.0%	6.4%
• Medicamentos para la alergia	4.7%	3.3%	4.6%	3.2%
• Medicamentos para la diarrea	0.5%	0.5%	0.5%	0.5%
• Medicinas para el reuma	8.3%	2.9%	8.1%	2.8%
• Medicinas para el corazón	5.6%	6.1%	5.6%	6.1%
• Medicinas para la tensión arterial	18.0%	14.0%	18.0%	14.0%
• Medicinas para el estómago y/o las alteraciones digestivas	9.9%	7.8%	9.6%	7.3%
• Antidepresivos, estimulantes	8.2%	3.3%	8.1%	3.3%
• Píldoras para no quedar embarazada (sólo para mujeres)	5.8%	-	5.5%	-
• Hormonas para la menopausia (sólo para mujeres)	1.5%	-	1.5%	-
• Medicamentos para adelgazar	0.6%	0.1%	0.3%	0.1%
• Medicamentos para bajar el colesterol	8.8%	7.6%	8.7%	7.6%
• Medicamentos para la diabetes	4.7%	4.9%	4.7%	4.9%
• Otros medicamentos	19.8%	14.9%	19.0%	14.2%

Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006

El consumo de medicamentos en la mujer está asociado a la morbilidad y la edad casi exclusivamente. El modelo multivariable ajustado (tabla 85) pone de manifiesto la ausencia de diferencias por clase social, nivel de estudios o situación laboral (exceptuando jubiladas/pensionistas y estudiantes, categorías muy relacionadas con la edad), se controle o no el efecto de la salud percibida. Según grupo de edad, los resultados confirman la ausencia de diferencias significativas en el consumo de medicamentos en las mujeres de 16 a 44 años, siendo a partir de los 45 años cuando el consumo es estrictamente creciente.

		Modelo sin salud percibida		Modelo con salud percibida	
	%	OR*	Valor de p	OR*	Valor de p
<b>Edad</b>					
• 65 y más años	93.5	5.75	< 0.001	4.26	< 0.001
• 45 a 64	79.0	2.05	< 0.001	1.66	< 0.001
• 30 a 44	64.2	1.08	n.s.	1.02	n.s.
• 16 a 29	59.4	1		1	
<b>Clase social</b>					
• I	70.6	1		1	
• II	69.1	0.92	n.s.	0.86	n.s.
• III	74.3	1.01	n.s.	0.95	n.s.
• IVa	73.7	0.97	n.s.	0.87	n.s.
• IVb	75.8	1.15	n.s.	1.01	n.s.
• V	76.4	0.98	n.s.	0.89	n.s.
<b>Estudios terminados</b>					
• Primarios o menos	83.0	1.30	< 0.001	1.09	n.s.
• Secundarios 1ª etapa	66.9	1.06	n.s.	0.96	n.s.
• Secundarios 2ª etapa	66.1	1.08	n.s.	1.04	n.s.
• Universitarios o equivalentes	65.1	1		1	

Cont. TABLA 85.

	%	Modelo sin salud percibida		Modelo con salud percibida	
		OR*	Valor de p	OR*	Valor de p
<b>Situación laboral</b>					
• Trabaja	67.2	1		1	
• En desempleo	67.3	1.00	n.s.	0.91	n.s.
• Jubilada/pensionista	92.5	1.57	< 0.001	1.27	0.03
• Estudiante	52.9	0.71	< 0.001	0.75	< 0.001
• Dedicado/a principalmente a las labores del hogar	78.7	1.06	n.s.	1.02	n.s.
<b>Salud percibida</b>					
• Buena o muy buena	62.3			1	
• Regular, mala o muy mala	91.4			4.59	<0,001

\* Odds ratios ajustados por el resto de variables  
Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006

*Resumen y  
conclusiones*

---

**IX**

---

En los Planes de Igualdad de Oportunidades de Mujeres y Hombres (PIOMH) se define la salud como un proceso integral que comprende el bienestar emocional, social y físico durante todo el ciclo vital de las mujeres. Este ha sido el principal objetivo del presente informe sobre Mujer y Salud, describir la situación actual de la mujer en relación con la definición de salud antes citada.

El cambio del papel social de la mujer se ha producido en los últimos decenios fundamentalmente por el mayor acceso a la educación, el control de la fertilidad mediante la introducción de métodos anticonceptivos y la incorporación de la mujer a puestos de trabajo remunerados. Tradicionalmente se ha considerado que la mayor supervivencia femenina, al disminuir la mortalidad ligada a la maternidad, se debía fundamentalmente a las diferencias hormonales. En tal sentido, el sexo se ha considerado un factor protector o favorecedor de determinadas enfermedades.

Cabe, sin embargo, plantearse si los antiguos conceptos respecto a riesgos diferentes por sexo deben mantenerse o si, por el contrario, la mayor similitud de los estilos de vida y de trabajo fuera del hogar de mujeres y hombres, junto al mantenimiento de las cargas de trabajo dentro del hogar por las mujeres (doble jornada), introducen a estas en una situación de riesgo elevado para enfermedades respecto a las cuales se las había considerado con cierto nivel de protección, a la par que se mantienen sus antiguos riesgos.

La esperanza de vida de la población femenina española es alta - 83,5 años al nacer y 21,1 años a los 65 años - comparándola tanto con los varones como con el resto de las mujeres europeas. La evolución en los últimos 25 años ha sido más uniforme y sostenida que en los hombres debido a la más baja mortalidad en edades tempranas, siendo la supervivencia en las edades maduras y avanzadas el aspecto clave en esa evolución. Sin embargo, los años de esperanza de vida en buena salud al nacer son superiores en los hombres (56,3 años) que en las mujeres (53,9 años) y también a los 65 años. Además, al ser mayor el horizonte de vida en las mujeres, es mayor el número de años que viven en malas condiciones de salud. Las diferencias son también importantes en los años vividos con discapacidad, en torno a 3 años más en las mujeres al nacer y a los 65 años. La mujer vive más, pero su mayor

longevidad se acompaña de discapacidad y mala salud, y el inicio de esa mala calidad de vida se produce a una edad más temprana que en los hombres.

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

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

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

## **Morbilidad**

El género tiene una influencia determinante en la percepción del estado de salud. Esta es peor en la mujer que en el hombre



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

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

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

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

Asociada a la morbilidad crónica, la restricción temporal de la actividad por dolores o síntomas es también superior en mujeres. El dolor derivado de problemas osteoarticulares y los síntomas derivados de la sobrecarga física o psicológica son mayores en mujeres de todos los grupos de edad y configuran las principales causas diferenciales.

La diferente morbilidad psicológica de la mujer puede ser el resultado tanto de la existencia de factores biológicos (diferencias por sexo) como la presencia de riesgos diferenciales vinculados a las diferencias de estilos de vida y de roles sociales (diferencias de género). No puede entenderse la salud mental de la mujer sin contemplar el producto de diversos factores como la interiorización de valores y normas sociales, actitudes hacia si mismas y hacia los demás, roles desempeñados y presiones y obstáculos que existen sobre las mujeres. Con los resultados de la Encuesta Nacional de Salud, una de cada cuatro mujeres estarían en riesgo de mala salud mental (24,9%), prevalencia significativamente más alta que la obtenida para hombres (14,4%). La edad, la clase social, la situación laboral, el nivel cultural o el tamaño del municipio de residencia son variables con incidencia significativa en la

mala salud mental. Descontado el efecto de estas variables, la mujer tiene casi el doble de probabilidad de riesgo de mala salud mental que el hombre, tanto si se considera la población adulta de cualquier edad como si se considera exclusivamente la población de 16 a 64 años. La influencia de los roles desempeñados se pone de manifiesto en un aumento significativo del riesgo en las mujeres residentes en hogares con personas con necesidad de cuidados, que recaen mayoritariamente en la mujer.

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

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

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

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

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

La incorporación de la mujer al trabajo sin abandonar el trabajo doméstico produce efectos importantes en el uso del tiempo, es decir en el uso de la propia vida. Existe un diferencial de trabajo productivo (remunerado + doméstico) un 34% mayor en la mujer respecto al hombre, pero con una autonomía en el uso del tiempo casi tres veces más favorable al hombre respecto a la mujer y un índice de calidad de vida un 65% inferior en las mujeres respecto al de los hombres. El tiempo de trabajo doméstico sigue siendo básicamente femenino y actúa como diferenciador respecto al nivel de auto-

mía y la calidad de vida, cuando se controlan variables como el nivel educativo y el contexto social. Autonomía y calidad de vida tienen un impacto directo sobre la salud percibida y, como consecuencia, también la doble jornada.

La violencia doméstica, tanto física como psíquica, es un proceso psicológicamente destructivo sufrido mayoritariamente por mujeres. Según las estimaciones disponibles, un 3,6% de las mujeres residentes en España de 18 y más años declara haber sido víctima de malos tratos, durante el último año, por alguna de las personas que conviven en su hogar, o por su novio o ex pareja, aunque no conviva con la mujer. La mayor parte de los actos de violencia doméstica son causados por la pareja o ex pareja (57,3%). El 9,6% de las mujeres de 18 y más años son consideradas “técnicamente” como maltratadas. La mayor parte de los actos de violencia doméstica entre las mujeres consideradas técnicamente como maltratadas son causados por la pareja o ex pareja (74,6%). Las mujeres víctimas de malos tratos experimentan una serie de síntomas en mucha mayor proporción que el resto de mujeres, con un impacto evidente en su salud física y mental. La mayor parte de estos síntomas coinciden con las principales causas de restricción de la actividad, como son los dolores de espalda o articulaciones, los dolores de cabeza, la falta de sueño o la fatiga permanente. Especialmente importantes, con diferencias de hasta 30 puntos porcentuales entre las mujeres con maltrato declarado y el total de mujeres de 18 y más años, son los cambios de ánimo, la ansiedad o angustia y la baja autoestima.

### **Hábitos y estilos de vida**

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

El 35,6% de las fumadoras ha conseguido abandonar el hábito, un 8% menos que la población masculina. Esta cesación

se incrementa linealmente al aumentar la edad y disminuye en las mujeres de menor nivel de estudios y con clase social más baja. Las mujeres están más expuestas que los hombres a humo ambiental de tabaco en el hogar mientras que éstos tienen mayor exposición en espacios fuera de la vivienda o del trabajo. La probabilidad de exposición global es mayor en las mujeres jóvenes, siendo inferior en las que se dedican principalmente a las tareas del hogar o son pensionistas.

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

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

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

más bajo es el nivel de estudios o la clase social, es mayor el incumplimiento de las recomendaciones.

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

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

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

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

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

### **Prácticas preventivas**

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

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

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

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



pertenecientes a la clase social más alta cumplen menos frecuentemente esta recomendación.

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

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

### **Utilización de servicios sanitarios**

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

La utilización de consultas médicas es significativamente mayor en mujeres. En las últimas cuatro semanas, supone el 32,4% de los hombres y el 44,1% de las mujeres. Nueve de

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Un 31,1% de mujeres, con una media de 1,83 veces/año, y un 27,9% de hombres, con una media de 1,57 veces/año, ha-

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

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

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

Aparte de las demoras en la atención (“había que esperar demasiado”), con un peso relativo semejante según género, la causa principal es la falta de accesibilidad traducida en no poder conseguir cita, que es más importante en mujeres

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

El 57.7% de los hombres y el 73.8% de las mujeres, de 16 y más años, había consumido medicamentos en las últimas dos semanas. El consumo de medicamentos exclusivamente sin prescripción, no recetados, está en torno al 9% en ambos géneros y las diferencias se deben al consumo con prescripción. El consumo de medicamentos es significativamente más alto en mujeres que en hombres, tanto en porcentaje sobre total población como en intensidad medida por el nº de medicamentos consumidos. Atendiendo al diferencial de consumo de medicamentos con receta frente a medicamentos consumidos con o sin receta, el consumo sin receta alcanza sus máximos entre los 16 y los 44 años.

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

Este diferencial es aún mayor en el consumo de tranquilizantes, relajantes y pastillas para dormir, en el que el porcentaje de mujeres con consumo excede en más del doble al porcentaje obtenido en hombres. El consumo de medicamentos en la mujer está asociado a la morbilidad y la edad casi exclusivamente.

# *Bibliografía*



**X**





Anderson P, Baumberg B. Alcohol in Europe. A public health perspective. UK: Institute of Alcohol Studies; 2006.

Alcohol Alert. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Disponible en: <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/aa46.htm>.

Alvarez Pasquin MJ, Batalla MC, Comin BE, Gomez Marco JJ, Pericas BJ, Pachon dA, I et al. [Prevention of infectious diseases]. *Aten Primaria* 2007; 39 Suppl 3:67-87.

Anttila A, Ronco G, Clifford G, Bray F, Hakama M, Arbyn M et al. Cervical cancer screening programmes and policies in 18 European countries. *Br J Cancer* 2004; 91(5):935-941.

Aranceta J, Perez RC, Foz SM, Mantilla T, Serra ML, Moreno B et al. [Tables of coronary risk evaluation adapted to the Spanish population: the DORICA study]. *Med Clin (Barc )* 2004; 123(18):686-691.

Aranceta J, Perez-Rodrigo C, Ribas L, Serra-Majem L. Sociodemographic and lifestyle determinants of food patterns in Spanish children and adolescents: the enKid study. *Eur J Clin Nutr* 2003; 57 Suppl 1:S40-S44.

Aranceta J, Perez-Rodrigo C, Serra-Majem L, Ribas L, Quiles-Izquierdo J, Vioque J et al. Influence of sociodemographic factors in the prevalence of obesity in Spain. The SEEDO'97 Study. *Eur J Clin Nutr* 2001; 55(6):430-435.

Arber S, Bote M, Meadows R. Gender and socio-economic patterning of self-reported sleep problems in Britain. *Soc Sci Med* 2009; 68(2):281-289.

Artaco L, Borrell C. 5ª Monografía. Sociedad Española de Epidemiología. Investigación en género y salud. Cataluña: Sociedad Española de Epidemiología; 2007.

Azevedo MR, Araujo CL, Reichert FF, Siqueira FV, da Silva MC, Hallal PC. Gender differences in leisure-time physical activity. *Int J Public Health* 2007; 52(1):8-15.

Banegas JR, Diez GL, Gonzalez EJ, Villar AF, Rodriguez-Artalejo F. [Recent decrease in smoking-attributable mortality in Spain]. *Med Clin (Barc )* 2005; 124(20):769-771.

Becoña E, Vázquez FL. Las mujeres y el tabaco: características ligadas al género. *Rev Esp salud Pública* 2000; 1:13-23.

Beer-Borst S, Herberg S, Morabia A, Bernstein MS, Galan P, Galasso R et al. Dietary patterns in six european populations: results from

EURALIM, a collaborative European data harmonization and information campaign. *Eur J Clin Nutr* 2000; 54(3):253-262.

Bernardi, F, Requena M. La caída de la fecundidad y el déficit de natalidad en España. *Revista Española de investigaciones sociológicas* 2003; 3: 29-49.

Blanco P, Ruiz C, García de Vinuesa L et al. La violencia de pareja y la salud de las mujeres. *Gac Sanit* 2004; 18(supl.1): 182-8.

Bloomfield K, Gmel G, Neve R, Mustonen H. Investigating Gender Convergence in Alcohol Consumption in Finland, Germany, The Netherlands, and Switzerland: A Repeated Survey Analysis. *Subst Abus* 2001; 22(1):39-53.

Borrell C et al. La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. *Gac Sanit* 2004; 18 (supl 1): 2-6.

Breslau N, Peterson EL. Smoking cessation in young adults: age at initiation of cigarette smoking and other suspected influences. *Am J Public Health* 1996; 86(2):214-220.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Prevalence of regular physical activity among adults--United States, 2001 and 2005. *Morb Mortal Wkly Rep* 2007; 56:1209-12.

Centers for Disease Control and Prevention. Sleep and sleep disorders: a public health challenge. Centers for Disease Control and Prevention. Disponible en: <http://www.cdc.gov/sleep/>.

Centro Nacional de Epidemiología. Mortalidad España y Comunidades Autónomas. Madrid: Instituto de Salud Carlos III. Disponible en: <http://www.isciii.es/htdocs/centros/epidemiologia/mortalidad.jsp>.

Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ* 2000; 320: 4.

Cooke LJ, Wardle J. Age and gender differences in children's food preferences. *Br J Nutr* 2005; 93(5):741-746.

Cortés I, Artazcoz, L, Borrell C et al. Desigualdades en la salud mental de la población ocupada. *Gac Sanit* 2004;18(5): 351-9.

Cummings P, Rivara FP, Olson CM, Smith KM. Changes in traffic crash mortality rates attributed to use of alcohol, or lack of a seat belt, air bag, motorcycle helmet, or bicycle helmet, United States, 1982-2001. *Inj Prev* 2006; 12(3):148-154.

Dominguez-Berjon MF, Borrell C, Nebot M, Plasencia A. [Leisure time physical activity and its association with demographic variables and other behaviors related with health]. *Gac Sanit* 1998; 12(3):100-109.

Elizondo-Armendariz JJ, Guillen GF, Aguinaga O, I. [Prevalence of physical activity and its relationship to sociodemographic variables and lifestyles in the age 18-65 population of Pamplona, Spain]. *Rev Esp Salud Publica* 2005; 79(5):559-567.

Fernandez E, Schiaffino A, Garcia M, Salto E, Villalbi JR, Borrás JM. [Smoking in Spain, 1945-1995. A retrospective analysis based on the Spanish National Health Interview Surveys]. *Med Clin (Barc)* 2003; 120(1):14-16.

Fernandez E, Schiaffino A, La VC, Borrás JM, Nebot M, Salto E et al. Age at starting smoking and number of cigarettes smoked in Catalonia, Spain. *Prev Med* 1999; 28(4):361-366.

Fernández-Cordón JA, Tobío C. Conciliar las responsabilidades laborales y familiares: políticas y prácticas sociales. Madrid: Fundación Alternativas; 2005. Documento de trabajo 79/2005.

Furnham A, Badmin N, Sneade I. Body image dissatisfaction: gender differences in eating attitudes, self-esteem, and reasons for exercise. *J Psychol* 2002; 136(6):581-596.

Gómez, E. Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica. *Revista Panamericana de Salud Pública* 2002; 11: 5.

Gorber SC, Tremblay M, Moher D, Gorber B. A comparison of direct vs. self-report measures for assessing height, weight and body mass index: a systematic review. *Obes Rev* 2007; 8(4):307-326.

Gotzsche PC, Nielsen M. Screening for breast cancer with mammography. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;(4):CD001877.

Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología. La medición de la clase social en Ciencias de la Salud. Barcelona: SG Editores, 1995.

Grupo de trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología sobre la medida del impacto en la salud de las lesiones por accidentes de tráfico en España. Indicadores de morbilidad y mortalidad de lesión por accidente de tráfico. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Información y estadísticas sanitarias; 2007.

Haskell WL, Lee IM, Pate RR, Powell KE, Blair SN, Franklin BA et al. Physical activity and public health: updated recommendation for

adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Med Sci Sports Exerc* 2007; 39(8):1423-1434.

Hellstrom L, Wahrenberg H, Hruska K, Reynisdottir S, Arner P. Mechanisms behind gender differences in circulating leptin levels. *J Intern Med* 2000; 247(4):457-462.

Hu FB. Overweight and obesity in women: health risks and consequences. *J Womens Health (Larchmt)* 2003; 12(2):163-172.

Informe de la 4ª Conferencia Mundial de las Mujeres, Beijing, 4-15 Septiembre 1995 (Publicación de Naciones Unidas, Ventas No. E.96.IV.13), cap. I, resolución 1, anexos I y II.

Instituto Nacional de Estadística. Metodología para el cálculo de esperanzas de salud. Madrid: INE. Disponible en: <http://www.ine.es/daco/daco42/discapa/meto.pdf>.

Instituto de la Mujer. Plan Estratégico de Igualdad de Oportunidades (2008-2011). Madrid: Instituto de la Mujer. Disponible en: [http://www.inmujer.migualdad.es/MUJER/novedades/docs/Plan\\_estrategico\\_final.pdf](http://www.inmujer.migualdad.es/MUJER/novedades/docs/Plan_estrategico_final.pdf).

Instituto de la Mujer. Mujeres y Hombres en España, 2008. Madrid: Instituto de la Mujer, Instituto Nacional de Estadística, 2008. Disponible en: [http://www.inmujer.migualdad.es/MUJER/publicaciones/docs/Mujeres%20y%20hombres\\_08.pdf](http://www.inmujer.migualdad.es/MUJER/publicaciones/docs/Mujeres%20y%20hombres_08.pdf).

Instituto de la Mujer. Mujeres y Hombres en España, 2007. Madrid: Instituto de la Mujer, Instituto Nacional de Estadística, 2007. Disponible en: [http://www.inmujer.migualdad.es/MUJER/mujeres/estud\\_inves/mujeres\\_hombres\\_%2007.pdf](http://www.inmujer.migualdad.es/MUJER/mujeres/estud_inves/mujeres_hombres_%2007.pdf).

Instituto de la Mujer. Usos del tiempo, estereotipos, valores y actitudes. Estudios nº 101. Madrid: Instituto de la Mujer, 2007.

Instituto de la Mujer. La Mujer y la Salud en España. Estudios nº 29. Madrid: Instituto de la Mujer, 1992.

Instituto de la Mujer. Conciliación de la vida familiar y laboral: situación actual, necesidades y demandas. Observatorio nº 7. Madrid: Instituto de la Mujer; 2005.

Instituto de la Mujer. III Macroencuesta sobre la violencia contra las mujeres. Madrid: Instituto de la Mujer, 2006.

Instituto Nacional de Estadística. Indicadores demográficos básicos. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft20%2Fp318&file=inebase&L=0>.

Instituto Nacional de Estadística. Movimiento natural de la población. Disponible en: [http://www.ine.es/inebmenu/mnu\\_mnp.htm](http://www.ine.es/inebmenu/mnu_mnp.htm).

Instituto Nacional de Estadística. Tablas de mortalidad. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft20%2Fp319a&file=inebase&L=0>.

Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Población Activa. Disponible en: [http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t22/e308\\_mnu&file=inebase&N=&L=0](http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t22/e308_mnu&file=inebase&N=&L=0).

Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Fecundidad. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft20%2Fp317&file=inebase&L=0>.

Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Morbilidad Hospitalaria. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p414&file=inebase &L=0>.

Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la causa de muerte. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p417&file=inebase &L=0>.

Instituto Nacional de Estadística. Encuesta sobre Discapacidades, Autonomía personal y situaciones de Dependencia 2008. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p418&file=inebase&L=0>.

Jané Checa M. Mujeres y tabaco: Aspectos principales específicos de género. Adicciones 2004; 16:115-130.

Krishnan V, Collop NA. Gender differences in sleep disorders. Curr Opin Pulm Med 2006; 12(6):383-389.

Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. J Health Soc Behav 1997; 38: 21-37.

Lee IM. Physical activity and cancer prevention--data from epidemiologic studies. Med Sci Sports Exerc 2003; 35(11):1823-1827.

Lizán L, Reig A. Cross cultural adaptation of a health related quality of life measurement: the Spanish version of the COOP/WONCA cartoons. Aten Primaria 1999; 24(2): 75-82.

Lock K, Pomerleau J, Causer L, Altmann DR, McKee M. The global burden of disease attributable to low consumption of fruit and vegetables: implications for the global strategy on diet. Bull World Health Organ 2005; 83(2):100-108.

López AD, Collishaw NE, Piha T. A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tob Control* 1994; 3:242-247.

López MJ, Perez-Rios M, Schiaffino A, Nebot M, Montes A, Ariza C et al. Mortality attributable to passive smoking in Spain, 2002. *Tob Control* 2007; 16(6):373-377.

Lovejoy JC. The influence of sex hormones on obesity across the female life span. *J Womens Health* 1998; 7(10):1247-1256.

Madrid Salud. Estudio de salud de la ciudad de Madrid. Madrid: Ayuntamiento de Madrid; 2008. Disponible en: <http://www.madridsalud.es>.

Maiques GA, Villar AF, Brotons CC, Torcal LJ, Orozco-Beltran D, Navarro PJ et al. [Preventive cardiovascular recommendations]. *Aten Primaria* 2007; 39 Suppl 3:15-26.

Martinez-Gonzalez MA, Varo JJ, Santos JL, De IJ, Gibney M, Kearney J et al. Prevalence of physical activity during leisure time in the European Union. *Med Sci Sports Exerc* 2001; 33(7):1142-1146.

Martinez-Ros MT, Tormo MJ, Perez-Flores D, Navarro C. [Physical sports activity in a representative sample of the population of Region de Murcia, Spain]. *Gac Sanit* 2003; 17(1):11-19.

Marzo CM, Bellas BB, Nuin VM, Peguera CP, Moreno BM. [Cancer prevention strategies]. *Aten Primaria* 2007; 39 Suppl 3:47-66.

Medrano MJ, Cerrato E, Boix R, gado-Rodriguez M. [Cardiovascular risk factors in Spanish population: metaanalysis of cross-sectional studies]. *Med Clin (Barc )* 2005; 124(16):606-612.

Ministerio de Trabajo e Inmigración. VI Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo. Observatorio Estatal de Condiciones de Trabajo. Disponible en: [http://www.oect.es/Observatorio/Contenidos/InformesPropios/Desarrollados/Ficheros/Informe\\_VI\\_ENCT.pdf](http://www.oect.es/Observatorio/Contenidos/InformesPropios/Desarrollados/Ficheros/Informe_VI_ENCT.pdf).

Ministerio de Trabajo e Inmigración. Accidentes de Trabajo-Tráfico durante el año 2007. Observatorio Estatal de Condiciones de Trabajo, 2009. Disponible en: <http://www.oect.es/Observatorio/Contenidos/InformesPropios/Desarrollados/Informe%20Congreso%20Diputados%20tráfico%20incidencias.pdf>

Ministerio de Sanidad y Consumo. Enfermedad Cardiovascular en la Mujer. Estudio de la situación en España. Sociedad Española de Cardiología. Observatorio de Salud de la Mujer. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/enfCardiovascMujerEspana.pdf>

Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Observatorio de Salud de la Mujer. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/estrategiaPartoEnero2008.pdf>

Ministerio de Sanidad y Consumo. Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud. Instituto de Información Sanitaria. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007. Disponible en: <http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/reIndicINCLASNS.pdf>

Ministerio de Sanidad y Consumo. Informe Salud y Género 2005. Observatorio de Salud de la Mujer. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/InformeSaludGenero2005.pdf>

Ministerio de Sanidad y Consumo. Informe Salud y Género 2006. Observatorio de Salud de la Mujer. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008. Disponible en: <http://www.msc.es/ciudadanos/proteccionSalud/mujeres/docs/informeSaludGenero2006.pdf>

Ministerio de Sanidad y Consumo: La Esperanza de Vida Libre de Incapacidad: un indicador estructural, Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2004. Disponible en: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/InformeEVLI.pdf>.

Ministerio de Sanidad y Consumo. La salud de la población española en el contexto europeo y del Sistema Nacional de Salud. Indicadores de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005. Disponible en: <http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/tabla/Indicadores5.pdf>

Ministerio de Sanidad y Consumo. La situación del cáncer en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005. Disponible en: <http://www.isciii.es/htdocs/pdf/cancer-msc.pdf>.

Ministerio de Sanidad y Consumo. Mortalidad por cáncer, por enfermedad isquémica del corazón, por enfermedades cerebrovasculares y por diabetes mellitus en España. Instituto de Información Sanitaria. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en: [http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/MORTALIDAD\\_POR\\_ENFERMEDADES\\_CRONICAS.pdf](http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/MORTALIDAD_POR_ENFERMEDADES_CRONICAS.pdf)

Ministerio de Sanidad y Política Social. Encuesta Nacional Salud de España 2006 y anteriores. Disponible en: <http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/ense.htm>

Ministerio de Sanidad y Política Social. Estadística Interrupciones Voluntarias del Embarazo. Disponible en: <http://www.msps.es>.

*es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/home.htm#publicacion*

Ministerio de Sanidad y Política Social. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2007. Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/informeAnual2007/informeAnualSNS2007.pdf>

Ministerio de Sanidad y Política Social. Registro de alas de los hospitales del Sistema Nacional de Salud. CMBD. Disponible en: <http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/cmbdhome.htm>

Montero I, Aparicio D, Gómez-Beneyto M et al. Género y salud mental en un mundo cambiante. *Gac Sanit* 2004; 18(1): 175-81.

National Sleep Foundation. 2007 Sleep in American Poll. National Sleep Foundation. Disponible en: <http://www.sleepfoundation.org/site/c.huIXKjM0lxF/b.2574229/>.

Newell SA, Girgis A, Sanson-Fisher RW, Savolainen NJ. The accuracy of self-reported health behaviors and risk factors relating to cancer and cardiovascular disease in the general population: a critical review. *Am J Prev Med* 1999; 17(3):211-229.

O'Doherty JK, Holm L. Preferences, quantities and concerns: socio-cultural perspectives on the gendered consumption of foods. *Eur J Clin Nutr* 1999; 53(5):351-359.

Oguma Y, Sesso HD, Paffenbarger RS, Jr., Lee IM. Physical activity and all cause mortality in women: a review of the evidence. *Br J Sports Med* 2002; 36(3):162-172.

Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 1998 – La vida en el siglo XXI. Ginebra: OMS. Disponible en: <http://www.who.int/whr/1998/es/index.html>.

Organización Mundial de la Salud. Política de la OMS en Materia de Género. Integración de las perspectivas de género en labor de la OMS. Glosario sobre el género. Ginebra: OMS. Disponible en <http://www.who.int/gender/mainstreaming/ESPwhole.pdf>

Pate RR, Pratt M, Blair SN, Haskell WL, Macera CA, Bouchard C et al. Physical activity and public health. A recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. *JAMA* 1995; 273(5):402-407.

Power ML, Schulkin J. Sex differences in fat storage, fat metabolism, and the health risks from obesity: possible evolutionary origins. *Br J Nutr* 2008; 99(5):931-940.



Prieto A. Comparecencia ante la Ponencia de estudio de la problemática de la salud en España desde la perspectiva de género. Comisión conjunta de la Comisión de Sanidad y Consumo y de la Comisión de Trabajo y Asuntos Sociales. Senado 2006. Disponible en: [http://www.senado.es/legis8/publicaciones/html/maestro/index\\_10853.html](http://www.senado.es/legis8/publicaciones/html/maestro/index_10853.html)

Rankinen T, Zuberi A, Chagnon YC, Weisnagel SJ, Argyropoulos G, Walts B et al. The human obesity gene map: the 2005 update. *Obesity* (Silver Spring) 2006; 14(4):529-644.

Ransdell LB, Vener JM, Sell K. International perspectives: the influence of gender on lifetime physical activity participation. *J R Soc Promot Health* 2004; 124(1):12-14.

Roca P, Proenza AM, Palou A. Sex differences in the effect of obesity on human plasma tryptophan/large neutral amino acid ratio. *Ann Nutr Metab* 1999; 43(3):145-151.

Rohlfs I, Borrell, C, Fonseca M. Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos. *Gac Sanit* 2000; 14 (supl 3): 60-71.

Rozin P, Fischler C, Imada S, Sarubin A, Wrzesniewski A. Attitudes to food and the role of food in life in the U.S.A., Japan, Flemish Belgium and France: possible implications for the diet-health debate. *Appetite* 1999; 33(2):163-180.

Ruiz MT. Igualdad de oportunidades en los servicios sanitarios: sesgo de género como determinantes de la estructura de salud de la Comunidad. En: *Perspectivas de género en salud. Fundamentos científicos y socioprofesionales de diferencias sexuales no previstas*. Miqueo, Consuelo; Tomás, Concepción; Tejero, Cruz (eds). Madrid: Minerva 2001.

Ruiz MT, Papí N. Guía de Estadísticas de Salud con enfoque de género: análisis de Internet y recomendaciones. Disponible en: <http://www.msc.es/organización/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/guiaEstadisticasSaludEnfoqueGenero.pdf>.

