



Con la colaboración de:



Novartis Farmacéutica S.A.
Gran Vía de les Corts Catalanes, 764
08013 Barcelona
Tel. 93 306 42 00
www.pharma.es.novartis.com

II FORO DE DEBATE
CLUB DE SALUD DE LA MUJER

MONOGRAFÍA

DESIGUALDADES
SOCIALES DE
SALUD EN LAS
MUJERES
ESPAÑOLAS

2





II FORO DE DEBATE
CLUB DE SALUD DE LA MUJER

MONOGRAFÍA

DESIGUALDADES
SOCIALES DE
SALUD EN LAS
MUJERES
ESPAÑOLAS

2

DESIGUALDADES SOCIALES DE SALUD EN LAS MUJERES ESPAÑOLAS



El **Club de Salud de la Mujer**, que nació con el objetivo de dar a conocer entre la opinión pública todos los aspectos relacionados con la salud de la mujer en general y concienciar a la sociedad de la necesidad de no asumir ciertas enfermedades como propias de la edad y aceptar un

deterioro de su calidad de vida, va poco a poco creciendo y consolidándose.

Así, desde su primera reunión, el Club de Salud de la Mujer ha aumentado el número de miembros, así como su procedencia profesional. En este sentido, es un placer dar la bienvenida a las personas que se incorporan a este II Foro de Debate: Dña. M^a Ángeles Rodríguez, presidenta de la Asociación Española de Matronas; Dña. Lucía Guerrero, coordinadora del Grupo de Enfermería en Hipertensión y Riesgo Cardiovascular; Dña. Ascensión Crespo, presidenta de la Asociación Española de Enfermería en Urología; Dña. Mercedes Martín, responsable de los temas de incontinencia urinaria de esta Asociación; Dña. Coral Larrosa, periodista especializada en temas de salud de Tele 5, y Dña. Leonor García Álvarez, también periodista especializada en salud de TVE.

Cuando nos reunimos por primera vez en diciembre de 2002, comentábamos que el Club de Salud de la Mujer constituye también una excelente plataforma para concienciar a la sociedad de que la responsabilidad de la salud no debe recaer en exclusiva sobre el profesional médico y requiere de nuestra propia participación. Para ello, el Club quería poner en marcha diferentes proyectos, proyectos que ya se están convirtiendo en realidades.

Una de esas realidades son los Foros de Debate que periódicamente mantenemos sobre temas de actualidad e interés para la mujer y la sociedad y a partir de las cuales se elabora una monografía que recoge los aspectos abordados más relevantes. El pasado mes de mayo celebramos el II Foro de Debate y en él, bajo el título “**Diferencias socioculturales de la mujer en España**”, pudimos conocer los aspectos socioculturales, económicos y psicológicos que influyen en el estado de la salud de las mujeres. Para ello, contamos con una invitada de excepción, la Profesora M^a Victoria Zunzunegui, del Departamento de Medicina Social y Preventiva de la Universidad de Montreal (Canadá), quien nos contó cosas muy interesantes que queremos compartir contigo a través de estas páginas.

Otro de los proyectos que es ya una realidad es la convocatoria, coincidiendo con este II Foro de Debate, del **I Premio Periodístico sobre Salud de la Mujer**, un galardón que tiene como objetivo reconocer el trabajo informativo de un periodista o medio de comunicación sobre asuntos relacionados con este tema.

Como decía al principio, vamos creciendo y nos vamos consolidando. Estoy seguro de que en próximas ocasiones El Club de Salud de la Mujer podrá contaros nuevas realidades...

Dr. Santiago Palacios

Presidente de la Asociación Española para el Estudio de la Menopausia (AEEM)
Coordinador del Comité Asesor del Club de Salud de la Mujer



Algunos asistentes al II Foro de Debate del Club de Salud de la Mujer en la Asociación de la Prensa de Madrid (7 de mayo de 2003)

Desigualdades sociales de salud en las mujeres españolas

Profesora M^a Victoria Zunzunegui

TAISS, Técnicas Avanzadas de Investigación en Servicios Sanitarios
Departamento de Medicina Social y Preventiva de la Universidad de Montreal (Canadá)

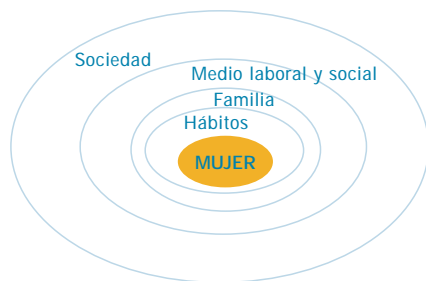


Determinantes sociales para la salud

Para analizar el modelo integral de la salud aplicándolo a la situación de la mujer, en vez de comparar hombres y mujeres, lo que merece la pena es estudiar las desigualdades sociales entre las mujeres, comparando las que tienen una mejor situación económica con aquellas que la tienen peor.

En la actualidad, la salud está determinada por la sociedad donde se vive y la posición socioeconómica que se ocupa en ella. Así, el acceso a los servicios sanitarios está condicionado por esta posición incluso en países como España, en los que existe un sistema público de salud.

DETERMINANTES DE LA SALUD DE LA POBLACIÓN DE MUJERES



Aunque en los últimos años ha habido un gran avance en el campo de la genética, no debemos pensar que la salud es todo genética, sino que en ella tiene una gran influencia el ambiente. Basta poner un ejemplo: en los últimos años, se habla constantemente de la genética como determinante de la obesidad y, por otra parte, son incesantes las noticias sobre el aumento de esta patología en nuestro país. Sin embargo, si la causa es genética, ¿por qué hay un aumento de la enfermedad tan impresionante en los últimos diez años? Así, debemos contemplar un componente ambiental muy importante en este incremento, puesto que se observan tendencias temporales muy marcadas en una sola sociedad, en una geografía muy concreta y delimitada.

Este componente ambiental está fundamentalmente determinado por el medio social en el que vivimos, de forma que, dentro de una sociedad, podemos ver claramente que la gente más pobre posee una salud peor que las personas con un nivel económico más alto. No se trata sólo de pobreza extrema y bienestar, sino de un gradiente social muy marcado en el que el medio social y laboral, la familia y los hábitos de vida determinan el estado de la salud.

