



**DESIGUALDADES SOCIALES EN LA SALUD,
LOS ESTILOS DE VIDA Y
LA UTILIZACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS
EN LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS
1993-2003**

Informe elaborado por:

Maica Rodríguez-Sanz, Paloma Carrillo Santistevé, Carme Borrell

Agencia de Salud Pública de Barcelona, 2006

Para:

Observatorio de Salud de la Mujer

**Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud
Secretaría General de Sanidad
Ministerio de Sanidad y Consumo**

ÍNDICE

Introducción	4
Objetivos.....	6
Metodología.....	7
Resultados	10
Salud.....	10
Estado de salud percibido	10
Limitación de la actividad durante más de 10 días el último año.....	17
Trastornos crónicos.....	24
Hipertensión arterial.....	24
Colesterol elevado.....	32
Diabetes mellitus.....	39
Asma, bronquitis crónica o enfisema	46
Enfermedad del corazón	53
Úlcera de estómago	60
Alergia.....	67
Artrosis y otros problemas reumáticos	74
Problemas circulatorios.....	78
Depresión	82
Jaqueca y migraña	86
Estilos de vida.....	90
Tabaquismo.....	90
Obesidad	103
Sedentarismo en el tiempo de ocio.....	110
Consumo de riesgo de alcohol.....	117
Utilización de servicios sanitarios	121
Cobertura sanitaria.....	121
Visitas al médico general	128
Visitas al médico especialista	135
Ingresos hospitalarios.....	142
Visitas a los servicios de urgencias	149
Visitas al dentista	156
Mamografías.....	163
Conclusiones	167
Bibliografía	173

Introducción

La desigualdad en salud tiene su origen en las desigualdades políticas, económicas y sociales que existen en la sociedad¹. Hace referencia a las diferentes oportunidades y recursos relacionados con la salud que tienen las personas de distinta clase social, género, etnia o territorio, de forma que los colectivos más desfavorecidos presentan peor salud que el resto. Por lo tanto, el concepto de las desigualdades en la salud tiene también una dimensión moral y ética. Hace referencia a diferencias en salud que son innecesarias y evitables y que, además, son injustas e intolerables. Alcanzar la equidad en salud comportaría que idealmente todo el mundo tuviera una oportunidad justa de tener el máximo desarrollo posible de su salud².

En la mayoría de países del mundo, incluyendo el Estado Español, se ha puesto en evidencia la existencia de desigualdades socioeconómicas en salud siendo la población menos favorecida la que presenta peor salud^{3,4}. Las desigualdades en salud son enormes, causando en muchos casos un exceso de mortalidad y de morbilidad superior al que causan la mayoría de factores de riesgo de enfermar conocidos. Además, en aquellos ámbitos donde se ha estudiado, estas desigualdades casi siempre aumentan ya que la salud mejora más rápidamente en las clases sociales más aventajadas⁵. También es necesario tener presente que la evidencia científica existente señala como las desigualdades en salud pueden reducirse si se aplican las intervenciones y políticas públicas sanitarias y sociales adecuadas⁶.

En el Estado Español, el estudio de las desigualdades socioeconómicas en la salud, ha aumentado notablemente en las últimas 2 décadas. Regidor et al. publicaron, en el año 1994, el libro "Desigualdades sociales en salud: situación en España en los últimos años del siglo XX"⁷. En él se muestra un resumen de la situación sanitaria de los diferentes grupos socioeconómicos en Estado Español en los años 1980. Se analizaron las diferencias y desigualdades en la mortalidad, la esperanza de vida, la esperanza de vida libre de incapacidad, el estado de salud percibido, la altura y el peso al nacer. También se centró en las diferencias y desigualdades en los problemas de salud prioritarios (enfermedad isquémica del corazón, enfermedad cerebrovascular, cáncer de pulmón, accidentes de tráfico, SIDA, consumo de tabaco y de alcohol y obesidad).

Posteriormente, el Ministerio de Sanidad y The School of Hygiene and Public Health de la Johns Hopkins University (EE.UU.) editaron un libro en 1996, realizado por un grupo de expertos, sobre las desigualdades sociales en salud en el Estado Español⁸, que complementa la información empírica existente hasta el momento. Se analizaban las desigualdades según clase social ocupacional, edad, sexo y Comunidad Autónoma con los datos de las dos Encuestas Nacionales de Salud (1987 y 1993); y también se describió la evolución de las desigualdades en lo referente al estado de salud, las conductas relacionadas con la salud y la utilización de servicios sanitarios.

En la última década, diversos artículos científicos han puesto en evidencia la existencia de desigualdades en salud y las tendencias a lo largo de los años. Además, muy recientemente, se han publicado informes específicos sobre el tema. Así por ejemplo los años 2003 y 2005 se han publicado dos informes sobre las desigualdades en salud en Cataluña^{9,10}, primera Comunidad Autónoma del Estado Español que lo hace. El Informe de la Sociedad Española de Salud Pública de 2004¹¹ analizó en profundidad las desigualdades sociales en salud desde la perspectiva de género y clase social. Estos informes analizan las desigualdades en la salud percibida, en las conductas relacionadas con la salud y en la utilización de servicios sanitarios utilizando los datos de las encuestas de salud.

Las Encuestas Nacionales de Salud (ENS) están diseñadas con el fin de obtener información sobre la salud de la población, especialmente sobre salud percibida, utilización de recursos sanitarios, estilos de vida, actividades preventivas y envejecimiento. Por ello son una fuente de información importante para estudiar las desigualdades en salud. En el Estado Español se han realizado, hasta el momento, seis ENS. El Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) llevó a cabo las primeras ediciones (1987, 1993, 1995, 1997 y 2001), mientras que el Instituto Nacional de Estadística (INE) se ha encargado de la ENS 2003. Este trabajo, se basa en el análisis de las encuestas de salud para poder profundizar en el conocimiento de las desigualdades en salud en las Comunidades Autónomas. La existencia de distintas encuestas permite monitorizar tanto las variables de salud, estilos de vida y utilización de servicios sanitarios a lo largo del tiempo como las desigualdades en las mismas.

Objetivos

Objetivo general

El objetivo de este informe es describir las desigualdades en el estado de salud, en los estilos de vida y en la utilización de servicios sanitarios en las Comunidades Autónomas (CC.AA.) del Estado Español desde el año 1993 al año 2003.

Objetivos específicos

- ✓ Describir las desigualdades en salud, los estilos de vida y la utilización de los servicios sanitarios entre las CC.AA. del Estado Español el año 2003.
- ✓ Describir las desigualdades en salud, los estilos de vida y la utilización de los servicios sanitarios según la clase social, en el Estado Español y en las CC.AA. el año 2003.
- ✓ Analizar la evolución del estado de salud, los estilos de vida y la utilización de los servicios sanitarios en el Estado Español y en las CC.AA entre los años 1993 y 2003.
- ✓ Analizar la evolución de las desigualdades en estado de salud, los estilos de vida y la utilización de los servicios sanitarios según la clase social, en el Estado Español y en las CC.AA entre los años 1993 y 2003.

Metodología

Diseño y población de estudio

El diseño del estudio es transversal y de tendencias con los datos individuales correspondientes a la población no institucionalizada de 16 años o más residente en el Estado Español en el periodo de 1993 a 2003. Los datos se obtienen de las ENS de los años 1993, 1995, 1997, 2001 y 2003. El diseño muestral de las ENS es polietápico, estratificado por Comunidades Autónomas, en una primera etapa se seleccionaron los municipios y en una segunda etapa las secciones censales, en la etapa final se seleccionan los individuos por cuotas de edad y sexo. En las ENS de 1995 y 1997 se excluyó la población residente en las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla, por ello en el estudio de la evolución no existe información para Ceuta y Melilla. La información de la ENS de 1993 se recogió en los meses de febrero y marzo, y la del año 2003 en los meses de las demás se realizaron de lo largo del año de forma desestacionalizada. El tamaño muestral de las ENS de 1993 y 2001 es de 21.120 personas adultas, en las ENS de 1995 y de 1997 es de 6.400, y la ENS del 2003 consta de 21.650 entrevistas.

Clase social

Para la elaboración del informe, además de las variables derivadas de las preguntas de la ENS¹², se ha elaborado la variable clase social, basada en la ocupación ya que se crea a partir de la ocupación del individuo, o en su defecto de la persona sustentadora principal del hogar.

En la ENS de 2003, la ocupación se codifica según la Clasificación Nacional de Ocupaciones, se agrupa según la propuesta de la Sociedad Española de Epidemiología¹³ y finalmente se obtiene la clase social con las siguientes categorías o grupos:

- CSI: Grandes empresarios, directivos y profesionales de segundo ciclo,
- CSII: Pequeños empresarios y profesionales de primer ciclo,
- CSIII: Trabajadores administrativos, supervisores, trabajadores de seguridad,
- CSIV: Trabajadores manuales cualificados y semicualificados
- CSV: Trabajadores no cualificados

En las ENS anteriores a la del 2003, se utiliza otra categorización con el objetivo de que ésta sea comparable, dado las diferencias entre las ENS en la pregunta sobre ocupación. Se construye una medida de clase social según la propuesta de Benach y Navarro basada en la clasificación del British Registrar General que contempla las siguientes categorías o grupos:

- CSI: Grandes empresarios, directivos y profesionales,
- CSII: Empresarios agrícolas, pequeños empresarios y empleados de oficina,
- CSIII: Trabajadores cualificados,
- CSIV: Trabajadores no cualificados.

Finalmente se agrupa la clase social en dos categorías para facilitar la comparación de la clase social entre las diferentes encuestas: no manuales y manuales.

Otras variables compuestas

Peso según Índice de Masa Corporal

A partir del peso y la talla autodeclarados en las encuestas, se construye el índice de masa corporal ($IMC = \text{peso en kg} / (\text{talla en m})^2$) y se clasifica en peso insuficiente ($IMC < 18,5$), normopeso ($18,5 \leq IMC < 25$), sobrepeso ($25 \leq IMC < 27$) y obesidad ($IMC \geq 27$), siguiendo las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y del Centres for Disease Control¹⁴.

Consumo de riesgo de alcohol

A partir del consumo declarado durante el último día laborable, así como durante el fin de semana, teniendo en cuenta la frecuencia, la cantidad y el tipo de bebida consumida se calcula el consumo de alcohol diario de una persona, y según el sexo se clasifica en no consumo, consumo moderado y consumo de riesgo (más de 40 g./día en hombres y más de 25 g./día en mujeres).

Análisis estadísticos

Para cada indicador estudiado se obtienen las prevalencias para todo el Estado Español y en las CC.AA. de España, según la edad, el sexo y la clase social, en todos los años de estudio.

Por otro lado, se calcula la razón de prevalencias entre el año 2003 y el año 1993 para estudiar la evolución de los indicadores de salud, en hombres y en mujeres.

Y para analizar la evolución de las desigualdades, también se estima la razón de prevalencias entre clases manuales y no manuales el año 1993 y el año 2003, en hombres y en mujeres.

Para la comparación de los indicadores según la CC.AA., la clase social y entre las diferentes ENS, se muestran los resultados estandarizados por edad según el método directo, utilizando como población de referencia la correspondiente a la muestra de la ENS del 2001.

Resultados

Salud

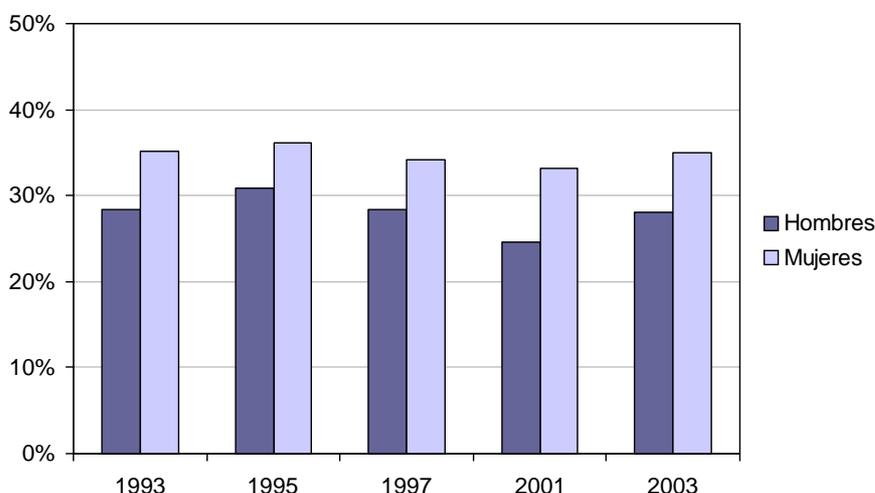
Estado de salud percibido

El estado de salud percibido es uno de los indicadores más utilizados en el análisis de las desigualdades sociales. Es una medida subjetiva que valora la percepción que tiene la persona de su estado de salud, mostrando ser un buen predictor de la esperanza de vida, de la morbi-mortalidad y de la utilización de servicios sanitarios¹⁵.

■ Estado de salud percibido, 1993-2003

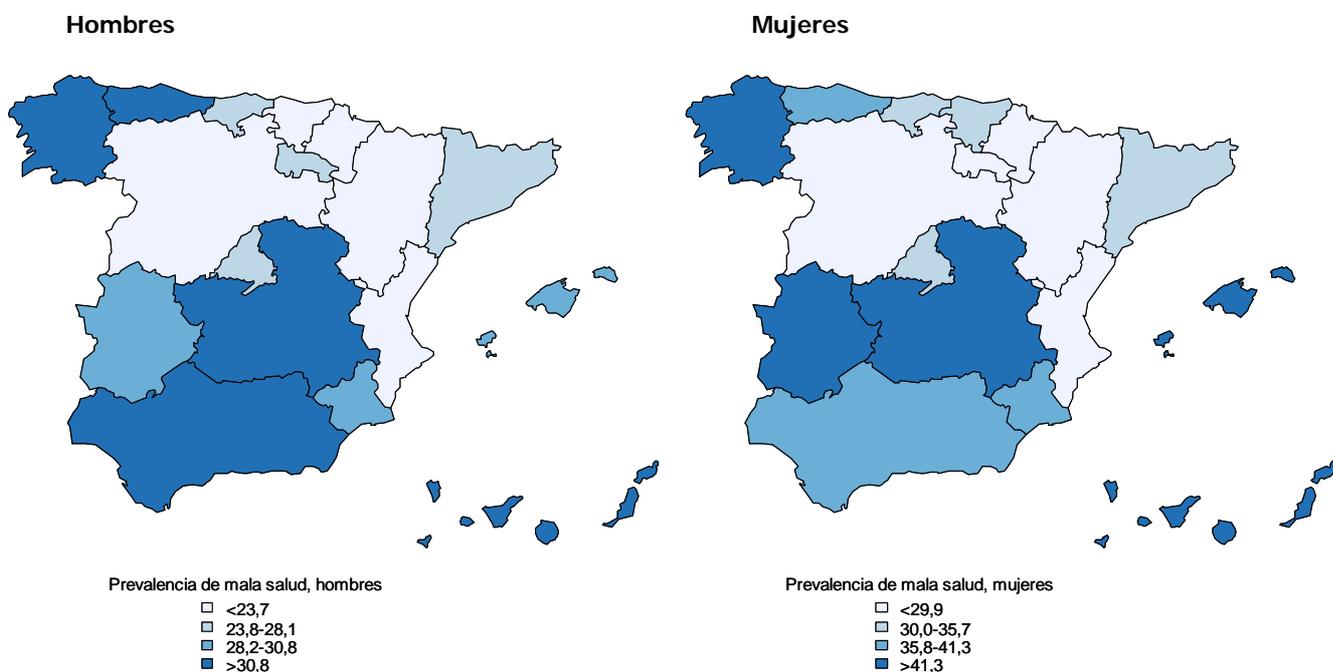
El año 2003 en Estado Español, un 27% de hombres y un 36,8% de las mujeres declararon un mal estado de salud percibido (regular, malo o muy malo). Se observan diferencias notables sobre la percepción del estado de salud en función de la edad. Así, en el grupo de mayores de 64 años, el 55,1% de hombres y el 67% de las mujeres declararon mala salud. También se observan diferencias importantes según el sexo, ya que el porcentaje de personas que declaran mala salud es mayor en mujeres que en hombres en todos los grupos de edad. En el periodo de 1993 a 2003, se observa que la prevalencia de mal estado de salud percibido se mantiene estable, tanto en hombres como en mujeres (figura 1).

Figura 1. Evolución de la prevalencia de mal estado de salud percibido en hombres y mujeres, en España de 1993 a 2003. Porcentajes estandarizados por edad.



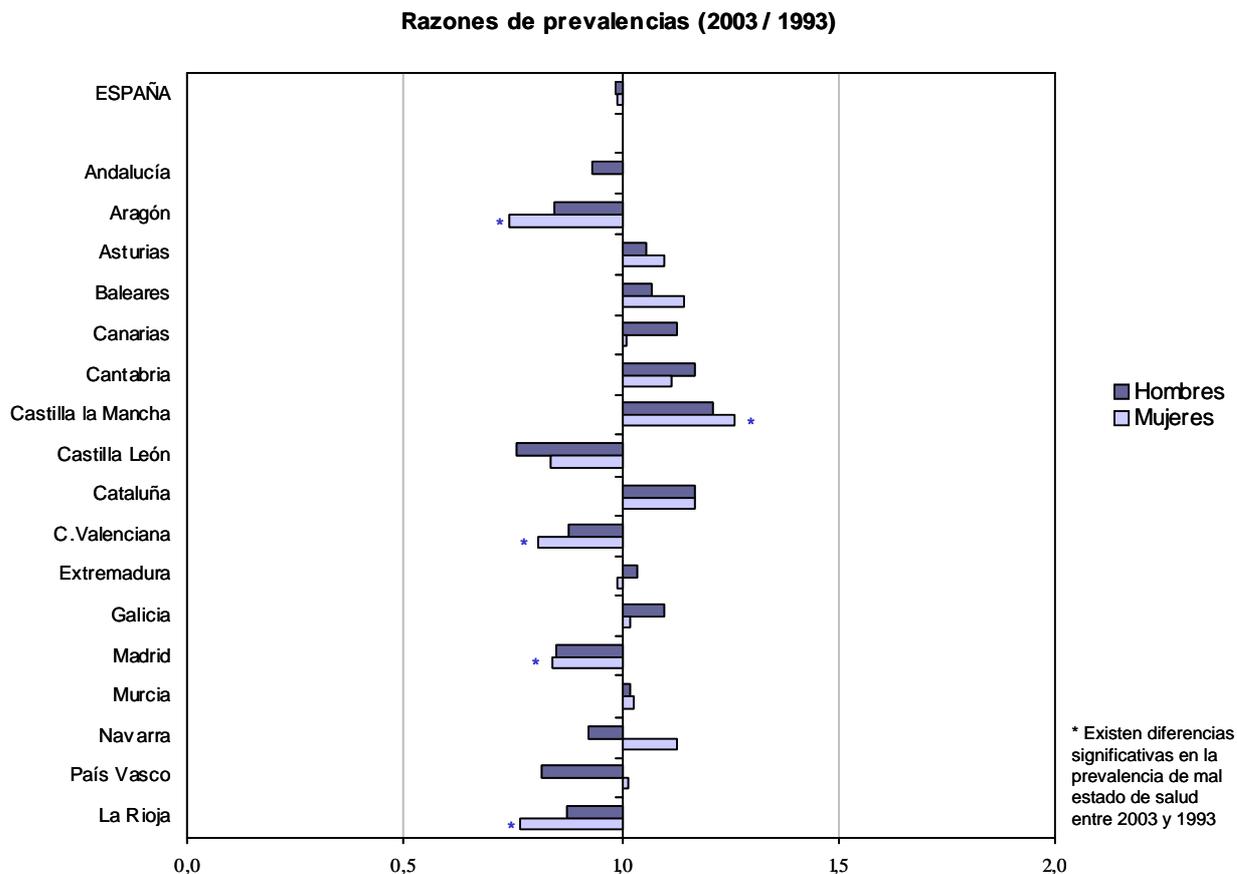
El año 2003 se observan desigualdades en la prevalencia de mal estado de salud percibido en las CC.AA., siendo las personas del Sur y Oeste del país las que declaran peor salud (figura 2). Así, las CC.AA. con un mayor porcentaje de personas que declaran mala salud son Canarias, Galicia y Castilla la Mancha (más del 32% de hombres y más del 41% de mujeres), siendo siempre mayor en mujeres. Por otro lado, las CC.AA. con menores prevalencias de mala salud son Castilla León, Navarra, Aragón y la Comunidad Valenciana, tanto en hombres como en mujeres (menos del 24% y el 30% en hombres y mujeres, respectivamente).

Figura 2. Distribución en cuartiles de las prevalencias de mal estado de salud percibido, en hombres y mujeres, en las CC.AA. de España el año 2003. Porcentajes estandarizados por edad.



En el periodo de 1993 a 2003 no se observan cambios significativos en la prevalencia de mal estado de salud percibido en las CC.AA., excepto en Aragón, la Comunidad Valenciana, Madrid y La Rioja que presentan una disminución significativa en el porcentaje de mujeres que declaran mala salud (figura 3).

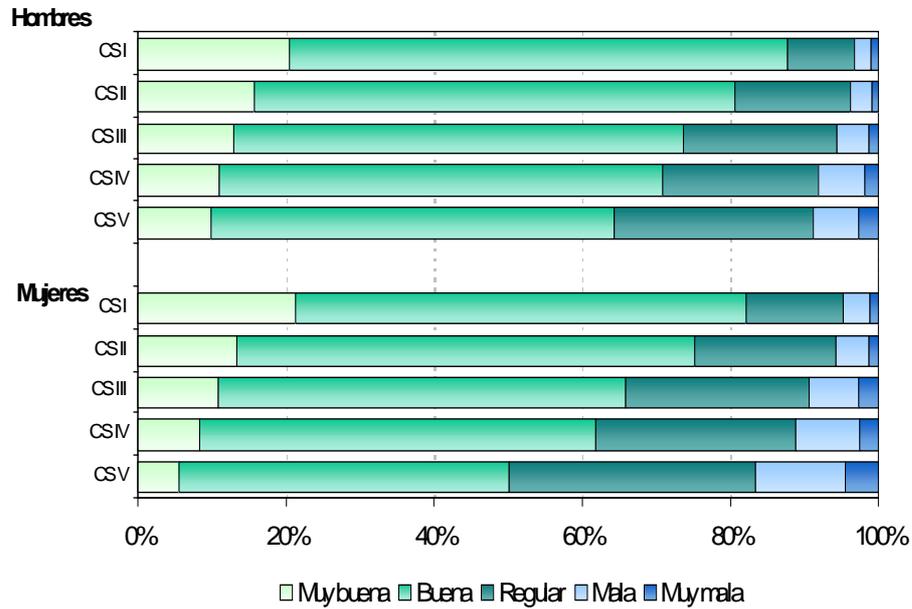
Figura 3. Evolución de las prevalencias de mal estado de salud percibido en hombres y mujeres, en las CC.AA. de España de 1993 a 2003. Razones de prevalencias estandarizadas por edad.



■ **Las desigualdades en el mal estado de salud percibido según la clase social, 1993-2003**

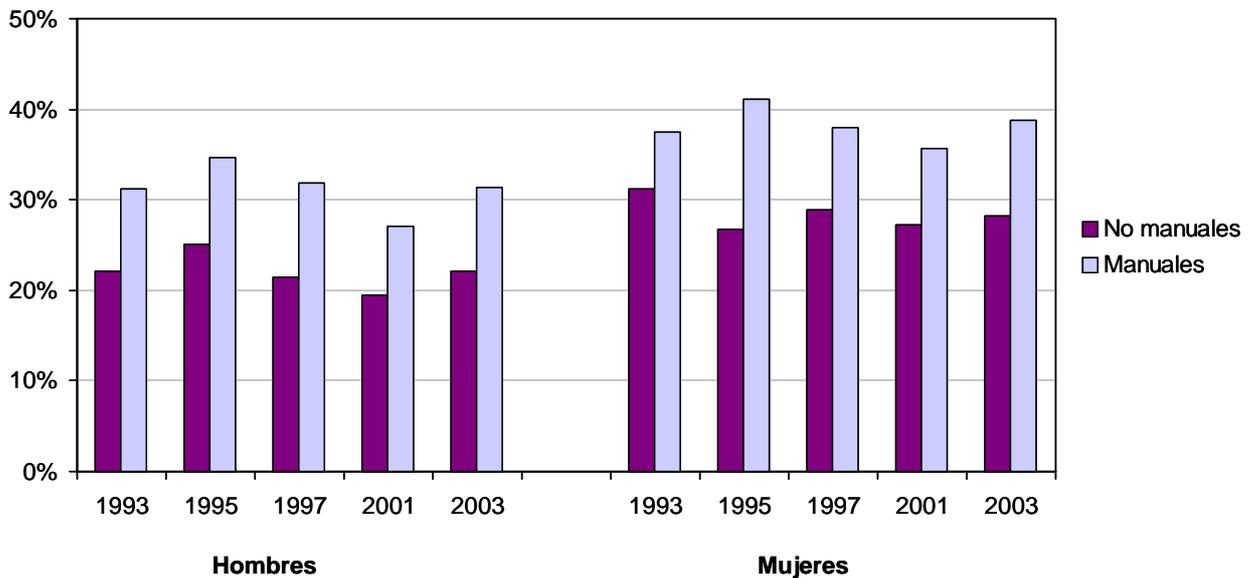
El año 2003 en España, se observan desigualdades en la prevalencia de mal estado de salud percibido según la clase social (figura 4). Tanto en hombres como en mujeres, las clases menos favorecidas presentan mayores prevalencias de mala salud (un 35,8% en hombres y un 49,8% en mujeres de clase V), y disminuyen en forma gradiente en las clases más favorecidas (un 12,4% en hombres y un 17,8% de mujeres de clase I).

Figura 4. Distribución del estado de salud percibido según la clase social, en hombres y mujeres, en España el año 2003.



En el periodo de 1993 a 2003, se observa una tendencia estable en las prevalencias de mal estado de salud percibido en hombres y mujeres, de clases manuales y no manuales (figura 5).

Figura 5. Evolución de la prevalencia de mal estado de salud percibido según la clase social, en hombres y mujeres, en España de 1993 a 2003. Porcentajes estandarizados por edad.



En el año 2003, las desigualdades en la prevalencia de mala salud según la clase social existen en todas las CC.AA., siendo siempre las personas de clases menos favorecidas las que presentan mayor prevalencia de mala salud, respecto a las personas de clases más favorecidas, tanto en hombres como en mujeres (figuras 6 y 7). La mayoría de las CC.AA. presentan diferencias significativas en la mala salud según la clase social, destacan algunas como Canarias y Galicia donde la población de clase menos favorecida declara los mayores porcentajes de mala salud (más del 40% de los hombres, y más del 50% de las mujeres de clases manuales), e incluso las personas de clases más favorecidas de estas CC.AA. superan en las prevalencias a las personas de clases menos favorecidas del resto de CC.AA.. En cambio otras CC.AA. como Aragón o La Rioja registran prevalencias de mala salud muy inferiores y sin diferencias según la clase social.

Figura 6. Distribución de las prevalencias de mal estado de salud percibido según la clase social en hombres, en las CC.AA. de España el año 2003. Razones de prevalencias estandarizadas por edad.

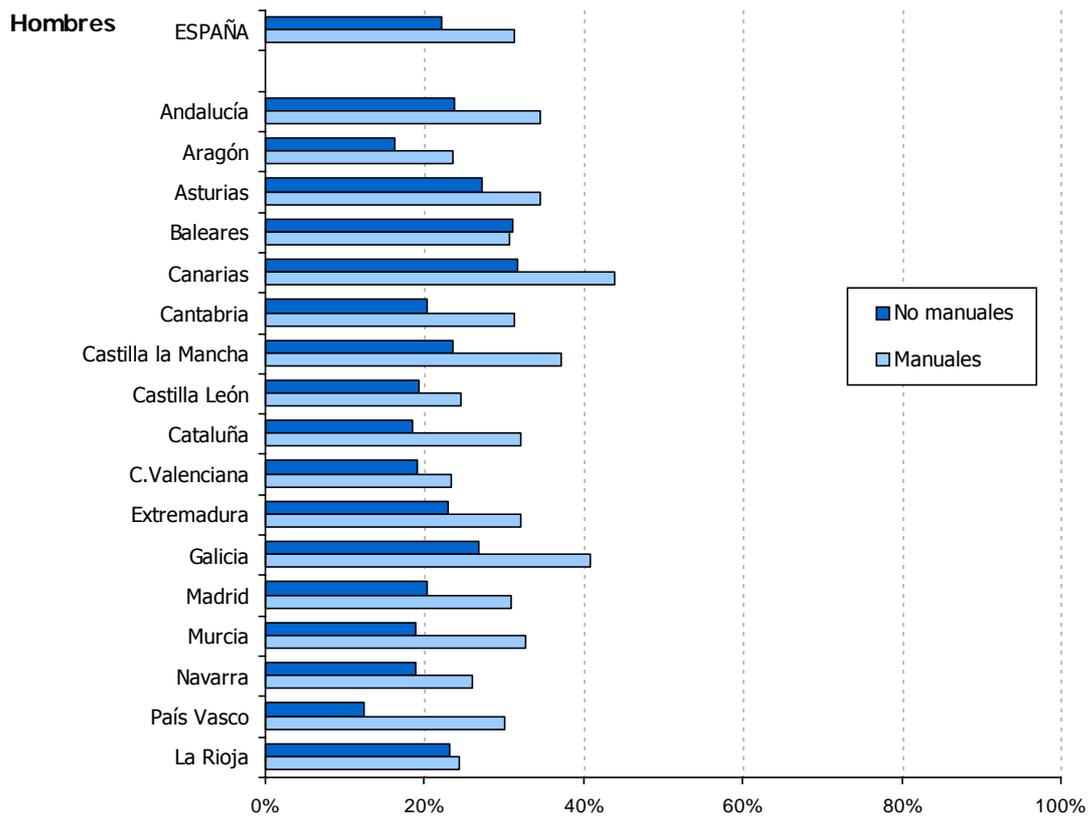
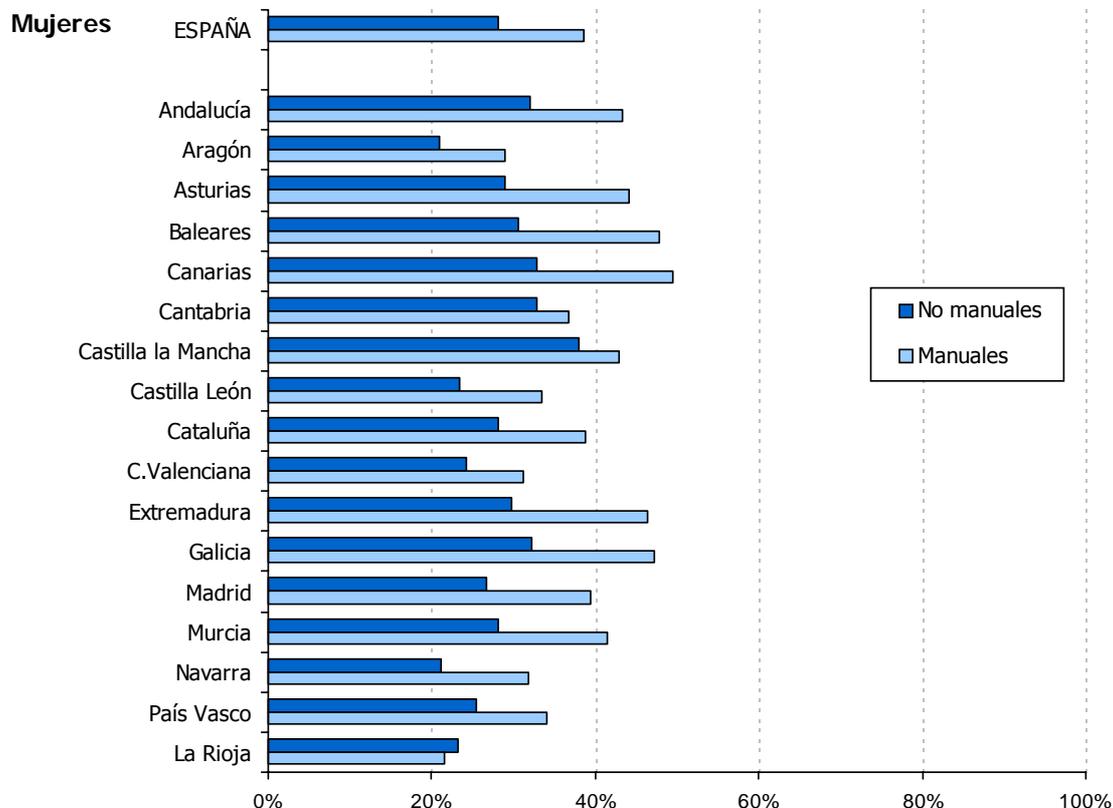


Figura 7. Distribución de las prevalencias de mal estado de salud percibido según la clase social en mujeres, en las CC.AA. de España el año 2003. Razones de prevalencias estandarizadas por edad.



En el periodo de 1993 a 2003 las desigualdades en el mal estado de salud percibido en hombres según la clase social se mantienen en la mayoría de CC.AA., algunas como Cataluña o el País Vasco las han aumentado notablemente, y en cambio, Cantabria, Navarra o La Rioja han disminuido las diferencias relativas en salud según la clase social (figura 8). Por otro lado, en mujeres se observa que en la mayoría de CC.AA. han aumentado las desigualdades de mala salud entre clases, excepto alguna como la Comunidad Valenciana y La Rioja que han disminuido hasta el punto que en el año 2003 no presentan diferencias significativas en la prevalencia de mala salud según la clase social (figura 9).

Figura 8. Evolución de las prevalencias de mal estado de salud percibido según la clase social en hombres, en las CC.AA. de España de 1993 a 2003. Razones de prevalencias estandarizadas por edad.

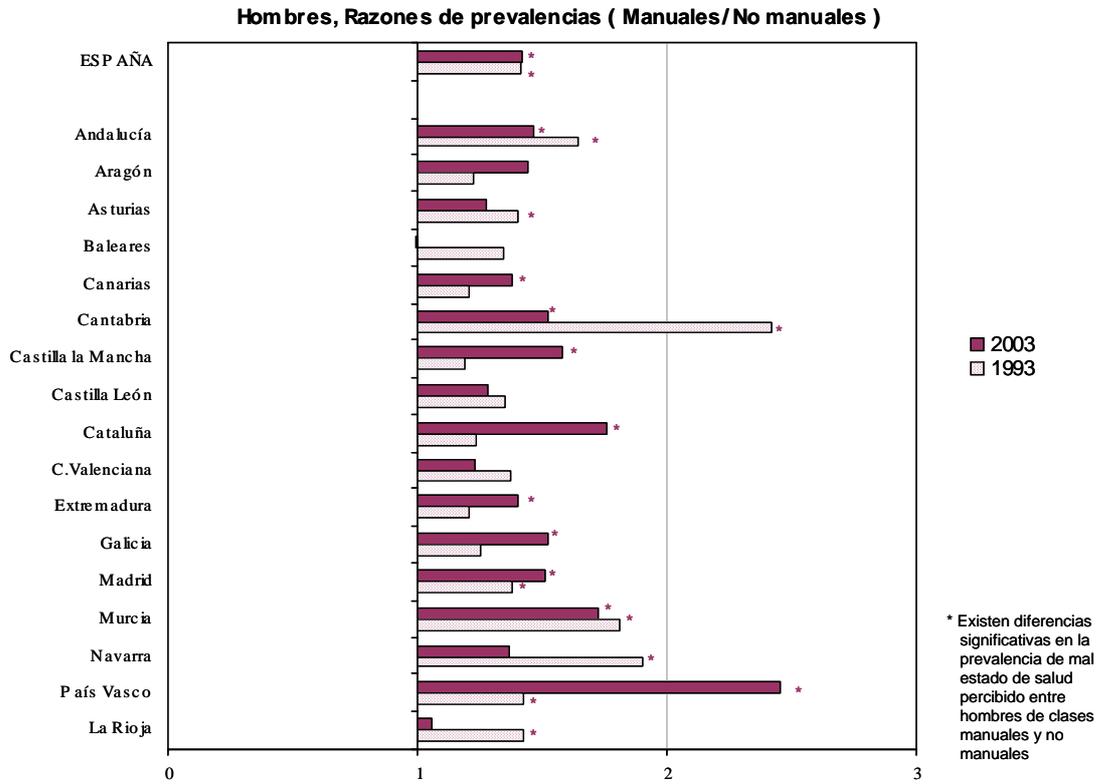
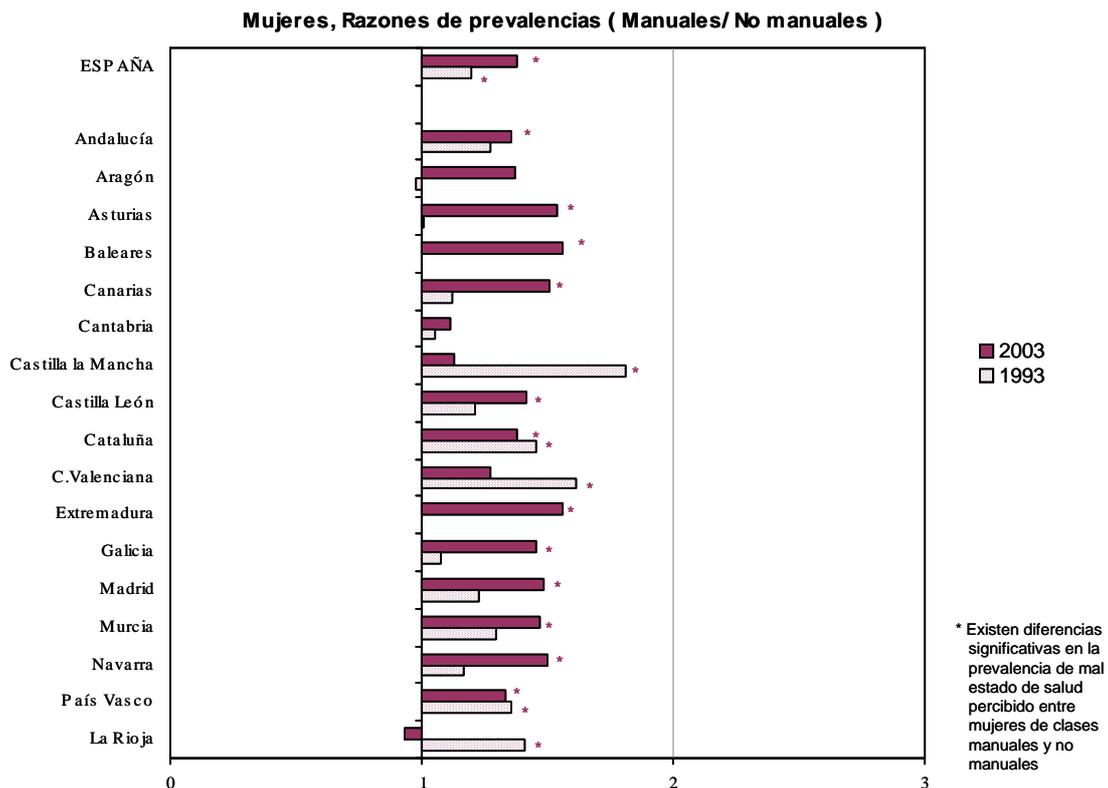


Figura 9. Evolución de las prevalencias de mal estado de salud percibido según la clase social en mujeres, en las CC.AA. de España de 1993 a 2003. Razones de prevalencias estandarizadas por edad.



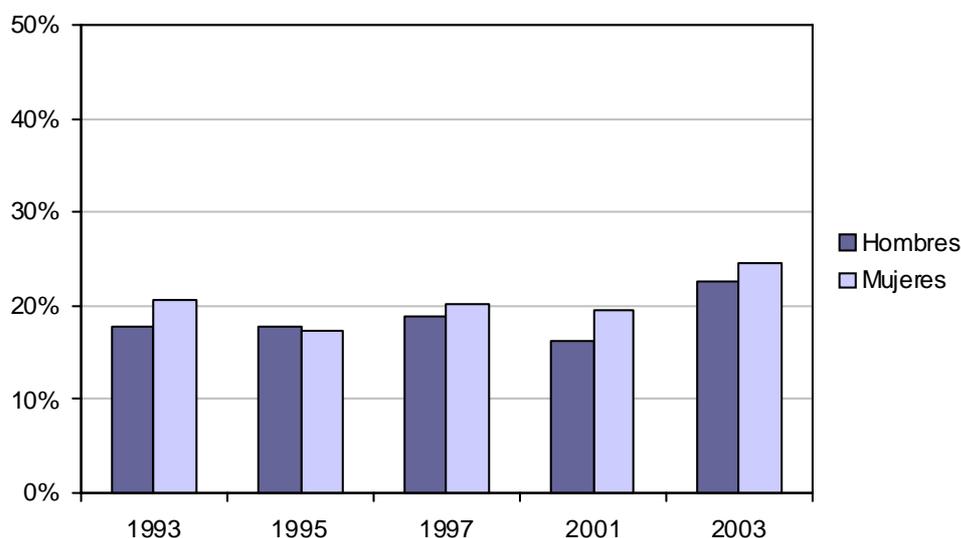
Limitación de la actividad durante más de 10 días el último año

La restricción de las actividades laborales y domésticas habituales es una de las consecuencias derivadas de la presencia de problemas de salud relevantes. Su conocimiento nos acerca, pues, a la medida del estado de salud. Se analiza la restricción de la actividad habitual debida a algún problema de salud en el último año, durante 10 días o más.

■ Limitación de la actividad, 1993-2003

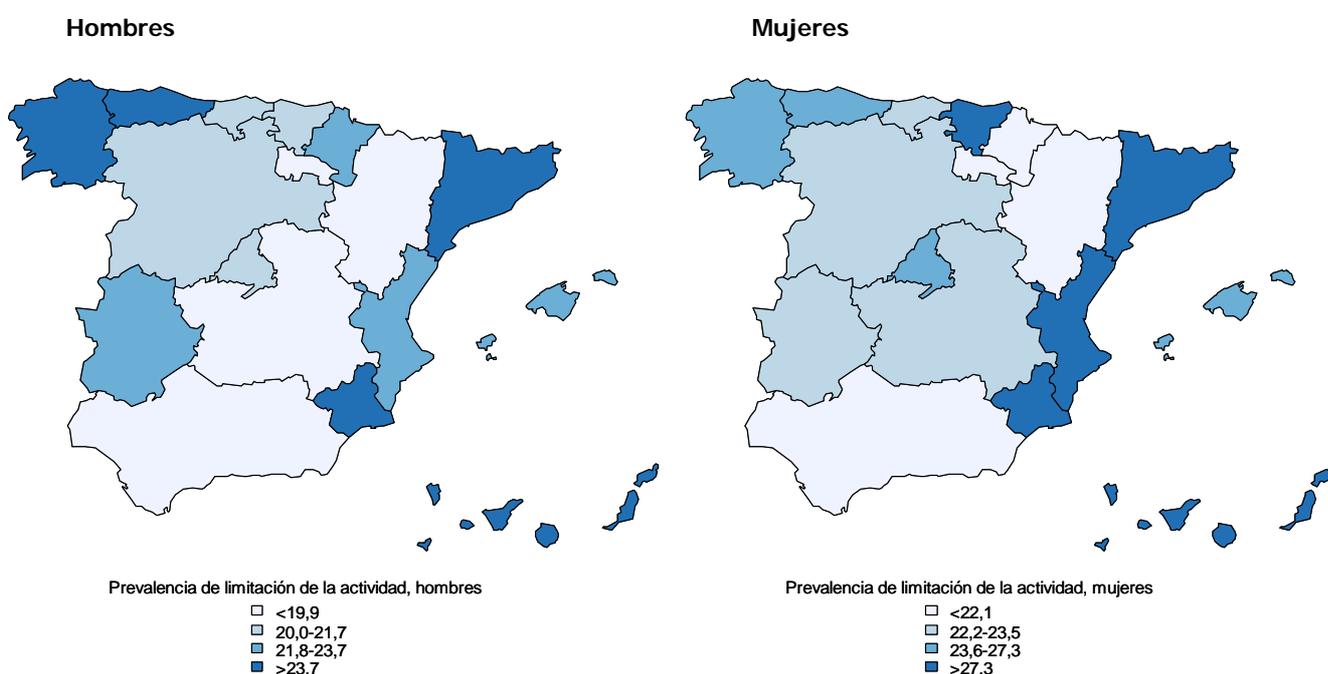
El año 2003 en España, un 21,7% de los hombres declara haber estado limitado en su actividad habitual durante más de 10 días en el último año, en las mujeres, este porcentaje se sitúa en el 25,9%. Se observan diferencias sobre la limitación de actividad en función de la edad, de forma que la prevalencia es mayor en las edades más avanzadas, y es mayor en mujeres que en hombres en todos los grupos de edad. En el periodo de 1993 a 2003, se aprecia un aumento de personas que declaran haber padecido limitación en la actividad habitual, sobre todo en el último año, tanto en hombres como en mujeres.

Figura 10. Evolución de la prevalencia de limitación de la actividad en hombres y mujeres, en España de 1993 a 2003. Porcentajes estandarizados por edad.



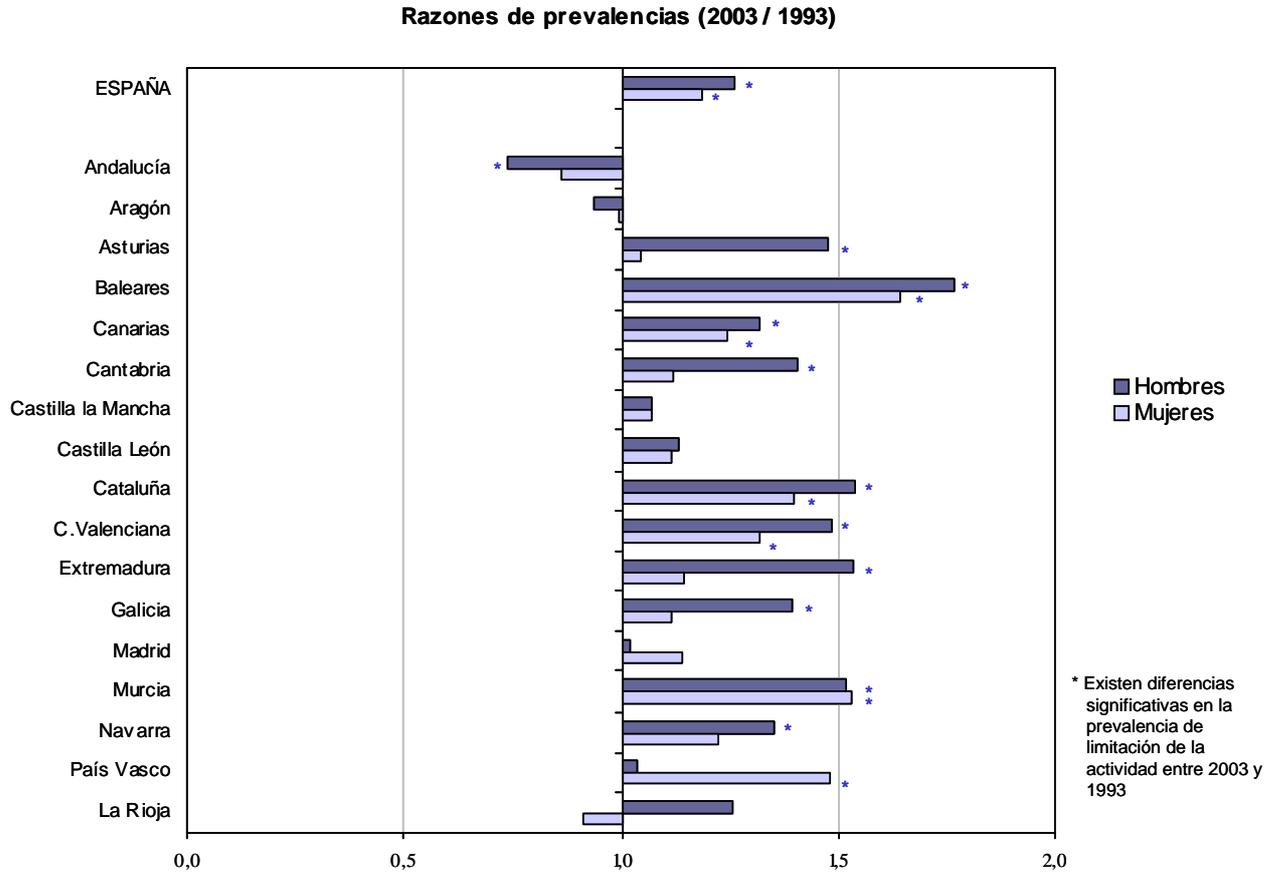
El año 2003, se observa alguna variabilidad en las prevalencias de limitación de la actividad entre las CC.AA. (figura 11). Se observa que las CC.AA. que presentan un mayor porcentaje de personas con limitación de la actividad son Canarias y Asturias en hombres, así como Canarias y Murcia en mujeres, entre otras (más del 29% y más del 33% respectivamente). En cambio, Andalucía, Aragón y La Rioja son las que registran menores prevalencias de limitación de la actividad (menos del 19% en hombres y del 22% en mujeres).

Figura 11. Distribución en cuartiles de las prevalencias de limitación de la actividad, en hombres y mujeres, en las CC.AA. de España el año 2003. Porcentajes estandarizados por edad.



Entre los años 1993 y 2003, ha habido un aumento significativo de la prevalencia de limitación de la actividad en la mayoría de las CC.AA., tanto en hombres como en mujeres, excepto en Andalucía y Aragón que ha disminuido. Las CC.AA. que registran un mayor aumento en ambos sexos son Baleares, Canarias, Cataluña, la Comunidad Valenciana y Murcia (figura 12).

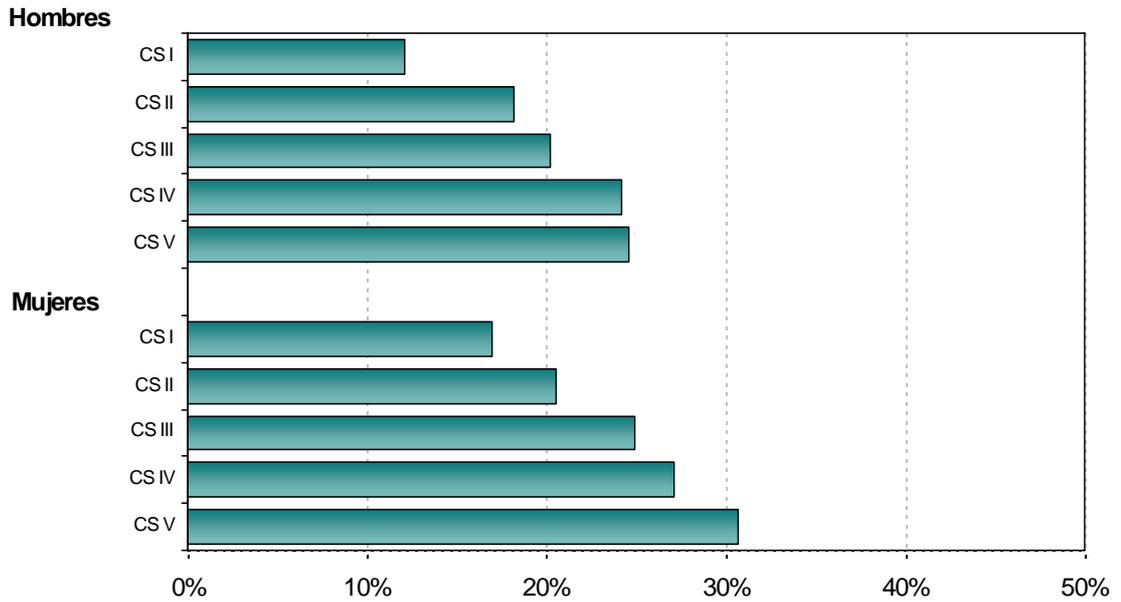
Figura 12. Evolución de las prevalencias de limitación de la actividad en hombres y mujeres, en las CC.AA. de España de 1993 a 2003. Razones de prevalencias estandarizadas por edad.



■ **Las desigualdades en la limitación de la actividad, según la clase social, 1993-2003**

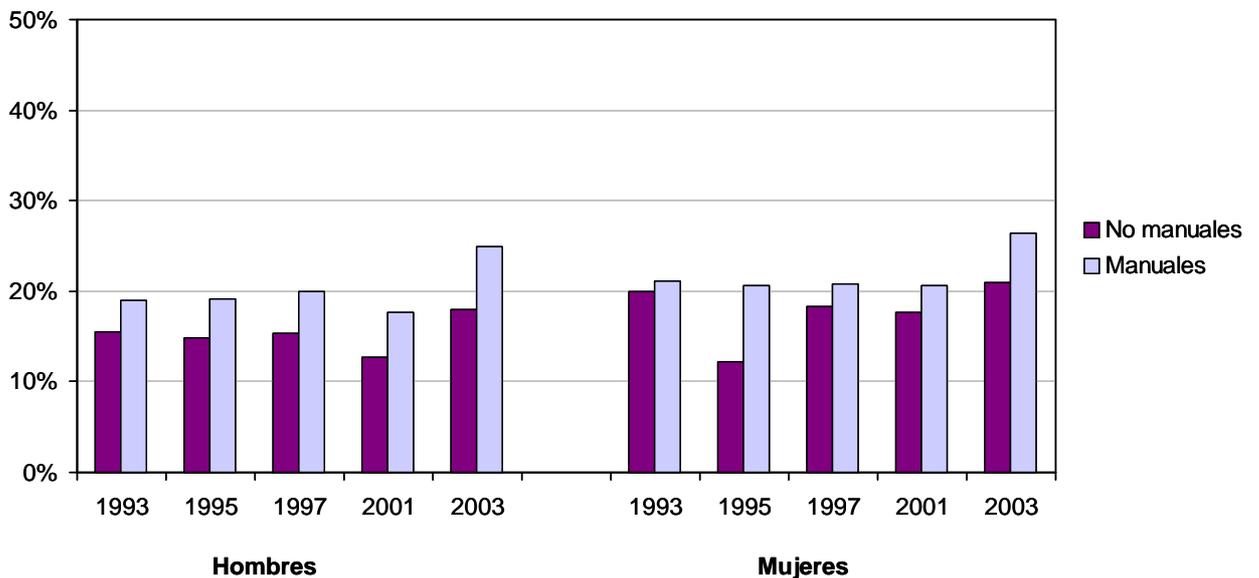
El año 2003 en España, se observa un gradiente en la prevalencia de limitación de la actividad según la clase social, de forma que es mayor en las clases más desfavorecidas, tanto en hombres como en mujeres (un 24,6% en hombres de clase V respecto al 12,1% en la clase I, y un 30,7% en mujeres de clase V respecto al 17,0% en la clase I), siendo en todas las clases sociales mayor en mujeres que en hombres (figura 13).

Figura 13. Distribución de la prevalencia de limitación de la actividad según la clase social, en hombres y mujeres, en España el año 2003.



Entre los años 1993 y 2003, ha habido un aumento en la prevalencia de limitación de la actividad en hombres y en mujeres, sobre todo en las clases sociales menos favorecidas, de manera que en el año 2003 ha habido un aumento, respecto al año 1993, en las desigualdades en la limitación de la actividad según la clase social (figura 14).

Figura 14. Evolución de la prevalencia de limitación de la actividad según la clase social, en hombres y mujeres, en España de 1993 a 2003. Porcentajes estandarizados por edad.



En el año 2003, las desigualdades en las prevalencias de la limitación de la actividad según la clase social se observan en todas de CC.AA., siendo las personas de clases menos favorecidas las que presentan prevalencias mayores, sobre todo en mujeres. Aunque las diferencias no llegan a ser significativas en la mayoría de CC.AA., sí lo son algunas, como Asturias, Extremadura y Galicia que presentan desigualdades en la limitación de la actividad según la clase social, tanto en hombres como en mujeres (figuras 15 y 16).

Figura 15. Distribución de las prevalencias de limitación de la actividad según la clase social en hombres, en las CC.AA. de España el año 2003. Razones de prevalencias estandarizadas por edad.

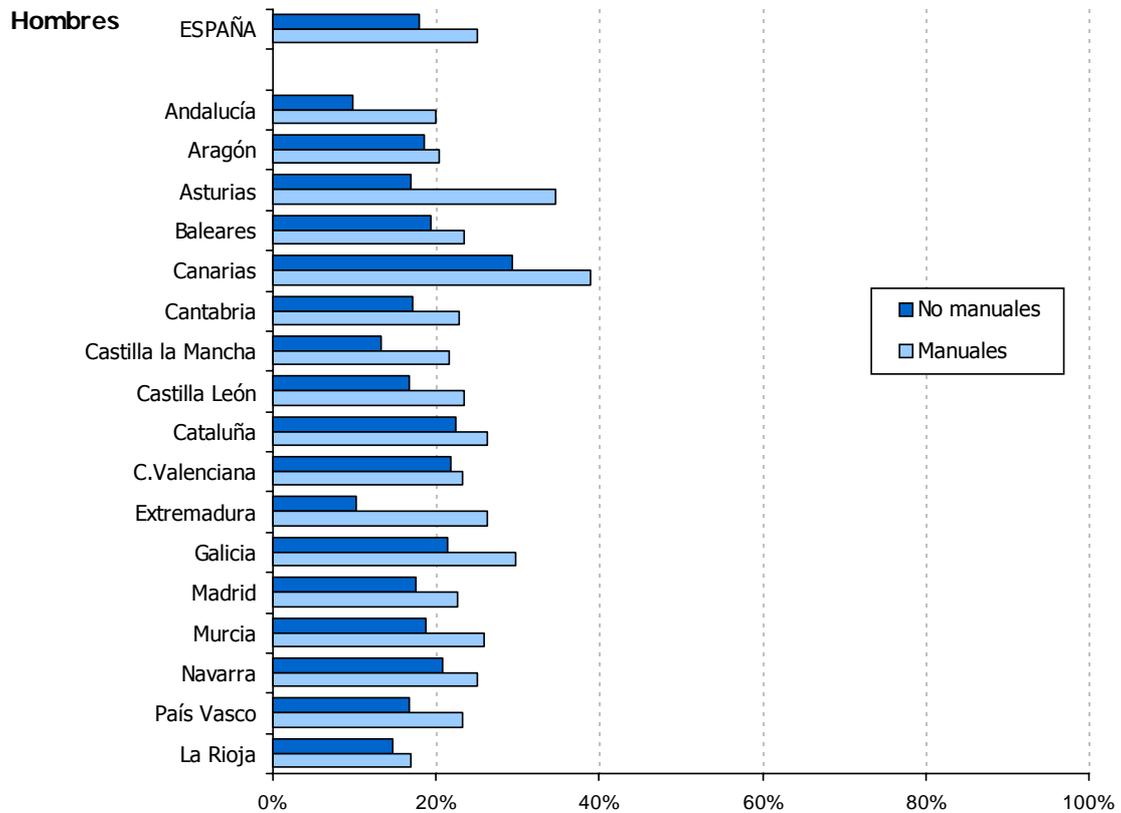
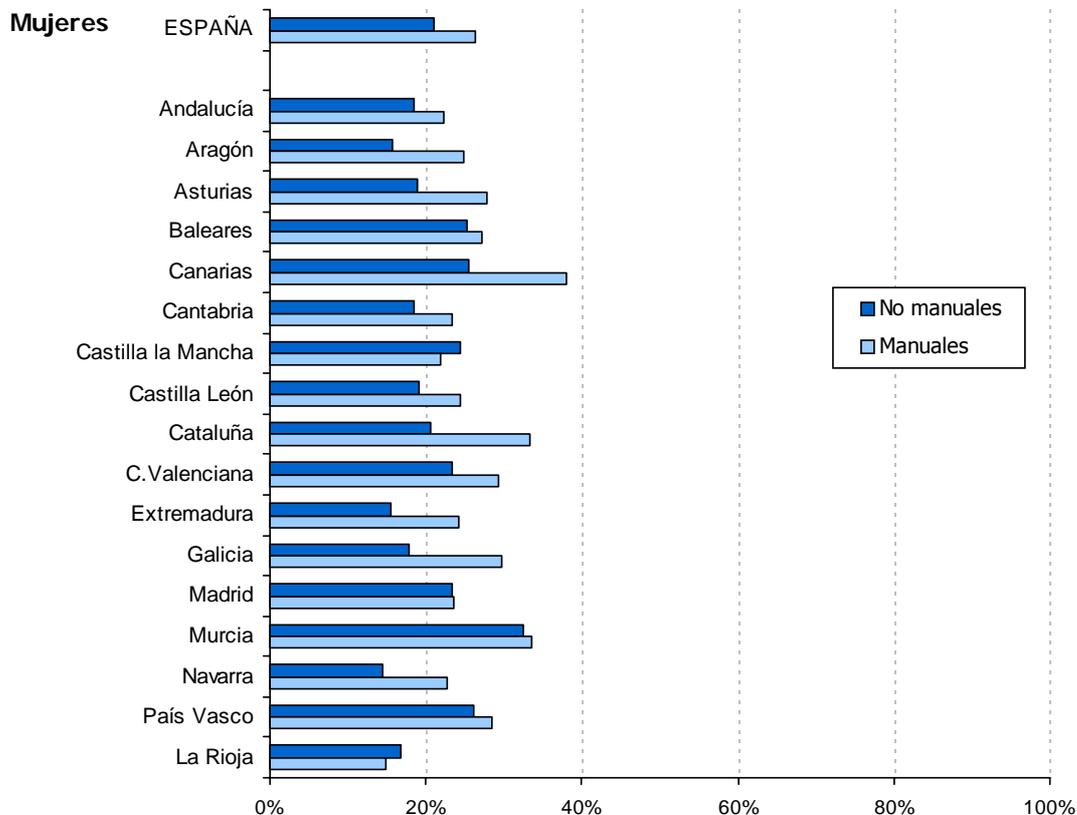


Figura 16. Distribución de las prevalencias de limitación de la actividad según la clase social en mujeres, en las CC.AA. de España el año 2003. Razones de prevalencias estandarizadas por edad.



En el periodo de 1993 a 2003 las desigualdades en la prevalencia de la limitación de la actividad según la clase social, se han mantenido en casi todas las CC.AA., y se observa un aumento de las desigualdades en la mayoría de las CC.AA., excepto en hombres de Castilla la Mancha, Murcia y Navarra (figura 17), o en mujeres de Castilla León (figura 18).

Figura 17. Evolución de las prevalencias de limitación de la actividad según la clase social en hombres, en las CC.AA. de España de 1993 a 2003. Razones de prevalencias estandarizadas por edad.

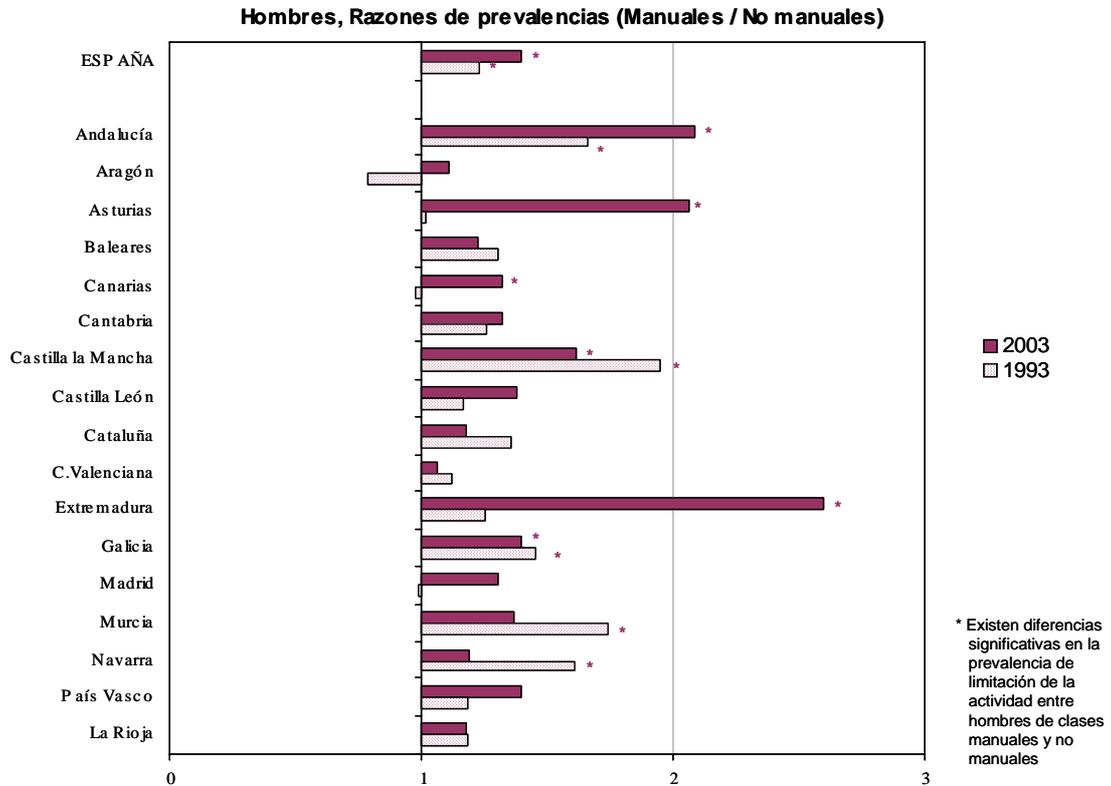
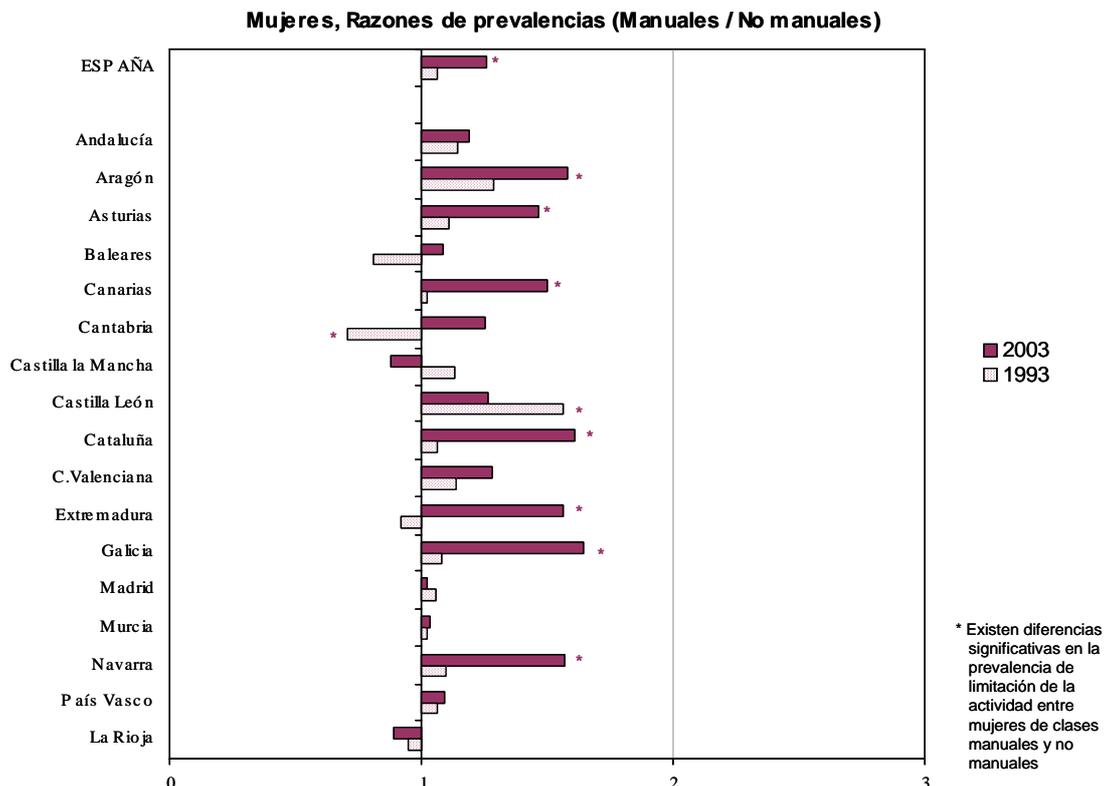


Figura 18. Evolución de las prevalencias de limitación de la actividad según la clase social en mujeres, en las CC.AA. de España de 1993 a 2003. Razones de prevalencias estandarizadas por edad.