Ruiz-Ramos M, Escolar A, Mayoral-Sánchez E et al. La diabetes mellitus en España: mortalidad, prevalencia, incidencia, costes económicos y desigualdades. *Gac Sanit* 2006; 20 (Supl 1): 15-24.

Sarria A, Timoner J. [Determination of influenza vaccination in persons 65 years of age and older]. *Rev Esp Salud Publica* 2002; 76(1):17-26.

Schiaffino A, Fernandez E, Borrell C, Salto E, Garcia M, Borrás JM. Gender and educational differences in smoking initiation rates in Spain from 1948 to 1992. *Eur J Public Health* 2003; 13(1):56-60.

Schiaffino A, Rodriguez M, Pasarin MI, Regidor E, Borrell C, Fernandez E. ¿Odds ratio o razón de proporciones? Su utilización en estudios transversales. *Gac Sanit* 2003; 17(1): 70-4.

Schroder H, Marrugat J, Covas M, Elosua R, Pena A, Weinbrenner T et al. Population dietary habits and physical activity modification with age. *Eur J Clin Nutr* 2004; 58(2):302-311.

Segar M, Jayaratne T, Hanlon J, Richardson CR. Fitting fitness into women's lives: effects of a gender-tailored physical activity intervention. *Womens Health Issues* 2002; 12(6):338-347.

Segovia J, Bartlett RF, Edwards AC. An empirical analysis of the dimensions of health status measures. *Soc Sci Med* 1989; 29: 761-8.

Serdula MK, Mokdad AH, Williamson DF, Galuska DA, Mendlein JM, Heath GW. Prevalence of attempting weight loss and strategies for controlling weight. *JAMA* 1999; 282(14):1353-1358.

Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria. Informe SESPAS 2004. La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. *Gac Sanit* 2004; 18(Supl 1).

Sociedad Española de Nutrición Comunitaria. Documento de consenso. Guías alimentarias para la población española. Barcelona: SG Editores; 1995.

[1995 Spanish consensus for the evaluation of obesity and to carry out epidemiologic studies. Spanish Society for the Study of Obesity]. *Med Clin (Barc)* 1996; 107(20):782-787.

Tobío, Constanza. Madres que trabajan: Dilemas y estrategias. Madrid: Cátedra. Colección Feminismos; 2005.

U.S.Department of Health and Human Services. 2001 Surgeon General's Report—Women and Smoking. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Centers for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2001.

U.S.Department of Health and Human Services. Physical Activity and Health: A report of the Surgeon General. Atlanta,GA: U S Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion [ 1996 Available from: *URL: <http://www.cdc.gov/nccdphp/sgr/sgr.htm>*.

Valls, C. Mujeres invisibles. Barcelona: Debolsillo; 2006.

Valls C. Dolor crónico y fatiga crónica: una asignatura pendiente. Med Clin (Barc). 2003; 121: 412-3.

Velasco S. Recomendaciones para la práctica del enfoque de género en programas de salud. Observatorio de Salud de la Mujer. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/recomendVelasco2008.pdf>.

Vilhjalmsson R, Kristjansdottir G. Gender differences in physical activity in older children and adolescents: the central role of organized sport. Soc Sci Med 2003; 56(2):363-374.

Warburton DE, Nicol CW, Bredin SS. Health benefits of physical activity: the evidence. CMAJ 2006; 174(6):801-809.

Weiss EC, Galuska DA, Khan LK, Serdula MK. Weight-control practices among U.S. adults, 2001-2002. Am J Prev Med 2006; 31(1):18-24.

Wharton CM, Adams T, Hampl JS. Weight loss practices and body weight perceptions among US college students. J Am Coll Health 2008; 56(5):579-584.

WHO Regional Office for Europe. The European tobacco control report 2007. Disponible en: <http://www.euro.who.int/document/e89842.pdf>.

Wilsnack RW, Vogeltanz ND, Wilsnack SC, Harris TR, Ahlstrom S, Bondy S et al. Gender differences in alcohol consumption and adverse drinking consequences: cross-cultural patterns. Addiction 2000; 95(2):251-265.

World Health Organization. Food and health in Europe: a new basis for action. Roberston A, Tirado C, Lobstein T, et al., editors. 2004. Geneva, World Health Organization. WHO Regional Publications European Series N° 96. Ref Type: Serial (Book, Monograph)

World Health Organization. International guide for monitoring alcohol consumption and related harm. Disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/HQ/2000/WHO\\_MSD\\_MSB\\_00.4.pdf](http://whqlibdoc.who.int/HQ/2000/WHO_MSD_MSB_00.4.pdf).

*Cuestionario encuesta  
nacional de salud 2006*

.....

*Anexo* **1**

.....

# Encuesta Nacional de Salud

## Cuestionario de Adultos (Personas de 16 y más años)



2

### 1. Datos de identificación de la sección

Provincia \_\_\_\_\_

Nº de orden de la sección \_\_\_\_\_

Municipio \_\_\_\_\_

Distrito/sección \_\_\_\_\_

Año/trimestre/bisemana \_\_\_\_\_

### 2. Identificación de la vivienda y hogar

Nº de orden de la vivienda \_\_\_\_\_

Nº de hogar dentro de la vivienda \_\_\_\_\_

### 3. Identificación de la persona seleccionada

Nombre \_\_\_\_\_

Nº de orden \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_

### 4. ¿El/la informante es la persona seleccionada?

Sí  1 → P 5.5 (Teléfono del/de la informante)

No  6

### 5. Identificación del/de la informante

**Entrevistador/a:** ¿El/la informante es miembro del hogar?

Sí  1 → nº de orden \_\_\_\_\_ → P 5.5

No  6

5.1 Nombre del/de la informante \_\_\_\_\_

5.2 Edad \_\_\_\_\_

5.3 Sexo  1 Varón  6 Mujer

5.4 Relación del/de la informante con el adulto seleccionado

Cónyuge o pareja  1 Otros familiares  5

Hijo/a  2 Servicios sociales  6

Padre/Madre  3 Voluntarios  7

Hermano/a  4 Otros  8

5.5 Teléfono del/de la informante \_\_\_\_\_

### 6. Fecha de cumplimentación

\_\_\_\_\_

Día Mes Año

### 7. Hora de inicio de la entrevista

\_\_\_\_\_

Hora Minutos

#### Naturaleza, características y finalidad

La Encuesta Nacional de Salud (ENS 2006) es una investigación estadística a nivel estatal, diseñada con la finalidad de obtener datos sobre el estado de la salud, utilización de servicios sanitarios, prevención, factores de riesgo, ... de las personas.

La trascendencia de estos objetivos y las características del servicio público de este estudio nos impulsan a solicitar, de forma voluntaria, su importante y valiosa colaboración.

#### Legislación

**Secreto estadístico:** serán objeto de protección y quedarán amparados por el secreto estadístico los datos personales que obtengan los servicios estadísticos, tanto directamente de los informantes como a través de las fuentes administrativas (Art. 13.1 de la Ley de la Función Estadística Pública de 9 de Mayo de 1999, LFEP). Todo el personal tendrá obligación de preservar el secreto estadístico (Art. 17.1 de la LFEP). Los servicios estadísticos podrán solicitar datos de todas las personas físicas y jurídicas, nacionales y extranjeras residentes en España (Art. 10.1 de la LFEP). Todas las personas físicas y jurídicas que suministren datos, tanto si su colaboración es obligatoria como voluntaria, deben contestar de forma veraz, exacta, completa y dentro del plazo a las preguntas ordenadas en la debida forma por parte de los servicios estadísticos (Art. 10.2 de la LFEP).

RD 17/1998 de la Función Estadística Pública.

**Entrevistador/a:** Recuerde que el/la entrevistado/a debe ser el/la adulto/a seleccionado/a salvo en los casos excepcionales recogidos en el manual.

## A. Trabajo reproductivo

**Entrevistador/a,** lea a/la la entrevistado/a: "En primer lugar le voy a realizar varias preguntas sobre el cuidado de las personas del hogar"

**1. ¿En su hogar viven personas que no sean capaces de cuidarse por sí mismas, como menores de 15 años, personas mayores de 74 años o bien personas con alguna discapacidad o limitación?**

Sí \_\_\_\_\_  1

No \_\_\_\_\_  6 → P11

**2. ¿Vive en el hogar algún menor de 15 años que requiera cuidados?**

Sí \_\_\_\_\_  1

No \_\_\_\_\_  6 → P5

**3. ¿Quién se ocupa de su cuidado, principalmente?**

Vd. solo/a \_\_\_\_\_  01

Vd. compartiéndolo con su pareja \_\_\_\_\_  02

Vd. compartiéndolo con otra persona que no es su pareja \_\_\_\_\_  03

Su pareja sola \_\_\_\_\_  04

Otra persona de la casa que no es su pareja \_\_\_\_\_  05

Una persona remunerada por ello \_\_\_\_\_  06

Otra persona que **NO** reside en el hogar \_\_\_\_\_  07

Los servicios sociales \_\_\_\_\_  08

Ninguna persona \_\_\_\_\_  09

Otra situación \_\_\_\_\_  10

Nº de orden

→ P5

**4. ¿Cuántas horas dedica Vd. a su cuidado?**

1. De lunes a viernes (promedio diario) N° de horas

2. Sábado más domingo N° de horas

**5. ¿Vive en el hogar algún mayor de 74 años que requiera cuidados?**

Sí \_\_\_\_\_  1

No \_\_\_\_\_  6 → P6

**6. ¿Quién se ocupa de su cuidado, principalmente?**

Vd. solo/a _____	<input type="checkbox"/>	01	
Vd. compartiéndolo con su pareja _____	<input type="checkbox"/>	02	
Vd. compartiéndolo con otra persona que no es su pareja _____	<input type="checkbox"/>	03	
Su pareja sola _____	<input type="checkbox"/>	04	
Otra persona de la casa que no es su pareja _____	<input type="checkbox"/>	05	→ N° de orden <input type="text"/>
Una persona remunerada por ello _____	<input type="checkbox"/>	06	
Otra persona que <b>NO</b> reside en el hogar _____	<input type="checkbox"/>	07	
Los servicios sociales _____	<input type="checkbox"/>	08	
Ninguna persona _____	<input type="checkbox"/>	09	
Otra situación _____	<input type="checkbox"/>	10	

→ P8

**7. ¿Cuántas horas dedica Vd. a su cuidado ?**

1. De lunes a viernes (promedio diario) _____	N° de horas	<input type="text"/>
2. Sábado más domingo _____	N° de horas	<input type="text"/>

**8. ¿Existe alguna persona con discapacidad o limitación que requiera cuidados?**

Si _____	<input type="checkbox"/>	1	
No _____	<input type="checkbox"/>	6	→ P11

**9. ¿Quién se ocupa de su cuidado, principalmente?**

Vd. solo/a _____	<input type="checkbox"/>	01	
Vd. compartiéndolo con su pareja _____	<input type="checkbox"/>	02	
Vd. compartiéndolo con otra persona que no es su pareja _____	<input type="checkbox"/>	03	
Su pareja sola _____	<input type="checkbox"/>	04	
Otra persona de la casa que no es su pareja _____	<input type="checkbox"/>	05	→ N° de orden <input type="text"/>
Una persona remunerada por ello _____	<input type="checkbox"/>	06	
Otra persona que <b>NO</b> reside en el hogar _____	<input type="checkbox"/>	07	
Los servicios sociales _____	<input type="checkbox"/>	08	
Ninguna persona _____	<input type="checkbox"/>	09	
Otra situación _____	<input type="checkbox"/>	10	

→ P11

**10. ¿Cuántas horas dedica Vd. a su cuidado?**

1. De Jueves a viernes (promedio diario) N° de horas
2. Sábado más domingo N° de horas

**11. En su casa, ¿quién se ocupa principalmente de las tareas del hogar, como fregar, cocinar, planchar ...?**

- Vd. solo/a  01
- Vd. compartiéndolo con su pareja  02
- Vd. compartiéndolo con otra persona que no es su pareja  03
- Su pareja sola  04
- Otra persona de la casa que no es su pareja  05
- Una persona remunerada por ello  06
- Otra persona que no reside en el hogar  07
- Los servicios sociales  08
- Ninguna persona  09
- Otra situación  10
- N° de orden
- anote Si en la P13
- P13

**12. ¿Cuántas horas dedica Vd. ?**

1. De Jueves a viernes (promedio diario) N° de horas
2. Sábado más domingo N° de horas

**13. ¿Tiene en su casa alguna persona remunerada para realizar el trabajo doméstico (limpiar, cocinar, planchar, ...)?**

- Sí  1
- No  6

**B. Estado de salud**

Entrevistador/a, leale al/a la entrevistado/s: Ahora voy a hacerle varias preguntas sobre su estado de salud.

**14. En los últimos doce meses, ¿diría que su estado de salud ha sido muy bueno, bueno, regular, malo, muy malo?**

- Muy bueno  1
- Bueno  2
- Regular  3
- Malo  4
- Muy malo  5



**15. A continuación le voy a leer una lista con una serie de enfermedades o problemas de salud, ¿padece o ha padecido alguna vez alguna de ellas?**

**Entrevistador/a:** léale a la persona entrevistada las enfermedades que se relacionan una a una anotando la respuesta que proceda. En el caso de que conteste "SI" en alguna de las opciones de 15.a formule las preguntas 15.b, 15.c y 15.d. Si la persona entrevistada es varón, anote **NO** en la opción 27 de 15.a y si es mujer anote **NO** en la opción 26 de 15.a directamente.

	15. a ¿Ha padecido alguna vez alguna de ellas?		En caso de respuesta afirmativa en la pregunta 15. a, preguntar y anotar lo que proceda					
	SÍ	NO	15. b ¿La ha padecido en los últimos 12 meses?		15. c ¿Le ha dicho un médico que la padece?		15. d ¿Está tomando o ha tomado medicación en los últimos 12 meses por esta problema?	
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
1. Tensión alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Infarto de miocardio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Otras enfermedades del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Varices en las piernas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Artrosis, artritis o reumatismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Dolor de espalda crónico (cervical)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Dolor de espalda crónico (lumbar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Alergia crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Bronquitis crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Úlcera de estómago o duodeno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Incontinencia urinaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Colesterol alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Cataratas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Problemas crónicos de piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Estreñimiento crónico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Depresión ansiedad u otros trastornos mentales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Embolia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Migraña o dolor de cabeza frecuente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Hemorroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Tumores malignos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Problemas de tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Problemas de próstata (sólo hombres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Problemas del período menopáusico (sólo mujeres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha padecido alguna otra enfermedad crónica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Entrevistador/a:** si en la pregunta 15 todas las respuestas de la columna 15.a han sido **NO** → pasar al Módulo C. Si alguna respuesta es **SI** → continuar en P16.

**16. Durante los últimos doce meses, ¿esa/s enfermedad/es o problema/s de salud, le ha/n limitado de alguna forma sus actividades habituales?**

Si  1  
 No  6

### C. Accidentalidad (últimos 12 meses)

**Entrevistador/a**, léale al el/la entrevistado/a: *A continuación voy a preguntarle si ha sufrido algún tipo de accidente, sus consecuencias, tratamiento, en los últimos doce meses.*

**17. Durante los últimos doce meses, ¿ha tenido algún accidente de cualquier tipo incluido intoxicación o quemadura?**

Sí  1  
 No  6 → **Módulo D**

**18. ¿De qué tipo y cuántas veces ha tenido este tipo de accidente?**

	Si	Nº de veces	No
1. Caída a desnivel (escalera, silla, ...)	<input type="checkbox"/> 1 →	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 6
2. Caída a nivel del suelo	<input type="checkbox"/> 1 →	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 6
3. Quemadura	<input type="checkbox"/> 1 →	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 6
4. Golpe	<input type="checkbox"/> 1 →	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 6
5. Intoxicación (excluidas las intoxicaciones alimentarias)	<input type="checkbox"/> 1 →	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 6
6. Accidente de tráfico como conductor o pasajero sufriendo daños físicos	<input type="checkbox"/> 1 →	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 6
7. Accidente de tráfico como peatón	<input type="checkbox"/> 1 →	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 6
8. Otros	<input type="checkbox"/> 1 →	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 6

**19. Y refiriéndonos, en concreto, al último accidente que haya tenido (si es que ha tenido varios en los últimos doce meses), ¿dónde tuvo lugar?**

En casa, escaleras, portal...  1  
 En la calle o carretera y fue un accidente de tráfico  2  
 En la calle, pero no fue un accidente de tráfico  3  
 En el trabajo  4  
 En el lugar de estudio  5  
 En una instalación deportiva  6  
 En una zona recreativa o de ocio  7  
 En otro lugar  8

**20. ¿Consultó con algún/a profesional sanitario/a, acudió a un centro de urgencias o ingresó en un hospital a consecuencia de este accidente?**

Consultó a un/a médico/a o enfermero/a  1  
 Acudió a un centro de urgencias  2  
 Ingresó en un hospital  3  
 No fue necesario hacer ninguna consulta ni intervención  4

**21. ¿Qué efecto o daño le produjo este accidente?**

**Entrevistador/a:** anote dos respuestas como máximo (las que el/la informante considere más importantes)

1. Contusiones, hematomas, esguinces-luxaciones o heridas superficiales   
 2. Fracturas o heridas profundas   
 3. Envenenamiento o intoxicación   
 4. Quemaduras   
 5. Otros efectos

## D. Restricción de la actividad (últimas dos semanas)

**Entrevistador/a**, léale al/a la entrevistado/a: "A continuación le voy a preguntar sobre restricciones en sus actividades habituales en las dos últimas semanas". Por favor piense en el tiempo pasado desde \_\_\_\_\_ (día que corresponde con dos semanas menos) hasta ayer".