En este marco, debemos tener en cuenta, además, las desigualdades en el acceso a los servicios sanitarios, que también son un determinante fundamental de salud.

A estas conclusiones se llega a través del estudio de un modelo conceptual en el que la sociedad determina en gran medida la salud de la población mediante una organización que crea unas condiciones laborales y de relaciones sociales, que apoyan o no a una familia y dentro de la familia se gene-

ran unos hábitos de vida que pueden ser más o menos tóxicos o más o menos saludables. Todos estos factores influyen en la creación de unas condiciones de vida, como el estrés, que tienen un efecto biológico en la salud.

“La sociedad determina en gran medida la salud de la población con unas condiciones laborales y relaciones sociales que generan unos hábitos de vida que pueden ser tóxicos o saludables”

Las desigualdades tienen un origen diferente según la clase social, según se sea hombre o mujer, según el grupo étnico al que se pertenezca, la edad que se tenga, etc. Es decir, las diferencias en salud de la población se originan en diferentes componentes poblacionales macro-estructurales y formas de la estratificación social que determinan la exposición a factores tóxicos o protectores, así como el acceso a los recursos sanitarios. Y en este punto no sólo influye el nivel económico, sino también el hecho de ser mujer, lo que predispone a la mayor parte de los factores de riesgo y a un menor acceso a los recursos en general.

Un recurso social muy importante es la educación. Si tenemos una educación alta, se tiene posibilidad de acceder a estudios universitarios y a otros recursos. Otro factor importante es el concepto de capital social. Una sociedad que tiene cohesión social es una sociedad donde las personas confían en las otras y en la que existen fuerzas que promueven el bien común. Este componente tiene mucho que ver con la mortalidad de la población. Así, se ha observado que en aquellos países y lugares en los que las personas pueden confiar más en los demás, en el que perciben que el medio es menos agresivo y amenazador y pueden salir a la calle sin

pensar que se está en riesgo de sufrir una agresión, la tasa de mortalidad es menor y la esperanza de vida más alta.

En los últimos 25 o 30 años, se ha producido un cambio acelerado en la sociedad de nuestro país. Por ejemplo, podemos ver como, en la actualidad, una gran proporción de mujeres trabaja fuera de casa, lo que influye en el medio social y en lo que pueden hoy hacer las mujeres desde todos los puntos de vista.

Esto repercute en la percepción de control sobre la propia vida y, por tanto en su salud, ya que cuando las personas piensan que el exterior determina su vida y acciones, lo que se denomina “locus de control”, poseen una salud peor.

Esta característica de la personalidad, que es particularmente importante para entender la salud en las mujeres, dado que éstas han tenido históricamente poco control sobre su propia vida, viene determinada por el medio en el que se vive.

El ejemplo puede ser una mujer de 70 años de la clase media española, probablemente con un nivel bajo de instrucción y una escasa actividad fuera de la familia que cuando muere su marido tiene poco control sobre su propia vida y es muy dependiente debido a que a lo largo de su existencia no ha sido económica y culturalmente independiente. Esta mujer tiene poco control sobre su vida y, por lo general, poco control sobre su salud y alto riesgo de padecer un problema de salud mental.

Esta situación se da también en las adolescentes, que, por imposición social, están obligadas a ser guapas y delgadas y poseer una buena imagen corporal. En la actualidad, las adolescentes fuman y consumen bebidas alcohólicas en mayor porcen-

taje que los chicos de su misma edad y, con frecuencia, tienen menos control sobre su propia vida, lo que las expone a padecer una serie de problemas de salud en el futuro.

Además de las peculiaridades individuales y psicológicas, para tener un buen modelo de actuación sobre la salud de las mujeres y prevenir los problemas sanitarios, se debería contar con información sobre las características, en las distintas fases de la vida, de su estado de salud, los servicios sanitarios y sociales a su alcance, su medio laboral, social y familiar y sus hábitos de vida. No obstante, muchos de estos factores se desconocen o se conocen de forma muy superficial.

Diferencias en el acceso a la salud entre las mujeres

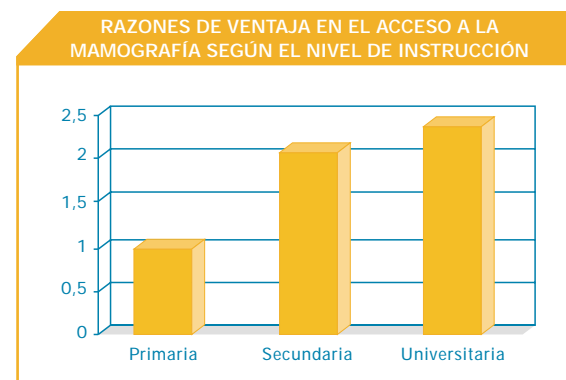
Si comparamos a las mujeres entre ellas, una mujer que pertenece a una familia de clase media-alta va a tener mucho más control sobre su vida y hábitos más saludables que una que provenga de una familia con un nivel económico inferior.

Esta hipótesis está demostrada científicamente por varios estudios, como el realizado en 1995 por un grupo de expertos del Instituto de Salud Carlos III sobre la igualdad en el acceso a la mamografía en España, que fue publicado en la revista *Social Science Medicine* y que tenía como objeto medir el acceso a esta prueba diagnóstica y analizar los factores que lo facilitan.

En este trabajo se definió el acceso como haberse realizado una mamografía en los últimos dos años. Para llevar a cabo el análisis, se hizo una encuesta transversal de hogares en España de 3.218 mujeres con edades comprendidas entre 40 y 70 años.

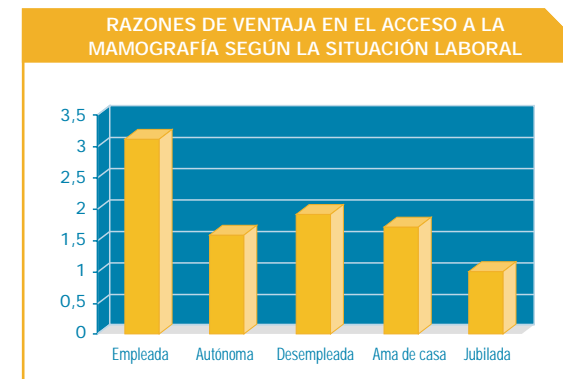
Los resultados de este estudio muestran el riesgo relativo de no diagnosticar a tiempo un cáncer de mama o razones de ventaja en el acceso a la mamografía. ¿Cuántas veces es más probable que una mujer universitaria se haya hecho una mamografía en los últimos dos años comparado con una mujer que tiene educación primaria o menos que primaria, o con una mujer que ha terminado la secundaria?

