

## OBJETIVO 8

## MEJORAR LA SALUD DE LAS MUJERES

*Para el año 2000 debería haber una mejora ininterrumpida de la salud de todas las mujeres.*

**Alicia Llácer**

*Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III*

## 1. CONSIDERACIONES PREVIAS

Los indicadores propuestos por la OMS con estrecho criterio biologicista restringen la salud de las mujeres al aspecto específico de la salud sexual y reproductora pero también, al incorporar las diferencias entre hombres y mujeres para algunos indicadores socioeconómicos, abren un enfoque de género al asumir que los principales determinantes de la salud de las poblaciones se articulan diferencialmente. Este objetivo parcial debería haberse planteado con carácter jerárquico, al igual que un enfoque de clase, atravesando matricialmente el resto de objetivos. El diseño de elaboración del Informe no lo ha hecho posible pero debería incorporarse en sucesivos, en la medida que lo permitan las fuentes disponibles.

## 2. INDICADORES PROPUESTOS

Por eficiencia en el seguimiento se procura seguir la metodología utilizada en los Indicadores de Salud de la tercera evaluación en España del programa regional europeo Salud Para Todos (Regidor E y col. 1995) (I-SPT2000) (1). La perspectiva está condicionada a la actualización de las fuentes. No se aborda el nivel autonómico si los datos no son consistentes en el ámbito estatal y tampoco en los indicadores 8.2.

## 2.1. TASAS DE MORTALIDAD MATERNA

La mortalidad materna, casi por completo evitable, es el máximo exponente de la situación de subordinación de las mujeres en países con estructuras de desarrollo profundamente injustas, llegando a reducir su esperanza de vida por debajo de la de los hombres.

En España, en la actualidad, parece consolidarse una muy baja mortalidad materna (Tabla 12).

*Tabla 12*  
Mortalidad materna y atención sanitaria del parto

	DEFUNCIONES MTERNAS (1)			% DE PARTOS ASISTIDOS EN CENTROS SANITARIOS (1)	"FALLECIMIENTOS MATERNALES" (2)
	Todas causas	Causa obstétrica directa	Aborto		
1985	20	11	9	82,5	44
1986	24	21	3		40
1987	21	20	1		35
1988	21	17	4		32
1989	12	9	2		21
1990	22	19	2	88.1	15
1991	13	12	1		34
1992	19	19	0		18
1993	12	9	3		18
1994	13	13	0		11
1995	11	10	1	99,1	16

(1) INE. Movimiento Natural de la Población (MNP). Defunciones según la causa de Muerte. CIE-9ªrev.

(2) INE. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estadística de Establecimientos Sanitarios en Régimen de Internado (EESRI).

Mediados los 80, había quedado atrás una década de sistemática reducción de la tasa de mortalidad materna que, siendo superior a 20 por cien mil nacimientos, se situaba alrededor de cinco. Las defunciones maternas de 1985 a 1995 oscilan entre 11 y 22 anuales, casi exclusivamente por causas obstétricas directas. En el periodo, sólo dos comunidades autónomas (CCAA) —Navarra y Rioja— y Ceuta y Melilla no habían registrado ninguna.

Pendiente ponderar la contribución de los distintos programas materno-infantiles de las CCAA en un contexto de cobertura sanitaria universal y mayor nivel educativo de las mujeres.

Se propone una vigilancia desde las CCAA, protocolizada, de las circunstancias sociosanitarias de cada muerte materna, tanto las captadas por los registros de mortalidad como por las estadísticas hospitalarias, cuyas discrepancias deberían considerarse.

## 2.2. TASAS DE PARTOS POR CESÁREA

Indicador que refleja los cambios de las conductas reproductivas en países desarrollados pero, sobre todo, las variaciones en la práctica médica según las circunstancias de ejercicio.

*Tabla 13*  
Partos por cesárea. España 1996

	PARTOS	CESÁREAS	PARTOS VAGINALES POR CADA CESÁREA
En centros sanitarios	362.912	70.316	4,2
Públicos	76%	68%	4,8
Privados	24%	32%	2,9

Los partos por cesárea han aumentado de 10,5 por cada cien nacidos vivos en 1985 a 19,2 en 1996, alcanzando prácticamente ese 20%, límite tradicional para una atención obstétrica de calidad. La menor tasa se da en los hospitales del SNS (Tablas 13 y 14).

El aumento se ha dado en los hospitales públicos (incremento anual de la tasa:  $b_{1985-1996} = 0,68$ ) y es más acusado en los privados ( $b_{1985-1996} = 1,27$ ), sobre todo desde el inicio de los noventa ( $b_{1985-1990} = 0,89$ ;  $b_{1991-1996} = 1,4$ ). En 1996, la tasa era ya del 25,7 % en los privados.

Serían posibles factores explicativos del aumento: la mayor proporción de primíparas, la mayor edad de la madre, la paridad múltiple y la cesárea previa. En 1995, la edad media materna al primer hijo era de 28,4 años, casi dos años y medio más que mediados los ochenta. Fueron partos múltiples el 0,7%.