Trastornos crónicos

La presencia de problemas crónicos de salud declarados se considera un indicador objetivo de la salud, tanto si se trata de diagnósticos resultado de evaluaciones clínicas, como también en el caso del relato subjetivo de estas enfermedades. Una enfermedad es crónica cuando es de larga duración, de naturaleza física o mental y no se debe a procesos agudos aislados. Estos trastornos son condiciones permanentes para toda la vida¹⁶.

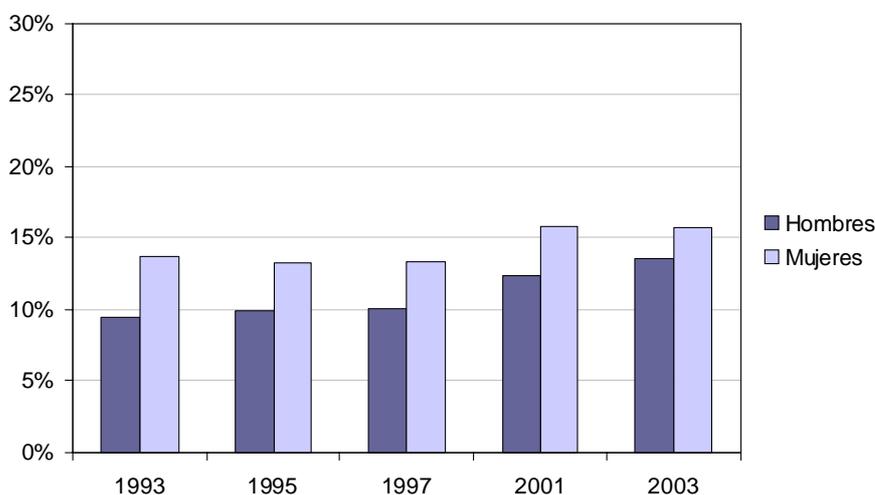
Hipertensión arterial

La hipertensión arterial es el principal factor de riesgo de los accidentes cerebro-vasculares, tanto hemorrágicos como trombóticos. También es un importante factor de riesgo de cardiopatía isquémica y de insuficiencia renal. Por lo tanto, aunque la persona se encuentre asintomática deben tomarse medidas para su control, ya que un tratamiento correcto y mantenido disminuye el riesgo individual¹⁷.

■ Hipertensión arterial, 1993-2003

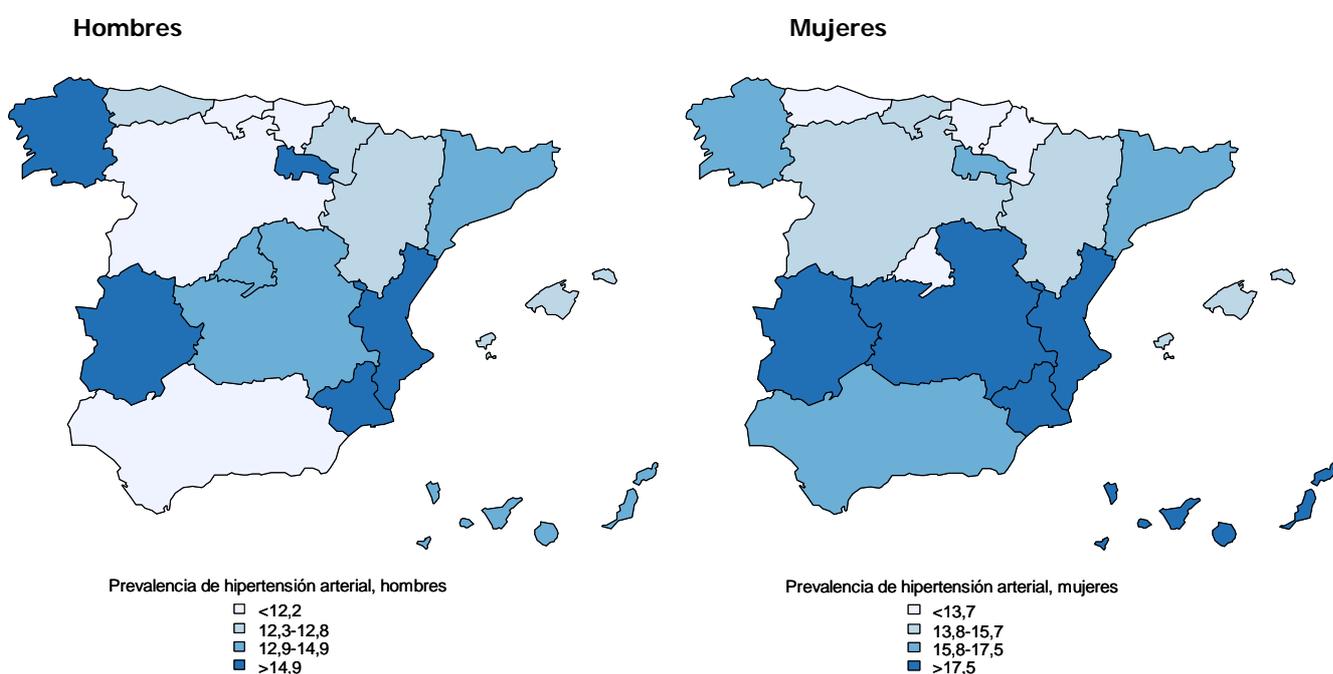
En España en el año 2003, el 12,4% de los hombres y el 16,5% de las mujeres declararon padecer hipertensión arterial. Las prevalencias de hipertensión son similares en ambos sexos excepto en el grupo de mayores de 64 años, donde es mayor en mujeres (34,3% de hombres y 46,6% de mujeres). En el periodo de 1993 a 2003, se observa un claro aumento en la prevalencia de hipertensión arterial, tanto en hombres como en mujeres (figura 19).

Figura 19. Evolución de la prevalencia de hipertensión arterial en hombres y mujeres, en España de 1993 a 2003. Porcentajes estandarizados por edad.



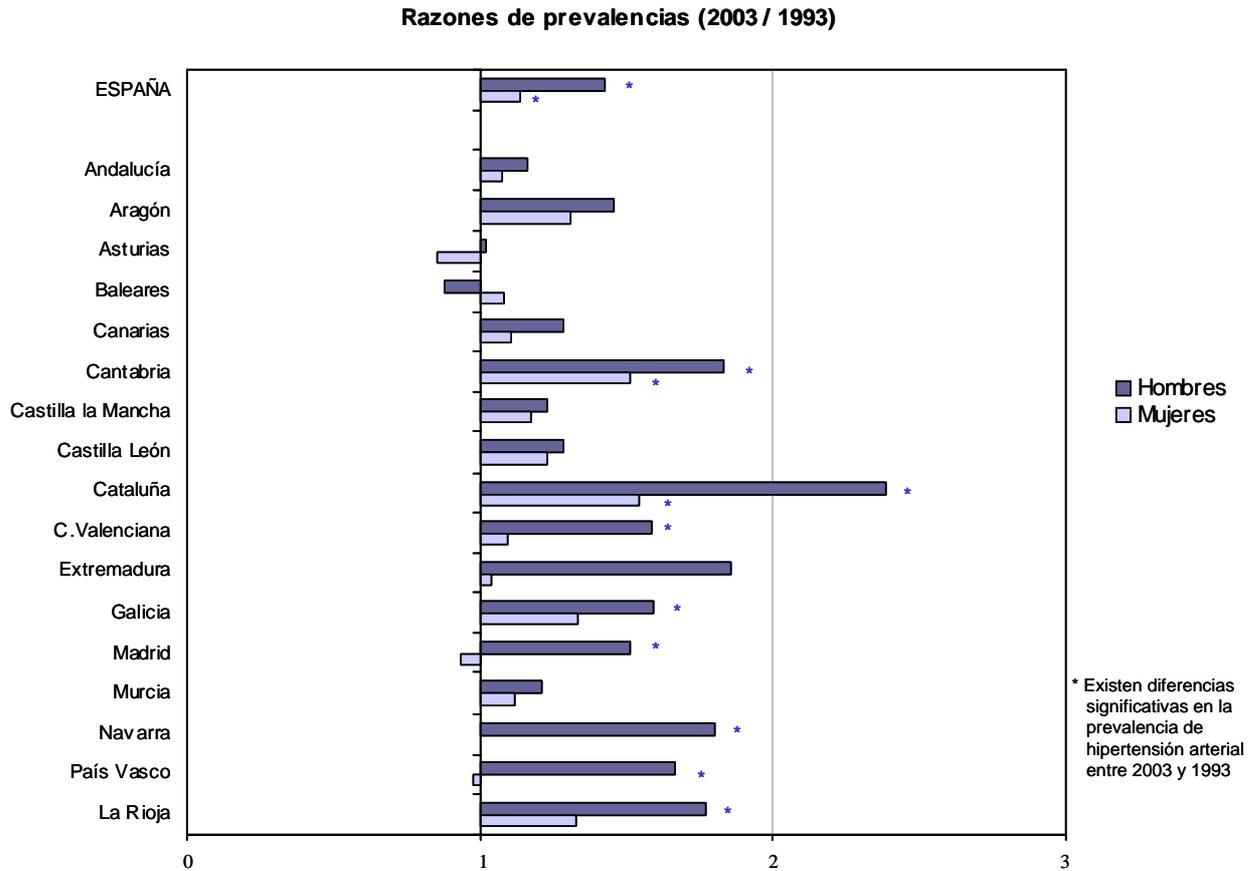
El año 2003 no se observan grandes diferencias en las prevalencias de hipertensión arterial en las CC.AA. (figura 20). Las CC.AA. con un mayor porcentaje de personas que declaran ser hipertensas son Extremadura y Murcia (más del 16% de hombres y más del 18% de mujeres), en cambio otras, como el País Vasco registran prevalencias menores de hipertensión (menos del 12% en ambos sexos).

Figura 20. Distribución en cuartiles de las prevalencias de hipertensión arterial, en hombres y mujeres, en las CC.AA. de España el año 2003. Porcentajes estandarizados por edad.



En el periodo de 1993 a 2003 la mayoría de CC.AA. han registrado un aumento de la prevalencia de hipertensión en ambos sexos, y el aumento ha sido mayor en Cataluña y Cantabria. Otras comunidades, en cambio, se han mantenido estables en la prevalencia de hipertensión, tanto en hombres como en mujeres, como por ejemplo Asturias y Baleares, (figura 21).

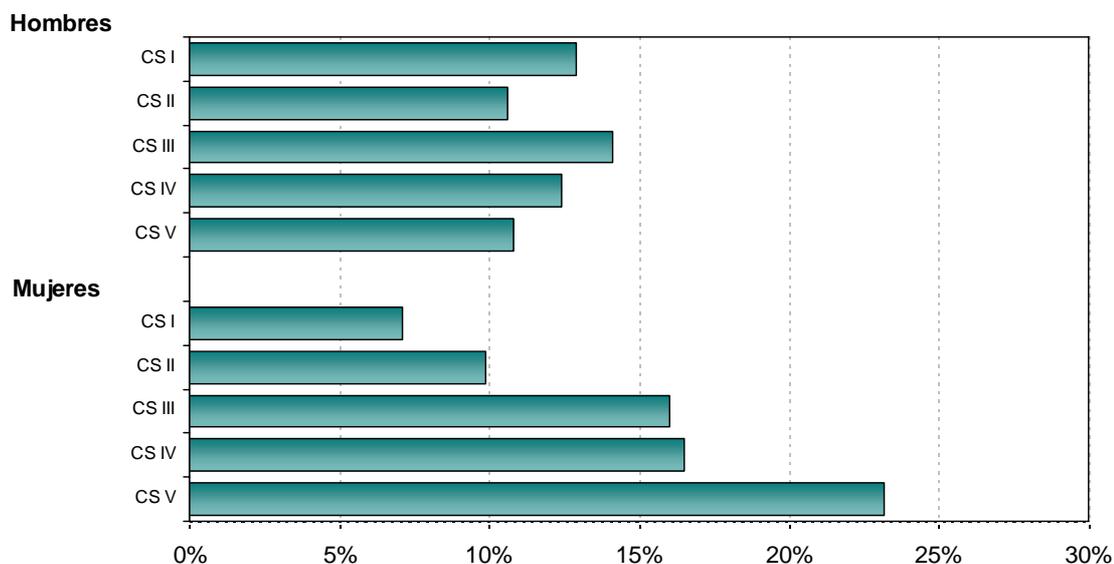
Figura 21. Evolución de las prevalencias de hipertensión arterial en hombres y mujeres, en las CC.AA. de España de 1993 a 2003. Razones de prevalencias estandarizadas por edad.



■ Las desigualdades en la hipertensión arterial, 1993-2003

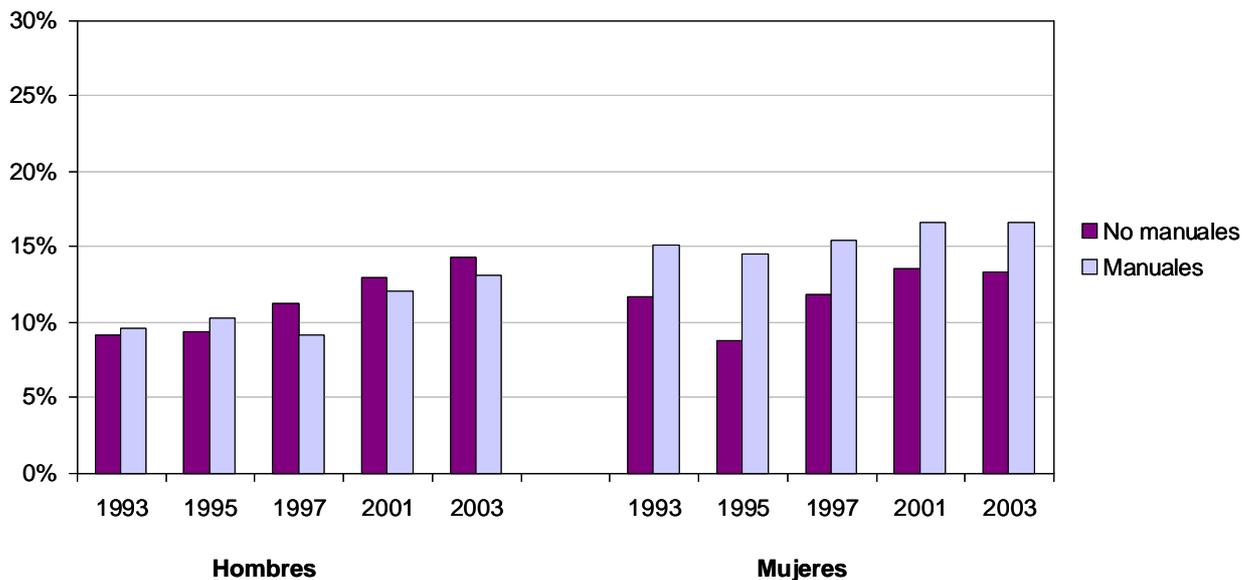
El año 2003 en España, no se observan diferencias en la prevalencia de hipertensión arterial según la clase social en hombres, en cambio en mujeres, se aprecia un claro gradiente en la prevalencia de hipertensión, siendo menor en las mujeres de clases más favorecidas (7,1% de clase I) y aumenta en las clases menos favorecidas (23,2% en clase V) (figura 22).

Figura 22. Distribución de la prevalencia de hipertensión arterial según la clase social, en hombres y mujeres, en España el año 2003.



En el periodo de 1993 a 2003, se observa una tendencia clara al aumento de la prevalencia de hipertensión en hombres, sobre todo en los de clases no manuales, llegando el año 2003 a presentar prevalencias similares o ligeramente superiores que los de clases manuales, invirtiéndose así el patrón de desigualdad según la clase social en la última década. En las mujeres el aumento es menor, y siempre son las de clases manuales las que registran mayores prevalencias de hipertensión arterial respecto las de clases no manuales (figura 23).

Figura 23. Evolución de la prevalencia de hipertensión arterial según la clase social, en hombres y mujeres, en España de 1993 a 2003. Porcentajes estandarizados por edad.



En el año 2003, se observa variabilidad en las desigualdades en la prevalencia de hipertensión arterial según la clase social en los hombres, de manera que en algunas CC.AA. es mayor entre los de clases no manuales, siendo sólo significativa esta diferencia en Murcia, y en otras se invierte el patrón, aunque no son significativas (figura 24). En mujeres, en cambio, la mayoría de CC.AA. registran mayores prevalencias de hipertensión entre las de clases manuales respecto las no manuales, siendo Canarias, la Comunidad Valenciana y Navarra las que presentan mayor desigualdad relativa entre clases (figura 25).

Figura 24. Distribución de las prevalencias de hipertensión arterial según la clase social en hombres, en las CC.AA. de España el año 2003. Razones de prevalencias estandarizadas por edad.

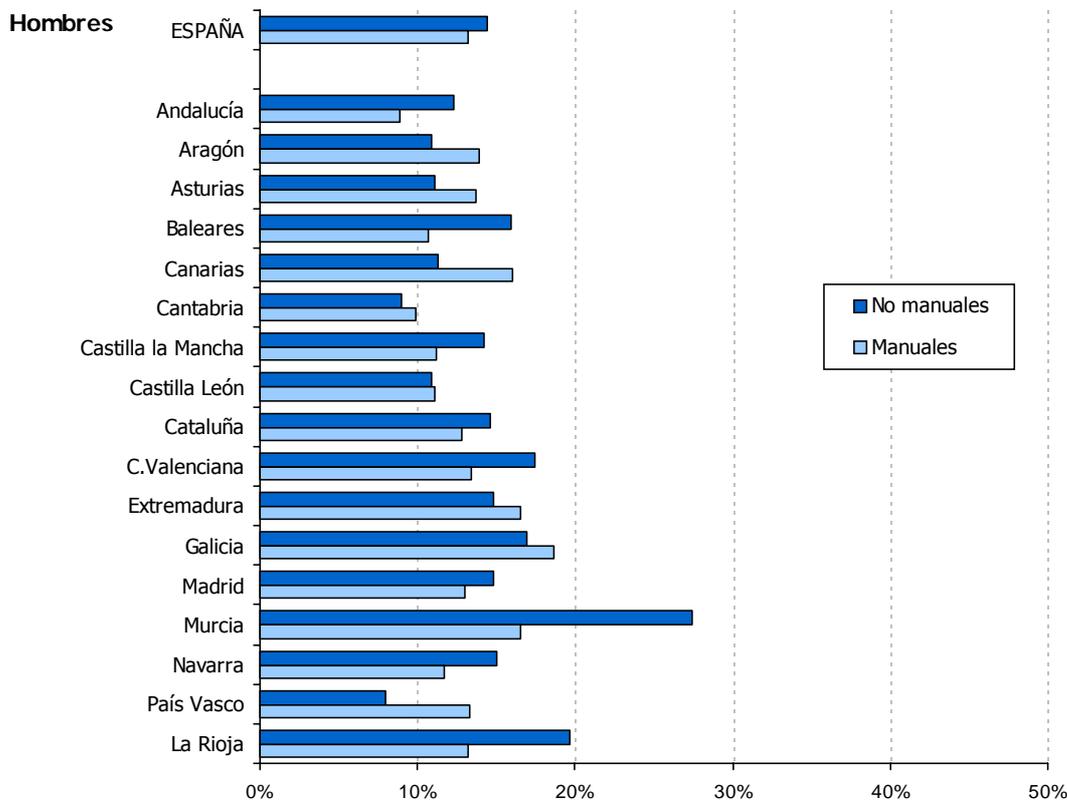
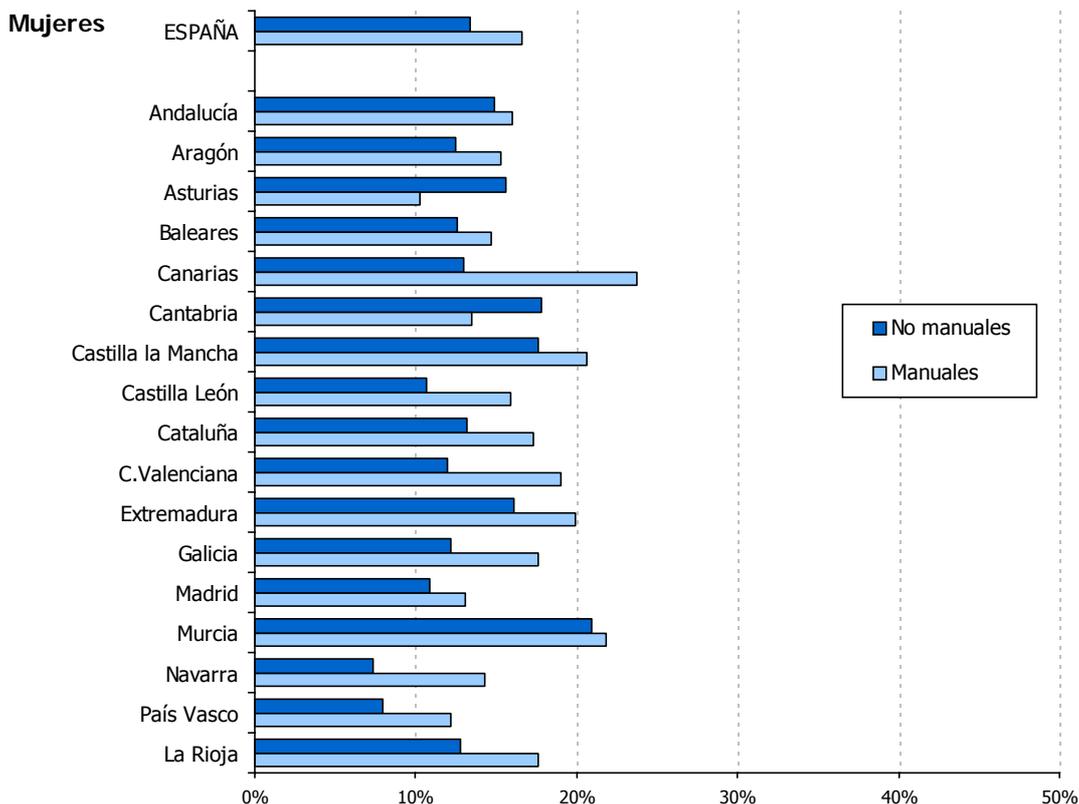


Figura 25. Distribución de las prevalencias de hipertensión arterial según la clase social en mujeres, en las CC.AA. de España el año 2003. Razones de prevalencias estandarizadas por edad.



En el periodo de 1993 a 2003 no se observa un patrón homogéneo entre CC.AA. de desigualdad en la prevalencia de hipertensión según la clase social en hombres, ya que algunas CC.AA. experimentan un aumento y otras una disminución en las diferencias según la clase social, observándose en la mayoría un cambio de patrón (figura 26). En las mujeres, algunas CC.AA. como Andalucía, Asturias, Madrid y La Rioja han disminuido las desigualdades en la prevalencia de hipertensión entre clases sociales, y otras en cambio las han aumentado como en Canarias, Comunidad Valenciana y Navarra (figura 27).

Figura 26. Evolución de las prevalencias de hipertensión arterial según la clase social en hombres, en las CC.AA. de España de 1993 a 2003. Razones de prevalencias estandarizadas por edad.

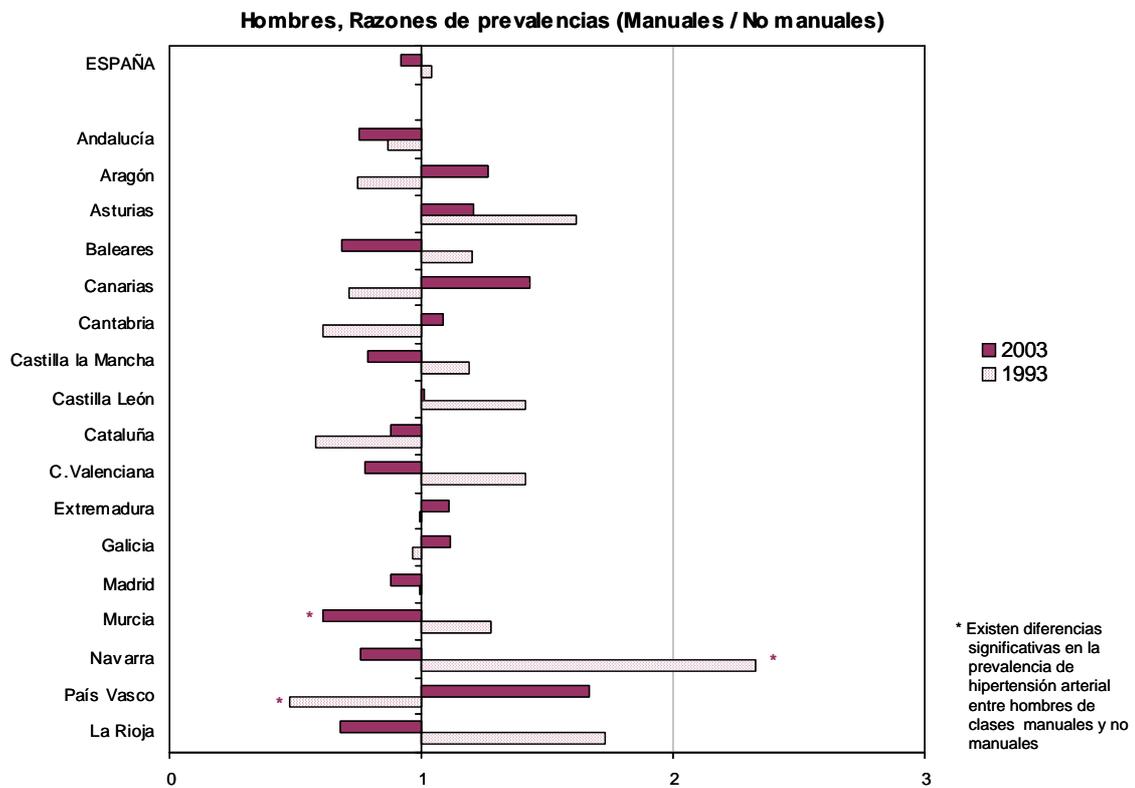
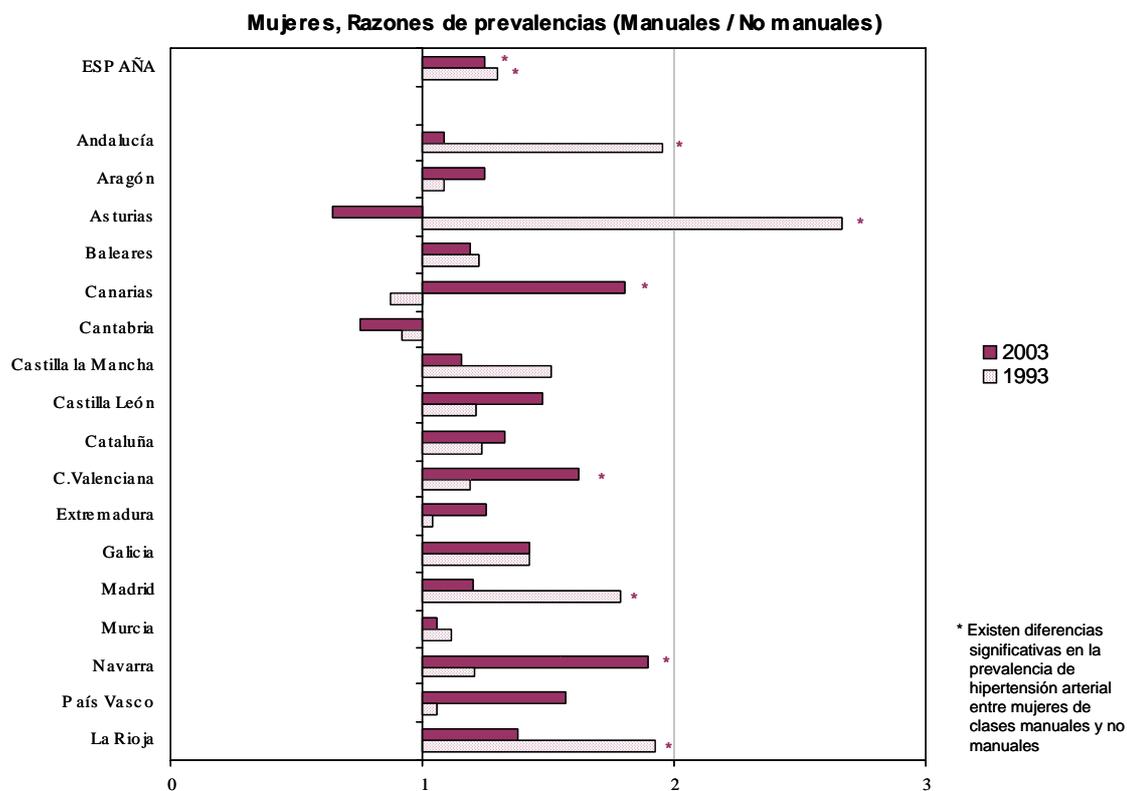


Figura 27. Evolución de las prevalencias de hipertensión arterial según la clase social en mujeres, en las CC.AA. de España de 1993 a 2003. Razones de prevalencias estandarizadas por edad.



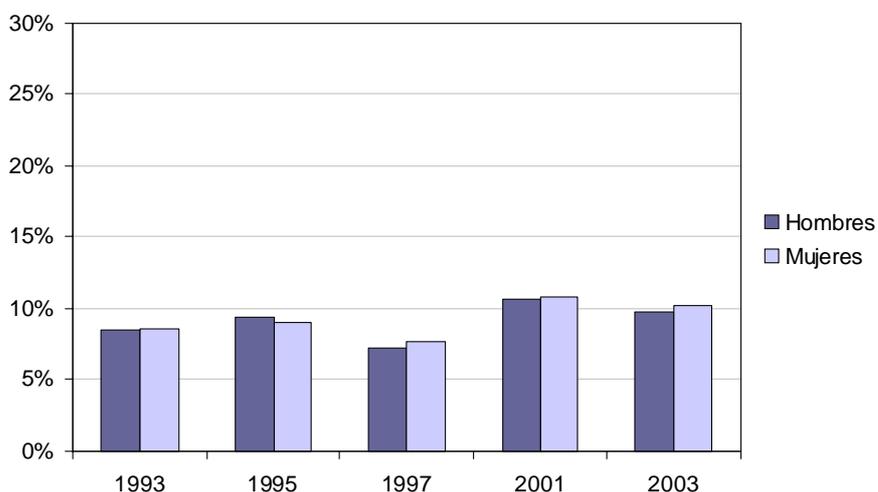
Colesterol elevado

Otro importante trastorno crónico es la hipercolesterolemia. Existen gran cantidad de estudios epidemiológicos que demuestran una asociación fuerte y consistente entre los niveles de colesterol plasmático elevados y la aparición de cardiopatía isquémica, de forma que un incremento del 1% de las cifras de colesterol total se asocia aproximadamente con un incremento del 2% del riesgo de presentar cardiopatía isquémica.

■ Colesterol elevado, 1993-2003

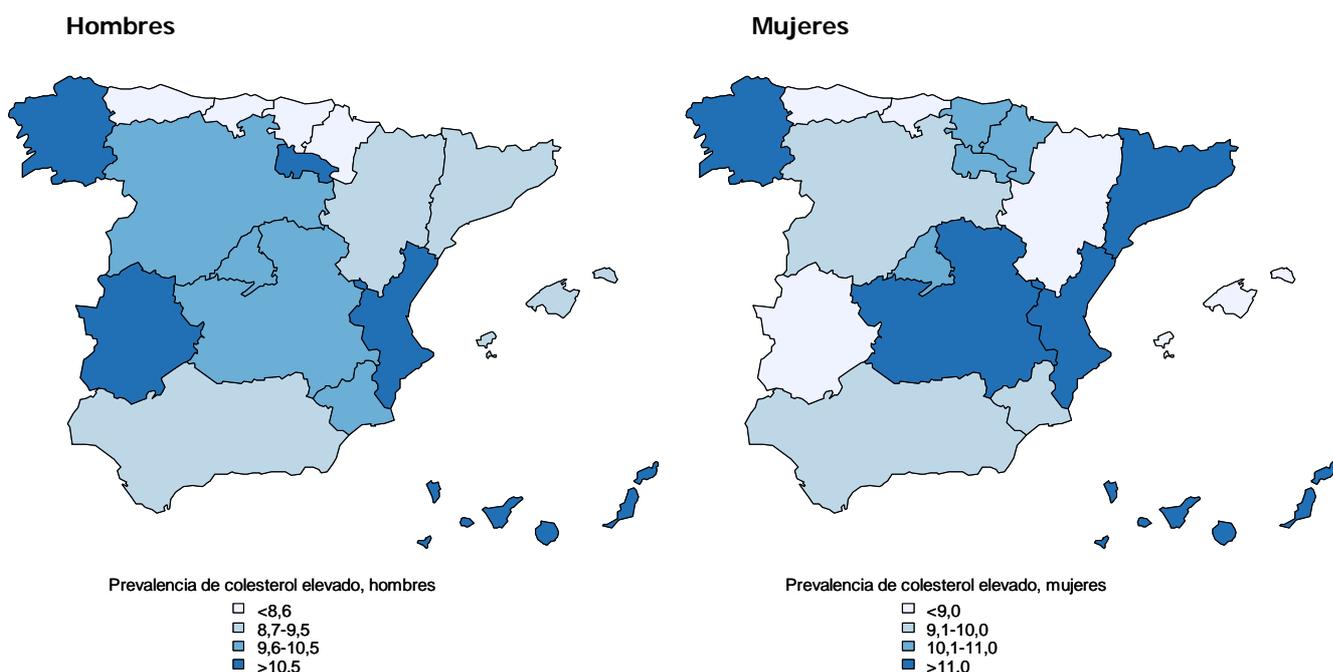
En España en el año 2003, el 9,6% de los hombres y el 11,3% de las mujeres declararon tener elevado el nivel de colesterol. Las prevalencias de hipercolesterolemia son mayores en hombres que en mujeres en los menores de 65 años, sin embargo, en el grupo de 65 años o más el patrón se invierte presentando colesterol elevado el 18,9% de hombres y el 26,7% de las mujeres. En el periodo de 1993 a 2003, se observa un ligero aumento en la prevalencia de hipercolesterolemia, tanto en hombres como en mujeres (figura 28).

Figura 28. Evolución de la prevalencia de colesterol elevado en hombres y mujeres, en España de 1993 a 2003. Porcentajes estandarizados por edad.



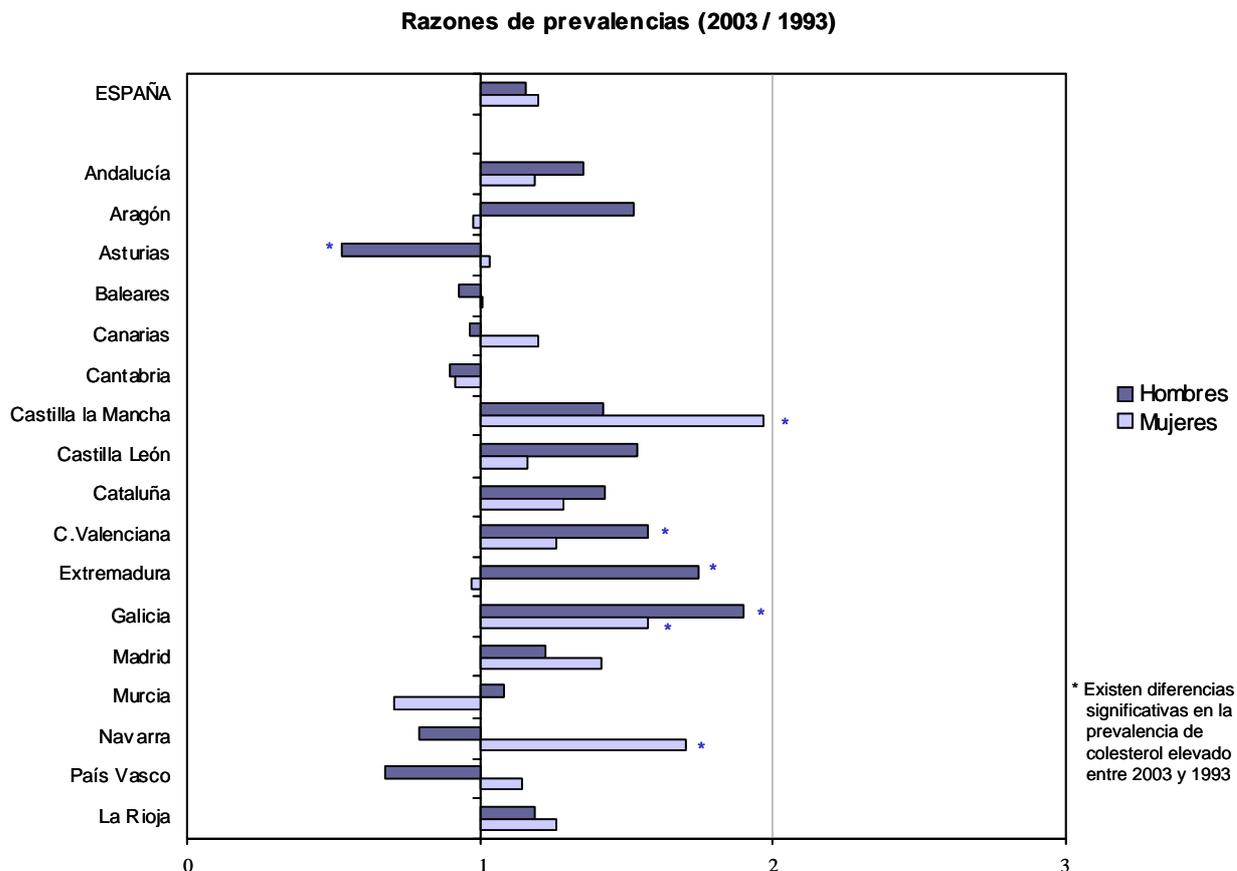
El año 2003 se observan variaciones en las prevalencias de colesterol elevado en las CC.AA. (figura 29). Las CC.AA. con un mayor porcentaje de hombres que declaran tener colesterol elevado son Galicia y Extremadura, en mujeres lo son Galicia y Canarias (más del 12% en y en más del 15% respectivamente), en cambio Asturias y Cantabria, entre otras, registran las menores prevalencias de hipercolesterolemia (menos del 8% en hombres y mujeres).

Figura 29. Distribución en cuartiles de las prevalencias de colesterol elevado, en hombres y mujeres, en las CC.AA. de España el año 2003. Porcentaje estandarizados por edad-



Entre los años 1993 y 2003, aunque la mayoría de las CC.AA. han aumentado la prevalencia de colesterol elevado, sobre todo en hombres, sólo algunas presentan cambios significativos como Galicia, donde ha aumentado en ambos sexos. Algunas de las comunidades sí registran una disminución aunque sólo se muestra significativa en hombres de Asturias (figura 30).

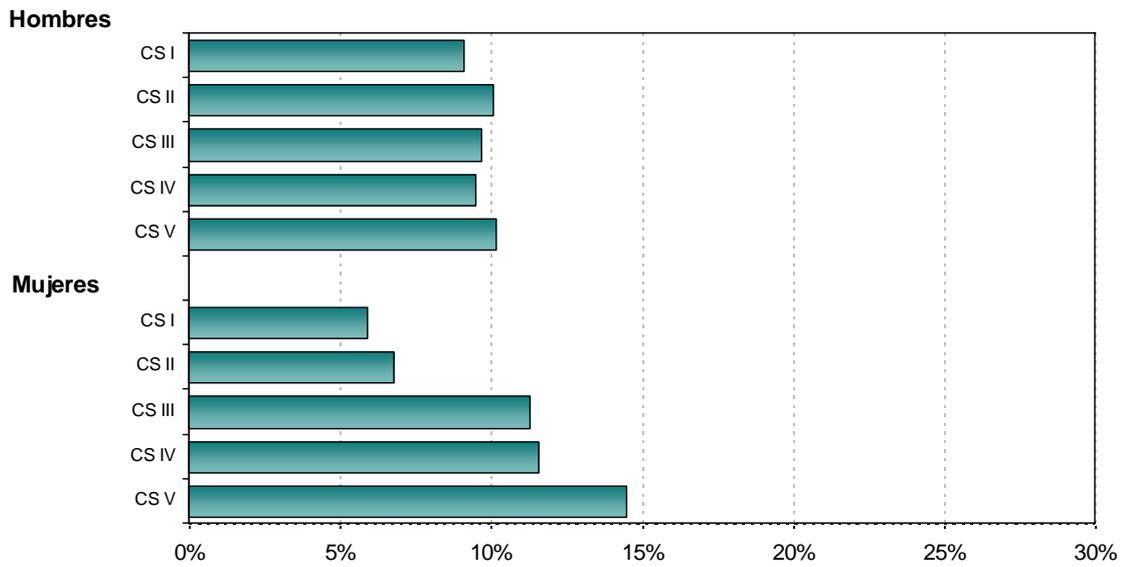
Figura 30. Evolución de las prevalencias de colesterol elevado en hombres y mujeres, en las CC.AA. de España de 1993 a 2003. Razones de prevalencias estandarizadas por edad.



■ **Las desigualdades en el colesterol elevado, 1993-2003**

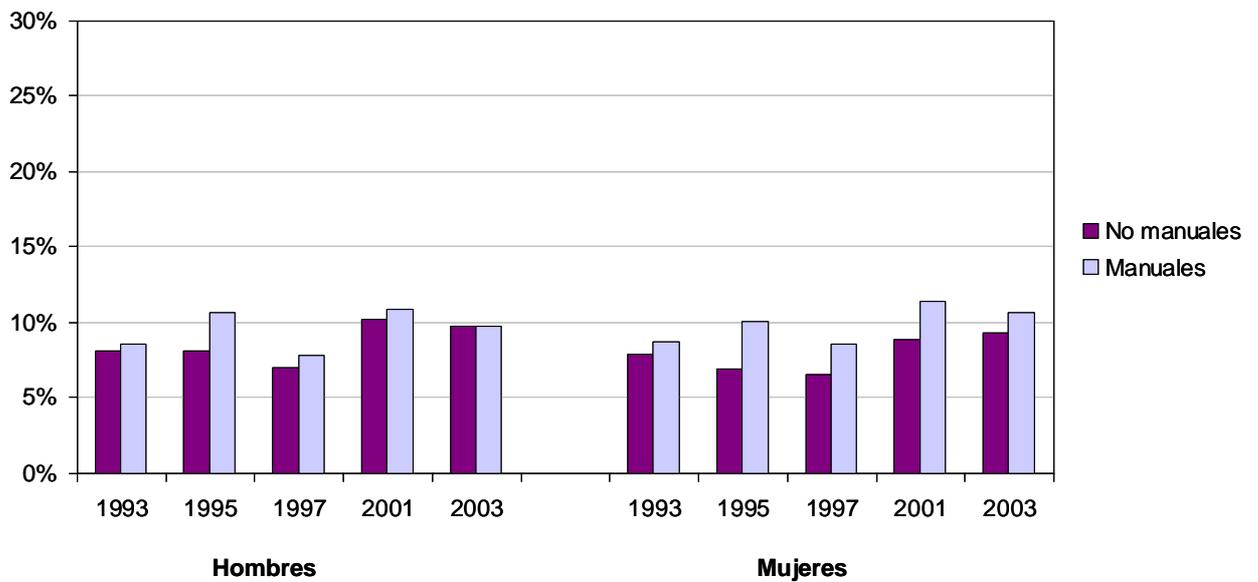
El año 2003 en España, no se observan diferencias en la prevalencia de hipercolesterolemia según la clase social en hombres, en cambio en mujeres, se aprecia un gradiente en la prevalencia de colesterol elevado, siendo menor en las mujeres de clases más favorecidas (5,9% de clase I) y aumenta en las clases menos favorecidas (14,5% en clase V) (figura 31).

Figura 31. Distribución de la prevalencia de colesterol elevado según la clase social, en hombres y mujeres, en España el año 2003.



En el periodo de 1993 a 2003, se observa un aumento de la prevalencia de colesterol elevado en los últimos años, en personas de clases manuales y también en las de clases no manuales, tanto en hombres como en mujeres (figura 32).

Figura 32. Evolución de la prevalencia de colesterol elevado según la clase social, en hombres y mujeres, en España de 1993 a 2003. Porcentajes estandarizados por edad.



En el año 2003, se observan diferencias en las desigualdades en la prevalencia de colesterol elevado según la clase social en hombres, algunas CC.AA. registran mayores prevalencias entre los de clases no manuales, y en otras CC.AA. se invierte el patrón, siendo los hombres de clases manuales los que declaran en mayor proporción padecer de colesterol elevado, aunque no llegan a ser significativas (figura 33). En las mujeres se observan mayores prevalencias en las de clases manuales, en casi todas las CC.AA., aunque sólo en Murcia son significativas (figura 34).

Figura 33. Distribución de las prevalencias de colesterol elevado según la clase social en hombres, en las CC.AA. de España el año 2003. Razones de prevalencias estandarizadas por edad.

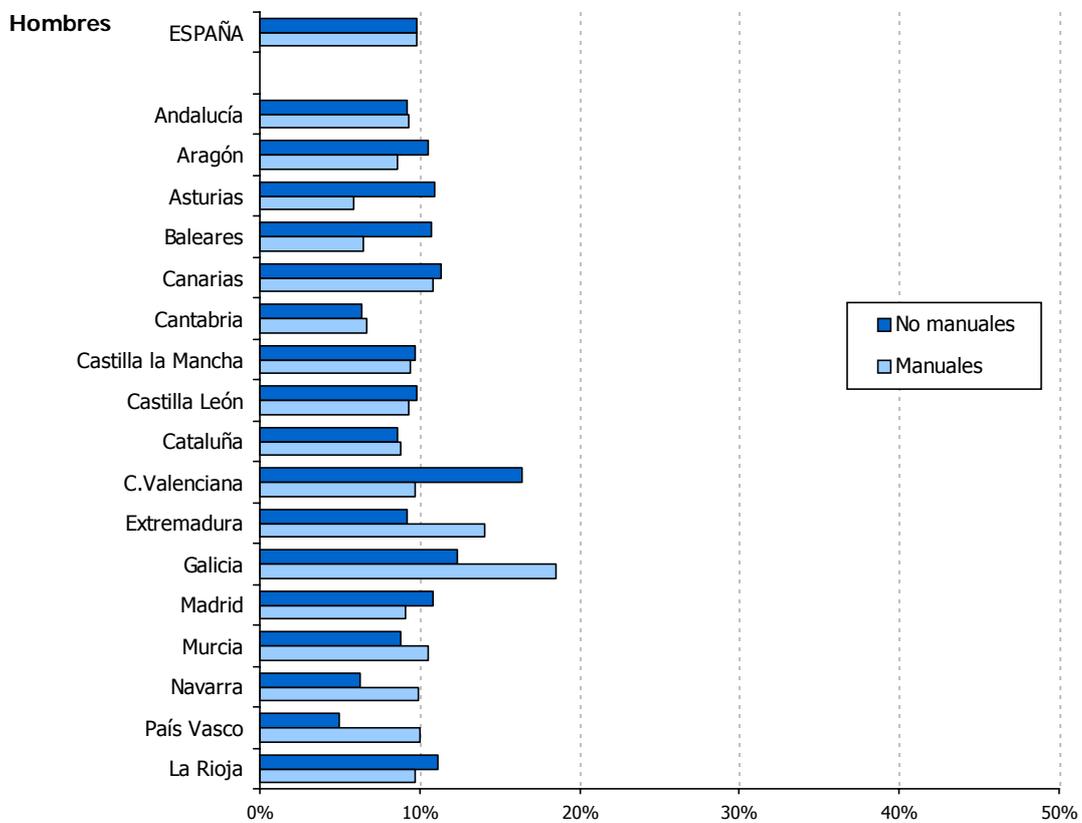
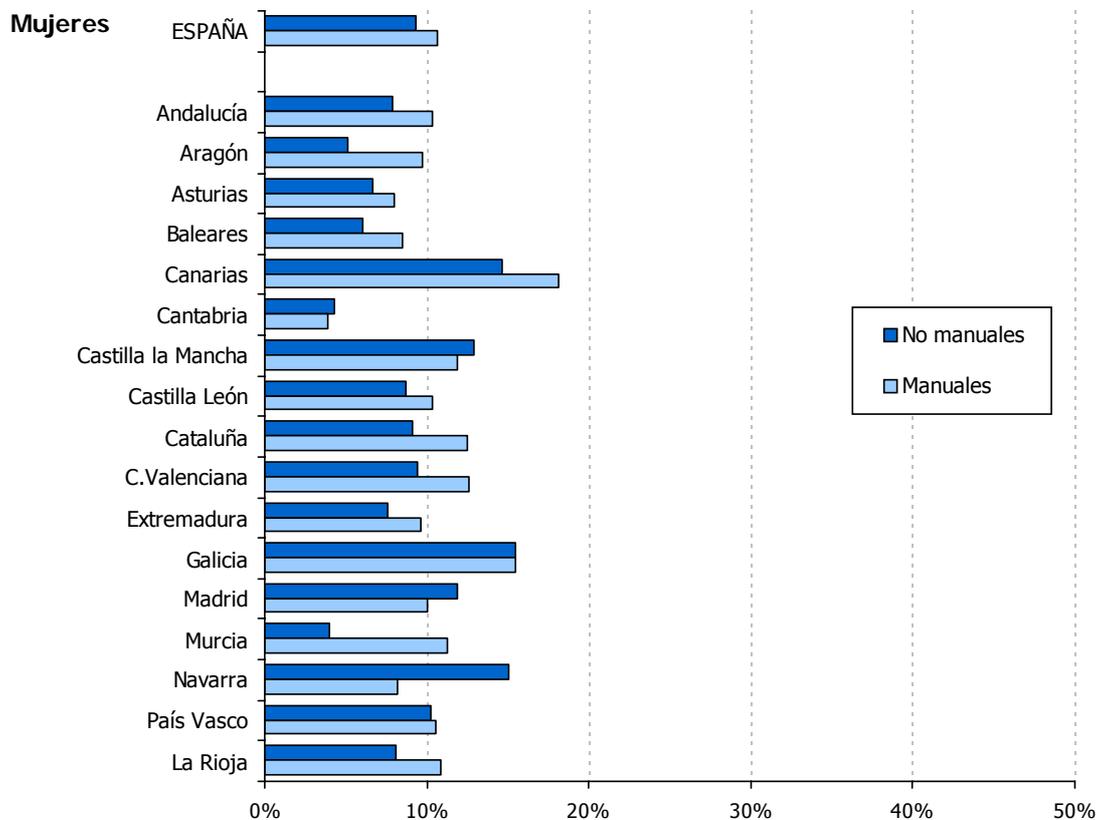


Figura 34. Distribución de las prevalencias de colesterol elevado según la clase social en mujeres, en las CC.AA. de España el año 2003. Razones de prevalencias estandarizadas por edad.



En el periodo de 1993 a 2003 no se observa una tendencia clara en la desigualdad en la prevalencia de colesterol elevado según la clase social. Algunas CC.AA. han cambiado de patrón en las diferencias de las prevalencias de hipercolesterolemia entre las personas de clases manuales y no manuales (figuras 35 y 36). Por ejemplo, han disminuido el último año en hombres de Asturias, y mujeres de Baleares y de Galicia, en cambio otras han aumentado la desigualdad entre clases como en hombres de la Comunidad Valenciana y el País Vasco o en mujeres de Murcia.

Figura 35. Evolución de las prevalencias de colesterol elevado según la clase social en hombres, en las CC.AA. de España de 1993 a 2003. Razones de prevalencias estandarizadas por edad.

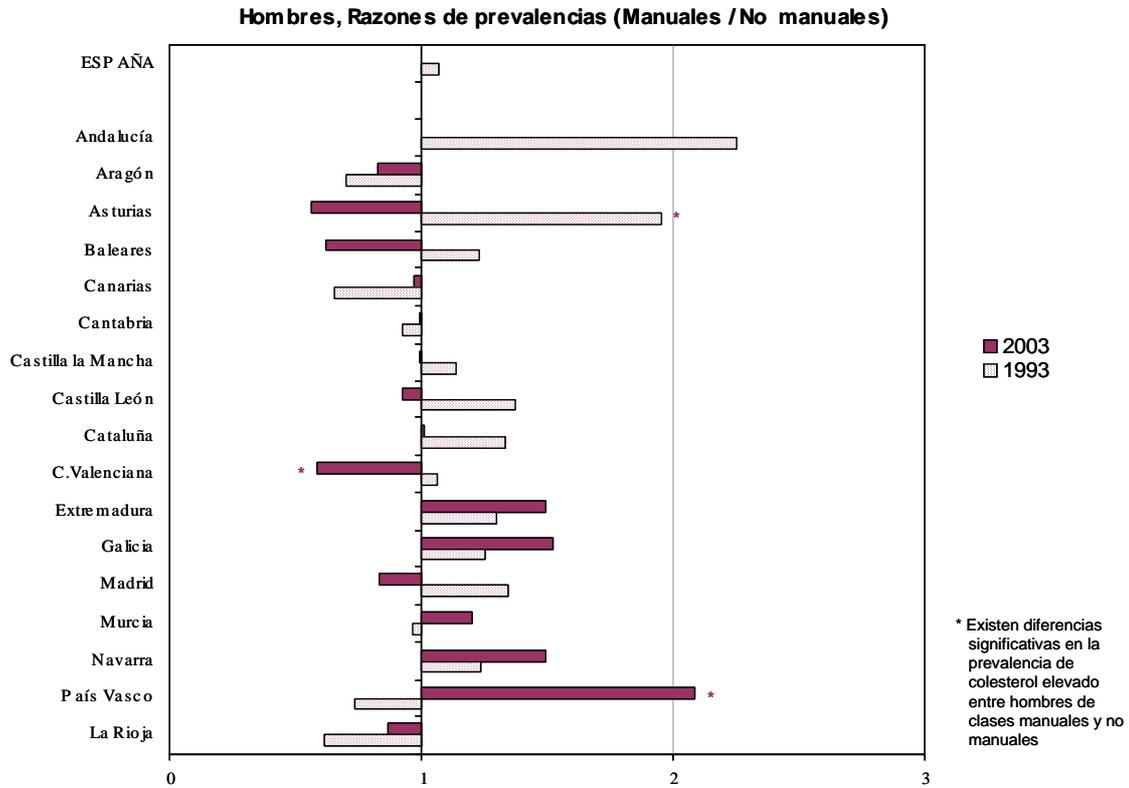
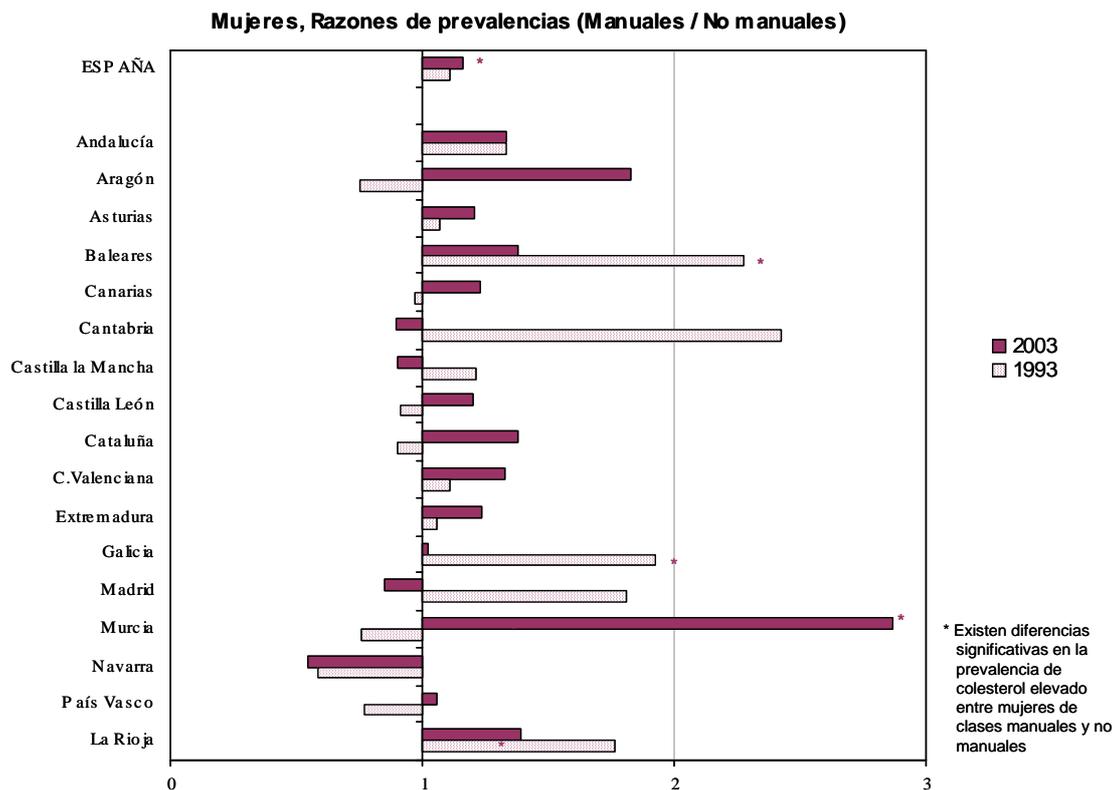


Figura 36. Evolución de las prevalencias de colesterol elevado según la clase social en mujeres, en las CC.AA. de España de 1993 a 2003. Razones de prevalencias estandarizadas por edad.



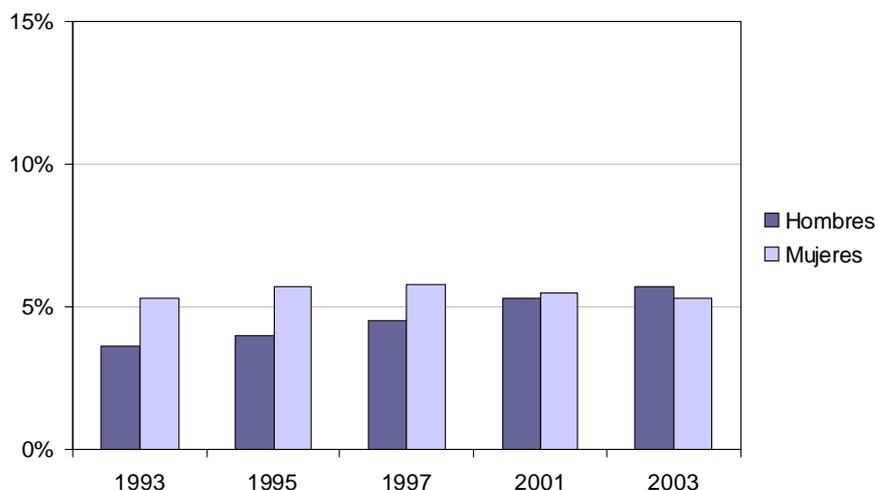
Diabetes mellitus

La diabetes es una enfermedad crónica que está aumentando en los últimos años, debido al crecimiento y envejecimiento de la población, el incremento de la obesidad, hábitos erróneos de la alimentación y modos de vida sedentarios¹⁸.

■ Diabetes, 1993-2003

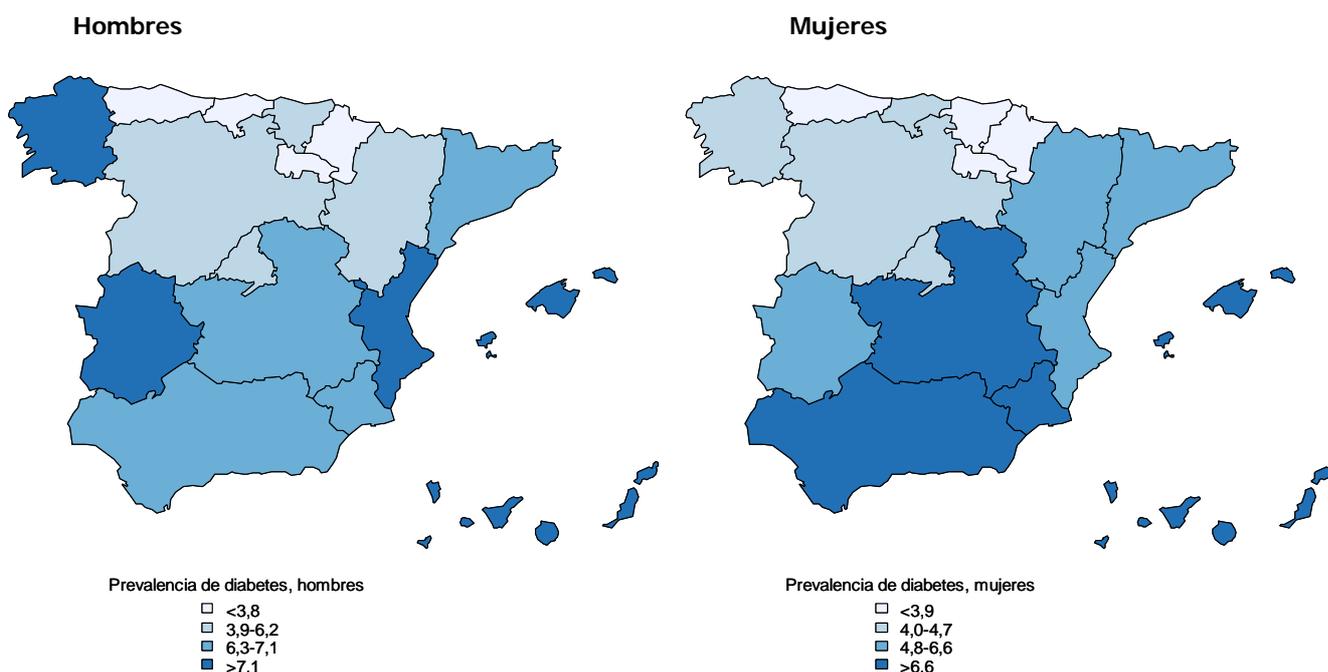
En España en el año 2003, las prevalencias de diabetes declaradas son similares en hombres y mujeres (poco más del 5%), para todos los grupos de edad. Esta situación ha cambiado en los últimos años ya que al principio del periodo las prevalencias de diabetes eran mayores en las mujeres que en los hombres, pero debido al aumento de la prevalencia en los hombres, en el año 2003 ésta ha llegado a sobrepasar la de las mujeres (figura 37).

Figura 37. Evolución de la prevalencia de diabetes en hombres y mujeres, en España de 1993 a 2003. Porcentajes estandarizados por edad.



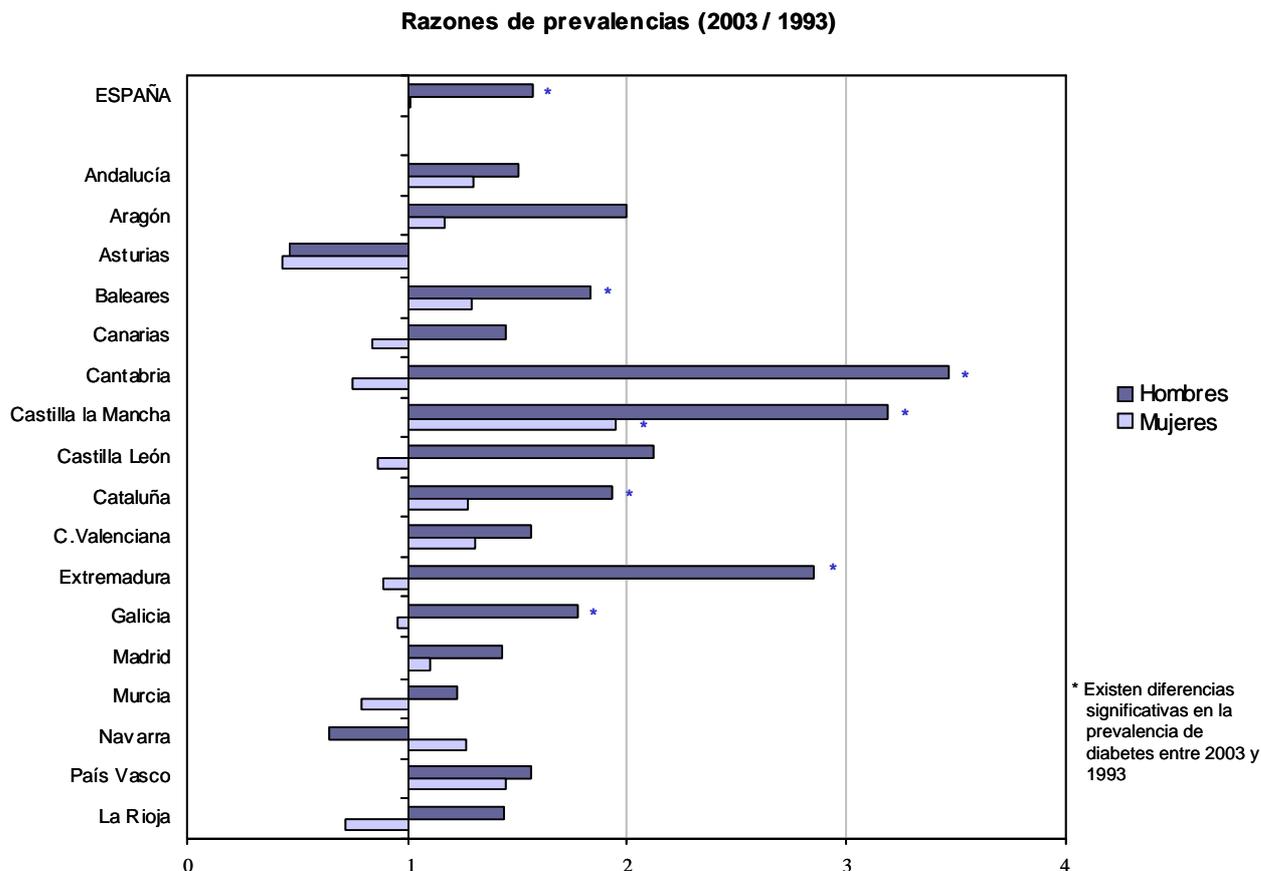
El año 2003 se observan desigualdades en las prevalencias de diabetes en las CC.AA. (figura 38). Las CC.AA. con un mayor porcentaje de hombres que declaran tener diabetes son Canarias y Extremadura (más del 8%), en mujeres lo son Andalucía y Baleares (más del 9%), en cambio Asturias, Navarra y La Rioja registran las menores prevalencias de diabetes (menos del 4% en hombres y mujeres).