Los resultados indican que la mujer universitaria tiene casi dos veces y media más probabilidades de haber accedido a una mamografía que una mujer con enseñanza primaria.



En cuanto a la situación laboral, la información que aporta este estudio pone de manifiesto que, al compararse con grupos de mujeres desempleadas, amas de casa y jubiladas, las que trabajan fuera del hogar tienen el triple de probabilidades de realizarse esta prueba.

Para explicar estas diferencias, se debe tener en cuenta que los factores fundamentales que determinan el acceso a la mamografía son relativos a la clase social, de forma que un mejor nivel de instrucción, una mejor situación laboral y un nivel



económico más alto, implican una probabilidad más alta de acudir al ginecólogo y, por lo tanto, de que éste proceda a derivarlas a este examen. Además, estas características influyen también en la presencia de ciertas actitudes que despierten en la mujer el interés por saber si existe en ella algún indicio de cáncer de mama.

“Un mejor nivel de instrucción, una mejor situación laboral y un nivel económico más alto implican una probabilidad más alta de acudir al ginecólogo”

En este estudio, las variables más directamente asociadas al acceso a la mamografía fueron las visitas al ginecólogo, la derivación del médico, vivir en Navarra y las actitudes positivas de la mujer a hacer la prueba. Todas ellas, exceptuando el hecho de vivir en Navarra, debido a la existencia desde hace años en esta Comunidad Autónoma de un programa de cribado de mamografía, son consecuencia de una buena posición social.

“Para aumentar el uso de las pruebas diagnósticas y la prevención de enfermedades, se debe mejorar la instrucción y el nivel económico”

No obstante, la importancia de este estudio radica en sus conclusiones subyacentes: si queremos aumentar el uso de una prueba diagnóstica como la mamografía y, con ello, la prevención de enfermedades como el cáncer de mama, se debe mejorar la instrucción y el nivel económico, de forma que la actuación más importante hay que llevarla a cabo en las actitudes de las mujeres.



Diferencias de género en el acceso a los recursos sanitarios

En cuanto a las diferencias de género en el acceso a los servicios sanitarios, un estudio realizado en España analizó el estado clínico de los pacientes que van a recibir una revascularización coronaria, técnica que aumenta en gran medida la supervivencia de personas con problemas cardiovasculares. Los resultados de este trabajo indican que las mujeres necesitan tener la enfermedad coronaria más avanzada que los hombres para conseguir una revascularización.

La desventaja del sexo femenino frente a los hombres puede tener también origen, en este caso, en

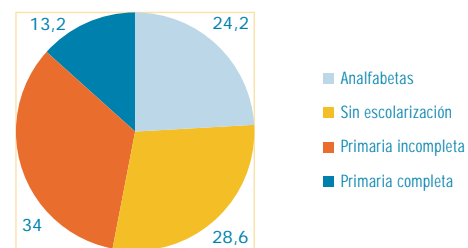
un peor estado socioeconómico y nivel de instrucción, algo que ocurre en las mujeres mayores.

Mujer e independencia

Estos últimos años, he participado en un estudio sobre una muestra representativa de la población española mediante una cohorte de mujeres y hombres mayores de 65 años en la ciudad de Leganés (Madrid). Se debe aclarar, en este punto, que aunque la población de Leganés no es representativa de ciudades como Madrid, Barcelona, Zaragoza u otras ciudades del norte de España, sí representa a toda la zona sur del país y a las zonas rurales de Castilla y León y Castilla-La Mancha.

De la muestra de 639 mujeres por encima de 65 años, el 24,2% de las mujeres es analfabeta total (no sabe ni leer ni escribir), el 28,6% nunca ha tenido escolarización, el 34% tiene incompleta la educación primaria y sólo el 13% ha terminado este nivel de enseñanza, definido como haber realizado cuatro cursos completos de enseñanza primaria.

DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LAS MUJERES MAYORES DE 65 AÑOS Leganés 1993 (n=639)

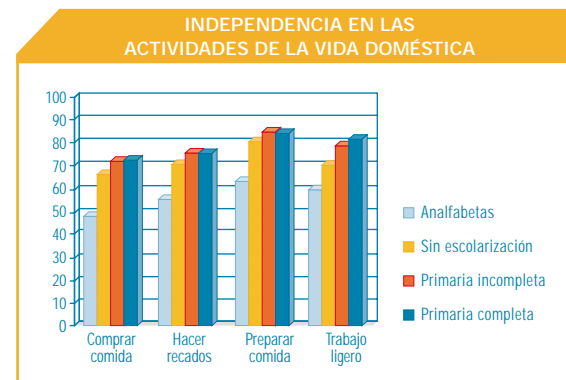


Esto conlleva que cuando una mujer mayor acude al médico y éste le da unas instrucciones recogidas en papel, ésta se encuentra con grandes difi-

cultades para comprender lo que se le está diciendo. Además, la situación de analfabetismo les supone ser excluidas de la vida social.

¿Por qué ocurre esto en España? En nuestro país, no ha habido enseñanza pública hasta hace muy poco y si tenemos en cuenta que estas mujeres nacieron antes de 1928, la posibilidad de obtener una educación ha sido casi completamente nula.

Por otra parte, cuando analizamos la independencia en las actividades de la vida doméstica, como comprar alimentos, hacer recados, preparar comida y realizar el trabajo ligero de la casa, todas actividades básicas para mantener una vida independiente, encontramos un gradiente importante en cualquiera de ellas. Así, mientras el 48% de las mujeres mayores de 65 años analfabetas puede comprar comida sin ayuda, más del 70% de mujeres de la misma edad que empezaron y/o terminaron la enseñanza primaria puede desempeñar esta tarea de forma independiente.



