

Area de Políticas Públicas, Sociales y Estado del Bienestar

OBSERVATORIO

POLÍTICAS DE SALUD

2010
JUNIO
6

Desigualdades en Salud

MANUEL MARTÍN GARCÍA



Fundación 1º de Mayo | Centro Sindical de Estudios
C/ Arenal, 11. 28013 Madrid. Tel.: 913640601. Fax: 913640838
www.1mayo.ccoo.es | 1mayo@1mayo.ccoo.es

Observatorio Medios de Comunicación y Sociedad. ISSN: 1989-6050

La situación de la Salud en España

Este documento forma parte de un amplio informe que lleva como título “La situación de la Salud y el Sistema Sanitario en España” elaborado por el Observatorio de Políticas de Salud de la Fundación 1º de Mayo, y se acompaña de algunos datos clave para su lectura, así como de una batería de propuestas que se consideran necesarias para la mejora del Sistema Sanitario en España.

Los distintos capítulos del informe serán publicados periódicamente en la página Web de la Fundación 1º de Mayo (www.1mayo.ccoo.es):

1. LA SITUACION DE SALUD EN ESPAÑA
Manuel Martín
2. DESIGUALDADES EN SALUD
Manuel Martín
3. FINANCIACION SANITARIA
Marciano Sánchez Bayle
4. EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD
Joan Canalls
5. EL PAPEL DE LAS CCAA Y LA COHESION DEL SNS
Joan Canalls
6. EL DESARROLLO LEGISLATIVO DE LAS CCAA
Joan Canalls
7. LA ORGANIZACIÓN GENERAL DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO
Manuel Martín
8. LAS MUTUALIDADES DE FUNCIONARIOS
Santiago Porras
9. LA SALUD LABORAL
Carmen Mancheño
10. SALUD Y GENERO
Mercedes Boix
11. LA SITUACIÓN DE LOS HOSPITALES EN ESPAÑA
María Luisa Lores
12. La ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD EN ESPAÑA
Javier Gonzalez
13. CRISIS Y PERSPECTIVAS DEL MERCADO FARMACÉUTICO
Carlos Ponte
14. INVESTIGACION EN SALUD
Luis Palomo
15. LOS PROFESIONALES DE LA SALUD: NECESIDADES Y FORMACION
Marciano Sánchez Bayle
16. PARTICIPACION SOCIAL Y PROFESIONAL
Carmen Sánchez

DESIGUALDADES DE SALUD EN ESPAÑA

Manuel Martín García

La equidad es junto a la universalidad, la calidad y la participación ciudadana y profesional, uno de los principios fundamentales del Sistema Nacional de Salud establecido por la Ley General de Sanidad (LGS).

La equidad implica que ningún grupo social sea favorecido en su nivel salud o en el acceso a los recursos sanitarios en perjuicio del resto de la sociedad, creando así diferencias innecesarias o injustas, más allá de las lógicas relacionadas con la variabilidad biológica o con las conductas de los individuos o los colectivos.

Las principales desigualdades de salud tiene que ver con la clase social (profesión, ingresos, nivel económico y educativo), género (hombre o mujer), territorio (Comunidad Autónoma) o edad.

Las existencia de desigualdades sanitarias son uno de los más importante problemas de salud pública, que han obligado a la Organización Mundial de la Salud (OMS) a poner su reducción como el eje central de su política: El primer objetivo de la Estrategia de la OMS en Europa es reducir en una cuarta parte las diferencias de salud entre los grupos socioeconómicos de los países europeos antes del año 2020ⁱ.

Este trabajo pretende identificar las principales desigualdades de salud en España atendiendo a criterios relacionados con el régimen de cobertura de seguridad social, el territorio donde se vive, la clase social, el género o la edad.

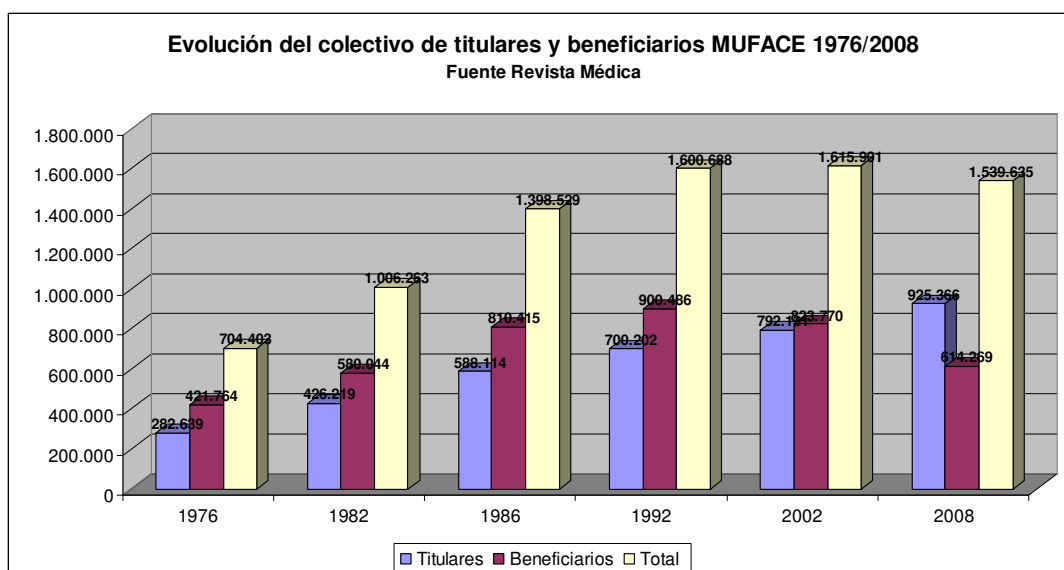
Desigualdades por régimen de pertenencia a la seguridad social.

Los ciudadanos españoles tienen prestaciones sanitarias públicas diferentes según el régimen de seguridad social en que se encuentren adscritos. MUFACE, ISFAS y MEJEJO son Mutualidades del Estado que gestionan la asistencia sanitaria a determinados grupos de funcionarios a nivel central y autonómico. En MUFACE (Mutualidad de Funcionarios del Estado) los mutualistas pueden elegir seguro privado para ellos y sus familias en lugar de los de la sanidad pública, a pesar de que paradójicamente trabajen para el sistema público.

Esta situación beneficia al sector privado y le permite parasitar a la sanidad pública. : Casi todo el volumen de negocio de la sanidad privada lo realiza mediante concertos con la Seguridad Social ya que únicamente el 9,5% de su clientela es privada.

Las compañías de Seguros Privadas y las Mutuas Sanitarias (que suponen el 60,7% del negocio sanitario privado) viven de las subvenciones del sector público:

- Las mutuas de empleados públicos atienden a más de 2,5 millones de empleados como maestros, funcionarios, militares o sanitarios) son financiadas en un 70% con cargo al presupuesto público y asignan el 90% de sus servicios asistenciales a compañías aseguradoras privadas. Esta doble asistencia de los empleados públicos le suponen al Estado más de 60 millones de euros al año.
- El gobierno decidió hace algunos años que los accidentes y enfermedades laborales dejaran de estar cubiertas por la Seguridad Social para pasar a las Mutuas Privadas a las que se les asignó la competencia en las bajas laborales de los trabajadores.
- Durante el Gobierno del Partido Popular de José María Aznar, se introduzco la Ley de Reforma del IRPF (como acompañamiento de los Presupuestos del año 1999), destinada a favorecer la contratación de **seguros privados** mediante exenciones fiscales que alcanzan el 30% para aquellas empresas y empleados que contraten seguros privados complementarios. Esta medida ha contribuido a descapitalizar al sector público que pierde una parte de sus ingresos por impuestos.



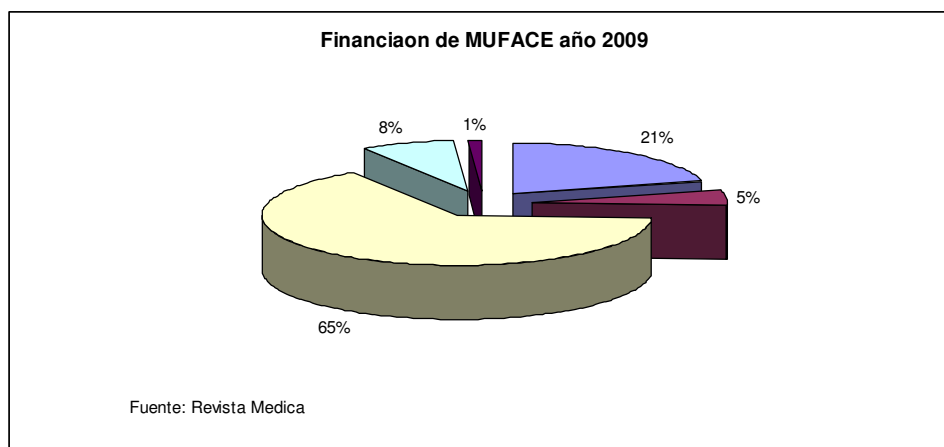
Aparate del privilegio que supone poder elegir entre seguro público o privado y de pagar menos por medicamentos mientras estén en activo (30%), los mutualistas acogidos a esta fórmula disfrutaban del derecho de acceso a prestaciones sanitarias que no reciben el resto de los ciudadanos, como reintegros por comprar gafas o lentillas desechables, audífonos, ayudas para dentaduras, empastes de adultos, endodoncias, ortodoncias,

limpiezas de encías y tratamiento de encías con carácter gratuito. Disfrutan además de mayores prestaciones ortoprotésicas en sillas de ruedas, bastones, muletas, corsés, calzado protésico etc.)

Prestaciones medicas			Prestaciones complementarias		
	Sistema público	MUFACE		Sistema público	MUFACE
Limpieza boca	Excluida	Gratis	Gafas no bifocales	Excluida	derecho a 34 euros por gafa
Periodoncia	Excluida	Gratis	Lentilla	Excluida	Derecho a 31 euros por cada una
Exodoncia	Excluida	Gratis	Audifonos adultos	Excluida	Derecho 365 euros
Empaste , endodoncia y prótesis adultos	Excluida	Derecho a 16,31 y 271 euros	Laringofono	No consta	Derecho a 365 euros
Empaste , endodoncia y prótesis - 15 años	según edad y CCAA	Gratis	Prótesis brazo mioelectrica unilateral	Excluida	Derecho a 3400 euros
Ortodoncia	Excluida	Derecho a 271 euros	Bastón muleta	12,26 euros	Derecho a 48 euros
Recetas activos	Copago 40%	Copago 30%	Silla de rueda manual ligera	No consta	Derecho a 825 euros
			Silla rueda manual rígida	235 euros	Drecheo a 300 euros

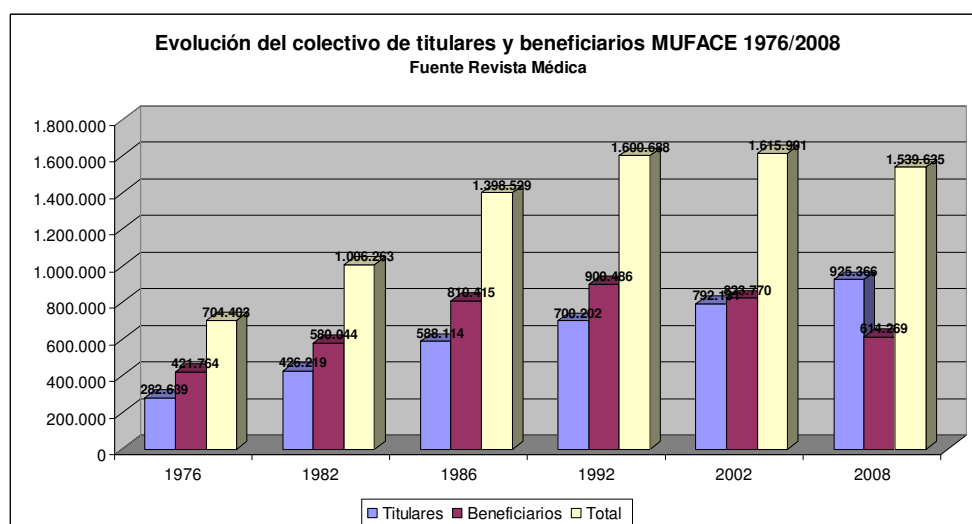
Fuente BOE Orden Ministerial de mejora de las prestaciones sanitarias de MUFCAE de 14 de Julio de 2005.

Estos derechos extras suponen un coste para el Estado de más de 20 euros por persona, y su extensión al resto de los ciudadanos supondrían un coste de 900 millones de euros. Estas prestaciones no se financian con mayores aportaciones de los mutualistas, ya que se financian a través de los impuestos generales que pagan todos los ciudadanos.