*Tabla 14*  
Porcentaje de cesáreas sobre el total de nacimientos

	PRIMÍPARAS TODAS EDADES	MADRES DE 35 AÑOS Y MÁS TODOS NACIMIENTOS	PRIMÍPARAS	CESÁREAS TODAS EDADES
1985	46,4	11,5	2,0	10,5
1990	50,3	10,4	2,4	14,0
1995	51,2	14,8	4,0	18,6

*Fuentes:* MNP y Estadística de Establecimientos Sanitarios en Régimen de Internado (EESRI). Datos facilitados por D. Rafael Fernández Cuenca.

Exceptuando Ceuta y Melilla, las cesáreas aumentan en todas las CCAA, con un rango interautonómico del incremento anual de la tasa ( $b_{1985-1996}$ ) entre 0,27 y 1,4. En unas se intensifica el aumento en los noventa (Canarias, Castilla la Mancha, Extremadura, Madrid y Murcia); en otras se atenúa (Asturias, Cantabria, La Rioja), siendo semejante en el resto. Navarra es la única estable ( $b_{1991-1996} = -0,11$ ). En todas, un mayor aumento en el ámbito privado ( $b_{1985-1996}$  = entre 1 y 2,34).

Mediados los ochenta, la diferencia en cesáreas entre CCAA extremas (exceptuando Ceuta y Melilla) era de un 80%; esta tasa disminuyó hasta un 30% en 1996, siendo mayor en hospitales privados.

La pregunta es ¿se hacen más cesáreas de las necesarias?

Cabría plantearse qué papel está jugando la decisión de las madres. Pero, dada la asimétrica relación médico-paciente y la importante red privada ginecológica, lo urgente es clarificar si hay una práctica médica diferencial de asunción de riesgos —defensiva o no— y valorar los costes personales y económicos. Para ello habrá que caracterizar las circunstancias individuales de cada cesárea partiendo de nuevas fuentes (CMBD) (ver Gráficos 5-8).

### 2.3. INCIDENCIA DE EMBARAZOS NO PLANIFICADOS POR EDAD

Indicador de ambiguo enunciado para valorar el margen de control de las mujeres sobre su capacidad reproductora.

Un embarazo no deseado por desconocimiento, imprevisión, accidente o incluso coacción, puede darse en distintas ofertas/barreras de medios/servicios de planificación, según la coherencia del marco social con el derecho a la libertad sexual y reproductora de las mujeres.

En 1978 se legalizan los anticonceptivos y en 1983 los procedimientos quirúrgicos de esterilización. En 1985, según la segunda Encuesta de Fecundidad (EF-85; INE 1987), un 28% de mujeres no deseaba su embarazo, con un rango interautonómico del 10% al 56%. Se asociaba a baja instrucción-menor ingreso, edades extremas y actividad alternativa de las mujeres y sugería baja y desigual implantación efectiva de los medios de anticoncepción. Está pendiente una encuesta comparable.

En 1985 se despenaliza el aborto y se visibiliza su magnitud, que valora al límite el embarazo no deseado, asumiendo una proporción indeterminada de mujeres que no recurren a él y de las que, deseando el hijo, se ven socialmente forzadas a abortar.

Las 16.766 interrupciones voluntarias de embarazos (IVE) de 1987, sobrepasan el doble en 1990. En 1996 se alcanza el máximo de 51.002, esto es 5,7 IVE por cada 1.000 mujeres de 15 a 44 años o, integrando la fecundidad, 141 IVE por cada 1.000 nacidos vivos. Abortan 12 mujeres de cada 100 embarazadas, proporción bastante inferior de las que no deseaban su embarazo en 1985.

Desde 1990 aumentan el aborto en todas las edades y la proporción de embarazos que terminan en IVE, sólo estable de 35 a 39 años. Los embarazos sólo aumentan en la treintena y disminuyen en mayores de 40 años y menores de 30, incluyendo el embarazo adolescente. En la EF-85, el 21% de 18-19 años no deseaban su embarazo. En 1996 hubo 12,3 embarazos por 1.000 mujeres de entre 15 y 19 años (15,2 en 1990) y 39,5% terminaron en aborto (20,4% en 1990) (Tabla 15).

Tabla 15  
Fecundidad, interrupción voluntaria del embarazo y embarazos según edad. 1996

EDAD	FECUNDIDAD (1)	IVE		EMBARAZOS (3)	% EMBARAZOS que acaban en una IVE
	nacidos por 1.000 mujeres (2)	por 1.000 nacidos	por 1.000 mujeres (2)	por 1.000 mujeres (2)	
menores de 20 años	7,5	654,2	4,9	12,4	39,5
20-24 años	25,8	323,7	8,4	34,1	24,5
25-29 años	76,9	91,3	7,0	83,9	8,4
30-34 años	86,0	68,5	5,9	91,9	6,4
35-39 años	32,5	144,7	4,7	37,2	12,6
40 años y más	5,4	435,6	2,4	7,8	30,3
TODAS 1996	40,4	140,7	5,7	46,1	12,3
TODAS 1990	46,3	92,8	4,3	50,6	8,5

(1) El MNP refiere la fecundidad de 15-49 por lo que el dato global resulta algo inferior por esta fuente.

(2) 15 a 44 años.