**22. Durante las últimas dos semanas, ¿ha tenido que reducir o limitar sus actividades habituales al menos la mitad de un día, por alguno o varios dolores o síntomas?**

**Entrevistador/a**: si el tiempo que ha tenido que reducir o limitar sus actividades habituales ha sido la mitad de un día, anote 01.

Sí \_\_\_\_\_  1 → N° de días

No \_\_\_\_\_  6

**23. Durante las últimas dos semanas, ¿se ha visto obligado a quedarse más de la mitad de un día en cama por motivos de salud? (Si ha estado hospitalizado considere también los días pasados en el hospital).**

**Entrevistador/a**: si el tiempo que ha tenido que permanecer en la cama ha sido la mitad de un día, anote 01.

Sí \_\_\_\_\_  1 → N° de días

No \_\_\_\_\_  6

**Entrevistador/a**: si P22 = NO y P23 = NO, pase al Módulo E. Si en P22 ó P23 ha anotado SÍ, conteste a la/s columna/s correspondiente/s marcando con una X en P24.a ó P24.b los dolores o síntomas indicados por el entrevistado.

**24. ¿Cuáles han sido esos dolores o síntomas, que le han obligado a limitar o reducir sus actividades habituales y/o a guardar cama, al menos la mitad de un día?**

	24.a Actividad habitual	24.b Guardar cama
01. Dolor de huesos, de espalda o de las articulaciones _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02. Problemas de nervios, depresión o dificultad para dormir _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03. Problemas de garganta, tos, catarro o gripe _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04. Dolor de cabeza _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05. Contusión, lesión o heridas _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06. Dolor de oídos, otitis _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07. Diarrea o problemas intestinales _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08. Ronchas, picor, alergias _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09. Molestias de riñón o urinarias _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Problemas de estómago, digestivo, hígado o vesícula biliar _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Fiebre _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Problemas con los dientes o encías _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Mareos o vahidos _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Dolor en el pecho _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Tobillos hinchados _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Ahogo, dificultad para respirar _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Cansancio sin razón aparente _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Dolor menstrual _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Otros dolores o síntomas _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## F. Salud mental y estrés laboral

**26. Ahora, nos gustaría saber cómo ha estado de salud, en general, durante las últimas semanas. Por favor, conteste a todas las preguntas indicando la respuesta que, a su juicio, mejor puede aplicarse a usted. Recuerde que sólo debe responder sobre los problemas recientes y los que tiene ahora, no sobre los que tuvo en el pasado. Es importante que intente contestar todas las preguntas**

**Entrevistador/a,** dígame al/a la entrevistado/a: "Voy a entregarle una hoja con las preguntas sobre la frecuencia con la que se ha sentido o encontrado como dice cada pregunta. Cuando le pregunte, dígame sólo el número de su respuesta. Tenga en cuenta que las respuestas no son iguales para todas las preguntas". (Entregue la tarjeta Ad-1. Lea una a una cada pregunta y registre el número de la respuesta dada por el entrevistado).

### Últimamente:

- |  |   |   |  |  |
|--|---|---|--|--|
| 1. ¿Ha podido concentrarse bien en lo que hacía?                           | Mejor que lo habitual <input type="checkbox"/> 0    | Igual que lo habitual <input type="checkbox"/> 1  | Menos que lo habitual <input type="checkbox"/> 2       | Mucho menos que lo habitual <input type="checkbox"/> 3       |
| 2. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?                    | No, en absoluto <input type="checkbox"/> 0          | No más que lo habitual <input type="checkbox"/> 1 | Algo más que lo habitual <input type="checkbox"/> 2    | Mucho más que lo habitual <input type="checkbox"/> 3         |
| 3. ¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?             | Más útil que lo habitual <input type="checkbox"/> 0 | Igual que lo habitual <input type="checkbox"/> 1  | Menos útil que lo habitual <input type="checkbox"/> 2  | Mucho menos útil que lo habitual <input type="checkbox"/> 3  |
| 4. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?                               | Más que lo habitual <input type="checkbox"/> 0      | Igual que lo habitual <input type="checkbox"/> 1  | Menos que lo habitual <input type="checkbox"/> 2       | Mucho menos que lo habitual <input type="checkbox"/> 3       |
| 5. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?                     | No, en absoluto <input type="checkbox"/> 0          | No más que lo habitual <input type="checkbox"/> 1 | Algo más que lo habitual <input type="checkbox"/> 2    | Mucho más que lo habitual <input type="checkbox"/> 3         |
| 6. ¿Ha tenido la sensación de que no puede superar sus dificultades?       | No, en absoluto <input type="checkbox"/> 0          | No más que lo habitual <input type="checkbox"/> 1 | Algo más que lo habitual <input type="checkbox"/> 2    | Mucho más que lo habitual <input type="checkbox"/> 3         |
| 7. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?    | Más que lo habitual <input type="checkbox"/> 0      | Igual que lo habitual <input type="checkbox"/> 1  | Menos que lo habitual <input type="checkbox"/> 2       | Mucho menos que lo habitual <input type="checkbox"/> 3       |
| 8. ¿Ha sido capaz de hacer frente adecuadamente a sus problemas?           | Más capaz de lo habitual <input type="checkbox"/> 0 | Igual que lo habitual <input type="checkbox"/> 1  | Menos capaz que lo habitual <input type="checkbox"/> 2 | Mucho menos capaz que lo habitual <input type="checkbox"/> 3 |
| 9. ¿Se ha sentido poco feliz o deprimido?                                  | No, en absoluto <input type="checkbox"/> 0          | No más que lo habitual <input type="checkbox"/> 1 | Algo más que lo habitual <input type="checkbox"/> 2    | Mucho más que lo habitual <input type="checkbox"/> 3         |
| 10. ¿Ha perdido confianza en sí mismo?                                     | No, en absoluto <input type="checkbox"/> 0          | No más que lo habitual <input type="checkbox"/> 1 | Algo más que lo habitual <input type="checkbox"/> 2    | Mucho más que lo habitual <input type="checkbox"/> 3         |
| 11. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?            | No, en absoluto <input type="checkbox"/> 0          | No más que lo habitual <input type="checkbox"/> 1 | Algo más que lo habitual <input type="checkbox"/> 2    | Mucho más que lo habitual <input type="checkbox"/> 3         |
| 12. ¿Se siente razonablemente feliz considerando todas las circunstancias? | Más que lo habitual <input type="checkbox"/> 0      | Igual que lo habitual <input type="checkbox"/> 1  | Menos que lo habitual <input type="checkbox"/> 2       | Mucho menos que lo habitual <input type="checkbox"/> 3       |

**Entrevistador/a:** ¿el/la entrevistado/a se encontraba trabajando o con baja de tres meses o superior en la semana anterior?. (Ver la pregunta 2 del módulo C.1 del cuestionario de hogar).

Sí  1

No  6 → **Módulo G**

**Entrevistador/a,** léale al/a la entrevistado/a: *El trabajo influye en el bienestar de las personas. Las siguientes preguntas van dirigidas a conocer cuáles son las condiciones en que realiza el trabajo.*

**27. Globalmente y teniendo en cuenta las condiciones en que realiza su trabajo, indique cómo considera Vd. el nivel de estrés de su trabajo, según una escala de 1 (nada estresante) a 7 (muy estresante).**

1     2     3     4     5     6     7

**28. Teniendo en cuenta las características de su trabajo, indique en qué medida considera su trabajo satisfactorio según una escala de 1 (nada satisfactorio) a 7 (muy satisfactorio).**

1     2     3     4     5     6     7

## G. Utilización de servicios sanitarios

**Entrevistador/a,** léale al entrevistado/a: *A continuación voy a hacerle preguntas sobre la utilización de diferentes servicios sanitarios.*

### G 1. Consultas médicas

**Entrevistador/a,** léale al/a la entrevistado/a: *Para empezar, quisiera conocer las consultas médicas que usted ha realizado.*

**29. ¿Cuánto tiempo hace que realizó una consulta médica (personalmente o por teléfono) por última vez, por algún problema, molestia o enfermedad suya?**

No incluya, las consultas de estomatología o dentista ni la realización de pruebas diagnósticas como radiografías, análisis, ... ni las consultas realizadas durante las hospitalizaciones.

Hace cuatro semanas o menos:  1  
Hace más de cuatro semanas y menos de un año:  2 → N° de meses   
Hace un año o más:  3 → N° de años  → **P38**  
Nunca ha ido al/a la médico/a:  4

**30. ¿Cuántas veces ha consultado con un/a médico/a de familia en las últimas cuatro semanas por algún problema, molestia o enfermedad suya?**

Nº de veces   
No sabe/no recuerda   
No contesta

**31. ¿Cuántas veces ha consultado con un/a especialista en las cuatro últimas semanas por algún problema, molestia o enfermedad suya?**

Nº de veces   
No sabe/no recuerda   
No contesta

**32. ¿Cuál era la especialidad del/de la último/a médico/a al/a la que consultó en estas cuatro últimas semanas?**

**Entrevistador/a:** no lea la opciones de respuesta, sólo anote la que espontáneamente conteste la persona entrevistada.

- |                                   |                          |    |
|-----------------------------------|--------------------------|----|
| Médico de familia _____           | <input type="checkbox"/> | 01 |
| Alergología _____                 | <input type="checkbox"/> | 02 |
| Aparato digestivo _____           | <input type="checkbox"/> | 03 |
| Cardiología _____                 | <input type="checkbox"/> | 04 |
| Cirugía general y digestiva _____ | <input type="checkbox"/> | 05 |
| Cirugía cardiovascular _____      | <input type="checkbox"/> | 06 |
| Cirugía vascular _____            | <input type="checkbox"/> | 07 |
| Dermatología _____                | <input type="checkbox"/> | 08 |
| Endocrinología y nutrición _____  | <input type="checkbox"/> | 09 |
| Geriatría _____                   | <input type="checkbox"/> | 10 |
| Ginecología-obstetricia _____     | <input type="checkbox"/> | 11 |
| Medicina interna _____            | <input type="checkbox"/> | 12 |
| Nefrología _____                  | <input type="checkbox"/> | 13 |
| Neumología _____                  | <input type="checkbox"/> | 14 |
| Neurocirugía _____                | <input type="checkbox"/> | 15 |
| Neurología _____                  | <input type="checkbox"/> | 16 |
| Oftalmología _____                | <input type="checkbox"/> | 17 |
| Oncología _____                   | <input type="checkbox"/> | 18 |
| Otorrinolaringología _____        | <input type="checkbox"/> | 19 |
| Psiquiatría _____                 | <input type="checkbox"/> | 20 |
| Rehabilitación _____              | <input type="checkbox"/> | 21 |
| Reumatología _____                | <input type="checkbox"/> | 22 |
| Traumatología _____               | <input type="checkbox"/> | 23 |
| Urología _____                    | <input type="checkbox"/> | 24 |
| Otra especialidad _____           | <input type="checkbox"/> | 25 |

**33. ¿Dónde tuvo lugar la última consulta realizada durante las últimas cuatro semanas?**

- |   |                          |    |
|---|--------------------------|----|
| Centro de Salud/Consultorio _____           | <input type="checkbox"/> | 01 |
| Ambulatorio/Centro de especialidades _____  | <input type="checkbox"/> | 02 |
| Consulta externa de un hospital _____       | <input type="checkbox"/> | 03 |
| Servicio de urgencias no hospitalario _____ | <input type="checkbox"/> | 04 |
| Servicio de urgencias de un hospital _____  | <input type="checkbox"/> | 05 |
| Consulta de médico/a particular _____       | <input type="checkbox"/> | 06 |
| Consulta de médico/s de una sociedad _____  | <input type="checkbox"/> | 07 |
| Empresa o lugar de trabajo _____            | <input type="checkbox"/> | 08 |
| Domicilio del/de la entrevistado/a _____    | <input type="checkbox"/> | 09 |
| Consulta telefónica _____                   | <input type="checkbox"/> | 10 |
| Otro lugar _____                            | <input type="checkbox"/> | 11 |

→ P37

**34. ¿Cuál fue el motivo principal de esta última consulta?**

- Diagnóstico de una enfermedad o problema de salud  1  
Un accidente o agresión  2  
Revisión  3  
Sólo dispensación de recetas  4 → P36  
Parte de baja, confirmación o alta  5  
Otros motivos  6

**35. Y esta última vez, ¿cuánto tiempo pasó desde que empezó a notarse enfermo/a o sintió que tenía algún problema de salud hasta que pidió cita para consulta?**

1. Meses     
2. Días     
3. Horas     
No sabe/no recuerda   
No contesta

**36. Y también esta última vez, ¿cuánto tiempo pasó desde que pidió la cita hasta que le vio el/la médico/a?**

1. Meses     
2. Días     
3. Horas     
No sabe/no recuerda   
No contesta

**37. El/la médico/a al/a la que acudió en esta última consulta realizada era de:**

- Sanidad pública (Seguridad Social)  1  
Sociedad médica  2  
Consulta privada  3  
Otros (Igual médico/a, médico/a de empresa, ...)  4

**38. ¿En las últimas cuatro semanas se ha hecho algún tipo de prueba no urgente como radiografías, ecografías, análisis, ...?**

- Sí  1  
No  0 → P40

**39. ¿Cuáles de las siguientes pruebas se ha hecho y cuánto tiempo tardó en hacérselas desde que pidió cita?**

	Sí <input type="checkbox"/> → No <input type="checkbox"/>	Tiempo desde la cita		No sabe/ no recuerda <input type="checkbox"/>	No contesta <input type="checkbox"/>
		Meses	Días		
1. Radiografía _____	<input type="checkbox"/> → <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. TAC _____	<input type="checkbox"/> → <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ecografía _____	<input type="checkbox"/> → <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Resonancia magnética _____	<input type="checkbox"/> → <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Análisis _____	<input type="checkbox"/> → <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Otras _____	<input type="checkbox"/> → <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**40. En las últimas cuatro semanas, ¿ha consultado con alguno de los/las siguientes profesionales?**

Entrevistador/s, si la persona entrevistada es varón, anote NO en la opción 3.

	Sí <input type="checkbox"/> → No <input type="checkbox"/>	Nº de veces	No sabe/ no recuerda <input type="checkbox"/>	No contesta <input type="checkbox"/>
1. Enfermería _____	<input type="checkbox"/> → <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Fisioterapeuta _____	<input type="checkbox"/> → <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Matrona (sólo mujeres) _____	<input type="checkbox"/> → <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**G 2. Necesidad de asistencia médica en los últimos 12 meses**

**41. En los últimos 12 meses, ¿alguna vez ha necesitado asistencia médica y no la ha recibido?**

Sí \_\_\_\_\_  1

No \_\_\_\_\_  6 → **Módulo G 3**



#### 42. ¿Cuál ha sido la causa principal por la que no ha recibido esa asistencia?

**Entrevistador/a:** no debe leer a la persona entrevistada las alternativas de respuesta sino señalar aquella que le facilite espontáneamente, siempre que coincida con alguna de las incluidas en las opciones 1 a 9. Si la respuesta no coincide con ninguna de estas opciones, señale la alternativa 10, "Otra causa".