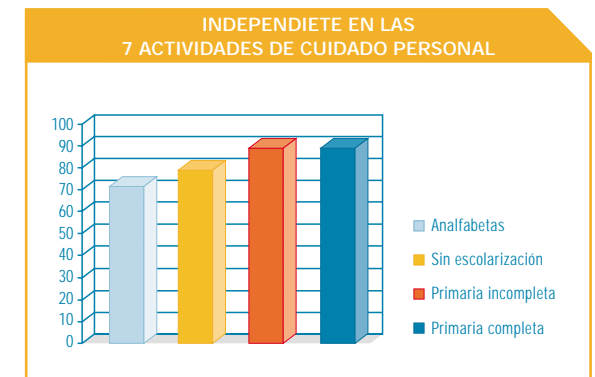
Este gradiente se mantiene en la proporción independiente de las cuatro actividades, siendo importante destacar a este respecto que el simple hecho de haber recibido alguna instrucción e incluso haber

ido a la escuela aunque haya sido sólo un año o dos, sitúa a las mujeres con estudios en una posición más alta de independencia.

No obstante, el gradiente o diferencia porcentual de la independencia en las cuatro actividades de la vida doméstica según la edad y nivel de instrucción, es más irregular en edades por encima de 85 años. Esto es debido a que las mujeres analfabetas de más de 85 años son mujeres "supervivientes" que, por el mero hecho de haber sobrevivido, son más fuertes y esto las iguala en independencia con las mujeres que han recibido educación primaria.

“Existe un gradiente importante con el nivel de instrucción en relación a las variables de cuidado personal, de forma que sólo el 70% de las analfabetas es independiente en actividades”

Si se tienen en cuenta las variables de cuidado personal, como higiene personal, levantarse de la cama, comer, ir al baño, vestirse y lavarse, se pone de manifiesto que la mayoría de las personas mayores y la mayoría de las mujeres mayores, aproximadamente el 88%, es independiente. Sin embar-

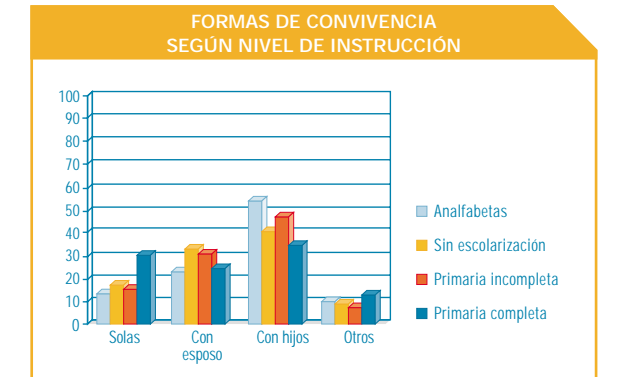


go, hay un gradiente importante con el nivel de instrucción, de forma que sólo el 70% de las analfabetas es independiente en estas actividades.

Todos los indicadores de salud tienen este gradiente, donde las mujeres que han terminado la primaria están mejor que las otras, simplemente por este hecho. En el caso de la función cognitiva y de la agudeza visual, por ejemplo, aumentan de forma lineal con el nivel de instrucción.

Formas de convivencia

Por último, aunque no menos importante por su relación directa con el estado de la salud y como causa y consecuencia de la transformación social que vivimos de forma continua en España, debemos fijarnos en las formas de convivencia de la mujer en nuestro país.



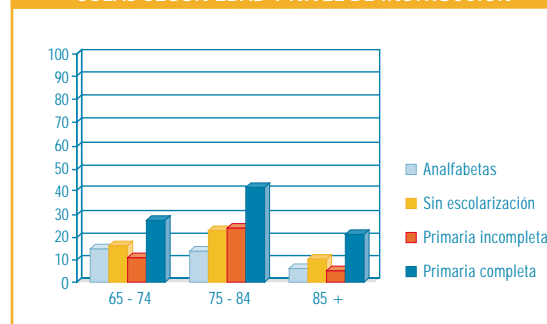
Según el trabajo basado en la muestra poblacional de Leganés, el 30% de las mujeres que ha finalizado la enseñanza primaria viven solas, porcentaje que disminuye de forma notable en otros grupos con instrucción menor.

Por otra parte, el 53% de las mujeres analfabetas vive con sus hijos, un porcentaje bastante más alto que el de las mujeres que han terminado la enseñanza primaria para la misma forma de convivencia: un 32%. Esta situación contrasta con lo que ocurre en otros países europeos, exceptuando Italia y Grecia. Así, en el norte de Europa, aproximadamente la mitad de las mujeres de más de 65 años viven solas y menos del 5% vive con los hijos.

“En España, el 53% de las mujeres analfabetas vive con sus hijos, un porcentaje bastante más alto que el de las mujeres que han terminado la enseñanza primaria, que alcanza un 32%”

En cuanto a grupos de edad, la situación también es diferente en España con respecto a lo que ocurre en el resto de Europa. De las mujeres que han terminado la educación primaria en nuestro país, viven solas el 28%, porcentaje que aumenta hasta el 40% en edades comprendidas entre los 75 y los 84 años y que disminuye de forma notable (por debajo del 10%) a partir de los 85 años.

PROPORCIÓN DE MUJERES QUE VIVEN SOLAS SEGÚN EDAD Y NIVEL DE INSTRUCCIÓN



Esta oscilación se debe a que cuando empeora el estado de la salud se pasa a vivir con la familia,

algo que ocurre incluso en aquellas mujeres con enseñanza primaria. Sin embargo, en los otros grupos de instrucción, la forma de convivencia no cambia tanto según la edad.

De estos datos se deduce que a mayor nivel de instrucción y mayor acceso a los recursos, tanto sociales como económicos, mayor soledad para las mujeres en la vejez. Éste es un problema que se está dando en mayor proporción en muchos países de Europa y en Estados Unidos.

“A mayor nivel de instrucción y mayor acceso a los recursos, tanto sociales como económicos, mayor soledad para las mujeres en la vejez”

Para finalizar, quiero destacar algunas conclusiones para las mujeres españolas mayores de 65. En primer lugar, existen grandes desigualdades sociales en el estado de salud de este sector de la población. Además, es claro que la dependencia, que tanto preocupa a los gobiernos y políticos en general, es mucho mayor en las mujeres con bajo nivel de instrucción, algo que nos lleva a afirmar que la mejor forma de luchar contra la discapacidad es incrementar el nivel de instrucción de la población.