Figura 38. Distribución en cuartiles de las prevalencias de diabetes, en hombres y mujeres, en las CC.AA. de España el año 2003. Porcentajes estandarizados por edad.



Entre los años 1993 y 2003, se observa una tendencia diferencial entre hombres y mujeres en la prevalencia de diabetes. En la mayoría de CC.AA. se registra un aumento de la prevalencia de diabetes en hombres, de manera significativa en Cantabria, Castilla la Mancha y Extremadura, entre otras. En cambio en mujeres no se observan cambios significativos en la prevalencia de diabetes en la mayoría de las CC.AA., excepto en Castilla la Mancha, y otras comunidades donde ha habido una disminución, tanto en mujeres como en hombres, como Asturias (figura 39).

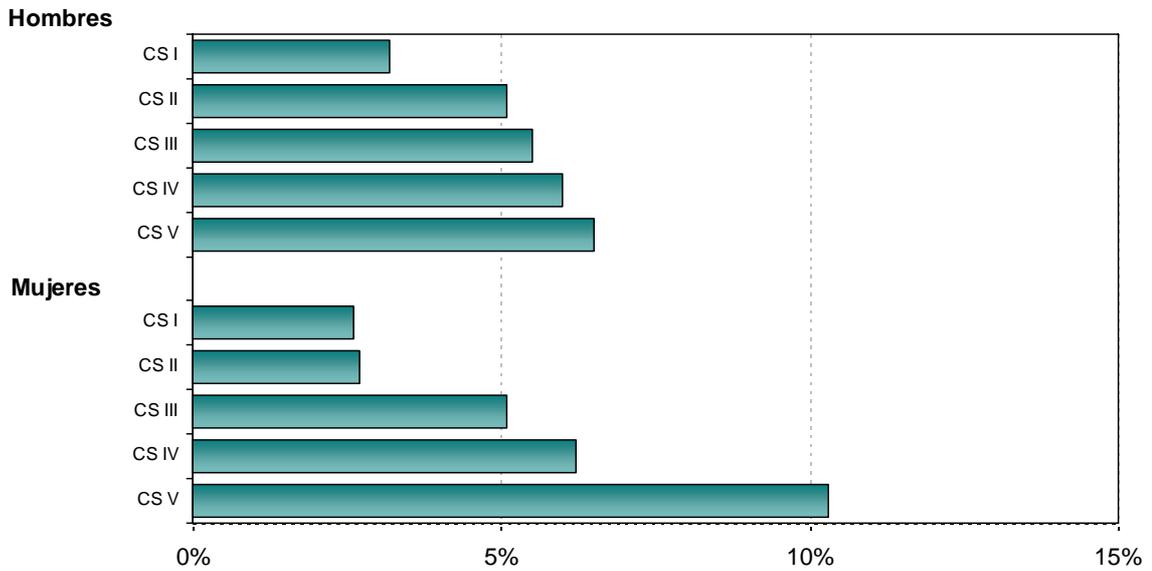
Figura 39. Evolución de las prevalencias de diabetes en hombres y mujeres, en las CC.AA. de España de 1993 a 2003. Razones de prevalencias estandarizadas por edad.



■ Las desigualdades en la diabetes, 1993-2003

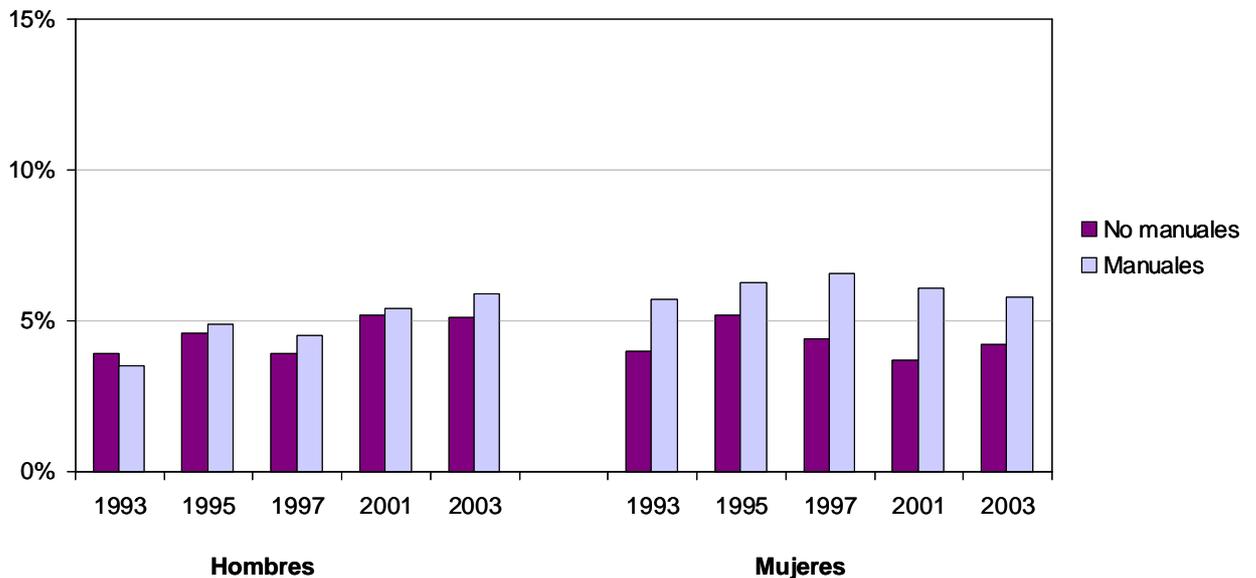
El año 2003 en España, se observan diferencias en la prevalencia de diabetes según la clase social (figura 40). Se aprecia un gradiente en la prevalencia de diabetes siendo las clases menos favorecidas las que presentan mayores prevalencias, sobre todo en mujeres (2,6% en mujeres de clase I respecto el 10,3% en clase V).

Figura 40. Distribución de la prevalencia de diabetes según la clase social, en hombres y mujeres, en España el año 2003.



En el periodo de 1993 a 2003, se observa un aumento de la prevalencia de diabetes en hombres, sobre todo en los de clases manuales, observándose un cambio de patrón en los últimos años y superando así la prevalencia de diabetes de hombres de clases no manuales. En mujeres, en cambio, no se observa una tendencia clara, siendo siempre las de clases manuales las que presentan mayores prevalencias de diabetes (figura 41).

Figura 41. Evolución de la prevalencia de diabetes según la clase social, en hombres y mujeres, en España de 1993 a 2003. Porcentajes estandarizados por edad.



En el año 2003, se observa variabilidad en las desigualdades en la prevalencia de diabetes según la clase social entre las CC.AA.. En hombres no se aprecian diferencias significativas entre los de clases manuales y no manuales, excepto en Extremadura (figura 42). En las mujeres, en la mayoría de CC.AA. se muestran prevalencias de diabetes superiores en las clases manuales, siendo Cataluña, Comunidad Valenciana, Navarra y País Vasco las que muestran mayor desigualdad relativa entre clases sociales (figura 43).

Figura 42. Distribución de las prevalencias de diabetes según la clase social en hombres, en las CC.AA. de España el año 2003. Razones de prevalencias estandarizadas por edad.

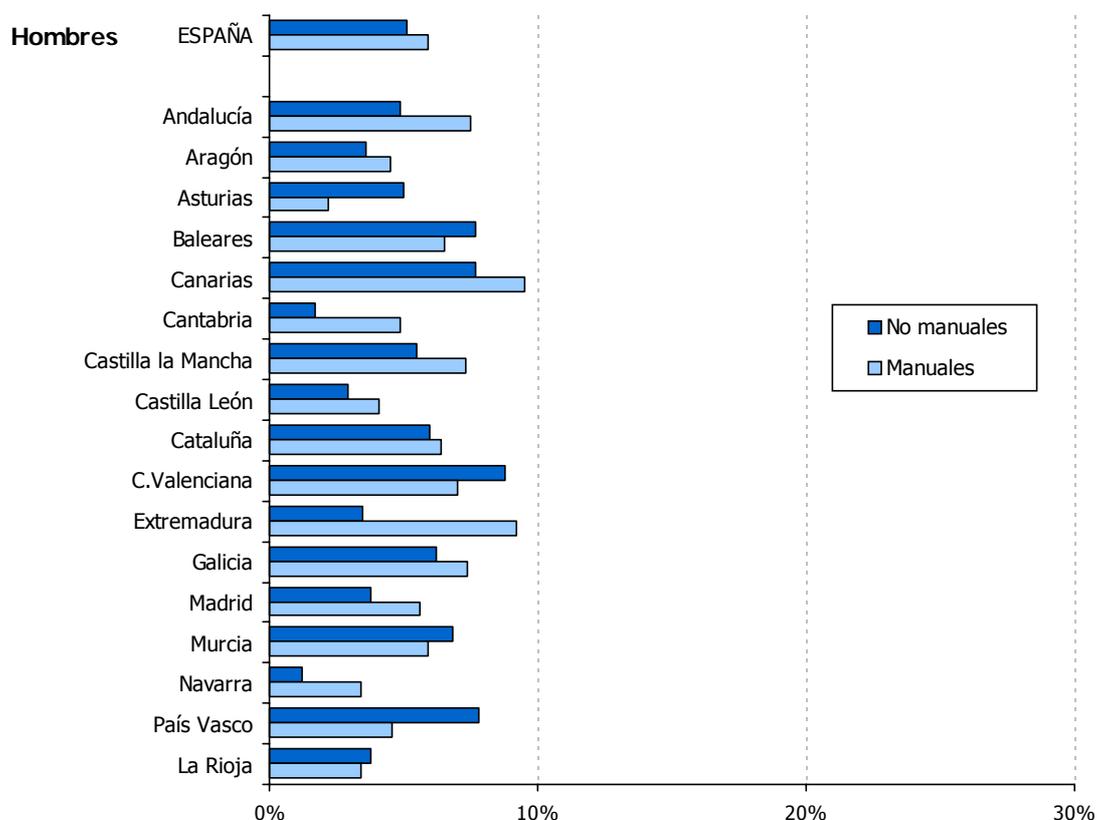
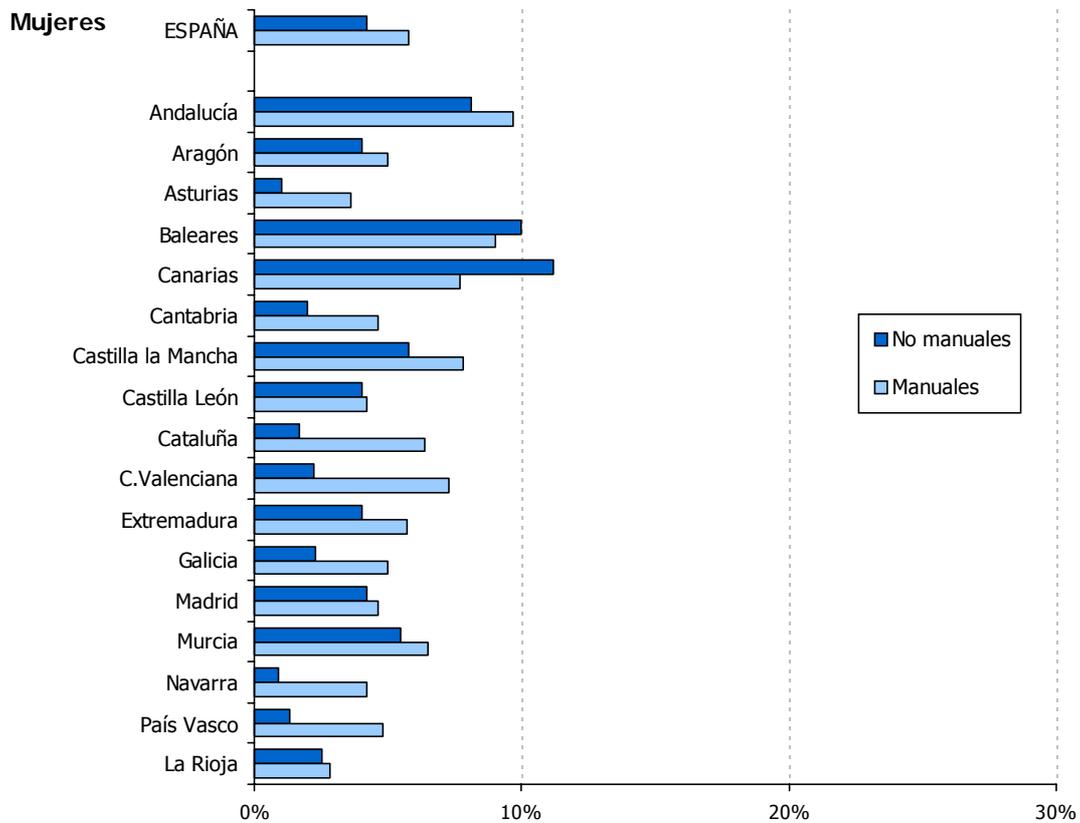


Figura 43. Distribución de las prevalencias de diabetes según la clase social en mujeres, en las CC.AA. de España el año 2003. Razones de prevalencias estandarizadas por edad.



En el periodo de 1993 a 2003, en la mayoría de CC.AA. se observa el cambio de patrón en la desigualdad según la clase social en la prevalencia de diabetes en hombres, el año 1993 las prevalencias eran mayores en hombres de clases no manuales y el año 2003 los hombres de clases manuales registran mayores prevalencias (figura 44). En mujeres, en casi todas las CC.AA. se observan mayores prevalencias de diabetes en las de clases manuales en ambos años, y en el año 2003 algunas han registrado un aumento de la desigualdad según la clase social, como Cataluña, Comunidad Valenciana, Navarra y País Vasco, en cambio otras han registrado una disminución de la desigualdad como Madrid (figura 45).

Figura 44. Evolución de las prevalencias de diabetes según la clase social en hombres, en las CC.AA. de España de 1993 a 2003. Razones de prevalencias estandarizadas por edad.

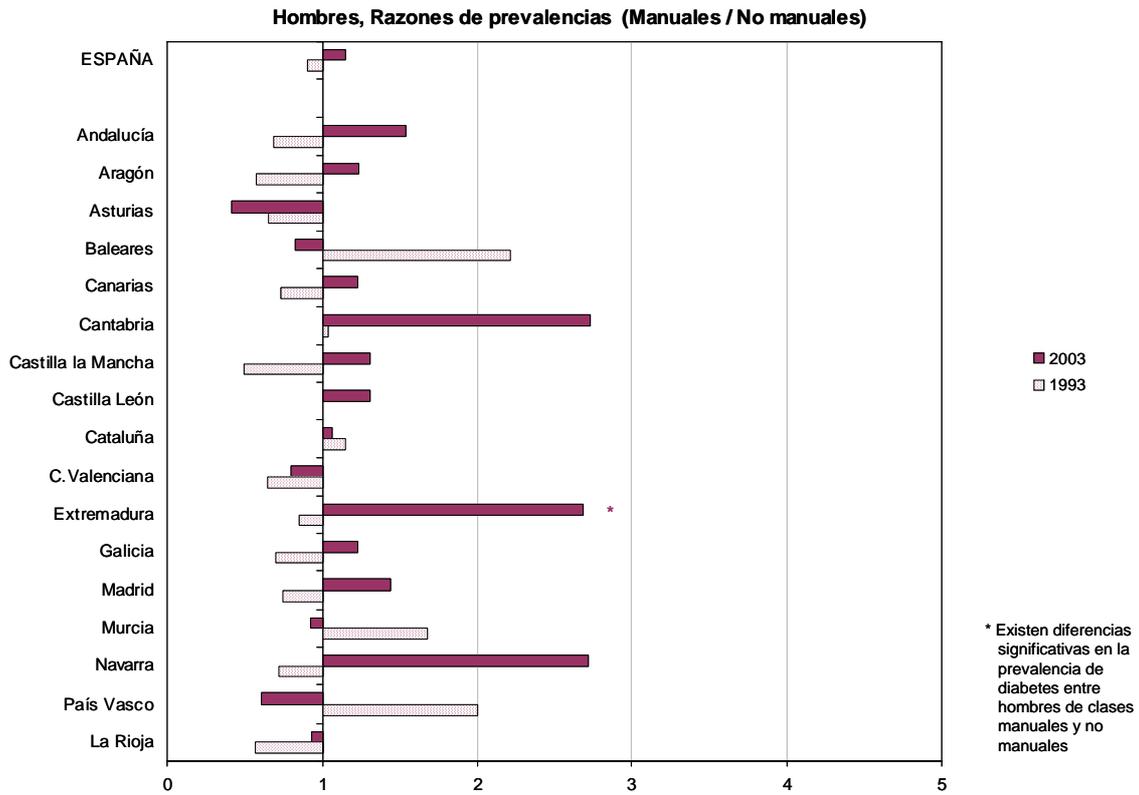
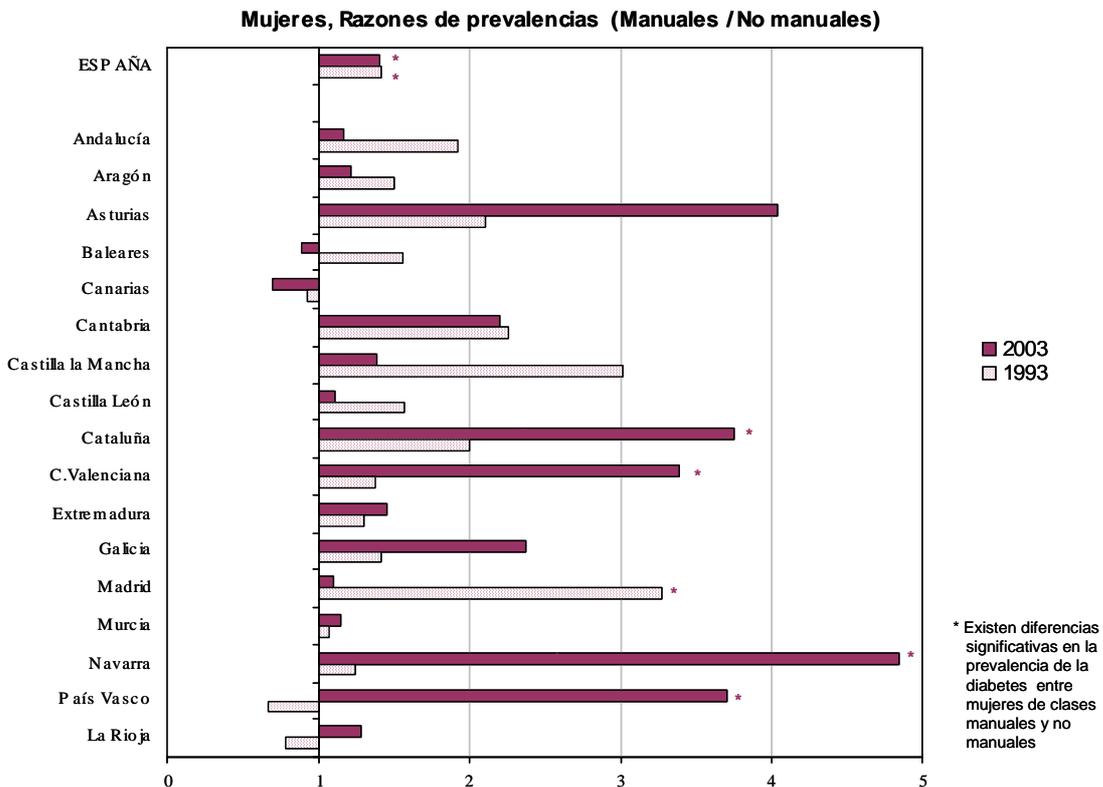


Figura 45. Evolución de las prevalencias de diabetes según la clase social en mujeres, en las CC.AA. de España de 1993 a 2003. Razones de prevalencias estandarizadas por edad.



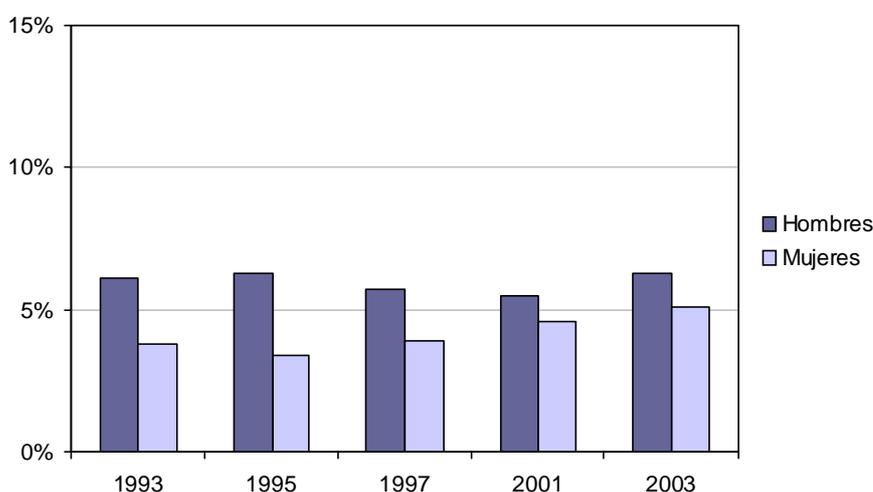
Asma, bronquitis crónica o enfisema

Estudios previos han puesto de manifiesto que las enfermedades respiratorias están relacionadas con las infecciones respiratorias de la infancia y las circunstancias socioeconómicas en la infancia y la edad adulta. Otro gran factor determinante de esta patología es el hábito tabáquico¹⁹.

■ Asma, bronquitis crónica o enfisema, 1993-2003

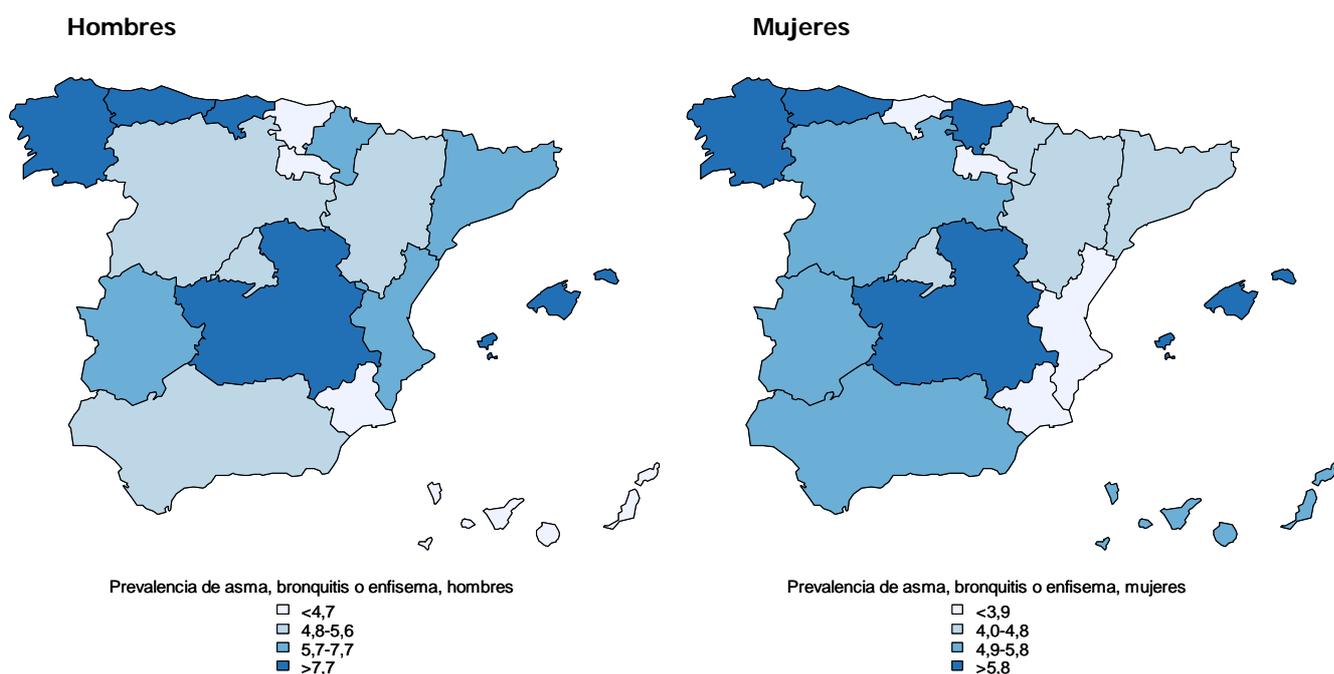
En España en el año 2003, las prevalencias de asma, bronquitis crónica o enfisema son ligeramente mayores en hombres que en mujeres, el 5,7% y el 5,3% respectivamente. La proporción de personas que declaran asma aumenta con la edad llegando al 16,8% en hombres y el 10,4% en mujeres mayores de 64 años. En el periodo de 1993 a 2003 las prevalencias de asma se han mantenido estables en hombres y han aumentado progresivamente en mujeres (figura 46).

Figura 46. Evolución de la prevalencia de asma, bronquitis crónica o enfisema en hombres y mujeres, en España de 1993 a 2003. Porcentajes estandarizados por edad.



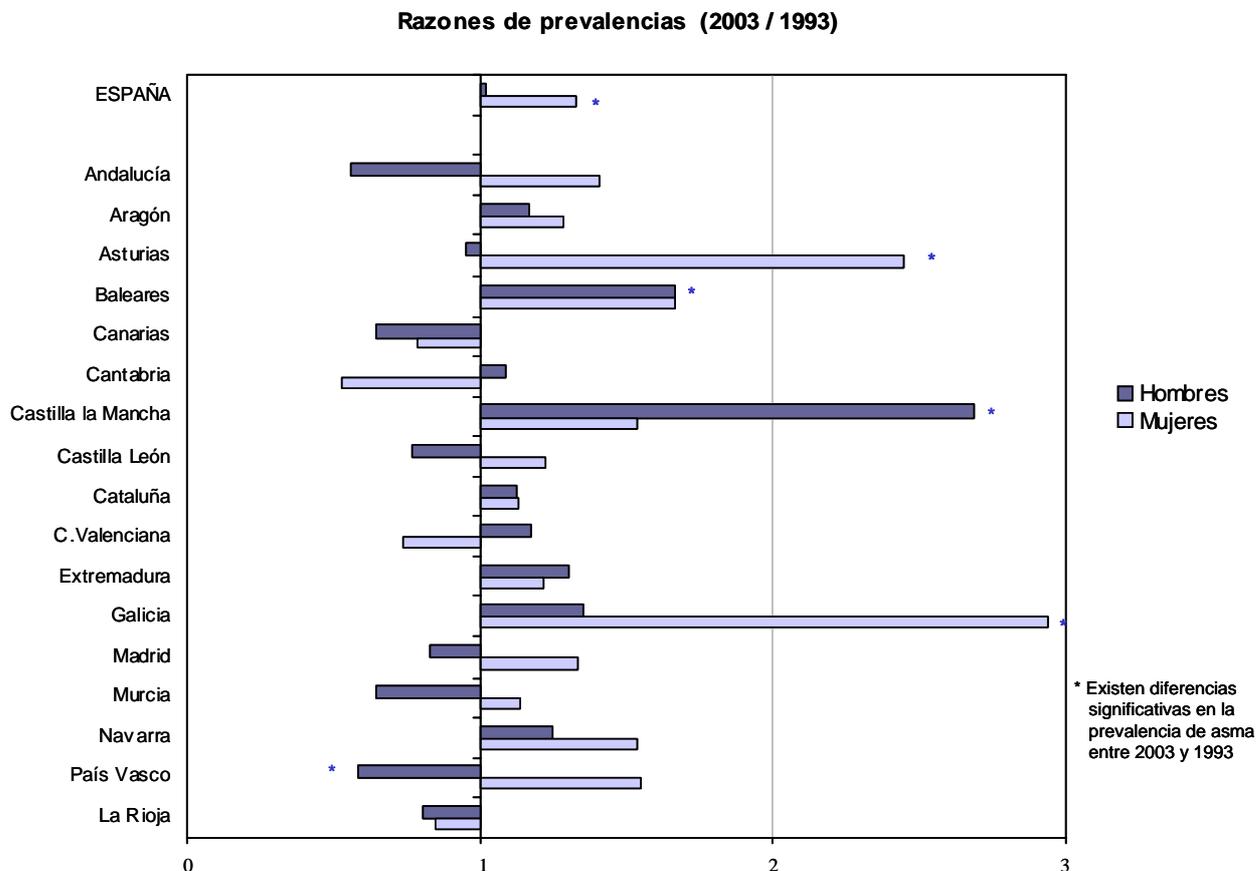
El año 2003 se observan variaciones en las prevalencias de asma, bronquitis crónica o enfisema en las CC.AA. (figura 47). Las CC.AA. con un mayor porcentaje de personas que declaran tener estas enfermedades son Galicia, Asturias y Baleares (más del 9% en hombres y más del 7% en mujeres), en cambio Murcia y La Rioja, entre otras, registran prevalencias inferiores (menos del 4%).

Figura 47. Distribución en cuartiles de las prevalencias de asma, bronquitis crónica o enfisema, en hombres y mujeres, en las CC.AA. de España el año 2003. Porcentajes estandarizados por edad.



Entre los años 1993 y 2003, se observa una tendencia diferencial en la prevalencia de asma en las CC.AA. Aunque en algunas comunidades ha aumentado tanto en hombres como en mujeres, sobre todo en Asturias, Baleares, Castilla la Mancha y Galicia, en otras se registra un descenso en la prevalencia de asma, como por ejemplo en el País Vasco (figura 48).

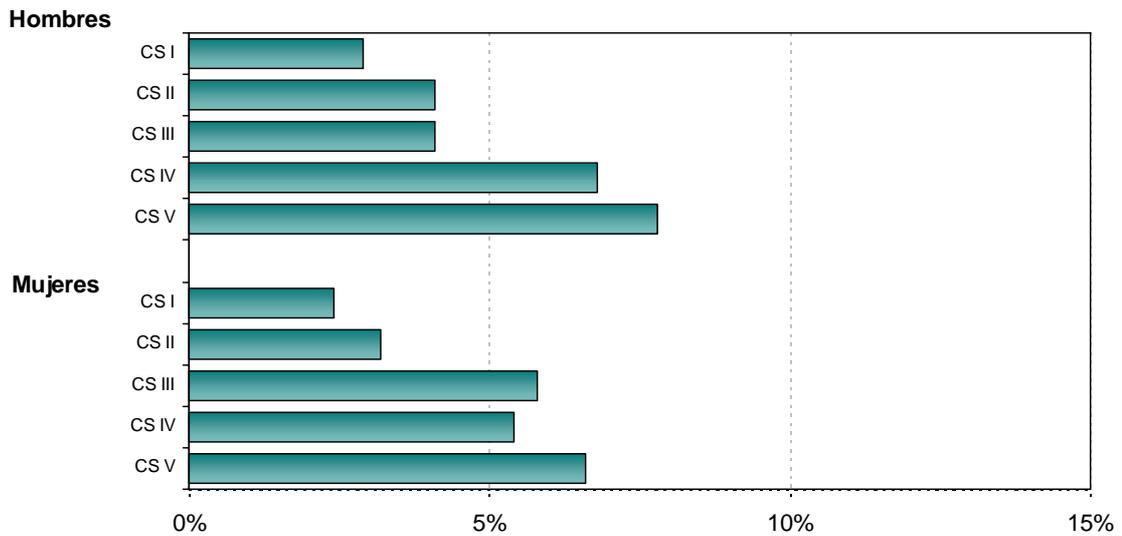
Figura 48. Evolución de la prevalencia de asma, bronquitis crónica o enfisema en hombres y mujeres, en las CC.AA. de España de 1993 a 2003. Razones de prevalencias estandarizadas por edad.



■ **Las desigualdades en el asma, bronquitis crónica o enfisema, 1993-2003**

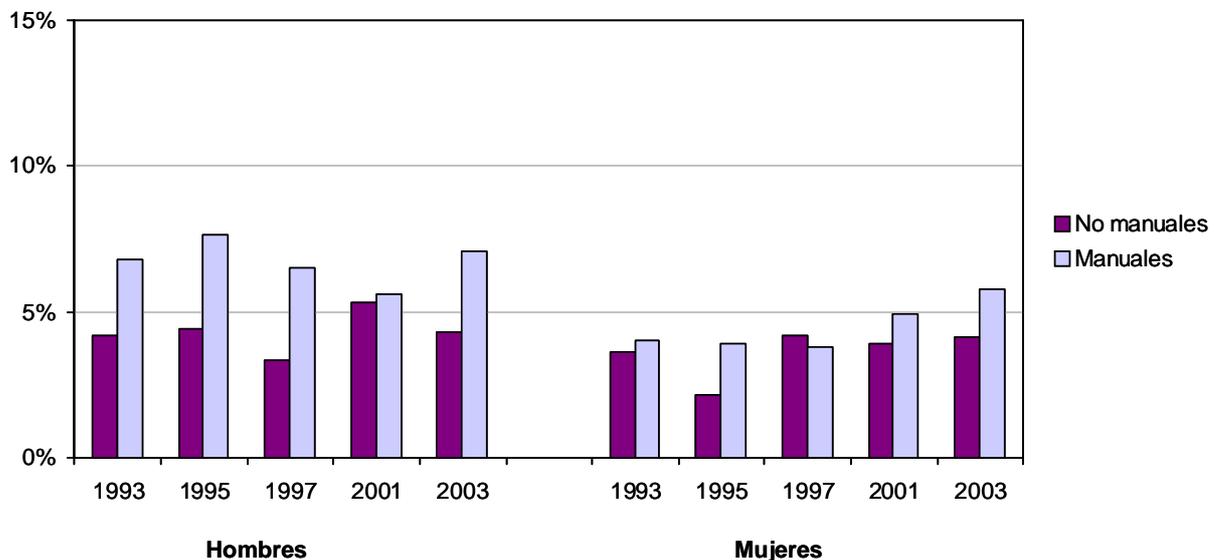
El año 2003 en España, se observan diferencias en la prevalencia de asma, bronquitis crónica o enfisema según la clase social, y son similares en hombres y en mujeres (figura 49), siendo mayores en las clases menos favorecidas (un 7,8% en hombres y un 6,6% en mujeres de clase V, respecto el 2,9% y el 2,4% en hombres y mujeres de clase I, respectivamente).

Figura 49. Distribución de la prevalencia de asma, bronquitis crónica o enfisema según la clase social, en hombres y mujeres, en España el año 2003.



En el periodo de 1993 a 2003, no se observa una tendencia clara en las desigualdades en la prevalencia de asma según la clase social de los hombres, observándose siempre mayores prevalencias en los de clases manuales. En las mujeres, en cambio, sí se aprecia un aumento de la prevalencia de asma en las de clases manuales, de manera que al final del periodo han aumentado las desigualdades según la clase social en la prevalencia de estas enfermedades (figura 50).

Figura 50. Evolución de las prevalencias de asma, bronquitis crónica o enfisema según la clase social en hombres, en las CC.AA. de España el año 2003. Porcentajes estandarizados por edad.



En el año 2003, se observa variabilidad en las desigualdades en la prevalencia de asma, bronquitis crónica o enfisema según la clase social entre las CC.AA.. En hombres, la mayoría de comunidades registran prevalencias mayores en los de clases manuales, siendo significativas en Canarias, Cataluña, Comunidad Valenciana y Extremadura (figura 51). En mujeres las diferencias en la prevalencia de asma según la clase social no son significativas en la mayoría de las CC.AA., excepto en Galicia, Murcia, Navarra y la Rioja (figura 52).

Figura 51. Distribución de las prevalencias de asma, bronquitis crónica o enfisema según la clase social en hombres, en las CC.AA. de España el año 2003. Razones de prevalencias estandarizadas por edad.

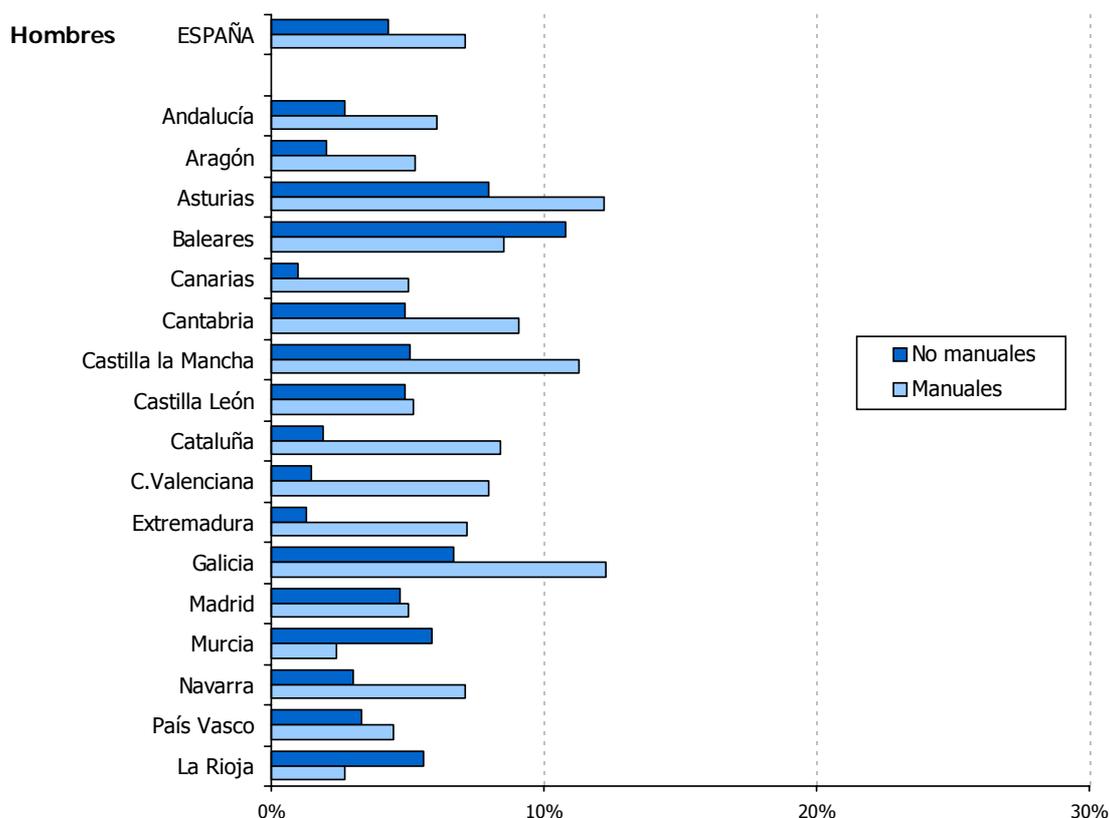
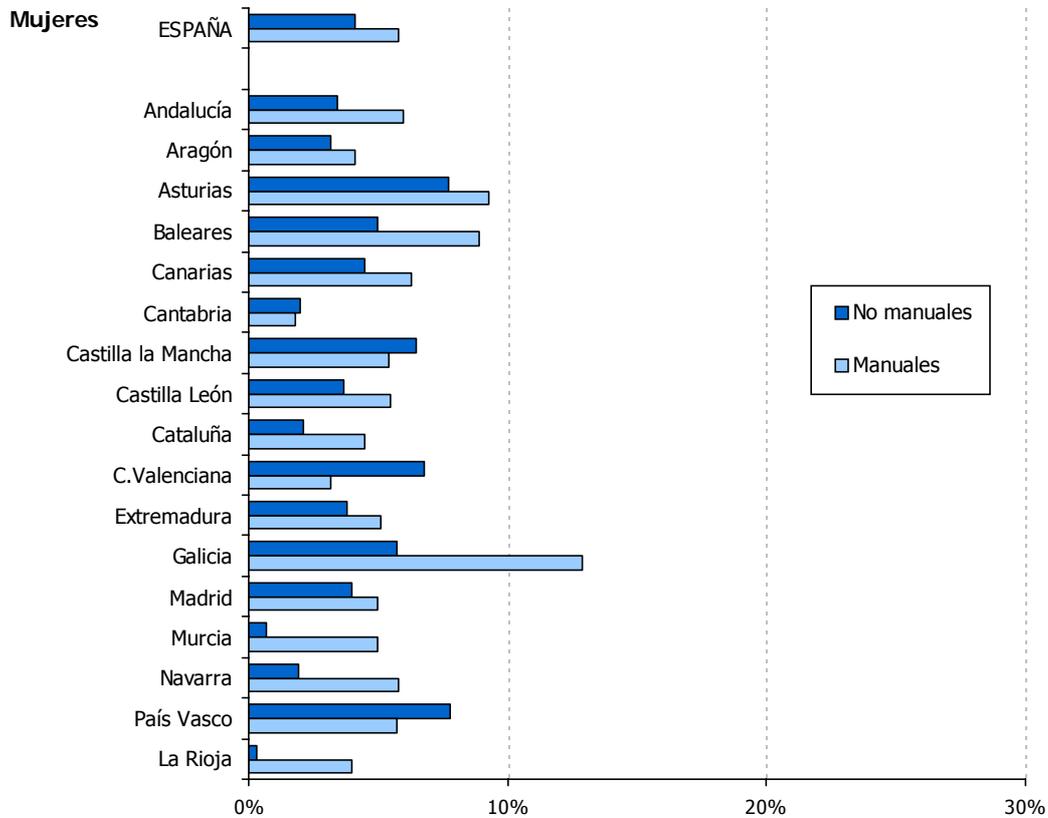


Figura 52. Distribución de las prevalencias de asma, bronquitis crónica o enfisema según la clase social en mujeres, en las CC.AA. de España el año 2003. Razones de prevalencias estandarizadas por edad.



En el periodo de 1993 a 2003, en hombres, algunas comunidades han disminuido las desigualdades de clase social en la prevalencia de asma, bronquitis crónica o enfisema. Lo han hecho, de manera significativa, Canarias, Cataluña, la Comunidad Valenciana y Extremadura, en cambio, otras han disminuido notablemente las diferencias según la clase social (figura 53). En mujeres, al igual que en hombres, algunas han registrado un aumento de las desigualdades en la prevalencia de asma, bronquitis crónica o enfisema entre clases sociales, como Galicia, Navarra, Murcia y La Rioja; la mayoría no cambian de manera significativa, y alguna como Canarias, Comunidad Valenciana y Castilla la Mancha han reducido estas desigualdades entre los años 1993 y 2003 (figura 54).

Figura 53. Evolución de las prevalencias de asma, bronquitis crónica o enfisema según la clase social en hombres, en las CC.AA. de España de 1993 a 2003. Razones de prevalencias estandarizadas por edad.

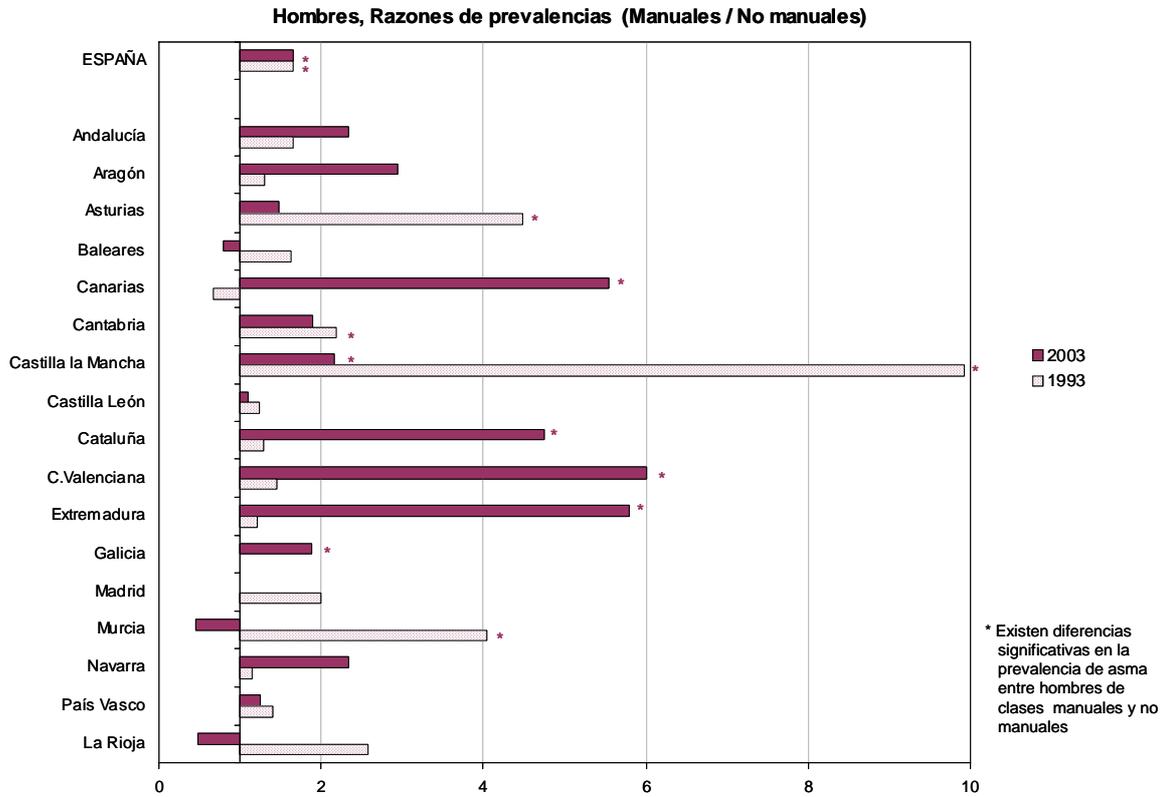
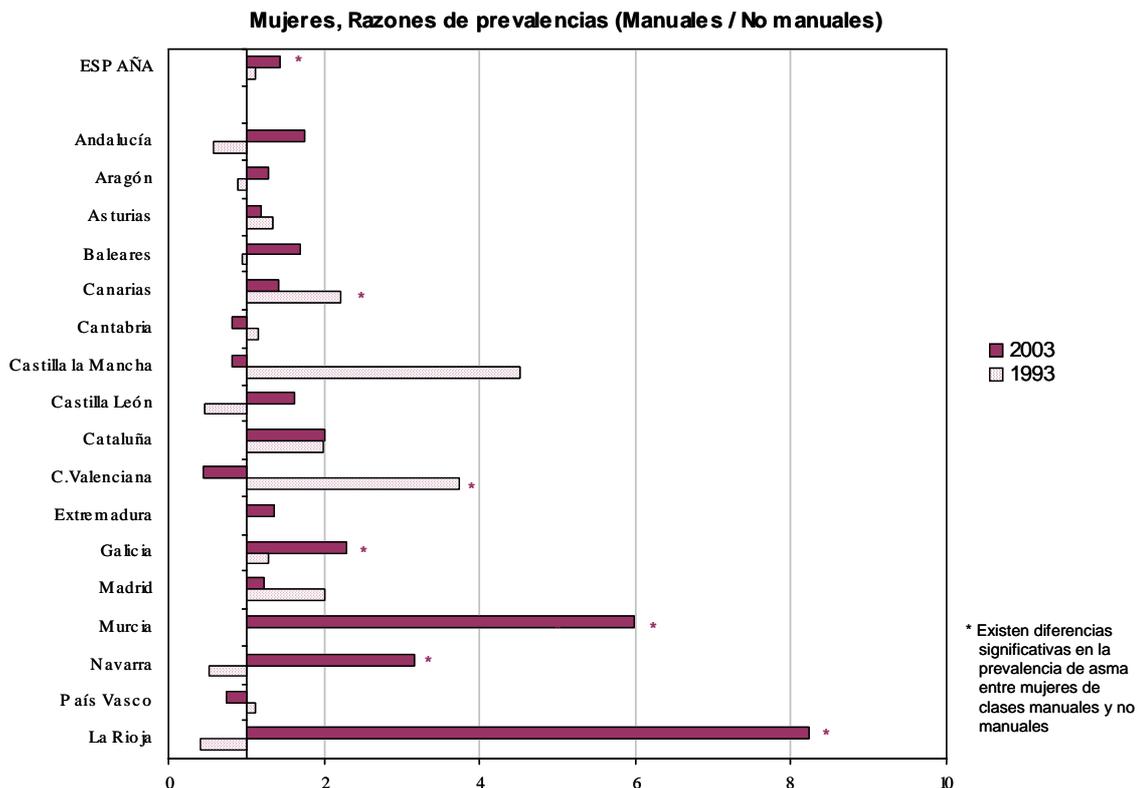


Figura 54. Evolución de las prevalencias de asma, bronquitis crónica o enfisema según la clase social en mujeres, en las CC.AA. de España de 1993 a 2003. Razones de prevalencias estandarizadas por edad.



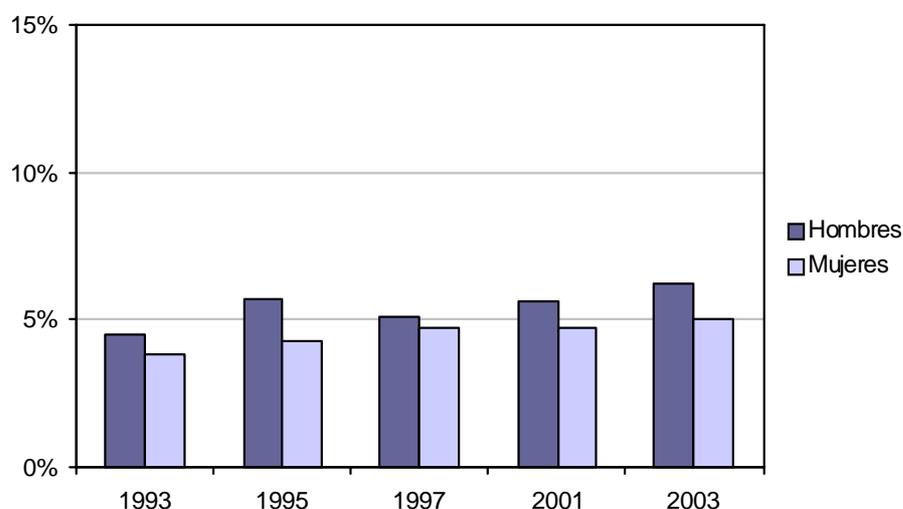
Enfermedad del corazón

Las enfermedades del corazón representan las primeras causas de mortalidad. Entre los factores de riesgo asociados a ellas se incluyen la hipertensión arterial, el colesterol elevado y el consumo de tabaco entre otros.

■ Enfermedad del corazón, 1993-2003

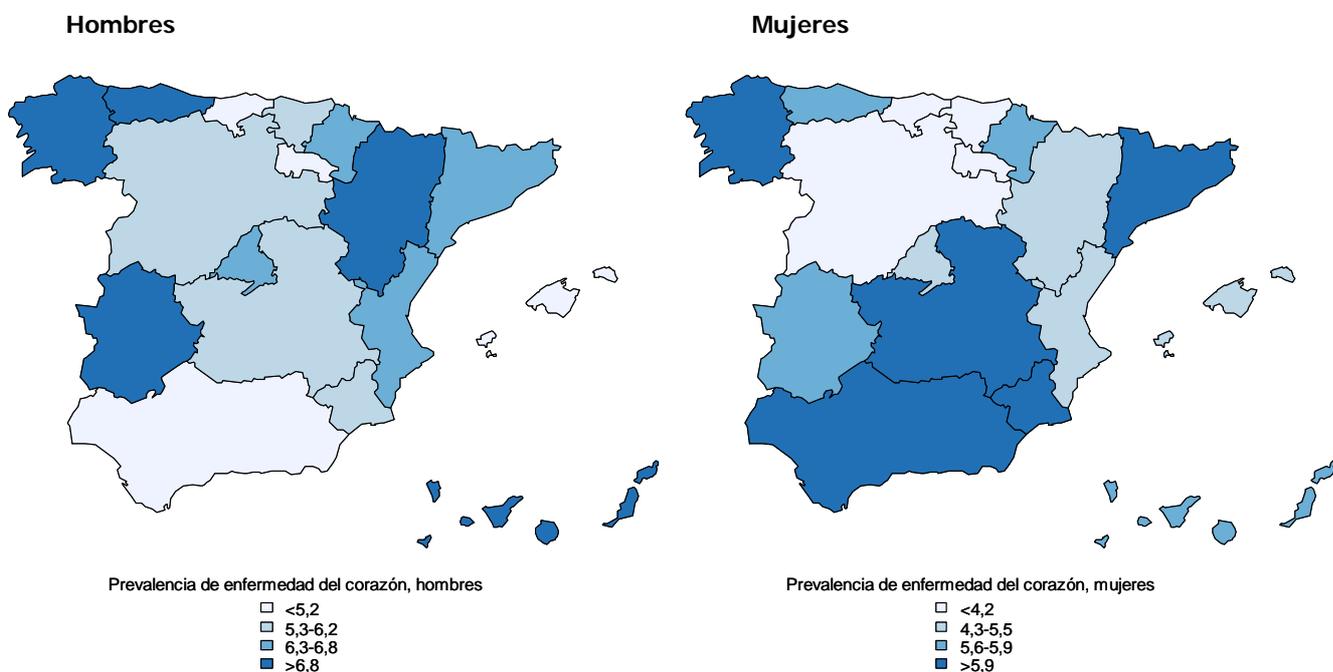
En España en el año 2003, las prevalencias de enfermedades del corazón declaradas son ligeramente mayores en hombres que en mujeres, 6% y 5% respectivamente, y este patrón se repite en todos los grupos de edad. En el periodo de 1993 a 2003 se observa un aumento progresivo en las prevalencias de enfermedades cardíacas, tanto en hombres como en mujeres (figura 55).

Figura 55. Evolución de la prevalencia de enfermedad del corazón en hombres y mujeres, en España de 1993 a 2003. Porcentajes estandarizados por edad.



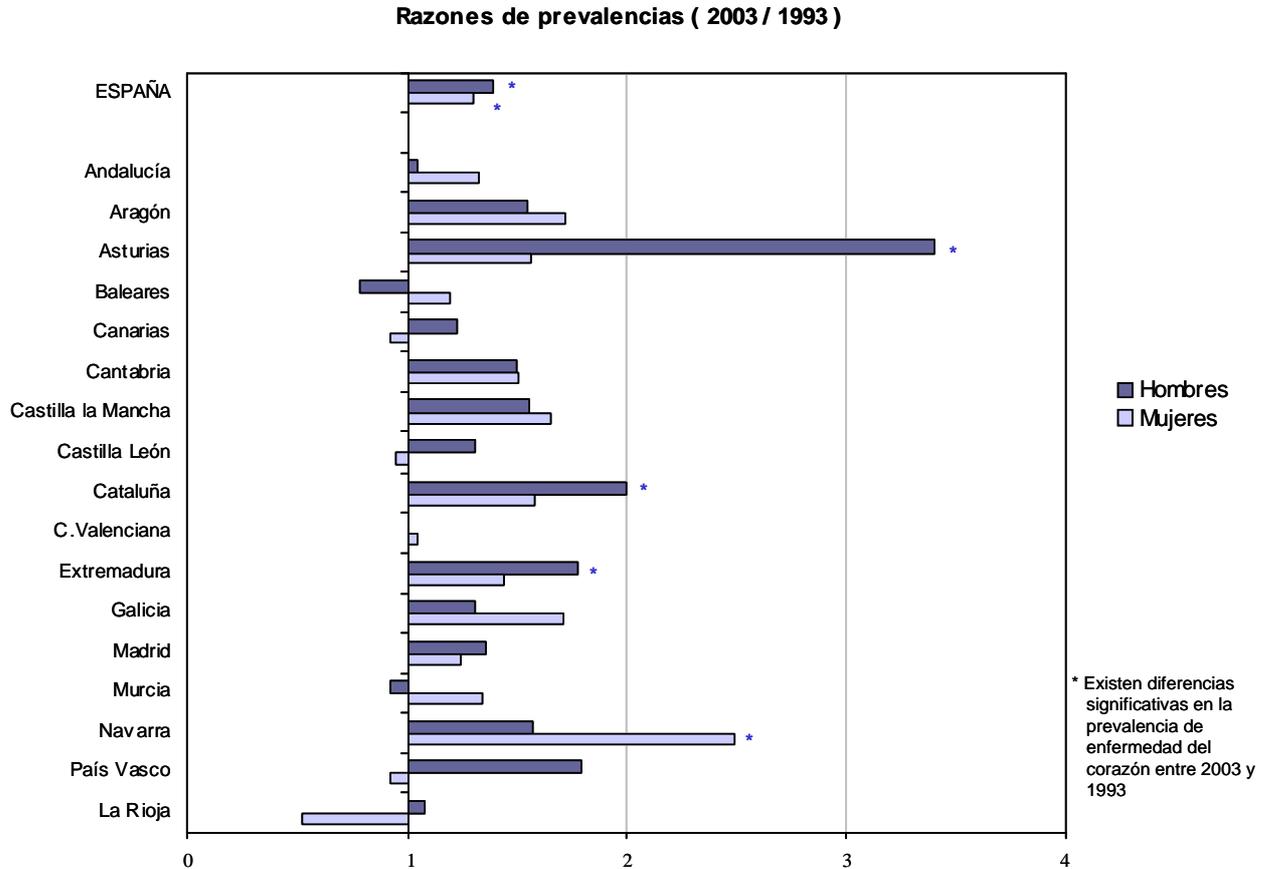
El año 2003 no se observan grandes variaciones en las prevalencias de enfermedades del corazón en las CC.AA. (figura 56). Las CC.AA. con un mayor porcentaje de hombres que declaran padecer enfermedad del corazón son Asturias y Galicia, Canarias (más del 8%), en mujeres las comunidades con mayores prevalencias son Castilla la Mancha, Murcia, Andalucía y Galicia (más del 6%). Por otro lado entre las CC.AA. que registran menores prevalencias de enfermedades cardíacas se encuentran Cantabria y La Rioja (menos del 5% de hombres y menos del 3% de mujeres).

Figura 56. Distribución en cuartiles de las prevalencias de enfermedad del corazón, en hombres y mujeres, en las CC.AA. de España el año 2003. Porcentajes estandarizados por edad.



Entre los años 1993 y 2003, se observa un aumento en las prevalencias de enfermedad del corazón en todas las CC.AA., siendo significativo en hombres de Asturias, Cataluña y Extremadura, y en mujeres de Navarra (figura 57).

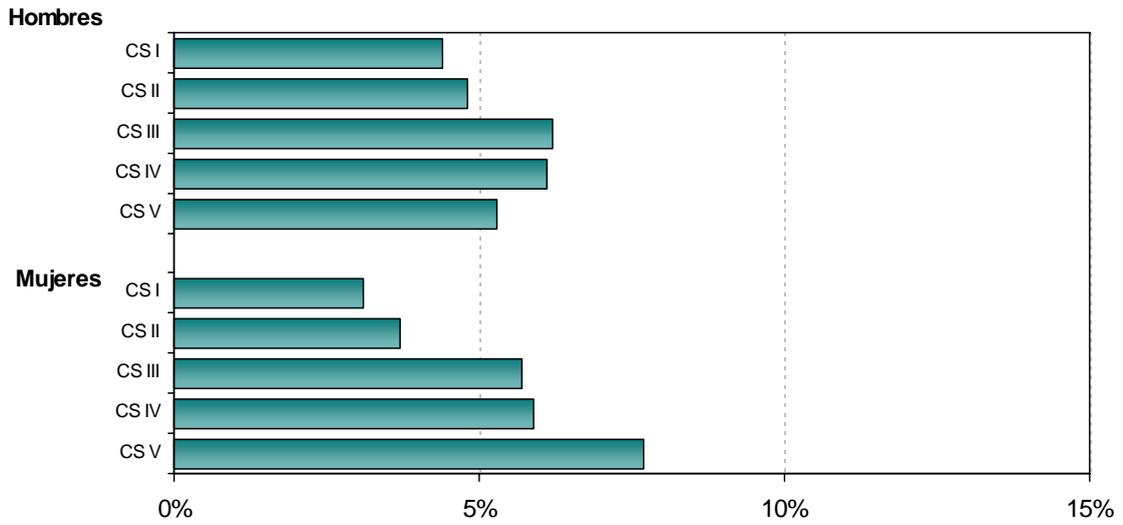
Figura 57. Evolución de las prevalencias de enfermedad del corazón en hombres y mujeres, en las CC.AA. de España de 1993 a 2003. Razones de prevalencias estandarizadas por edad.



■ Las desigualdades en la enfermedad del corazón, 1993-2003

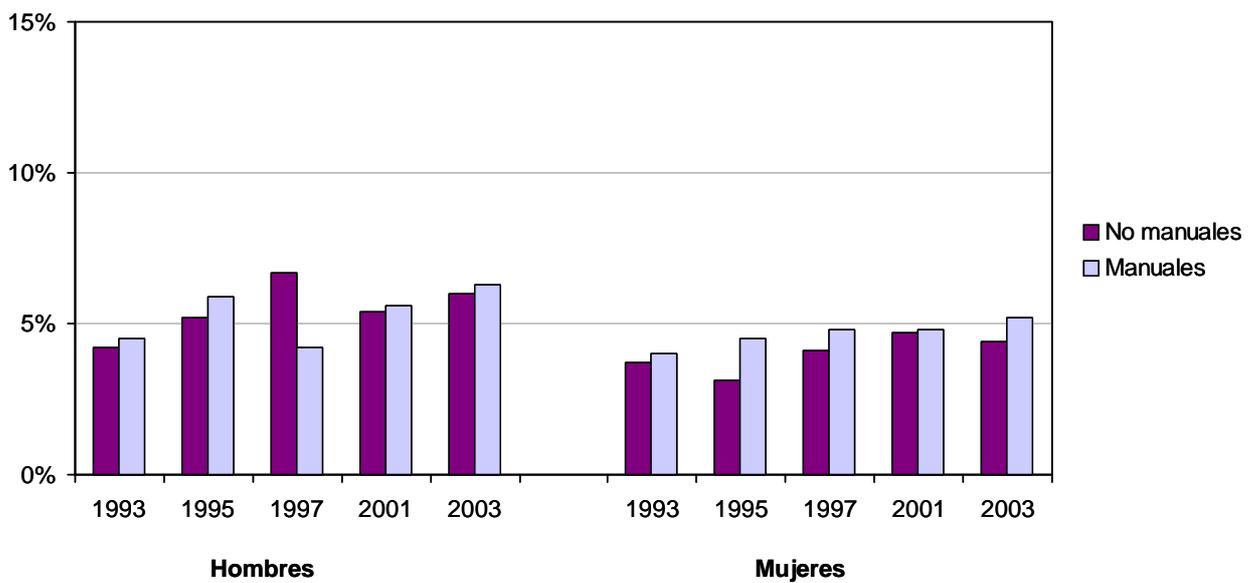
El año 2003 en España, se observan diferencias en la prevalencia de enfermedad del corazón según la clase social (figura 58). Así, se observa como las personas de clases menos favorecidas registran mayores prevalencias de enfermedad del corazón que las de clases más favorecidas, siendo mayores las diferencias en mujeres (un 5,3% en hombres y un 7,7% en mujeres de clase V, respecto el 4,4% y el 3,1% en hombres y mujeres de clase I, respectivamente).

Figura 58. Distribución de la prevalencia de enfermedad del corazón según la clase social, en hombres y mujeres, en España el año 2003.



En el periodo de 1993 a 2003, se aprecia un aumento en las prevalencias de enfermedad del corazón, tanto en hombres como en mujeres, de clases manuales y no manuales, aunque éste es mayor en las mujeres de clases manuales, de manera que el año 2003 se observa un aumento en la desigualdad de clase social en la prevalencia de enfermedades cardíacas en mujeres (figura 59).

Figura 59. Evolución de las prevalencias de enfermedad del corazón según la clase social en hombres, en las CC.AA. de España el año 2003. Porcentajes estandarizados por edad.



En el año 2003, la mayoría de CC.AA. no presentan diferencias significativas en la prevalencia de enfermedad del corazón entre clase manuales y no manuales, tanto en hombres como en mujeres. En hombres, sólo Canarias y La Rioja muestran diferencias de clase, pero con patrón invertido, en Canarias las prevalencias de enfermedad del corazón son mayores en los de clases manuales, y en cambio en La Rioja muestra mayores prevalencias en hombres de clases no manuales (figura 60); en las mujeres, sólo Canarias muestra diferencias significativas (figura 61).

Figura 60. Distribución de las prevalencias de enfermedad del corazón según la clase social en hombres, en las CC.AA. de España el año 2003. Razones de prevalencias estandarizadas por edad.