(3) No incluyen muertes fetales tardías, un 0,7% de los nacidos en 1995.

Fuentes: MNP y Estadística de IVE. Población según Proyección 1991-2005, Instituto de Demografía para el MSC.

Las IVE han aumentado en todas las CCAA y los embarazos adolescentes han disminuido con una sola excepción.

Hay mayor utilización de la IVE y mayor control del embarazo. Pendiente, la valoración de ambos componentes en cada CA según la adecuación de servicios específicos al contexto general de los supuestos legales del aborto y su provisión prácticamente privada.

Pendiente también la otra cara del indicador: valorar cuántas mujeres no consiguen un embarazo deseado, cuántas se someten a procedimientos especiales, con qué barreras de acceso y con qué eficiencia (ver Gráficos 9-18).

#### 2.4. PORCENTAJE DE MUJERES CON ACCESO A SERVICIOS ANTICONCEPTIVOS ADECUADOS

En la EF-85 un 27% de las mujeres no conocía ningún servicio para ser asesorada sobre métodos anticonceptivos; el 37% no los tenían accesibles pero el 67% no habían usado ninguno, lo que cuestiona la propia definición de las barreras de acceso. Había un progresivo gradiente de conocimiento, acceso y uso, a mayor nivel de estudios, sobre todo entre niveles extremos.

Recientes encuestas (2) difíciles de comparar, coinciden en señalar una mayor utilización de métodos anticonceptivos que, en parejas, institucionalizadas o no, son cada vez más seguros, incluida la esterilización quirúrgica.

En ausencia de datos actualizados comparables, es indicativo que un 59% de las mujeres con una IVE en 1997 no había tenido contacto en los dos últimos años con ningún servicio asesor en contracepción, que un 20% lo había tenido con uno público y un 14% con un servicio privado. La información sobre la propia IVE la habían obtenido de uno público, el 29% (25% en 1990) y el 16% de uno privado (21% en 1990). Tan sólo el 2,5% de las IVE se habían realizado en centros públicos. Lo que tenía que haber sido una prestación del SNS se ha derivado a centros privados de acceso desigual para las mujeres, con incierta repercusión en la oferta pública de medios de planificación familiar. Por último, desde la legalización del aborto, se ha documentado que en el periodo 87-95, se desplazaron a abortar fuera de España al menos 12.882 mujeres a Inglaterra y Gales y 5.497 a Holanda (datos facilitados por Rosanna Peiró). Aunque la cifra anual ha descendido considerablemente, refleja un problema de accesibilidad a tener en cuenta.

La accesibilidad a servicios anticonceptivos adecuados plantea: ¿adecuados para qué objetivos y a cargo de quién? Desde mediados los setenta ha habido un constante descenso de la fecundidad, pero con un coste para las mujeres, económico, en salud y bienestar y en su derecho a la libertad sexual y reproductora.

Faltaría un indicador de la ineficiencia y desigualdad que suponen redes mal coordinadas de servicios con desiguales prestaciones, distinta titularidad y profesionales compartidos.

#### 2.5. INCIDENCIA Y PREVALENCIA DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA

La enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) se valora a partir de su segmento más severo de presentación: las altas hospitalarias que produce, alrededor de tres mil anuales. La serie publicada (ISPT-2000) señalaba una tendencia decreciente que continúa al actualizarla (Tabla 16).

Tabla 16

Número de altas hospitalarias por Enfermedad Inflamatoria Pélvica (rúbrica 614 de la CIE) por 10.000 mujeres de 15-44 años

	15-44 AÑOS	15-24 AÑOS	25-34 AÑOS	35-44 AÑOS
1985	6,2	4,3	8,8	5,8
1990	4,7	2,9	5,7	5,7
1995	3,4	1,9	3,3	5,2

Desde la óptica reproductiva, la EIP es importante por su asociación con embarazos de riesgo e infertilidad, pero sin olvidar que puede afectar a cualquier edad. Habría que valorarla junto con otros indicadores de riesgo infeccioso por actividad sexual sin protección y de morbilidad asociada a iatrogenia, aspecto muy poco investigado y especialmente en atención ginecológica. Con las limitaciones actuales, es discutible el interés de su seguimiento y cabría plantearse fuentes alternativas.

## 2.6. INCIDENCIA DE VIOLACIÓN, INTENTO DE VIOLACIÓN Y ABUSOS SEXUALES, POR EDAD

La violencia de género, expresión límite del fracaso de la regulación del sistema patriarcal, no se limita al terreno sexual. Son igualmente importantes los malos tratos en el ámbito familiar, problema no exclusivo pero sí preferente de las mujeres, invisible en gran medida y difícil de cuantificar.

En 1997 hubo 6.963 delitos/faltas contra la libertad sexual —5.436 en 1990—, con 3.577 detenidos (3.471 hombres), de los cuales 1.094 —1.790 en 1990— fueron violaciones (agresión sexual con penetración), con 714 detenidos —703 hombres— y 33.491 víctimas de lesiones/malos tratos en el ámbito familiar —24.614 mujeres: 17.587 con maltrato de origen conyugal: 16.205 de naturaleza física, 461 gravemente lesionadas— (Anuario del Ministerio del Interior). De fuentes comparables, 22.427 denuncias de malos tratos de maridos a esposas, con 91 defunciones derivadas —Comisión para la Investigación de Malos Tratos a la Mujer, ONG (3).