- |   |                          |    |
|---|--------------------------|----|
| No pudo conseguir cita                          | <input type="checkbox"/> | 01 |
| No pudo dejar el trabajo                        | <input type="checkbox"/> | 02 |
| Era demasiado caro/no tenía dinero              | <input type="checkbox"/> | 03 |
| No tenía medio de transporte                    | <input type="checkbox"/> | 04 |
| Porque estaba demasiado nervioso/a y asustado/a | <input type="checkbox"/> | 05 |
| El seguro no lo cubría                          | <input type="checkbox"/> | 06 |
| No tenía seguro                                 | <input type="checkbox"/> | 07 |
| Había que esperar demasiado                     | <input type="checkbox"/> | 08 |
| No pudo por sus obligaciones familiares         | <input type="checkbox"/> | 09 |
| Otra causa                                      | <input type="checkbox"/> | 10 |

### G 3. Seguro Sanitario

#### 43. ¿Podría decirme ahora, de cuál/es de las siguientes modalidades de seguro sanitario (público y/o privado) es Ud. titular o beneficiario?

**Entrevistador/a:** anote como máximo dos respuestas, las que el/la informante considere prioritarias.

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| 1. Seguridad Social  | <input type="checkbox"/> |
| 2. Empresas colaboradoras de la Seguridad Social   | <input type="checkbox"/> |
| 3. Mutualidades del Estado (MUFACE, ISFAS, ...) acogidas a la Seguridad Social                   | <input type="checkbox"/> |
| 4. Mutualidades del Estado (MUFACE, ISFAS, ...) acogidas a un seguro privado                     | <input type="checkbox"/> |
| 5. Seguro médico privado, concertado individualmente (SANITAS, ASISA, Colegios Profesionales...) | <input type="checkbox"/> |
| 6. Seguro médico privado concertado por la empresa   | <input type="checkbox"/> |
| 7. No tiene seguro médico, utiliza siempre médicos privados                                      | <input type="checkbox"/> |
| 8. Otras situaciones   | <input type="checkbox"/> |

### G 4. Visitas a estomatología, dentista e higienista dental

**Entrevistador/a,** leale al/a entrevistado/a: A continuación voy a hacerle algunas preguntas sobre su salud dental.

#### 44. ¿Cuánto tiempo hace que acudió al/a dentista, estomatólogo/a o higienista dental para examen, consejo o tratamiento de problemas de su dentadura o boca?

- |   |                          |   |   |                                    |                      |
|---|--------------------------|---|---|------------------------------------|----------------------|
| Hace 3 meses o menos                    | <input type="checkbox"/> | 1 | → | Nº de veces en los últimos 3 meses | <input type="text"/> |
| Hace más de 3 meses y menos de 12 meses | <input type="checkbox"/> | 2 | → | Nº de meses                        | <input type="text"/> |
| Hace un año o más                       | <input type="checkbox"/> | 3 | → | Nº de años                         | <input type="text"/> |
| Nunca ha ido                            | <input type="checkbox"/> | 4 | → | <b>P 47</b>                        |                      |

**45. La última vez que acudió, ¿cuáles/o cuáles de los siguientes tipos de asistencia recibió?**

	Sí	No
01. Revisión o chequeo _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
02. Limpieza de boca _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
03. Empastes (obturaciones), endodancias _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
04. Extracción de algún diente/ muela _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
05. Fundas, puentes u otro tipo de prótesis _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
06. Tratamiento de las enfermedades de las encías _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
07. Ortodancia _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
08. Aplicación de flúor _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
09. Otro tipo de asistencia _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6

**46. El/la dentista, estomatólogo/a o higienista dental al que consultó esta última vez era de:**

Sanidad Pública (Seguridad Social) _____	<input type="checkbox"/> 1
Ayuntamiento _____	<input type="checkbox"/> 2
Sociedad médica _____	<input type="checkbox"/> 3
Consulta privada _____	<input type="checkbox"/> 4
Otros (Iguala médica ...) _____	<input type="checkbox"/> 5

**47. ¿Cuál es el estado de sus dientes y muelas?**

	Sí	No
1. Tiene caries _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
2. Le han extraído dientes/muelas _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
3. Tiene dientes/muelas empastados (obturados) _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
4. Le sangran las encías al cepillarse o espontáneamente _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
5. Se le mueven los dientes/muelas _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
6. Lleva fundas (coronas), puentes, otro tipo de prótesis o dentadura postiza _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
7. Le faltan dientes/ muelas que no han sido sustituidos por prótesis _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
8. Tiene o conserva todos sus dientes/muelas naturales _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6

**G 5. Hospitalizaciones (últimos 12 meses)**

**Entrevistador/a,** léale a/l/a la entrevistado/a: *Las siguientes preguntas tratan sobre sus posibles ingresos en hospitales.*

**48. Durante los últimos doce meses, ¿ha tenido que ingresar en un hospital como paciente al menos durante una noche?**

Sí _____	<input type="checkbox"/> 1	
No _____	<input type="checkbox"/> 6	→ P57

**49. ¿Cuántas veces ha estado hospitalizado/a en estos últimos doce meses?**

Nº de veces

---

**50. En relación a su último ingreso hospitalario ocurrido en los últimos doce meses, ¿cuántos días estuvo ingresado/a en el hospital?**

Nº de veces  (mínimo un día)

---

**51. En relación también a este último ingreso hospitalario, ¿cuál fue el motivo de su ingreso en el hospital?**

- Intervención quirúrgica  1  
Estudio médico para diagnóstico  2  
Tratamiento médico sin intervención quirúrgica  3  
Parto (incluye cesárea)  4 → P54  
Otros motivos  5
- 

**52. ¿Estuvo en lista de espera por este motivo?**

- Sí  1  
No  6 → P54
- 

**53. ¿Cuánto tiempo en meses estuvo en lista de espera desde que le dijeron que tenía que ingresar?**

**Entrevistador/a, si el tiempo que estuvo en lista de espera fue menos de un mes, anote 00.**

- Nº de meses   
No sabe/no recuerda   
No contesta
- 

**54. En relación a su último ingreso hospitalario, ¿cuál fue la forma de ingreso?**

- A través del servicio de urgencias  1  
Ingreso ordinario (no por urgencias)  2
- 

**55. ¿A cargo de quién corrieron los gastos de su hospitalización?**

- Sanidad pública (Seguridad Social)  1  
Mutualidad obligatoria (MUFACE, ISFAS ...)  2  
Sociedad médica privada  3  
A su propio cargo o de su hogar  4  
A cargo de otras personas, organismos o instituciones  5  
No sabe/no recuerda  8  
No contesta  9
-

56. ¿Le dieron a usted, o le enviaron a su domicilio, un informe de alta cuando salió del hospital?

- Sí \_\_\_\_\_  1  
No \_\_\_\_\_  6  
No sabe/no recuerda \_\_\_\_\_  8  
No contesta \_\_\_\_\_  9
- 

57. Durante los últimos doce meses, ¿ha ingresado usted para una intervención, tratamiento o hacerse alguna prueba en un hospital de día, es decir, permaneciendo en él durante todo o parte del día pero sin tener que pasar allí la noche?

*(Incluya ingresos en cama o sillón cama, no incluya estancias en urgencias ni en observación).*

- Sí \_\_\_\_\_  1  
No \_\_\_\_\_  6 → **Módulo G 6**
- 

58. ¿Cuál fue la razón del último ingreso que haya tenido en el Hospital de día?

- Un tratamiento \_\_\_\_\_  1  
Una intervención quirúrgica \_\_\_\_\_  2 → **Módulo G 6**  
Otros motivos \_\_\_\_\_  3 → **Módulo G 6**
- 

59. ¿Cuántas veces ha tenido que acudir al hospital de día para recibir este tratamiento?

- Nº de veces \_\_\_\_\_   
No sabe/no recuerda \_\_\_\_\_   
No contesta \_\_\_\_\_
- 

## G 6. Servicios de urgencias (últimos 12 meses)

---

**Entrevistador/a, leale al/a la informante: Para terminar este apartado, voy a preguntarle ahora por su posible utilización de los servicios de urgencias.**

60. En estos últimos doce meses, ¿ha tenido que utilizar algún servicio de urgencias por algún problema o enfermedad?

- Sí \_\_\_\_\_  1  
No \_\_\_\_\_  6 → **Módulo H**
- 

61. Y en total, ¿cuántas veces tuvo que utilizar un servicio de urgencias en estos doce meses?

- Nº de veces \_\_\_\_\_   
No sabe/no recuerda \_\_\_\_\_   
No contesta \_\_\_\_\_
-

**62. ¿Dónde fue atendido/a la última vez?**

- |   | Si                         | No                         |
|---|----------------------------|----------------------------|
| 1. En el lugar donde se encontraba (domicilio, lugar de trabajo...) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 |
| 2. En una unidad móvil  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 |
| 3. En un centro o servicio de urgencias                             | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 |

**63. La última vez que utilizó un servicio de urgencias, ¿cuánto tiempo pasó desde que empezó a notarse enfermo/a o sintió que tenía algún problema de salud hasta que pidió asistencia?**

1. Días
2. Horas
3. Minutos
- No sabe/no recuerda
- No contesta

**64. Y también esta última vez que utilizó un servicio de urgencias, ¿cuánto tiempo pasó desde que pidió asistencia hasta que fue atendido/a?**

Entrevistador/a: si la asistencia fue inmediata, anotar 00 en horas y en minutos.

1. Horas
2. Minutos
- No sabe/no recuerda
- No contesta

**65. Y también esta última vez que utilizó un servicio de urgencias en estos doce últimos meses, ¿qué tipo de servicio utilizó?**

- |  |                            |            |
|--|----------------------------|------------|
| Hospital de la sanidad pública (Seguridad Social)                              | <input type="checkbox"/> 1 | → Módulo H |
| Servicio de urgencias no hospitalario de la sanidad pública (Seguridad Social) | <input type="checkbox"/> 2 |            |
| Centro no hospitalario de la sanidad pública (Centro de Salud...)              | <input type="checkbox"/> 3 |            |
| Servicio privado de urgencias  | <input type="checkbox"/> 4 |            |
| Sanatorio, hospital o clínica privada  | <input type="checkbox"/> 5 |            |
| Casa de socorro o servicio de urgencias del ayuntamiento                       | <input type="checkbox"/> 6 |            |
| Otro tipo de servicio  | <input type="checkbox"/> 7 |            |

**66. ¿Por qué fue a un servicio de urgencias?**

- Porque el/la médico/a se lo mandó  1
- Porque usted, sus familiares u otras personas lo consideraron necesario  2

## H. Hábitos de vida

**Entrevistador/a, léale a/a la entrevistado/a:** Las siguientes preguntas se refieren a hábitos de vida relacionados con la salud.

### H 1. Consumo de tabaco

**Entrevistador/a, léale a/a la entrevistado/a:** Para comenzar le preguntaré sobre el consumo de tabaco.

#### 67. ¿Podría decirme si actualmente fuma?

- Si fuma diariamente \_\_\_\_\_  1 → P68  
Si fuma, pero no diariamente \_\_\_\_\_  2 → P71  
No fuma actualmente, pero ha fumado antes \_\_\_\_\_  3 → P75  
No fuma, ni ha fumado nunca de manera habitual \_\_\_\_\_  4 → P79

#### PARA PERSONAS QUE FUMAN A DIARIO

#### 68. ¿Qué tipo y cantidad de tabaco fuma por término medio al día?

1. Número de cigarrillos \_\_\_\_\_   
2. Número de pipas \_\_\_\_\_   
3. Número de puros \_\_\_\_\_

#### 69. ¿A qué edad comenzó a fumar?

Edad en años \_\_\_\_\_

#### 70. ¿Diría que fuma ahora más, menos o igual que hace dos años?

- Más \_\_\_\_\_  1  
Menos \_\_\_\_\_  2 → Módulo H 2  
Igual \_\_\_\_\_  3

#### PARA PERSONAS QUE FUMAN, PERO NO DIARIAMENTE

#### 71. ¿Con qué frecuencia suele fumar?

- Al menos tres o cuatro veces por semana \_\_\_\_\_  1  
Una o dos veces por semana \_\_\_\_\_  2  
Con menos frecuencia \_\_\_\_\_  3

#### 72. Y el día que fuma, ¿qué tipo y cantidad de tabaco fuma por término medio?

1. Número de cigarrillos \_\_\_\_\_   
2. Número de pipas \_\_\_\_\_   
3. Número de puros \_\_\_\_\_

**73. ¿A qué edad comenzó a fumar?**

Edad en años \_\_\_\_\_

---

**74. ¿Diría que fuma ahora más, menos o igual que hace dos años?**

Más \_\_\_\_\_  1  
Menos \_\_\_\_\_  2 → P79  
Igual \_\_\_\_\_  3

---

**PARA PERSONAS QUE NO FUMAN ACTUALMENTE, PERO HAN FUMADO ANTES**

**75. ¿A qué edad comenzó a fumar?**

Edad en años \_\_\_\_\_

---

**76. ¿Cuánto tiempo hace que dejó de fumar?**

1. Años \_\_\_\_\_    
2. Meses \_\_\_\_\_

---

**77. ¿Cuáles fueron los dos principales motivos que le llevaron a tomar esa decisión?**

Entrevistador/a, puede señalar 2 opciones como máximo.

1. Se lo aconsejó el/la médico/a \_\_\_\_\_
  2. Sentía molestias por causa del tabaco \_\_\_\_\_
  3. Aumentó su grado de preocupación por los efectos nocivos del tabaco (riesgo para la salud) \_\_\_\_\_
  4. Embarazo \_\_\_\_\_
  5. Sentía que disminuía su rendimiento psíquico y/o físico en general \_\_\_\_\_
  6. Lo decidió solo/a, por propia voluntad \_\_\_\_\_
  7. Otros motivos (especificar) .....
- 

**78. ¿Qué tipo y cantidad de tabaco fumaba por término medio al día?**

1. Número de cigarrillos \_\_\_\_\_    
2. Número de pipas \_\_\_\_\_    
3. Número de puros \_\_\_\_\_

---

79. ¿Cuánto tiempo como promedio diario acostumbra a estar usted en ambientes cargados de humo del tabaco fuera de casa y fuera del trabajo?

Entrevistador/a, anote en cada pregunta el código de respuesta adecuado.

	Nada	Menos de 1 hora	De 1 a 4 horas	Más de 4 horas
1. De lunes a jueves	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2. De viernes a domingo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

80. ¿Alguna persona fuma habitualmente en la vivienda?

Sí \_\_\_\_\_  1 → N° de personas   
No \_\_\_\_\_  6

## H2. Consumo de bebidas con alcohol

81. Ahora quisiera hacerle unas preguntas respecto al consumo de bebidas alcohólicas, es decir, cualquier tipo de bebida que contenga alcohol, independientemente de su graduación. ¿Ha bebido Vd. en las últimas dos semanas alguna bebida alcohólica?

Sí \_\_\_\_\_  1 → P84  
No \_\_\_\_\_  6

82. ¿Ha bebido Vd. en los últimos 12 meses alguna bebida alcohólica?

Sí \_\_\_\_\_  1 → P84  
No \_\_\_\_\_  6

83. ¿Ha bebido Vd. en alguna ocasión alguna bebida alcohólica?

Sí \_\_\_\_\_  1  
No \_\_\_\_\_  6 → Módulo H3



**84. Y con respecto al consumo de bebidas alcohólicas de los siguientes tipos, ¿podría decirme con qué frecuencia y en qué cantidad de vasos o copas las consume Vd.?**

**Entrevistador/a,** léale/lla a la entrevistado/a: "Voy a entregarle una hoja con las respuestas sobre la frecuencia con la que puede consumir los diferentes tipos de bebidas alcohólicas. Cuando le pregunte, dígame sólo el número de su respuesta". Entregue la tarjeta Ad-2. Plantee uno a uno cada tipo de bebida. Para todas las respuestas diferentes de "Nunca", pregunte a continuación por el número de veces y después por el número de copas cada vez antes de pasar al siguiente tipo de bebida.