Esta privilegiada situación es disfrutada por la mayoría de los altos cargos de los gobiernos central y autonómicos y por los políticos electos que los disfrutan incluso en el caso de no elijan aseguramiento privados.

El número de beneficiarios se ha ido incrementado de manera imponente en los últimos años, solo en MUFACE los beneficiarios se han duplicado desde 1976 pasando de 704.403 a 1.539.635 en 2008.



Desigualdades territoriales

El proceso de descentralización sanitaria pretendía trasladar a la sanidad el modelo de Estado Descentralizado contemplado en la Constitución y en la Ley General de Sanidad, cuya principal justificación era garantizar una asignación y gestión de los recursos adaptada a las necesidades, problemas y condiciones específicas de cada CCAA y acercar la capacidad de decisión y de participación a los ciudadanos.

Sin embargo el proceso de transferencia de estas responsabilidades ha estado interferido en muchas ocasiones por intereses políticos ajenos a la sanidad y no ha ido acompañado del desarrollo de los instrumentos que para garantizaran el mantenimiento de la cohesión y del sistema: Tanto el *Plan de Integrado de Salud* como la *Ley de Cohesión del Sistema de Salud* han sido abandonadas hace tiempo; el Consejo Interterritorial de Salud se ha transformado en un escenario de enfrentamiento partidista; y no existe un sistema de información homogéneo que permita analizar la situación sanitaria y la evolución de la misma en las diferentes CCAA para poder prevenir y evitar las desigualdades.

El *Modelo de Financiación*, aprobado simultáneamente a la culminación del proceso de transferencias a todas las CCAA, ha contribuido a incrementar las desigualdades territoriales y ha poner en riesgo la suficiencia financiera

de los servicios de salud autonómicos. Este modelo basado en una serie de impuestos transferidos, que gravan el comercio y la actividad económica de cada CCAA, no garantiza que el dinero se destine a sanidad (abandonó el carácter finalista de la financiación) y no contempla fondos de solidaridad que eviten el incremento de las desigualdades o la insuficiencia de recursos en las Comunidades con menor capacidad recaudadora.

Diferencias en el desarrollo económico y social

Existen importantes diferencias en el nivel de desarrollo económico entre las CCAA que es uno de los determinantes del nivel de salud de la población. Las diferencia en el PIB *per cápita* entre la comunidad que lo presenta más elevado (Madrid) y la que menos (Extremadura) alcanzan el 51,1%.

CCAA por encima de la media de Estado		
	PIB <i>per cápita</i> año2005	Índice 2005. Media estado 100
Madrid	27.279	130,9
País Vasco	26.515	127,2
Navarra	26.489	127,1
Cataluña	22.947	119,3
Baleares	22.947	110,1
Rioja	22.548	108,2
Aragón	22.403	107,5
CCAA por debajo de la media del Estado		
Cantabria	20.554	98,6
Castilla León	19.782	94,9
Comunidad Valencia	19.057	91,5
Canarias	18.879	90,6
Asturias	18.533	88,9
Murcia	17.322	83,1
Galicia	16.870	81
Castilla Mancha	16.314	78,3
Andalucía	16.100	77,3
Extremadura	14.051	67,4

Fuente: Instituto Nacional de Estadística

La proporción de personas que se encuentran por debajo del nivel de pobreza es otro importante indicador socioeconómico, ya se da una estrecha relación entre pobreza y mala salud: Las personas pobres padecen más enfermedades y hacen un peor uso de los recursosⁱⁱ.

Las bolsas de pobreza también se distribuyen de manera desigual y se dan especialmente en las CCAA con menor PIB como Extremadura, Andalucía, Castilla la Mancha, Canarias, Murcia, Castilla y León y Galicia

Diferencias de recursos sanitarios

Tradicionalmente el *Estado del Bienestar* ha utilizado los servicios sanitarios y socio sanitarios para aminorar las diferencias entre las clases y los grupos sociales. Los recursos que se destinan a sanidad y asistencia social dependen de la orientación ideológica y de la voluntad política de los gobiernos: En España podemos ver como CCAA que ocupan los primeros lugares en desarrollo económico (Madrid, Baleares, Valencia) destinan muchos menos recursos económicos a sanidad, al contrario de otras que ocupan los últimos lugares en desarrollo como Extremadura, Castilla León o Castilla la Mancha.

CCAA	Presupuesto sanitario per capita 2009	Presupuesto sanitario per capita 2010
Andalucía	1.194,46	1.180,09
Aragón	1.418,77	1.419,37
Asturias	1.456,43	1.507,15
Baleares	1.169,45	1.066,37
Canarias	1.411,33	1.295,36
Cantabria	1.359,47	1.347,47
Castilla y León	1.280,24	1.360,62
Castilla la Mancha	1.337,20	1.346,52
Cataluña	1.255,65	1.298,84
Comunidad valenciana	1.125,33	1.122,79
Extremadura	1.575,04	1.509,72
Galicia	1.360,54	1.333,39
Madrid	1.135,58	1.108,14
Murcia	1.358,87	1.334,25
Navarra	1.455,82	1.543,12
País Vasco	1.595,98	1.623,08
La Rioja	1.486,60	1.443,94

Fuente: INE y FADSP

Se constatan diferencias notorias en el presupuesto sanitario *per capita* cuya media es de 1.343,9 €, con un máximo en el País Vasco (1.623,08 €) y un mínimo en Baleares (1.066,37 €). Las CCAA con gobiernos en los que participan partidos progresistas tienen unos presupuestos *per capita* mayores que las gobernadas por fuerzas conservadoras (1.366,51€ frente a 1.317,20€).

En el último año se ha dado una disminución mayor en aquellas con gobiernos conservadores ya que solo 2 de las 8 CCAA gobernadas por el PP incrementan el presupuesto per capita frente a 5 de las 9 en que gobierna el PSOE. Entre las que mayor gasto por habitante destacan Navarra y el País Vasco que gozan de un elevado nivel de desarrollo económico y que disfrutaban además de un modelo de financiación especial y como es el *concierto*.

CCAA	Presupuesto sanitario per capita 2010	Gasto Farmacia 2005	% genéricos
Andalucía	1.180,09	231,28	4,4
Aragón	1.419,37	253,11	3,9
Asturias	1.507,15	265,08	3,9
Baleares	1.066,37	180,75	4,8
Canarias	1.295,36	224,95	4,9
Cantabria	1.347,47	251,57	4,9
Castilla y León	1.360,62	237,45	4,1
Castilla la Mancha	1.346,52	220,06	4,9
Cataluña	1.298,84	231,28	2,5
C. Valenciana	1.122,79	270,56	2,8
Extremadura	1.509,72	257,27	4,0
Galicia	1.333,39	266,07	2,5
Madrid	1.108,14	173,45	5,9
Murcia	1.334,25	247,49	3,0
Navarra	1.543,12	228,47	4,6
País Vasco	1.623,08	226,80	3,1
La Rioja	1.443,94	227,10	4,4

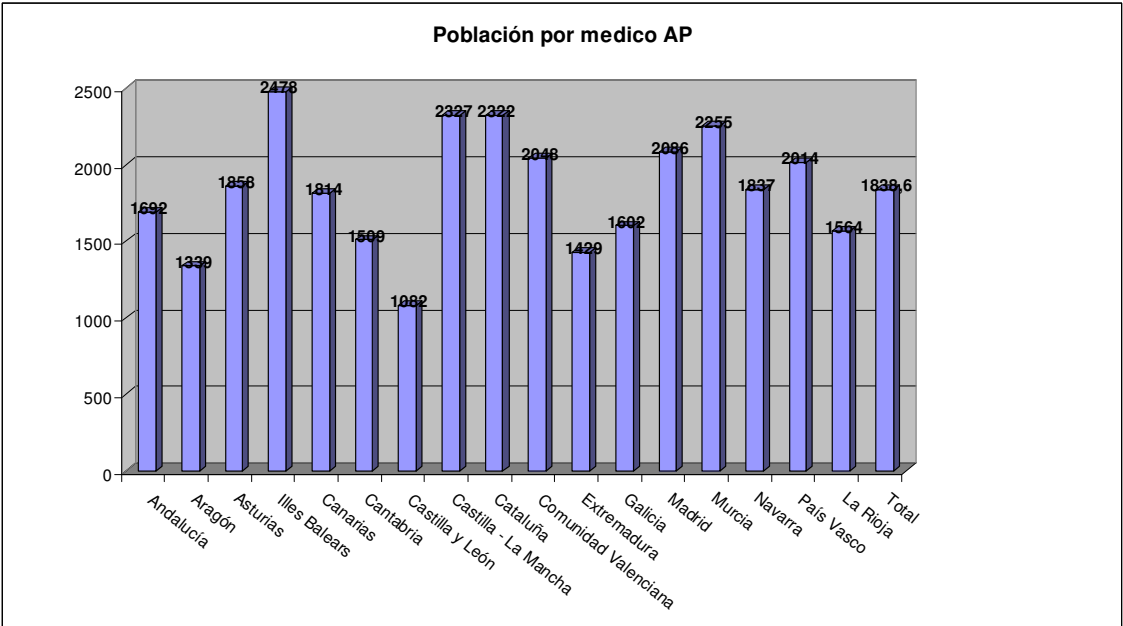
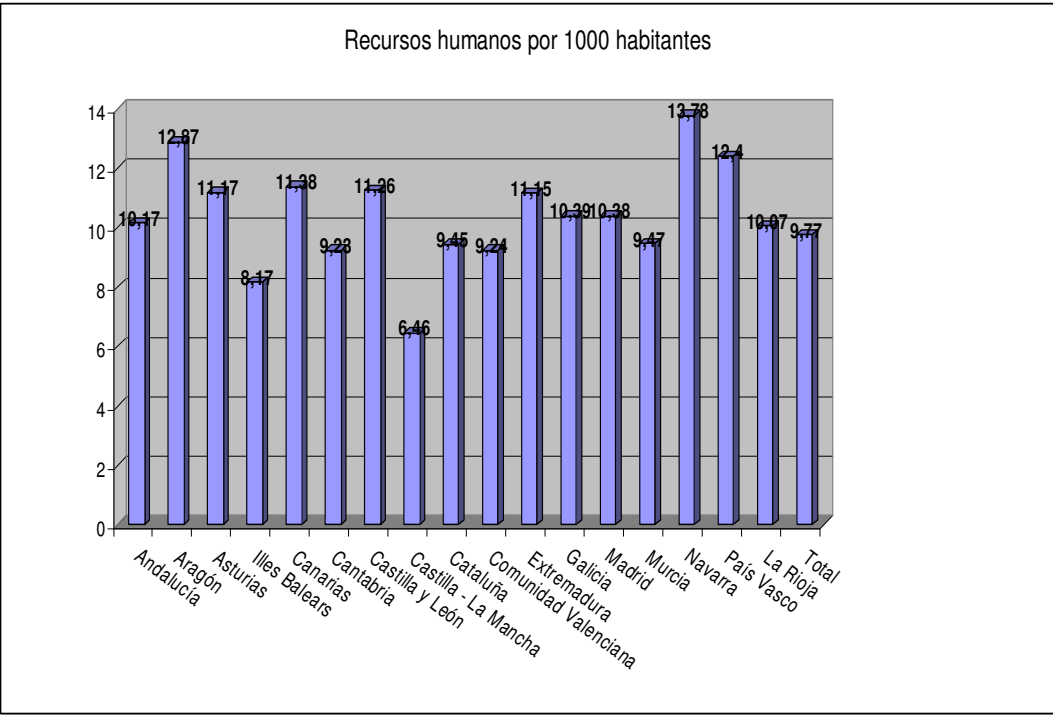
Fuente: FADSP

A esta situación se deberá añadir el elevado gasto farmacéutico, que supera el 20% del gasto sanitario total, cuando en los países de la Europa desarrollada está en torno al 15%

Este gasto además, está creciendo al 4,83% (interanual en noviembre de 2009) lo que resulta muy preocupante ya que reduce el presupuesto disponible para la atención sanitaria y que puede poner en riesgo su mantenimiento en el futuro. Las diferencias en el gasto farmacéutico son importantes entre las CCAA. El escaso porcentaje de prescripción de medicamentos genéricos muestra la ausencia de políticas de racionalización del gasto en todas las CCAA, aunque existen también diferencias entre ellas.

Recursos humanos

El País Vasco duplica prácticamente la tasa de médicos por mil habitantes que Castilla la Mancha, existiendo amplias diferencias entre las CCAA. Nuevamente las comunidades autónomas de País Vasco, Navarra y Aragón ocupan los primeros lugares.