Se propone que el Ministerio de Sanidad y Consumo y las CCAA obtengan información normalizada —Plan de Acción contra la violencia doméstica 1998-2000 (4)— para incorporar estos indicadores a ISPT-2000.

## 2.7. DIFERENCIAS ENTRE VARÓN Y MUJER EN DETERMINADOS INDICADORES SOCIOECONÓMICOS, TALES COMO INGRESOS, EDUCACIÓN Y EMPLEO

Las diferencias en el nivel educativo, valoradas en ISPT-2000 para la década anterior, no podrán actualizarse hasta el próximo censo. Fue un decenio en el que disminuyeron las diferencias que todavía existen en proporción de analfabetismo (razón H/M=0,4), sin estudios (H/M=0,9) y con estudios superiores (H/M=1,2).

De 1987 a 1998 (Encuesta de Población Activa), la tasa de actividad de las mujeres ha aumentado del 31% (H/M= 2,2) al 38% (H/M=1,7). Excepto en los más jóvenes, la tendencia ha sido positiva, disminuyendo las diferencias globalmente y para todas las edades aunque todavía son muy importantes en mayores de 54 años (H/M=3).

La mayor diferencia en la tasa de paro se da entre 35-54 años es algo inferior en los más jóvenes y no la hay en los más mayores. Fue máxima a principios de los noventa (H/M=0,5), cuando se dio el menor paro del periodo y, tras unos años de aproximación, se retoma en 1998, con un 26,6% de paro femenino. Desde 1995, hay más mujeres paradas que hombres (Tabla 17).

Tabla 17  
Situación ocupacional según sexo

EPA, 1997 (MILES)	ACTIVOS				INACTIVOS
	Total	Ocupados	Parados		
			Total	Buscando 1 <sup>er</sup> empleo	
HOMBRES	9.848,5	8.266,9	1.581,6	294,7	5.639,9
MUJERES	6.272,5	4.497,7	1.774,9	504,8	10.432,9

Las amas de casa representan el 53% de la mal llamada población inactiva (EPA, 1997).

Según la Secretaría Confederal de la Mujer de CCOO (5), en 1998, se dan:

- Diferencias salariales (un 21,8% inferior en las mujeres, ajustando por edad, educación, categoría profesional y rama de actividad), que aumentan con la edad (30% en > 54 años).
- Mayor proporción de empleo temporal en las mujeres de 25-54 años, especialmente en el sector público.

Pendiente la valoración de las diferencias en trabajo doméstico, carga de cuidados a niños, ancianos y discapacitados y en capacidad decisoria en los ámbitos laborales y políticos (ver Gráficos 19-21).

## 2.8. NÚMERO DE FAMILIAS CONSTITUIDAS POR UN ADULTO FEMENINO MÁS DEPENDIENTES (NIÑOS Y/O ADULTOS DEPENDIENTES) Y COMO PORCENTAJE DEL NÚMERO TOTAL DE FAMILIAS

Indicador que puede significar diversas situaciones para las mujeres, bien de marginación, sobrecarga o independencia, en función de la edad y la clase que se trate.

Un 12,9% de los hogares no unipersonales tenían una mujer mayor de 16 años como persona principal (censo de 1991). Más de un millón de mujeres (1.321.288) —el 20% menores de 40 años y el 35% mayores de 65— eran la referencia para otros cuatro millones de personas (4.042.236), el 38% hijos. Un 20% de estas mujeres estaban casadas, un 53% eran viudas y el 27% restante eran solteras, separadas o divorciadas.

El 12% de los hogares con hijos solteros estaba a cargo de madres solas.

## **2.9. ALGUNOS ASPECTOS COMPLEMENTARIOS SIN INDICADOR DE REFERENCIA EN NINGUNO DE LOS OBJETIVOS\***

Hay datos que plantean una menor utilización de servicios hospitalarios por parte de las mujeres, ajustando por patología específica, tanto en población infantil como adulta, y que podría estar indicando una precoz desigualdad de género en la morbilidad detectada.

Del mismo modo se plantea que determinados procedimientos o enfoques terapéuticos en torno a la salud sexual y reproductora de las mujeres, podrían estar generando una importante carga iatrogénica diferencial.

## **3. RESUMEN**

La valoración de este objetivo está sesgada por el peso excesivo de los indicadores de salud reproductora, único aspecto sobre el que se plantea valorar la salud de las mujeres. Las diferencias de género de los determinantes socioeconómicos señalan, en síntesis, una disociación entre el nivel de estudios, que tiende a igualarse entre hombres y mujeres, y el nivel de empleo, muy inferior en las mujeres. Parece darse, globalmente, un control efectivo de la fecundidad, con muy baja mortalidad asociada, pero con un coste para las mujeres, cuantificable —entre otros aspectos— en IVEs y cesáreas, cuyas características de edad, provisión, localización y tendencia, sugieren desigual oferta de servicios preventivos y efectos perversos de la provisión asistencial privada.