Tipo de bebidas	A diario	Semanalmente	Mensualmente	Por lo menos una vez al año y menos de una vez al mes.	Menos de una vez al año	Nunca
<b>1. Vino o cava</b>	<input type="checkbox"/> 1 Nº de veces <input type="text"/> Nº de copas cada vez <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 2 Nº de veces <input type="text"/> Nº de copas cada vez <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 3 Nº de veces <input type="text"/> Nº de copas cada vez <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 4 Nº de veces <input type="text"/> Nº de copas cada vez <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 5 Nº de veces <input type="text"/> Nº de copas cada vez <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 6
<b>2. Cerveza con alcohol</b>	<input type="checkbox"/> 1 Nº de veces <input type="text"/> Nº de copas cada vez <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 2 Nº de veces <input type="text"/> Nº de copas cada vez <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 3 Nº de veces <input type="text"/> Nº de copas cada vez <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 4 Nº de veces <input type="text"/> Nº de copas cada vez <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 5 Nº de veces <input type="text"/> Nº de copas cada vez <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 6
<b>3. Aperitivos con alcohol</b>	<input type="checkbox"/> 1 Nº de veces <input type="text"/> Nº de copas cada vez <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 2 Nº de veces <input type="text"/> Nº de copas cada vez <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 3 Nº de veces <input type="text"/> Nº de copas cada vez <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 4 Nº de veces <input type="text"/> Nº de copas cada vez <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 5 Nº de veces <input type="text"/> Nº de copas cada vez <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 6
<b>4. Sidra</b>	<input type="checkbox"/> 1 Nº de veces <input type="text"/> Nº de copas cada vez <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 2 Nº de veces <input type="text"/> Nº de copas cada vez <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 3 Nº de veces <input type="text"/> Nº de copas cada vez <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 4 Nº de veces <input type="text"/> Nº de copas cada vez <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 5 Nº de veces <input type="text"/> Nº de copas cada vez <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 6
<b>5. Combinados, brandy o licores</b>	<input type="checkbox"/> 1 Nº de veces <input type="text"/> Nº de copas cada vez <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 2 Nº de veces <input type="text"/> Nº de copas cada vez <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 3 Nº de veces <input type="text"/> Nº de copas cada vez <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 4 Nº de veces <input type="text"/> Nº de copas cada vez <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 5 Nº de veces <input type="text"/> Nº de copas cada vez <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 6
<b>6. Whisky</b>	<input type="checkbox"/> 1 Nº de veces <input type="text"/> Nº de copas cada vez <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 2 Nº de veces <input type="text"/> Nº de copas cada vez <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 3 Nº de veces <input type="text"/> Nº de copas cada vez <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 4 Nº de veces <input type="text"/> Nº de copas cada vez <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 5 Nº de veces <input type="text"/> Nº de copas cada vez <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 6

85. Para cada una de estas bebidas, ¿suele consumirlas sólo los fines de semana (incluso viernes por la tarde), sólo entre semana o en ambos indistintamente?

Entrevistador/a: marque directamente la columna 0 No Consume, en todas aquellas bebidas en las que en la pregunta anterior el/la entrevistado/a ha contestado que no las consume nunca.

	No consume	Fin de semana (desde el viernes por la tarde)	Entre semana (no incluye viernes por la tarde)	Ambos indistintamente
1. Vino o cava _____	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
2. Cerveza con alcohol _____	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
3. Aperitivos con alcohol _____	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4. Sidra _____	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
5. Combinados, brandy o licores, _____	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
6. Whisky _____	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

86. ¿Qué edad tenía cuando comenzó a tomar bebidas alcohólicas de forma regular?

Entrevistador/a, no se refiere a cuando dio un sorbo o probó una determinada bebida, sino a cuando bebía por sí solo/a,

Edad en años \_\_\_\_\_

### H 3. Descanso y ejercicio físico

Entrevistador/a, léale al/á la entrevistado/a: Ahora voy hacerle unas preguntas sobre sus hábitos de descanso y ejercicio físico.

87. ¿Podría indicarme, aproximadamente, cuántas horas duerme habitualmente al día? Incluya las horas de siesta

Nº de horas diarias \_\_\_\_\_

88. ¿Las horas que duerme le permiten descansar lo suficiente?

Sí \_\_\_\_\_  1

No \_\_\_\_\_  6

89. ¿Cuántas veces, en las últimas cuatro semanas ...

	Nunca	Algún día	Varios días	La mayoría de los días	Todos los días
1. ha tenido dificultad para quedarse dormido/a? _____	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
2. se ha despertado varias veces mientras dormía? _____	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
3. se ha despertado demasiado pronto? _____	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1

90. ¿Cuál de estas posibilidades describe mejor su actividad principal en el centro de trabajo, centro de enseñanza, hogar (labores domésticas) ...?

Sentado/a la mayor parte de la jornada \_\_\_\_\_  1

De pie la mayor parte de la jornada sin efectuar grandes desplazamientos o esfuerzos \_\_\_\_\_  2

Caminando, llevando algún peso, efectuando desplazamientos frecuentes \_\_\_\_\_  3

Realizando tareas que requieren gran esfuerzo físico \_\_\_\_\_  4

**91. Durante su tiempo libre, ¿normalmente hace todo el ejercicio físico que desearía?**

Sí \_\_\_\_\_  1 → **P93**  
No \_\_\_\_\_  6

**92. ¿Por qué motivo?**

Porque me lo impiden mis problemas de salud \_\_\_\_\_  1  
Porque prefiero realizar otro tipo de actividad de ocio (ir al cine, leer un libro, ver TV....) \_\_\_\_\_  2  
Porque no dispongo de un lugar para realizar la actividad física que deseo \_\_\_\_\_  3  
Por falta de tiempo \_\_\_\_\_  4  
Por falta de fuerza de voluntad \_\_\_\_\_  5  
Otras razones \_\_\_\_\_  6

**93. Habitualmente, ¿realiza en su tiempo libre alguna actividad física como caminar, hacer algún deporte, gimnasia...?**

Sí \_\_\_\_\_  1  
No, normalmente no hago ejercicio físico \_\_\_\_\_  6 → **Módulo H 4**

**94. Y durante las dos últimas semanas puede decirme cuántas veces ha practicado durante más de 20 minutos:**  
Nº de veces

1. Una actividad física ligera como caminar, jardinería, gimnasia suave, juegos que requieren poco esfuerzo y similares \_\_\_\_\_   
2. Una actividad física moderada como montar en bicicleta, gimnasia, aeróbic, correr, natación \_\_\_\_\_   
3. Una actividad física intensa como fútbol, baloncesto, ciclismo o natación de competición, judo, karate o similares \_\_\_\_\_

**H 4. Alimentación**

**Entrevistador/a:** Léale a/a la entrevistado/a: *Para terminar con los hábitos de vida le voy a hacer unas preguntas sobre alimentación.*

**95. ¿Qué desayuna habitualmente?**

	Sí	No
1. Café, leche, té, chocolate, cacao, yogur ... _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
2. Pan, tostadas, galletas, cereales, bollería ... _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
3. Fruta y/o zumo _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
4. Alimentos como huevos, queso, jamón ... _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
5. Otro tipo de alimentos _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
6. Nada, no suele desayunar _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6

**96. ¿Con qué frecuencia consume los siguientes alimentos?**

Entrevistador/a, muestre a la persona entrevistada la tarjeta Ad-3 y anote las frecuencias de consumo de cada uno de los alimentos que se relacionan.

	A diario	Tres o más veces a la semana, pero no a diario	Una o dos veces a la semana	Menos de una vez a la semana	Nunca o casi nunca
01. Fruta fresca _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
02. Carne (pollo, ternera, cerdo, cordero ...) _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
03. Húevos _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
04. Pescado _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
05. Pasta, arroz, patatas, ... _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
06. Pan, cereales, ... _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
07. Verduras y hortalizas _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
08. Legumbres _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
09. Embutidos y fiambres _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10. Productos lácteos (leche, queso, yogur, ...)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11. Dulces (galletas, bollería, mermeladas, ...)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
12. Refrescos con azúcar _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

**97. En el momento actual, ¿sigue usted alguna dieta o régimen especial?**

Sí \_\_\_\_\_  1

No \_\_\_\_\_  6 → **Módulo I**

**98. ¿Cuál es la razón principal por la que sigue esta dieta o régimen especial?**

Para perder peso \_\_\_\_\_  1

Para mantener su peso actual \_\_\_\_\_  2

Para vivir más saludablemente \_\_\_\_\_  3

Por una enfermedad o problema de salud \_\_\_\_\_  4

Por otra razón \_\_\_\_\_  5

**I. Prácticas preventivas**

Entrevistador/a, léale al/a la entrevistado/a: A continuación le voy a hacer unas preguntas sobre sus prácticas preventivas de diferentes tipos.

**I.1. Prácticas preventivas generales**

**99. ¿Se ha vacunado de la gripe en la última campaña?**

Sí \_\_\_\_\_  1

No \_\_\_\_\_  6 → **P101**

**100. ¿Quién le indicó que se vacunara?**

- Un/a profesional sanitario/a, por su edad  1
- Un/a profesional sanitario/a, por sus enfermedades  2
- Un/a profesional sanitario/a, por otras razones  3
- Le ponen la vacuna en la empresa/centro de estudio  4
- Solicitó la vacuna porque prefiere estar vacunado/a  5
- Otros  6

**101. Ahora me gustaría preguntarle sobre la tensión arterial. ¿Le ha tomado la tensión alguna vez un/a profesional sanitario/a excluyendo las tomas de tensión en farmacias?**

- Sí  1
  - No  6
  - No sabe/no recuerda  8
  - No contesta  9
- P103

**102. La última vez que le tomaron la tensión fue:**

- Hace menos de 3 meses  1
- Entre 3 y 5 meses  2
- Entre 6 meses y 1 año  3
- Entre 1 y 3 años  4
- Más de 3 años  5
- No sabe/no recuerda  8
- No contesta  9

**103. Las siguientes preguntas se refieren al colesterol, ¿le han medido alguna vez sus niveles de colesterol por prescripción médica, excluyendo las mediciones en farmacias?**

- Sí  1
  - No  6
  - No sabe/no recuerda  8
  - No contesta  9
- Módulo I 2

**104. La última vez que se los midieron fue:**

- Hace menos de 3 meses  1
- Entre 3 y 5 meses  2
- Entre 6 meses y 1 año  3
- Entre 1 y 3 años  4
- Más de 3 años  5
- No sabe/no recuerda  8
- No contesta  9

## I.2 Higiene dental

105. Ahora le voy a preguntar sobre su higiene dental, ¿con qué frecuencia se cepilla los dientes habitualmente?

Entrevistador/a: anote lo que responda espontáneamente la persona encuestada.

- Más de tres veces al día  01  
Tres veces al día  02  
Por la mañana y por la noche  03  
Por la mañana y después de comer  04  
Después de comer y por la noche  05  
Una vez al día por la mañana  06  
Una vez al día después de comer  07  
Una vez al día por la noche  08  
Ocasionalmente, no todos los días  09  
Nunca  10  
Otra  11

## I.3. Prácticas preventivas de la mujer

Entrevistador/a: ¿la persona seleccionada es mujer?

- Sí  1  
No  6 → Módulo I 4

106. ¿Ha acudido alguna vez a una consulta de ginecología?

- Sí  1  
No  6 → P109

107. ¿Cuándo ha efectuado la última visita a una consulta de ginecología por algún motivo distinto a los relacionados con el embarazo o parto?

- Hace menos de 6 meses  1  
Entre 6 meses y 1 año  2  
Entre 1 y 3 años  3  
Hace más de 3 años  4  
Nunca ha ido por motivos diferentes al embarazo o parto  5 → P109  
No sabe/no recuerda  8  
No contesta  9

108. ¿Podría decirme el motivo de la última consulta (que no sea embarazo/parto)?

- Algún problema ginecológico (enfermedad, molestias, ...)  1  
Orientación/planificación familiar  2  
Revisión periódica  3  
Otros motivos  4

**109. ¿Le han hecho alguna vez una mamografía (radiografía de mama)?**

- Sí \_\_\_\_\_  1  
No \_\_\_\_\_  6  
No sabe/no recuerda \_\_\_\_\_  8 → P114  
No contesta \_\_\_\_\_  9

**110. ¿En qué año se hizo la primera mamografía?**

- Año (2000, 2004, ...) →        
No sabe/no recuerda \_\_\_\_\_   
No contesta \_\_\_\_\_

**111. ¿Y la última mamografía?**

- Año (2000, 2004, ...) →        
No sabe/no recuerda \_\_\_\_\_   
No contesta \_\_\_\_\_

**112. ¿Cuáles de las siguientes fueron las principales razones por las que se hizo esta última mamografía?**

**Entrevistador/a:** anote como máximo dos respuestas, las que el/ la informante considere más importantes.

1. Porque usted misma notó que tenía algún problema en el pecho \_\_\_\_\_
2. Porque su médico/a de familia notó que tenía algún problema en el pecho durante un examen \_\_\_\_\_
3. Porque su médico/a de familia se lo aconsejó sin que tuviese usted ningún problema \_\_\_\_\_
4. Porque se lo aconsejó su ginecólogo/a sin que tuviese usted ningún problema \_\_\_\_\_
5. Porque su ginecólogo/a notó que tenía algún problema en el pecho durante un examen \_\_\_\_\_
6. Porque otras mujeres de su familia han tenido o tienen cáncer de mama \_\_\_\_\_
7. Porque le citaron desde su comunidad autónoma o ayuntamiento para un programa de detección precoz de cáncer de mama \_\_\_\_\_
8. Por otra razón \_\_\_\_\_

**113. ¿Con qué frecuencia se ha hecho nuevas mamografías, a partir de la primera que se hizo?**

- Al menos 1 vez al año \_\_\_\_\_  1  
Cada 2 años \_\_\_\_\_  2  
Cada 3 años \_\_\_\_\_  3  
Aproximadamente 1 vez cada 5 años \_\_\_\_\_  4  
Más de 5 años \_\_\_\_\_  5  
Nunca \_\_\_\_\_  6

**114. ¿Le han hecho alguna vez una citología vaginal (muestra de células)?**

- Sí \_\_\_\_\_  1  
No \_\_\_\_\_  6 → Módulo I4

**115. ¿En qué año se hizo la última citología vaginal?**

- Año (2000, 2004 ...) →
- No sabe/no recuerda \_\_\_\_\_
- No contesta \_\_\_\_\_

**116. ¿Cuál fue la razón por la que se hizo esta última citología vaginal?**

- Porque tenía molestias \_\_\_\_\_  1  
Porque se lo recomendaron en la consulta de medicina de familia \_\_\_\_\_  2  
Porque fue a la consulta de ginecología \_\_\_\_\_  3  
Porque le citaron desde su comunidad autónoma o ayuntamiento para un programa de detección precoz de cáncer \_\_\_\_\_  4  
Por otra razón de tipo médico \_\_\_\_\_  5  
Por otro tipo de razones (no médicas) \_\_\_\_\_  6

**117. ¿Con qué frecuencia se ha hecho nuevas citologías a partir de la primera que se hizo?**

- Al menos 1 vez al año \_\_\_\_\_  1  
Cada 2 años \_\_\_\_\_  2  
Cada 3 años \_\_\_\_\_  3  
Aproximadamente 1 vez cada 5 años \_\_\_\_\_  4  
Más de 5 años \_\_\_\_\_  5  
Nunca \_\_\_\_\_  6

**I 4. Prácticas preventivas en seguridad vial**

**Entrevistador/a, léale a/a la entrevistado/a: Las siguientes preguntas se refieren a las medidas que usted toma para prevenir las lesiones causadas por accidentes de tráfico.**

**118. ¿Suele usted ponerse el cinturón de seguridad cuando conduce...**

	Siempre	Casi siempre	Casi nunca	Nunca	Nunca conduce
1. ... por ciudad?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. ... por carretera?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5



**119. ¿Suele usted ponerse el cinturón de seguridad cuando va en coche como acompañante...**

	Siempre	Casi siempre	Casi nunca	Nunca	Nunca es acompañante
1... por ciudad?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2... por carretera?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

**120. ¿Suele usted ponerse el casco cuando va en motocicleta...**

	Siempre	Casi siempre	Casi nunca	Nunca	No procede
1... por ciudad?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2... por carretera?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

**121. ¿Suele usted ponerse el casco cuando va en bicicleta...**

	Siempre	Casi siempre	Casi nunca	Nunca	No procede
1... por ciudad?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2... por carretera?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

## J. Agresiones

**A cumplimentar por el/la entrevistador/a:** debido a la sensible temática de los siguientes ítems debe pedir permiso al adulto seleccionado, para formularlas.