Diferencias en el desarrollo de la Atención Primaria

La Ley General de Sanidad establece que la Atención Primaria debe ser la base del sistema sanitario, con la misión de actuar como coordinador de recursos, gestor de flujos y de casos, mediante una atención integral, que garantice la equidad, la eficiencia en la gestión de los recursos. Numerosos estudios avalan que los sistemas orientados a la Atención Primaria presentan tasas de mortalidad más baja, menor mortalidad prematura por todas las causas y menor mortalidad evitable por asma, bronquitis, enfisema, neumonía, enfermedades cardiovasculares. España ocupa el tercer lugar de los países de la OCDE por su orientación hacia la AP y sus resultados sanitarios.

Sin embargo existen diferencias en el grado de desarrollo de la misma, en la oferta de servicios y procedimientos diagnósticos y terapéuticos y en el acceso a pruebas diagnósticas y recursos tecnológicos, que limitan la calidad y la capacidad resolutoria de la misma.

CCAA	Oferta de servicios AP	Oferta de procedimientos diagnósticos AP	Oferta de procedimientos terapéuticos AP	Acceso a pruebas diagnósticas desde AP
Andalucía	85	66,6	90,9	85,4
Aragón	83	73,3	90,9	91,3
Asturias	79,5	77,7	83,3	89,4
Baleares	49	71,7	84,1	98
Canarias	69,8	57,7	77,3	83,4
Cantabria	91,5	77,7	83,3	86,7
Castilla L M	37,2	55,5	75	86
Castilla León	72,2	68,8	81,8	86,7
Cataluña	97	97,7	100	89,4
C. Valenciana	92,7	71,1	70,4	87,4
Extremadura	45,7	64,4	70,4	94,7
Galicia	75,9	62,2	72,7	89,4
Madrid	65	53,3	75	86
Murcia	63,8	57,7	93,2	90
Navarra	57,8	64,4	81,8	86
País Vasco	87,9	77,7	75	90
Rioja	46,9	44,4	65,9	50,9

Fuente: Evaluación de la Atención Primaria en las CCAA (www.fadsp.org),

Se dan diferencias en los índices de médicos de familia y de pediatra y en la masificación de los cupos asignados a los mismos.

Entre las CCAA con peores indicadores de recursos por habitante y por tanto con cupos más masificados destacan Madrid (89,7% de los cupos), Baleares (88,6%), Murcia (85,6%) y Valencia (71,3%). Las que presentan mejores

índices de personas por médico y menor masificación son Castilla y León (28,6%), Extremadura (36,6%), Cantabria (40,1%) y, Aragón (45,7%).

	Personas por medico de familia	Niños por peditra	Cupos más 1500 personas
Andalucía	1.416,00	1.125,00	48,2
Aragón	1.243,00	1.016,00	45,7
Asturias	1.553,00	808,00	63,2
Baleares	1.820,00	1.153,00	88,6
Canarias	1.679,00	1.059,00	78,5
Cantabria	1.327,00	986,00	40,1
Castilla L M	1.286,00	1.295,00	47,4
Castilla León	921,00	1.300,00	28,6
Cataluña	1.443,00	995,00	61,6
C. Valenciana	1.567,00	933,00	71,3
Extremadura	1.192,00	1.185,00	36,6
Galicia	1.429,00	964,00	50,9
Madrid	1.708,00	980,00	89,7
Murcia	1.691,00	1.210,00	85,6
Navarra	1.446,00	974,00	54,6
País Vasco	1.746,00	930,00	nd
Rioja	1.377,00	1.008,00	59

Fuente: Evaluación de la Atención Primaria en las CCAA (www.fadsp.org),

El gasto por habitante en AP, al igual que el porcentaje del gasto sanitario que se destina a este nivel, muestra una variabilidad muy importante. Las CCAA con más gasto por habitante son Extremadura, Navarra, Castilla y León, Aragón y País Vasco y las que menos Madrid, Galicia, Baleares, Valencia, Canarias y Murcia (todas ellas menos Canarias gobernadas por el PP o en las que este partido ha tenido un protagonismo histórico).

Lo mismo ocurre con los porcentajes de gasto sanitario dedicados a AP: Es decir el PP y el resto de partidos conservadores no comparten la estrategia de la Ley General de Sanidad de poner a la AP como eje del sistema ni están por tanto interesados en su mejora y desarrollo.

Diferencias en los recursos económicos para AP:

	Gasto AP en euros por habitante	% de gasto sanitario para AP	Tasa anual media de incremento del presupuesto de AP
Andalucía	141	16,01	9,95
Aragón	155	13,29	6,97
Asturias	130	11,71	6,3
Baleares	117	11,91	11,2
Canarias	122	11,83	10,41
Cantabria	123	11,88	12,18
Castilla La Mancha	127	13,53	6,48
Castilla y León	161	15,62	5,22
Cataluña	157	16,87	9,97
C .Valenciana	122	13,1	8,6
Extremadura	190	17,69	8,76
Galicia	113	10,87	4,85
Madrid	102	11,49	8,04
Murcia	123	12,1	9,42
Navarra	181	15,11	5,89
País Vasco	149	14,42	6,6
Rioja	137	12,36	10,12

Fuente: Evaluación de la Atención Primaria en las CCAA (www.fadsp.org),

En un trabajo de investigación de la FADSP en el que valoraban todas estas variablesⁱⁱⁱ se objetivo que las CCAA donde la AP tiene un mejor nivel de desarrollo son Cantabria, Cataluña, Aragón, Castilla León; Andalucía, País Vasco y Extremadura . En la zona intermedia están Castilla La Mancha, Asturias, Baleares, Navarra y en los últimos lugares de desarrollo La Rioja, Madrid, Valencia, Galicia, Murcia, y Canarias

Atención especializada

Camas hospitalarias

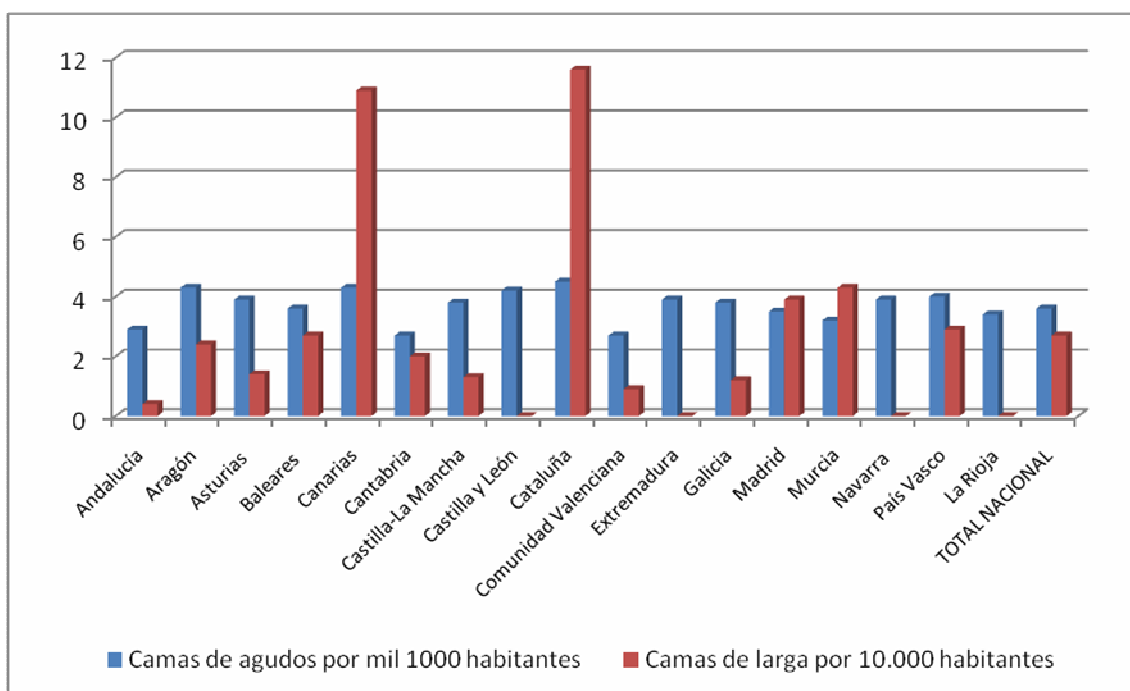
Los índices de camas de agudos y crónicos por habitante presentan importantes diferencias entre CCAA, que llegan al 40% entre las que más camas de agudos dispone (Cataluña con 4,5 por mil h.) y la que menos Valencia (2,7 por mil).

Las comunidades con más camas hospitalarias son Cataluña, Aragón, Castilla León y País Vasco, y las que menos Valencia, Andalucía, Cantabria y Murcia.

Estas diferencias son mucho mas acentuadas en las camas de crónicos ya que mientras que Cataluña tiene 11,6 por diez mil habitantes o Canarias 10,9; la Rioja , Galicia o Extremadura apenas disponen de alguna.

	Camas de agudos por mil 1000 habitantes	Camas de larga por 10.000 habitantes
Andalucía	2,9	0,4
Aragón	4,3	2,4
Asturias	3,9	1,4
Baleares	3,6	2,7
Canarias	4,3	10,9
Cantabria	2,7	2
Castilla-La Mancha	3,8	1,3
Castilla y León	4,2	0,7
Cataluña	4,5	11,6
Comunidad Valenciana	2,7	0,9
Extremadura	3,9	0
Galicia	3,8	1,2
Madrid	3,5	3,9
Murcia	3,2	4,3
Navarra	3,9	0
País Vasco	4	2,9
La Rioja	3,4	0
TOTAL NACIONAL	3,6	2,7

Fuente: Estadística de Hospitales. Establecimientos sanitarios con régimen de internado., Catálogo Nacional de Hospitales e INSERSO. M.º Sanidad y Consumo 2005



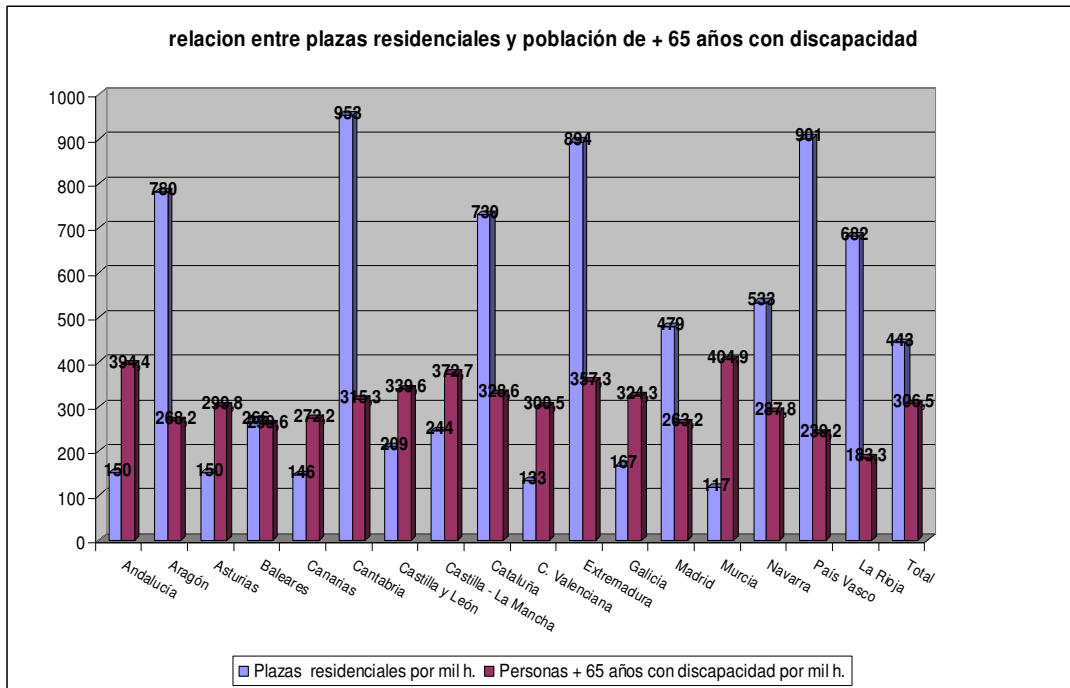
No parece existir ninguna explicación económica, poblacional o epidemiológica que justifiquen estas diferencias, que parecen responder a una absoluta falta de planificación para ajustar los recursos sanitarios a las necesidades de salud de la población:

A pesar de que el envejecimiento acelerado de la población exige un incremento de las camas de larga estancia ya que los mayores de 65 años consumen tres veces más recursos sanitarios que el resto de la población, no se observan políticas para incrementarlas. Hay importantes diferencias en recursos sociosanitarios como plazas residenciales para personas mayores o discapacitadas, que no guardan una relación clara con la población potencialmente usuaria de los mismos.