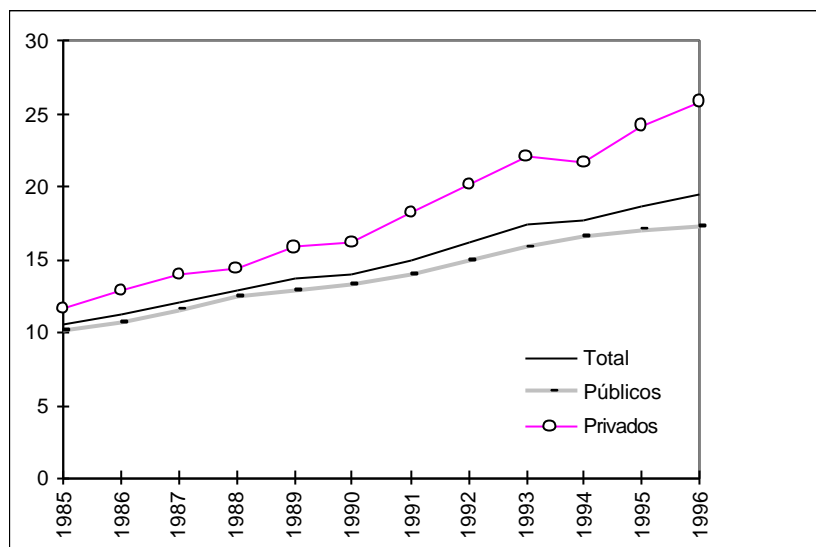
Se señala la necesidad de incorporar el indicador de violencia doméstica, desagregado por sexos, para el próximo periodo (Objetivo 9º, Salud 21) y desarrollar nuevos indicadores acordes con el papel que desempeñan las mujeres en el sistema productivo, directo e indirecto. En especial, es urgente valorar las repercusiones en salud de la doble jornada, del cuidado de niños, ancianos y discapacitados y del empleo precario. Finalmente, la valoración de las tendencias de la desigualdad de género es compleja y una disminución puede enmascarar un empeoramiento para las mujeres en la medida que la salud de los hombres no es en sí misma patrón de referencia.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Regidor E, Rodríguez C, Gutiérrez-Fisac JL. Indicadores de Salud. Tercera evaluación en España del programa regional europeo Salud Para Todos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1995.
2. Delgado M, Castro T. Encuesta de Fecundidad y Familia 1995. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas, 1998.
3. Comisión para la Investigación de malos tratos a la mujer (ONG). Informe resumen anual de 1997. Madrid, 1998.
4. Plan de acción contra la violencia doméstica 1998-2000. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Instituto de la Mujer, 1998.
5. CCOO. Las mujeres en el Mercado Laboral. Secretaría Confederal de la Mujer. Informe elaborado en ocasión del 8 de marzo de 1999. Madrid, 1999.

---

\* Según aportaciones de Andreu Segura y Carmen Casanova.



Datos elaborados y facilitados por D. Rafael Fernández-Cuenca

Gráfico 5

Tasa de cesáreas según titularidad del establecimiento. Número de cesáreas por 100 nacidos vivos