En tercer y último lugar, señalar que las formas de convivencia varían según el nivel de instrucción y que, en este punto, aunque lejos aún de la situación que se da en otros países nos acercamos cada vez más a lo que ocurre en el resto de Europa.



Dr. Esteban Jódar

Servicio de Endocrinología
Hospital Universitario 12 de Octubre (Madrid)
Miembro Comité Asesor del Club de Salud de la Mujer

Prof. M^a Victoria Zunzunegui

TAISS, Técnicas Avanzadas de Investigación en Servicios Sanitarios
Departamento de Medicina Social y Preventiva de la Universidad de Montréal (Canadá)

Dr. Santiago Palacios

Presidente Asociación Española para el Estudio de la Menopausia (AEEM)
Coordinador Comité Asesor del Club de Salud de la Mujer

Dña. Flor Colmenares

Periodista especializada en salud
Revista Noticias Médicas

Dña. Leonor García Álvarez

Periodista Especializada en Salud
TVE

Dra. Nieves Martel

Unidad de Hipertensión
Hospital Clínico Universitario San Carlos (Madrid)
Miembro del Comité de Expertos del Club de Salud de la Mujer

Dña. Celia Ribera

Periodista Especializada en Salud
Directora de la revista Jano (Ediciones Doyma)

Dña. Anna Baeza

Periodista Especializada en Salud
Revista Clara

Dña. Paquita Torres

Ex Miss España y Ex Miss Europa

Dr. Esteban Jódar

Me gustaría situar el debate en un lugar a caballo entre la influencia genética y la influencia ambiental. Por otra parte, como integrante de la clase médica, destacar mi preocupación ante la responsabilidad o corresponsabilidad que tenemos los médicos con relación a la situación de desigualdad en el acceso a la salud, algo que puede modificarse mediante iniciativas como el Club de Salud de la Mujer.

Prof. M^a Victoria Zunzunegui

Uno de los campos en los que existe una mayor posibilidad de actuación es el incremento de la actividad física en las mujeres. Este factor influye enormemente en el riesgo de padecer aquellas enfermedades que más preocupan por su aumento en la edad madura y la vejez, como los problemas vasculares, la enfermedad arterial periférica, la obesidad y todo el síndrome metabólico.

Así, la realización de ejercicio físico es una gran arma en el campo de la salud preventiva y como complemento de otras intervenciones, tanto médicas como farmacológicas.

Dr. Santiago Palacios

Continuando con la cuestión del binomio factores genéticos-factores ambientales, señalar que existe un punto intermedio que puede ponerse de manifiesto con el caso concreto del cáncer de mama. Si una mujer tiene los dos genes del cáncer de mama, el BRCA1 y el BRCA2, tiene 80% aproximadamente de posibilidades de desarrollar la enfermedad a lo largo de su vida. Sin embargo, si un hom-

bre hereda esos dos mismos genes sólo tiene un riesgo del 1% de desarrollar cáncer de mama.

En este sentido, no sólo influye lo genético y lo ambiental, sino también el factor hormonal, de forma que el que mayor influencia tiene en el desarrollo de enfermedades, según mi parecer, es el ambiental, después el hormonal y, por último, el genético.

Los asistentes durante el debate (7 de mayo de 2003).

Prof. M^a Victoria Zunzunegui

Todos los que trabajamos en Ciencias de la Salud estudiamos que la respuesta al estrés es luchar y huir. El año pasado empecé a tratar a fondo este tema y resulta que las mujeres, y las hembras en general, reaccionamos ante el estrés de otra manera, una respuesta que está mediada por la oxitocina.

No obstante, todo lo que sabemos sobre el estrés está estudiado en hombres y machos, ya que éstos no tienen tantos cambios hormonales y su estudio es mucho más fácil que en las hembras.

En este sentido, quiero destacar que en el apartado del estrés, no sabemos casi nada sobre la influencia de las hormonas en el caso de las mujeres.

Dña. Flor Colmenares

Para mí, lo genético es algo más amplio, quizá porque la producción de hormonas depende de una determinada conjunción o actuación de genes.

En cuanto a la mujer y el control sobre su propia vida, creo que existe una gran confusión respecto a los factores como el nivel económico, social

y cultural. Todos conocemos niñas de muy alta clase social que viven la vida de sus madres, por lo que me gustaría apuntar que no es tanto el nivel económico y social lo que determina que la mujer controle su propia vida, sino más bien el nivel cultural y la dualidad de ser ama de casa o estar incorporada al sector laboral. Precisamente, pienso que en esta dualidad es donde radican muchos de los problemas.

Mi madre, que para su edad fue absolutamente muy avanzada, decía que la casa sola envejece, embrutece y engorda. Y estoy absolutamente de acuerdo. Pero si además de la casa, resulta que tienes unas obligaciones fuera de ésta, entonces, eso que conocemos como liberación, en realidad es una doble jornada en el caso de muchísimas mujeres.

Otro tema que se ha tocado es el de que las mujeres reciben revascularización cuando están más enfermas. Sin embargo, esto ya no depende de ellas, sino del médico que las vigila. Lo que sí puede ocurrir es que acudan más tarde porque perciban menos su patología.

Se han considerado una serie de acciones como básicas y como reflejo de independencia, como hacer la compra o la comida. A este respecto, creo que si seguimos considerando que un dato de independencia de la mujer es que haga la compra o la comida, estamos perdidas. Creo que eso no tiene nada que ver la independencia de la mujer.

En cuanto al apartado de las formas de convivencia, habría que diferenciar si es que viven ellas con los hijos o los hijos con ellas. A este respecto, no creo que sea bueno para una mujer vivir sola, sobre todo cuando se llega a la vejez.

Prof. M^a Victoria Zunzunegui

Sobre si para tener el control de la propia vida es primero lo económico o lo social, creo que es algo que depende de los valores que se tienen en una sociedad en concreto. En una como la nuestra, tradicionalmente muy machista, se ha restringido mucho a las mujeres el acceso a los recursos tanto económicos como educativos. Por supuesto, esto no es una dicotomía, sino que las dos cosas son importantes, de forma que hasta que no han podido cambiar los valores, hasta que no tuvimos derecho al voto, hasta que no tuvimos derecho a la educación, tampoco teníamos derecho a trabajar y, por lo tanto, no teníamos derecho a ingresos propios.