Entre las CCAA que más tienen están Cantabria, Extremadura, Aragón, País Vasco, La Rioja y Cataluña, y entre las que menos Asturias, Galicia o Castilla León, a pesar de tener una gran población anciana y con discapacidad. La Comunidad Valenciana junto con Murcia ocupan los últimos lugares.

	Camas de larga estancia millón habitantes	Plazas residenciales por 1000 habitantes	Personas 65 y más años con discapacidad por mil habitantes.
Andalucía	40	150	394,4
Aragón	240	780	268,2
Asturias	140	150	299,8
Baleares	270	266	259,6
Canarias	1090	146	272,2
Cantabria	290	953	315,3
Castilla-La Mancha	130	244	339,6
Castilla y León	70	209	372,7
Cataluña	1160	730	328,6
Comunidad Valenciana	90	133	300,5
Extremadura	0	894	357,3
Galicia	120	167	324,3
Madrid	390	479	263,2
Murcia	430	117	404,9
Navarra	0	533	287,8
País Vasco	290	901	239,2
La Rioja	0	682	183,3
TOTAL NACIONAL	270	443	306,5

Fuente: Estadística de Hospitales. Establecimientos sanitarios con régimen de internado.,
 Catalogo Nacional de Hospitales e INSERSO. M.º Sanidad y Consumo 2005



Recursos de alta tecnolog1a

Los avances tecnol3gicos y su difusi3n en el sistema sanitario es uno de los principales determinantes del crecimiento del gasto sanitario en las 3ltimas d3cadas. Hay evidencia demostrada de un incremento en la utilizaci3n de todos los procedimientos diagn3sticos y terap3uticos para todas las edades, es decir, el aumento en el gasto sanitario se relaciona con la intensidad de uso de los recursos (gesti3n sanitaria) y no es consecuencia del envejecimiento de la poblaci3n, como reiteradamente se intenta imponer desde diferentes sectores influenciados por la industria tecnol3gica..

La alta tecnolog1a m3dica se distribuye de manera desigual e irracional: Se observan importantes desigualdades en la dotaci3n de alta tecnolog1a tanto territoriales como entre servicios p3blicos y privados. Esta situaci3n tiene importantes implicaciones para el acceso a los medios diagn3sticos y terap3uticos avanzados y para la formaci3n postgrado y en la investigaci3n biom3dica en las CCAA

Por cien n. h.	TC	% público	RNM	% público	Gama cámara	% público	Hemodinámica	% público	Bomba cobalto	Acelerador lineal
Andalucía	6,9	68,5%	4,2	21,4%	3,1	91,7%	1,7	80%	1,4	3,1
Aragón	10,8	76,5%	2,5	60,0%	4,2	83,3%	2,5	60%	1,7	1,7
Asturias	10,3	64,7%	1,9	40,0%	2,8	75,0%	1,9	66,7%	1,9	1,9%
Baleares	9,5	41,2%	1,3	12,5%	2,7	33,3%	2,7	50%	1,3	1,3
Canarias	8,2	52,0%	1,2	28,6%	3,8	66,7%	3,8	85,7%	1,2	3,1%
Cantabria	9,5	83,3%	3,8	66,7%	3,8	100,0%	3,8	100%	1,9	3,8
Castilla- M.	4,4	64,7%	4	14,3%	8	66,7%	1,2	100%	4	0,0%
Castilla y L.	12,9	73,3%	1,7	37,5%	4,1	87,5%	3,5	100%	2,3	1,7
Cataluña	3,6	37,5%	1,5	34,6%	2,5	48,4%	1,5	37,5%	6,6	2,0%
C. Valenciana	8,6	69,4%	0,7	21,4%	3,1	66,7%	2,3	69,2%	1,3	1,3%
Extremadura	9,3	76,9%	0,9	50,0%	1,8	66,7%	0,9	100%	1,8	90,0%
Galicia	9,6	86,7%	2,6	38,9%	1,8	50,0%	2,9	66,7%	0,7	70,0%
Madrid	7,8	60,9%	3	34,9%	6	81,1%	3,4	62,9%	1	2,8%
Murcia	7,3	66,7%	1,8	50,0%	2,7	100,0%	0,9	100%	0	1,8%
Navarra	7,6	50,0%	1,9	25,0%	3,8	40,0%	1,9	50%	1,9	1,9%
País Vasco	8,3	68,0%	1	18,2%	3,9	66,7%	4,4	81,8%	1	2,4%
La Rioja	11,6	100,0%	3,9	100,0%	3,9	100,0%	0		3,9	0,0%
TOTAL	7,6	61,9%	1,5	31,5%	3,2	69,8%	2,3	66,9%	1,1	1,7%

Fuente Ministerio de Sanidad 2005.

La tecnología más difundida es la TC y las que menos la *bomba de cobalto* y la *hemodinámica*. Las diferencias en la implantación de estos recursos son muy importantes. En el caso de la TC Castilla León triplica a Castilla la Mancha. En cambio en RNM Andalucía ocupa el primer lugar con un índice cuatro veces superior al de Valencia.

Las CCAA con más recursos de alta tecnología en manos privadas son Cataluña, Navarra, Baleares y Canarias. El factor turismo puede representar un elemento que explique una parte de esta situación

	Hospitales Públicos	Hospitales Privados
TC	61,9%	38,1%
RNM	31,5%	68,5%
G cámaras	69,8%	30,2%
Hemodinámica	66,9%	33,1%

La RNM es la tecnología con mayor presencia en manos privadas (casi el 70% del total) y las que menos la gamma cámara.

Esta situación no responde a un patrón lógico de difusión de los recursos tecnológicos avanzados y es la consecuencia, entre otras, de la ausencia de una planificación estratégica de los recursos, y de la inoperancia del Consejo Interterritorial de Salud que debería garantizar acuerdos entre CCAA para una asignación de las nuevas tecnologías de manera racional y complementaria.

Todo ello plantea la necesidad de una Comisión que evalúe a nivel nacional la necesidad de las nuevas tecnología antes de su difusión. Otro elemento a tener en cuenta es la presión que ejerce la industria de la electromedicina sobre los jefes de servicio y los profesionales para tratar de introducirlos en los centros, por encima de criterios de racionalidad y eficiencia.

Desigualdades en el funcionamiento y en la calidad de las prestaciones

Existe también una variabilidad por CCAA geográfica en la utilización de tecnologías hospitalarias

	Apendicitomía urgente	Mastectomía Conservadora Cáncer Mama	Prostatectom. Cáncer próstata	Hospitalizac. por psicosis esquizofrénica	Artroplastia de rodilla
Tasa estandarizada mediante método directo	9,72	4,56	2,22	5,82	7,7
Coeficiente de variación ponderado por el tamaño de las poblaciones	0,25	0,38	0,51	0,47	0,41

Fuente: Elaboración propia de Sanidades autonómicas (¿solución o problema). Circulo de Sanidad 2009.

Esta situación refleja las diferencias de recursos y la ausencia de instrumentos que garanticen que las decisiones respondan a criterios de eficacia comprobada, la ausencia de incentivos y de políticas de personal, a problemas de en la gestión de los servicios y en la administración de los centros.

% de personas que utilizan diversos servicios según género	Medico general	Medico especialista	Ingreso hospitalario
Hombres	16	7,3	8,6
Mujeres	13	6	7,7
Total	18,9	8,5	9,3

Fuente: Gaceta Sanitaria 2006

Detrás de las importantes diferencias en los tiempos de espera que soportan los pacientes se encuentran deficiencias relacionadas con la demanda de los usuarios, con la falta de planificación y de políticas de personal que incentiven el rendimiento de los centros. No parece racional que un paciente tenga una espera media de 277 días en canarias frente a 37 en Cataluña que genera dudas sobre la metodología para el computo de la espera. También existen importantes diferencias en el % de pacientes atendidos dentro de los primeros 15 días que van del 24,1% en Baleares a un 9,7% en Aragón o 190,4 % en Galicia.

	Espera media	% atención 15 días
Andalucía	40	18,1
Aragón	80	9,7
Asturias	46	18,3
Baleares	80	24,1
Canarias	277	19,6
Cantabria	100	15,9
Castilla y León	53	12,1
Castilla - La Mancha	47	19,6
Cataluña	37	24
C. Valenciana	38	15,8
Extremadura	52	15,6
Galicia	66	10,4
Madrid	52	14,5
Murcia	.	12,9
Navarra	38	14,7
País Vasco	97	21,2
La Rioja	nd.	19,3

Fuente: V Informe sobre los servicios sanitarios de las CCAA. FADSP 2008. Con datos del Ministerio de Sanidad, Barómetro Sanitario CIS 2007, Ministerio de Hacienda

Actividad asistencial

Hay diferencias del 20% en la realización de mamografías por cada mil mujeres entre Castilla la Mancha con 921 y Andalucía con 736. Navarra o Galicia con programas de detección precoz de cáncer de mama mediante mamografías a determinadas edades ocupan curiosamente un lugar intermedio.

	Tasa mamografías por 1000 mujeres 2003
Andalucía	736
Aragón	823
Asturias	738
Baleares	808
Canarias	824
Cantabria	810
Castilla y León	847
Castilla - La Mancha	921
Cataluña	906
Comunidad Valenciana	907
Extremadura	780
Galicia	832
Madrid	858
Murcia	754
Navarra	873
País Vasco	864
La Rioja	913
	834,9

Encuesta nacional de salud 2003

Las diferencias en las vacunaciones obligatorias de menores de un año son poco importantes, al contrario de las voluntarias contra la Gripe Estacional (cobertura media del 63,7%) donde las diferencias llegan al 24% entre Castilla la Mancha donde alcanza una cobertura del 70,3% y Canarias con el 53,04%. La buena cobertura vacunal de los niños parece indicar un buen funcionamiento de los servicios de Salud Pública y de AP.

	% vacunación niños menores 1 año triple vírica 2004	% mayores 65 años vacunación antigripal
Andalucía	98	57,58
Aragón	95,5	61,55
Asturias	96,1	63,29
Illes Balears	92,2	65,77
Canarias	90,5	53,04
Cantabria	102	56,11
Castilla y León	95,6	68,67
Castilla - La Mancha	97,8	70,3
Cataluña	98,6	70,05
Comunidad Valenciana	95,1	57,24
Extremadura	90,5	74,88
Galicia	98	59,61
Madrid	96,6	64,14
Murcia	98	65,69
Navarra	95,3	65,79
País Vasco	98,2	69,61
La Rioja	96,1	64,3
	96,1	63,7

Fuente Ministerio de Sanidad

	Satisfacción con servicio sanitario	Elección Sanidad Pública	Mejora lista espera
Andalucía	6,32	53	51,8
Aragón	6,87	69,5	47,5
Asturias	7,43	63,8	60,1
Baleares	6,66	60,9	56,5
Canarias	5,15	42,2	37
Cantabria	6,47	48,8	30,5
Castilla y León	6,64	67,5	52,4
Castilla - La Mancha	6,42	66,4	60,7
Cataluña	6,02	46,8	42,4
Comunidad Valenciana	6,36	58,7	44,3
Extremadura	6,14	63,5	43,9
Galicia	5,85	62,2	37,3
Madrid	6,23	56	50,3
Murcia	5,94	44,4	61,2
Navarra	6,82	48,5	27
País Vasco	6,48	58,6	41,1
La Rioja	6,98	42,9	50,5

Fuente: Encuesta Nacional de Salud

La calidad de la atención se puede medir de manera indirecta a través de la Encuesta Nacional de Sanidad que evalúa la satisfacción con el servicio recibido, la voluntad de elegir la sanidad pública como proveedora de sus servicios o las mejoras de las listas de espera (que es uno de los principales problemas del sistema sanitario en opinión de sus usuarios).

El mayor nivel de satisfacción de los usuarios con los servicios de salud pública se da en Asturias, La Rioja, Aragón y Navarra, mientras que los peores se encuentran en Canarias, Galicia, Murcia y Extremadura, que coinciden con las CCAA con peores niveles de desarrollo socioeconómico.

En cuanto a la valoración sobre la mejora experimentada por las listas de espera las diferencias son muy importantes ya que alcanzan el 56% entre Murcia donde el 61,2% consideran que han mejorado frente a La Rioja donde solo un 27% consideran que lo han hecho (habría en todo caso que analizar la situación de partida de las listas en cada CCAA).