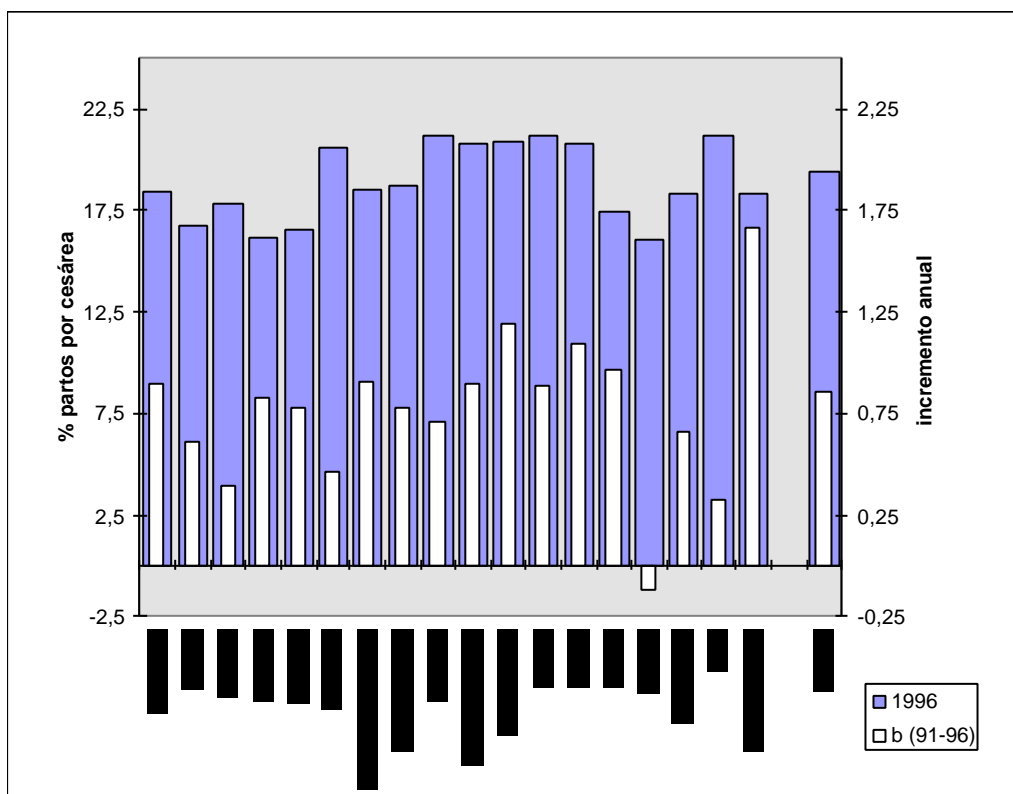


Gráfico 6

Porcentaje de partos por cesárea en comunidades autónomas en 1996 y evolución (b=incremento anual de la tasa) en el periodo 1991-1996