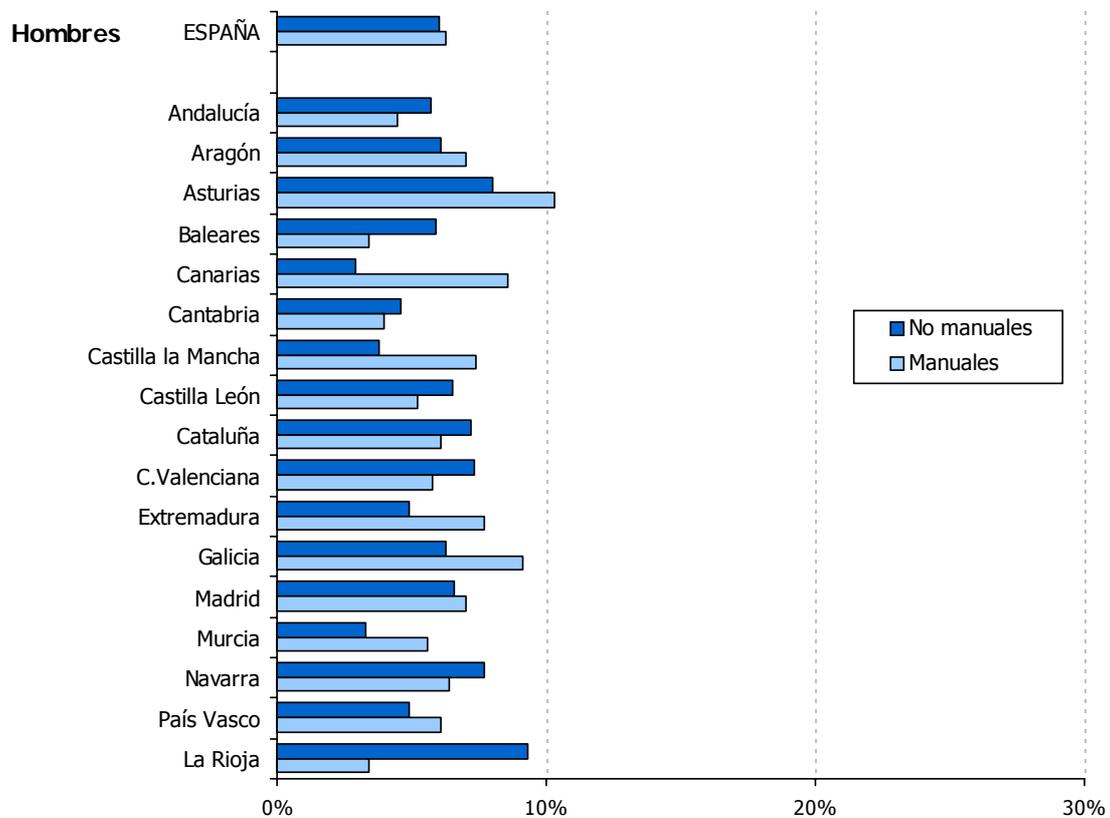
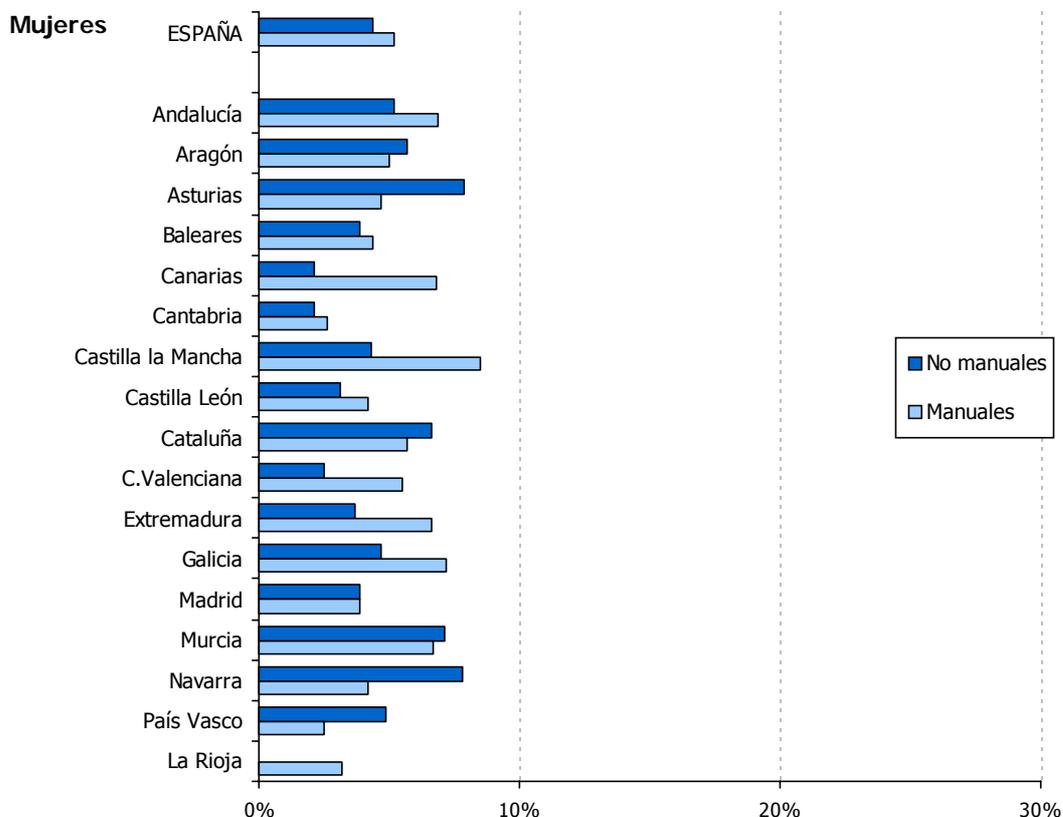


Figura 61. Distribución de las prevalencias de enfermedad del corazón según la clase social en mujeres, en las CC.AA. de España el año 2003. Razones de prevalencias estandarizadas por edad.



En el periodo de 1993 a 2003, las desigualdades de clase social en la prevalencia de enfermedad del corazón se mantienen bastante estables, tanto en hombres como en mujeres. Se debe destacar Canarias donde han aumentado el año 2003, y Murcia donde se aprecia una disminución (figuras 62 y 63).

Figura 62. Evolución de las prevalencias de enfermedad del corazón según la clase social en hombres, en las CC.AA. de España de 1993 a 2003. Razones de prevalencias estandarizadas por edad.

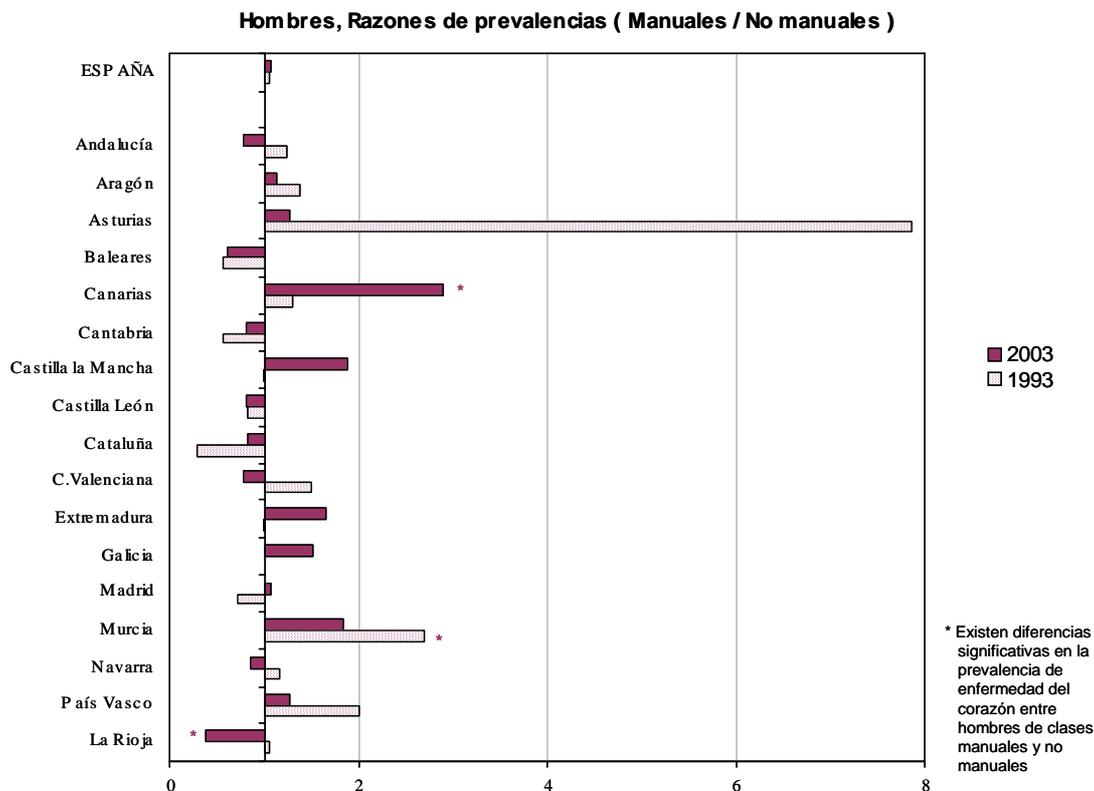
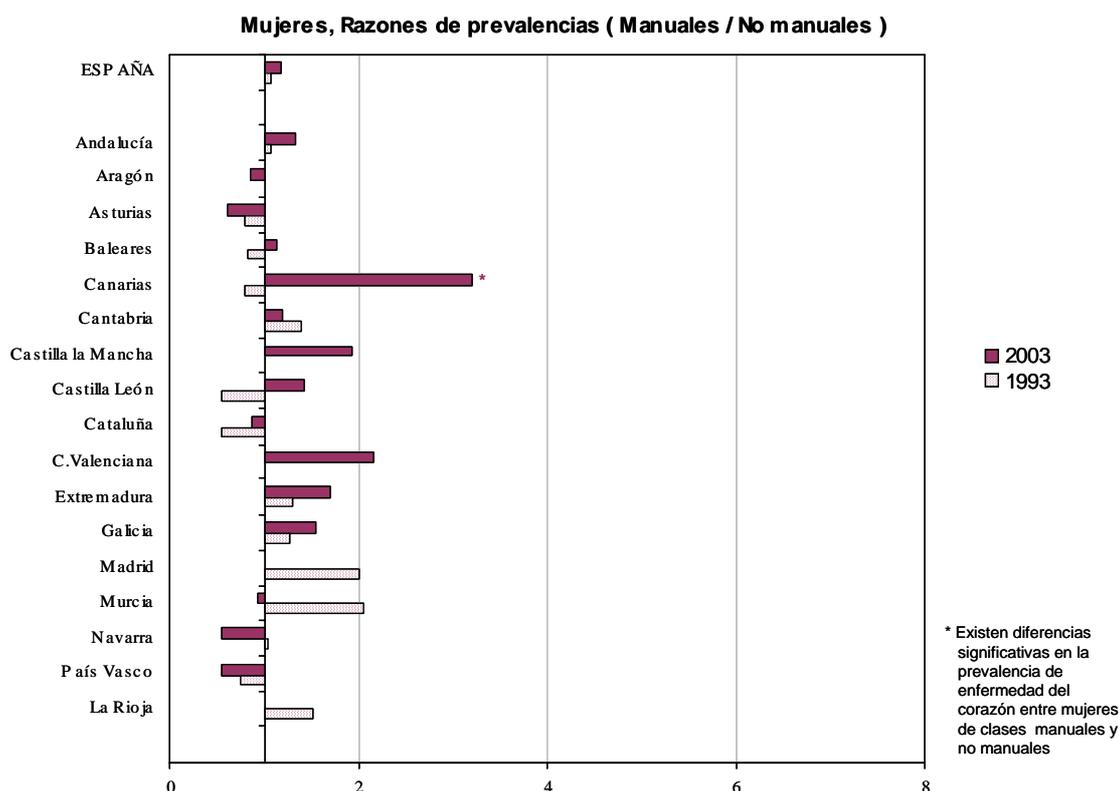


Figura 63. Evolución de las prevalencias de enfermedad del corazón según la clase social en mujeres, en las CC.AA. de España de 1993 a 2003. Razones de prevalencias estandarizadas por edad.



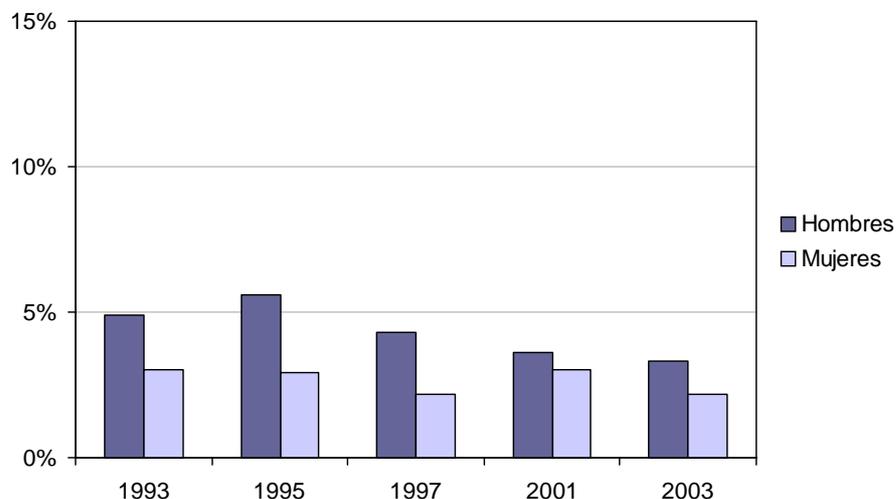
Úlcera de estómago

La causa más importante de úlcera es la infección causada por la bacteria *Helicobacter pylori*. La segunda causa más frecuente es el consumo de ácido acetil salicílico o de otros medicamentos anti-inflamatorios no esteroideos. Por otro lado, fumar y beber alcohol aumenta el riesgo de desarrollar una úlcera²⁰.

■ Úlcera de estómago, 1993-2003

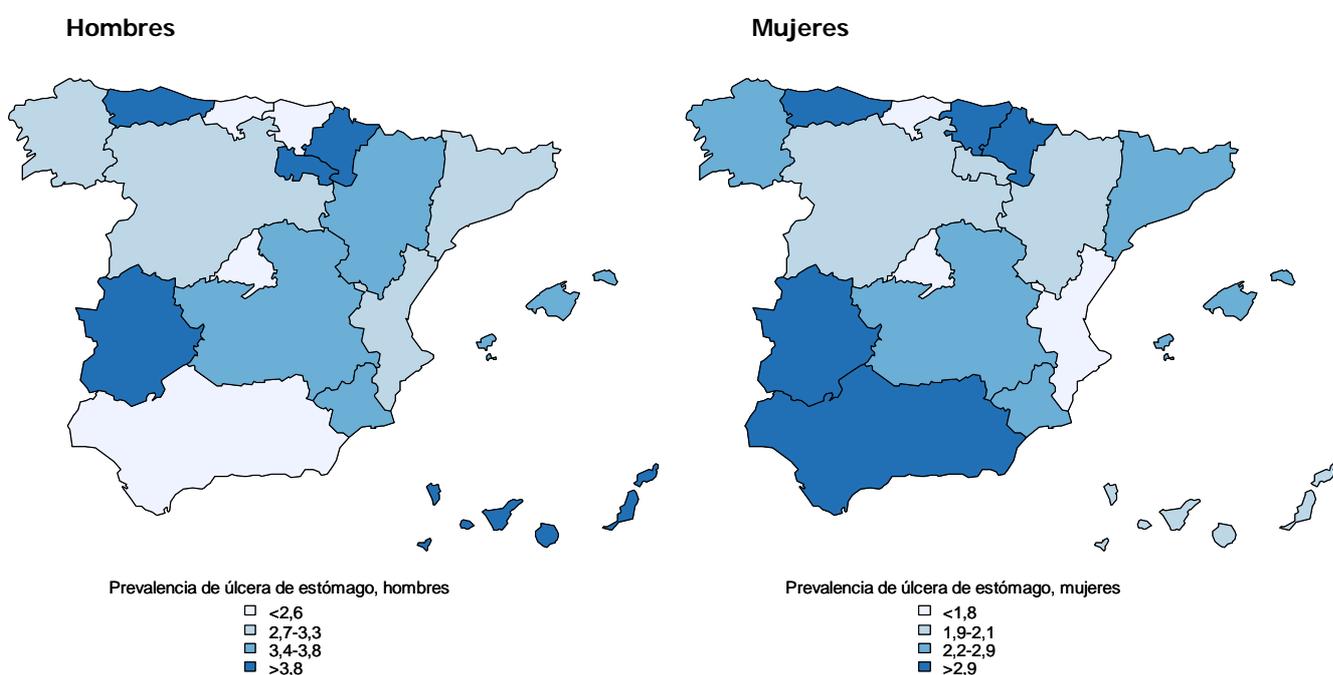
En España en el año 2003, las prevalencias de úlcera de estómago son 2,8% en hombres y 2,3% en mujeres. En las edades más jóvenes, las prevalencias no llegan al 1% en ambos sexos; en el grupo de más de 64 años aumentan a más del 5%. En el periodo de 1993 a 2003 se observa una disminución del porcentaje de personas que declaran padecer úlcera de estómago, tanto en hombres como en mujeres (figura 64).

Figura 64. Evolución de la prevalencia de úlcera de estómago en hombres y mujeres, en España de 1993 a 2003. Porcentajes estandarizados por edad.



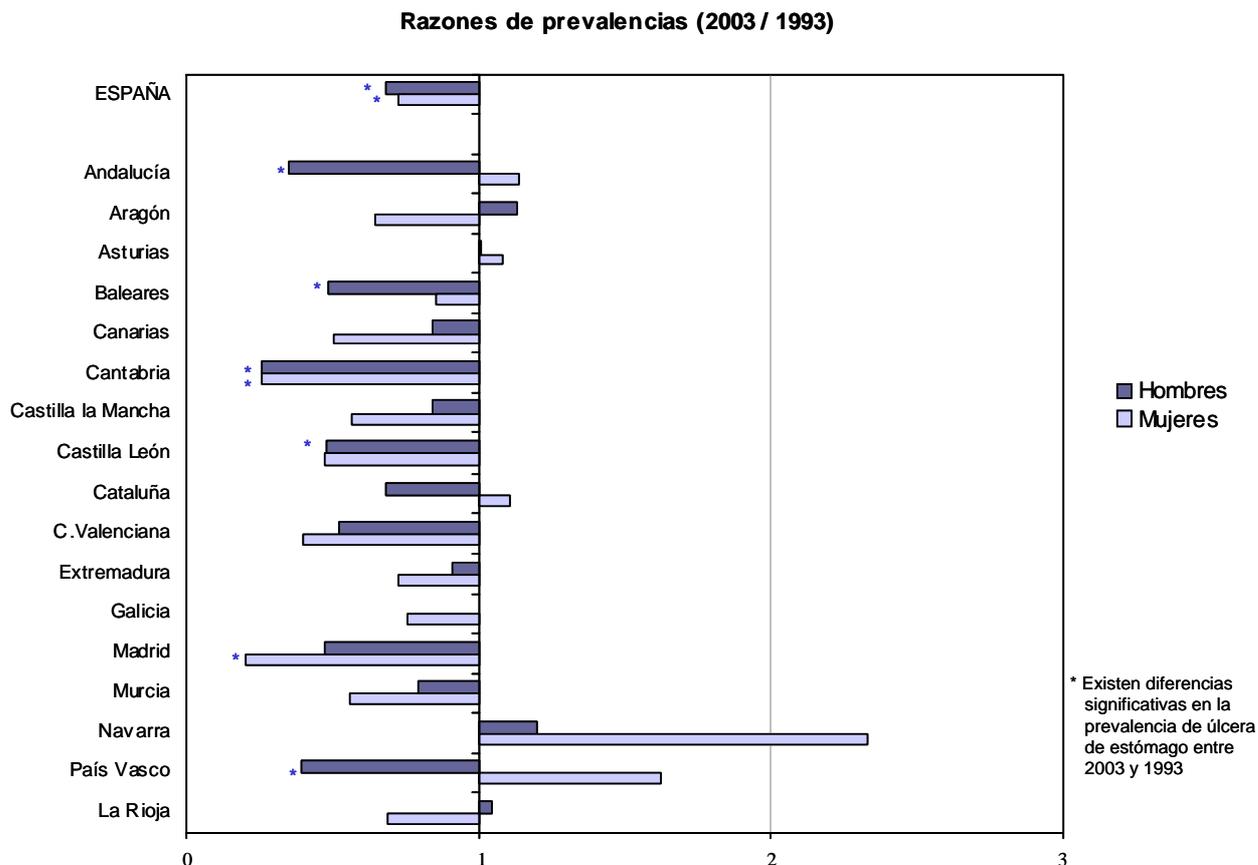
El año 2003, dada las bajas prevalencias de úlcera de estómago no se observa gran variabilidad en las CC.AA. (figura 65). Las CC.AA. con un mayor porcentaje de personas que declaran padecer úlcera de estómago son Extremadura y Asturias, entre otras (más del 4% de hombres y más del 3% en mujeres), en cambio, las que registran menores prevalencias son, tanto en hombres como en mujeres, Madrid y Cantabria (menos del 2% de hombres y menos del 1% de mujeres).

Figura 65. Distribución en cuartiles de las prevalencias de úlcera de estómago, en hombres y mujeres, en las CC.AA. de España el año 2003. Porcentajes estandarizados por edad.



Entre los años 1993 y 2003, se observa una disminución en todas las CC.AA. en las prevalencias de úlcera de estómago, excepto en Navarra donde hay un aumento no significativo, tanto en hombres como en mujeres. La comunidad que registra una disminución mayor en las prevalencias de úlcera de estómago es Cantabria (figura 66).

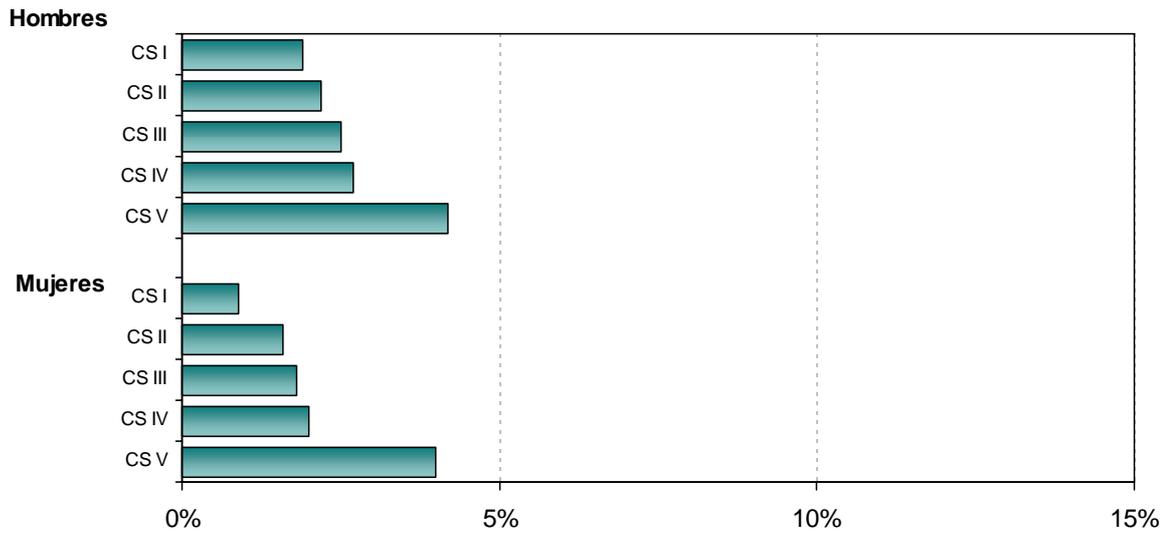
Figura 66. Evolución de las prevalencias de úlcera de estómago en hombres y mujeres, en las CC.AA. de España de 1993 a 2003. Razones de prevalencias estandarizadas por edad.



■ **Las desigualdades en la úlcera de estómago, 1993-2003**

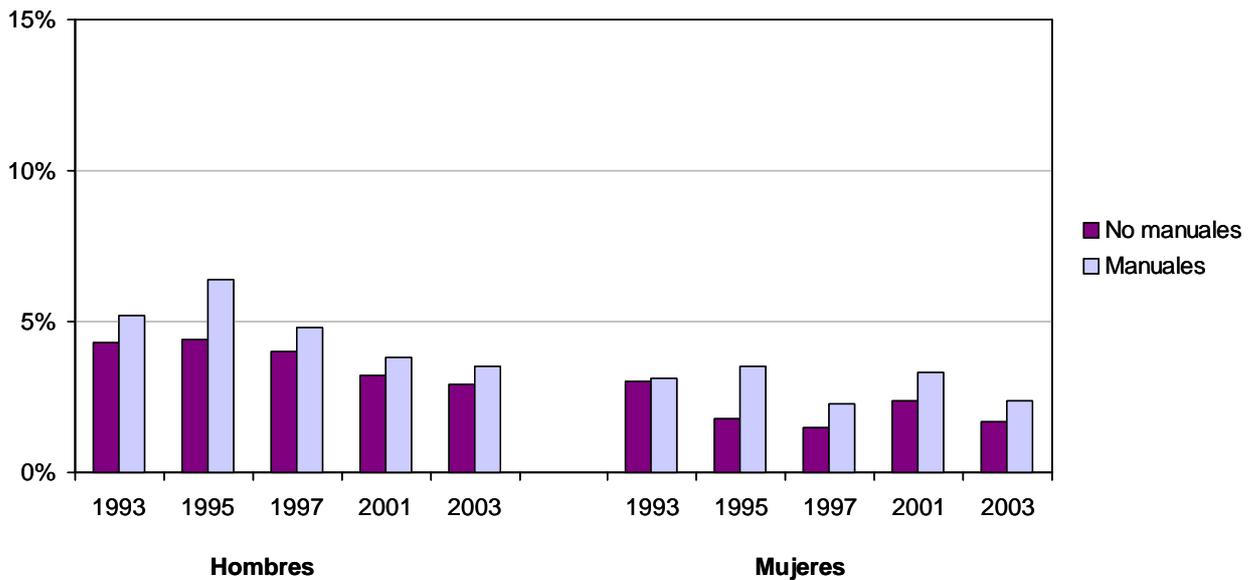
El año 2003 en España, se observa un claro gradiente en la prevalencia de úlcera de estómago según la clase social, tanto en hombres como en mujeres (figura 67). Así, se observa como las personas de clases más favorecidas registran menores prevalencias de úlcera de estómago y éstas aumentan en forma de gradiente en las de clases menos favorecidas (aproximadamente un 4% en personas de clase V respecto el 1% en las de clase I).

Figura 67. Distribución de la prevalencia de úlcera de estómago según la clase social, en hombres y mujeres, en España el año 2003.



En el periodo de 1993 a 2003, se aprecia la disminución de las prevalencias de úlcera de estómago en hombres de clases manuales y no manuales, y en mujeres sobre todo en las de clases no manuales (figura 68).

Figura 68. Evolución de las prevalencias de úlcera de estómago según la clase social en hombres, en las CC.AA. de España el año 2003. Porcentajes estandarizados por edad.



En el año 2003, se observa variabilidad en las desigualdades en la prevalencia de úlcera de estómago según la clase social. Se observa que en la mayoría de CC.AA. las prevalencias son superiores en las clases manuales, tanto en hombres como en mujeres, pero éstas no llegan a ser significativas (figuras 69 y 70).

Figura 69. Distribución de las prevalencias de úlcera de estómago según la clase social en hombres, en las CC.AA. de España el año 2003. Razones de prevalencias estandarizadas por edad.

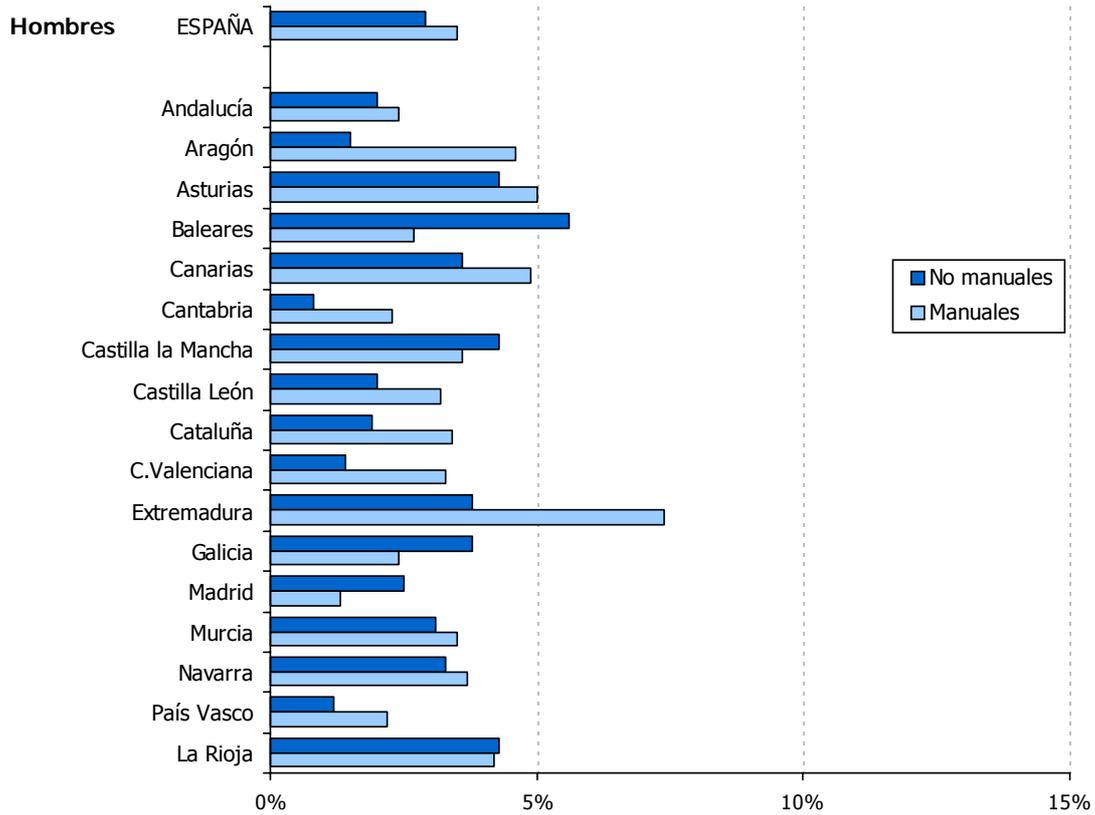
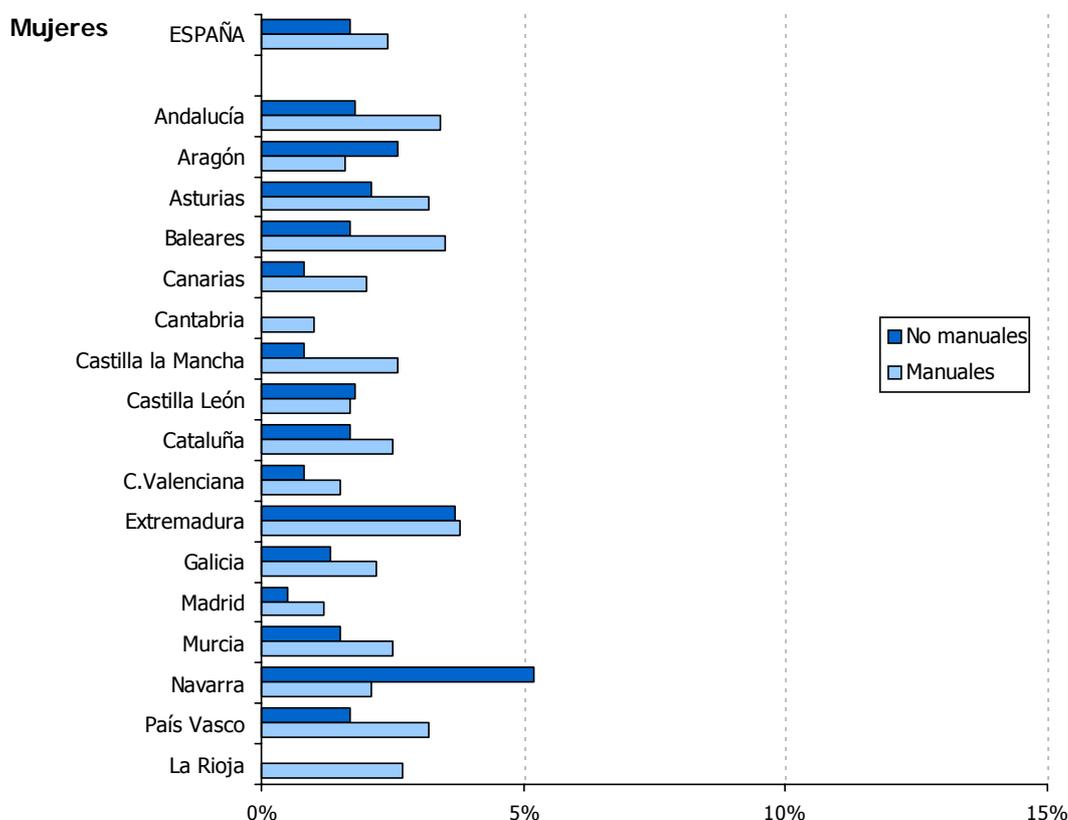


Figura 70. Distribución de las prevalencias de úlcera de estómago según la clase social en mujeres, en las CC.AA. de España el año 2003. Razones de prevalencias estandarizadas por edad.



En el periodo de 1993 a 2003, las desigualdades de clase social en la prevalencia de úlcera de estómago se mantienen bastante estables, tanto en hombres como en mujeres, cabe destacar Aragón donde han aumentado el año 2003, y Canarias donde se aprecia una disminución (figuras 71 y 72).

Figura 71. Evolución de las prevalencias de úlcera de estómago según la clase social en hombres, en las CC.AA. de España de 1993 a 2003. Razones de prevalencias estandarizadas por edad.

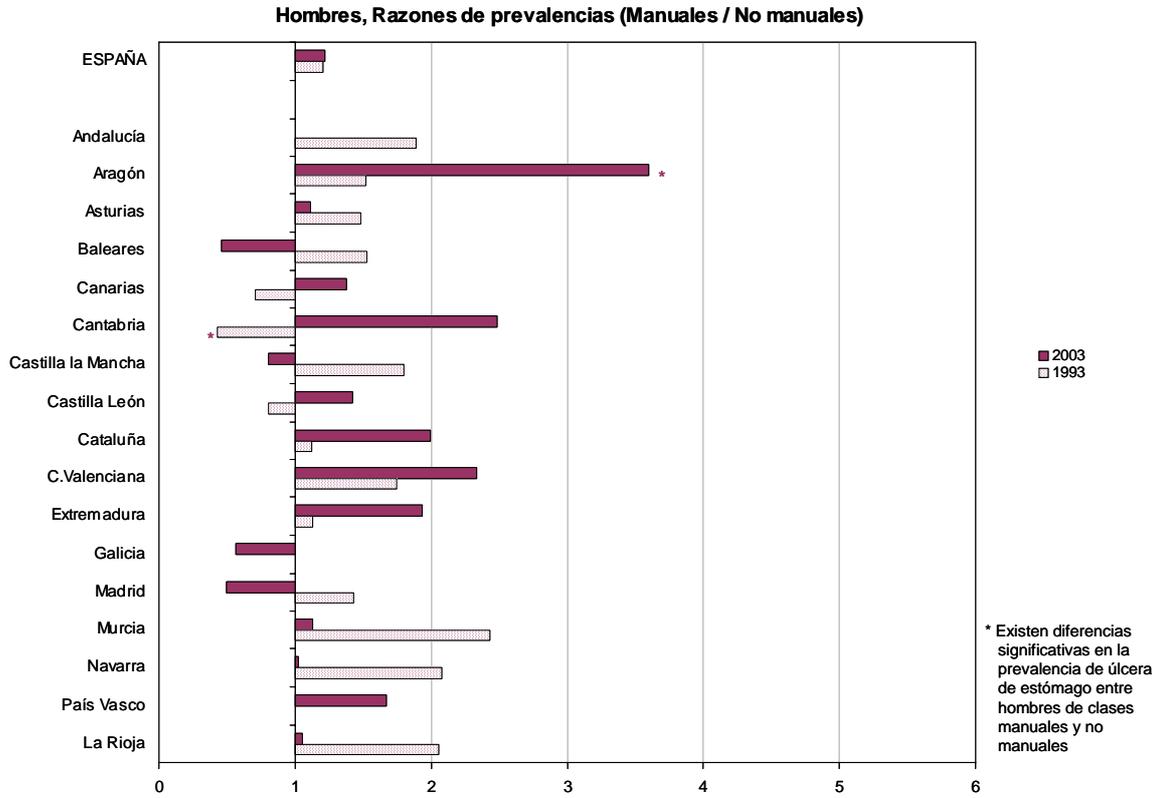
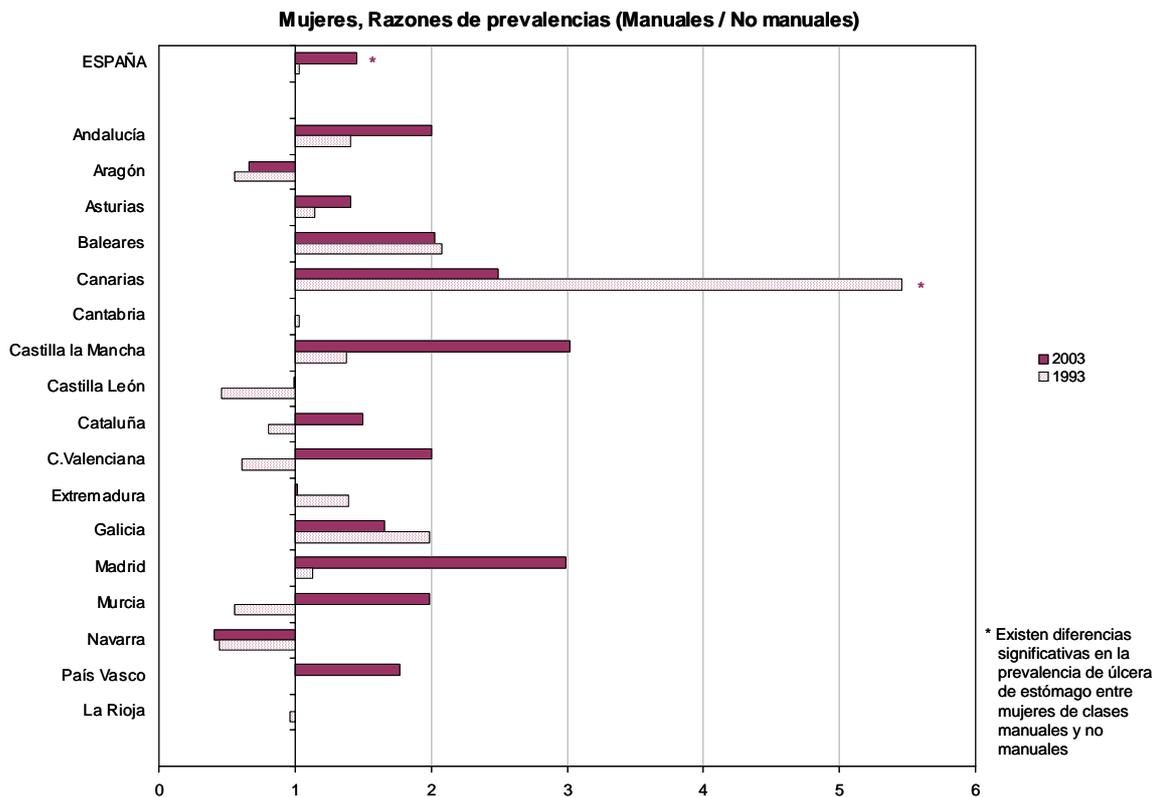


Figura 72. Evolución de las prevalencias de úlcera de estómago según la clase social en mujeres, en las CC.AA. de España de 1993 a 2003. Razones de prevalencias estandarizadas por edad.



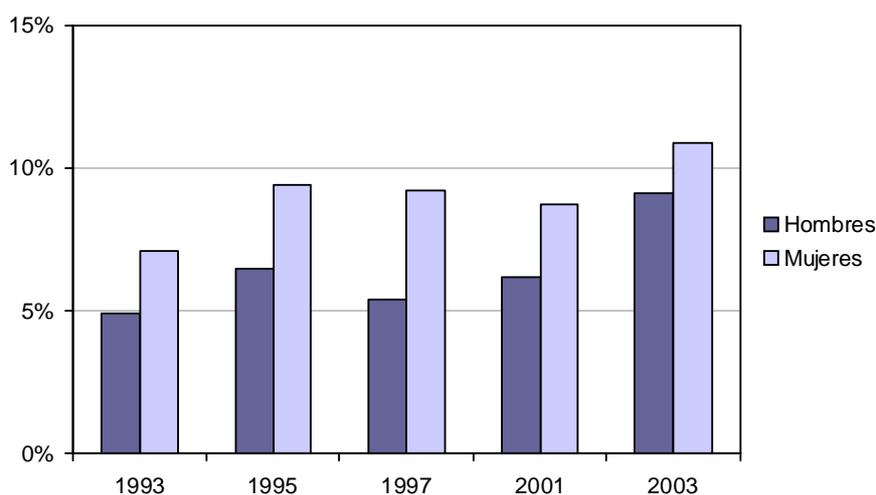
Alergia

La alergia es una hipersensibilidad a una particular sustancia que, si se inhala, ingiere o se toca produce unos síntomas característicos como son conjuntivitis, rinitis, dermatitis y asma, entre otros. Existen diversas causas que pueden provocar una reacción alérgica, así los alérgenos más comunes son los siguientes: polen, ácaros de polvo, alimentos y medicamentos ²¹.

■ Alergia, 1993-2003

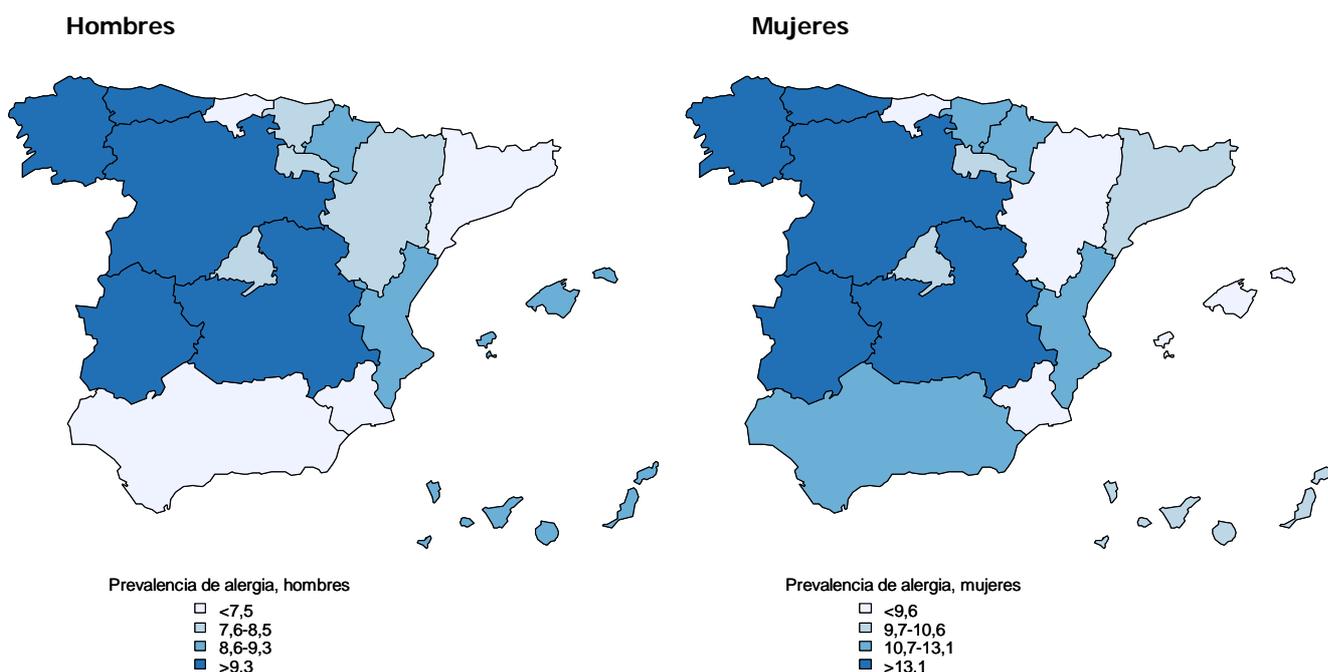
En España en el año 2003, las prevalencias de alergia crónica son de 8,7% en hombres y de 10,9% en mujeres. Se observan mayores prevalencias en los grupos de edad más jóvenes, menores de 35 años, y éstas son iguales en hombres y mujeres (aproximadamente un 13%). La prevalencia de alergia disminuye según la edad, y en los adultos se observa que las mujeres declaran en mayor porcentaje padecer alergia crónica respecto a los hombres de la misma edad. En el periodo de 1993 a 2003 se observa un aumento progresivo de las prevalencias de alergia, tanto en hombres como en mujeres (figura 73).

Figura 73. Evolución de la prevalencia de alergia en hombres y mujeres, en España de 1993 a 2003. Porcentajes estandarizados por edad.



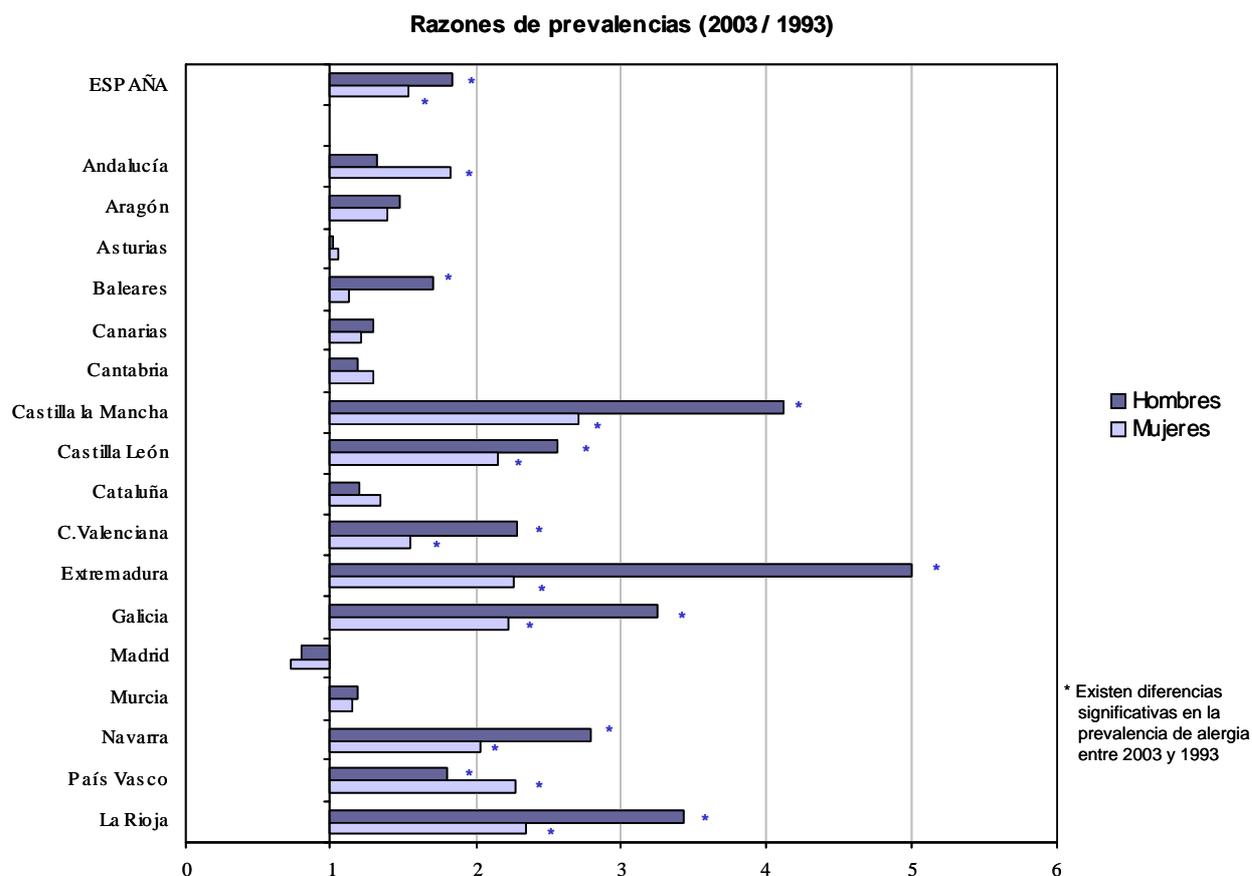
El año 2003, se observan desigualdades en las prevalencias de alergia en las CC.AA. (figura 74). Las CC.AA. con un mayor porcentaje de personas que declaran padecer alergia crónica son Galicia, Extremadura y Castilla la Mancha (más del 14% de hombres y más del 13% en mujeres), en cambio, las que registran menores prevalencias son Murcia y Cantabria (menos del 7% de hombres y menos del 5% de mujeres).

Figura 74. Distribución en cuartiles de las prevalencias de alergia, en hombres y mujeres, en las CC.AA. de España el año 2003. Porcentajes estandarizados por edad.



Entre los años 1993 y 2003, la mayoría de las CC.AA. han aumentado las prevalencias de alergia, tanto en hombres como en mujeres, sobre todo en Castilla la Mancha, Extremadura, Galicia y La Rioja (figura 75).

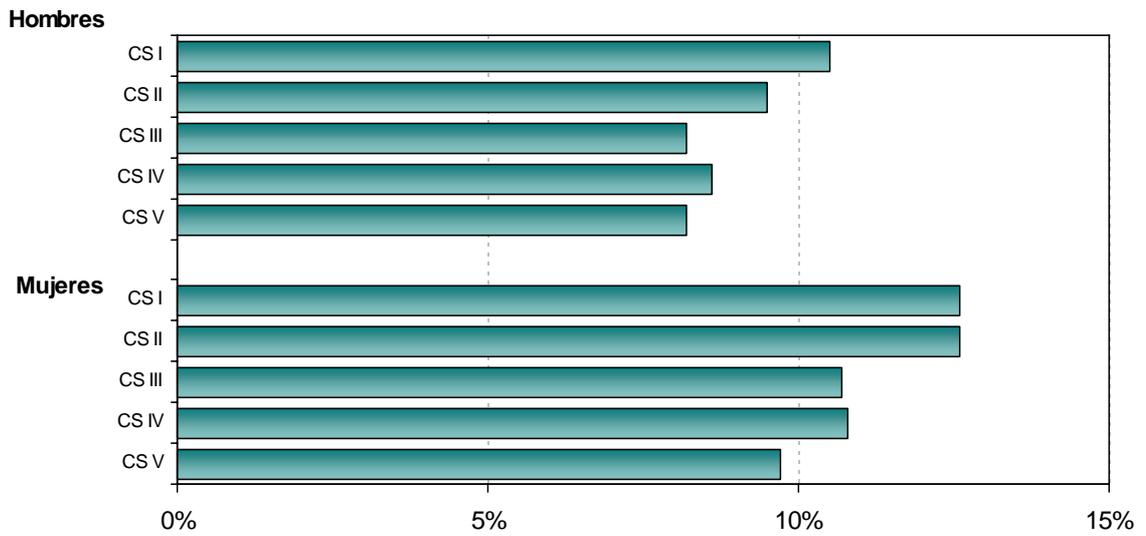
Figura 75. Evolución de las prevalencias de alergia en hombres y mujeres, en las CC.AA. de España de 1993 a 2003. Razones de prevalencias estandarizadas por edad



■ Las desigualdades en la alergia, 1993-2003

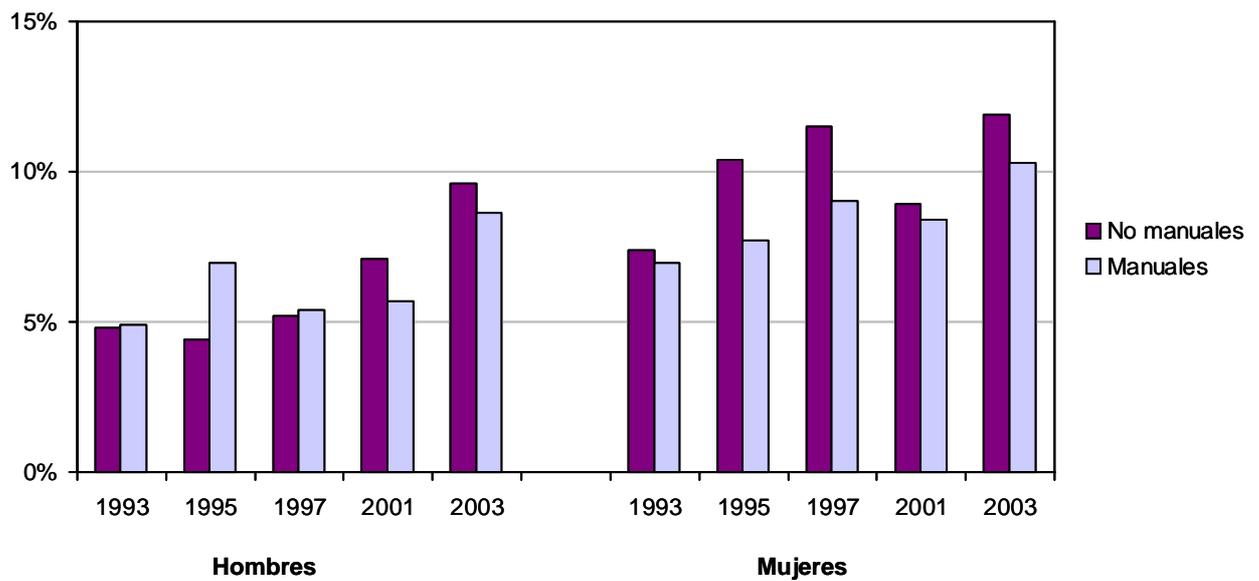
El año 2003 en España, se observa un claro gradiente en la prevalencia de alergia según la clase social, tanto en hombres como en mujeres (figura 76). Así, se observa como las personas de clases más favorecidas declaran en mayor proporción padecer de alergia crónica, y la prevalencia disminuye en forma de gradiente en las de clases menos favorecidas (10,5% de hombres y 13,4% de mujeres de clase I, respecto el 8,2% y el 9,7% de hombres y mujeres de clase V, respectivamente).

Figura 76. Distribución de la prevalencia de alergia según la clase social, en hombres y mujeres, en España el año 2003.



En el periodo de 1993 a 2003, se aprecia el aumento de las prevalencias de alergia en hombres y en mujeres, y sobre todo en las personas de clases no manuales, de manera que el año 2003 la desigualdad según clase social se acentúa (figura 77).

Figura 77. Evolución de la prevalencia de alergia según la clase social en hombres, en las CC.AA. de España el año 2003. Porcentajes estandarizados por edad.



En el año 2003, se observa variabilidad en las CC.AA. en las desigualdades según la clase social en la prevalencia de alergia. Algunas CC.AA. presentan mayores prevalencias entre las personas de clases no manuales como La Rioja, y otras cambian el patrón de desigualdad como Castilla la Mancha, pero la mayoría son no significativas (figuras 78 y 79).

Figura 78. Distribución de las prevalencias de alergia según la clase social en hombres, en las CC.AA. de España el año 2003. Razones de prevalencias estandarizadas por edad.

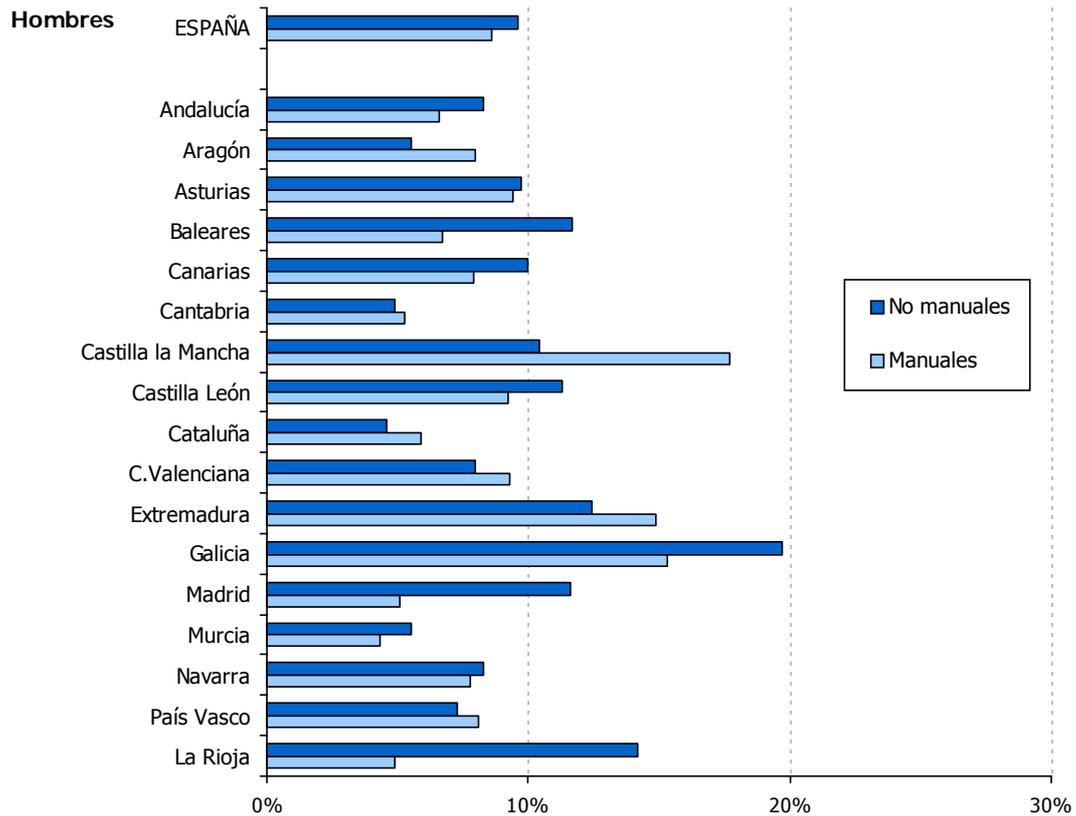
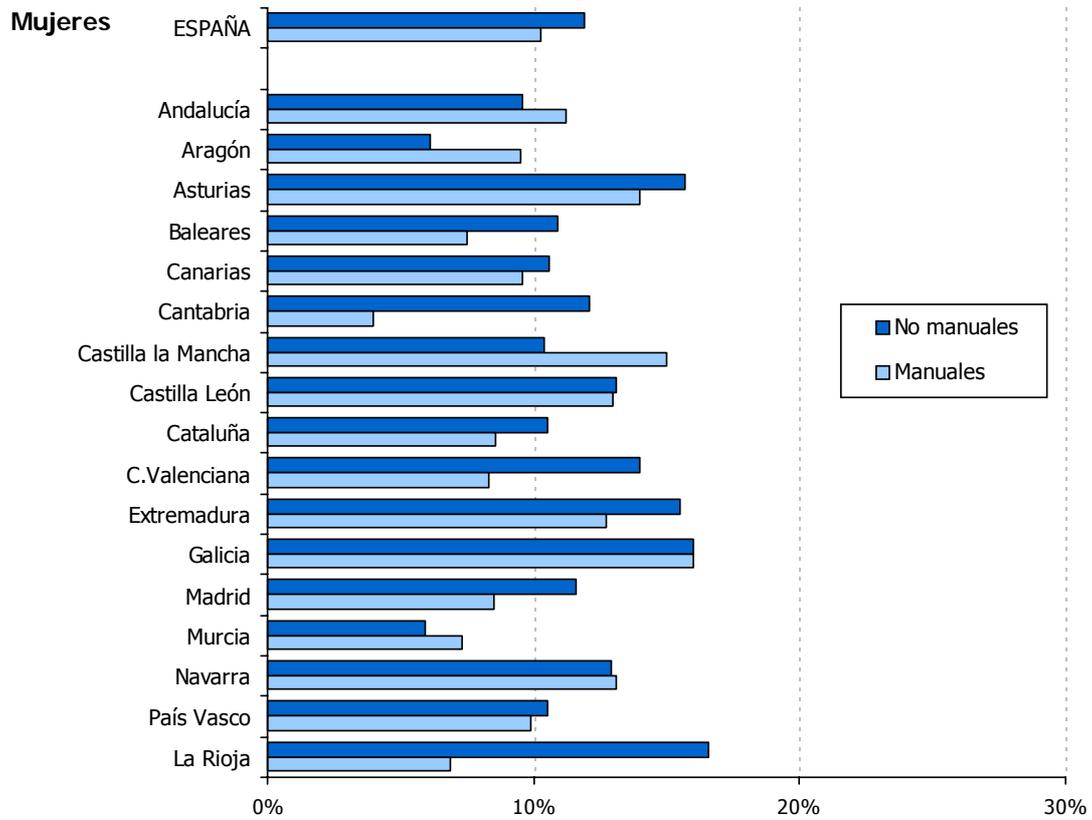


Figura 79. Distribución de las prevalencias de alergia según la clase social en mujeres, en las CC.AA. de España el año 2003. Razones de prevalencias estandarizadas por edad



En el periodo de 1993 a 2003, se observa gran variabilidad en las CC.AA. en la tendencia de las desigualdades de clase social en la prevalencia de alergia, tanto en hombres como en mujeres (figuras 80 y 81). Algunas comunidades las han disminuido como Cantabria, Navarra y el País Vasco en hombres, o Castilla la Mancha en mujeres; y otras las han aumentado, siendo la mayoría no significativas.

Figura 80. Evolución de las prevalencias de alergia según la clase social en hombres, en las CC.AA. de España de 1993 a 2003. Razones de prevalencias estandarizadas por edad

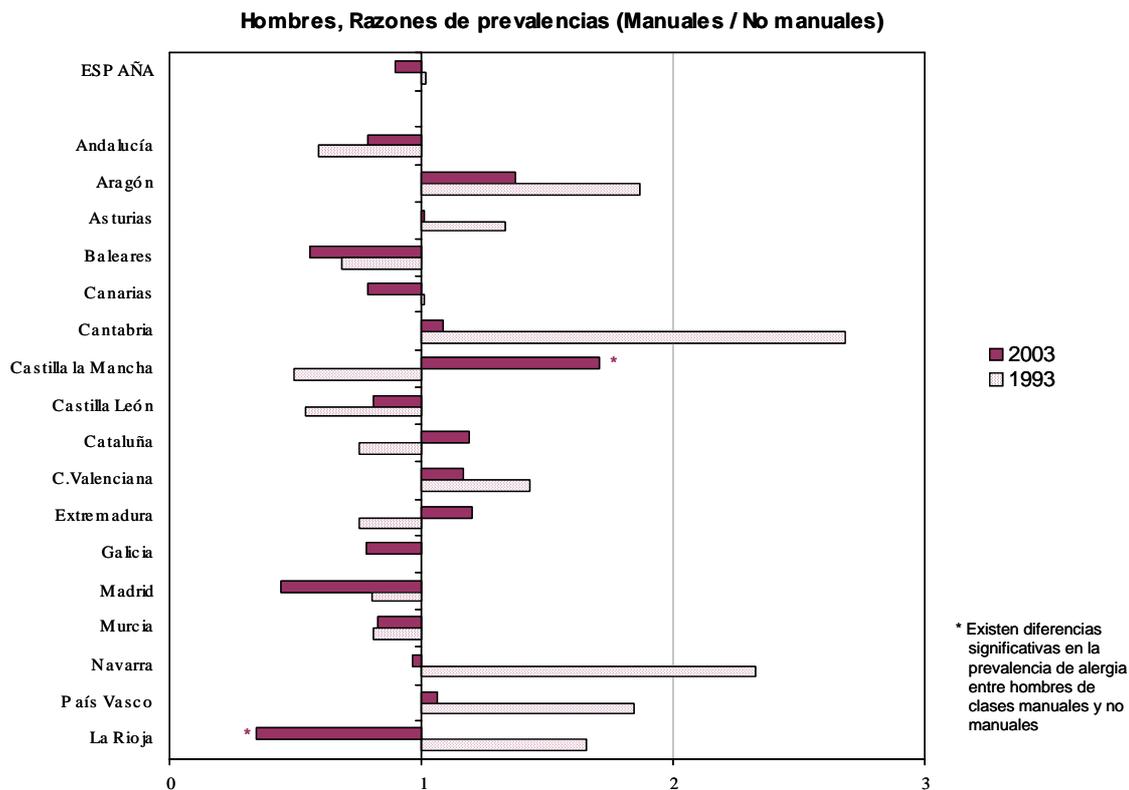
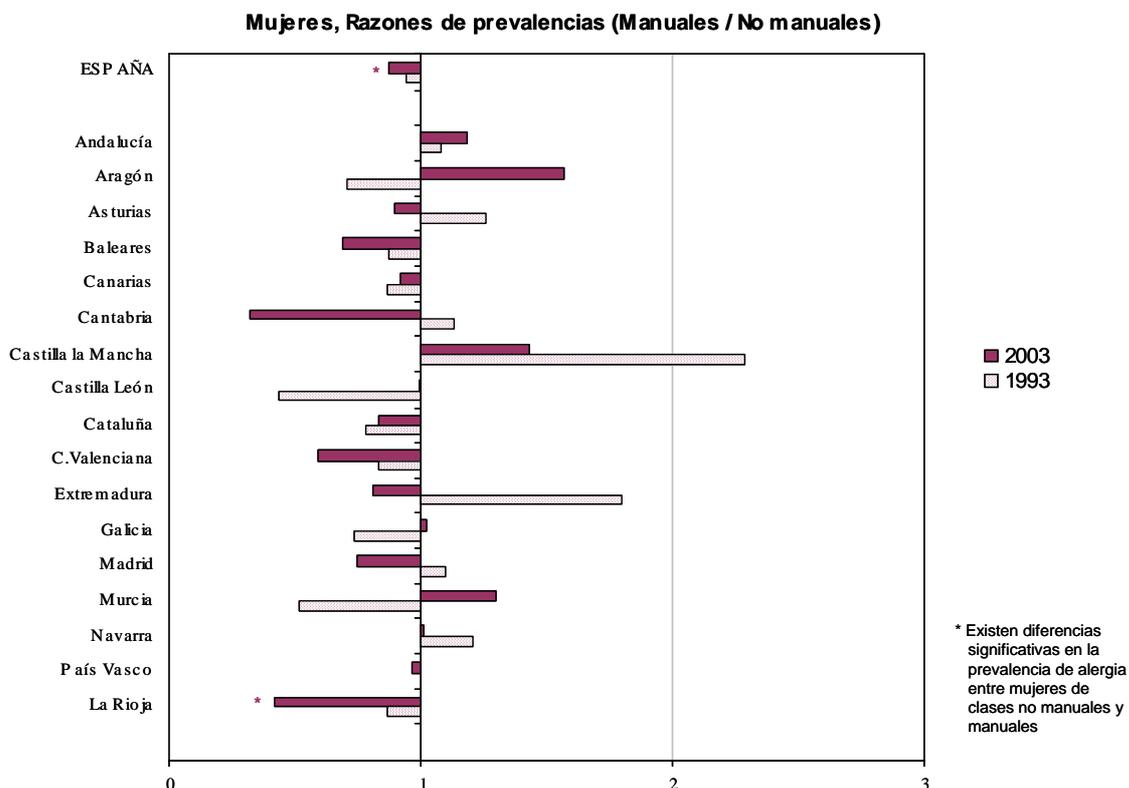


Figura 81. Evolución de las prevalencias de alergia según la clase social en mujeres, en las CC.AA. de España de 1993 a 2003. Razones de prevalencias estandarizadas por edad



Para los trastornos crónicos que se describen a continuación sólo se dispone de información para el año 2003 debido a que éstos no se contemplaban en la lista de trastornos crónicos de las encuestas anteriores a este año.