Hace poco tiempo, las mujeres sólo estudiaban si querían, sin que se esperara de ellas que fueran económicamente independientes. Sin embargo, hoy, lo damos por hecho.

En cuanto a la doble jornada de las mujeres incorporadas al mercado laboral y con funciones de ama de casa, algo que es más notable en España que en otros países por encontrarnos en una etapa de transición, el futuro no es muy esperanzador. Sin ser demasiado pesimista, quiero comentar el caso de Canadá, lugar en el que la mujer ha optado por una solución individualista, de forma que las mujeres y hombres adultos van cada uno a lo suyo.

Por supuesto, han aumentado muy notablemente los divorcios, así como las familias monoparentales, lo que repercute, además, en la situación, cada vez más frecuente, de abandono de los niños. Con las separaciones, aunque el hombre pague la pensión alimentaria, las familias se empobrecen, de forma que la pobreza de los niños es el primer pro-

blema en la política de salud pública en Canadá.

En segundo lugar, Canadá es la zona del mundo con una mayor tasa de suicidios, algo que, en mi opinión, se debe al desarraigo familiar de los niños y adolescentes cuando tanto el padre como la madre van sólo a lo suyo.

Con esto no quiero decir que el machismo sea positivo. Yo nunca volvería a la situación anterior con respecto a este tema. Sin embargo, para el futuro, debemos tener en cuenta el problema de que, con la evolución y desarrollo social, pasamos de una sociedad colectivista a otra individualista. Esto, al menos en el caso concreto de Canadá, es un problema que afecta directamente a los niños.

En cuanto al otro tema planteado, la llegada de las mujeres más enfermas a la revascularización se debe al retraso del proceso desde un principio. Primero porque la mujer tiene más rechazo a procedimientos quirúrgicos y segundo porque el médico, tanto de Atención Primaria como el especialista, tienen un sesgo de diagnóstico. Piensan que los hombres tienen enfermedad cardiovascular y las mujeres no, algo que está demostrado a través de estudios.

En cuanto a la medición de la independencia de la mujer según la capacidad para realizar las tareas del hogar, es una forma de conocer su autonomía respecto a saber si la mujer y el hombre son capaces de mantener un hogar de forma autónoma.

No obstante, estos factores se refieren a un lugar en concreto, Leganés, que puede ser representativo de otras zonas, como Castilla-La Mancha. Sin embargo, en un estudio similar realizado en

Zaragoza, hemos visto que los factores predictores de la dependencia en las mujeres son su salud. Así, las mujeres dependientes tienen peor función cognitiva, están más deprimidas y padecen más problemas crónicos, mientras que en los hombres su estado de salud no se relaciona con su dependencia. A esto lo hemos denominado dependencia evitable, ya que este factor en el hombre mayor parece ser que se puede evitar.

Por último, respecto a la soledad, en mujeres más jóvenes hay casos en que los hijos viven con ellas, pero a medida que envejecen son ellas las que viven con sus hijos. Está claro que vivir solos no es deseable y esto es algo demostrado por muchos estudios. No sólo vivir solos, sino estar aislado socialmente, son situaciones perjudiciales para la salud.

Dr. Santiago Palacios

Me gustaría poner un tema sobre la mesa respecto a esta última cuestión, en la que se supone que estamos en mejor situación que los ciudadanos norteamericanos, ya que vivimos solos en un menor porcentaje. No obstante, tendríamos que plantearnos si vivimos juntos porque no tenemos más remedio o porque lo queremos así y conseguimos hacerlo.

Prof. M^a Victoria Zunzunegui

Este planteamiento cambia la respuesta, debido a las modificaciones en los valores de nuestra sociedad que conllevan una disminución en la capacidad de asumir la obligación filial, de forma que se podría decir que el contrato entre generaciones se está debilitando.

Hasta hace muy poco tiempo, las personas tenían asumido que cuidar a sus padres era una obligación, que se puede llevar a cabo tanto viviendo en la misma casa como en viviendas separadas. La pérdida de esta obligación es una señal de que estamos caminando hacia una sociedad individualista: mientras que antes se pensaba que era una obligación y que si ésta no se cumplía no se podía ser feliz, ahora se cree que este deber puede repercutir en una disminución de la felicidad y es por esto que no se lleva a cabo.

Dña. Leonor García Álvarez

Estoy de acuerdo con esto, ya que, además, debemos tener en cuenta que los países mediterráneos tienen un concepto muy arraigado de la familia. Por eso, aunque es cierto que ese sentimiento de obligación que existía antes ahora no es igual y muchas personas adoptan ese individualismo, creo que sí sigue habiendo personas en las que está muy presente el vínculo familiar.

Por otra parte, en mi opinión, vivir solo no es malo, pero vivir aislados sí, de forma que se debe diferenciar entre aislamiento y soledad.

Prof. M^a Victoria Zunzunegui

No conozco ningún estudio sobre la relación entre vínculo familiar y mejor o peor salud, ni menor mortalidad o más longevidad. No obstante, he trabajado en un estudio que se publicará en un futuro próximo en el que se compara el efecto del apoyo de los hijos en Leganés con el apoyo de los hijos en dos ciudades canadienses: Monton, que es una

ciudad anglófona, y Montreal.

Los resultados son muy diferentes. Por ejemplo, en los datos de Leganés las personas mayores que reciben apoyo emocional de sus hijos tienen mejor salud percibida y menos depresión. Esto, que nos parece normal, es diferente en Monton, donde el apoyo de los hijos no tiene ningún efecto sobre la salud de los mayores y donde lo importante no es la relación con los hijos, sino con los amigos.

En Leganés, el 55% de las personas mayores dice no tener ningún amigo, ya que pasan el día con sus hijos y, en todo caso, con sus hermanos.

Dña. Flor Colmenares

Probablemente esto sea así porque Leganés es una ciudad con una población de inmigrantes, del medio rural, donde el vínculo familiar y el concepto de clan tienen mucha más importancia. Por el contrario, Monton es una ciudad más desarrollada e industrializada.

Prof. M^a Victoria Zunzunegui

Por supuesto que no son comparables una sociedad y otra, pero la línea de investigación busca la asociación entre las redes familiares y el apoyo social y la salud, partiendo de la hipótesis de que las relaciones sociales son buenas para la salud física y mental, independientemente de que la naturaleza de las relaciones sociales sea diferente.