**¿Se encuentra acompañado/a el/la entrevistado/a en el momento de contestar estas preguntas?**

Si \_\_\_\_\_  1      No \_\_\_\_\_  6

**122. ¿Podría responder a unas preguntas sobre si ha sufrido alguna agresión o maltrato?**

Si \_\_\_\_\_  1

No \_\_\_\_\_  6 → **Módulo K**

**Entrevistador/a:** entregue la tarjeta Ad-4 de agresiones y maltratos. Si el/la entrevistado/a no sabe leer, pregunte: *¿Le podría hacer las preguntas en voz alta?*

Si \_\_\_\_\_  1

No \_\_\_\_\_  6 → **Módulo K**

**123. ¿En el último año ha sufrido algún tipo de agresión o maltrato?**

Si \_\_\_\_\_  1

No \_\_\_\_\_  6 → **Módulo K**

**124. Y refiriéndonos a la agresión o maltrato que haya tenido, (si es que ha sufrido varias en los últimos 12 meses, refiérase a la última), ¿dónde tuvo lugar?**

- En un lugar de ocio  1  
En el trabajo o lugar de estudios  2  
En la calle  3  
En su hogar  4  
En el edificio donde vive  5  
En una zona deportiva  6  
Otros lugares  7

**125. La/s persona/s que le ha/n agredido o maltratado ha/n sido:**

**Entrevistador/a:** anote todas las respuestas que le indique el entrevistado/a.

1. Un desconocido (hombre)   
2. Una desconocida (mujer)   
3. Su pareja   
4. Una mujer conocida (diferente de su pareja)   
5. Un hombre conocido (diferente de su pareja)

## **K. Discriminación**

**Entrevistador/a,** léale a/a la entrevistado/a: *Quisiera hacerle unas preguntas sobre discriminación.*

**126. En el último año, ¿ha experimentado discriminación, no se le ha permitido hacer algo, se le ha molestado o hecho sentir inferior a causa de su sexo, etnia, país de origen, nivel de estudios, clase social, preferencias sexuales o religión?**

- Sí  1  
No  6 → **Módulo L**

**127. Indique, para cada una de las siguientes situaciones, si en el último año se ha sentido discriminado/a, las causas y la frecuencia**

**Entrevistador/a, dígame a la entrevistadora:** Voy a entregarle una hoja con las respuestas a las preguntas sobre la frecuencia con la que ha podido experimentar discriminación. Cuando le pregunto, dígame solo el número de su respuesta. Entregue la tarjeta A0-5. Plantee una a una cada situación y en caso de respuesta afirmativa, pregúntele para cada causa la frecuencia de esa discriminación.

**¿Se ha sentido discriminado/a en alguna de las siguientes situaciones?**

**¿Por cuáles de las siguientes causas se ha sentido discriminado/a?**

		A. ¿Por sexo?	B. ¿Por etnia o país?	C. ¿Por nivel de estudios o clase social?	D. ¿Por preferencias sexuales?	E. ¿Por religión?
<b>1. Buscando trabajo</b>	Sí <input type="checkbox"/> 1 →	Nunca <input type="checkbox"/> 1	Nunca <input type="checkbox"/> 1	Nunca <input type="checkbox"/> 1	Nunca <input type="checkbox"/> 1	Nunca <input type="checkbox"/> 1
		Algunas veces <input type="checkbox"/> 2	Algunas veces <input type="checkbox"/> 2	Algunas veces <input type="checkbox"/> 2	Algunas veces <input type="checkbox"/> 2	Algunas veces <input type="checkbox"/> 2
	No <input type="checkbox"/> 6 ↓	Muchas veces <input type="checkbox"/> 3	Muchas veces <input type="checkbox"/> 3	Muchas veces <input type="checkbox"/> 3	Muchas veces <input type="checkbox"/> 3	Muchas veces <input type="checkbox"/> 3
		Constantemente <input type="checkbox"/> 4	Constantemente <input type="checkbox"/> 4	Constantemente <input type="checkbox"/> 4	Constantemente <input type="checkbox"/> 4	Constantemente <input type="checkbox"/> 4
<b>2. En el trabajo</b>	Sí <input type="checkbox"/> 1 →	Nunca <input type="checkbox"/> 1	Nunca <input type="checkbox"/> 1	Nunca <input type="checkbox"/> 1	Nunca <input type="checkbox"/> 1	Nunca <input type="checkbox"/> 1
		Algunas veces <input type="checkbox"/> 2	Algunas veces <input type="checkbox"/> 2	Algunas veces <input type="checkbox"/> 2	Algunas veces <input type="checkbox"/> 2	Algunas veces <input type="checkbox"/> 2
	No <input type="checkbox"/> 6 ↓	Muchas veces <input type="checkbox"/> 3	Muchas veces <input type="checkbox"/> 3	Muchas veces <input type="checkbox"/> 3	Muchas veces <input type="checkbox"/> 3	Muchas veces <input type="checkbox"/> 3
		Constantemente <input type="checkbox"/> 4	Constantemente <input type="checkbox"/> 4	Constantemente <input type="checkbox"/> 4	Constantemente <input type="checkbox"/> 4	Constantemente <input type="checkbox"/> 4
<b>3. En casa (por su pareja)</b>	Sí <input type="checkbox"/> 1 →	Nunca <input type="checkbox"/> 1	Nunca <input type="checkbox"/> 1	Nunca <input type="checkbox"/> 1	Nunca <input type="checkbox"/> 1	Nunca <input type="checkbox"/> 1
		Algunas veces <input type="checkbox"/> 2	Algunas veces <input type="checkbox"/> 2	Algunas veces <input type="checkbox"/> 2	Algunas veces <input type="checkbox"/> 2	Algunas veces <input type="checkbox"/> 2
	No <input type="checkbox"/> 6 ↓	Muchas veces <input type="checkbox"/> 3	Muchas veces <input type="checkbox"/> 3	Muchas veces <input type="checkbox"/> 3	Muchas veces <input type="checkbox"/> 3	Muchas veces <input type="checkbox"/> 3
		Constantemente <input type="checkbox"/> 4	Constantemente <input type="checkbox"/> 4	Constantemente <input type="checkbox"/> 4	Constantemente <input type="checkbox"/> 4	Constantemente <input type="checkbox"/> 4
<b>4. En casa (por alguien que no es su pareja)</b>	Sí <input type="checkbox"/> 1 →	Nunca <input type="checkbox"/> 1	Nunca <input type="checkbox"/> 1	Nunca <input type="checkbox"/> 1	Nunca <input type="checkbox"/> 1	Nunca <input type="checkbox"/> 1
		Algunas veces <input type="checkbox"/> 2	Algunas veces <input type="checkbox"/> 2	Algunas veces <input type="checkbox"/> 2	Algunas veces <input type="checkbox"/> 2	Algunas veces <input type="checkbox"/> 2
	No <input type="checkbox"/> 6 ↓	Muchas veces <input type="checkbox"/> 3	Muchas veces <input type="checkbox"/> 3	Muchas veces <input type="checkbox"/> 3	Muchas veces <input type="checkbox"/> 3	Muchas veces <input type="checkbox"/> 3
		Constantemente <input type="checkbox"/> 4	Constantemente <input type="checkbox"/> 4	Constantemente <input type="checkbox"/> 4	Constantemente <input type="checkbox"/> 4	Constantemente <input type="checkbox"/> 4
<b>5. Al recibir asistencia sanitaria</b>	Sí <input type="checkbox"/> 1 →	Nunca <input type="checkbox"/> 1	Nunca <input type="checkbox"/> 1	Nunca <input type="checkbox"/> 1	Nunca <input type="checkbox"/> 1	Nunca <input type="checkbox"/> 1
		Algunas veces <input type="checkbox"/> 2	Algunas veces <input type="checkbox"/> 2	Algunas veces <input type="checkbox"/> 2	Algunas veces <input type="checkbox"/> 2	Algunas veces <input type="checkbox"/> 2
	No <input type="checkbox"/> 6 ↓	Muchas veces <input type="checkbox"/> 3	Muchas veces <input type="checkbox"/> 3	Muchas veces <input type="checkbox"/> 3	Muchas veces <input type="checkbox"/> 3	Muchas veces <input type="checkbox"/> 3
		Constantemente <input type="checkbox"/> 4	Constantemente <input type="checkbox"/> 4	Constantemente <input type="checkbox"/> 4	Constantemente <input type="checkbox"/> 4	Constantemente <input type="checkbox"/> 4
<b>6. En un sitio público (incluye la calle)</b>	Sí <input type="checkbox"/> 1 →	Nunca <input type="checkbox"/> 1	Nunca <input type="checkbox"/> 1	Nunca <input type="checkbox"/> 1	Nunca <input type="checkbox"/> 1	Nunca <input type="checkbox"/> 1
		Algunas veces <input type="checkbox"/> 2	Algunas veces <input type="checkbox"/> 2	Algunas veces <input type="checkbox"/> 2	Algunas veces <input type="checkbox"/> 2	Algunas veces <input type="checkbox"/> 2
	No <input type="checkbox"/> 6 ↓	Muchas veces <input type="checkbox"/> 3	Muchas veces <input type="checkbox"/> 3	Muchas veces <input type="checkbox"/> 3	Muchas veces <input type="checkbox"/> 3	Muchas veces <input type="checkbox"/> 3
		Constantemente <input type="checkbox"/> 4	Constantemente <input type="checkbox"/> 4	Constantemente <input type="checkbox"/> 4	Constantemente <input type="checkbox"/> 4	Constantemente <input type="checkbox"/> 4

## L. Características físicas y sensoriales

**Entrevistador/a,** léale al/a la entrevistado/a: *Las siguientes preguntas se refieren a sus características físicas y sensoriales.*

### L. 1. Características físicas

**Entrevistador/a:** si el sujeto de entrevista es una mujer embarazada, debe indicar cuánto pesaba antes del inicio del embarazo.

**128. ¿Podría decirme cuánto pesa, aproximadamente, sin zapatos ni ropa?**

Peso en Kg →

No sabe/no recuerda

No contesta

**129. ¿Y cuánto mide, aproximadamente, sin zapatos?**

Altura en cm. →

No sabe/no recuerda

No contesta

**130. Y, en relación a su estatura, diría que su peso es:**

Bastante mayor de lo normal  1

Algo mayor de lo normal  2

Normal  3

Menor de lo normal  4

### L. 2. Características auditivas y visuales

**131. ¿Puede oír Vd. un programa de televisión a un volumen que otros consideran normal? (Si utiliza una prótesis auditiva o audifono, considere que la pregunta se refiere a aquellas situaciones en que está utilizando esa prótesis o audifono)**

Sí  1 → **P133**

No  6

**132. ¿Puede oírlo al aumentar el volumen?**

Sí  1

No  6

**133. ¿Ve Vd. suficientemente bien como para reconocer a una persona a una distancia de cuatro metros o al otro lado de la calle? (Si utiliza gafas o lentillas, considere que la pregunta se refiere a aquellas situaciones en que está utilizando esas gafas o lentillas)**

Sí  1 → **Módulo M**

No  6

**134. ¿Puede Vd. reconocerla a una distancia de un metro?**

- Si \_\_\_\_\_  1  
 No \_\_\_\_\_  6

**M. Apoyo afectivo y función familiar**

**Entrevistador/a,** leale al/a la entrevistado/a: *Por último, le voy a hacer unas preguntas sobre el apoyo afectivo que Vd. recibe y su opinión de la función de la familia.*

**135. Entrevistador/,** dígame al/a la entrevistado/a: *"Voy a entregarle una hoja con diferentes situaciones de apoyo afectivo y personal que suelen ocurrir en la vida cotidiana. Al lado de cada situación hay un conjunto de respuestas. Por favor, lea cada situación y dígame una por una el número de la respuesta que mejor refleja su situación".* Entregue la tarjeta Ad-6. A continuación, diga: *"Para la situación 1, dígame, por favor, el número de su respuesta".* Después de anotar el número, proceda de la misma forma hasta terminar con todas las situaciones.

	Mucho menos de lo que deseo	Menos de lo que deseo	Ni mucho ni poco	Casi como deseo	Tanto como deseo
1. Recibo visitas de mis amigos y familiares _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. Recibo amor y afecto _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9.- Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10. Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11. Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

**136. A continuación le voy a leer una serie de preguntas sobre su situación familiar, es decir, sobre sus relaciones con las personas de su familia con las que tiene un contacto más frecuente.**

**Por favor, dígame la respuesta que mejor se ajuste a su situación personal y piense en las mismas personas para responder a todas las preguntas (Lea las alternativas de respuesta).**

	Casi nunca	A veces	Casi siempre
1. ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
2. ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en la casa?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
3. ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
4. ¿Está satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasan juntos?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
5. ¿Siente que su familia le quiere?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

## **N. Limitaciones para la realización de las actividades de la vida cotidiana**

**137. Durante al menos los últimos 6 meses, ¿en qué medida se ha visto limitado/a debido a un problema de salud para realizar las actividades que la gente habitualmente hace?**

- Gravemente limitado/a \_\_\_\_\_  1  
Limitado/a pero no gravemente \_\_\_\_\_  2  
Nada limitado/a \_\_\_\_\_  3 → **P139**

**138. ¿Qué tipo de problema es la causa de su dificultad para realizar las actividades que la gente habitualmente hace?**

- Físico \_\_\_\_\_  1  
Mental \_\_\_\_\_  2  
Ambos \_\_\_\_\_  3

**139. Entrevistador/a: ¿el/la sujeto seleccionado/a tiene 65 o más años?**

- Sí \_\_\_\_\_  1      No \_\_\_\_\_  6 → **P141**

**140. Entrevistador/a, léale al/a entrevistado/a: Voy a hacerle unas preguntas sobre algunas actividades corrientes de la vida de cualquier persona (preparar el desayuno, hacer la comida, fregar los platos...). No voy a preguntarle si sabe hacerlas sino si en su situación actual es capaz de hacerlas sin ayuda de otra persona, con ayuda o si no puede hacerlas de ninguna manera.**

	Puede hacerlo sin ayuda	Puede hacerlo con ayuda	No puede hacerlo de ninguna manera
1. Utilizar el teléfono (buscar el número y marcar)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
2. Comprar comida, ropa, ...	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
3. Coger el autobús, metro, taxi, ...	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4. Preparar su propio desayuno	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
5. Preparar su propia comida	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
6. Tomar sus medicinas (acordarse de la cantidad y el momento en que las debe tomar)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
7. Administrar su propio dinero (pagar recibos, tratar con el banco, firmar cheques,...)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
8. Cortar una rebanada de pan	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
9. Fregar la vajilla	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
10. Hacer la cama	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
11. Cambiar las sábanas de la cama	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
12. Lavar ropa ligera a mano	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
13. Lavar ropa a máquina	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
14. Limpiar la casa (fregar el suelo, barrer, ...)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
15. Limpiar una mancha del suelo agachándose	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
16. Comer (cortar la comida y/o introducirla en la boca)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
17. Vestirse y desnudarse y elegir la ropa que debe ponerse	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
18. Peinarse, afeitarse, ...	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
19. Andar (con o sin bastón)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
20. Levantarse de la cama y acostarse	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
21. Cortarse las uñas de los pies	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
22. Coser un botón	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
23. Lavarse la cara y el cuerpo de la cintura para arriba	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
24. Ducharse o bañarse	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
25. Subir diez escalones	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
26. Andar durante una hora seguida	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
27. Quedarse solo/a durante toda una noche	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

**141. Hora de finalización de la entrevista**

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hora	Minutos

**Entrevistador/a:** pasar a cumplimentar el cuestionario de menores si hubiese menores residentes en el hogar

*Cuestionario encuesta  
Salud y mujer 2009*

.....