Uso adecuado de la medicación

España ocupa los primeros lugares de Europa en prescripción de antibióticos lo que junto a ser también uno de los países donde se han detectado mayores niveles de resistencias bacterianas a los mismos, parece indicar que existen problemas en el uso racional de los mismos.

	Prescripción extrahospitalaria de antibióticos por capita 2004
Andalucía	118,5
Aragón	116,4
Asturias	95,5
Baleares	101
Canarias	98,5
Cantabria	115,6
Castilla y León	131,7
Castilla - La Mancha	97,2
Cataluña	104,2
Comunidad Valenciana	119,2
Extremadura	166,7
Galicia	110,9
Madrid	68,9
Murcia	126,3
Navarra	81,7
País Vasco	157,4
La Rioja	96,2
Total	112,1

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo 2005.

Se observan importantes diferencias en la prescripción que pueden estar relacionadas con deficiencias en la formación de los facultativos y con la ausencia de protocolos y guías clínicas que orienten la decisión de los mismos. Otro elemento a tener en cuenta en esta situación es la falta de actividades de formación continuada y la presión que ejerce, sin un control adecuado de la industria farmacéutica por las administraciones sobre los facultativos para condicionar su prescripción. Las diferencias alcanzan el 313% entre la CCAA con mayor prescripción de antibióticos (Extremadura con 166,7) y la que menos (Madrid con 68,9).

Diferencias en los niveles de salud

La esperanza de vida al nacer y la tasa de años potenciales de vida perdidos por enfermedades o problemas prevenibles, son dos de los indicadores más utilizados para medirla. Ambos indicadores están relacionados con el nivel de desarrollo y la calidad de vida alcanzado por una comunidad: Nivel cultural y educativo, ingresos económicos, sectores productivos, alimentación, hábitos de vida (ejercicio, tabaquismo, consumo de drogas..), niveles de contaminación medioambiental, tasa de paro, seguridad vial, etc. En la mortalidad general la intervención de los servicios de salud tienen

un papel limitado (explican alrededor del 14% de la misma), aunque la orientación de los mismos a la promoción y la prevención de salud gracias a un buen desarrollo de los servicios de Atención Primaria puede contribuir a mejorar la tasa de mortalidad.

La diferencia en esperanza de vida al nacer es de 2 años y medio entre la CCAA de mayor esperanza que es Navarra con 81,5 años y la que menos Canarias con 79,1. No parece existir muchas diferencias entre las CCAA con mayor nivel de desarrollo y otras como Galicia o Castilla León que ocupan los últimos lugares en el mismo.

Sin embargo si existen más diferencias territoriales en la tasa de años potenciales de vida perdidos que alcanzan los 961 años por cien mil habitantes (21%) entre Canarias y Castilla León. Las CCAA de Canarias, Galicia, Andalucía y Murcia ocupan los lugares más altos y forman parte del grupo de CCAA menos desarrolladas. Al mismo tiempo son también en las CCAA con menor nivel económico como Galicia,, Canarias, Asturias, Andalucía, donde la población tiene peores expectativas de salud al nacer, al contrario de La Rioja, Aragón o Valencia.

	Esperanza de vida al nacer 2005	Tasa de años potenciales de vida perdidos por 100.000 habitantes 2002	% de población con expectativa de mala salud al nacer 2002
Andalucía	78,8	4.277,5	27,2
Aragón	80,5	3.760,7	19,9
Asturias	79,5	4.026,3	28,6
Baleares	80,4	4.120,5	28
Canarias	79,1	4.511,6	31,1
Cantabria	80,8	3.861,9	28,6
Castilla y León	81,2	3.550,9	28,9
Castilla - La Mancha	80,8	3.871,3	21,4
Cataluña	80,5	3.860,7	23,9
Comunidad Valenciana	79,6	4.323,1	19,6
Extremadura	79,7	3.862,0	26,4
Galicia	80,4	4.308,0	31,3
Madrid	81,4	3.584,0	22,9
Murcia	79,6	4.260,2	24,9
Navarra	81,5	3.668,4	20,7
País Vasco	80,7	3.840,3	20,6
La Rioja	81,2	3.773,0	18,2
Total	79,6	3.968,3	24,8

Fuente Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Sanidad

Las diferencias en la mortalidad por enfermedades prevenibles mediante actividades y programas (promoción de salud, educación sanitaria, detección precoz y tratamiento temprano y adecuado), son importantes para todos los grupos analizados como el cáncer, suicidio y accidentes de tráfico. Esto plantea la necesidad de diseñar y aplicar programas de salud por el Consejo Inteterritorial de Sanidad para su aplicación en todo el Estado de carácter, basados en la evidencia y en la colaboración de todos niveles asistenciales y de sectores no sanitarios como el sistema educativo, el urbanismo, vivienda, trabajo, tráfico, medio ambiente, etc.

	Cardiop atía.. Isquémica	Enfermedad Cerebrovasc .	Insuficiencia. cardíaca	Cáncer bronqui al	Cánc er colon	Accident es tráfico	Cánc er prósta ta	Enferme d.. Hiperten s.
Andalucía	97,58	98,91	47,48	41,86	18,63	12,26	10,46	11,84
Aragón	99,25	115,65	57,45	52,45	25,98	16,74	20,82	11,16
Asturias	132,03	108,51	49,03	30,87	30,87	15,5	17,5	17,79
Baleares	83,01	76,52	49,13	21,02	11,2	17,3	12,97	13,33
Canarias	107,25	54,1	26,81	32,53	11,68	9,24	11,56	12,33
Cantabria	64,05	76,41	55,06	56,47	23,6	11,42	16,85	11,61
Castilla y león	101,84	102,62	51,78	44,86	29,88	18,03	19,29	14,57
Castilla la Mancha	98,83	115,86	50,96	41,99	21,25	15,03	16,97	14,57
Cataluña	86,8	82,33	42,87	46,49	24,51	13,46	13,14	13,05
C. Valencian a	112,13	96,59	50,99	46,86	22,63	13,74	15,59	12,14
Extremad ura	109,15	109,34	45,13	59,3	27,29	14,35	13,31	12,46
Galicia	110,63	124,2	58,84	48,75	28,01	18,85	19,85	18,03
Madrid	70,33	54,3	37,77	40,24	20,13	8,06	10,77	9,94
Murcia	79,82	91,48	34,8	36,32	17,74	20,27	12,25	13,35
Navarra	96,26	78,74	41	46,05	22,21	17,52	15,17	9,75
Pais Vasco	74,78	79,88	32,27	45,45	23,18	11,97	13,22	13,71
La Rioja	86,9	86,17	65,36	40,89	23	25,56	18,26	11,32
Ceuta y Melilla	73,71	63,88	37,74	34,84	7,98	5,81	5,08	10,1
Media Estado	95,5	90,03	45,73	44,79	22,45	14,02	13,93	12,86

Fuente: INE en Anuario de la sanidad y del Medicamento en España. 2004

Salvo en el cáncer donde las tasas son muy similares. Las diferencias alcanzan cifras del 50% para las enfermedades coronarias (41,1 en Cantabria frente a 84,1 en Canarias); del 53,4% en suicidios entre Navarra (10,1) y Cantabria (4,6); o del 67,7% en accidentes de tráfico entre La Rioja con 29,1 y Madrid con 9,4.

	Mortalidad por cáncer. Tasa estandarizada por edad por 100.000 habitantes menores 75 años 2002	Mortalidad por enfermedades coronarias . Tasa estandarizada por edad por 100.000 habitantes menores 75 años 2002	Mortalidad por suicidio, Tasa estandarizada por edad por 100.000 h menores 75 años 2002	Mortalidad por accidentes de tráfico. Estandarizada por edad por 100.000 15-49 años 2002
Andalucía	113,2	66,2	7,9	15,1
Aragón	101,6	46,8	8,2	18,7
Asturias	110	70,5	7,7	16,6
Baleares	107,9	46,4	5,7	13,7
Canarias	112,8	84,1	8,2	11,1
Cantabria	121,8	41,1	4,6	13
C. y León	105,8	39,8	6,2	17,7
C. Mancha	93,3	40,4	5,3	20,3
Cataluña	107,2	47	7,1	15,6
C.Valenciana	108,5	64,5	6,9	16,7
Extremadura	105	60,4	5,2	16,3
Galicia	110,5	51	7,9	21,4
Madrid	102	43,7	4,7	9,4
Murcia	106,5	53,9	8,5	17,4
Navarra	103,9	56,7	10,1	15
País Vasco	121,2	46,3	7,9	14,6
La Rioja	109,2	42,6	9,7	29,1
Total	108,3	53	7,2	16,6

Fuente: Ministerio de Sanidad

La mayoría de la población (75%) considera que su estado de salud es bueno o muy bueno, aunque existen diferencias (que superan el 20%) entre la CCAA donde la población considera buena o muy buena su salud (Extremadura con el 84,3% de la población) y Castilla la Mancha donde esta cifra desciende al 65,6%. Junto a Extremadura (que es la CCAA con menor nivel de desarrollo económico), superan el 80% de satisfacción La Rioja y Navarra

	Total población
Andalucía	71,9
Aragón	74,1
Asturias	72,2
Baleares	75,5
Canarias	66,2
Cantabria	75,4
Castilla y León	77,2
Castilla - La Mancha	65,6
Cataluña	72,6
Comunidad Valenciana	78,1
Extremadura	84,3
Galicia	71,3
Madrid	72,8
Murcia	76,7
Navarra	82,7
País Vasco	75,7
La Rioja	82,9
Total	75

Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006.

Las diferencias en población fumadora alcanzan el 30% entre el País Vasco con la menor tasa (21,9%) y Cantabria la que más (con 31,3%). Las CCAA con menor nivel de desarrollo como son Murcia, Canarias y Andalucía (junto con Valencias) son las que mayores tasas de fumadores registran.

Las cifras de bebedores excesivos no parecen muy elevadas aunque existen diferencias importantes entre Extremadura y Aragón que cuadriplican la tasas de las CCAA con menores bebedores como el País Vasco y La Rioja.

El porcentaje de población obesa es elevado en todas las CCAA, ya que en todas supera el 30%, llegando al 45,9 en el País Vasco (30% veces superior a La Rioja).

El porcentaje de población que realiza ejercicio en su tiempo libre es escasa ya que no alcanza ni el 50%. El País Vasco, La Rioja y Navarra es donde más ejercicio se practica mientras que en Andalucía y Aragón es donde menos.

	% población fumadora 2006	% de bebedores excesivos más 16 años 2001	% mas 16 años no hacen actividad física en tiempo libre	% de obesos mas 20 años 2006
Andalucía	28,2	1,9	70,3	37,9
Aragón	26,3	4,5	68,1	36
Asturias	26,2	1,6	64,6	43,7
Baleares	27	1,1	62,2	33,2
Canarias	29,8	2	61,4	33,2
Cantabria	31,3	2,9	61,2	30,7
C. y León	23,6	2,8	59,8	37,1
C. La Mancha	27	1,9	59,8	37,9
Cataluña	23,7	1,3	57	37,9
C. Valenciana	29,5	1,4	57	42,5
Extremadura	25	4,7	54,8	44
Galicia	22,4	2,7	54,5	43,4
Madrid	26,5	2,1	52,5	38,4
Murcia	29,8	1,9	50,2	41,3
Navarra	25,6	1,5	48,5	40
País Vasco	21,9	1	47,2	45,9
La Rioja	26,9	0,9	40,6	29,5
Total	26,5	2	57	38,4

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo y Encuesta Nacional de Salud

2.- Desigualdades de género

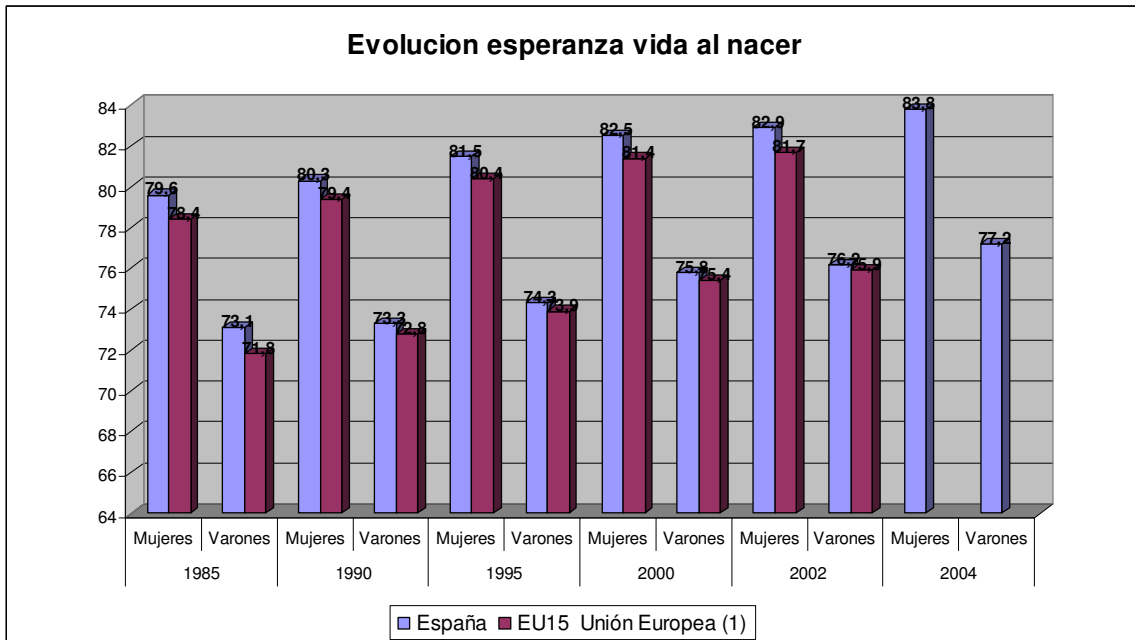
Entendemos por género una la construcción cultural que asigna, jerárquicamente, en las esferas públicas y privadas, formas de comportamiento y roles a las mujeres y a los hombres sobre la base de su diferenciación sexual^v.