Dra. Nieves Martel

Volviendo al tema de la genética, creo sinceramente

que la panacea no la podemos encontrar en este momento en esta ciencia. Tenemos hechos cruciales como el descubrimiento del antibiótico, que nos ha permitido casi duplicar la esperanza de vida. Desde mi punto de vista, en el momento actual el factor que más debemos intentar modificar es el ambiental.

Enlazando con el problema del factor ambiental, se está comentando que probablemente el nivel económico no sea el que más condicione la salud, sino que es el nivel de educación. No obstante, dentro de este campo, deberíamos resaltar la educación sanitaria, puesto que hay personas con un nivel altísimo de educación general y que no saben manejar su salud. Esto es algo que también ocurre a la inversa.

Tengo, además, una pregunta para la profesora Zunzunegui. Me ha llamado mucho la atención la cuestión del gradiente social como factor influyente en la salud. Yo, por mi experiencia clínica, he contemplado extremos sociales y quiero destacar que en el centro de un mismo nivel socioeconómico no encuentro demasiadas diferencias, por lo menos a la hora de estudiar los factores que corresponden a mi especialidad.

Prof. M^a Victoria Zunzunegui

Sobre este asunto, hay una explicación basada en una teoría materialista. Se trata de que las personas cuanto más alto están en la jerarquía social, más recursos materiales tienen y con esos recursos materiales pueden manejar mejor la exposición que sufren a los factores de riesgo. Además, cuanto más altos están en la jerarquía social, la

exposición a los factores de riesgo es menor.

Otra explicación es que existen mecanismos psicosociales por los cuales el estrés del subordinado es siempre mucho mayor que el estrés del que está más arriba. Es decir, que el efecto biológico de estrés que tiene el ejecutivo por mandar no existe, sino que el efecto biológico que tiene el estrés lo padece el subordinado, ya que no puede mandar.

En mi opinión, ambas explicaciones son reales y no son excluyentes.

Estudios realizados en los países nórdicos han demostrado que la organización del trabajo tiene un efecto sobre la salud de cada persona. En el trabajo, las personas tienden a demandar control sobre la labor que se desempeña, autonomía para organizar el tiempo y apoyo de los superiores, compañeros y subordinados. Estos tres componentes determinan la salud.

En este marco, lo peor que puede pasar es tener muchas demandas, no tener ningún control y no recibir ningún apoyo. Esto ocurre, por ejemplo, en una cadena de trabajo de una fábrica: hay mucha demanda, no te puedes equivocar, no tienes ningún control sobre lo que haces y generalmente el apoyo es muy pequeño o nulo. Sin embargo, el ejecutivo tiene demandas relativas, posee el control completo y generalmente recibe mucho apoyo, puesto que estamos en una sociedad jerárquica y al que manda se le apoya.

Este modelo se ha comprobado en estudios realizados en Finlandia, Suecia e Inglaterra, en los que se ha puesto de manifiesto que las personas que

tienen grandes demandas en su trabajo pero poco control sobre la labor que desempeñan y poco apoyo, tienen una esperanza de vida muy baja.

Bajo estas tres premisas se entiende la salud de la mujer. La mujer trabajadora suele tener un puesto de trabajo subordinado, no posee control sobre lo que hace y el apoyo que tiene es muy pequeño porque probablemente reciba muchas presiones, no sólo de sus compañeros, sino también de su familia.

Dña. Celia Ribera

Me gustaría hacer un comentario respecto a lo que se ha afirmado en torno a que la soledad es más frecuente en la mujer mayor de un nivel económico más alto. Creo que esto se puede deber a que se lo puede permitir y, en este caso, hay que pensar que quizá la soledad buscada no es tan mala.

Además, querría añadir que no sólo el nivel social y cultural conlleva una mejor salud en la mujer, sino que es necesario tener tiempo, que es algo que no siempre lo da la cultura o el dinero. Es decir, tiempo para consultar al médico. Esto no significa que salud sea equivalente a acudir a la consulta médica, pero sí creo que ayuda a tener una mejor salud.

Si analizamos esta cuestión, podemos decir que existe un tipo de mujer de clase alta que dispone de mucho tiempo para acudir al médico, una extensa clase media muy supeditada al trabajo, al jefe, al marido, etc., y mujeres que pertenecen a una clase inferior en lo económico pero con disponibilidad de tiempo.

Prof. M^a Victoria Zunzunegui

El que la soledad sea buena o mala depende de las características concretas de cada persona y cada sociedad. Como hemos visto, en algunos países es indiferente, porque aunque no se reciba el apoyo de los hijos, si cuentan con amigos, la soledad no afecta a su salud.

No obstante, en España, existe una tasa muy alta de depresión en personas mayores. Así, según el estudio realizado en Leganés, el 45% de las mujeres y el 30% de los hombres mayores de 65 años están deprimidos. Estos porcentajes, que son muy elevados, sólo son comparables con la situación en Italia.

Sobre este asunto, quería comentar que en la actualidad se está llevando a cabo un estudio en seis países europeos. De éstos, los nórdicos tienen dos o tres veces menos depresión que en España, donde, además, hay el doble de casos de depresión en mujeres que en hombres.

Dña. Flor Colmenares

¿Y no podemos decir que es aburrimiento y no depresión?

Prof. M^a Victoria Zunzunegui

Están deprimidas y también aburridas.

La depresión la hemos analizado mediante un cuestionario de sintomatología depresiva que hemos validado y que tiene una alta especificidad para la depresión clínica. En este sentido, el 45% no es depresión clínica, sino sintomatología depresiva

elevada. Con esa sintomatología depresiva elevada captamos a todos los deprimidos y hay un 20% de falsos positivos. Es decir, quizá en vez del 45% el porcentaje real sea de un 40%, pero sigue siendo muy elevado.

Con el mismo cuestionario realizado en Holanda, Finlandia y Suecia, el número de personas deprimidas es dos o tres veces menos que en España. Esto es así, precisamente, por lo que comentábamos antes: nuestros mayores tienen la expectativa de que los hijos les cuiden y esto es algo que éstos no están haciendo.

Dña. Celia Ribera

¿Pero la depresión es más frecuente en las mujeres que en los hombres cuando se llega a la madurez y vejez o esto es así en todas las edades?