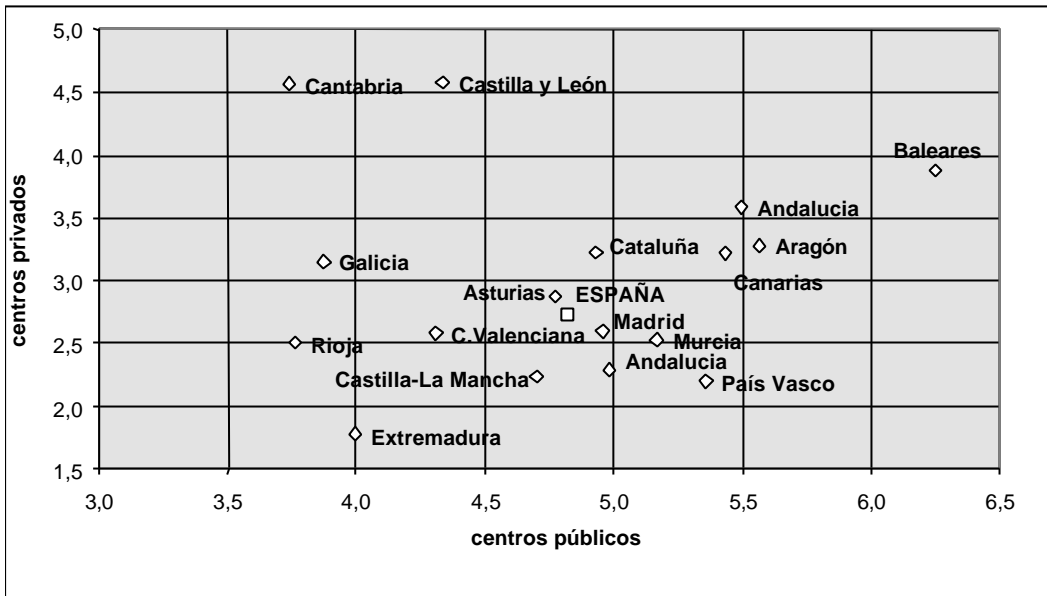


Gráfico 7  
Cociente partos vía vaginal / partos por cesárea. 1996

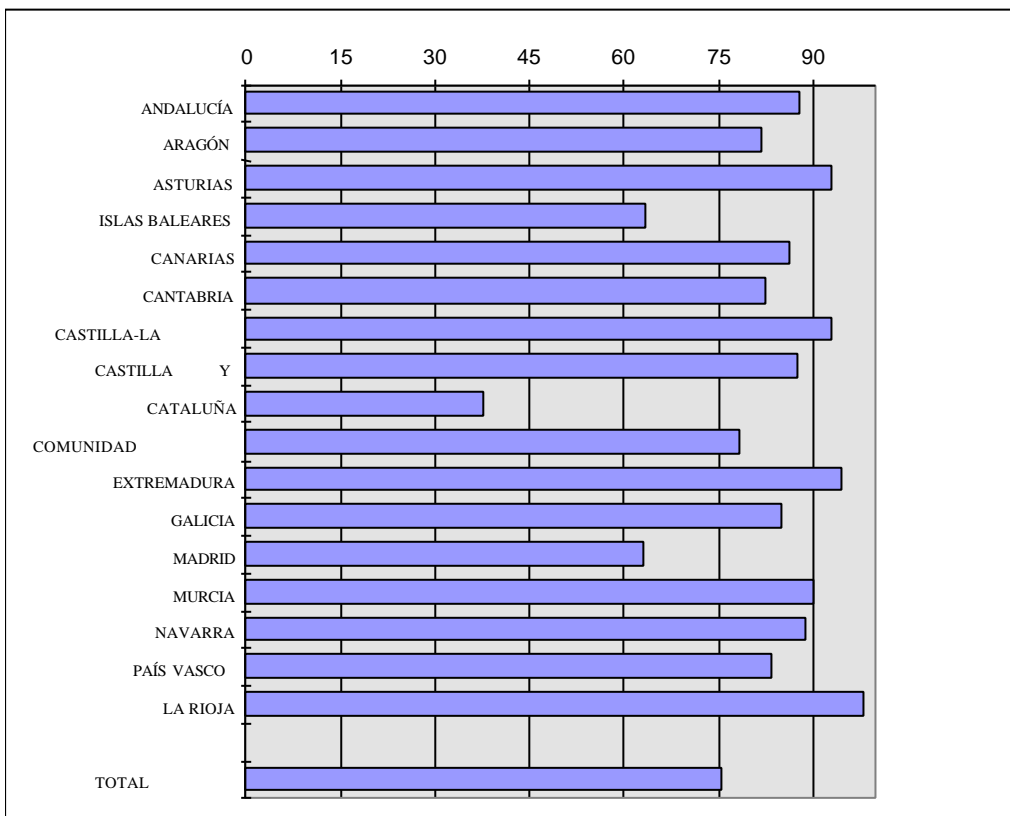
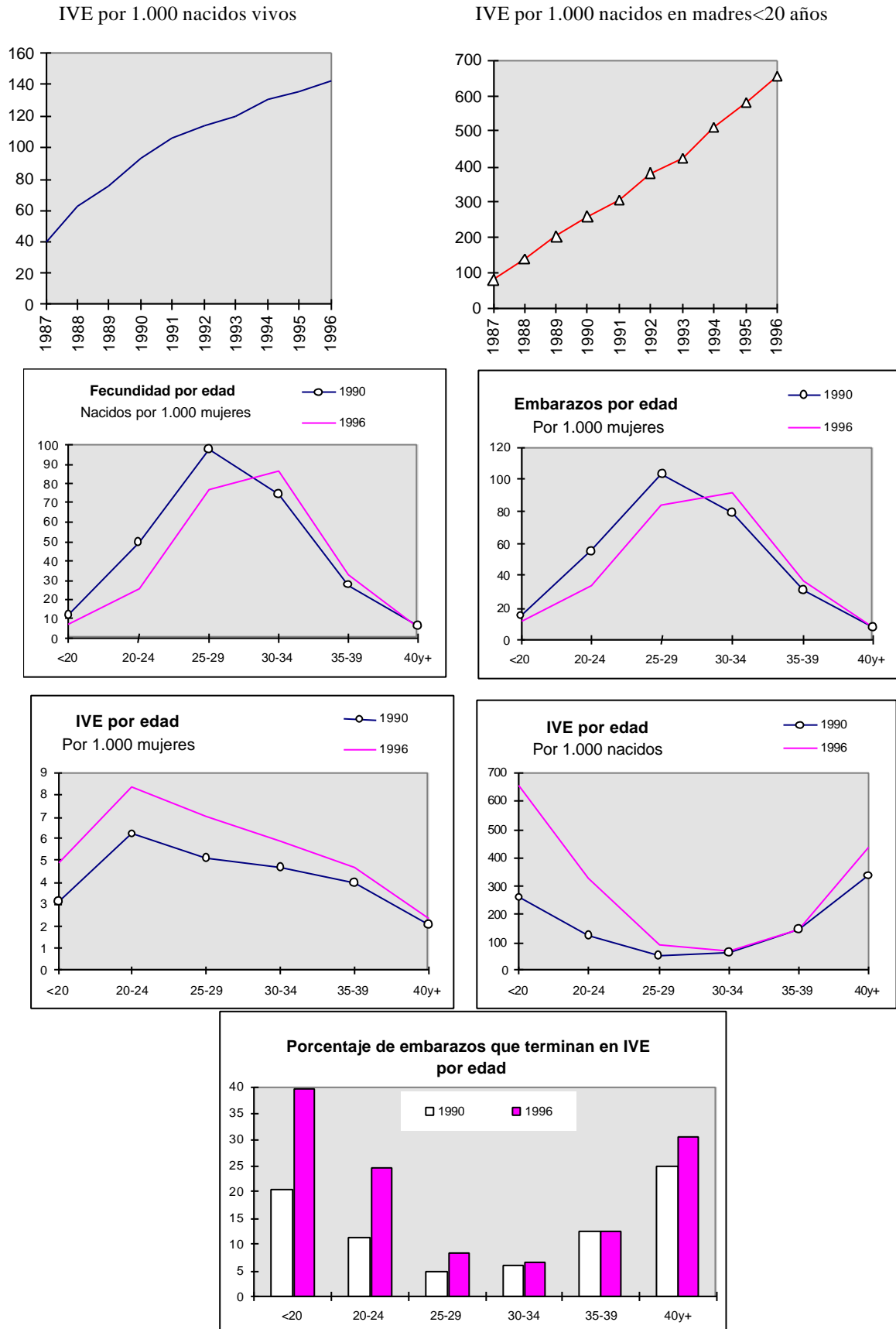


Gráfico 8  
Porcentaje de partos realizados en centros públicos. 1996



Gráficos 9-15  
Incidencia de embarazos no planificados por edad (8.5)