El Género es un concepto relacional ya que su objeto de interés no es la mujer o el hombre sino a las relaciones de desigualdad entre ellos, que tienen que ver con la distribución de poder en todas las esferas de la vida. Las relaciones de género son personales y también políticas, y se dan en todas las formas de organización social.

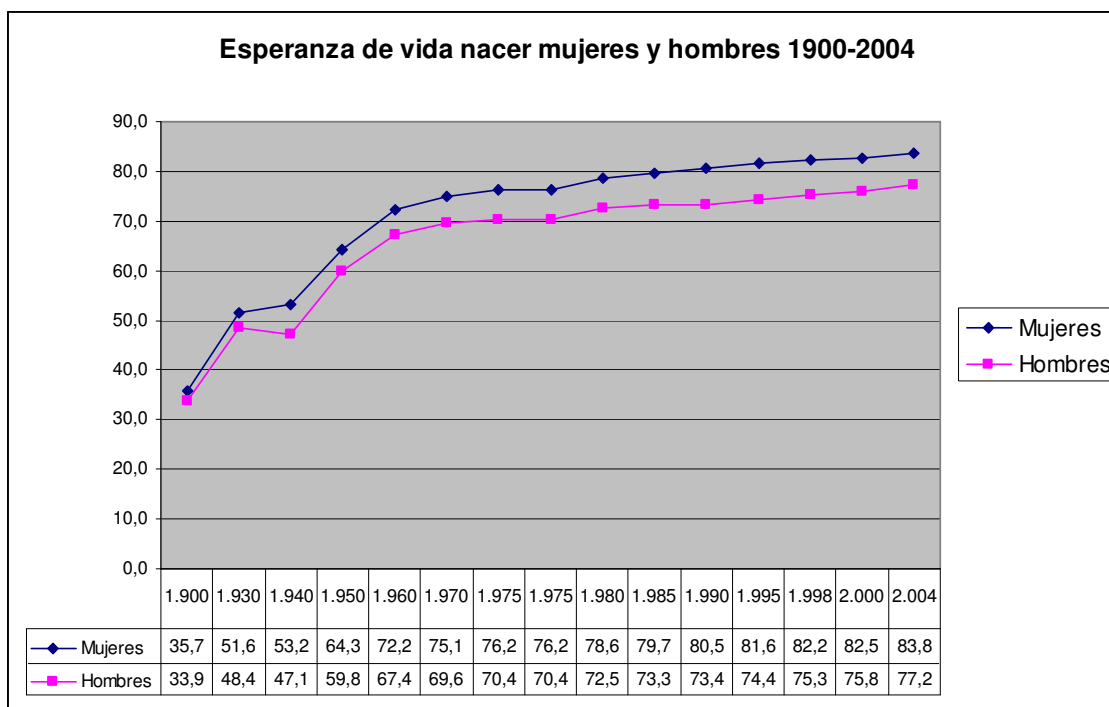
Las desigualdades de género surgen de las construcciones sociales, culturales e históricas que transforman las diferencias sexuales en discriminaciones; éstas se expresan en la división sexual del trabajo y en un acceso diferencial y jerarquizado a recursos materiales y simbólicos, así como al poder en sus distintas expresiones^{vi}.

El enfoque de género es importante para la salud pública por que las diferencias de género en los roles sociales, en las responsabilidades, en el acceso a los recursos sanitarios, en la información y en el poder, se reflejan en diferencias y desigualdades hombre-mujer en riesgos y vulnerabilidad a la enfermedad, en los niveles de salud, en el acceso a medidas preventivas y curativas, en la carga de enfermedad y salud y en la calidad de la atención recibida por las personas.

La división sexual del trabajo constituye uno de los elementos fundamentales del análisis de género en salud. Las mujeres asumen la mayor carga de trabajo *reproductivo*, con consecuencias negativas para su salud, especialmente en el caso de los cuidados^{vii}



La esperanza de vida de las mujeres es una de las más altas de los países de la Europa desarrollada (UE-15). Con 83,5 años, solo superada por las francesas que tienen 83,8. Sin embargo la esperanza de vida de los hombres es de 77 años, lo que les coloca en séptimo lugar europeo. Las mujeres españolas viven 6 años y medio más que los hombres.



FUENTE: INE. Indicadores Demográficos Básicos

La esperanza de vida ha mejorado de manera muy importante desde 1900, más en las mujeres que en los hombres, aunque esta mejoría ha sufrido un claro ententecimiento desde los años 70 del pasado siglo.

	Hombres	Mujeres	Diferencia en %
Esperanza de vida al nacer 2005	77	83,4	7,70%
% de personas con limitaciones actividades cotidianas 2003	37,6	47,5	20,80%
% de personas + 65 años con buena o muy buena salud 2003	45,8	34,5	24,70%

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo

Aunque las mujeres viven más años que los hombres soporten más discapacidades (20,8%) y tienen peor salud ya que entre los mayores de 65 años un 24,5% de los hombres confiesa gozar de una salud buena o muy buena^{viii}. El 46 por ciento de las mujeres siente que su salud es de regular a muy mala, mientras que entre los hombres solamente el 37 por ciento la perciben así.

Las mujeres viven más pero su estado de salud es peor que el de los hombres tanto por que una parte importante alcanzan edades avanzadas donde se dan más enfermedades crónicas y degenerativas, como por que tiene una mayor carga de enfermedad. Se observa como mujeres acumulan problemas crónicos a lo largo de su vida, lo que repercute de

forma negativa en la valoración de su salud, mientras que los hombres presentan enfermedades más graves: Más del 60 por ciento de la población diagnosticada con enfermedades crónicas son mujeres y también lo son el 56 por ciento de la población con limitaciones para la actividad diaria.

El 83% de las personas que prestan cuidados familiares a sus mayores son mujeres, lo que repercute sobre su salud de forma física, emocional, psíquica y social.

La mortalidad por las principales enfermedades prevenibles es menor en las mujeres que en los hombres: La mortalidad por cáncer es un 33,7% inferior; un 71% por enfermedades coronarias, un 70,9% por suicidio y un 82% por accidentes de tráfico. Esto explica por que la tasa de años de vida perdidos potencialmente perdidos sean un 57,5% inferior en las mujeres que en los hombres ya que padecen menos enfermedades con repercusiones fatales para la salud.

	Hombres	Mujeres	Diferencia
Tasa de años potenciales de vida perdidos por 100.000 habitantes 2002	5945,2	2527,8	57,5%
Mortalidad por cáncer. Tasa estandarizada por edad por 100.000 habitantes menores 75 años 2002	130	86,2	33,7%
Mortalidad por enfermedades coronarias. Tasa estandarizada por edad por 100.000 habitantes menores 75 años 2002	53	15,3	71,1%
Mortalidad por suicidio, Tasa estandarizada por edad por 100.000 h menores 75 años 2002	11	3,2	70,9%
Mortalidad por accidentes de tráfico. Estandarizada por edad por 100.000 15-49 años 2002	48,4	8,7	82%

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo

Estas diferencias se están reduciendo una vez que las mujeres están cambiando su situación social incorporándose a los mismos trabajos, fumar o conducir vehículos que los hombres, como se puede comprobar en el crecimiento del cáncer de pulmón entre las mujeres en los últimos años.

Utilización y acceso a los servicios sanitarios

Las mujeres hacen un uso más intenso de los servicios sanitarios de Atención Primaria (53,8% mas que los hombres) , pero menos en la especializada (55% menos). La mala salud percibida, como indicador de necesidad, incrementa el riesgo de consulta a medicina general,

	Hombres	Mujeres	Diferencia
% personas que utilizan servicios de Atención Primaria 2005	6	13	53,8%
% personas que utilizan servicios de Atención Especializada 2005	18,9	8,5	55,0%

Fuente Ministerio de Sanidad y Consumo

Otro de los aspectos que influyen en las diferencias de salud hombre-mujer es, la necesidad que tienen muchas mujeres de conciliar la vida familiar y su carrera profesional, que puede tener efectos negativos en aquéllas que se ven sometidas a una sobrecarga de trabajo y con peores condiciones.

Las mujeres se ven sometidas a un trabajo más monótono y exigente, sufren un mayor acoso sexual y moral, un menor salario y se enfrentan a peores perspectivas de promoción que los hombres. Situación que explica el avance de la depresión y los problemas cardiovasculares entre las mujeres.^{ix}

	Hombres	Mujeres	Diferencia
Tasa hospitalización por artroplastia de cadera x 100.000 h. 2002	39,5	121,8	67,6%
Tasas hospitalización por accidente vascular cerebral x 100.000 h. 2002	187,4	196,7	4,7%
Tasas hospitalización por infarto agudo miocardio por 100.000 h. 2002	216,1	90,4	58,2%

La mayor hospitalización para intervenciones de cadera (67,6%) de las mujeres se explica por su mayor longevidad (de se asocia a una mayor prevalencia enfermedades degenerativas), sin embargo sufren menos infartos (58,2%) problema que está relacionado con el hábito de fumar y con el *stress laboral*). Las diferencias son menores en las enfermedades vasculares cerebrales (4,7%) en las que el factor edad tiene una mayor importancia.

Aunque las mujeres presentan una menor incidencia de infarto agudo de miocardio reciben menos procedimientos diagnósticos o de revascularización, y presentan una mayor mortalidad. Estos hechos, que podrían suponer un problema de falta de equidad o un sesgo de sexo en el esfuerzo terapéutico.^x, ya que a las mujeres se les practica un 34% menos coronariografías y un 33% menos de intervenciones coronarias percutáneas que a los varones.

Hábitos de vida relacionados con la salud

Las mujeres fuman menos que los hombres (37,2%), son más obesas (11,7) y realizan menos ejercicio físico en el tiempo libre (21,1%), lo que puede suponer que en un futuro las diferencias en mortalidad por enfermedades prevenibles o la esperanza de vida entre hombres y mujeres se reduzcan. Sin embargo la principal causa del cáncer de mama, cuya prevalencia está aumentando, es el tabaquismo, que también está creciendo especialmente entre las mujeres, sobre todo entre las más jóvenes: El 33,1 por ciento de las mujeres entre 14 y 18 años fuman, frente al 24,2 por ciento de los varones de la misma franja de edad.

	Hombres	Mujeres	Diferencia
% Fumadores mayores 16 años	39,2	24,6	37,2%
% personas inactividad física en tiempo libre	41,2	52,2	21,1%
% personas con obesidad mayores de 20 años	12,8	14,5	11,7%

Existen otros trastornos que aunque son menos graves empeoran de forma importante la calidad de vida y bienestar de la mujer, como la disfunción sexual, la incontinencia urinaria, la fibromialgia, etc.

Muchos estudios sobre el estado de salud han ignorado las diferencias biológicas y de género, asumiendo que las causas de enfermar y las reacciones frente a las exposiciones eran las mismas para mujeres y hombres. Las prioridades en investigación se han definido, hasta ahora, de acuerdo con las necesidades de salud de los hombres”.

Nuestro sistema sanitario garantiza la equidad en el acceso a los servicios. Las mujeres españolas reciben, por lo general, una peor asistencia que los hombres, tanto en la etapa del diagnóstico como durante el tratamiento, sin olvidar que han sido tradicionalmente marginadas en los ensayos clínicos. Esta situación es la consecuencia del impacto sobre la salud del rol social de la mujer: La salud de las mujeres es diferente y desigual a la de los hombres: diferente porque existen factores de tipo biológico que tienen distintas implicaciones en la salud y desigual, porque hay factores sociales que establecen diferencias injustas y evitables entre la salud de hombres y mujeres.