Prof. M^a Victoria Zunzunegui

La diferencia es igual en todas las edades, excepto después de los 80 años, que es cuando aumenta el porcentaje de depresión en los hombres.

Dr. Santiago Palacios

Los psiquiatras ponen en duda si hay más depresión en la mujer o la percepción de esta enfermedad es mayor en este sector de la población. Es decir, se puede afirmar que la mujer es más realista y cuando está triste acude al médico y le comenta que puede tener depresión, algo que en los hombres es menos frecuente.

Dña. Anna Baeza

Me gustaría hacer hincapié en el concepto de responsabilidad de la salud, que creo que complementa el acceso a los servicios sanitarios y que se fundamenta en el hecho de que los pacientes hemos pasado de ser pacientes a ser usuarios.

Éste es un cambio no sólo de nomenclatura sino también sustancial, porque la salud ya no es sólo competencia exclusiva de los médicos, sino que cada persona se hace responsable de su salud, de forma que aunque los profesionales sanitarios acompañen a los pacientes en el proceso de su bienestar, es cada individuo el que se responsabiliza de tomar la medicación, seguir una dieta, etc.

Dra. Nieves Martell

Pero para eso se debe tener el conocimiento sobre cómo adoptar una serie de medidas concretas para cuidar la salud. Esto es algo que no sólo lo aporta el nivel cultural.

Dña. Anna Baeza

Son dos conceptos que tienen que ir ligados y creo que el primer interesado en su salud debe ser cada persona.

La mujer ha sido y sigue siendo cuidadora y responsable de salud de todos los miembros de la familia. Esto, que en mi opinión es positivo, puede volverse en contra si supone para la mujer dejar su salud en el último lugar.

Por último, me gustaría preguntar si el estudio realizado en la población de Leganés ha analizado la

dependencia de hombres y mujeres comparativamente por edades o por nivel de instrucción. Por ejemplo, si habéis estudiado el grado de dependencia en hombres analfabetos de 65 años o más y si este grado es mayor o menor con respecto a lo que considerabais independencia en el sentido de autoabastecerse y poderse manejar.

Prof. M^a Victoria Zunzunegui

Lo que hemos hecho es tomar una muestra representativa de la población de Leganés y se ha visto que los hombres son menos dependientes que las mujeres, algo que es común en todos los estudios que se han realizado en otros países.

La dependencia viene dada por la incapacidad funcional y aunque en el fondo es cierto que las mujeres somos el sexo fuerte porque tenemos una mortalidad más baja, sin embargo padecemos más trastornos crónicos. Si tenemos en cuenta que al llegar a los 80 años la mujer padece 3 trastornos crónicos y los hombres una media de 2,5, y que precisamente son estos trastornos los que provocan la discapacidad, se comprende porqué el número de mujeres con discapacidad física es más alto que el de los hombres.

Dña. Paquita Torres

En el tema de la soledad por elección o no, he vivido dos casos muy allegados y que me gustaría comentar. Tengo dos hermanas viudas desde hace poco. Una de ellas tiene 5 hijos y 11 nietos y la otra no ha tenido hijos. Esta última ha sido independiente toda la vida, pero al morir su marido se

ha encontrado con una casa enorme y muy vacía, por lo que ha decidido contratar a una chica joven que le ayude y, además, le haga compañía, lo cual le ha dado mucha ilusión. Por otra parte, también le han ayudado mucho sus amistades.

Mi otra hermana, que como os he explicado tienen 5 hijos y 11 nietos, también vive sola. Toda la familia se lleva fenomenal, pero sus hijos tienen una vida independiente y ella ha sido la primera en negarse a vivir con ellos y es feliz.

Dentro de la independencia económica y social que tienen ambas, quizá la que está más sola es la primera porque no tiene hijos y a veces siente que no tiene quien le apoye, que tiene que llevarlo todo y tiene que resolver ella misma los problemas que le surjan.

Dr. Santiago Palacios

Si os parece, podemos concluir este debate que, en mi opinión ha sido muy enriquecedor y nos ha permitido aproximarnos a un aspecto de la salud de la mujer diferente al estrictamente fisiológico y que sin duda tiene una gran importancia para conocer hacia dónde vamos que es uno de los objetivos de este foro.

I Premio Periodístico sobre Salud de la Mujer

D. Ramón Sánchez-Ocaña
Periodista Especializado en Salud
Vicepresidente de la Asociación de la Prensa de Madrid
Miembro del Comité Asesor del Club de Salud de la Mujer



La salud y la sanidad ocupan cada vez más un lugar más importante en los medios de comunicación. Además, en la actualidad, las mujeres están cada vez más interesadas en la información sobre su salud.

Por eso, dentro de los objetivos del Club de Salud de la Mujer en lo relativo a la difusión de los temas de salud en este sector de la sociedad y teniendo en cuenta la importantísima labor de los medios de comunicación en la divulgación sanitaria, es un placer presentar la puesta en marcha de la convocatoria del I Premio Periodístico de Salud de la Mujer con el fin de reconocer el trabajo informativo de un periodista o medio de comunicación sobre este tema.

Podrán optar a este Premio el autor o autores de todos los trabajos publicados o emitidos por los medios de comunicación (prensa escrita, radio o televisión) de todo el territorio nacional en torno a la salud de la mujer durante el período comprendido entre el 15 de julio de 2003 y el 28 de febrero de 2004.

El Premio estará dotado con 6.010, 12 euros al mejor artículo publicado en prensa escrita y 6.010,12 euros al mejor reportaje emitido en radio o televisión.

Para participar, se deberá enviar un original (un ejemplar completo en el caso de periódicos, revistas, agencias y medios electrónicos, una cinta de vídeo en el caso de las televisiones y de audio en el de las radios) y cinco copias a la Secretaría Técnica del Club de Salud de la Mujer (Pº de la Castellana, 201, 4ª planta. 28046 MADRID), siendo la fecha límite de recepción de trabajos publicados o emitidos será el 31 de marzo de 2004.

Aunque la composición del jurado no se dará a conocer hasta el momento del fallo, estará formado por miembros del Club de la Mujer, junto a un representante de la Unidad de Salud de la Mujer de Novartis, que tendrá voz pero no voto.