Artrosis y otros problemas reumáticos

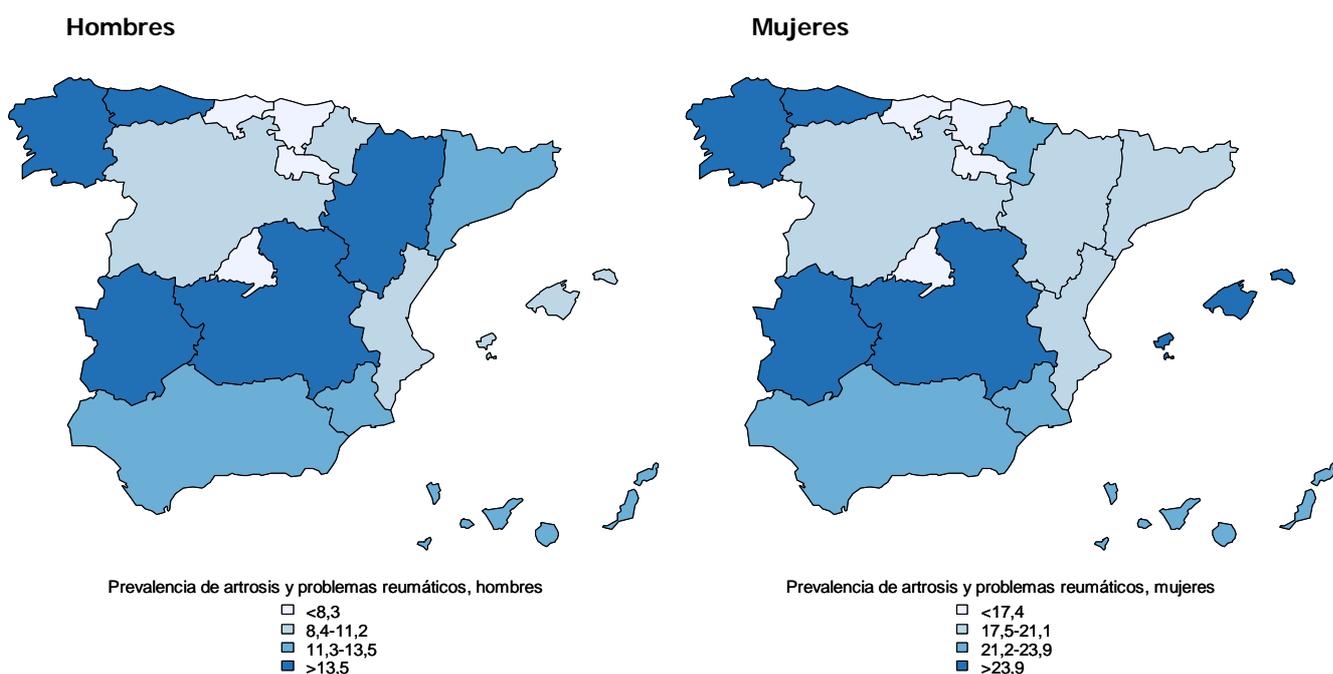
La artrosis es una enfermedad crónica caracterizada por una destrucción progresiva del cartílago, acompañada de un crecimiento descontrolado del hueso adyacente. Puede afectar a la zona lumbar, a la cadera, las rodillas, los tobillos, los hombros o las manos. La edad es la principal causa de esta dolencia, debido al desgaste del cartílago con el paso del tiempo. Las mujeres son más proclives a padecerla, aparece fundamentalmente después de la menopausia, por lo que se considera que puede estar provocada por causas hormonales. Por otro lado, la obesidad también se considera un factor de riesgo, ya que el exceso de peso hace que los huesos sufran más los síntomas de la artrosis de pie y rodillas²².

■ **Artrosis, 2003**

En España en el año 2003, existen desigualdades en las prevalencias de artrosis entre hombres y mujeres, en hombres es del 10,2% y aumenta a un 22,3% en mujeres. La prevalencia de artrosis y otros problemas reumáticos está muy ligada a la edad, ya que presenta valores muy pequeños en los menores de 35 años (menos del 2% en ambos sexos), y se produce un claro aumento en las personas de edad más avanzada, de manera que alcanza un 31,3% y un 57,1% en hombres y mujeres mayores de 64 años, respectivamente.

El año 2003, se observan desigualdades en las prevalencias de artrosis en las CC.AA. (figura 82). Las CC.AA. con un mayor porcentaje de personas que declaran padecer artrosis u otros problemas reumáticos son Galicia, Asturias, Extremadura y Castilla la Mancha (más del 14% de hombres y más del 28% en mujeres), en cambio, las que registran menores prevalencias son Cantabria y La Rioja (menos del 8% de hombres y menos del 14% de mujeres).

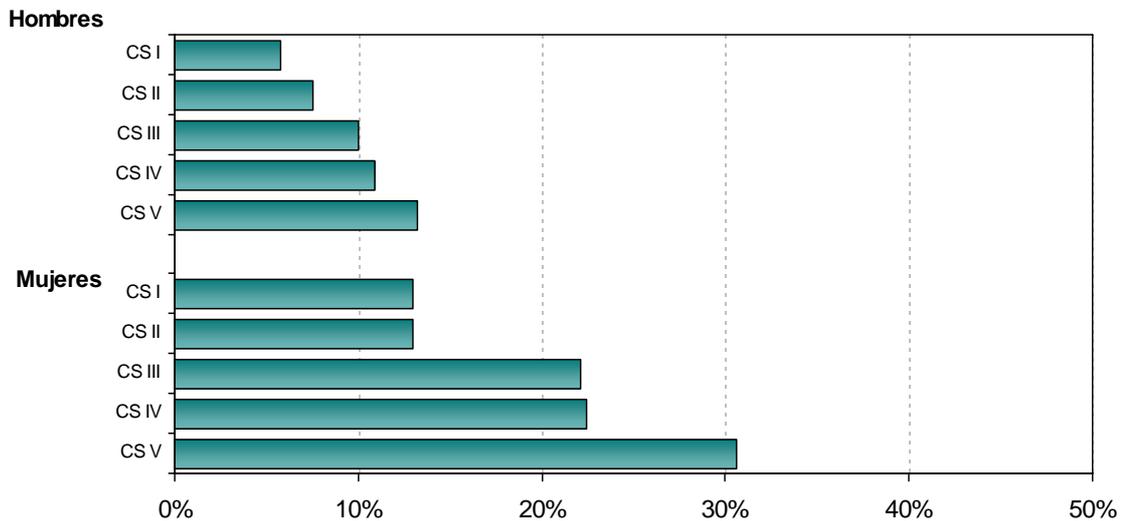
Figura 82. Distribución en cuartiles de las prevalencias de artrosis, en hombres y mujeres, en las CC.AA. de España el año 2003. Porcentajes estandarizados por edad.



■ Las desigualdades en la artrosis, 2003

El año 2003 en España, se observa un claro gradiente en la prevalencia de artrosis según la clase social, tanto en hombres como en mujeres (figura 83). Así, se observa como las personas de clases más favorecidas declaran en menor proporción padecer de artrosis, y la prevalencia aumenta en forma de gradiente en las de clases menos favorecidas. En las mujeres se observan prevalencias muy superiores a los hombres en todas las clases sociales, y cabe destacar que más del 30% de las mujeres de clase V padecen de artrosis u otros problemas reumáticos.

Figura 83. Distribución de la prevalencia de artrosis según la clase social, en hombres y mujeres, en España el año 2003.



En el año 2003, se observa que la mayoría de CC.AA. presentan mayores prevalencias de artrosis entre las personas de clases manuales, siendo estas diferencias aún más marcadas en mujeres (figuras 84 y 85).

Figura 84. Distribución de las prevalencias de artrosis según la clase social en hombres, en las CC.AA. de España el año 2003. Razones de prevalencias estandarizadas por edad.

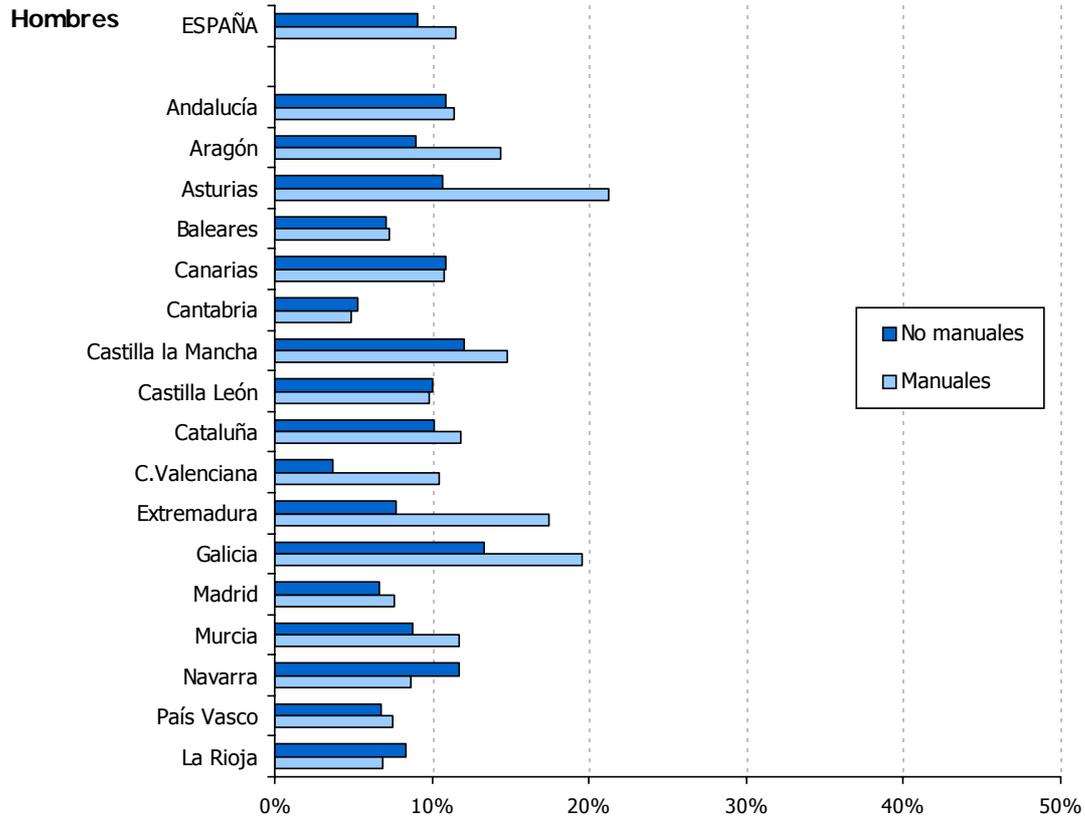
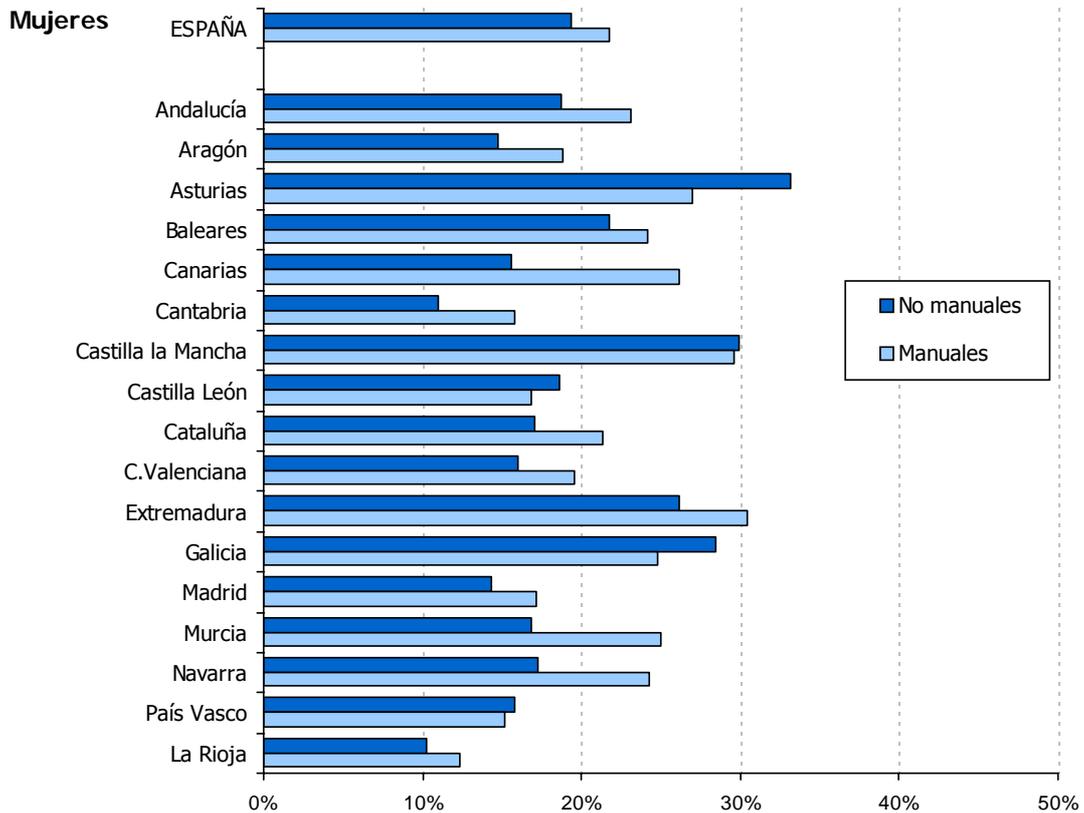


Figura 85. Distribución de las prevalencias de artrosis según la clase social en mujeres, en las CC.AA. de España el año 2003. Razones de prevalencias estandarizadas por edad.



Problemas circulatorios

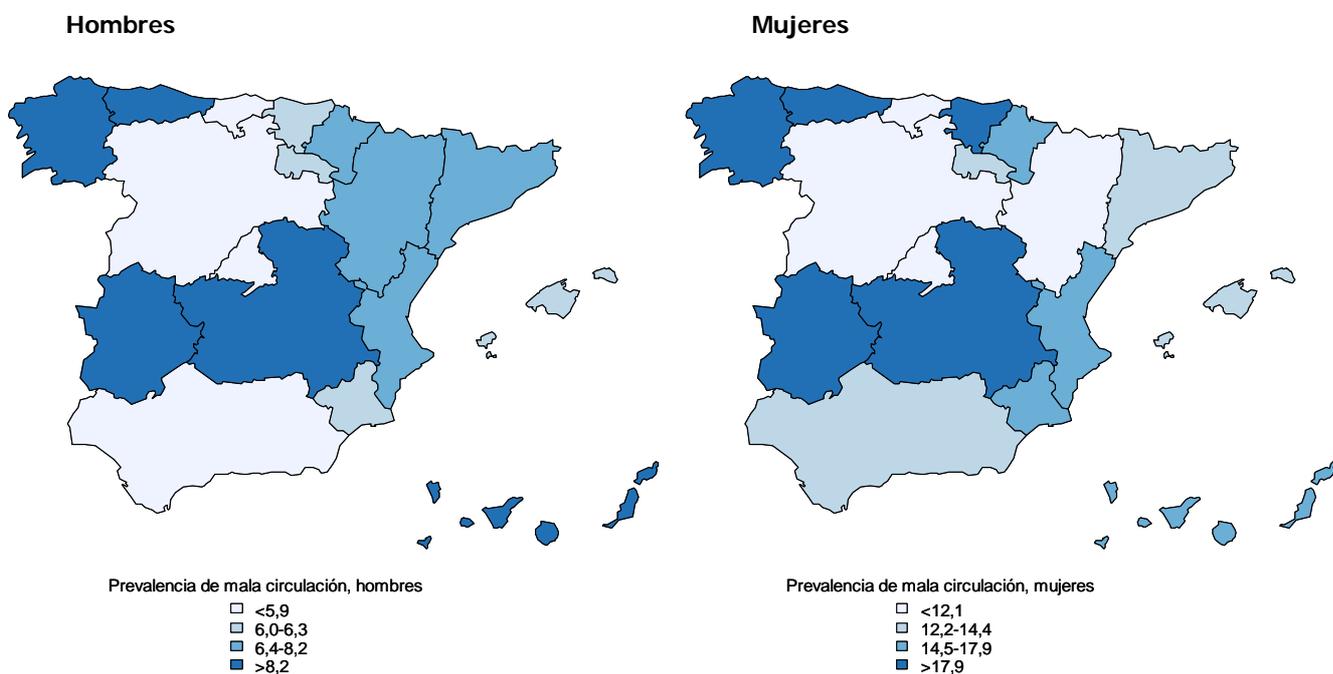
Los problemas circulatorios incluyen diversas patologías, como la enfermedad vascular periférica o las varices. Entre los factores de riesgo de la primera se encuentra el consumo de tabaco, la hipertensión, la diabetes, el colesterol elevado, la historia familiar previa o el sobrepeso. Entre los factores que pueden favorecer la aparición de varices se incluye la edad, la inmovilidad, la obesidad, problemas cardíacos y respiratorios y la alta temperatura ambiental²³.

■ **Problemas circulatorios, 2003**

En España en el año 2003 la prevalencia de problemas circulatorios es del 6,2% en hombres y de un 15,7% en mujeres, siendo superior a los hombres en todos los grupos de edad. La proporción de personas que declaran padecer de mala circulación se incrementa con la edad, observándose en los mayores de 64 años prevalencias superiores al 20% en hombres, y casi un 36% de las mujeres de la misma edad.

El año 2003, se observan desigualdades en las prevalencias de problemas circulatorios en las CC.AA. (figura 86). Las CC.AA. con un mayor porcentaje de personas que declaran padecer mala circulación son Galicia, Asturias, Extremadura y Castilla la Mancha, tanto en hombres como en mujeres (más del 9% de hombres y más del 20% en mujeres), en cambio, las que registran menores prevalencias son Cantabria, Madrid y Baleares, (menos del 4% de hombres y menos del 10% de mujeres).

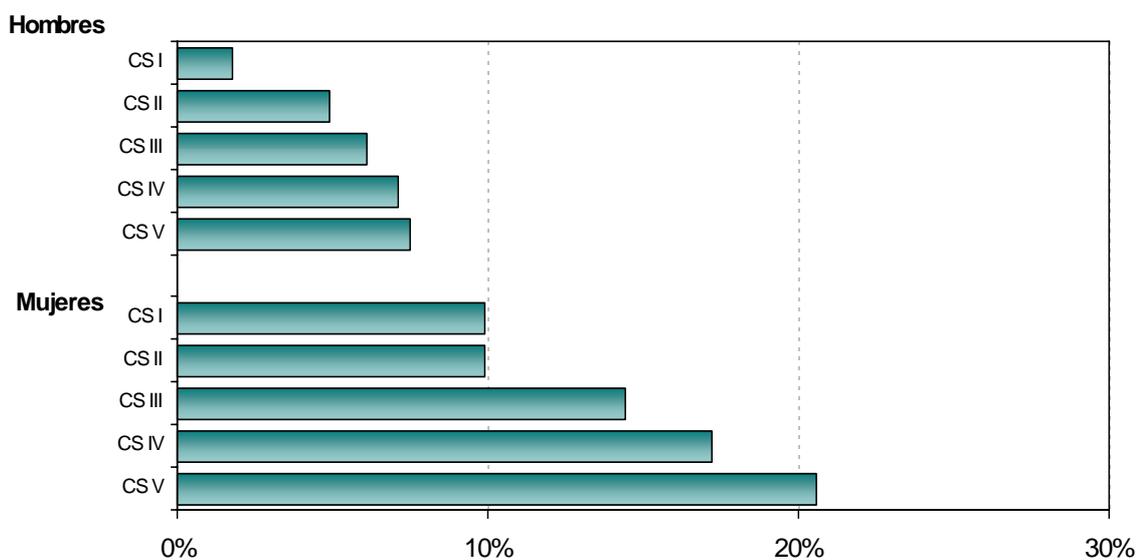
Figura 86. Distribución en cuartiles de las prevalencias de problemas circulatorios, en hombres y mujeres, en las CC.AA. de España el año 2003. Porcentajes estandarizados por edad.



■ Las desigualdades en los problemas circulatorios, 2003

El año 2003 en España, se observan desigualdades en la prevalencia de problemas circulatorios según la clase social (figura 87). En ambos sexos, las prevalencias de mala circulación son menores en los de clases más favorecidas y aumentan en forma de gradiente en los de clases menos favorecidas (el 2% en hombres y el 9% en mujeres de clase I, frente al 7% y el 20% de hombres y mujeres de clase V, respectivamente).

Figura 87. Distribución de la prevalencia de problemas circulatorios según la clase social, en hombres y mujeres, en España el año 2003.



En el año 2003, se observa que prácticamente todas las CC.AA. presentan mayores prevalencias de problemas circulatorios en las personas de clases manuales, tanto en hombres como en mujeres (figuras 88 y 89).

Figura 88. Distribución de las prevalencias de problemas circulatorios según la clase social en hombres, en las CC.AA. de España el año 2003. Razones de prevalencias estandarizadas por edad.

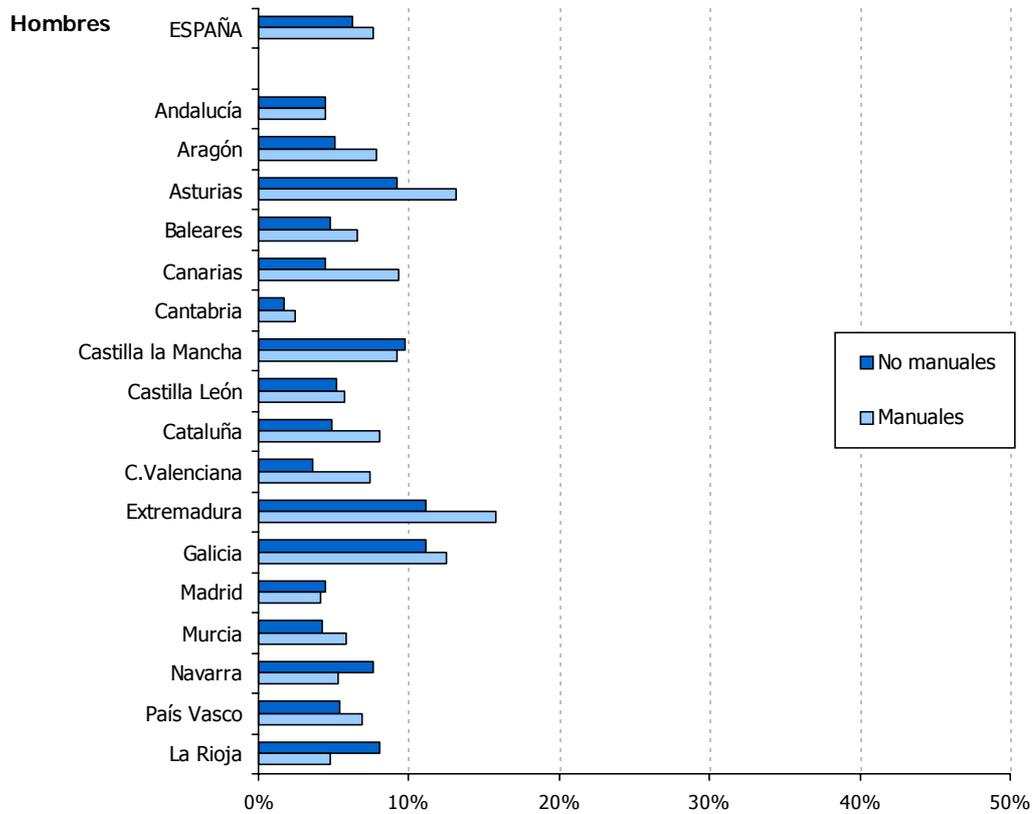
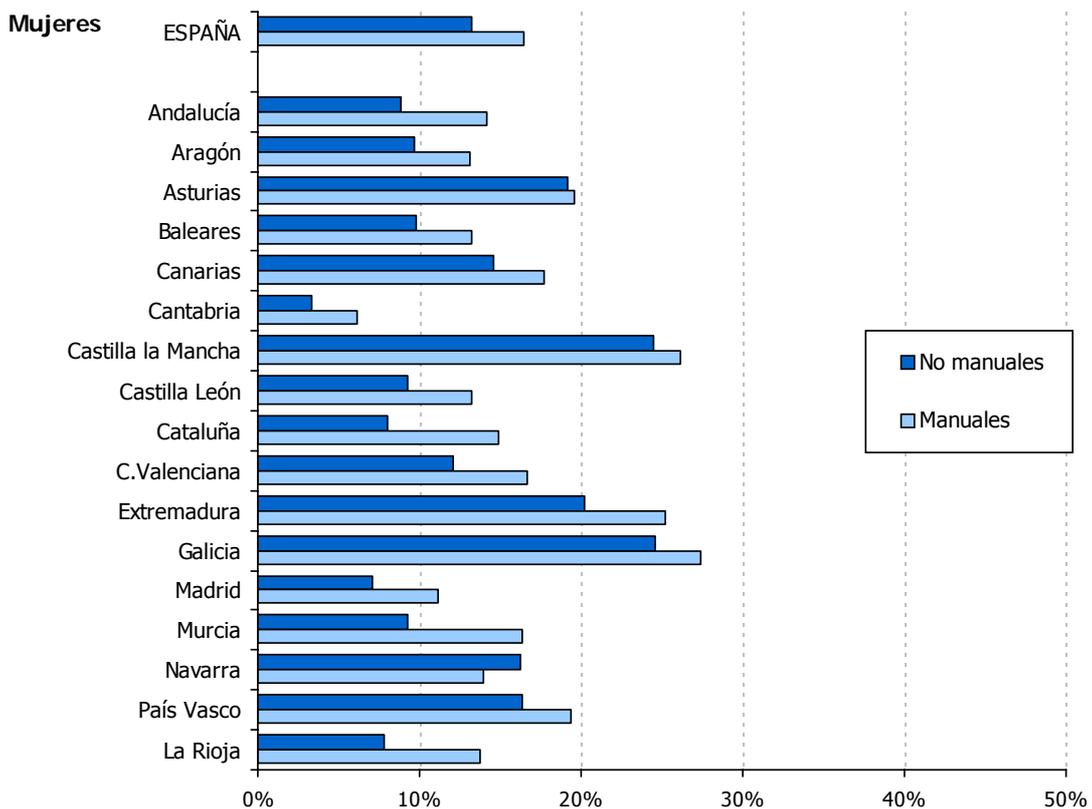


Figura 89. Distribución de las prevalencias de problemas circulatorios según la clase social en mujeres, en las CC.AA. de España el año 2003. Razones de prevalencias estandarizadas por edad.



Depresión

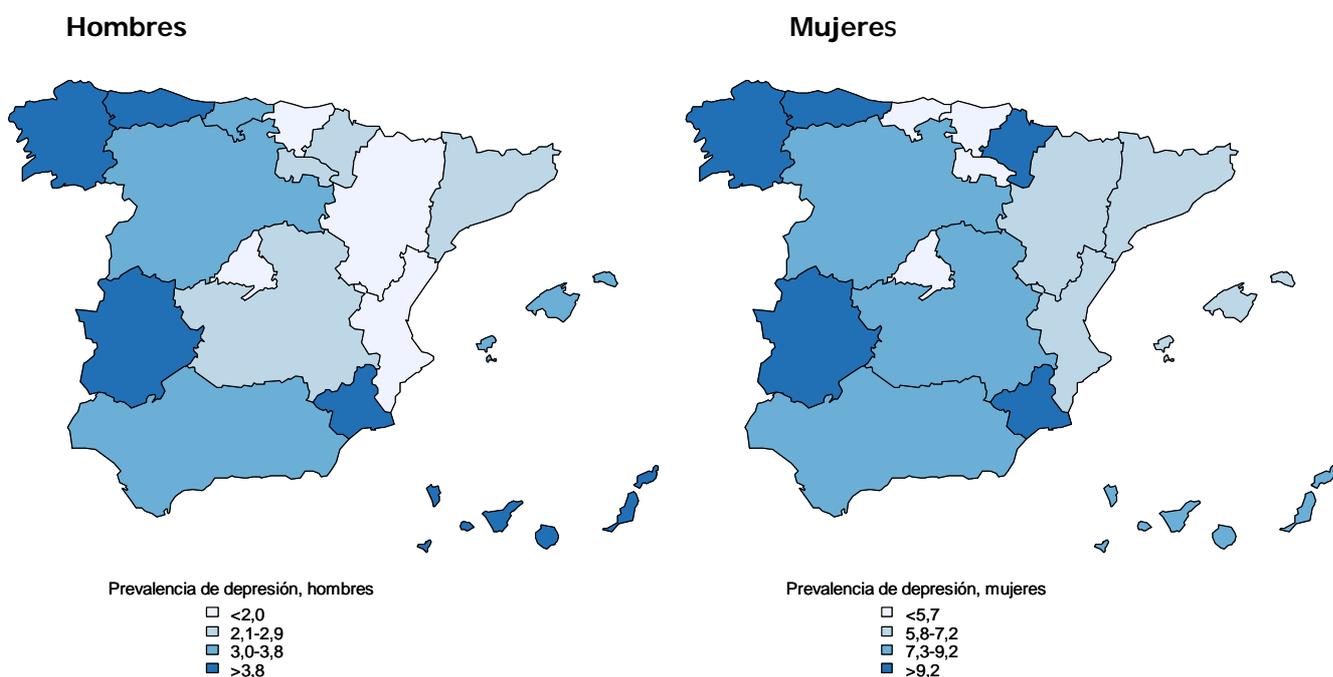
No hay salud sin bienestar psíquico. La salud mental es importante para las personas y para la sociedad. La enfermedad mental puede llegar a reducir drásticamente la calidad de vida, no sólo de la persona que la sufre sino también de su familia, y es una de las principales causas de discapacidad. Los trastornos mentales más comunes en la Unión Europea son la ansiedad y la depresión. Se prevé que en 2020, la depresión será la segunda causa más frecuente de discapacidad en las sociedades desarrolladas²⁴.

■ **Depresión, 2003**

En España en el año 2003, la prevalencia de depresión es poco menos del 3% en hombres y aumenta en mujeres a casi el 8%. Las prevalencias son inferiores en las personas de edades jóvenes, y la mayor prevalencia se observa entre los mayores de 64 años, donde llega al 5,1% en hombres y un 13,5% en mujeres.

El año 2003, se observa variabilidad en las prevalencias de depresión en las CC.AA. (figura 90). Las CC.AA. con un mayor porcentaje de personas que declaran padecer depresión son Asturias y Galicia, entre otras, (más del 5% en hombres y más del 12% en mujeres). Por otro lado, el País Vasco, Aragón y Madrid son las que registran menores prevalencias de depresión en hombres (menos del 2%), en mujeres lo son Cantabria, País Vasco y Madrid (menos del 5%).

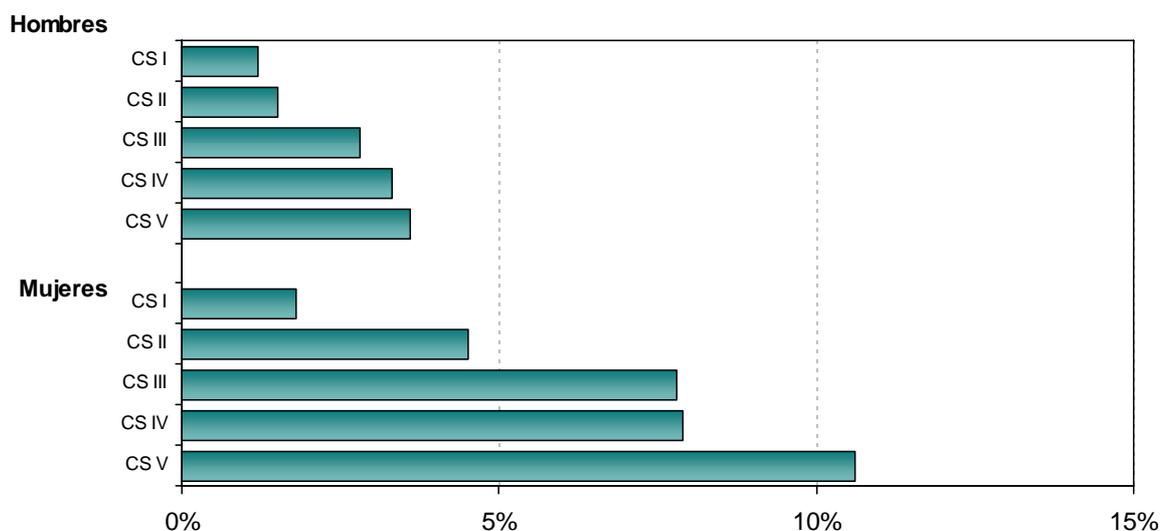
Figura 90. Distribución en cuartiles de las prevalencias de depresión, en hombres y mujeres, en las CC.AA. de España el año 2003. Porcentajes estandarizados por edad.



■ **Las desigualdades en la depresión, 2003**

El año 2003 en España, se observa una clara asociación entre la prevalencia de depresión y la clase social, tanto en hombres como en mujeres (figura 91). Se observa, que las personas de clases más favorecidas presentan las prevalencias menores de depresión (1,2% en hombres y 1,8% en mujeres) y aumenta en las clases menos favorecidas (3,6% y 10,6%, en hombres y mujeres respectivamente).

Figura 91. Distribución de la prevalencia de depresión según la clase social, en hombres y mujeres, en España el año 2003.



En el año 2003, se observa que la mayoría de CC.AA. presentan mayores prevalencias de depresión en las personas de clases manuales (figura 92). En mujeres, se observa un incremento de la prevalencia de depresión respecto a los hombres en todas las CC.AA y también son las de clases menos favorecidas las que presentan mayores prevalencias de depresión, llegando en algún caso como en Extremadura y Galicia a más del 15% de la población femenina de clases manuales que declara padecer depresión (figura 93).

Figura 92. Distribución de las prevalencias de depresión según la clase social en hombres, en las CC.AA. de España el año 2003. Razones de prevalencias estandarizadas por edad.

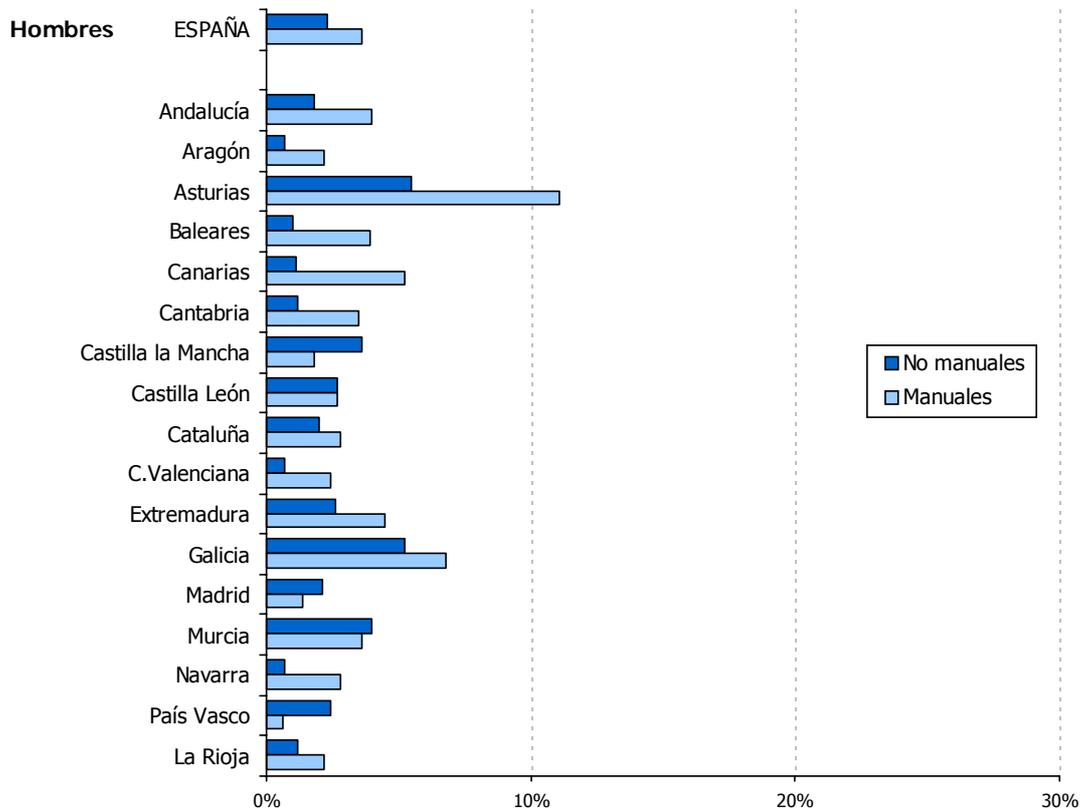
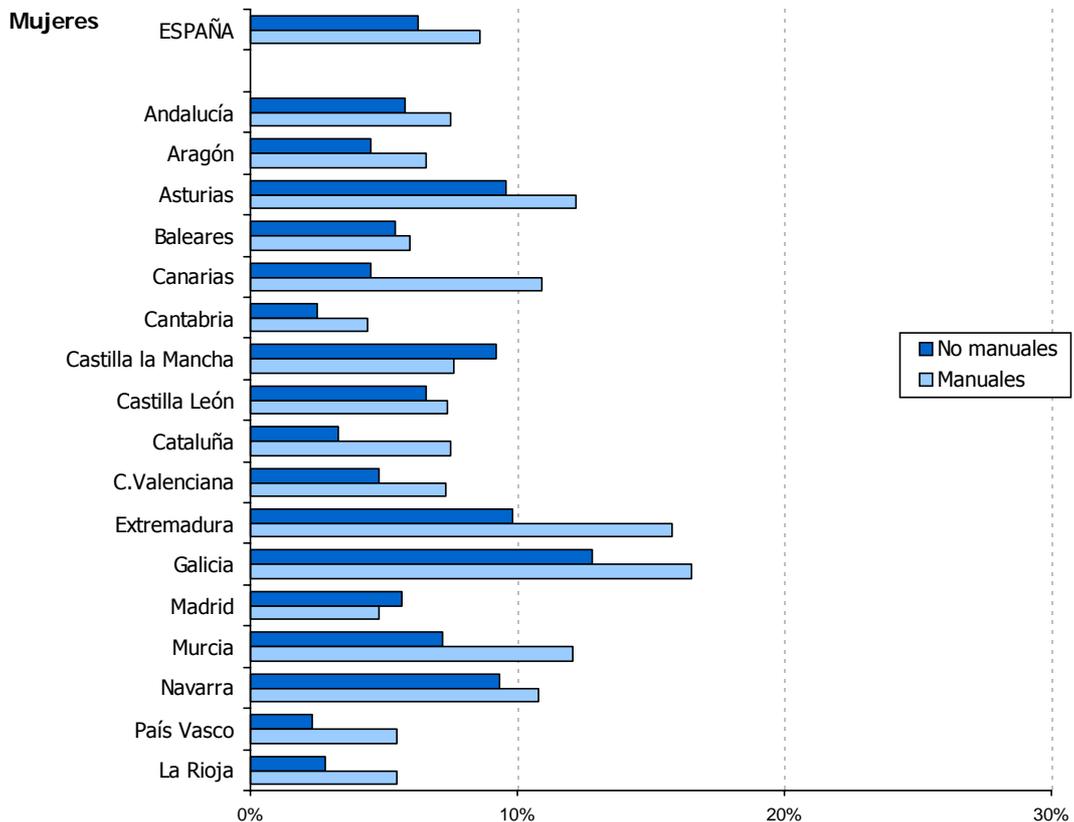


Figura 93. Distribución de las prevalencias de depresión según la clase social en mujeres, en las CC.AA. de España el año 2003. Razones de prevalencias estandarizadas por edad.



Jaqueca y migraña

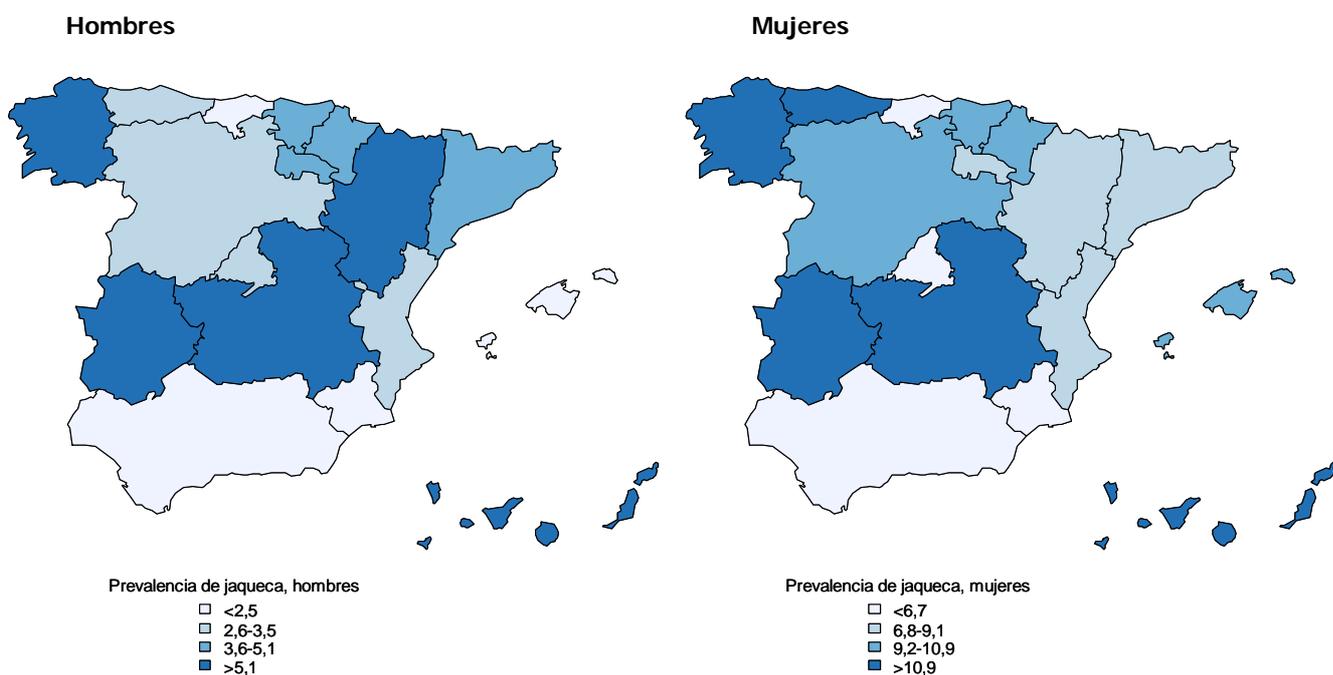
La cefalea es una afectación generalmente benigna pero representa un problema sociosanitario de primer orden. Su importancia radica en la elevada prevalencia, su carácter crónico, el importante deterioro de la calidad de vida de quién la padece y el elevado coste que genera (consultas médicas, pruebas diagnósticas, consumo de medicación, bajas laborales, etc) ²⁵.

■ **Jaqueca y migraña, 2003**

En España en el año 2003, un 3,9% de los hombres y un 9% de las mujeres declaran padecer jaqueca o migraña. En los hombres la prevalencia de jaqueca es similar en todos los grupos edad, en cambio en las mujeres, es superior en las mujeres adultas, sobre todo en las de 35 a 64 años donde se estima en un 11,3%.

El año 2003, se observan desigualdades en la prevalencia de jaqueca o migraña en las CC.AA. (figura 94), siendo Galicia, Extremadura y Castilla la Mancha, entre otras, las que registran mayores porcentajes de persona que declaran padecer jaqueca y muy superiores al resto de comunidades (más del 8% en hombres y más del 17% en mujeres). El resto de CC.AA. presentan valores inferiores, siendo Andalucía, Cantabria y Murcia las que muestran menores prevalencias de jaqueca o migraña (menos del 2% de hombres y menos del 5% de mujeres).

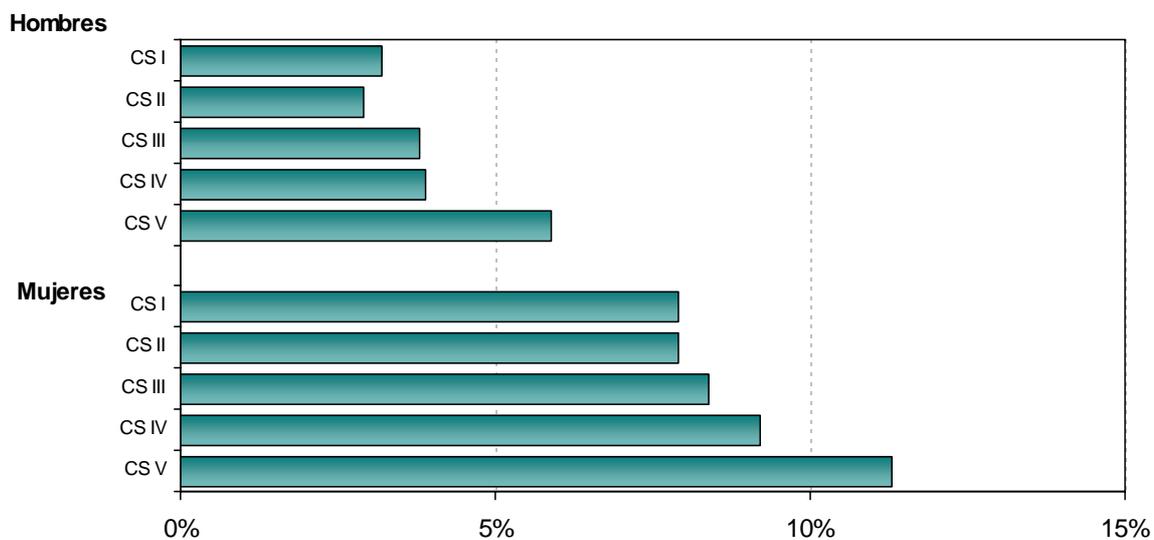
Figura 94. Distribución en cuartiles de las prevalencias de jaqueca, en hombres y mujeres, en las CC.AA. de España el año 2003. Porcentajes estandarizados por edad.



■ Las desigualdades en la jaqueca y migraña

El año 2003 en España, se observa que la prevalencia de jaqueca o migraña presenta diferencias según la clase social, tanto en hombres como en mujeres (figura 95). Se observa prevalencias de jaqueca menores en las personas de clases más favorecidas y aumenta en las menos favorecidas (un 3,2% y un 7,9% en hombres y mujeres de clase I, respectivamente, respecto el 5,9% y el 11,3% de clase V). En las mujeres se observan prevalencias muy superiores a los hombres en todas las clases sociales.

Figura 95. Distribución de la prevalencia de jaqueca según la clase social, en hombres y mujeres, en España el año 2003.



En el año 2003, se observa que la mayoría de CC.AA. presentan mayores prevalencias de jaqueca en las personas de clases manuales, sobre todo en mujeres. En hombres en cambio, alguna comunidad presenta un patrón diferente de desigualdad, siendo aquellos de clases más favorecidas los que presentan mayores prevalencias de jaqueca respecto los de clases menos favorecidas, por ejemplo en Navarra y el País Vasco (figuras 96 y 97).

Figura 96. Distribución de las prevalencias de jaqueca según la clase social en hombres, en las CC.AA. de España el año 2003. Razones de prevalencias estandarizadas por edad.

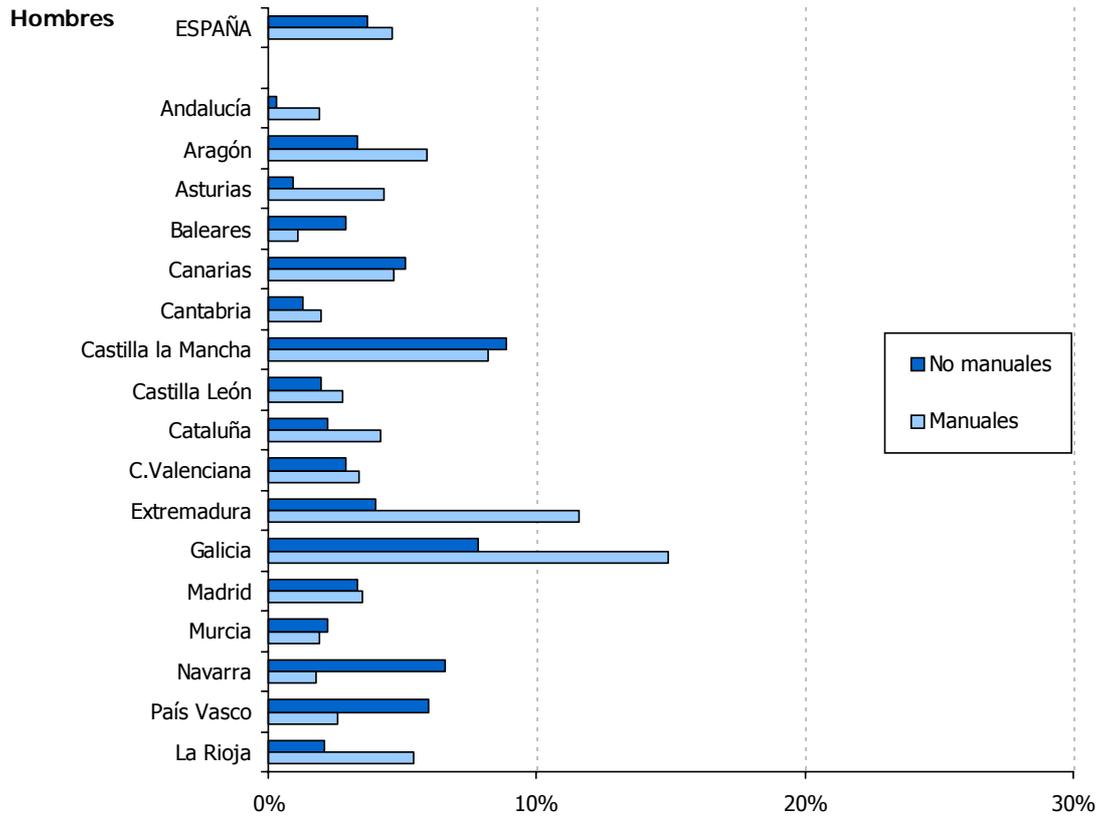
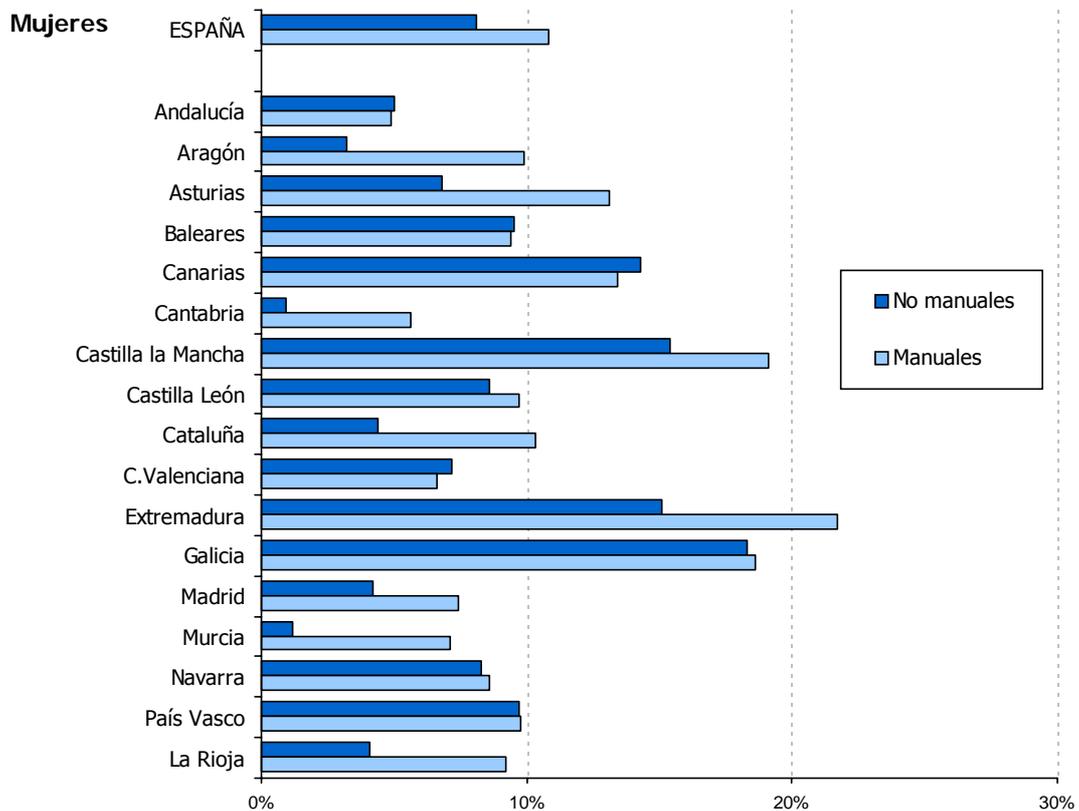


Figura 97. Distribución de las prevalencias de jaqueca según la clase social en mujeres, en las CC.AA. de España el año 2003. Razones de prevalencias estandarizadas por edad.



Estilos de vida

Los estilos de vida, o conductas relacionadas con la salud, son factores modificables que se han demostrado determinantes para nuestro estado de salud. El estilo de vida individual, depende en gran parte de otros factores determinantes de la salud, como los factores socioeconómicos tales como la cultura, la educación, el empleo, los ingresos, la clase social y los círculos sociales²⁶.

Tabaquismo

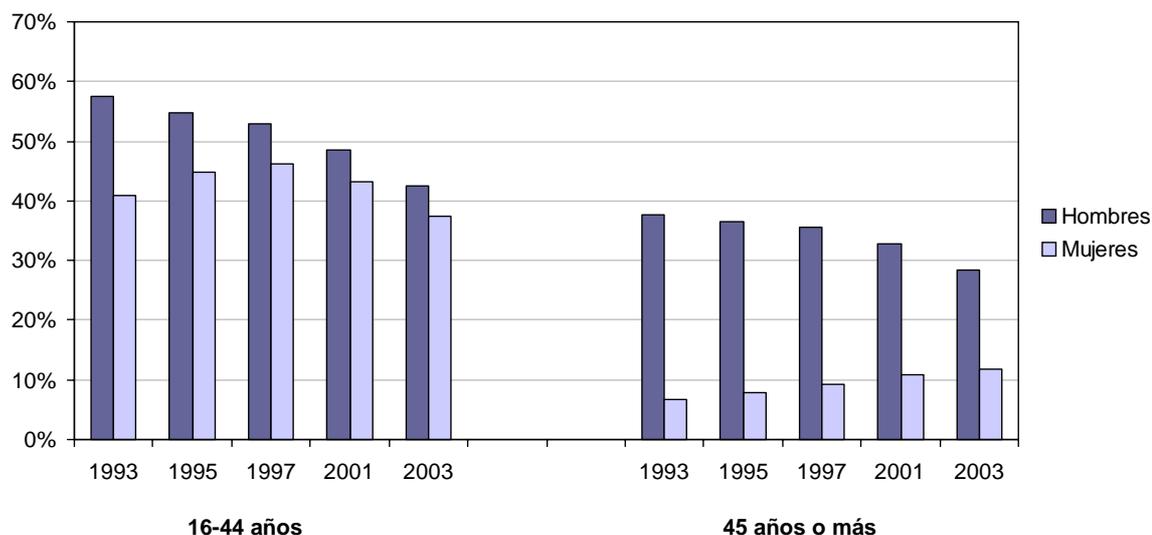
El consumo de tabaco sigue siendo la principal causa evitable de muerte y enfermedad en nuestra sociedad. Se trata de uno de los principales factores de riesgo para las enfermedades cardíacas y de los vasos sanguíneos, la bronquitis crónica y el enfisema, el cáncer de pulmón y otras enfermedades^{27,28}.

■ Tabaquismo, 1993-2003

El año 2003 en el Estado Español, un 37,6% de hombres y un 24,7% de mujeres declararon ser fumadores. En los hombres, en los grupos menores de 65 años la prevalencia de tabaquismo es aproximadamente el 42%, sin embargo en los mayores de 64 años el porcentaje disminuye al 16,8%, a expensas de los ex-fumadores. Las mujeres presentan prevalencias de tabaquismo menores a los hombres, y en éstas sí se observa un marcado gradiente según el grupo de edad (36,6% en el grupo de 16-34 años; 27,3% en el de 35-64 años y un 1,7% en mayores de 64 años).

En el periodo de 1993 a 2003, se observa una tendencia en el consumo de tabaco diferencial según el sexo, y el grupo de edad. En las personas más jóvenes (16-44 años), vemos como los hombres disminuyen progresivamente la prevalencia de tabaquismo, mientras que las mujeres experimentan un ascenso al inicio del periodo, y a partir de 1997 comienza a disminuir, obteniéndose prevalencias de consumo de tabaco similares en hombres y mujeres, sobre todo en los últimos años. En las personas de más de 44 años, vemos como los hombres presentan prevalencias de tabaquismo muy superiores a las mujeres del mismo grupo de edad, y en cuanto a la tendencia varía según el sexo, mientras los hombres experimentan un descenso en la prevalencia de tabaquismo, las mujeres de esa edad presentan mayor porcentaje de fumadoras en los últimos años (figura 98).

Figura 98. Evolución de las prevalencias de tabaquismo en hombres y mujeres según el grupo de edad, en España de 1993 a 2003. Porcentajes estandarizados por edad.



El año 2003 el patrón geográfico de la prevalencia de tabaquismo es distinto en hombres y mujeres y según el grupo de edad, mostrando además desigualdades en las CC.AA.. En los más jóvenes, menores de 45 años (figura 99), vemos como cambia el patrón según el sexo, en hombres se observa que las CC.AA. con mayores prevalencias de tabaquismo son Cataluña, Canarias y Murcia (más del 46%), en cambio las que tienen menos proporción de hombres fumadores son Galicia, Navarra y Asturias (menos del 38%). En las mujeres del mismo grupo de edad se observa gran variabilidad en las prevalencias y el patrón geográfico se invierte, de manera, que en Navarra, Asturias, Extremadura es donde mayores prevalencias de tabaquismo se registran (más del 41%), mientras que Galicia, Castilla la Mancha y Canarias muestran las prevalencias menores de mujeres fumadoras (menos del 32%). En las personas de más de 45 años (figura 100), el patrón geográfico es otro, en hombres, las regiones con mayor prevalencia de tabaquismo son la Comunidad Valenciana y Murcia (más del 33%), y en cambio son menores en La Rioja, Asturias y Madrid (menos del 25%). En mujeres del mismo grupo de edad, Navarra, el País Vasco y Aragón son las que mayor prevalencia de tabaquismo tienen (más del 14%), al contrario, Extremadura, Castilla la Mancha y Murcia presentan las menores prevalencias de mujeres fumadoras (menos del 9%).

Figura 99. Distribución en cuartiles de las prevalencias de tabaquismo, en hombres y mujeres de 16 a 44 años, en las CC.AA. de España el año 2003. Porcentajes estandarizados por edad.

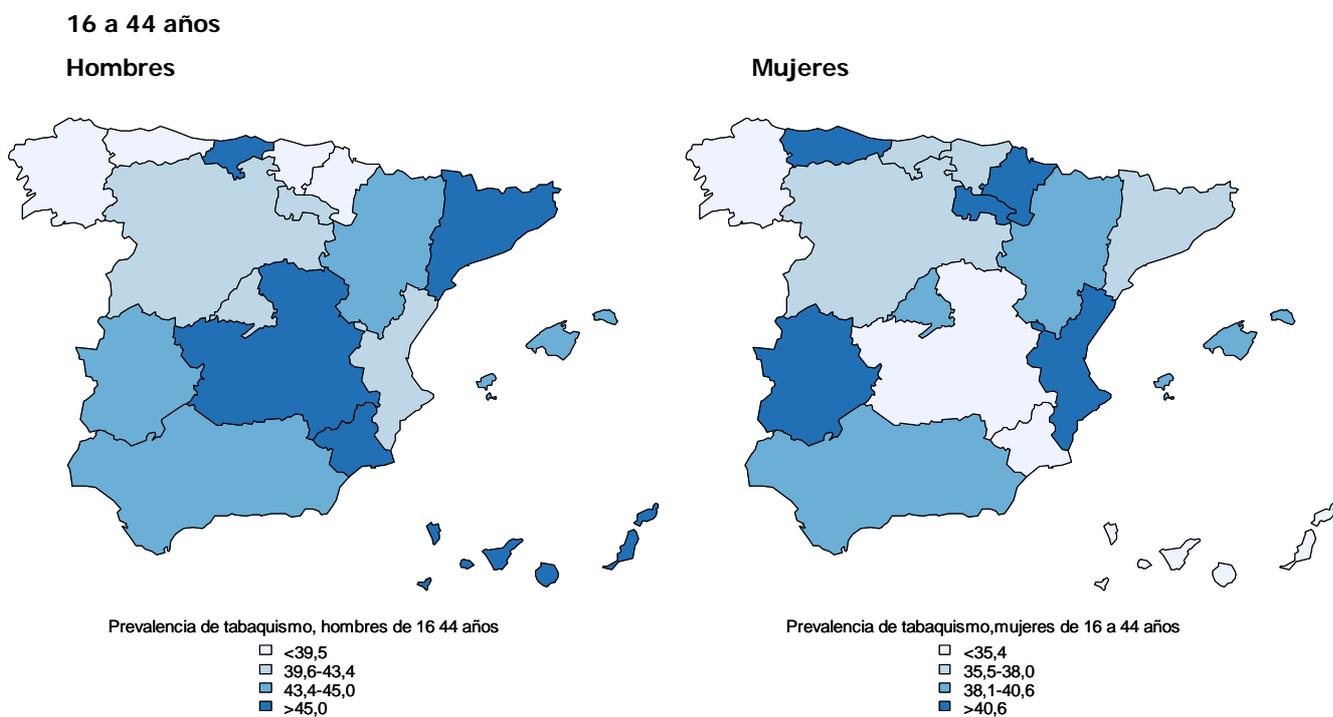
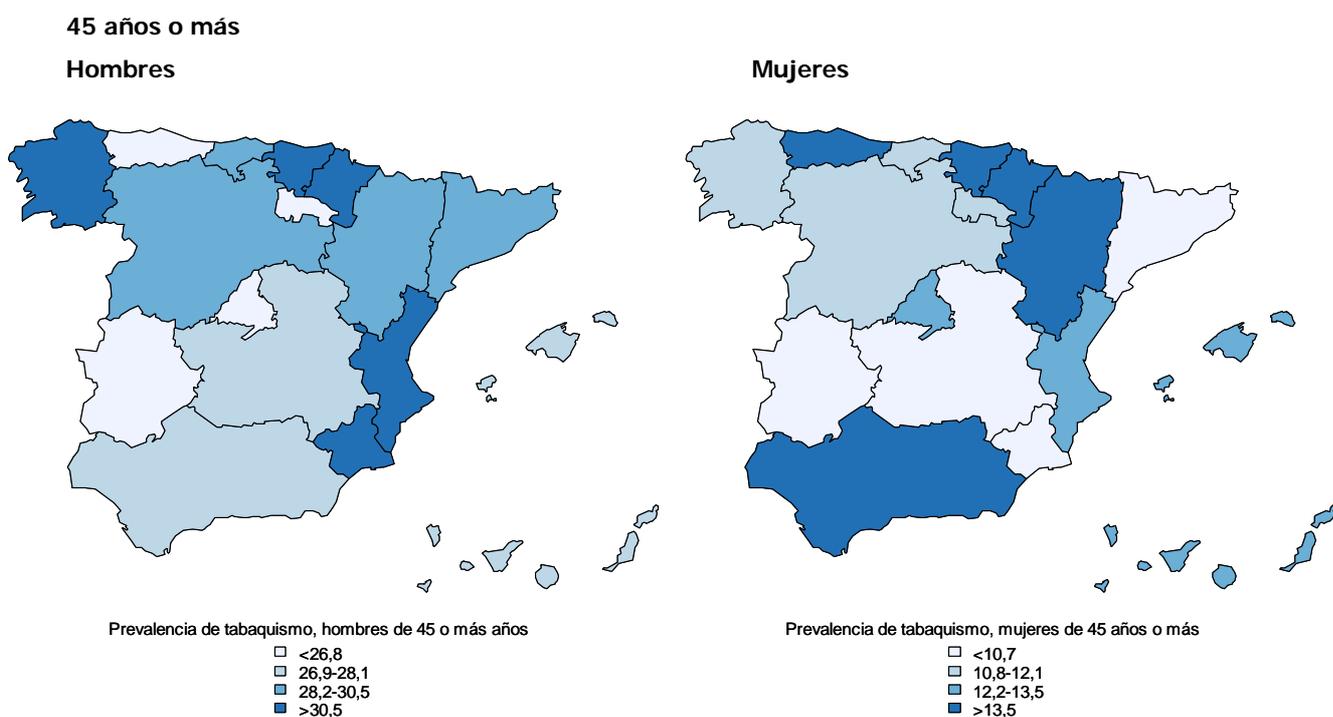


Figura 100. Distribución en cuartiles de las prevalencias de tabaquismo, en hombres y mujeres de 45 años o más, en las CC.AA. de España el año 2003. Porcentajes estandarizados por edad.



En el periodo de 1993 a 2003 se observan cambios significativos en la prevalencia de tabaquismo en las CC.AA. diferencial según el sexo y el grupo de edad. Entre los más jóvenes, menores de 45 años, se observa una disminución en la prevalencia de tabaquismo en hombres en todas las CC.AA., mientras que en las mujeres no se aprecian cambios significativos (figura 101). En las personas de 45 años o más, el patrón de evolución de la prevalencia de tabaquismo se invierte entre hombres y mujeres, los hombres han disminuido el porcentaje de fumadores en todas las CC.AA., siendo la mayoría significativas; y en mujeres se ha producido un aumento significativo de la prevalencia de tabaquismo en todas las comunidades, la mayoría de forma significativa (figura 102).

Figura 101. Evolución de las prevalencias de tabaquismo en hombres y mujeres de 16 a 44 años, en las CC.AA. de España de 1993 a 2003. Razones de prevalencias estandarizadas por edad.