Desde el punto de vista biológico, dichos géneros tienen distintos aparatos genitourinarios, y mantienen también diferencias genéticas, hormonales y metabólicas que desempeñan un papel en la morbilidad y mortalidad diferenciales como la osteoporosis y las fracturas, el cáncer de mama o las enfermedades relacionadas con el embarazo y el parto.

Las mujeres soportan mayor desempleo y trabajo temporal, tienen un menor acceso a puestos directivos, invierten más del doble de tiempo en las tareas del hogar frente a los hombres y son las principales cuidadoras de las personas mayores (65 por ciento), o con discapacidad (75 por ciento), factores que también repercuten en la salud

Las IVE se ha duplicado desde 1998, aunque existen diferencias muy importantes entre CCAA, que llegan a quintuplicarse entre Galicia (3,53) y Madrid (17,79).

Interrupciones voluntarias del embarazo

	año 2008	año 2007	año 2006	año 2005	año 2004	año 2003	año 2002	año 2001	año 2000	año 1999	año 1998
Andalucía	11,29	11,22	10,46	9,99	8,98	8,25	7,33	6,77	6,19	5,49	5,16
Aragón	12,60	11,91	11,85	10,92	10,10	10,70	9,94	8,89	7,83	7,28	7,03
Asturias	8,07	7,72	8,33	8,27	8,55	7,84	7,75	7,22	8,38	6,95	7,15
Baleares	14,13	14,91	14,00	12,57	12,38	13,70	14,25	13,21	13,56	11,84	11,13
Canarias	10,03	10,74	8,87	7,23	6,23	6,25	6,82	7,28	8,04	7,22	6,98
Cantabria	6,09	4,63	4,86	4,42	4,51	4,26	4,44	4,08	3,92	4,00	3,75
C. Mancha	8,54	8,20	6,71	6,65	5,79	5,80	5,23	4,54	4,35	4,67	4,20
C. León	6,78	6,38	6,40	5,86	5,80	5,84	5,61	5,54	5,63	5,85	5,52
Cataluña	16,49	14,31	13,57	11,46	10,89	11,39	11,37	10,18	9,67	8,59	7,65
C. Valencia	10,75	10,46	9,92	9,10		8,27	8,26	7,50	6,82	6,00	5,74
Extremadura	6,11	5,46	5,19	5,26	5,19	3,83	3,76	3,61	4,27	3,70	3,73
Galicia	3,53	4,51	4,40	4,43	4,47	4,22	4,35	4,16	3,97	3,81	4,12
Madrid	15,79	16,00	14,18	12,81	12,03	12,83	12,19	10,47	8,90	8,72	7,46
Murcia	16,59	14,80	13,10	11,70	10,48	11,69	11,54	9,68	7,96	5,64	4,88
Navarra	6,13	5,65	5,31	5,21	5,22	4,81	4,56	3,99	3,63	2,96	2,53
País Vasco	7,02	6,84	5,99	5,42	4,47	3,99	3,94	3,55	3,55	3,04	2,74
La Rioja	9,22	8,64	8,25	8,22	7,58	8,04	8,52	6,44	6,55	6,28	5,29
Total	11,78	11,49	10,62	9,60	8,94	>8,77	8,46	7,66	7,14	6,52	6,00

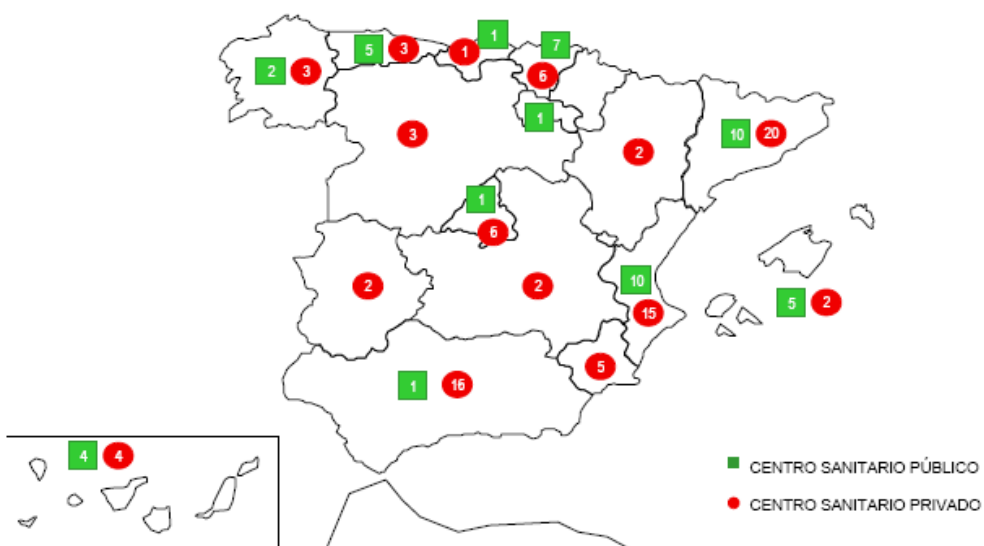
Fuente Ministerio de Sanidad y Consumo

Las IVE crecen especialmente entre las mujeres más jóvenes, que han multiplicado por dos veces y media su incidencia desde 1998. Esto puede estar relacionado con el fracaso de los programas de educación sanitaria, con la existencia y aplicación de los programas de la mujer y con la oferta de servicios públicos para relizarla.

Año	19 y menos años	20 -24 años	25 - 29 años	30 - 34 años	35 - 39 años	40 y más años
2008	13,48	21,05	16,49	11,63	7,97	3,30
2007	13,79	20,65	15,57	11,07	7,67	3,25
2006	12,53	18,57	14,44	10,12	7,34	3,05
2005	11,48	16,83	12,60	9,07	6,48	2,87
2004	10,57	15,37	11,43	8,57	6,12	2,69
2003	9,90	15,31	11,30	8,28	6,02	2,69
2002	9,28	14,37	10,72	8,10	5,84	2,72
2001	8,29	12,86	9,34	7,44	5,42	2,47
2000	7,49	11,88	8,66	6,90	5,11	2,35
1999	6,72	10,26	7,90	6,37	4,86	2,34
1998	5,71	9,13	7,35	5,99	4,65	2,35

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo

	Centros públicos	Centros privados
	total (%)	total (%)
2008	1,91	98,09
2007	2,08	97,92
2006	2,51	97,49
2005	2,91	97,09
2004	3,57	96,44
2003	2,86	97,15
2002	2,47	97,53
2001	2,43	97,57
2000	2,37	97,63
1999	2,53	97,46
1998	2,64	97,37



Existen importantes diferencias en embarazos en adolescentes por CCAA que alcanzan 76% entre la que más presenta (Canarias con el 19,6 por mil) y la que menos (Cantabria con 4,7 por mil).

Las CCAA con menores niveles de desarrollo como Canarias, Andalucía o Murcia son las que peores tasas presentan, lo que hace pensar que las políticas de información y educación sanitaria no llegan adecuadamente a los grupos menor nivel económico y cultural, o a los marginados sociales.

La calidad de la atención sanitaria a la mujer presenta también importantes diferencias, como se puede objetivar en la tasa de cesáreas por parto que presenta una diferencia del 33% entre las que menos realiza (17% en Navarra) y la que más (Valencia con 25,4%). La OMS considera que esta tasa no debería superar el 15% de los partos.

**Distribución de centros que han notificado Interrupciones voluntarias del embarazo ,
según comunidad autónoma y dependencia patrimonial. España, 2005**

2005	Centros públicos	Centros privados
Andalucía	1	15
Aragón	1	2
Asturias	2	4
Baleares	2	4
Cantabria	1	
Castilla Mancha	0	2
Castilla León	0	3
Canarias	2	3
Cataluña	9	21
Comunidad Valencia	14	14
Extremadura	0	2
Galicia	1	3
Madrid	2	7
Murcia	0	4
Navarra	0	0
País Vasco	7	7
Rioja	1	0
Estado	43	91

Fuente: Ministerio Sanidad y Consumo

Salvo en Cataluña y Madrid en el resto de CCAA los centros privados que realizan interrupciones voluntarias del embarazo superan a los públicos lo que supone una barrera para que los sectores con menor nivel económico y cultural acceda a estos servicios.

El aumento de la población inmigrante y la falta de una política seria y decidida para enfrentar el progresivo aumento de abortos que viene registrando durante la última década en España son las principales causas del número de abortos^{xi}, ya que la población inmigrante tiene mayores dificultades para acceder a la planificación familiar

Otro riesgo potencial, consecuencia de la actividad sexual en la adolescencia, son las enfermedades de transmisión sexual y el SIDA. Según los expertos, los jóvenes que inician su actividad sexual antes de los 14 años presentan dos veces más incidencia de estas enfermedades que los que comenzaron con más de 17. La utilización de un método anticonceptivo seguro por los adolescentes, era de tres meses para el 50%; 12 meses para un 21,5%; y más de un año para el 28,5%^{xii}

El patrón epidemiológico del SIDA en España está cambiando, con un incremento de mujeres afectadas por esta patología. El colectivo femenino representa el 50% de los casos, que se explica por la especial vulnerabilidad de la mujer respecto a los nuevos caso de VIH,^{xiii} puesto que además de su mayor facilidad para contraer la infección por razones biológicas (mayor contenido de VIH en semen que en secreciones vaginales, mayor fragilidad del epitelio vaginal que facilita la entrada del virus,

respuesta inmune a la infección menos potente y eficaz), existen razones sociales y culturales que están ligadas a la discriminación de la mujer en múltiples contextos geográficos diferentes. En los grupos de edad más jóvenes hay un predominio absoluto de las mujeres, que alcanzan el 60% en casos heterosexuales entre los 20-24 años. Es necesario y urgente modificar los roles tradicionales asignados a hombres y mujeres para que sea socialmente aceptado que una mujer tome la iniciativa y defienda su decisión de realizar sexo seguro

Desigualdades de salud por clase social

Las clases sociales en las primeras etapas de la sociedad capitalista eran la burguesía y el proletariado: la primera, propietaria de los medios de producción, explotaba y dominaba a la segunda, que sólo poseía su fuerza de trabajo y la tenía que vender para sobrevivir. Para Marx las clases sociales son fuerzas sociales que transforman las sociedades a lo largo de la historia mientras que Weber postuló que, además de los medios de producción, también eran importantes el poder, las diferencias económicas, los conocimientos técnicos y las cualificaciones, el prestigio social y la identificación con valores culturales. Las situaciones de clase reflejarían las distintas oportunidades vitales derivadas del mercado y del consumo.

El indicador de clase social más utilizado en la actualidad en los estudios sociales ha sido la ocupación como tipo de actividad laboral realizada. Es un concepto tecnológico y cultural, no de clase social; sin embargo, dada su correlación con la clase junto a su alta disponibilidad, se usa como un indicador de clase social

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 y profesionales de apoyo. 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 y supervisores de trabajadores manuales

IVa. Trabajadores manuales cualificados **IVb** Trabajadores manuales semicualificados

V. Trabajadores no cualificados

Estado de salud por clase social

Los determinantes sociales y económicos como, por ejemplo, la pobreza, las desigualdades de renta, el desempleo, la precariedad laboral, la deficiente calidad de la vivienda o las malas condiciones del barrio de residencia tienen impacto en las desigualdades en salud

	% estado de salud percibido bueno o muy bueno 2003	mayores 65 años con limitaciones vida diaria 2003
Clase I y II	75	40,8
Clase III	68,3	47,1
Clase IV y V	61,9	49,4

Fuente: Encuesta Nacional de Salud

Las personas de las clases sociales más elevadas presentan (I y II) un estado bueno y muy bueno de salud percibida que las otras clases, diferencia que se acentúa a medida que se desciende de clase social.

La proporción de personas mayores de 65 años con alguna discapacidad es mayor en las pertenecientes a las clases más bajas, existiendo una diferencia del 17% respecto de las más altas.