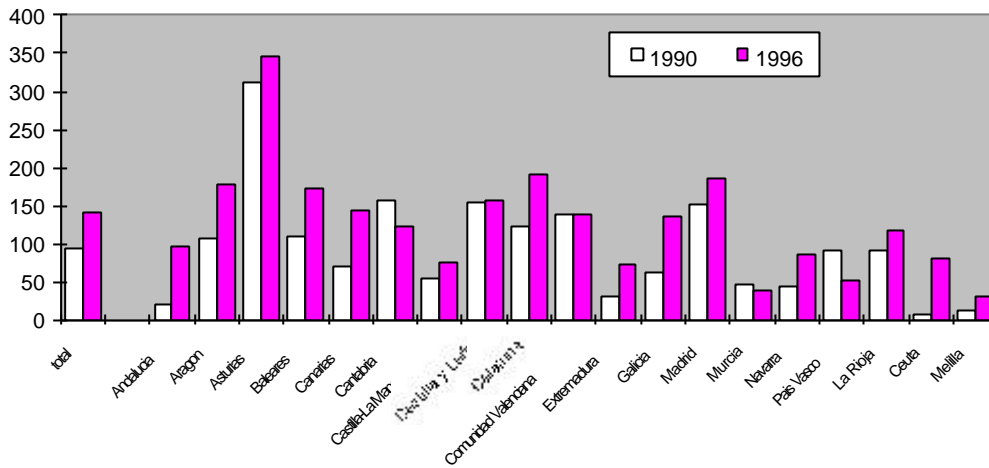


Gráfico 16  
IVE por 1.000 nacidos vivos por comunidades autónomas

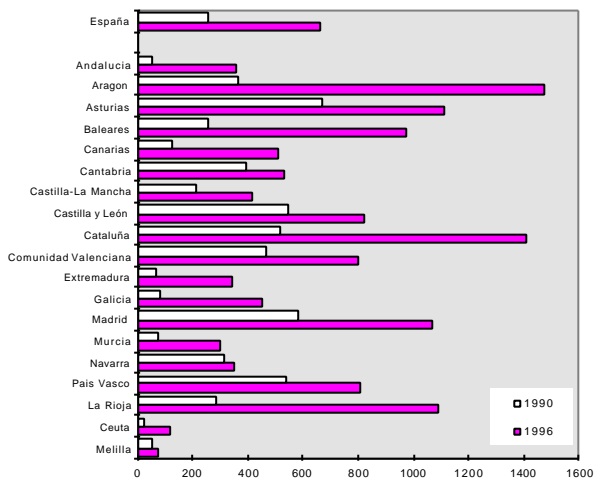


Gráfico 17

IVE por 1.000 nacidos en madres <20 años por CCAA

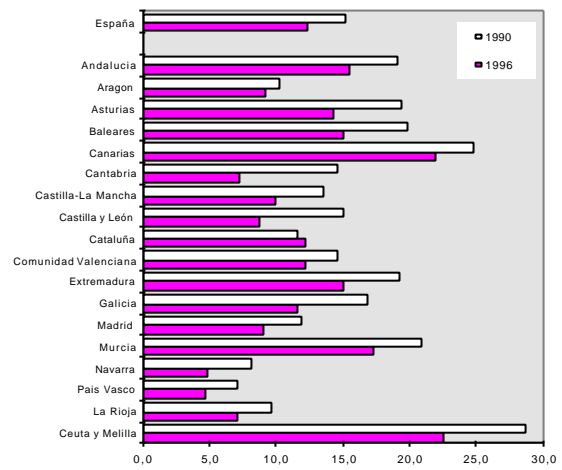


Gráfico 18

Embarazos por 1.000 mujeres <20 años por CCAA

Diferencias entre varón y mujer en determinados indicadores socioeconómicos, tales como ingresos, educación y empleo (8.2)

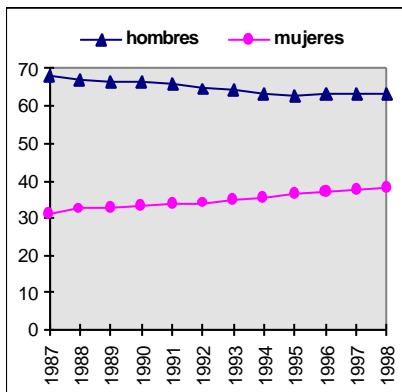


Gráfico 19

Evolución de las tasas de actividad

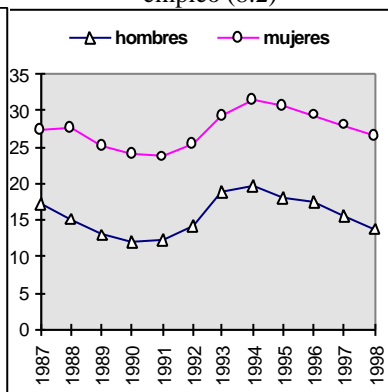


Gráfico 20

Evolución de las tasas de paro

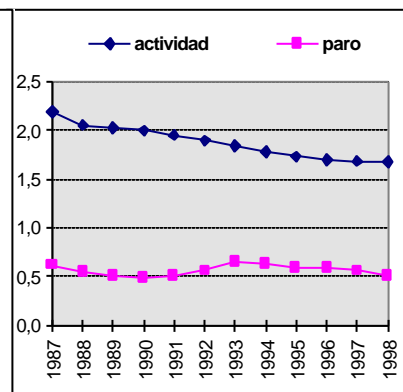


Gráfico 21

Evolución de las diferencias (razón de tasa hombre/mujer)