16-44 años

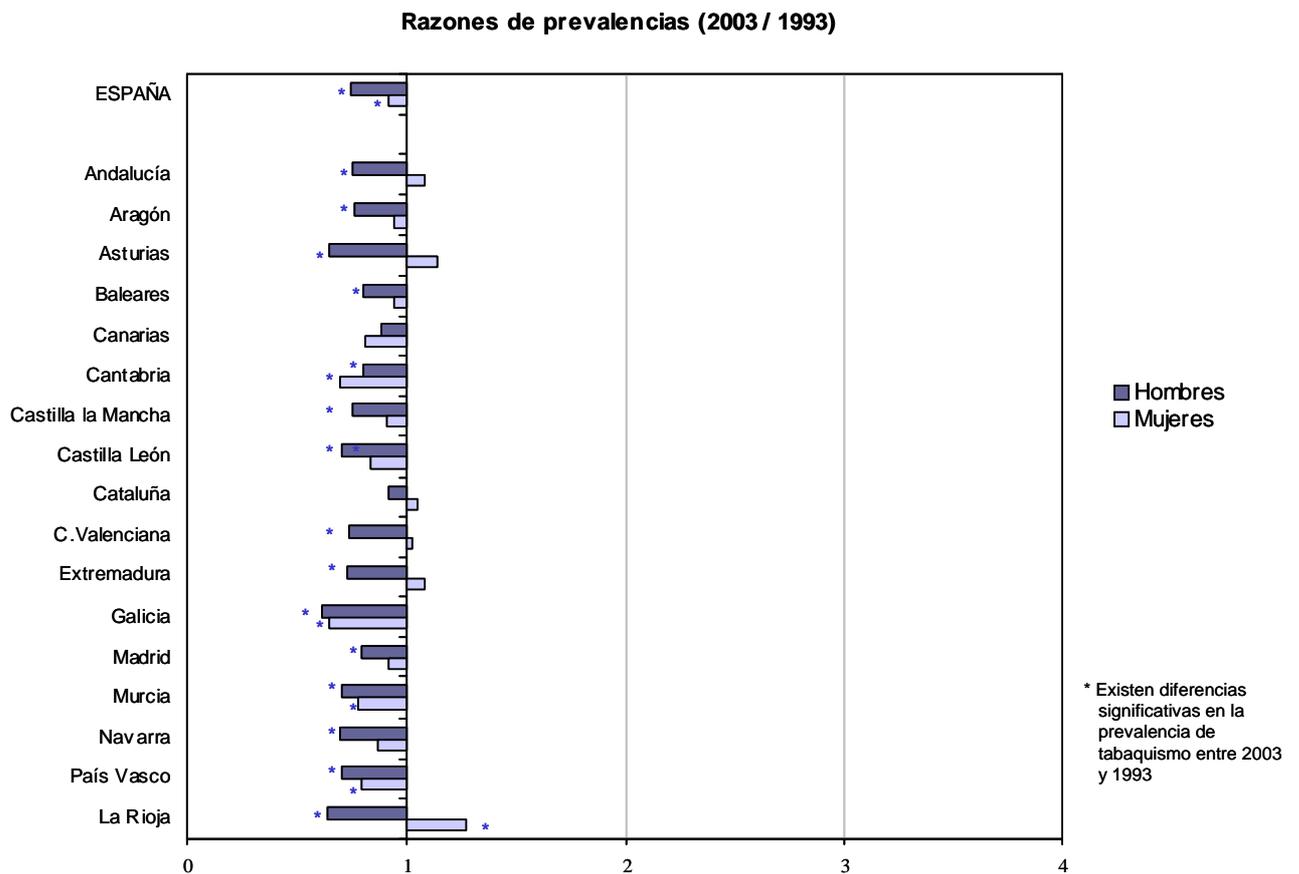
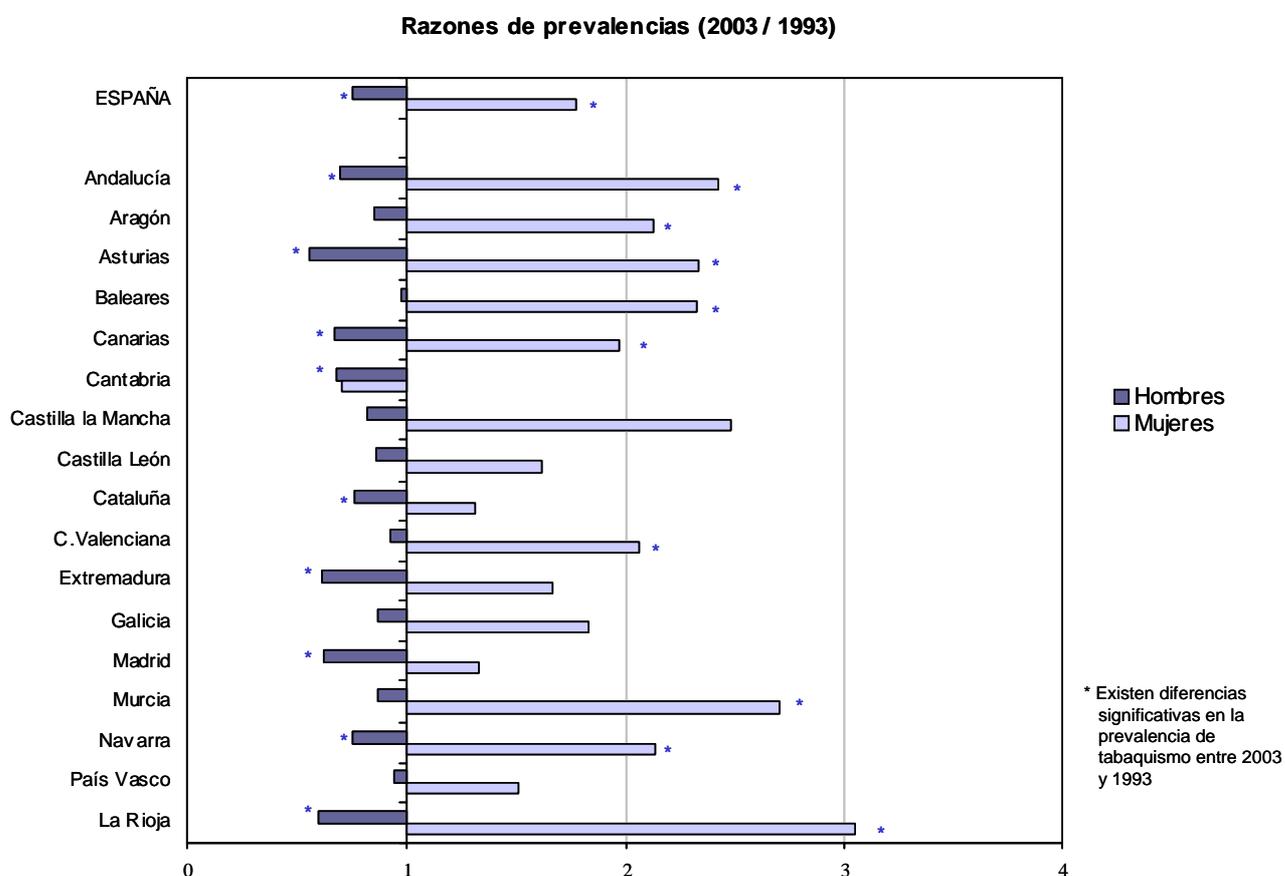


Figura 102. Evolución de las prevalencias de tabaquismo en hombres y mujeres de 45 años o más, en las CC.AA. de España de 1993 a 2003. Razones de prevalencias estandarizadas por edad.

45 años o más



■ Las desigualdades en el tabaquismo según la clase social, 1993-2003

El año 2003 en España, el patrón de desigualdad es diferencial según el sexo y el grupo de edad. En las personas de 16 a 44 años, se observa como las personas de clases menos favorecidas presentan mayores prevalencias de tabaquismo, en hombres y en mujeres, mostrándose un gradiente en las mujeres, y alcanzando los mismos niveles que los hombres en las clases IV y V (figura 103). En los mayores de 45 años, por el contrario, se observa como en general los hombres registran mayores prevalencias de fumadores que en mujeres, y mientras que en hombres no se observan desigualdades según la clase social, las mujeres presentan desigualdades en el sentido contrario a las más jóvenes, de manera que son las de clases más favorecidas las que presentan mayor proporción de fumadoras, y disminuye en forma de gradiente en las de clases menos favorecidas (figura 104).

Figura 103. Distribución del hábito tabáquico en hombres y mujeres, de 16 a 44 años, según la clase social, en España el año 2003.

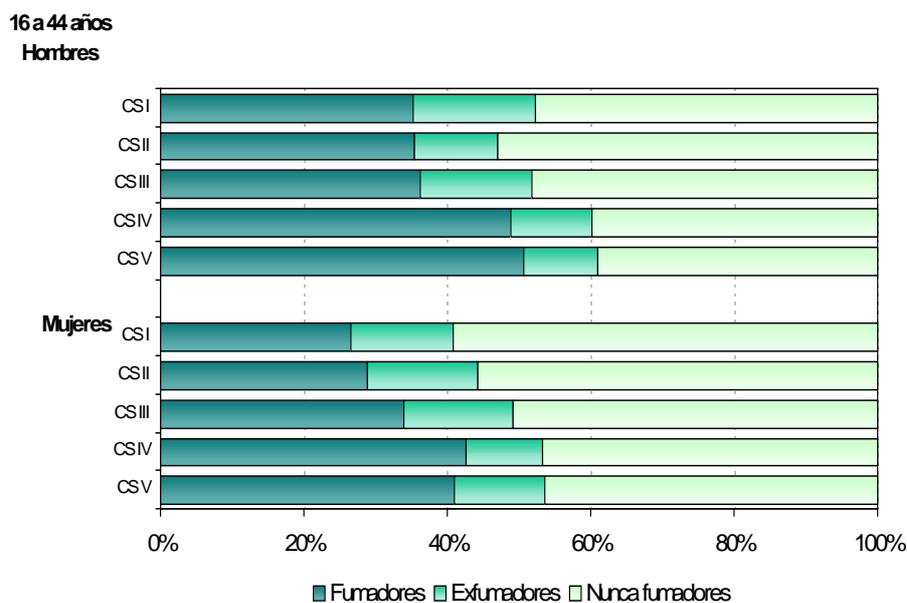
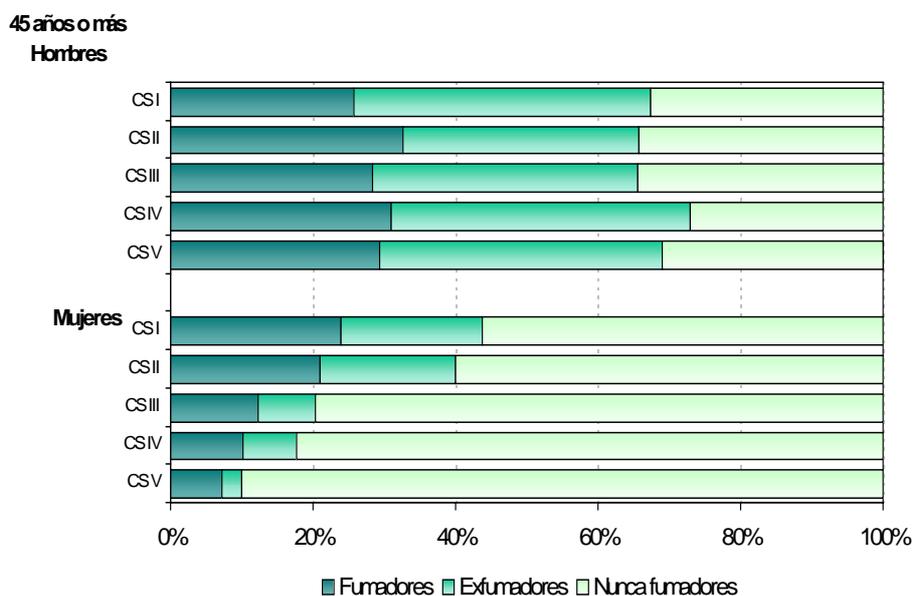


Figura 104. Distribución del hábito tabáquico en hombres y mujeres, de 45 años o más, según la clase social, en España el año 2003.



En el periodo de 1993 a 2003, se observan diferencias en función del sexo y el grupo de edad, en la evolución de las desigualdades en la prevalencia de tabaquismo según la clase social. En hombres de 16 a 44 años se produce una disminución del tabaquismo en ambas clases sociales, siendo mayor la reducción en los de clases no manuales, de manera que las desigualdades según la clase social se acentúan al final del periodo. En mujeres, la tendencia es a aumentar hasta la mitad del periodo y es en los últimos años donde se observa, al igual que en hombres, una ligera disminución del consumo de tabaco en mujeres de clases manuales, respecto las de clases no manuales que muestran una mayor disminución, observándose así a lo largo del periodo un cambio en el patrón de desigualdad según la clase social, así al inicio del periodo se registraban mayores prevalencias tabaquismo en las de clases no manuales, y por el contrario, en los últimos años son las mujeres de clases manuales las que muestran un mayor consumo de tabaco (figura 105). En las edades más adultas, mayores de 45 años, se observa en los hombres una tendencia decreciente en la prevalencia de tabaquismo, sobre todo en los de clases no manuales, al contrario que en las mujeres, que aumentan la prevalencia del consumo de tabaco, sobre todo las de clases no manuales, de manera que al final del periodo han aumentado las desigualdades en la prevalencia de tabaquismo en ambos sexos (figura 106).

Figura 105. Evolución de la prevalencia de tabaquismo según la clase social, en hombres y mujeres de 16 a 44 años, en España de 1993 a 2003. Porcentajes estandarizados por edad.

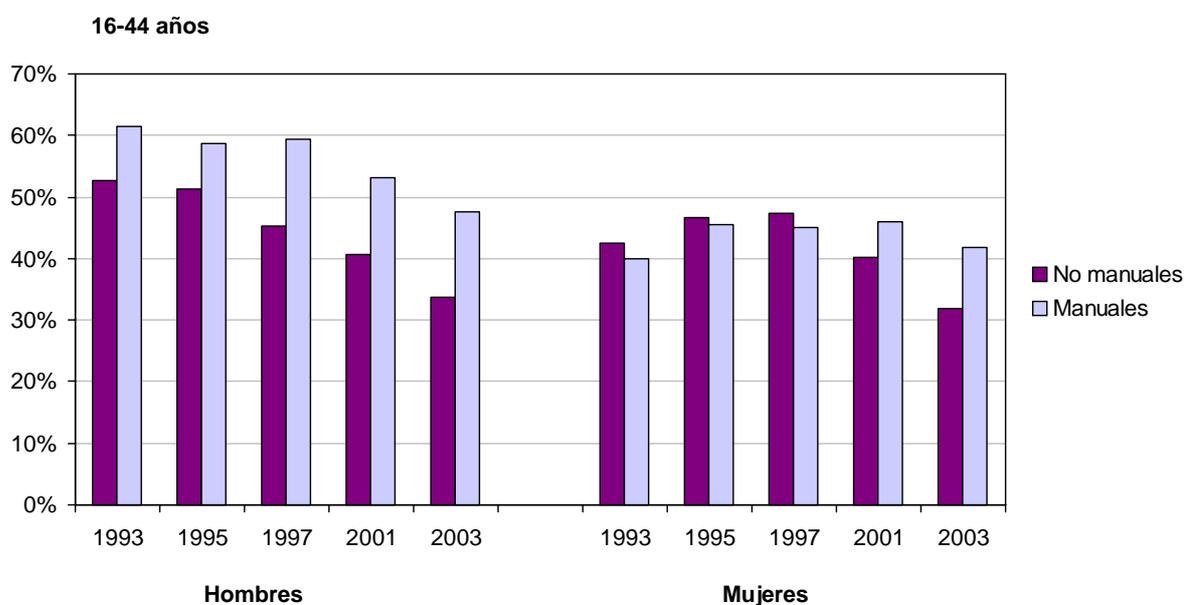
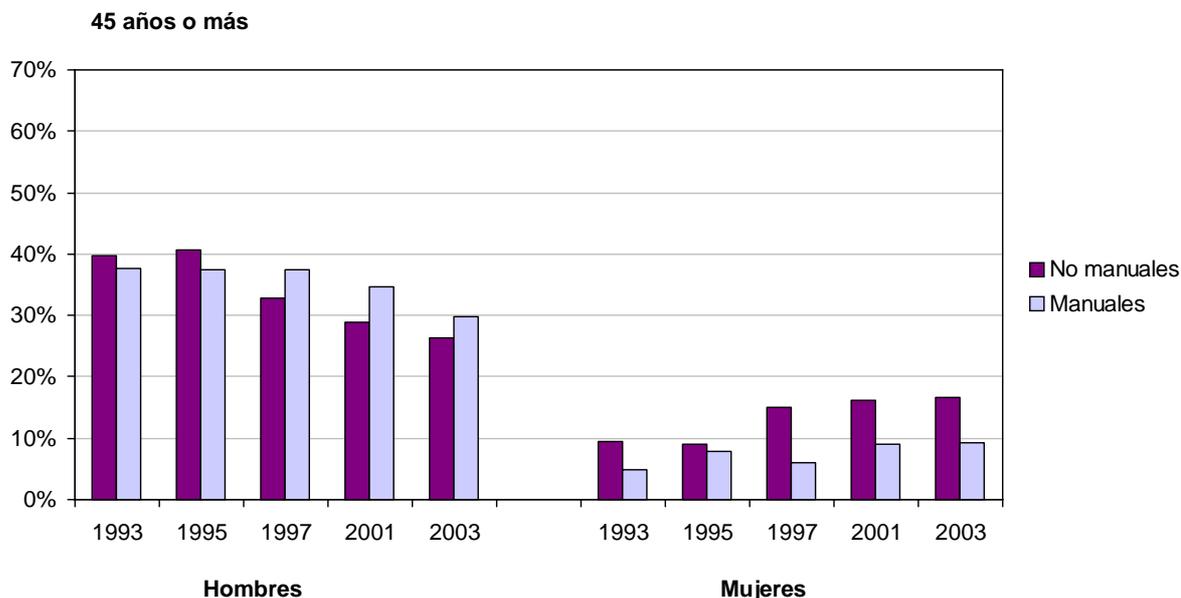


Figura 106. Evolución de la prevalencia de tabaquismo según la clase social, en hombres y mujeres de 45 años o más, en España de 1993 a 2003. Porcentajes estandarizados por edad.



En el año 2003, en todas las CC.AA. existen desigualdades en la prevalencia de tabaquismo según la clase social, y al igual que en el Estado Español, siguen un patrón diferencial según el sexo y el grupo de edad. En los menores de 45 años, se observa tanto en hombres como en mujeres que los de clases manuales presentan mayores prevalencias de tabaquismo que los de clases no manuales (figuras 107 y 108). En las personas de 45 años o más, en cambio, el patrón es distinto según el sexo, de manera que en hombres se observan desigualdades, siendo los de clases manuales los que declaran en mayor proporción ser fumadores, pero en término absoluto las desigualdades son menores respecto el grupo de edad más joven; sin embargo en las mujeres de 45 años o más se invierte el patrón de desigualdad respecto las más jóvenes, así en la mayoría de CC.AA. son las de clases no manuales las que presentan mayores prevalencias de tabaquismo respecto las de clases manuales (figuras 109 y 110).

Figura 107. Distribución de las prevalencias de tabaquismo según la clase social en hombres de 16 a 44 años, en las CC.AA. de España el año 2003. Razones de prevalencias estandarizadas por edad.

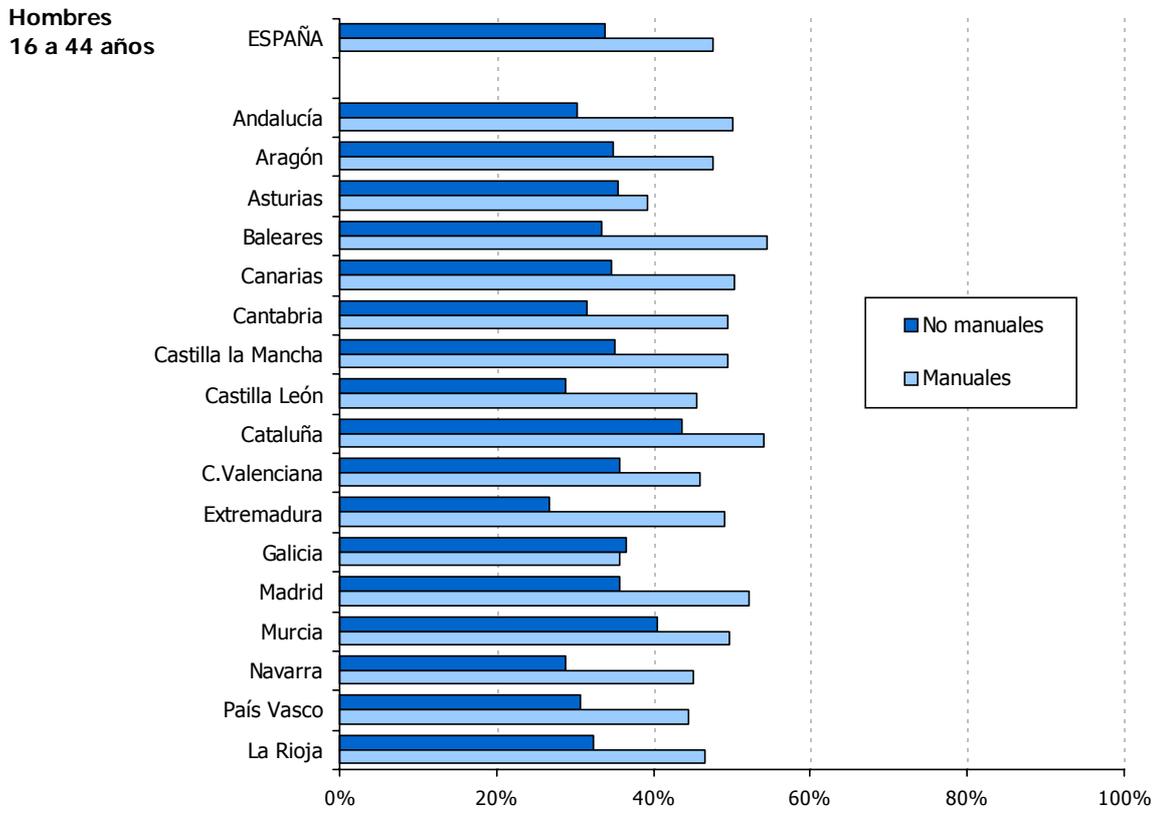


Figura 108. Distribución de las prevalencias de tabaquismo según la clase social en mujeres de 16 a 44 años, en las CC.AA. de España el año 2003. Razones de prevalencias estandarizadas por edad.

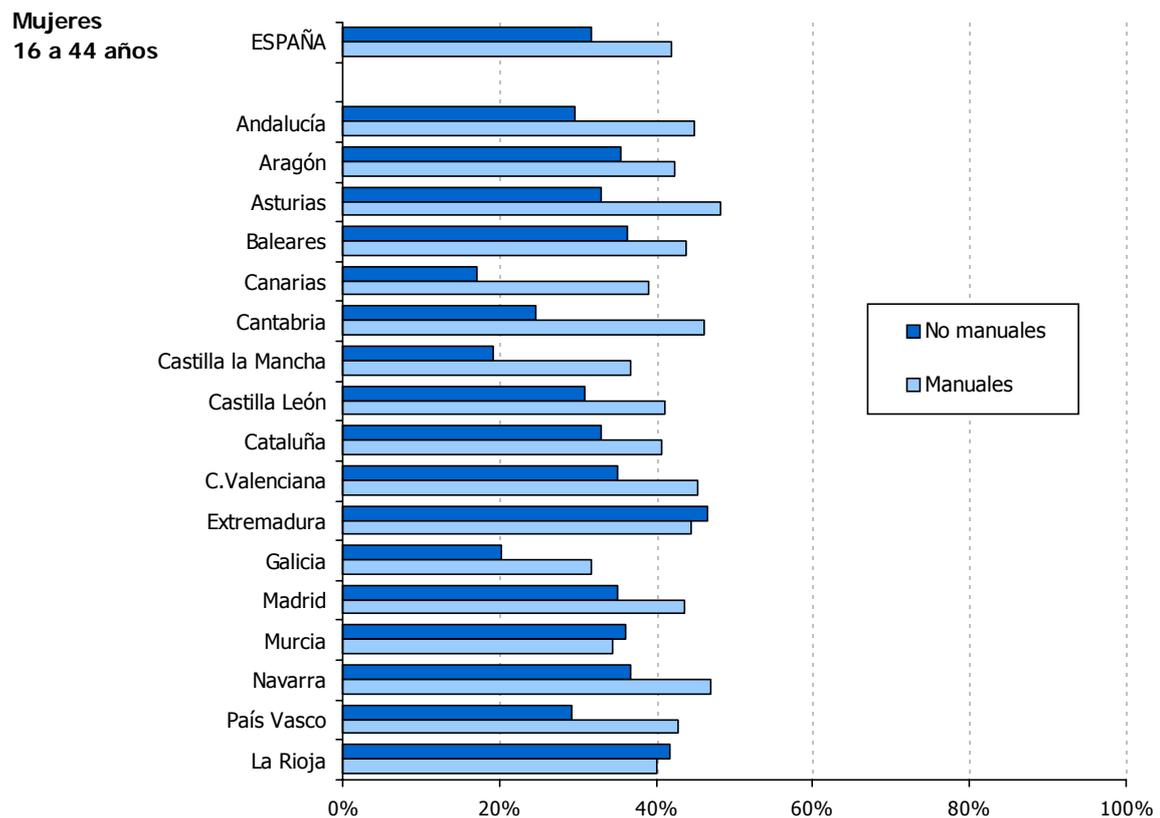


Figura 109. Distribución de las prevalencias de tabaquismo según la clase social en hombres de 45 años o más, en las CC.AA. de España el año 2003. Razones de prevalencias estandarizadas por edad.

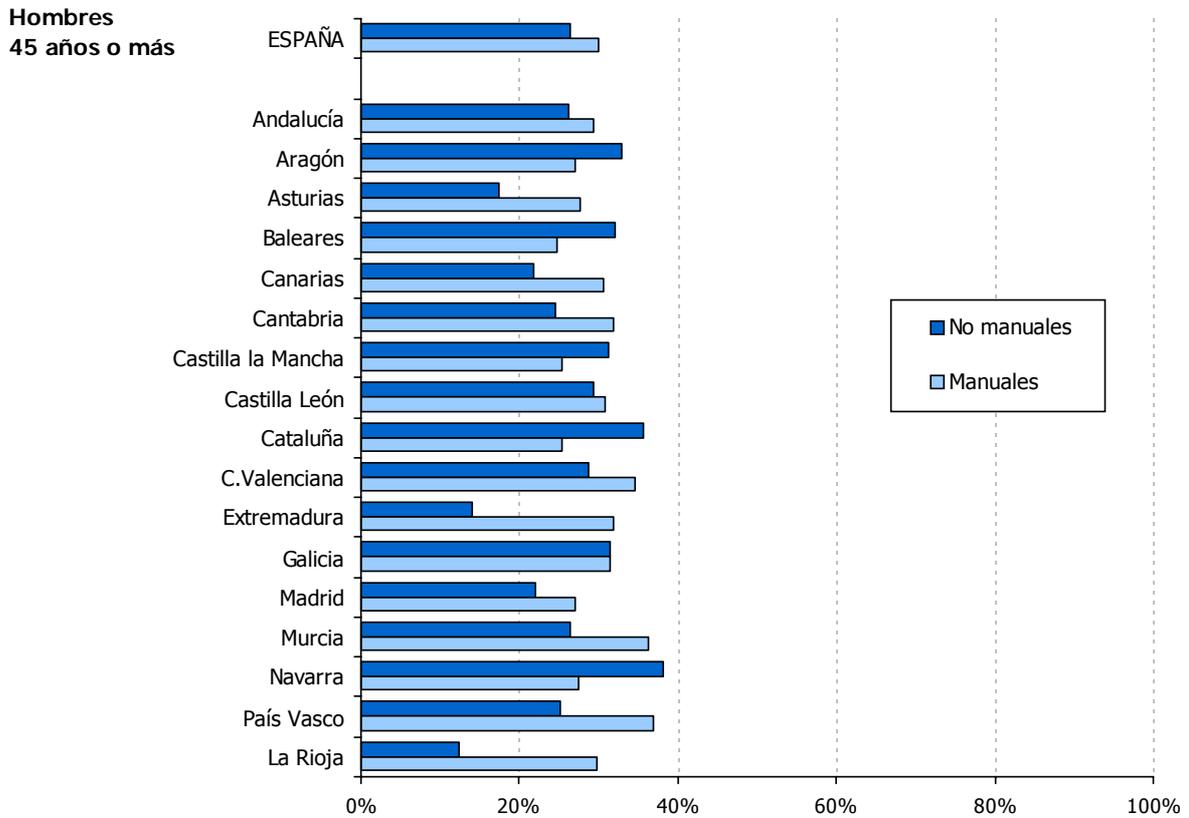
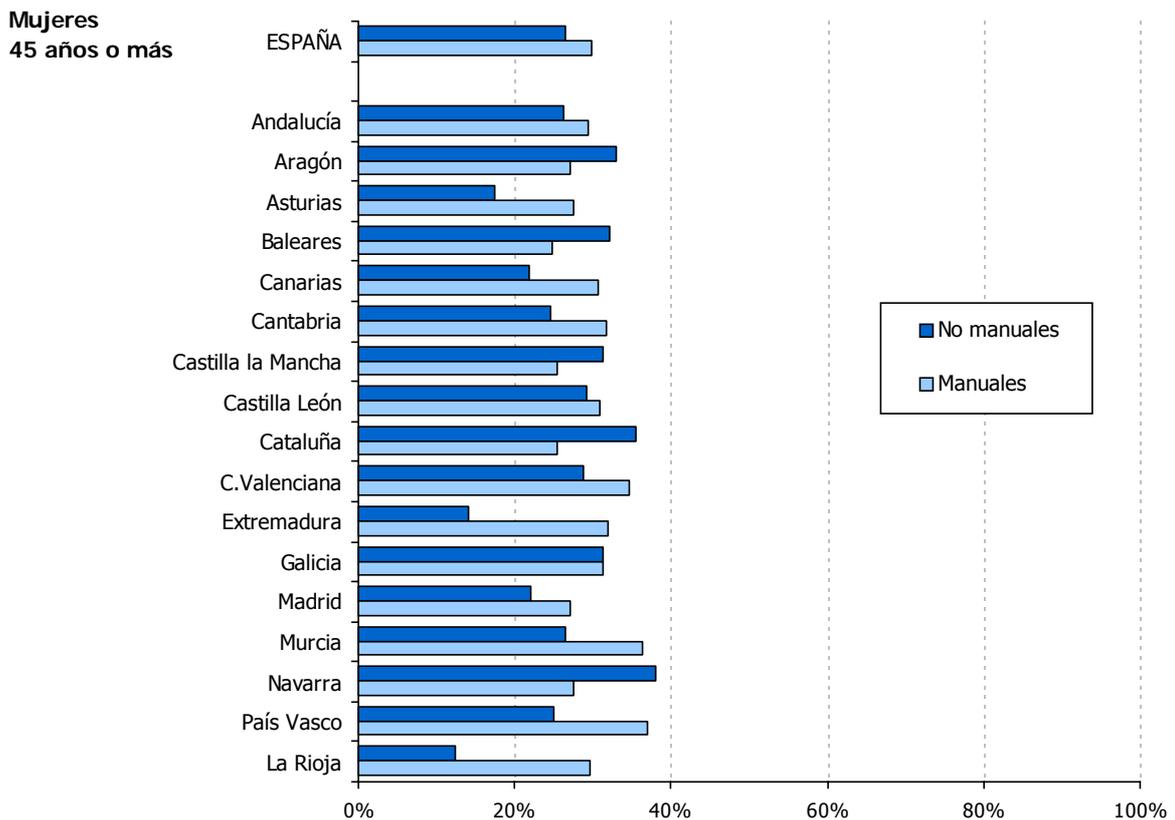


Figura 110. Distribución de las prevalencias de tabaquismo según la clase social en mujeres de 45 años o más, en las CC.AA. de España el año 2003. Razones de prevalencias estandarizadas por edad.



En el periodo de 1993 a 2003 también se observa una evolución diferencial en las desigualdades según la clase social en la prevalencia de tabaquismo, en hombres y mujeres y según el grupo de edad. En los menores de 45 años, tanto en hombres como en mujeres, se observa un aumento de las desigualdades en la mayoría de CC.AA., siendo los de clases manuales los que presentan mayores prevalencias de fumadores, sobre todo en hombres de Extremadura, Andalucía y Baleares, y en mujeres de Canarias o de Castilla la Mancha (figuras 111 y 112).

Figura 111. Evolución de las prevalencias de tabaquismo según la clase social en hombres de 16 a 44 años, en las CC.AA. de España de 1993 a 2003. Razones de prevalencias estandarizadas por edad.

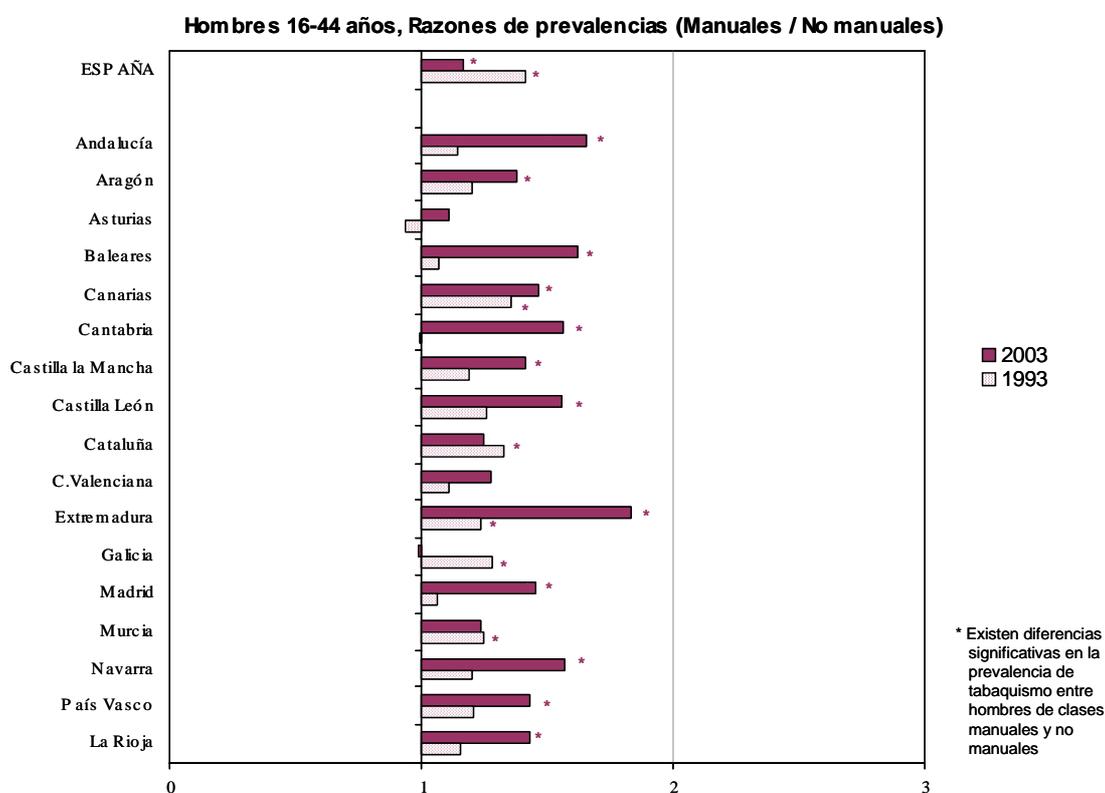
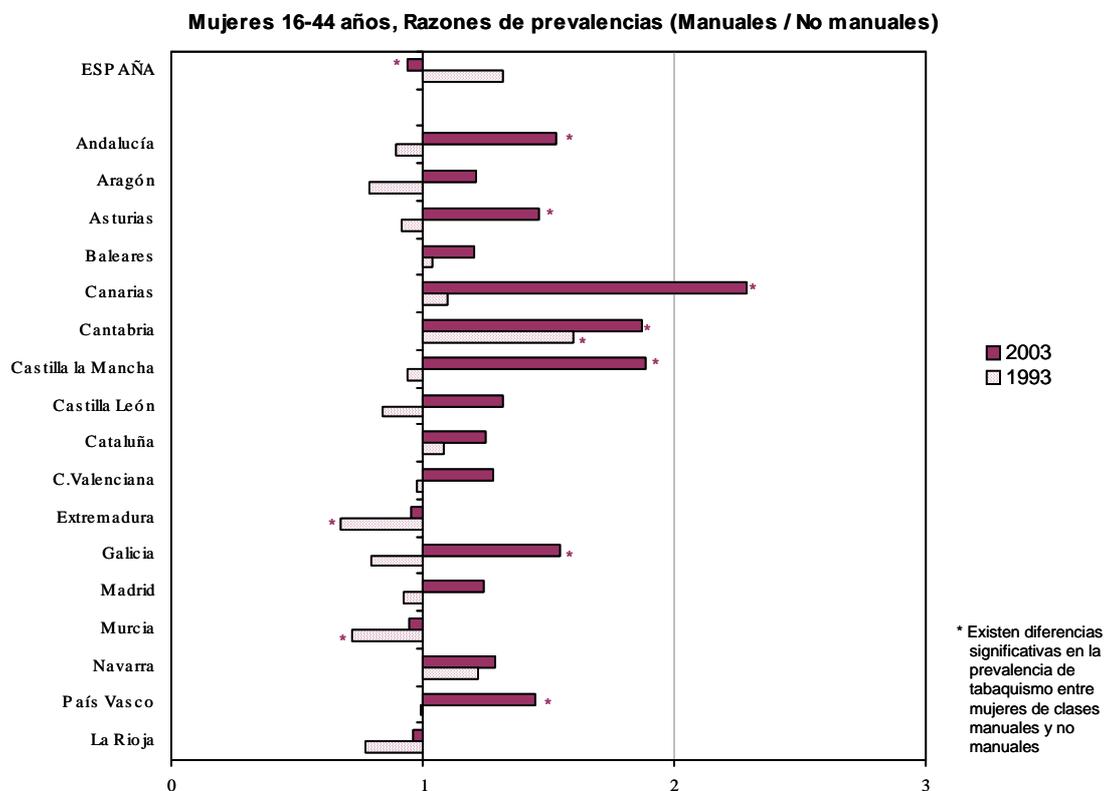


Figura 112. Evolución de las prevalencias de tabaquismo según la clase social en mujeres de 16 a 44 años, en las CC.AA. de España de 1993 a 2003. Razones de prevalencias estandarizadas por edad.



En los mayores de 44 años, en cambio, la evolución de las desigualdades cambia según el sexo, mientras en los hombres no se observan diferencias significativas en la evolución de las desigualdades de clase, excepto en Extremadura y La Rioja donde aumentan; por otro lado las mujeres de clases no manuales presentan mayores prevalencias de tabaquismo y se muestra una disminución significativa de estas desigualdades de clase en la mayoría de CC.AA., exceptuando La Rioja y Cantabria donde se produce un cambio de patrón de desigualdad (figuras 113 y 114).

Figura 113. Evolución de las prevalencias de tabaquismo según la clase social en hombres de 45 años o más, en las CC.AA. de España de 1993 a 2003. Razones de prevalencias estandarizadas por edad.

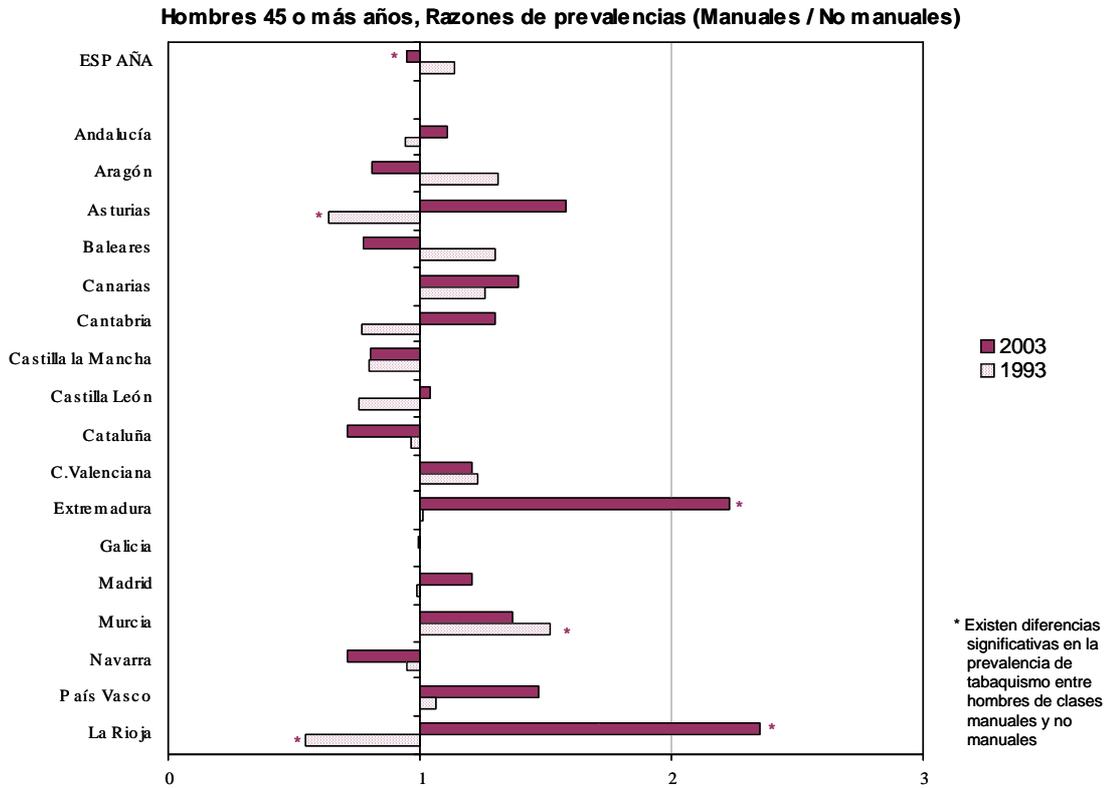
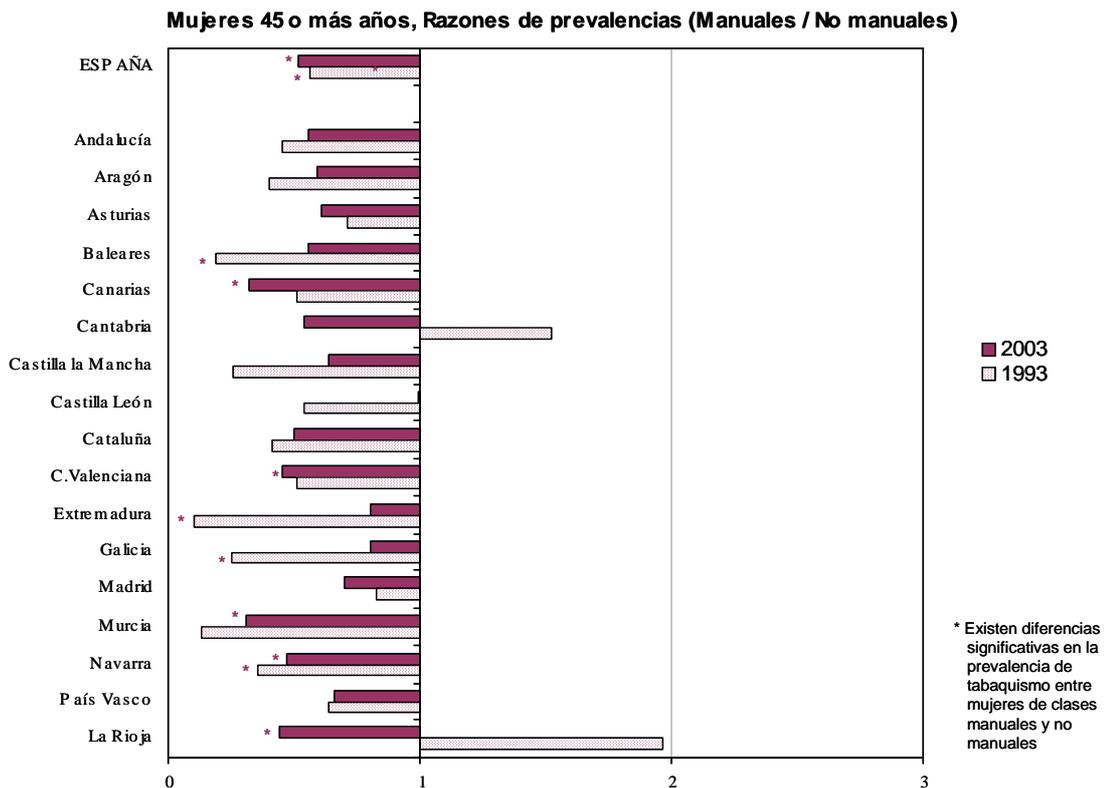


Figura 114. Evolución de las prevalencias de tabaquismo según la clase social en mujeres de 45 años o más, en las CC.AA. de España de 1993 a 2003. Razones de prevalencias estandarizadas por edad.



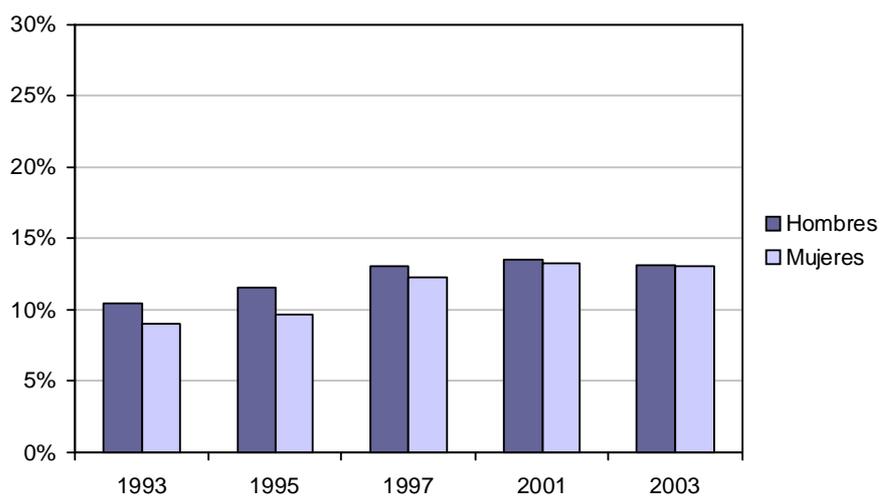
Obesidad

El sobrepeso y la obesidad aumentan a un ritmo alarmante en España, de forma que se han convertido en un problema de magnitud epidémica. Además, la obesidad eleva notablemente el riesgo de padecer numerosas enfermedades crónicas, como las cardiovasculares, la diabetes de tipo 2 y determinados cánceres, que, en la actualidad, representan la mayor carga de enfermedades. Tanto por su magnitud como por su contribución a la aparición de múltiples patologías, la obesidad es uno de los problemas sanitarios más graves de los países desarrollados y ya se ha establecido como un importante problema de salud pública²⁹.

■ Obesidad, 1993-2003

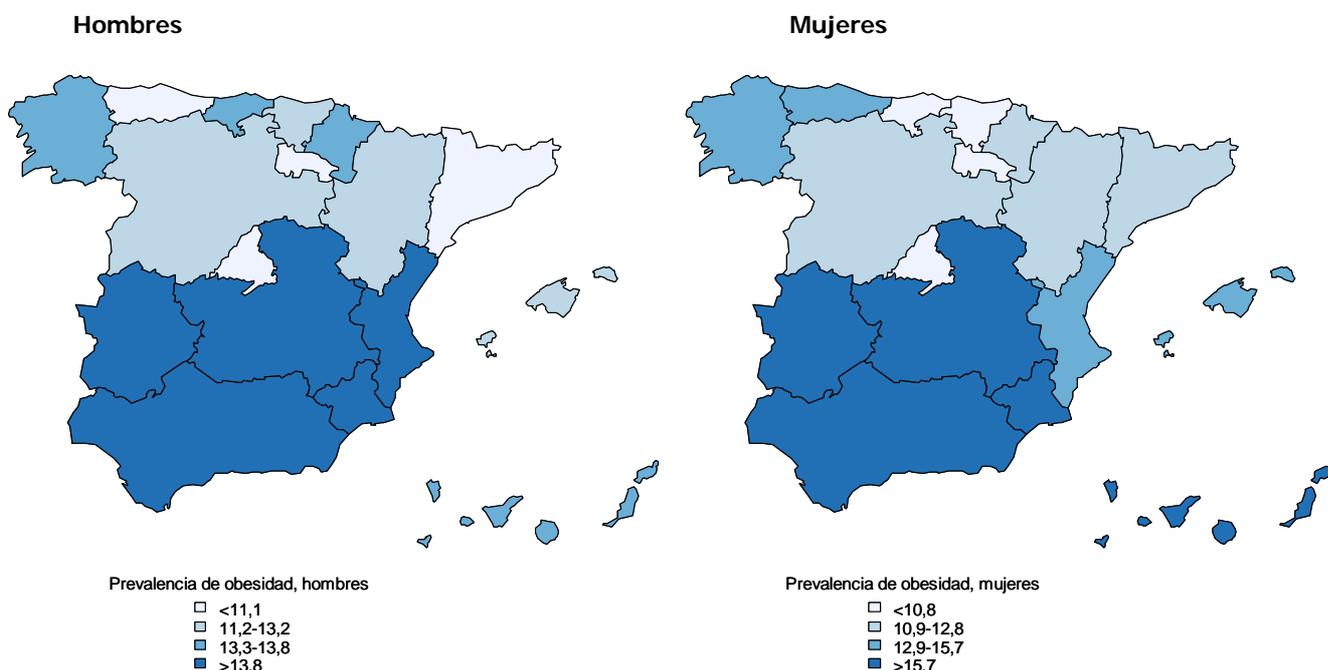
El año 2003 en España, la prevalencia de obesidad, según peso y talla autodeclarados, es de un 12,7% en hombres y un 13,2% en mujeres. Se observa que la prevalencia de obesidad aumenta en función de la edad, de manera que en el grupo de 16 a 34 años es del 6% y 4,7%, en hombres y mujeres respectivamente, y aumenta en mayores de 64 años al 21,5% y 18,7% respectivamente. En el periodo de 1993 a 2003, se observa que la prevalencia de obesidad experimenta un aumento progresivo en ambos sexos (figura 115).

Figura 115. Evolución de la prevalencia de obesidad en hombres y mujeres, en España de 1993 a 2003. Porcentajes estandarizados por edad.



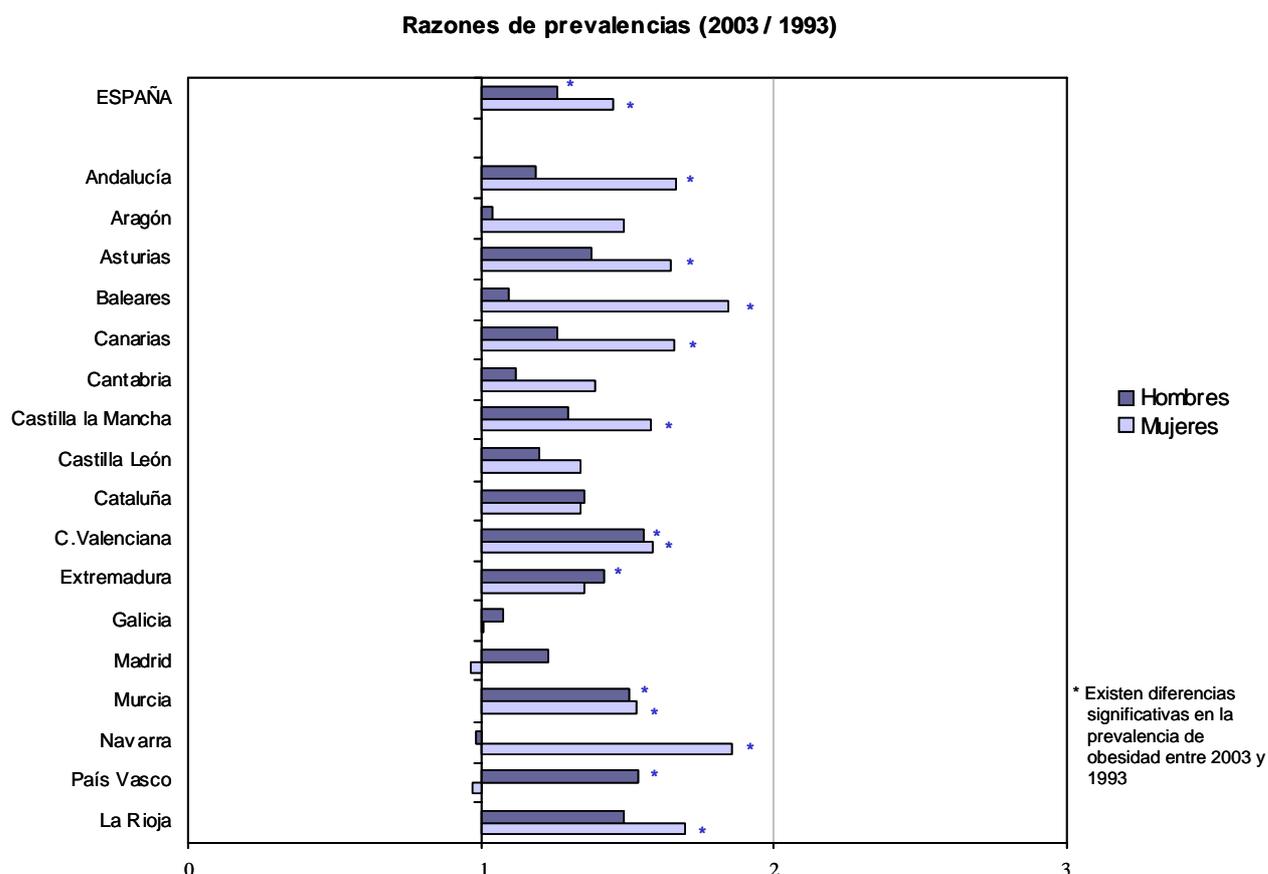
El año 2003 se observan desigualdades en la prevalencia de obesidad en las CC.AA., siendo las personas del Sur del país las que presentan mayores prevalencias de obesidad (figura 116). Así, las CC.AA. con un mayor porcentaje de personas obesas son Extremadura, Andalucía, Castilla la Mancha y Murcia (más del 15% de hombres y más del 16% de mujeres). Por otro lado, las CC.AA. con menores prevalencias de obesidad son La Rioja y Madrid, entre otras (menos del 12% en ambos sexos).

Figura 116. Distribución en cuartiles de las prevalencias de obesidad, en hombres y mujeres, en las CC.AA. de España el año 2003. Porcentajes estandarizados por edad.



En el periodo de 1993 a 2003 se observa un aumento de la prevalencia de obesidad en todas las CC.AA., de manera más significativa en las mujeres (figura 117).

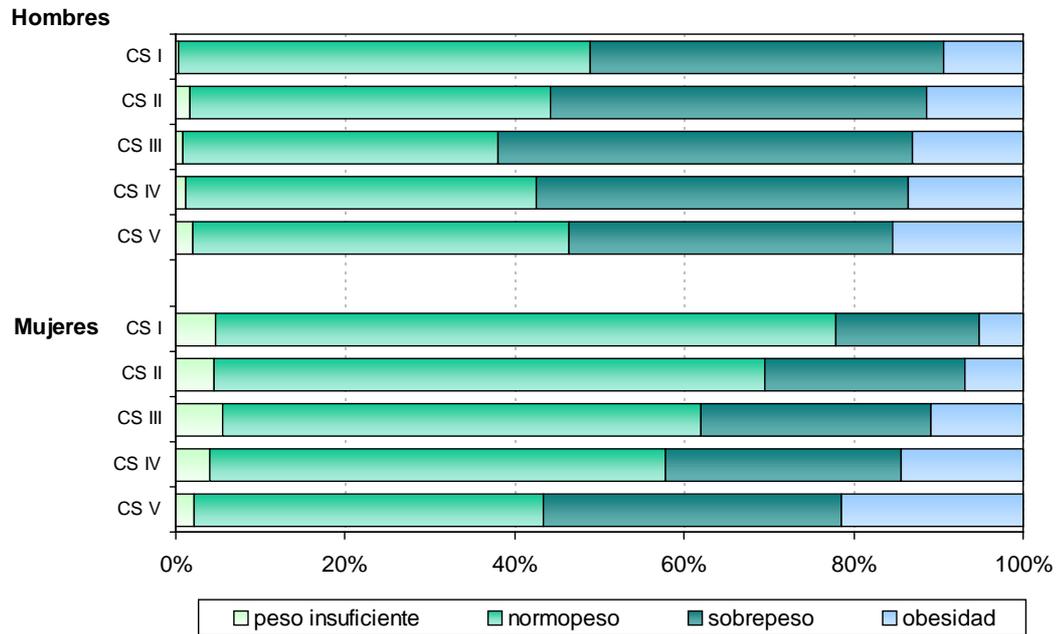
Figura 117. Evolución de las prevalencias de obesidad en hombres y mujeres, en las CC.AA. de España de 1993 a 2003. Razones de prevalencias estandarizadas por edad.



■ Las desigualdades en la obesidad según la clase social, 1993-2003

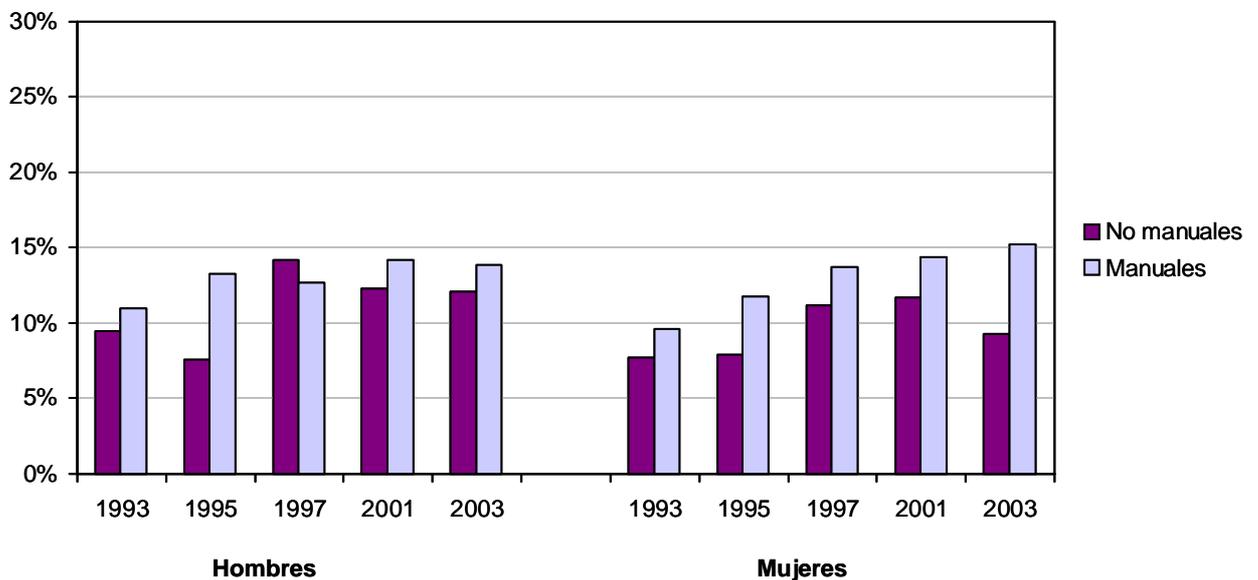
El año 2003 en España, en hombres, no se observan diferencias claras en la distribución del peso según la clase social, solamente se aprecia un ligero gradiente en la obesidad, siendo los de clase V los que presentan mayores prevalencias (9,3% en hombres de clase I frente al 14,9% de los hombres de clase V). En las mujeres, las diferencias en el peso según la clase social son más claras, se observa que tanto la obesidad como el sobrepeso son menos frecuentes en las de clases más favorecidas, y aumentan en forma de gradiente en las de clases menos favorecidas (5,2% de obesidad en mujeres de clase I respecto el 20,7% de mujeres de clase V) (figura 110).

Figura 118. Distribución del peso según el índice de masa corporal según la clase social, en hombres y mujeres, en España el año 2003.



En el periodo de 1993 a 2003, se observa un aumento de la prevalencia de obesidad en hombres, de clases manuales y no manuales. Esta tendencia creciente de la obesidad es más fuerte en mujeres, sobre todo en las de clases manuales, de manera que al final del periodo las desigualdades en la prevalencia de obesidad en mujeres según la clase social aumenta notablemente (figura 119).

Figura 119. Evolución de la prevalencia de obesidad según la clase social, en hombres y mujeres, en España de 1993 a 2003. Porcentajes estandarizados por edad.



En el año 2003, las desigualdades en la prevalencia de obesidad según la clase social en las CC.AA. varían según el sexo. En hombres, la mayoría no muestra grandes diferencias en la prevalencia de obesidad entre los de clases manuales y no manuales, se observa en algunas comunidades prevalencias mayores en los manuales, otras en cambio, presentan un patrón invertido como Canarias (figura 120). En mujeres en cambio, existen diferencias significativas en la prevalencia de obesidad según la clase social en la mayoría de CC.AA., siendo las de clases manuales las que presentan mayor prevalencia de obesidad respecto las de clases no manuales, por ejemplo en Andalucía y Canarias donde alcanza el 20% (figura 121).

Figura 120. Distribución de las prevalencias de obesidad según la clase social en hombres, en las CC.AA. de España el año 2003. Razones de prevalencias estandarizadas por edad.

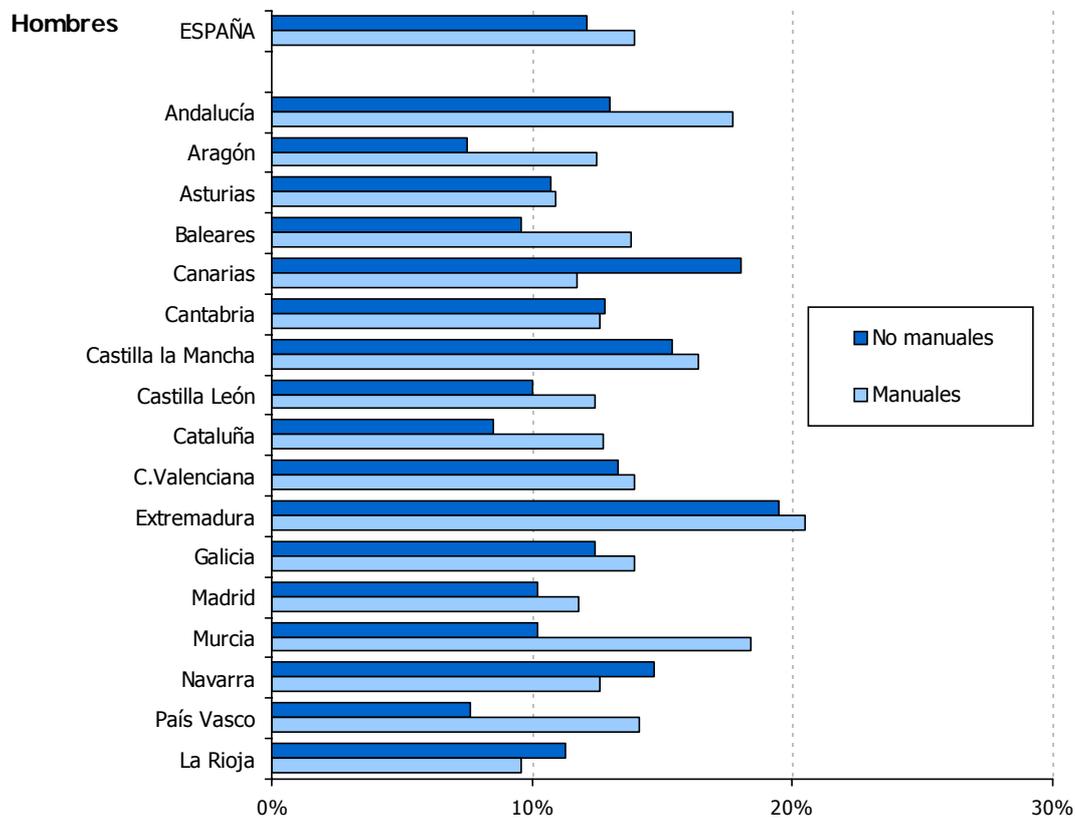
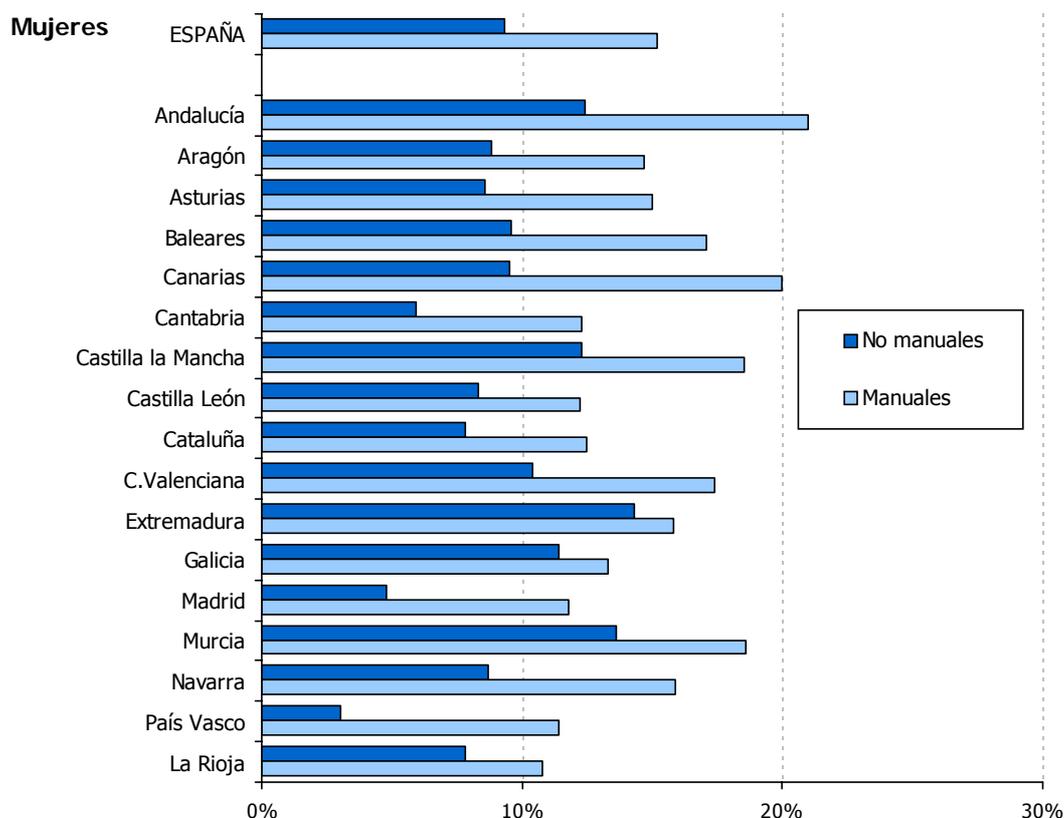


Figura 121. Distribución de las prevalencias de obesidad según la clase social en mujeres, en las CC.AA. de España el año 2003. Razones de prevalencias estandarizadas por edad.



En el periodo de 1993 a 2003 las desigualdades en la obesidad en hombres según la clase social se mantienen en la mayoría de CC.AA., algunas como Cataluña o Navarra disminuyen las diferencias entre los de clases manuales y no manuales, en cambio otras como Murcia y el País Vasco han registrado un aumento de las desigualdades en obesidad según la clase social (figura 122). En mujeres, no se observa una evolución significativa en las desigualdades en la prevalencia de obesidad según la clase social. La mayoría han aumentado las desigualdades como en Canarias y Cantabria, y algunas las han disminuido como Castilla León (figura 123).

Figura 122. Evolución de las prevalencias de obesidad según la clase social en hombres, en las CC.AA. de España de 1993 a 2003. Razones de prevalencias estandarizadas por edad.