Población con estado de salud percibido bueno o muy bueno 2003

Clase I y II			Clase III			Clase IV y V		
Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
75	79,3	70,9	68,3	73,5	63,5	61,9	65,3	58,4

Fuente: Encuesta Nacional de Salud

Estas diferencias en el estado de salud percibido son aún más acentuadas entre las mujeres de las diferentes clases sociales. Las mujeres perciben su salud peor que los hombres en todas las clases

Diferencias estado de salud bueno y muy bueno según clase social y género

	Clase I y II	Clase IV y V	Diferencia
Total	75	61,9	17,5%
Hombres	79,3	65,3	17,6%
Mujeres	70,9	58,4	17,8%

Existen diferencias en el estado de salud entre las clases sociales que alcanzan el 17,5% entre las personas con menor capacidad económica (clases I y II) y las de mayor nivel (IV y V), diferencias que son prácticamente similares para hombres y mujeres.

Mayores 65 años con limitaciones vida diaria 2003

Clase I y II			Clase III			Clase IV y V		
Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
40,8	34	50,1	47,1	35,1	56,3	49,4	43,9	50,7

Mayores 65 años con limitaciones vida diaria 2003

	Clase I y II	Clase IV y V	Diferencia
Total	40,8	49,4	17,4%
Hombres	34	43,9	22,6%
Mujeres	50,1	50,7	1,2%

Las diferencias en limitación para realizar actividades de la vida cotidiana entre las clases más altas y más bajas son muy parecidas (17,4%), aunque en este caso las diferencias son más acentuadas entre hombres (22,6%) que entre mujeres (1,2%), situación que probablemente guarde relación con los riesgos laborales (los hombres de las clases I y II (obreros manuales, trabajadores agrícolas o marineros) , realizan actividades relacionadas con los esfuerzos y con accidentes laborales.

Desigualdades en estilos de vida relacionados con la salud:

Los estilos de vida más saludables son mejores para las personas pertenecientes a las clases más altas, que tiene relación con su mayor capacidad para asimilar la información sanitaria y para ponerla en práctica

	% población fumadora por clase social mayor 16 años 2003	% población sobrepeso según clase social 2003	% personas no realizan ejercicio físico en tiempo libre 2003
Clase I y II	27,8	34	47,9
Clase III	27	35,9	58,3
Clase IV y V	29,6	37,4	62,5

- La prevalencia del tabaquismo es mayor entre las personas de las clases más bajas: El consumo de tabaco y alcohol han experimentado un cambio de patrón en los últimos años, de manera que estos hábitos se iniciaron en las personas de clases más privilegiadas y cuando éstas empiezan a abandonar los hábitos no saludables, los han adoptado las de clases menos privilegiadas
- El sobrepeso es mayor en las clases más bajas
- La proporción de población que realiza ejercicio físico en tiempo libre es también mayor en las clases altas, que llega a alcanzar el 25% entre las IV y V respecto de las I y II.

Las clases sociales más bajas hacen un mayor uso de los servicios de Atención Primaria financiados públicamente (los miembros del *cuartil* de ingresos más bajos duplica al de los más altos), también va más al especialista y tiene más ingresos hospitalarios probablemente por que tienen peor salud y la universalidad de nuestro sistema sanitario hace que no existan barreras importantes que limiten el acceso a los mismos por motivos económicos.

Accesibilidad y utilización de los servicios sanitarios

	Servicios sanitarios financiados públicamente
Consulta al medico general	
Cuartil 1 (más alto)	11,2
Cuartil 2	12,4
Cuartil 3	18,7
Cuartil 4 (más bajo)	22,7
Consulta al medico especialista	
Cuartil 1 (más alto)	4,6
Cuartil 2	5,9
Cuartil 3	7
Cuartil 4 (más bajo)	6,7
Ingreso hospitalario	
Cuartil 1 (más alto)	6,7
Cuartil 2	7,1
Cuartil 3	8,5
Cuartil 4 (más bajo)	10,7

Fuente: Encuesta Nacional de Salud

Las personas de clases sociales más altas tienen mayor cobertura sanitaria privada, además de la pública, lo que influye en una mayor frecuentación al médico especialista, en lugar de a la atención primaria, y una mayor realización de prácticas preventivas o visitas a especialistas sólo parcialmente cubiertos por el sistema público de salud, como el odontólogo. Por el contrario, las personas de clases sociales menos favorecidas acuden en mayor proporción a la atención primaria y registran mayores porcentajes de hospitalización y visitas a urgencias, en cambio, realizan en menor proporción visitas al dentista o mamografías con carácter preventivo.

Las personas con menores recursos realizan más consultas al médico general diferencia que alcanza el 100 entre los del *cuartil* más alto y más bajo de ingresos familiares; situación que se repite en consultas al médico especialista aunque en este caso las diferencias son menores (31,4%); y en ingresos hospitalarios (20,56%).

Parece por tanto que nuestro sistema sanitario garantiza la equidad en el acceso a los servicios y las diferencias en la utilización de los mismos son debidos a que la clases menos favorecidas presentan peores niveles de salud y por tanto hacen un mayor uso de los servicios

Si analizamos las diferencias entre clases sociales teniendo en cuenta los ingresos económicos de las familias, no existen diferencias en el tiempo de espera en el médico de familia, son escasa en el acceso a la consulta del médico especialista pero llegan a ser del 40% en el tiempo de espera para ingreso hospitalario.

	Tiempo de espera consulta según ingresos económicos hogar	
	Mediana	Media geométrica
Consulta medio general		
Cuartiles 1 y 2 (más altos)	15	30
Cuartiles 3 y 4 (más bajos)	15	30
Consulta medico especialista		
Cuartiles 1 y 2 (más altos)	20	26,7
Cuartiles 3 y 4 (más bajos)	25	27,8
Ingreso hospitalario		
Consulta medico especialista	4	6
Cuartiles 1 y 2 (más altos)	5	10

Fuente: Encuesta Nacional de Salud

La diferencia en los años de vida existente entre una persona perteneciente a la *decila* de renta más baja del país (los más pobres) y la *decila* superior (los más ricos) en España es de diez años. En EEUU son quince y en el promedio de los países de la UE-15 son siete. Estas diferencias en años de vida se deben a que el nivel de salud de la población depende, sobre todo, de la clase social a la cual se pertenece. Un trabajador no cualificado tiene, a los sesenta años, el nivel de salud que un profesional de renta alta tiene a los setenta años. Este último sobrevivirá al primero diez años^{xiv}.

Conclusiones:

- Existen importantes diferencias territoriales en financiación sanitaria, en recursos hospitalarios como camas hospitalarias (sobre todo de crónicos) y en recursos tecnológicos (cuya distribución carece de lógica) y en personal sanitario.
- La Atención Primaria presenta déficit de recursos que limitan su capacidad resolutoria existiendo importantes diferencias entre CCAA.
- El nivel de salud es bueno en general lo mismo que las políticas de prevención aunque existen problemas con la mortalidad evitables que afectan especialmente a las CCAA menos desarrolladas.
- Hay problemas en la calidad de la prescripción y en el desarrollo de programas de promoción y prevención de salud.
- Las desigualdades de recursos, en la organización y funcionamiento de los servicios, en los programas de salud integral, en las actividades preventivas, etc. explican en gran parte las diferencias territoriales en los niveles de salud, la racionalidad de la distribución de los recursos y la calidad de la atención

- Los hombres mueren antes, las mujeres padecen más enfermedad, síntomas y malestar.
- En el acceso efectivo a la atención de salud de calidad de acuerdo con la necesidad, existe un sesgo de género en la atención sanitaria
- Las mujeres soportan mayor carga de responsabilidades y poder en el cuidado de la salud: El cuidado de la salud, sobre todo en el ámbito familiar, es un trabajo asumido mayoritariamente por las mujeres que repercute en su salud
- El impacto de los roles de género sobre la salud muestra distintos resultados para mujeres y hombres, que difieren además por clase social
- Cuidar resulta ser un factor de riesgo de mala salud emocional para las mujeres, pero no para los hombres.
- Las mujeres tienen peor salud percibida, salud mental deficiente y utilizan más las consulta a medicina general, una vez controladas las demás variables estudiadas
- Las clase sociales más bajas tienen menor esperanza de vida, peor salud y hacen un mayor uso de los servicios sanitarios públicos
- Nuestro sistema sanitario garantiza la equidad en el acceso a los servicios públicos

- **Recomendaciones**

- Poner en marcha el Plan de de Salud integrado y los Planes de Salud Autonómicos para ajustar los recursos a las necesidades de salud de la población
- Desarrollar un Sistema de Información a nivel estatal, que permita evaluar la situación de salud en todas las CCAA, que tenga en cuenta las variables de género y de clase.
- Realizar investigaciones sobre las diferencias de salud atendiendo a las variables de género y clase social
- Desarrollar la Ley de Cohesión del Sistema Nacional de Salud
- Cambiar la dinámica partidista del Consejo Interrterritorial de Sanidad para que asuma la coordinación de las políticas central y autonómica
- Abandonar la política de privatización del sistema basada en la introducción de mecanismos de mercado y la competencia en las relaciones sanitarias
- Integrar los regímenes especiales de MUFACE, ISFAS y MUJECU en el régimen general de la Seguridad Social
- Cambiar el Modelo de Financiación Autonómico recuperando su carácter su redistributivo y finalista

BIBLIOGRAFIA

- a. Oferta pública y privada de servicios sanitarios por CCAA. Beatriz Gonzales et all. Gac.Sanit. 2004;18(Supl 1):82-9
- b. Lograr la equidad en Salud. Joan Benarch y Rosa Urbanos. Informe SESPAS
- c. El efecto conjunto del género y la clase social en la producción de desigualdades en salud. Carlos Alvarez Dardet
- d. II Informe Comparación de los Servicios de Salud de las CCAA. FADSP 2006
- e. Desigualdades en los servicios de protección de la dependencia para personas mayores. Josep de Andres-Pizarro. Gac Sanit. 2004;18 (Supl 1):126-31
- f. Análisis de las desigualdades de género y clase social en el desempeño de los servicios sanitarios de las CCAA. Anna Garcia-Altess et All. Observatorio de la Mujer
- g. Estado de Salud, hábitos preventivos y mortalidad: desigualdades en el desempeño de los servicios sanitarios de las CCAA. Anna García-Altes, et all. Agencia de Salud Pública de Barcelona
- h. Asociación de los ingresos económicos con la utilización y la accesibilidad de los servicios sanitarios en España al inicio del siglo XXI. Enrique Regidor et all. Gac. Sani.2006;20(5):352-9
- i. Evaluación de la Atención Primaria en las CCAA. FADSP Mayo 2007.
- j. Regidor et all. Diferencias Socioeconómicas en el uso y acceso a los servicios sanitarios en España. NERD Clínica (Barc) 1996;107:285-8
- k. Barómetro Social de España. Colectivo IOE. Marzo 2008. www.cip-ecosocial.fuhem.es
- l. Ruptura Social de España. Carmen Nogueira. www.laclave.com
- m. Desigualdades en los servicios de protección de la dependencia para personas mayores. Josep Andres-Pizarro. Gac.Sani.;18 (Supl1):126-31
- n. Análisis de las Desigualdades Sanitarias de las CCAA. Anna García-Altes. Observatorio de Salud de la >Mujer. Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo
- o. Asociación de los ingresos económicos con la utilización y la accesibilidad de los servicios sanitarios en España al inicio del siglo XXI. Enrique Garcia Regidor et all. Gac. Sanit 2006;20(5):352-9
- p. Sanidades Autonómicas ¿Solución o Problema?. Juan del Llano Señarius. Circulo de Sanidad 2007

- q. III Encuesta Europea de Condiciones de Trabajo e Informe de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) sobre "La salud pública desde la perspectiva de género y clase social"
- r. Julián Tudor Hart: La economía política en la sanidad. Una perspectiva clínica. Fundación Sindical de Estudios
- s. CEPAL (2004). Pobreza y desigualdad desde una perspectiva de género. Panorama social de América Latina 2002-2003
- t. IV Foro Mujeres, Salud y Género. Madrid 2007

ⁱ OMS: Salud para Todos en el Siglo XXI. Copenhague 1999.

ⁱⁱ Julián Tudor Hart: La economía política en la sanidad. Una perspectiva clínica. Fundación Sindical de Estudios

ⁱⁱⁱ Clasificación de la Atención Primaria en las CCAA. Informe FADSP 20

^v Organización Panamericana de la Salud (O.P.S.)

^{vi} CEPAL (2004). Pobreza y desigualdad desde una perspectiva de género. Panorama social de América Latina 2002-2003

^{vii} IV Foro Mujeres, Salud y Género. Madrid 2007

^{viii} Barómetro Social de España 2005

^{ix} III Encuesta Europea de Condiciones de Trabajo e Informe de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) sobre "La salud pública desde la perspectiva de género y clase social"

^{xi} Sociedad Española de Contracepción

^{xii} Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria.

^{xiii} Plan Nacional de Sida del Ministerio de Sanidad y Consumo

^{xiv} Vicente Navarro