*Anexo 2*

.....



## ENCUESTA SALUD Y MUJER 2009

Buenos días/tardes, soy ..., entrevistador/a de Demométrica. En estos momentos realizamos un estudio para el Ministerio de Igualdad sobre aspectos relacionados con la salud y la calidad de vida de la población española.

La selección de los hogares a los que se solicita la colaboración voluntaria en el estudio es estrictamente aleatoria, por lo que su colaboración resulta especialmente valiosa. Toda la información que Vd. nos facilite está sujeta a las especificaciones de la Ley Orgánica 15/99, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Los datos que le solicitamos se tratarán informáticamente para realizar análisis estadísticos de una forma totalmente ANÓNIMA, sin grabar sus datos personales.

### GRACIAS ANTICIPADAS POR SU COLABORACIÓN

#### P.1 En los últimos 12 meses, es decir, ¿diría usted que su estado de salud ha sido ...?

- Muy bueno .....1
- Bueno .....2
- Regular .....3
- Malo .....4
- Muy malo .....5
- NS/NC .....9

#### P.2 CALIDAD DE VIDA

Ahora le voy a hacer algunas preguntas referidas a su calidad de vida. Le voy a leer la pregunta y ruego me indique su respuesta en la escala correspondiente, que va de 1 a 5. Todas las preguntas se refieren a las DOS ÚLTIMAS SEMANAS.

##### P.2.1. Forma Física: Durante las dos últimas semanas, ¿cuál ha sido la máxima actividad física que pudo realizar durante al menos dos minutos? (leer)

- Muy intensa (por ejemplo correr deprisa)..... 1
- Intensa (por ejemplo correr con suavidad) ..... 2
- Moderada (por ejemplo caminar a paso rápido) ..... 3
- Ligeras (por ejemplo caminar despacio) ..... 4
- Muy ligera (por ejemplo caminar lentamente o no poder caminar)..... 5

##### P.2.2. Sentimientos: ¿Durante las dos últimas semanas en qué medida le han molestado los problemas emocionales tales como sentimientos de ansiedad, depresión, irritabilidad o tristeza y desánimo? (leer)

- Nada en absoluto..... 1
- Un poco ..... 2
- Moderadamente..... 3
- Bastante ..... 4
- Intensamente ..... 5

##### P.2.3. Actividades cotidianas: ¿Durante las dos últimas semanas cuánta dificultad ha tenido al hacer sus actividades o tareas habituales tanto dentro como fuera de casa, a causa de su salud física o por problemas emocionales? (leer)

- Nada en absoluto..... 1
- Un poco de dificultad..... 2
- Dificultad moderada ..... 3
- Mucha dificultad..... 4
- Todo, no he podido hacer nada..... 5

**P.2.4. Actividades sociales: ¿Durante las dos últimas semanas su salud física y estado emocional han limitado sus actividades sociales con la familia, amistades, vecinos/as o grupos? (leer)**

- No, nada en absoluto ..... 1
- Ligeramente ..... 2
- Moderadamente..... 3
- Bastante ..... 4
- Muchísimo..... 5

**P.2.5. Cambio en el estado de salud: ¿Cómo calificaría ahora su estado de salud, en comparación con el de hace dos semanas? (leer)**

- Mucho mejor ..... 1
- Un poco mejor ..... 2
- Igual, por el estilo..... 3
- Un poco peor..... 4
- Mucho peor ..... 5

**P.2.6. Estado de salud: ¿Durante las dos últimas semanas, cómo calificaría su salud general? (leer)**

- Excelente ..... 1
- Muy buena ..... 2
- Buena ..... 3
- Regular ..... 4
- Mala ..... 5

**P.2.7. Dolor: ¿Durante las dos últimas semanas cuánto dolor ha tenido? (leer)**

- Nada de dolor..... 1
- Dolor muy leve ..... 2
- Dolor ligero ..... 3
- Dolor moderado..... 4
- Dolor intenso..... 5

**P.2.8. Apoyo social: ¿Durante las dos últimas semanas había alguien dispuesto a ayudarle si hubiera necesitado ayuda?. Por ejemplo: \*se encontraba nervioso/a, solo/a o triste\*; \*caía enfermo/a y tenía que quedarse en la cama; \*necesitaba hablar con alguien\*; \*necesitaba ayuda con las tareas de la casa; \*necesitaba ayuda para cuidar de sí mismo/a". (leer)**

- Sí, todo el mundo estaba dispuesto a ayudarme ..... 1
- Sí, bastante gente..... 2
- Sí, algunas personas ..... 3
- Sí, alguien había ..... 4
- Nadie en absoluto ..... 5

**P.2.9. Calidad de vida: ¿Qué tal le han ido las cosas en las dos últimas semanas?**

- Estupendamente, no podían ir mejor ..... 1
- Bastante bien ..... 2
- A veces bien, a veces mal. Bien y mal a partes iguales ..... 3
- Bastante mal ..... 4
- Muy mal, no podían haber ido peor ..... 5

**P.3 Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta que punto cualquier tipo de dolor le ha dificultado su trabajo habitual (trabajo remunerado y trabajo doméstico o de cuidar) o sus actividades de ocio?**

- Nada ..... 1
- Un poco ..... 2
- Regular ..... 3
- Bastante ..... 4
- Mucho ..... 5

**Las siguientes preguntas se refieren a aspectos laborales y su relación con la salud.**

**P.4. En primer lugar, nos gustaría saber en qué situación se encuentra usted en relación con el empleo ¿Cuál es su situación laboral actual?**

- Trabaja ..... 1
- Trabaja pero está de baja ..... 2
- Parado/a ..... 3
- Jubilado/a (trabajó anteriormente) ..... 4
- Tareas del hogar ..... 5
- Estudiante ..... 6
- Incapacidad/invalidez permanente ..... 7
- Otros ..... 8

**(Para las personas sin un trabajo remunerado en la actualidad por paro o tareas del hogar: códigos 3 y 5 en P.4. resto pasar a P.8)**

**P.5. A pesar de que en la actualidad no tiene un trabajo remunerado ¿Lo había tenido antes?**

- Sí ..... 1 ⇒ **Pasar a P.6**
- No ..... 2 ⇒ **Pasar a P.8**
- NS/NC ..... 9 ⇒ **Pasar a P.8**

**P.6 (Respuesta afirmativa en P.5) ¿Por que motivo o motivos dejó o perdió su trabajo?**

- Por motivos de salud ..... 1
- Dificultades o imposibilidad de conciliación entre vida personal y laboral ..... 2
- Finalización de contrato ..... 3
- Cambios organizativos o económicos en la empresa ..... 4
- Por despido ..... 5
- Por cierre de la empresa ..... 6

**P.7. ¿Le gustaría tener un trabajo remunerado? (leer)**

- Sí, en cualquier caso ..... 1
- Sí, pero si pudiera compatibilizarlo con el cuidado de mi casa/familia ..... 2
- No ..... 3

(Para las personas con trabajo remunerado en la actualidad: códigos 1 y 2 en P.4. resto pasar a P.11)

**P.8. ¿Piensa usted que su trabajo afecta negativamente a su salud?**

- Si .....1
- No .....2 ⇒ **P.10**
- NC .....3 ⇒ **P.10**

**P.9. ¿De qué forma afecta su trabajo a su salud?**

	Sí	No
▪ Tiene dolores de espalda	1	2
▪ Se siente nervioso y estresado	1	2
▪ Se siente agotado a todas horas	1	2
▪ Tiene dolores musculares	1	2
▪ Tiene dolores de cabeza	1	2
▪ Tiene problemas de sueño	1	2
Otro problema, ¿cuál? .....	1	2

Las siguientes preguntas están relacionadas con su opinión sobre los servicios sanitarios

**P.11 ¿Cuánto tiempo ha transcurrido desde la última vez que, por problemas de salud suyos o de algún miembro de su hogar, tuvo que acudir a...?**

	Menos de un año	Más de un año	No recuerda	No ha ido nunca	No sabe No contesta
Atención primaria (consultas de medicina general y pediatría)	1	2	3	4	8
Asistencia especializada (consultas de especialistas, excluir dentistas)	1	2	3	4	8
Ingresos en hospitales	1	2	3	4	8

**P.12 De las siguientes afirmaciones que le voy a leer, ¿cuál expresa mejor su opinión sobre el funcionamiento de los servicios sanitarios?**

- En general, el Sistema Sanitario funciona bastante bien .....1
- El Sistema Sanitario funciona bien, aunque son necesarios algunos cambios .....2
- El Sistema Sanitario necesita cambios fundamentales, aunque algunas cosas funcionan.....3
- Nuestro Sistema Sanitario está tan mal que necesitaríamos rehacerlo completamente .....4
- No sabe .....8
- No contesta .....9

**P.13. ¿Cómo considera al Centro de Salud (consultas de medicina general y pediatría), al que usted acude, con arreglo a las características que voy a citarle?**

	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy malo	NS/NC
▪ Cercanía de su domicilio	1	2	3	4	5	9
▪ Facilidad para conseguir cita	1	2	3	4	5	9
▪ Horario de atención	1	2	3	4	5	9
▪ Trato personal sanitario	1	2	3	4	5	9
▪ Tiempo dedicado por el médico	1	2	3	4	5	9
▪ Conocimiento historia clínica y seguimiento	1	2	3	4	5	9
▪ Confianza y seguridad en su médico	1	2	3	4	5	9
▪ Tiempo de espera hasta entrar en la consulta	1	2	3	4	5	9
▪ Equipamiento y medios tecnológicos	1	2	3	4	5	9
▪ Información recibida sobre su problema	1	2	3	4	5	9
▪ Trámites para acceder al especialista	1	2	3	4	5	9
▪ Calidad de la atención en genera	1	2	3	4	5	9

**P.14. ¿Cómo considera a los hospitales públicos, con arreglo a las siguientes características que le cito a continuación?**

	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy malo	NS/NC
▪ Hostelería	1	2	3	4	5	9
▪ Trámites administrativos para ingreso	1	2	3	4	5	9
▪ Tiempo de demora para el ingreso no urgente	1	2	3	4	5	9
▪ Cuidados y atención: personal médico	1	2	3	4	5	9
▪ Cuidados y atención: personal de enfermería	1	2	3	4	5	9
▪ Confianza y seguridad en su médico	1	2	3	4	5	9
▪ Equipamientos y medios tecnológicos	1	2	3	4	5	9
▪ Información recibida sobre su problema	1	2	3	4	5	9
▪ Calidad de la atención en general	1	2	3	4	5	9

**P.15. ¿Cómo valora la información que facilitan los servicios sanitarios públicos sobre cada uno de los siguientes aspectos?**

	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy malo	NS/NC
▪ Los servicios que presta	1	2	3	4	5	9
▪ Derechos de los/las usuarios/as	1	2	3	4	5	9
▪ Reglamentación y leyes	1	2	3	4	5	9
▪ Campañas de salud	1	2	3	4	5	9
▪ Vías de reclamación	1	2	3	4	5	9
▪ Trámites para acceder al especialista	1	2	3	4	5	9
▪ Trámites para ingresos	1	2	3	4	5	9

## DATOS DE CLASIFICACIÓN

Hemos terminado la entrevista, tengo que pedirle unos datos para poder analizarlos posteriormente. ya le he comentado que sus respuestas no serán tratadas nunca de forma individual, pero necesitamos conocer ciertas características (sexo, edad, ...) a efectos de poder clasificar después a las personas que hemos entrevistado

### A.1. Sexo

- Hombre ..... 1
- Mujer ..... 2

### A.2. Edad años

### A.3. Estado civil

- Soltero/a ..... 1
- Casado/a o viviendo en pareja ..... 2
- Separado/a, divorciado/a ..... 3
- Viudo/a ..... 4
- No contesta ..... 9

### A.4. ¿Podría decirme, por favor, cuántas personas conviven en la vivienda? [incluyéndose usted]

- Total (incluyéndose usted) .....
- Menores de 16 años .....
- Mayores de 16 años .....

### A.5. ¿En su hogar viven personas que no sean capaces de cuidarse por si mismas, personas mayores o bien personas con alguna discapacidad limitación o minusvalía?

- No ..... 1
- Sí ..... 2

---

INSTRUCCIÓN ENTREVISTADOR/A. HACER A.6. SOLO SI EXISTEN EN EL HOGAR menores de 16 años (15 o menos) viviendo en el hogar, personas mayores y/o personas con algún tipo de discapacidad, limitación o minusvalía.

---

### A.6. ¿Quién se ocupa principalmente del cuidado, de los menores de 15 años, y/o personas mayores y/o personas con algún tipo de discapacidad, limitación o minusvalía?

- Ud solo/a ..... 1
- Su pareja ..... 2
- Ud compartiéndolo con su pareja ..... 3
- Ud compartiéndolo con otra persona que no es su pareja (hombre) ... 4
- Ud compartiéndolo con otra persona que no es su pareja (mujer ) ... 5
- Otra persona de la casa que no es su pareja (hombre) ..... 6
- Otra persona de la casa que no es su pareja (mujer ) ..... 7
- Una persona contratada (cobra por ello) ..... 8
- Otra persona que NO reside en el hogar ..... 9

**A.7. ¿Cuál es el mayor nivel de estudios que ha completado? (Anotar sólo el título académico más alto que se ha obtenido)**

- No sabe leer o escribir.....1
- Sin estudios .....2
- Estudios primarios incompletos .....3
- Estudios de primer grado (estudios primarios,EGB hasta 5º) .....4
- Estudios de segundo grado, primer ciclo (Graduado Escolar, EGB hasta 8º, Bachiller Elemental, etc.) .....5
- Estudios de segundo grado, segundo ciclo (Bachiller Superior, BUP, Formación Profesional, Aprendizaje y Maestría Industrial, etc.) .....6
- Estudios de tercer grado, primer ciclo (Perito,Ingeniero Técnico, Escuelas Universitarias, Magisterio, etc.) .....7
- Estudios de tercer grado segundo y tercer ciclo (Ingeniero Superior, Licenciado, Doctorado, etc.) .....8

**A.8. ¿Cuál es su situación laboral actual?**

- **Trabajadores/as por cuenta propia:**
  - Sin asalariados/as .....1
  - Con asalariados/as:
    - Empresas de 10 o más asalariados/as .....2
    - Empresas de menos de 10 asalariados/as .....3
- **Trabajadores/as por cuenta ajena:**
  - Gerente de empresas con 10 o más asalariados/as .....4
  - Gerente de empresas con menos de 10 asalariados/as...5
  - Capataz, supervisor/a o encargado/a.....6
  - Otros.....7
  - Parado/a .....8 ⇨A.9
  - Estudiante.....9 ⇨A.9
  - Tareas del hogar.....10 ⇨A.9
  - Jubilado/pensionista.....11 ⇨A.10

**A.9. ¿Ha trabajado antes?**

- |        |              |
|--------|--------------|
| A.10 ← | • Si ..... 1 |
| Fin ←  | • No ..... 2 |

**A.10. ¿Cuál era antes su situación laboral?**

- **Trabajadores/as por cuenta propia:**
  - Sin asalariados/as .....1
  - Con asalariados/as:
    - Empresas de 10 o más asalariados/as .....2
    - Empresas de menos de 10 asalariados/as .....3
- **Trabajadores/as por cuenta ajena:**
  - Gerente de empresas con 10 o más asalariados/as .....4
  - Gerente de empresas con menos de 10 asalariados/as...5
  - Capataz, supervisor/a o encargado/a.....6
  - Otros.....7

**A.11 ¿Cuál es la ocupación/profesión que desempeña en la actualidad o desempeñaba en el caso de que en la actualidad no trabaje? (Entrevistador/a: Pedir que especifique al máximo tomando como referencia la CON-94)**

- No ha trabajado nunca ..... 999

ISBN: 978-84-7799-947-8



9 788477 199947 8



GOBIERNO  
DE ESPAÑA

MINISTERIO  
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL  
E IGUALDAD

SECRETARÍA  
DE ESTADO  
DE IGUALDAD

INSTITUTO  
DE LA MUJER