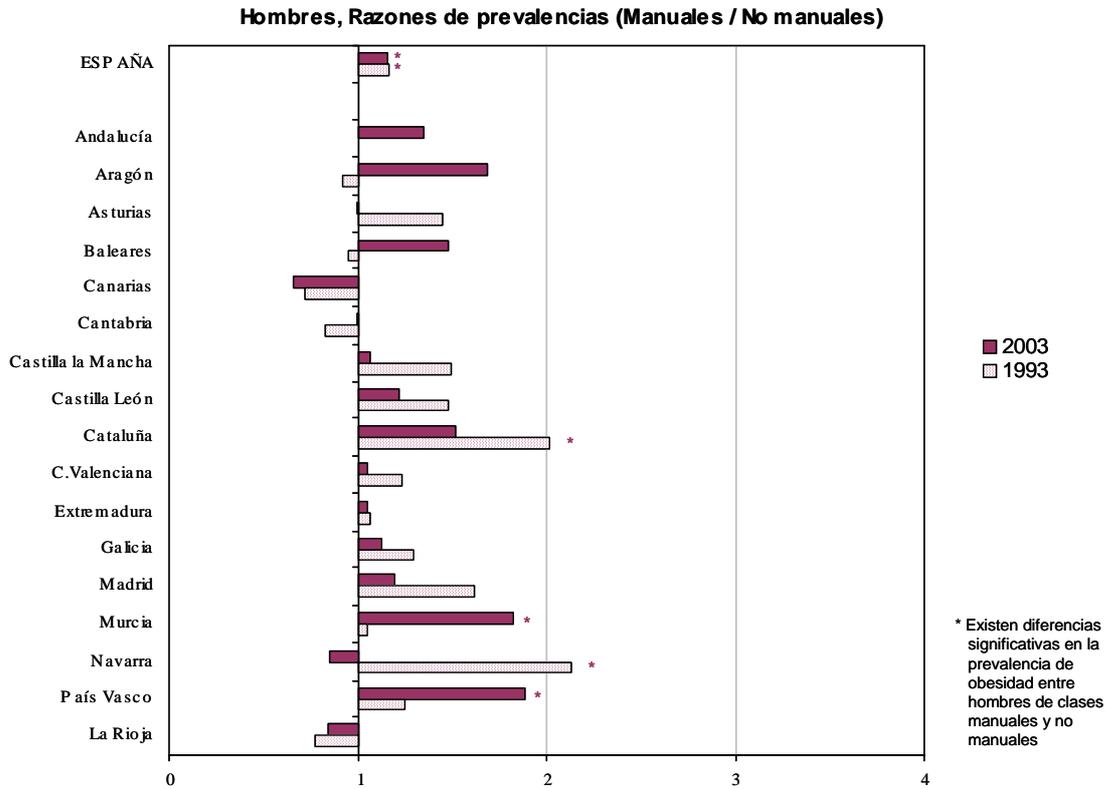
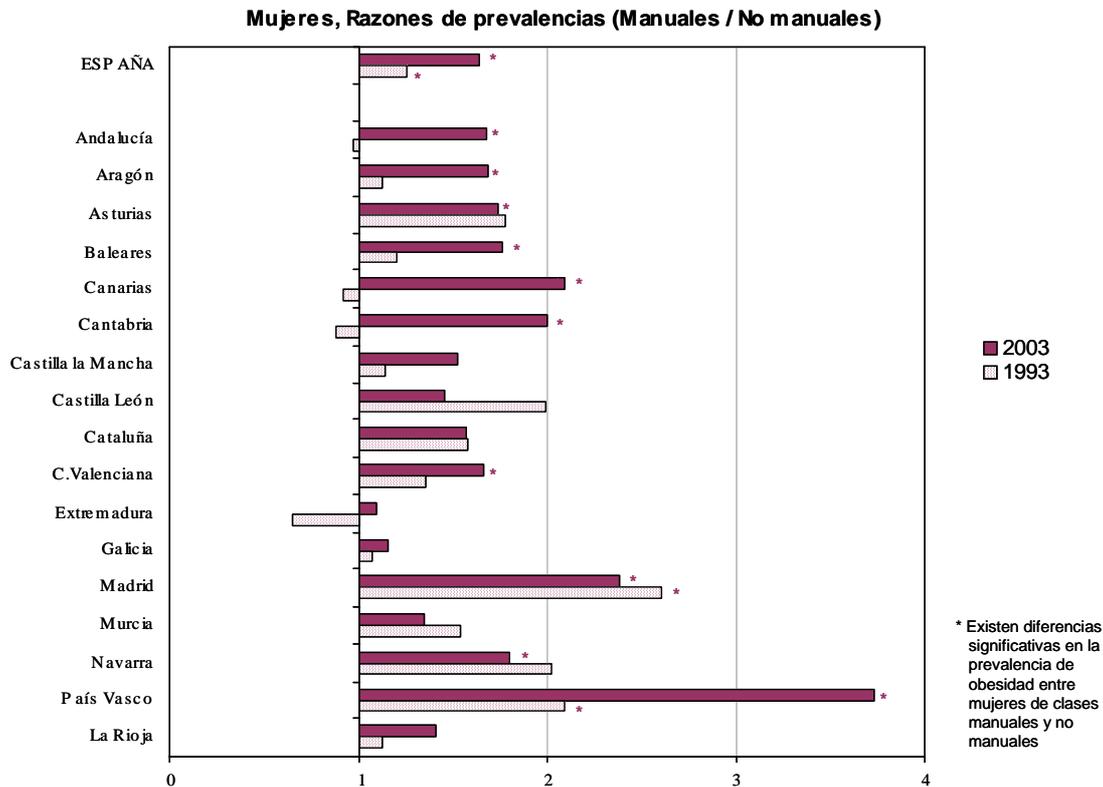


Figura 123. Evolución de las prevalencias de obesidad según la clase social en mujeres, en las CC.AA. de España de 1993 a 2003. Razones de prevalencias estandarizadas por edad.



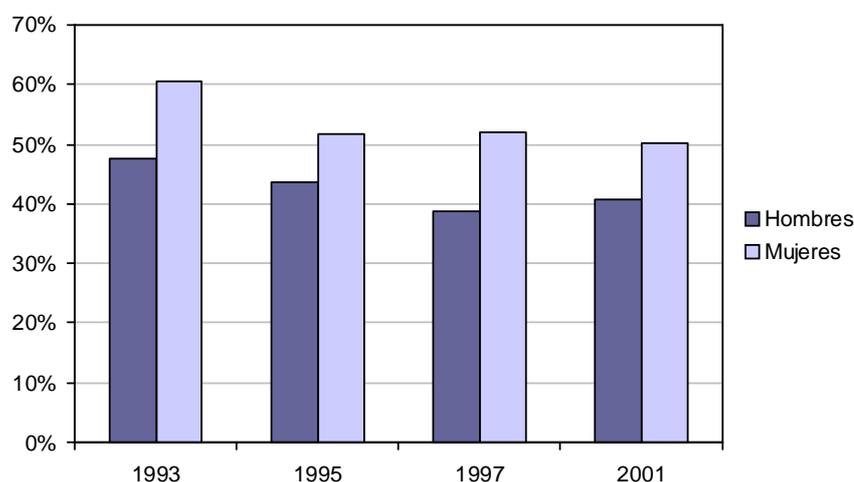
Sedentarismo en el tiempo de ocio

El sedentarismo se ha convertido en un importante problema de salud pública. La inactividad física se asocia con un incremento de la mortalidad por todas las causas, en especial por enfermedades cardiovasculares y cáncer, por otro lado la actividad física tiene efecto protector en el riesgo de desarrollar diversas enfermedades crónicas como la enfermedad coronaria, la hipertensión, la diabetes, la osteoporosis y las enfermedades mentales como la ansiedad y la depresión³⁰. Por ello, la Organización Mundial de la Salud insiste en las últimas décadas sobre la necesidad imperiosa de abandonar el sedentarismo, típico de estilos de vida occidentales, promoviendo la actividad física para mejorar la salud, adoptando formas de vida más saludables³¹.

■ Sedentarismo, 1993-2001

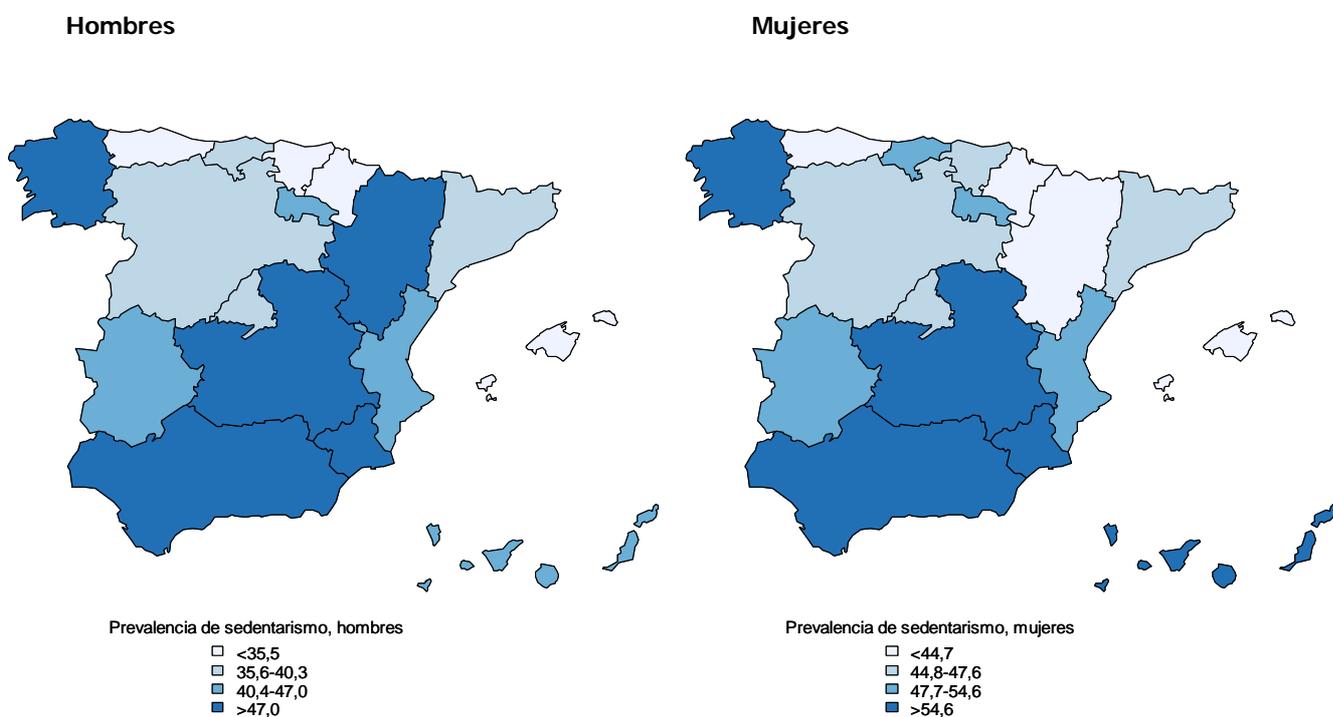
El año 2001 en España (no existe información para el año 2003), la prevalencia de sedentarismo en el tiempo libre fue del 41,1% en hombres y del 52,1 % en mujeres. La realización de actividad física varía en función de la edad, de manera desigual en hombres y en mujeres. En los hombres, la prevalencia de sedentarismo mayor se da en los de 35 a 64 años, seguida de los mayores de 44 y es menor en los más jóvenes. En las mujeres, no se observan diferencias en la prevalencia de sedentarismo en las menores de 65 años (49% aproximadamente), y éste aumenta notablemente en las mayores de 64 años (62%). En el periodo de 1993 a 2001, se observa un ligero descenso de las prevalencias de sedentarismo, tanto en hombres como en mujeres, manteniéndose más o menos estables en los últimos años (figura 124).

Figura 124. Evolución de la prevalencia de sedentarismo en hombres y mujeres, en España de 1993 a 2001. Porcentajes estandarizados por edad.



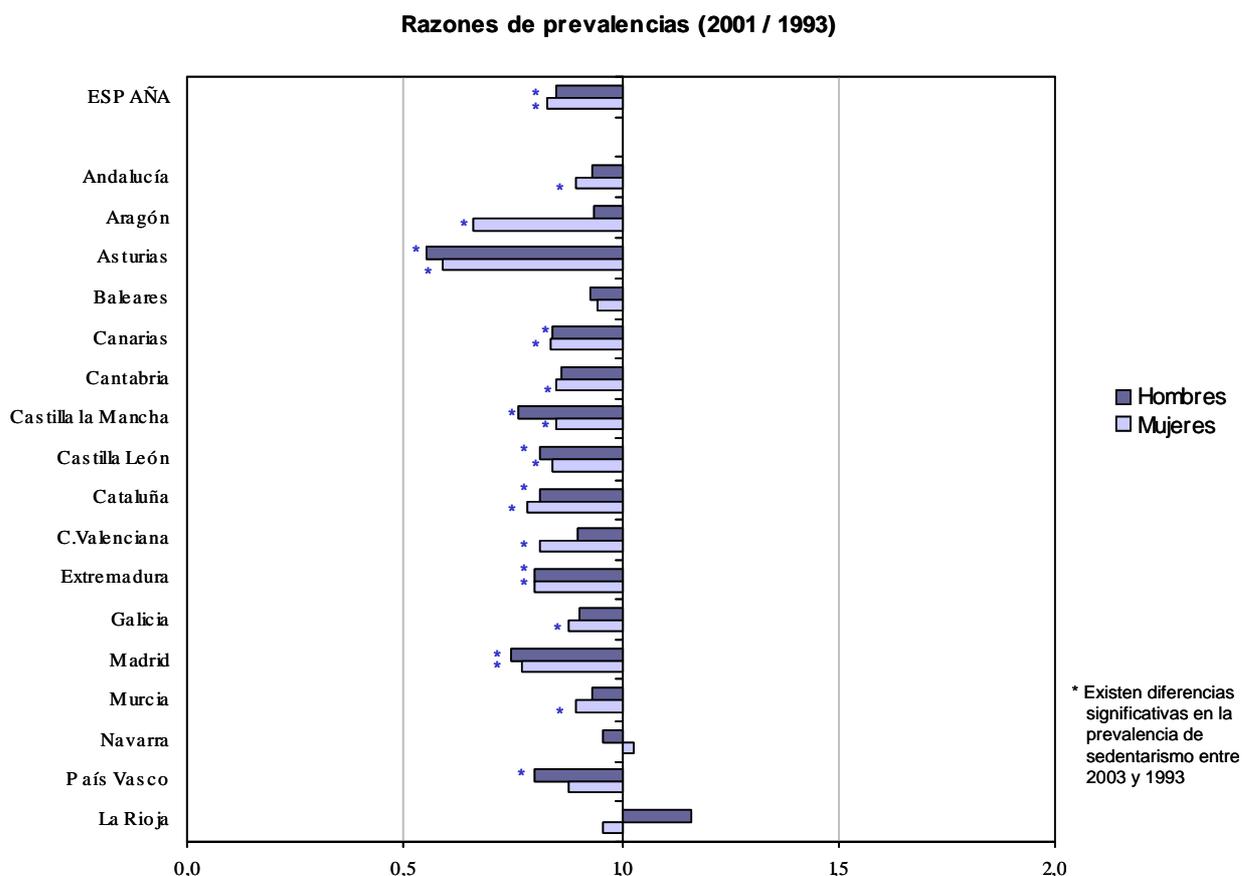
El año 2001 se observan desigualdades en la prevalencia de sedentarismo en las CC.AA. (figura 125), siendo las personas del Sur y Oeste las que presentan mayores prevalencias de sedentarismo, por ejemplo en Murcia, Andalucía y Castilla la Mancha (más del 48% en hombres y más del 60% en mujeres). Por otro lado, las CC.AA. con menores prevalencias de sedentarismo son Navarra, Asturias y Baleares (menos del 33% de los hombres, y menos del 43% de mujeres).

Figura 125. Distribución en cuartiles de las prevalencias de sedentarismo, en hombres y mujeres, en las CC.AA. de España el año 2001. Porcentajes estandarizados por edad.



En el periodo de 1993 a 2001, se observa una disminución de la prevalencia de sedentarismo en todas las CC.AA., de manera más significativa en las mujeres (figura 126).

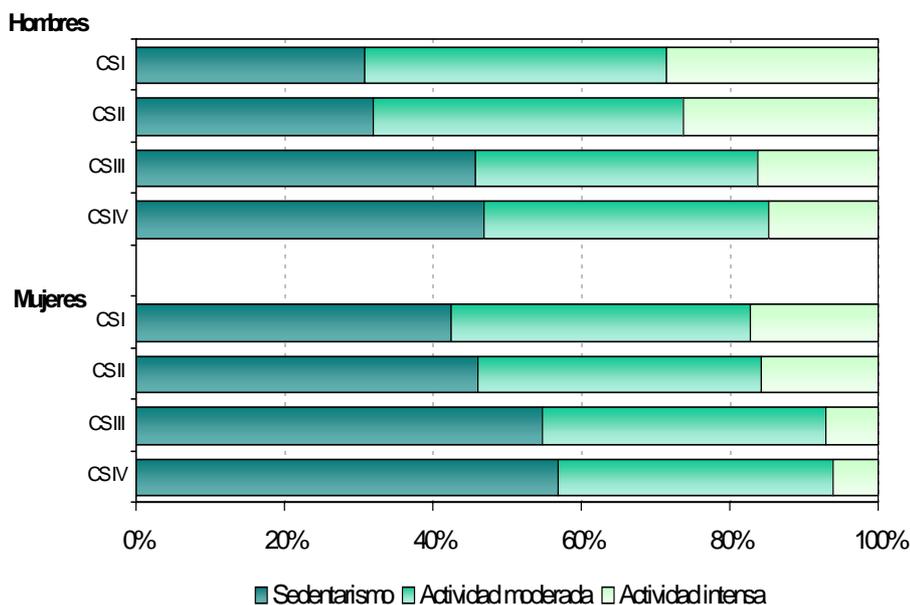
Figura 126. Evolución de las prevalencias de sedentarismo en hombres y mujeres, en las CC.AA. de España de 1993 a 2001. Razones de prevalencias estandarizadas por edad.



■ **Las desigualdades en el sedentarismo según la clase social, 1993-2001**

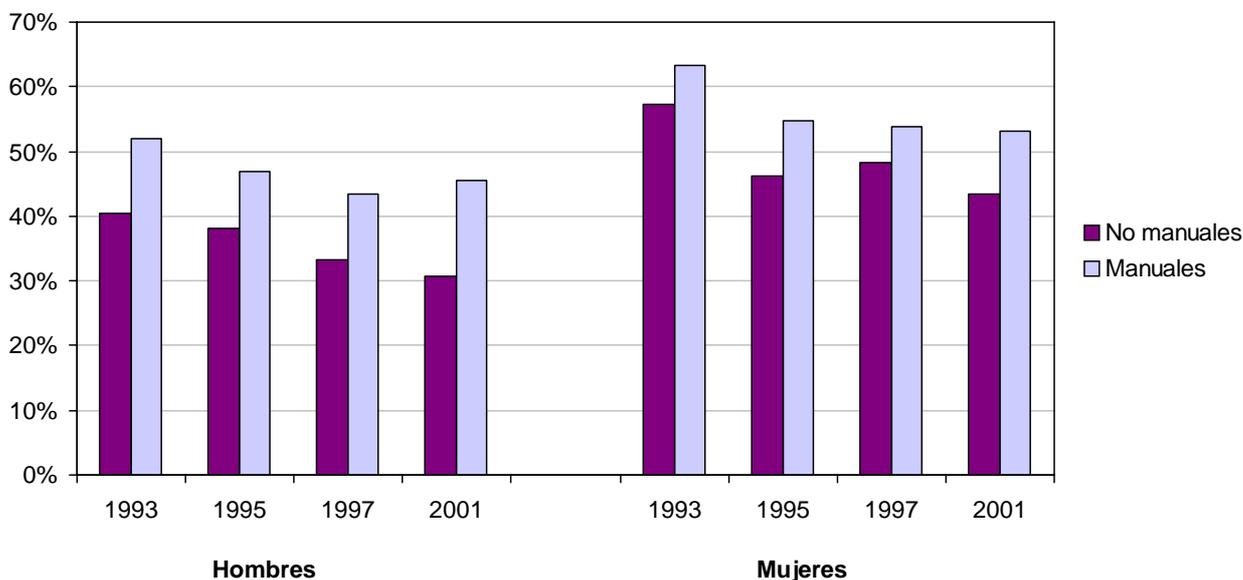
El año 2001 en España, se observan desigualdades en la distribución del tipo de actividad física en el tiempo libre según la clase social (figura 127). En ambos sexos se observan diferencias tanto en el sedentarismo como en la actividad física intensa, de manera que las personas de clases menos favorecidas presentan mayores prevalencias de sedentarismo (un 30,8% de hombres y un 42,5% de mujeres de clase I tienen una actividad sedentaria, respecto el 46,9% y el 57% en hombres y mujeres de clase IV, respectivamente), y a su vez menores prevalencias de actividad física intensa y regular.

Figura 127. Distribución del tipo de actividad física según la clase social, en hombres y mujeres, en España el año 2001.



En el periodo de 1993 a 2001, se observa un descenso de la prevalencia de sedentarismo, tanto en hombres como en mujeres, siendo mayor entre las personas de clases no manuales, de manera que al final del periodo se produce un aumento de las diferencias en la prevalencia de sedentarismo según la clase social (figura 128).

Figura 128. Evolución de la prevalencia de sedentarismo según la clase social, en hombres y mujeres, en España de 1993 a 2001. Porcentajes estandarizados por edad.



En el año 2001, se observan desigualdades en la prevalencia de sedentarismo según la clase social, en todas las CC.AA. tanto en hombres como en mujeres, siendo siempre las personas de clases manuales las que registran un mayor porcentaje de sedentarismo, respecto las de clases no manuales, llegando al 50% en hombres de Aragón, Castilla la Mancha y Murcia y en más de un 60% en mujeres de Murcia, Andalucía y Castilla la Mancha (figuras 129 y 130).

Figura 129. Distribución de las prevalencias de sedentarismo según la clase social en hombres, en las CC.AA. de España el año 2001. Razones de prevalencias estandarizadas por edad.

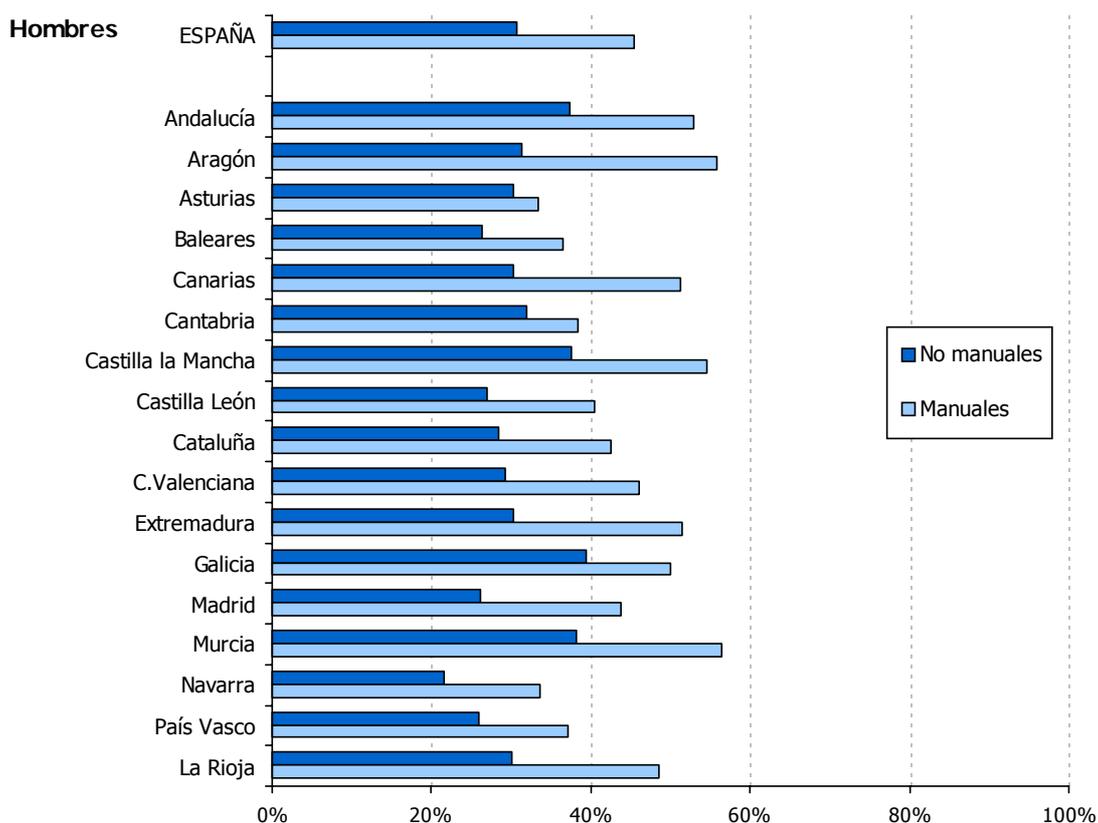
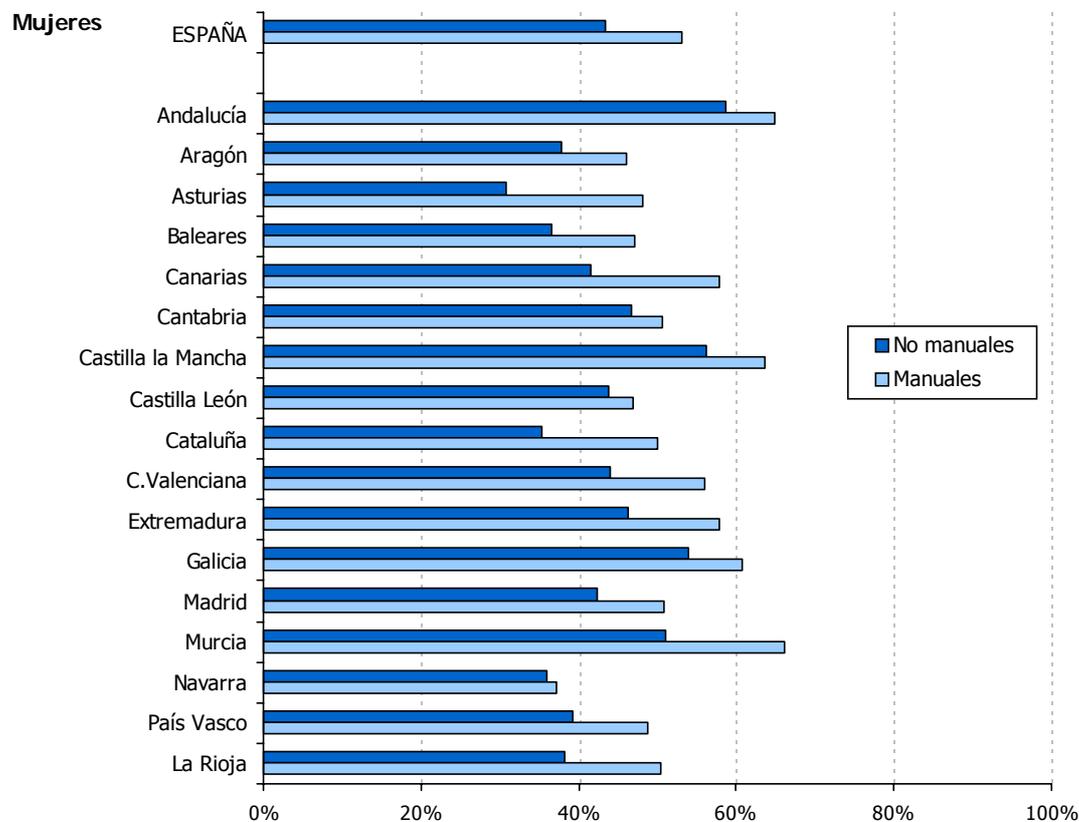


Figura 130. Distribución de las prevalencias de sedentarismo según la clase social en mujeres, en las CC.AA. de España el año 2001. Razones de prevalencias estandarizadas por edad.



En el periodo de 1993 a 2001 las desigualdades según la clase social en la prevalencia de sedentarismo en hombres han aumentado en la mayoría de las CC.AA., excepto en Navarra o Asturias (figura 131). En las mujeres la mayoría han aumentado las desigualdades y algunas comunidades no han presentado cambios significativos (figura 132).

Figura 131. Evolución de las prevalencias de sedentarismo según la clase social en hombres, en las CC.AA. de España el año 2001. Razones de prevalencias estandarizadas por edad.

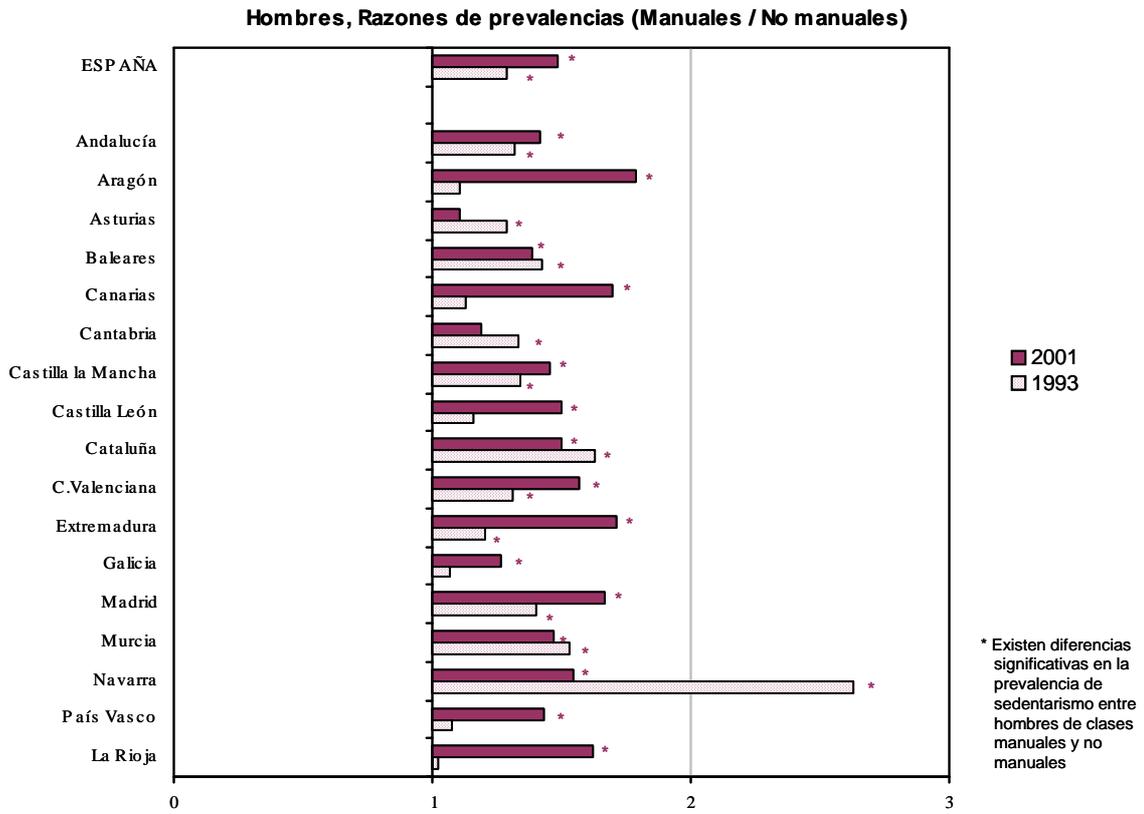
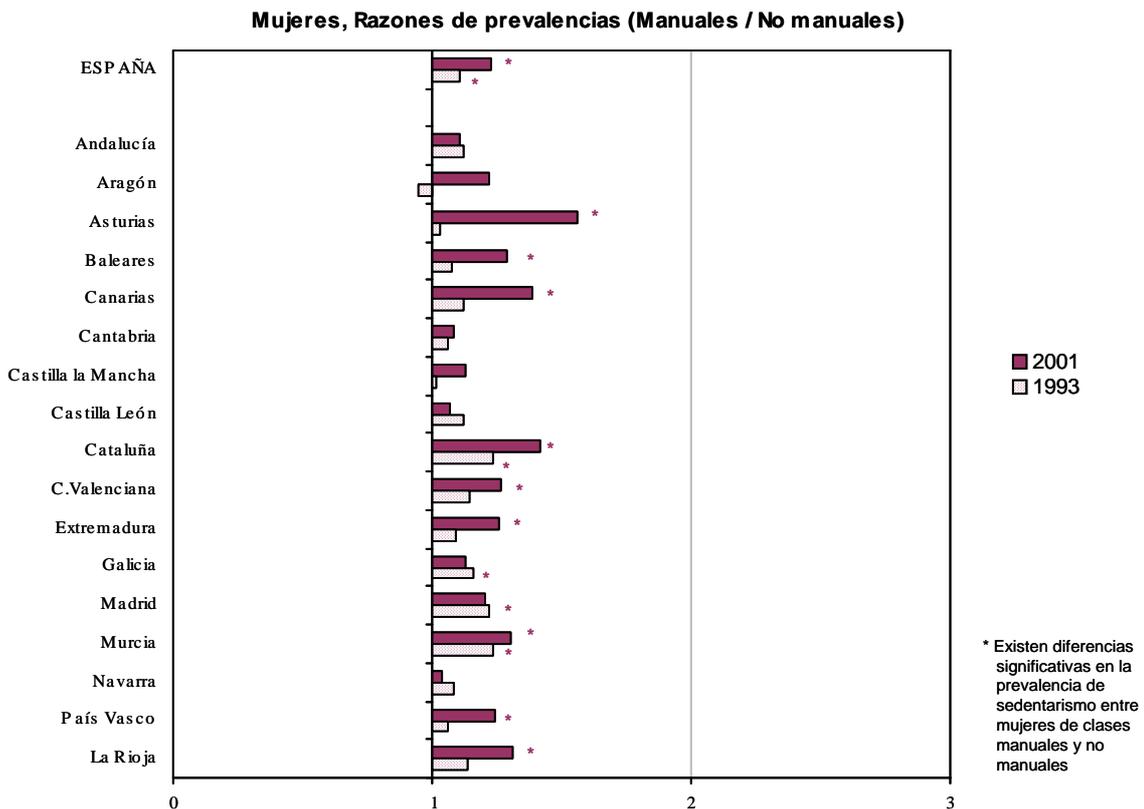


Figura 132. Evolución de las prevalencias de sedentarismo según la clase social en mujeres, en las CC.AA. de España el año 2001. Razones de prevalencias estandarizadas por edad.



Consumo de riesgo de alcohol

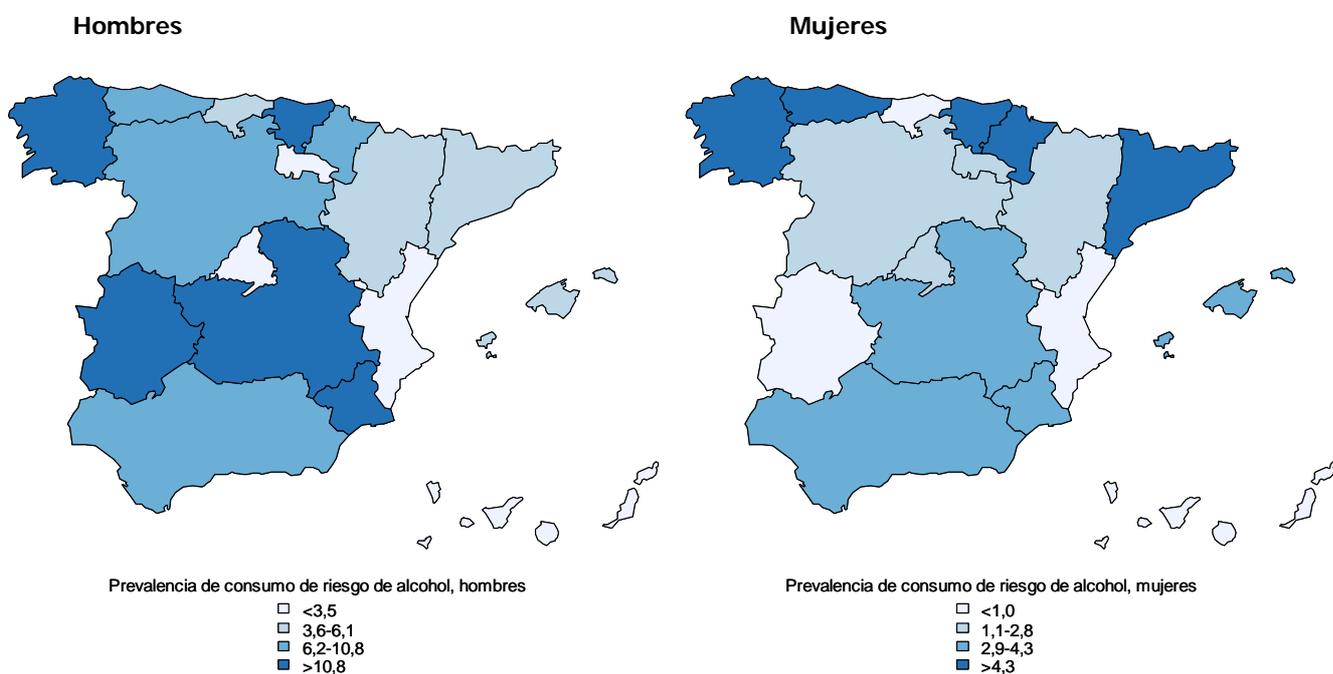
El alcohol es otro de los factores determinantes de la salud más importantes, ya que conlleva una importante carga de enfermedad y lesiones atribuibles. Además de las consecuencias para la salud en un sentido estricto, el alcohol también conlleva una dimensión social: violencia, delincuencia, problemas familiares, exclusión social, problemas en el lugar de trabajo, etc. El alcohol es una droga psicoactiva que puede llevar a un consumo peligroso y a una dependencia asociada a un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad. El consumo de alcohol y la frecuencia de consumos excesivos se asocian a un mayor riesgo de accidentes, incluidos los accidentes de tráfico, violencia deliberada, tanto hacia sí mismo como hacia los demás, suicidio, malos tratos, y comportamientos delictivos incluidos el robo y la violación³².

■ **Consumo de riesgo de alcohol, 2003**

El año 2003 en España, un 48,2% de hombres y 17,2% de mujeres declaran ser bebedores moderados, y un 6,4% de hombres y un 3,2% de las mujeres son considerados bebedores de riesgo. La prevalencia de consumo de riesgo de alcohol es siempre mayor en hombres que en mujeres, y existen diferencias según la edad, de manera que es mayor en los hombres de 35 a 64 años un 7,8%, y en las mujeres es de 4,2% en el mismo grupo de edad.

El año 2003 se observan desigualdades en la prevalencia de consumo de riesgo de alcohol en las CC.AA. (figura 133). En hombres, las mayores prevalencias de consumo de riesgo de alcohol se observan en Murcia, Galicia y País Vasco (más del 12%), por el contrario en la Comunidad Valenciana y Canarias, entre otras, el porcentaje de hombres que declaran ser bebedores de riesgo es menor. En las mujeres, también se observan diferencias en las CC.AA. de menor magnitud a los hombres, observándose que las que mayor prevalencias de consumidoras de riesgo de alcohol presentan son Cataluña y el País Vasco (más del 5%), siendo mucho menores en el resto de comunidades.

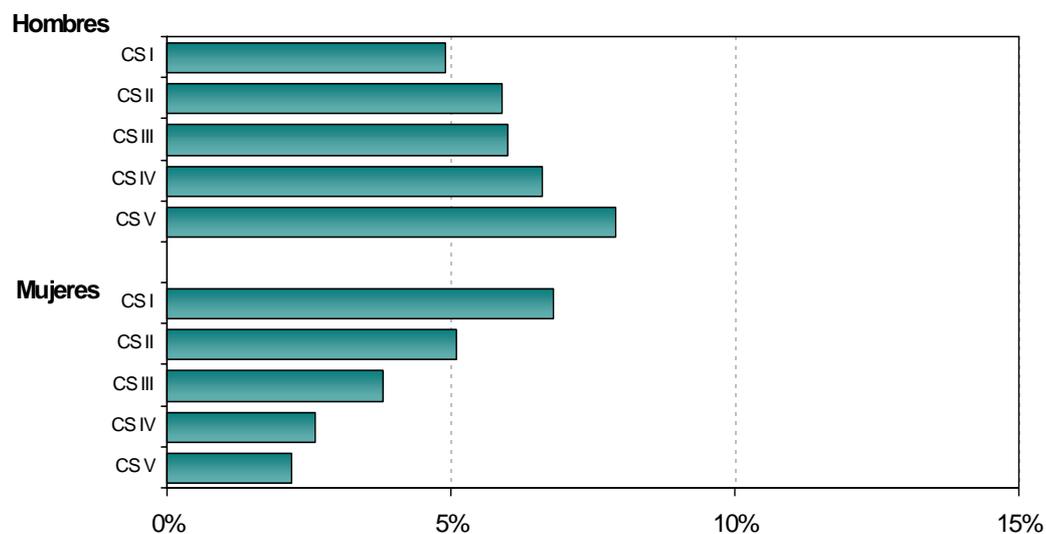
Figura 133. Distribución en cuartiles de las prevalencias de consumo de riesgo de alcohol, en hombres y mujeres, en las CC.AA. de España el año 2003. Porcentajes estandarizados por edad.



■ Las desigualdades en el consumo de riesgo de alcohol según la clase social, 2003

El año 2003 en España, el patrón de desigualdad según la clase social es diferencial según el sexo (figura 134). En los hombres son los de clases menos favorecidas los que presentan mayores prevalencias de consumo de riesgo de alcohol y disminuye en los de clases más favorecidas (un 4,9% en hombres de clase I respecto el 7,9% de los de clase V). Por el contrario en mujeres, son las de clases más favorecidas las que presentan mayores porcentajes de bebedoras de riesgo (un 6,8% en mujeres de clase I respecto el 2,2% de las de clase V).

Figura 134. Distribución del consumo de riesgo de alcohol según la clase social, en hombres y mujeres, en España el año 2003.



En el año 2003, en hombres se observan diferencias en el patrón de desigualdad según la clase social en las prevalencias de consumo de riesgo de alcohol, ya que aunque la mayoría de CC.AA. presenta mayores porcentajes de bebedores de riesgo en los manuales, en algunas CC.AA. como Baleares o Extremadura se invierte el patrón (figura 135). En las mujeres, prácticamente en todas las CC.AA., se observan los mayores porcentajes de bebedoras de riesgo en las de clases no manuales, por ejemplo en Cataluña (figura 136).

Figura 135. Distribución de las prevalencias de consumo de riesgo de alcohol según la clase social en hombres, en las CC.AA. de España el año 2003. Razones de prevalencias estandarizadas por edad.

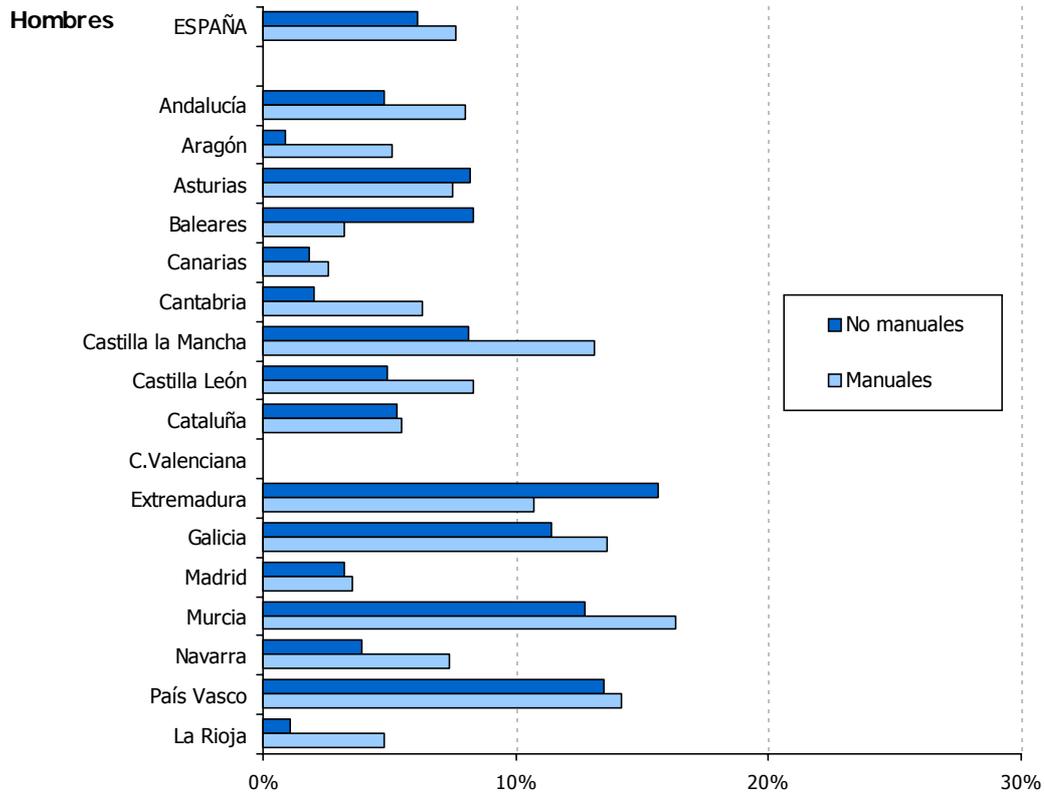
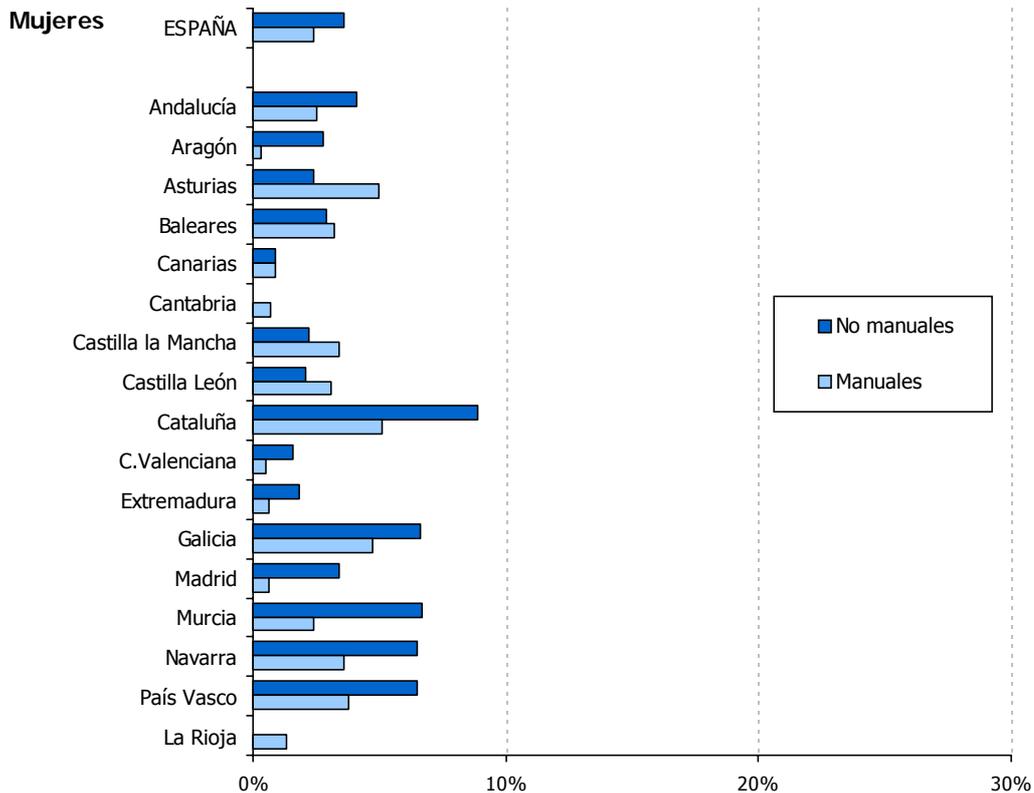


Figura 136. Distribución de las prevalencias de consumo de riesgo de alcohol según la clase social en mujeres, en las CC.AA. de España el año 2003. Razones de prevalencias estandarizadas por edad.



Utilización de servicios sanitarios

El sistema sanitario en España, de financiamiento fundamentalmente público, es equitativo en cuanto a la cobertura de las necesidades de salud de la población y favorece la redistribución de la riqueza social. A pesar de esto, existen desigualdades en función del género o la clase social a la hora de acceder a determinadas prestaciones o a servicios privados. En cuanto a los programas preventivos, se suelen beneficiar más las clases más privilegiadas, que, además, suelen ser las que tienen menos riesgo de padecer la enfermedad en cuestión³³.

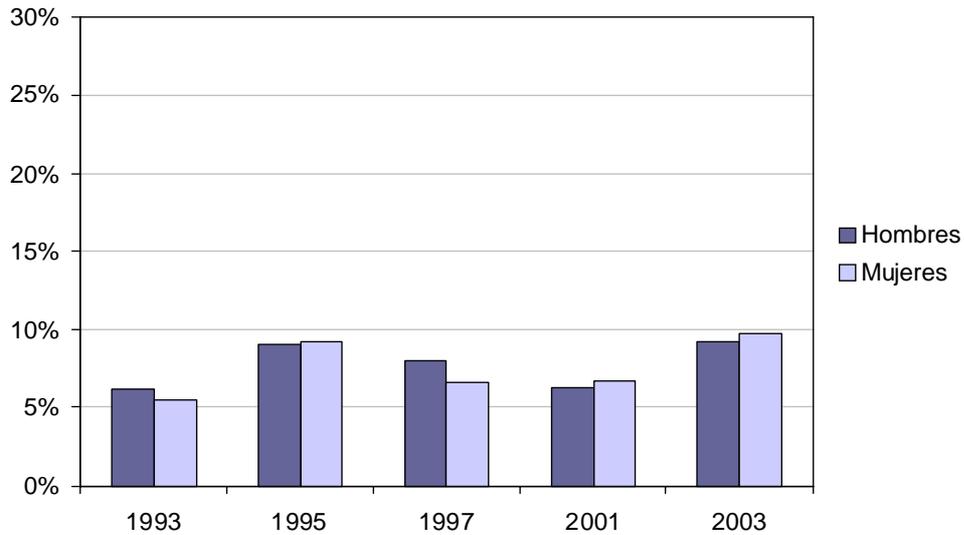
Cobertura sanitaria

La oferta a la atención sanitaria presenta desigualdades de utilización y acceso entre CC.AA., en los últimos años ha aumentado la población que es beneficiaria de una mutua u otro tipo de asistencia sanitaria privada, sobre todo las personas de clases sociales más favorecidas, de manera que se producen desigualdades en la utilización de servicios sanitarios no cubiertos por la sanidad pública. Así pues, el acceso privado tiene un impacto en la utilización, sobre todo influye en una mayor frecuentación de médicos especialistas, en lugar de médicos generales, y más utilización de servicios preventivos o servicios parcialmente cubiertos por el sistema público de salud.

■ Cobertura sanitaria, 1993-2003

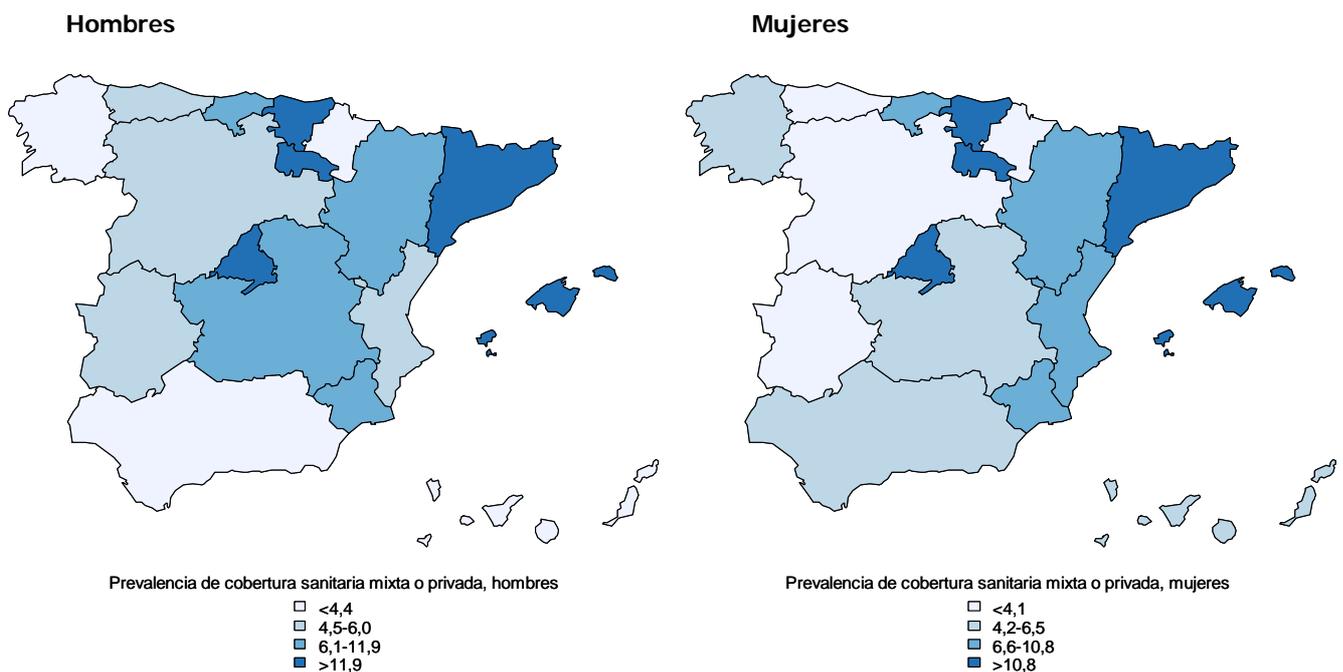
El año 2003 en España, un 10,9% en hombres y un 12,7% de las mujeres declararon tener cobertura sanitaria privada o mixta (pública y privada). Se observan ligeras diferencias en el tipo de cobertura en función de la edad, de forma que son los adultos de 35 a 64 años los que presentan prevalencias más altas. Según el sexo, el porcentaje de personas beneficiarias de cobertura sanitaria privada o mixta es algo mayor en mujeres que en hombres en todos los grupos de edad comparados. En el periodo de 1993 a 2003, el porcentaje de la población con cobertura privada o mixta ha aumentado notablemente el último año, tanto en hombres como en mujeres, el 1993 era de un 5% aproximadamente y el 2003 ha llegado a más del 10% (figura 137).

Figura 137. Evolución de la prevalencia de la cobertura privada o mixta en hombres y mujeres, en España de 1993 a 2003. Porcentajes estandarizados por edad.



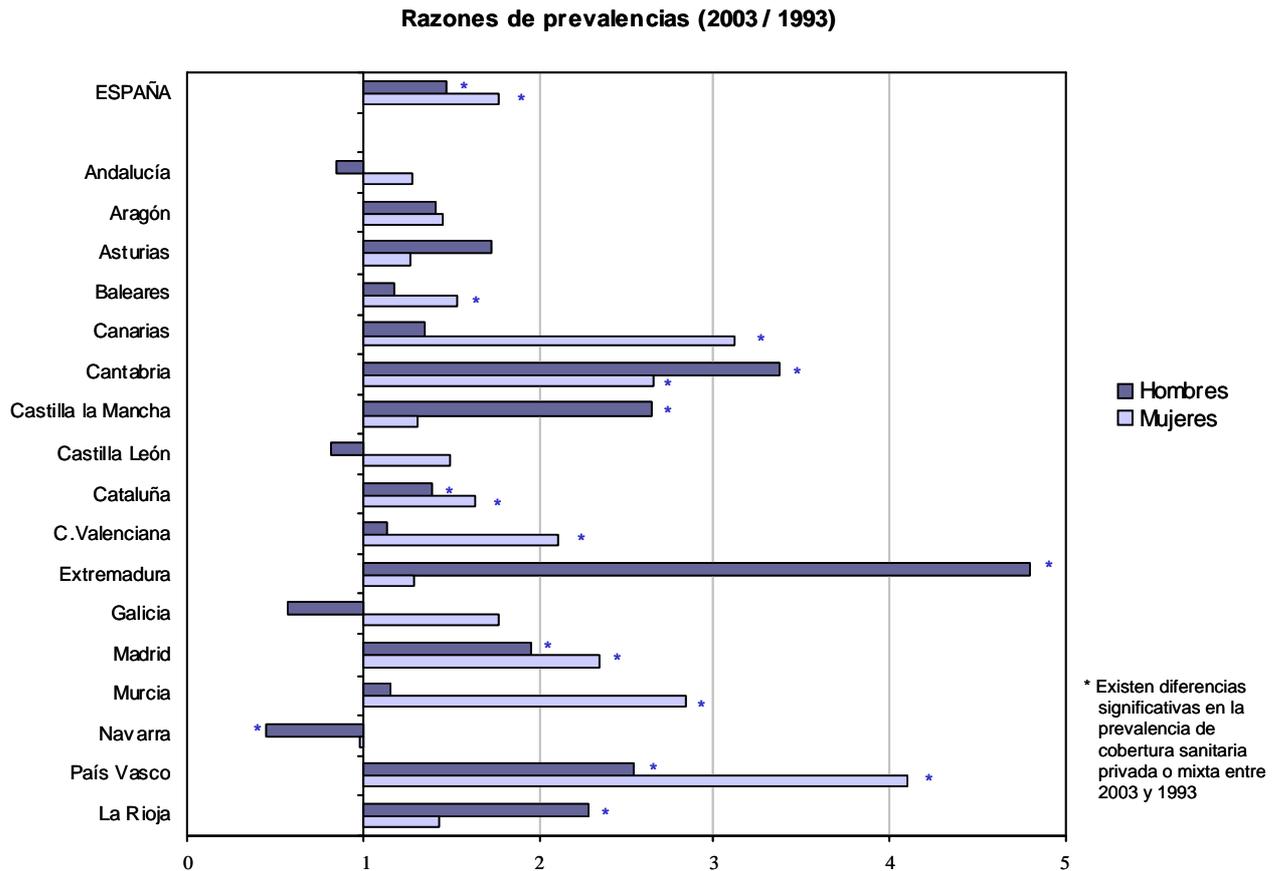
En el año 2003 se observan importantes desigualdades en el porcentaje de personas con cobertura sanitaria privada o mixta. Madrid, Cataluña y Baleares son las que presentan porcentajes muy elevados respecto las demás CC.AA. (más del 19% de hombres y más de 26% de mujeres). El resto de comunidades presentan valores similares, siendo Navarra, Canarias y Asturias, entre otras, las que registran menores proporciones de hombres y mujeres con cobertura privada o mixta (figura 138).

Figura 138. Distribución en cuartiles de las prevalencias de cobertura privada o mixta, en hombres y mujeres, en las CC.AA. de España el año 2003. Porcentajes estandarizados por edad.



En el periodo de 1993 a 2003 se observa un aumento de la proporción de personas que son beneficiarias de cobertura privada o mixta en la mayoría de CC.AA. siendo más significativo en las mujeres, a excepción de Navarra donde se da una disminución del tipo de cobertura privada en hombres (figura 139).

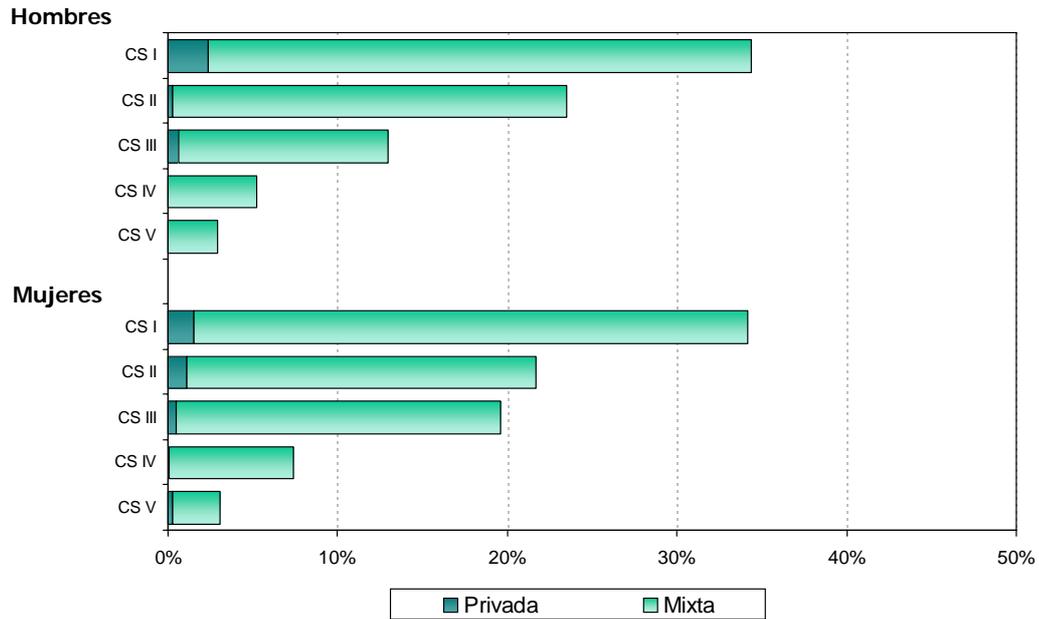
Figura 139. Evolución de las prevalencias de cobertura privada o mixta en hombres y mujeres, en las CC.AA. de España de 1993 a 2003. Razones de prevalencias estandarizadas por edad.



■ Las desigualdades en la cobertura sanitaria según la clase social, 1993-2003

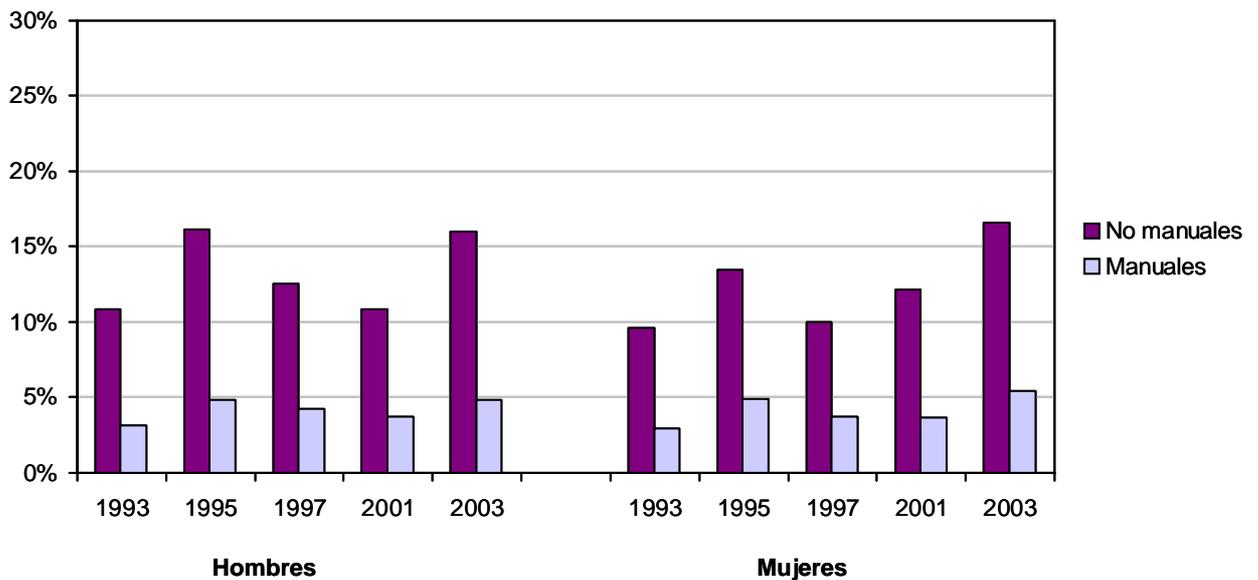
El año 2003 en España, existen desigualdades muy pronunciadas en la proporción de personas que son beneficiarias de cobertura privada o mixta según la clase social (figura 140). Tanto en hombres como en mujeres, las personas de clases más favorecidas presentan proporciones más altas de cobertura privada o mixta (aproximadamente un 32% en hombres y mujeres de clase I) y disminuyen en forma de gradiente en las de clases menos favorecidas (menos del 3% de hombres y mujeres de clase V).

Figura 140. Distribución de la prevalencia de cobertura privada o mixta según la clase social, en hombres y mujeres, en España el año 2003.



En el periodo de 1993 a 2003, el porcentaje de personas beneficiarias de cobertura privada o mixta ha experimentado un ligero ascenso en las personas de clases menos favorecidas, y el aumento es mucho mayor en los de clases más favorecidas, sobre todo en mujeres (figura 141).

Figura 141. Evolución de la prevalencia de cobertura privada o mixta según la clase social, en hombres y mujeres, en España de 1993 a 2003. Porcentajes estandarizados por edad.



En el año 2003, las desigualdades en la proporción de personas con cobertura sanitaria privada o mixta se producen en todas las CC.AA., la mayoría presentan diferencias significativas siendo siempre las personas de clases no manuales las que presentan cobertura privada o mixta en mayor proporción, tanto en hombres como en mujeres. Las comunidades donde existe mayor proporción de doble cobertura, Baleares, Madrid y Cataluña, son las que presentan mayores desigualdades según la clase social en términos absolutos, llegando a más del 33 % hombres y más de 44 % mujeres de clases no manuales (figuras 142 y 143).

Figura 142. Distribución de las prevalencias de cobertura privada o mixta según la clase social en hombres, en las CC.AA. de España el año 2003. Porcentajes estandarizados por edad.

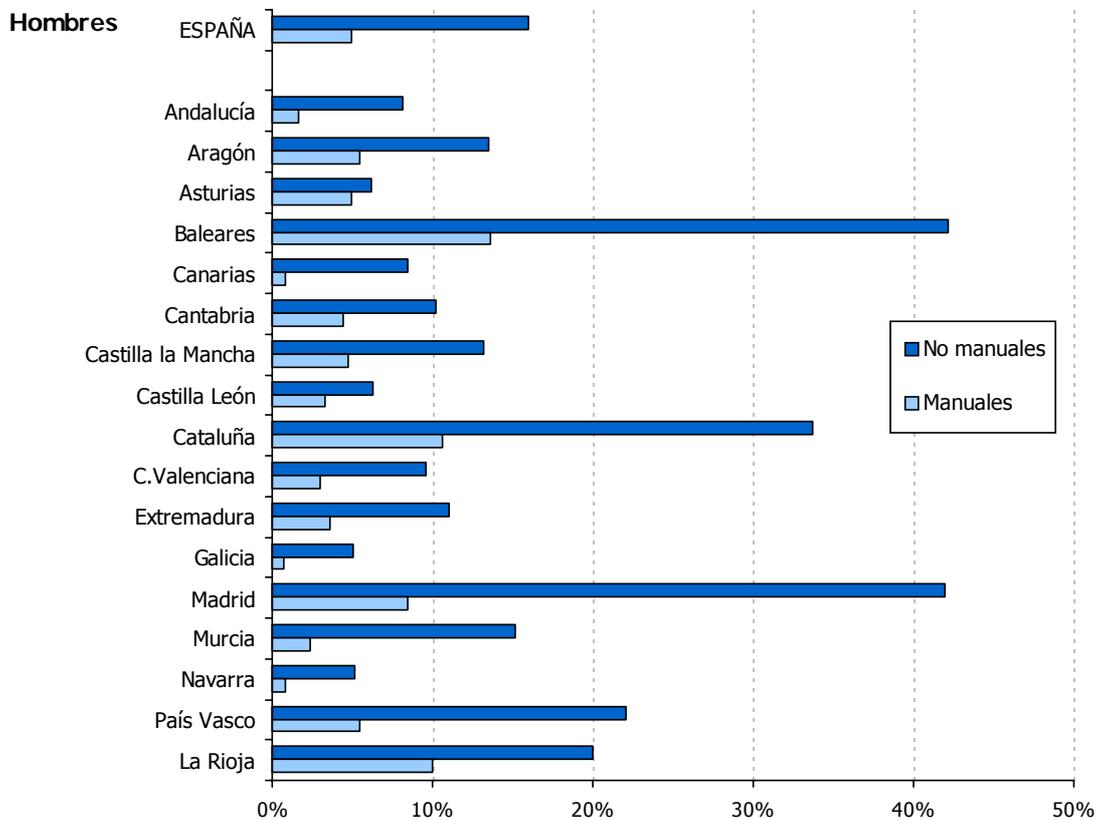
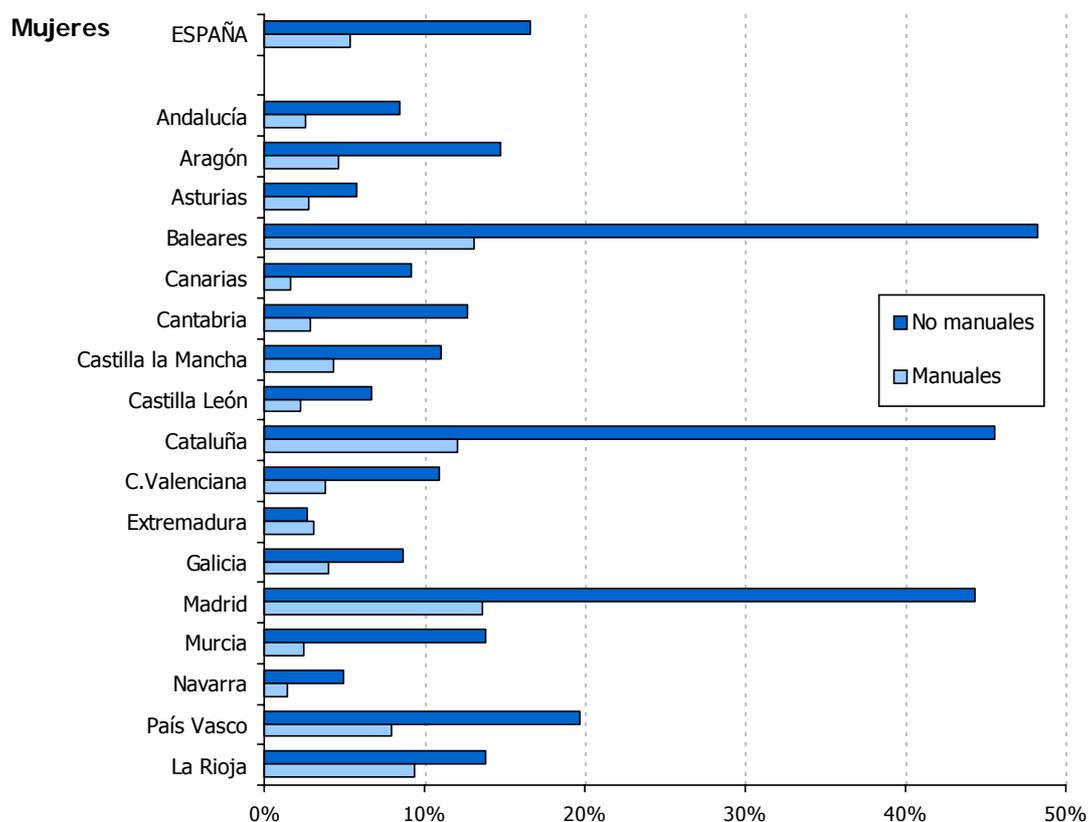


Figura 143. Distribución de las prevalencias de cobertura privada o mixta según la clase social en mujeres, en las CC.AA. de España el año 2003. Porcentajes estandarizados por edad.



En el periodo de 1993 a 2003, las desigualdades relativas en el tipo de cobertura según la clase social se mantienen para la mayoría de CC.AA. en el caso de los hombres, algunas han aumentado las desigualdades de manera significativa como Canarias, Cantabria, Galicia o el País Vasco, en cambio, en Castilla la Mancha y Aragón se observa una disminución (figura 144). En mujeres, también se observa como las desigualdades de clase social en el tipo de cobertura se mantienen estables, excepto en Asturias o Extremadura donde han disminuido, o en Murcia y La Rioja donde han aumentado (figura 145).

Figura 144. Evolución de las prevalencias de cobertura privada o mixta según la clase social en hombres, en las CC.AA. de España de 1993 a 2003. Razones de prevalencias estandarizadas por edad.

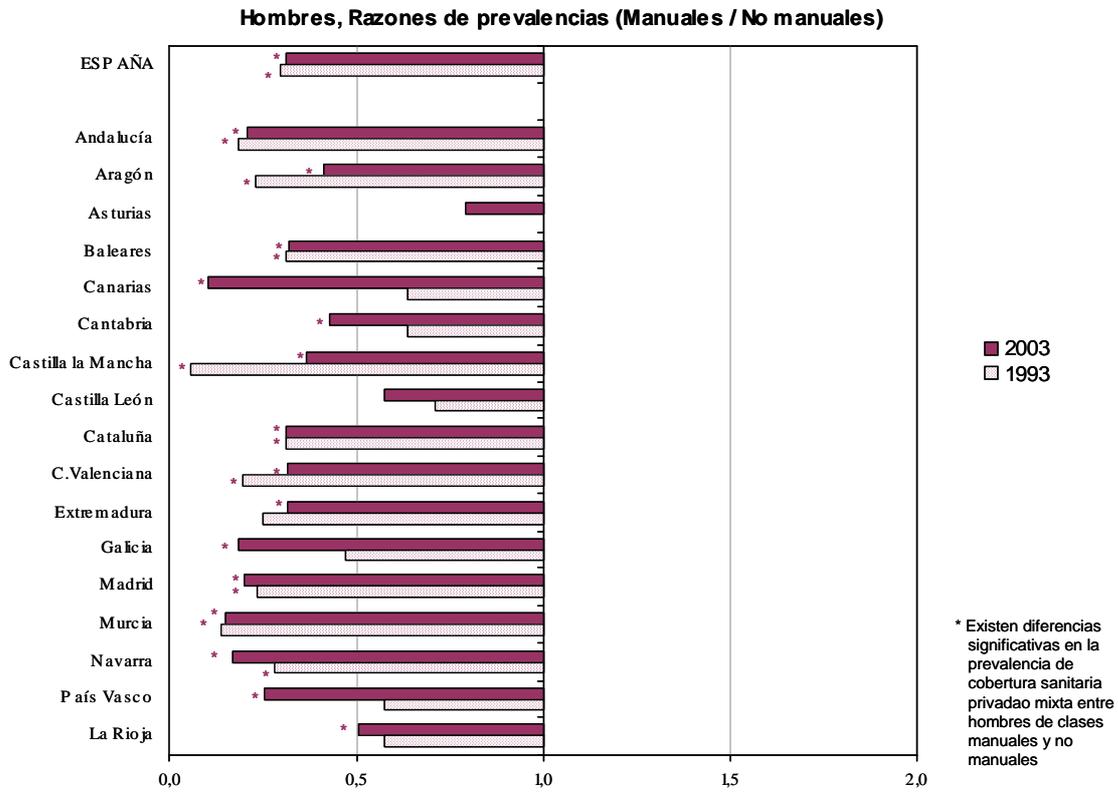
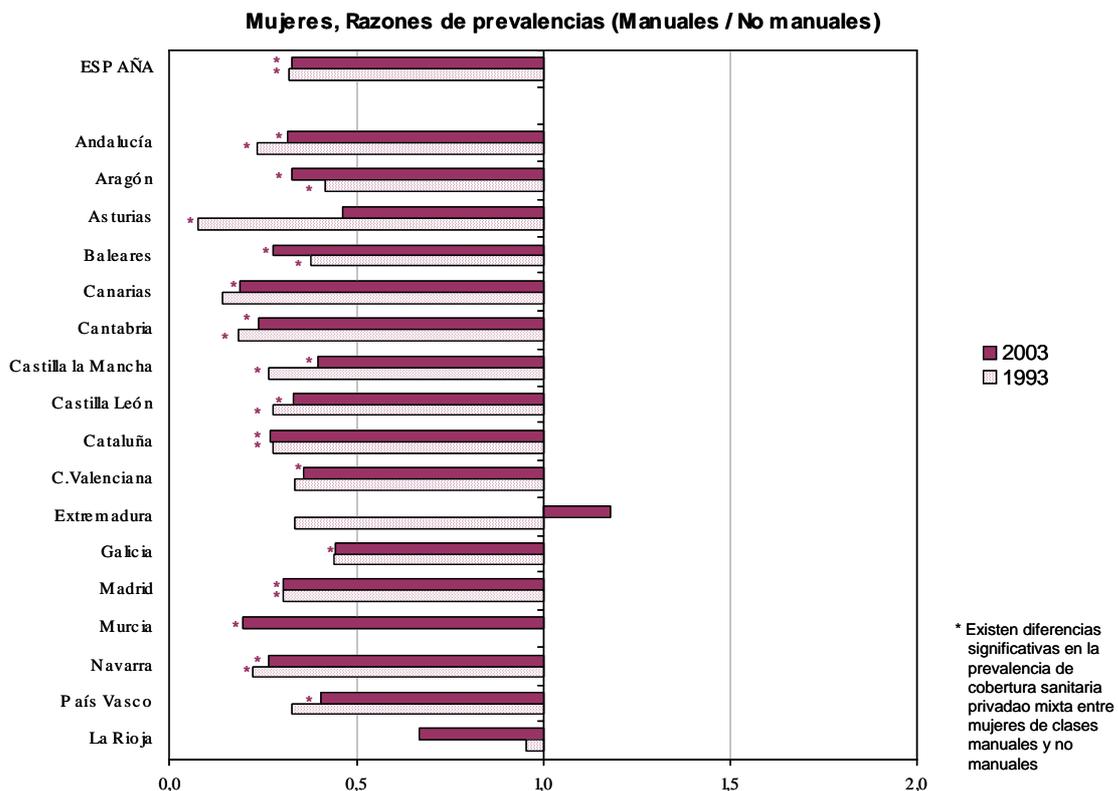


Figura 145. Evolución de las prevalencias de cobertura privada o mixta según la clase social en mujeres, en las CC.AA. de España de 1993 a 2003. Razones de prevalencias estandarizadas por edad.



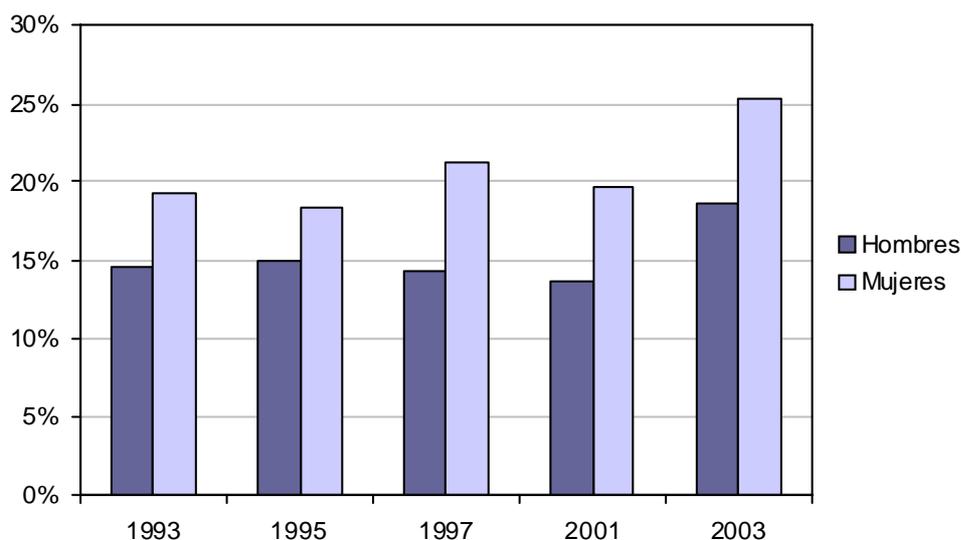
Visitas al médico general

La atención primaria es el nivel básico e inicial de atención, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente, además tiene la responsabilidad de decidir en qué lugar del sistema sanitario debe realizarse la atención ante un problema de salud. El médico de familia es, a la vez, agente del paciente y de la sociedad³⁴.

■ Visitas al médico general, 1993-2003

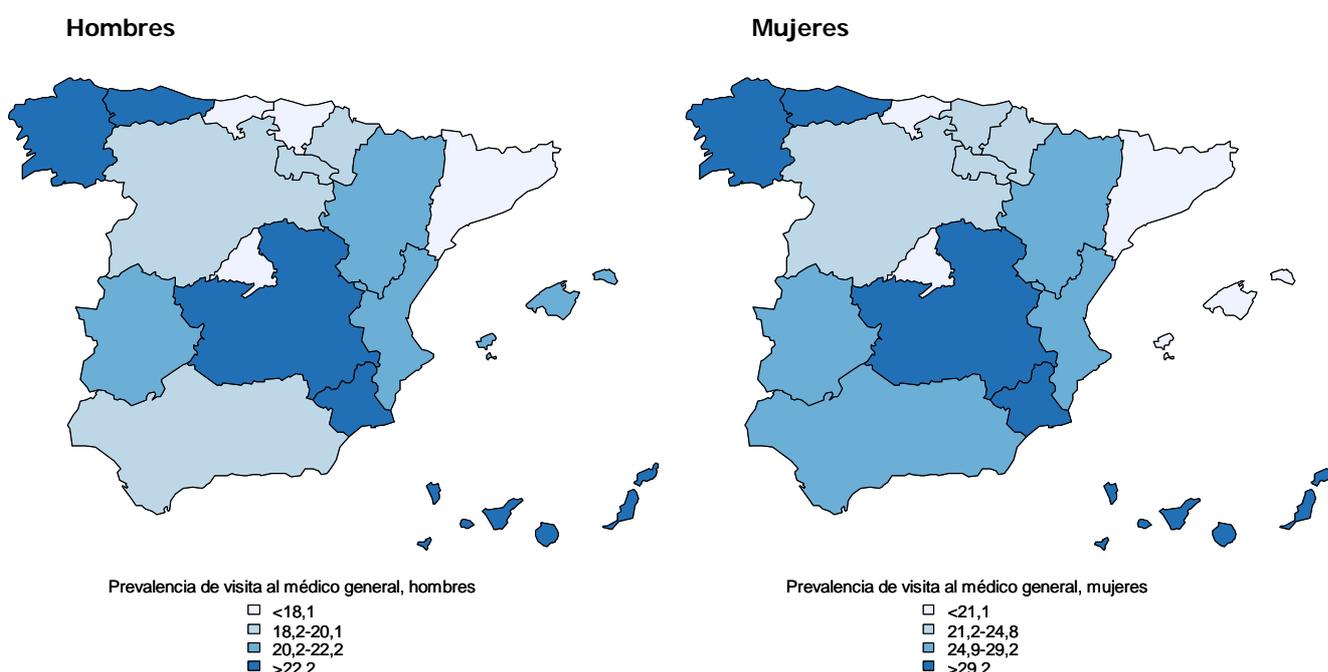
El año 2003 en España, un 17,7% de hombres y un 24,5% de mujeres declararon haber acudido al médico general en las dos semanas previas a la encuesta. Se observa que la prevalencia de visita aumenta en función de la edad en ambos sexos, sobre todo en el grupo de mayores de 64 años. Además, la prevalencia de visitas es mayor en las mujeres que en los hombres en todos los grupos de edad. En el periodo de 1993 a 2003, el porcentaje de la población que ha visitado el médico general ha aumentado notablemente el último año, tanto en hombres como en mujeres, pasando de un 14,6% el año 1993 a un 18,7% el 2003 en hombres, y de un 19,3 % a un 25,3% en mujeres (figura 146).

Figura 146. Evolución de la prevalencia de visitas al médico general en hombres y mujeres, en España de 1993 a 2003. Porcentajes estandarizados por edad.



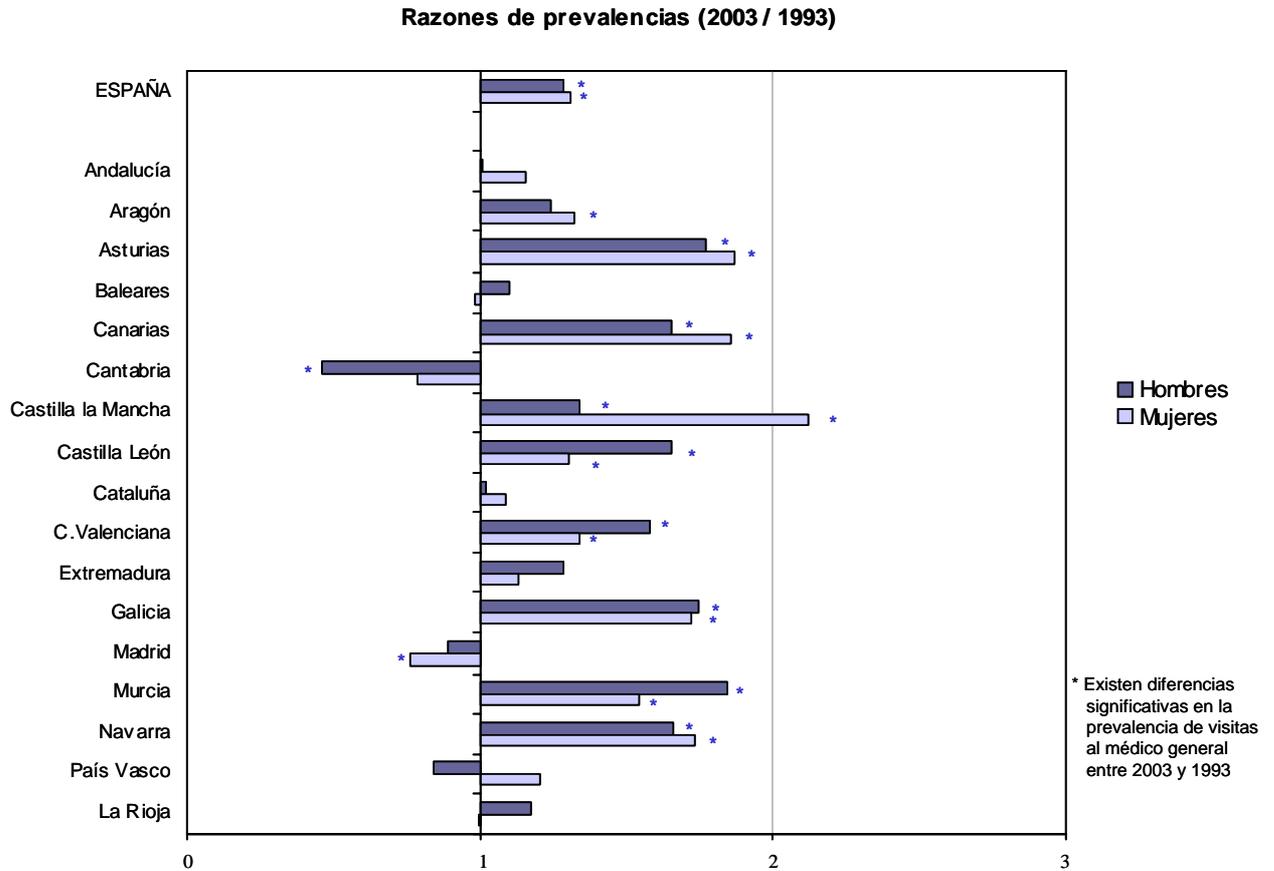
El año 2003 se observan desigualdades en el porcentaje de personas que han visitado al médico general en las CC.AA. (figura 147). Las que presentan un mayor porcentaje de personas que visitan la atención primaria son Galicia, Castilla la Mancha y Canarias (más del 23% de hombres y más del 29% de mujeres), en cambio en Cantabria, Cataluña y Madrid estos porcentajes son mucho menores (menos del 15% en hombres y menos del 19% en mujeres).

Figura 147. Distribución en cuartiles de las prevalencias de visitas al médico general, en hombres y mujeres, en las CC.AA. de España el año 2003. Porcentajes estandarizados por edad.



En el periodo de 1993 a 2003 la evolución del porcentaje de visitas al médico general presenta variación en las CC.AA., de manera que algunas sí han experimentado un aumento significativo como por ejemplo en Asturias, Canarias, Galicia o Navarra, entre otras. Otras comunidades se mantienen estables, y algunas registran una disminución en la proporción de visitas al médico general como en hombres de Cantabria y en mujeres de Madrid (figura 148).

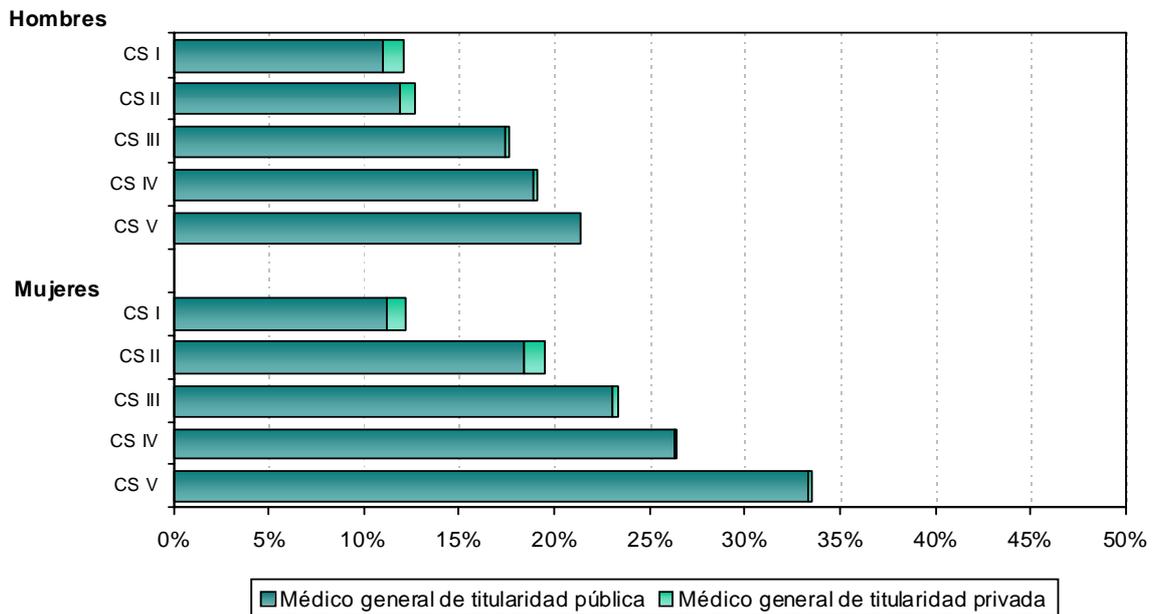
Figura 148. Evolución de las prevalencias de visitas al médico general en hombres y mujeres, en las CC.AA. de España de 1993 a 2003. Razones de prevalencias estandarizadas por edad.



■ **Las desigualdades en las visitas al médico general percibido según la clase social, 1993-2003**

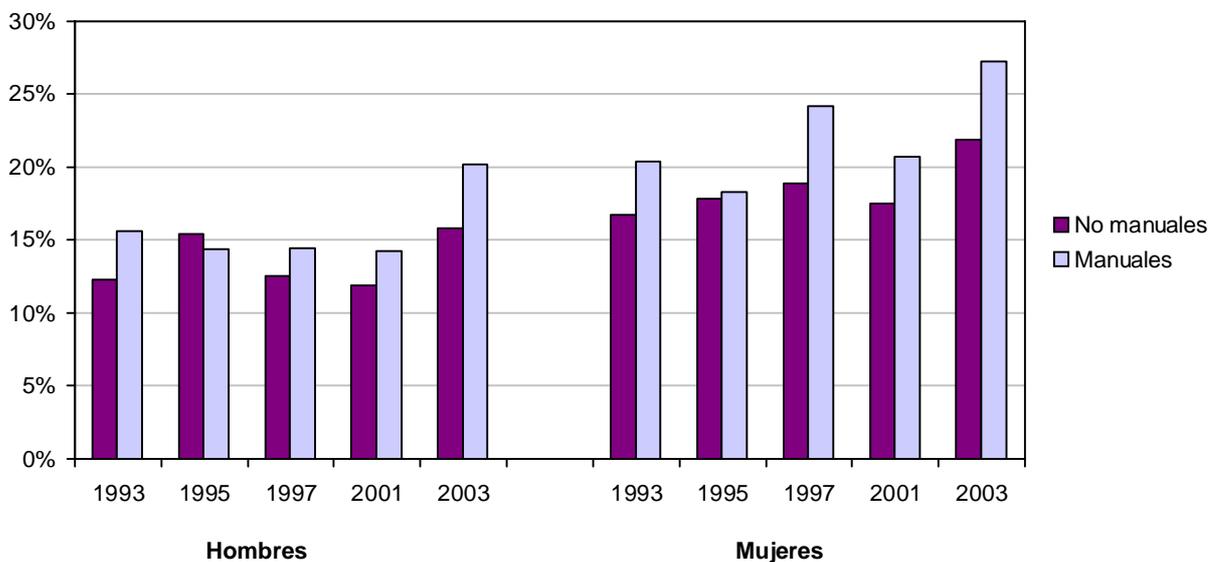
El año 2003 en España, existen desigualdades en la proporción de personas que han visitado el médico de atención primaria según la clase social (figura 149). Tanto en hombres como en mujeres, las personas de clases más favorecidas presentan proporciones inferiores de visitas al médico general (aproximadamente un 11% en hombres y mujeres de clase I) y aumentan progresivamente en las de clases menos favorecidas, sobre todo en mujeres (un 21,4% de hombres y un 33,3% de mujeres de clase V).

Figura 149. Distribución de la prevalencia de visitas al médico general según la clase social, en hombres y mujeres, en España el año 2003.



En el periodo de 1993 a 2003, el porcentaje de personas que ha visitado al médico de atención primaria ha aumentado en hombres y en mujeres, sobre todo en las personas de clases no manuales, lo que hace aumentar las desigualdades en la proporción de personas que han visitado el médico general según la clase social (figura 150).

Figura 150. Evolución de la prevalencia de visitas al médico general según la clase social, en hombres y mujeres, en España de 1993 a 2003. Porcentajes estandarizados por edad.



En el año 2003, las desigualdades en la proporción de personas que han visitado al médico general se producen en la mayoría de las CC.AA., tanto en hombres como en mujeres, siendo las personas de clases manuales las que visitan en mayor proporción al médico de atención primaria (figuras 151 y 152).

Figura 151. Distribución de las prevalencias de visitas al médico general según la clase social en hombres, en las CC.AA. de España el año 2003. Porcentajes estandarizados por edad.

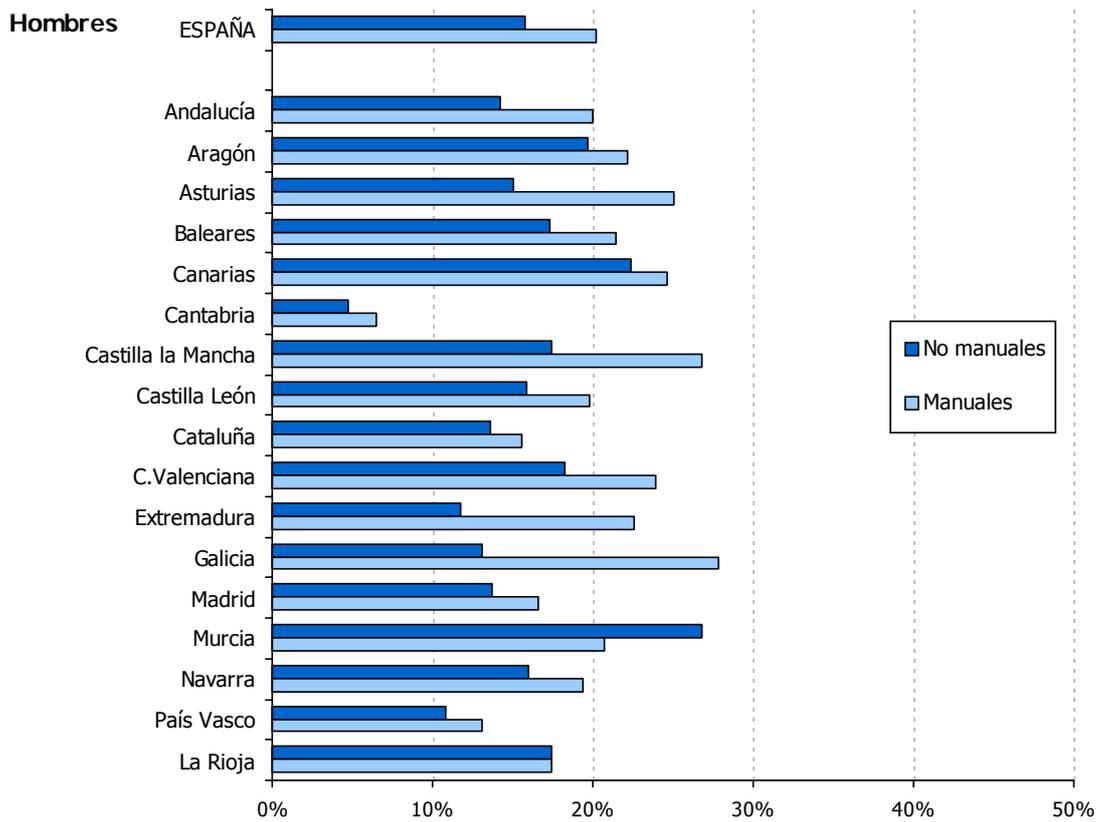
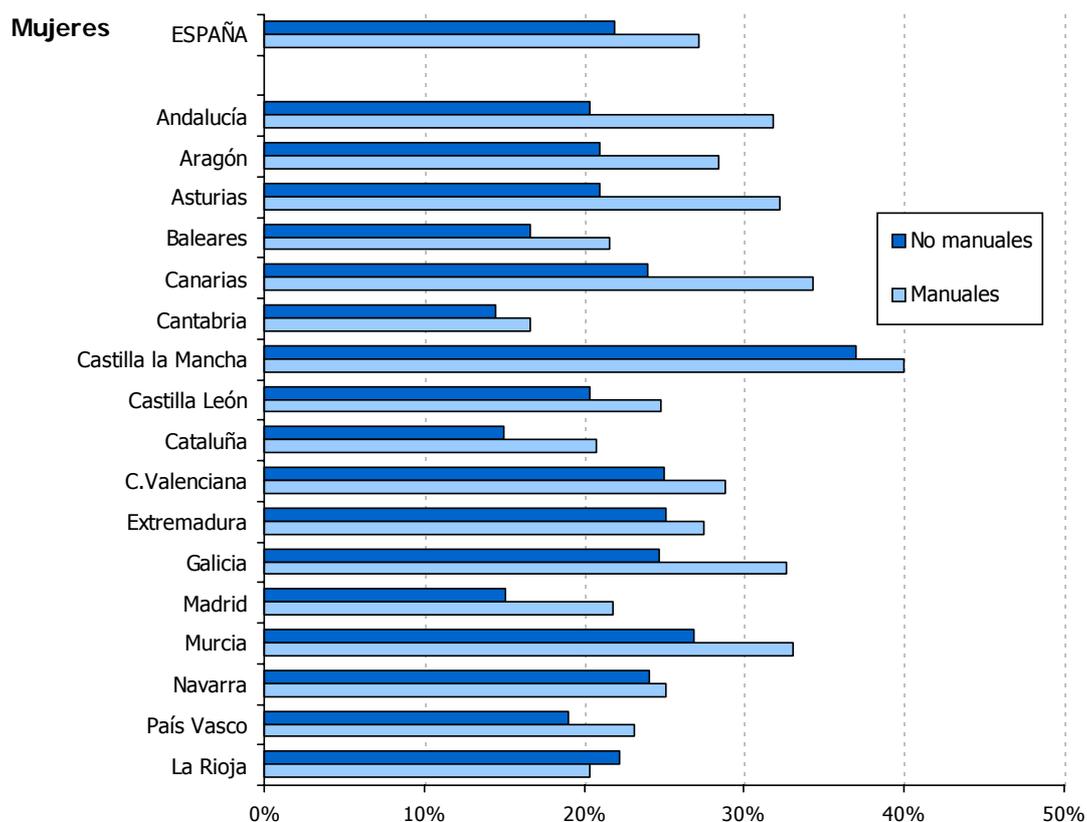


Figura 152. Distribución de las prevalencias de visitas al médico general según la clase social en mujeres, en las CC.AA. de España el año 2003. Porcentajes estandarizados por edad.



En el periodo de 1993 a 2003, las desigualdades relativas en la realización de visitas a la atención primaria según la clase social muestran variabilidad en las CC.AA.. En los hombres, algunas han aumentado las desigualdades de manera significativa como Asturias, Extremadura y Galicia, otras se mantienen estables, y en cambio, en Murcia o La Rioja, entre otras, las han disminuido (figura 153). En mujeres, también se observa como las desigualdades de clase social en el porcentaje de visitas al médico de atención primaria se mantienen estables o disminuyen en algunas CC.AA. como Cantabria, Comunidad Valenciana, Navarra o La Rioja, y sólo se registra un aumento significativo en Andalucía, Asturias y Canarias (figura 154).

Figura 153. Evolución de las prevalencias de visitas al médico general según la clase social en hombres, en las CC.AA. de España de 1993 a 2003. Razones de prevalencias estandarizadas por edad.

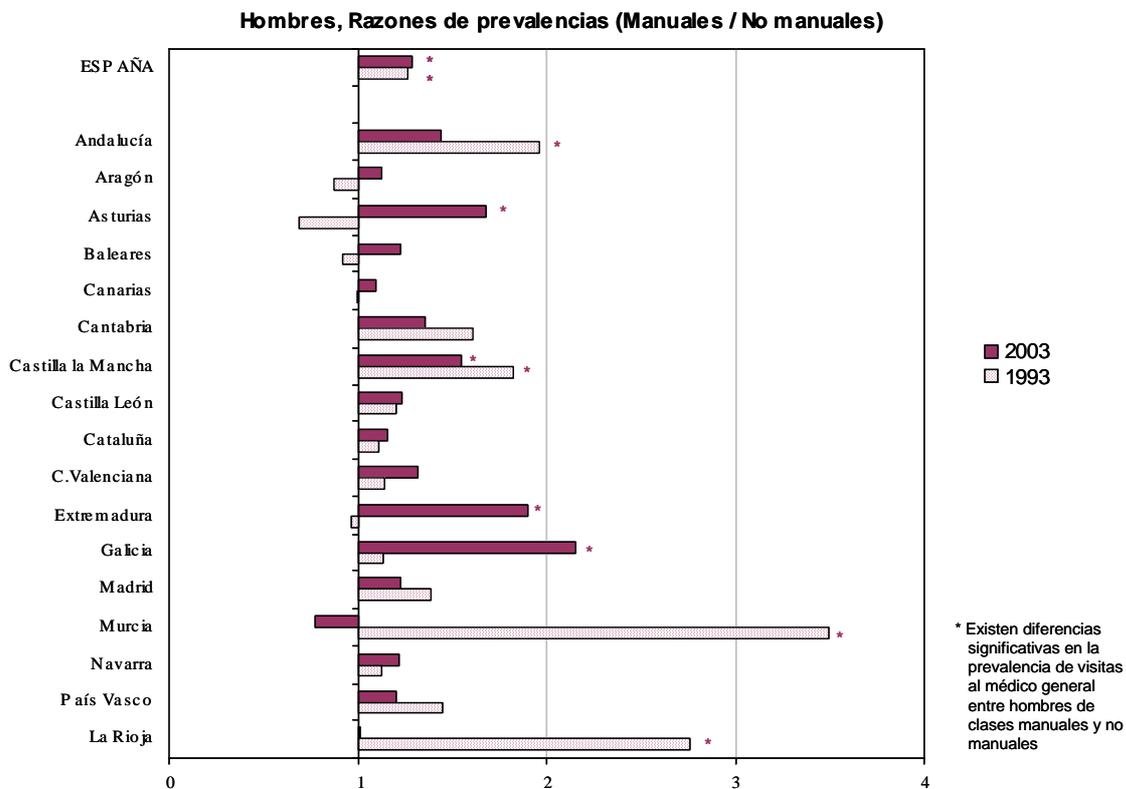
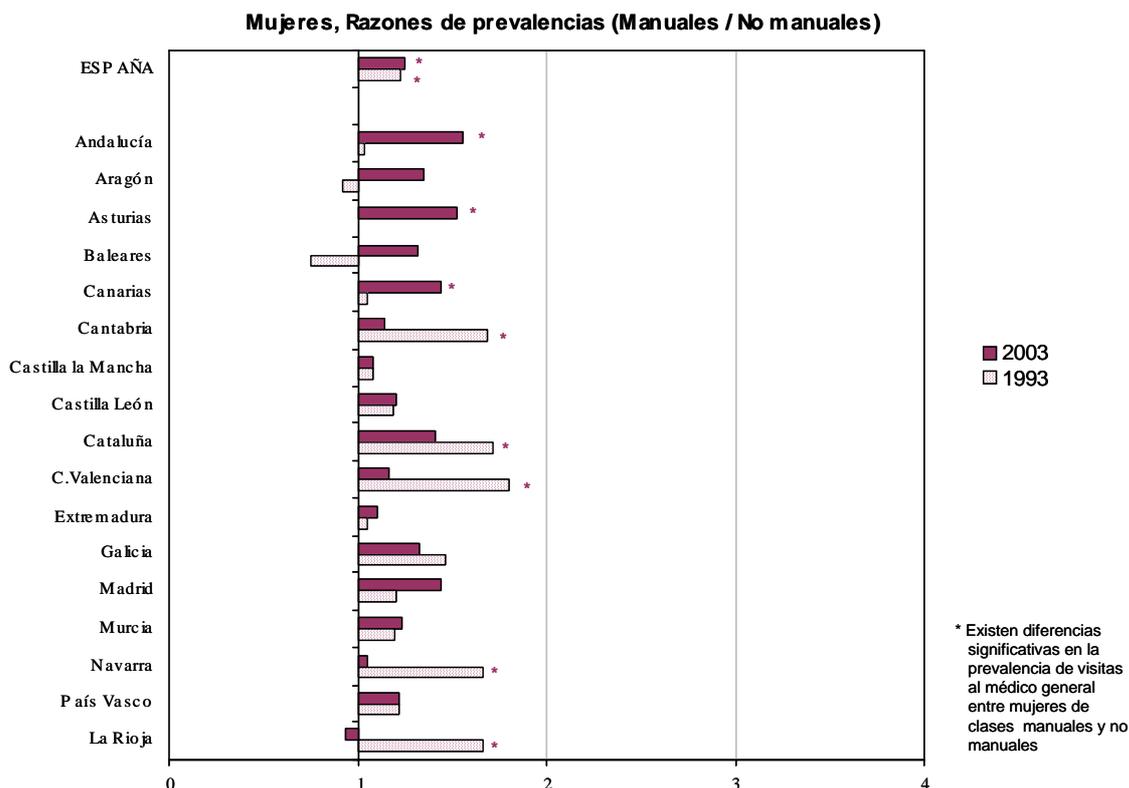


Figura 154. Evolución de las prevalencias de visitas al médico general según la clase social en mujeres, en las CC.AA. de España de 1993 a 2003. Razones de prevalencias estandarizadas por edad.



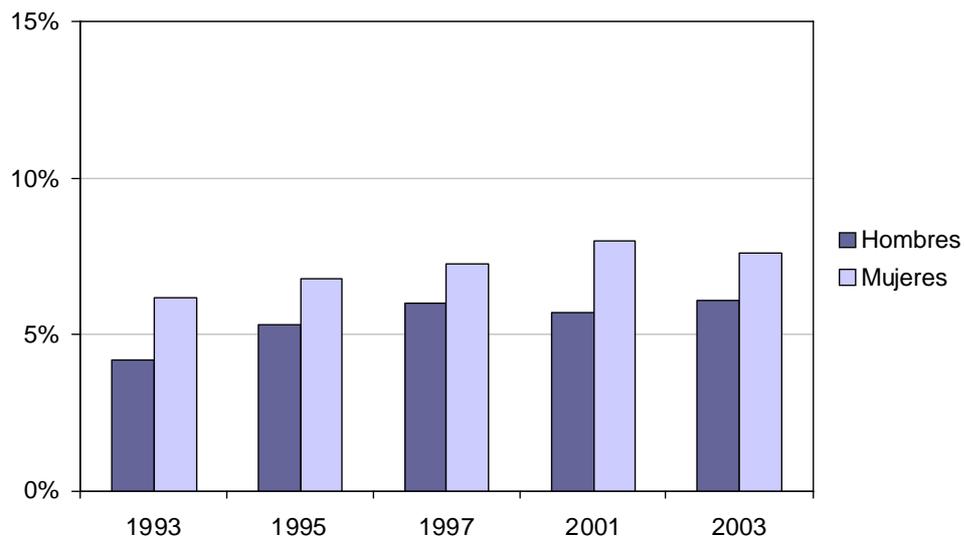
Visitas al médico especialista

La atención especializada de la salud es el segundo nivel de acceso de los ciudadanos y ciudadanas a la asistencia sanitaria. La atención especializada garantizará la continuidad de la atención integral al paciente, una vez superadas las posibilidades de la atención primaria y hasta que aquél pueda reintegrarse en dicho nivel³⁵.

■ Visitas al médico especialista, 1993-2003

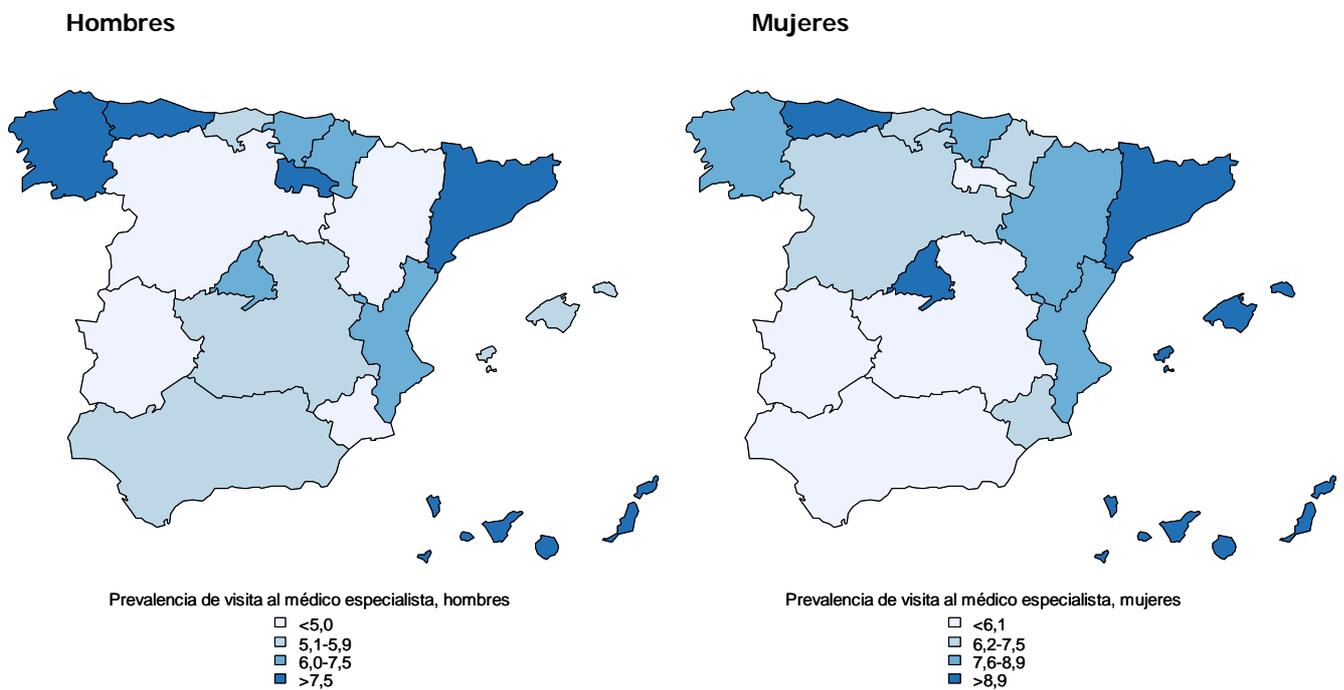
El año 2003 en España, un 6,2% de hombres y un 8% de mujeres declararon haber acudido al médico especialista en las dos semanas anteriores a la encuesta. Se observan diferencias en estos porcentajes en función de la edad, de forma que, en general, la prevalencia es mayor en los grupos mayores. Según el sexo, el porcentaje de visita al especialista es mayor en mujeres que en hombres en los menores de 65 años, sin embargo en el grupo de mayores de 64 años se invierten estas cifras y un 9,6% de hombres y un 8,2% de mujeres visitan al especialista. En el periodo de 1993 a 2003, el porcentaje de la población que ha visitado el médico especialista ha aumentado progresivamente, tanto en hombres como en mujeres (figura 155).

Figura 155. Evolución de la prevalencia de visitas al médico especialista en hombres y mujeres, en España de 1993 a 2003. Porcentajes estandarizados por edad.



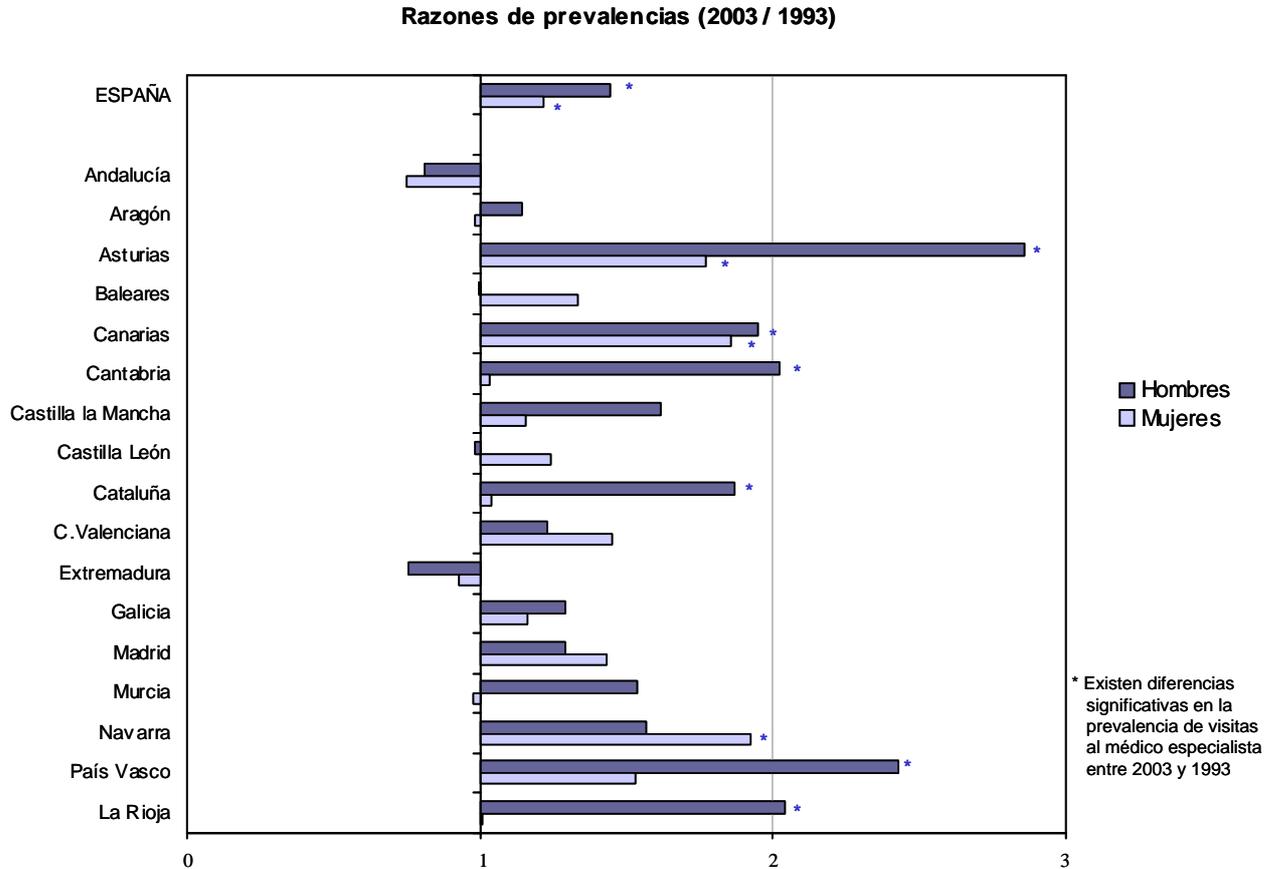
El año 2003 se observan pocas variaciones en el porcentaje de personas que han visitado al médico especialista en las CC.AA. (figura 156), en hombres las que presentan un mayor porcentaje son Canarias, Cataluña, Asturias y Galicia (más del 7%), y en mujeres lo son Baleares, Canarias y Madrid (más del 10%). En cambio, Extremadura en hombres y Castilla la Mancha en mujeres, entre otras, registran menor prevalencia de personas que han visitado al especialista (menos del 5% y el 6% respectivamente).

Figura 156. Distribución en cuartiles de las prevalencias de visitas al médico especialista, en hombres y mujeres, en las CC.AA. de España el año 2003. Porcentajes estandarizados por edad.



En el periodo de 1993 a 2003 la evolución del porcentaje de visitas al médico especialista presenta un aumento significativo en la mayoría de las CC.AA., siendo mayor en Asturias y Canarias, entre otras, de forma más significativa en hombres que en mujeres (figura 157).

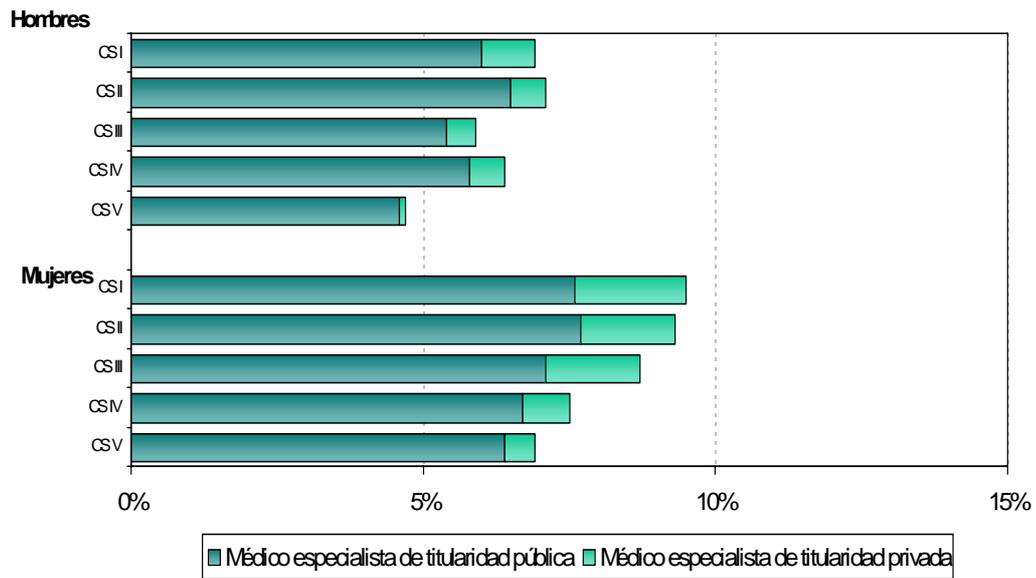
Figura 157. Evolución de las prevalencias de visitas al médico especialista en hombres y mujeres, en las CC.AA. de España de 1993 a 2003. Razones de prevalencias estandarizadas por edad.



■ **Las desigualdades en las visitas al médico especialista percibido según la clase social, 1993-2003**

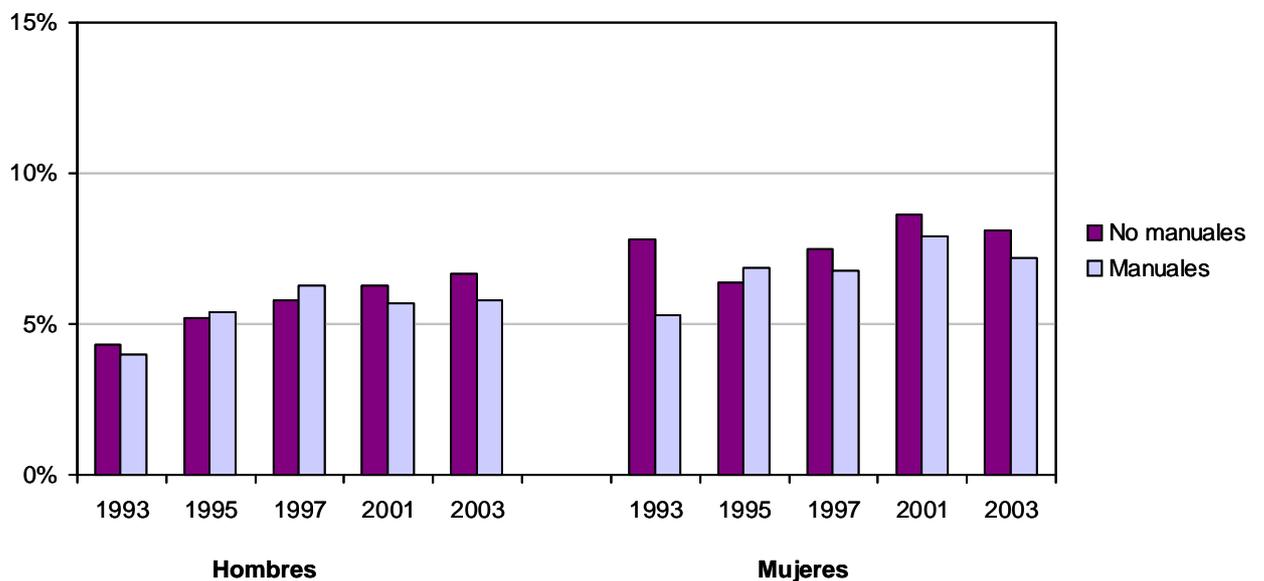
El año 2003 en España, existen desigualdades en la proporción de personas que han visitado el médico especialista según la clase social, y estas desigualdades son en el sentido contrario a las visitas al médico general de manera que son las personas de clases más favorecidas las que acuden con mayor frecuencia al médico especialista, independientemente del buen o mal estado de salud de ésta población. En hombres los de clases menos favorecidas, clase V, han visitado el especialista en un 4,7%, y aumenta en los de clases más favorecidas, clase I, a un 6,9%. En mujeres el patrón de desigualdad es el mismo y sigue un gradiente claro de clase social (un 6,9% en las de clase V frente al 9,5% de las de clase I). Estas diferencias ocurren tanto para las visitas al médico especialista de titularidad pública, como de titularidad privada (figura 158).

Figura 158. Distribución de las prevalencias de visitas al médico especialista según la clase social, en hombres y mujeres, en España el año 2003.



En el periodo de 1993 a 2003, el porcentaje de personas que ha visitado al médico especialista ha aumentado en hombres y en mujeres, tanto de clases no manuales como manuales, entre el año 1993 y el año 2003 en hombres se observa un ligero aumento de las desigualdades de clase, en mujeres en cambio, se observa una disminución respecto el año 1993 (figura 159).

Figura 159. Evolución de la prevalencia de visitas al médico especialista según la clase social, en hombres y mujeres, en España de 1993 a 2003. Porcentajes estandarizados por edad.



En el año 2003, las desigualdades según la clase social en la proporción de personas que han visitado al médico especialista presenta variabilidad en las CC.AA., siendo mayor en las personas de clases no manuales, la mayoría no significativas, excepto en Canarias por ejemplo, donde las personas de clases manuales son las que visitan en mayor proporción al médico especialista (figuras 160 y 161).

Figura 160. Distribución de las prevalencias de visitas al médico especialista según la clase social en hombres, en las CC.AA. de España el año 2003. Porcentajes estandarizados por edad.

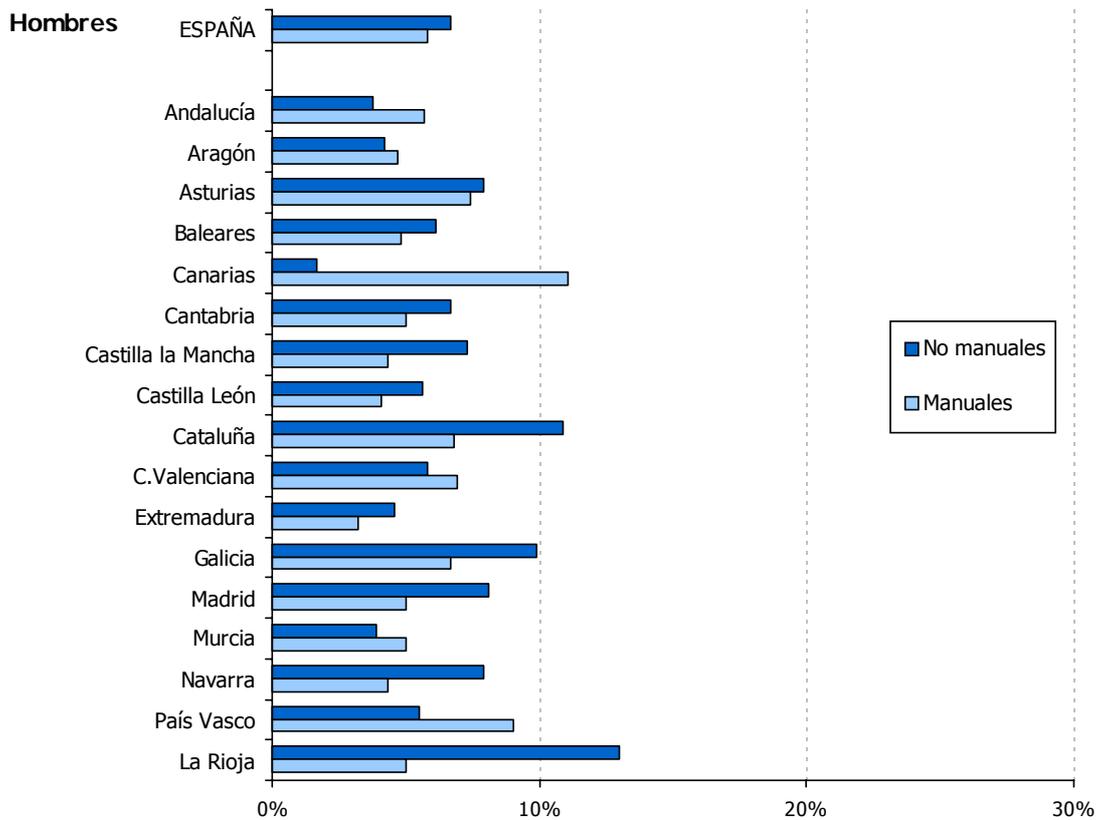
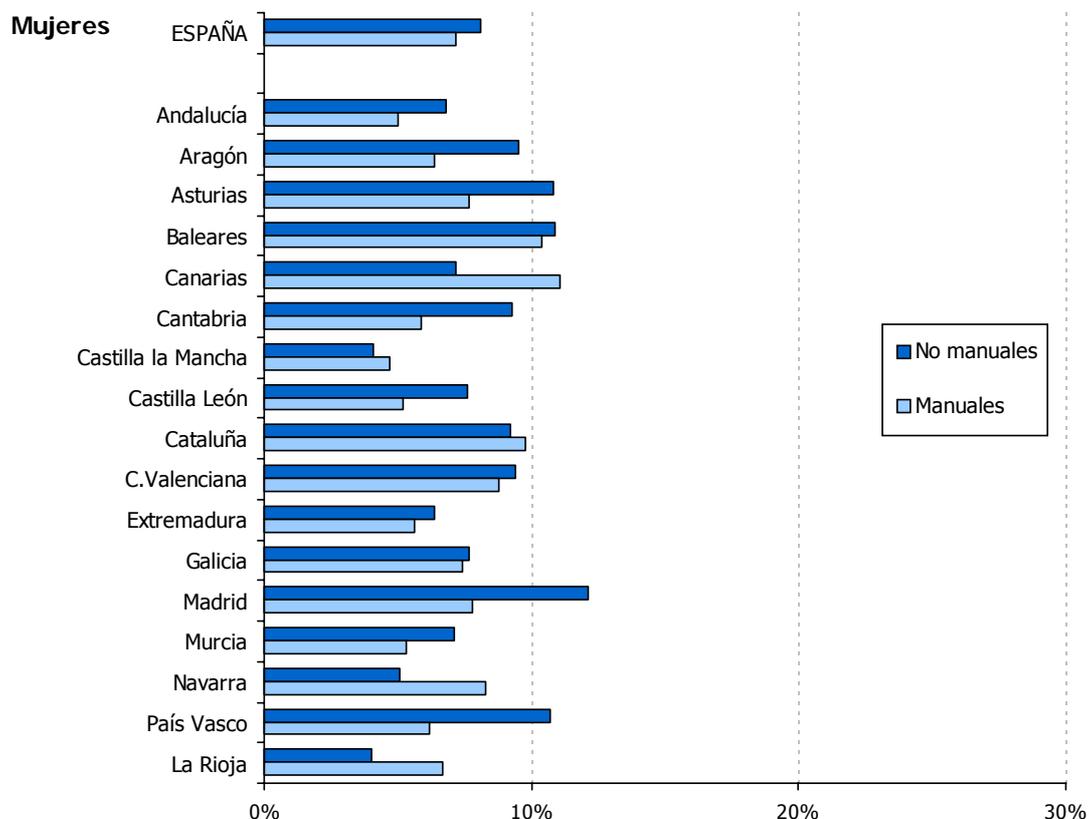


Figura 161. Distribución de las prevalencias de visitas al médico especialista según la clase social en mujeres, en las CC.AA. de España el año 2003. Porcentajes estandarizados por edad.



En el periodo de 1993 a 2003, las desigualdades relativas en las visitas al médico especialista según la clase social no muestran cambios significativos en el periodo estudiado para la mayoría de las CC.AA., aún así, en hombres las desigualdades han aumentado en Canarias, y en cambio han disminuido en mujeres de Castilla León y de Murcia (figuras 162 y 163).

Figura 162. Evolución de las prevalencias de visitas al médico especialista según la clase social en hombres, en las CC.AA. de España de 1993 a 2003. Razones de prevalencias estandarizadas por edad.

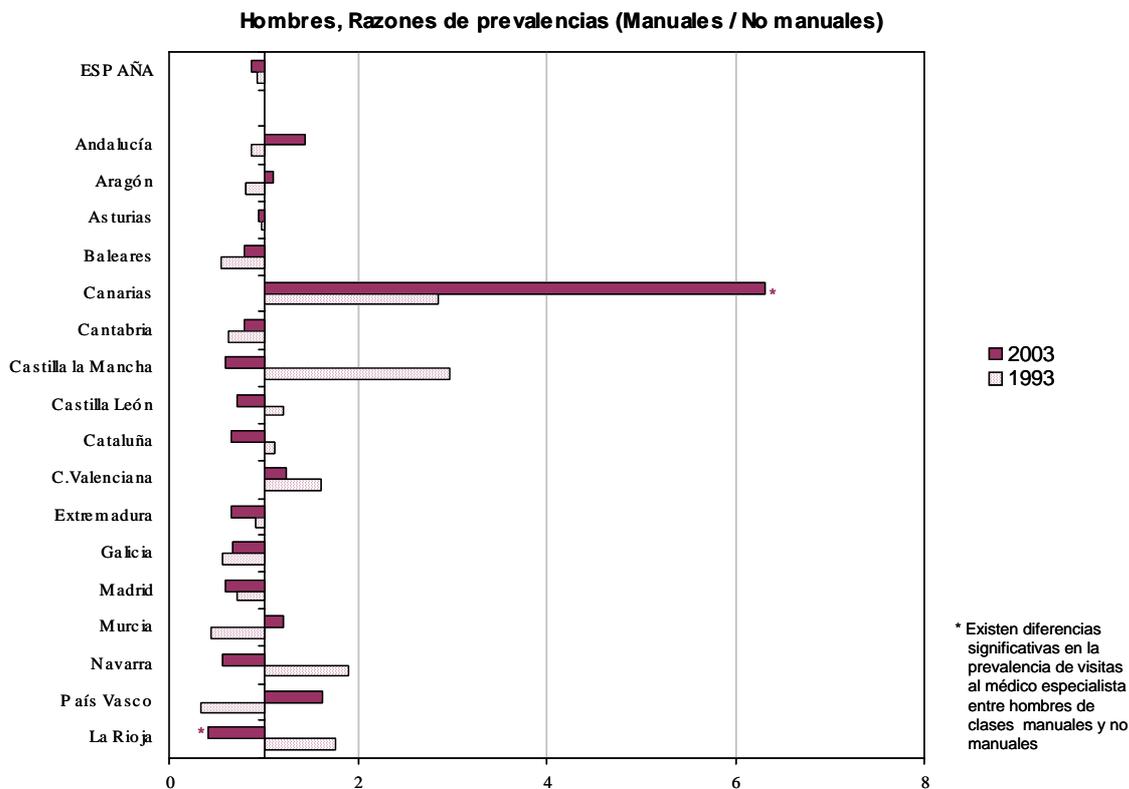
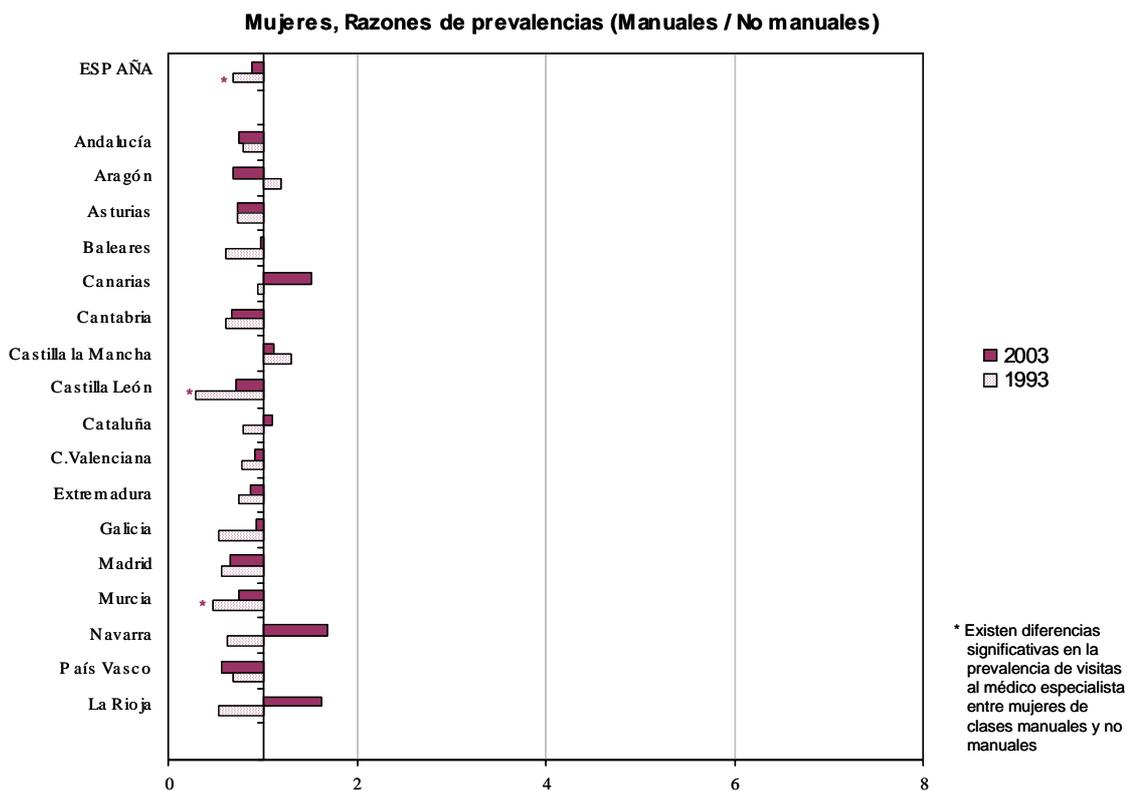


Figura 163. Evolución de las prevalencias de visitas al médico especialista según la clase social en mujeres, en las CC.AA. de España de 1993 a 2003. Razones de prevalencias estandarizadas por edad.



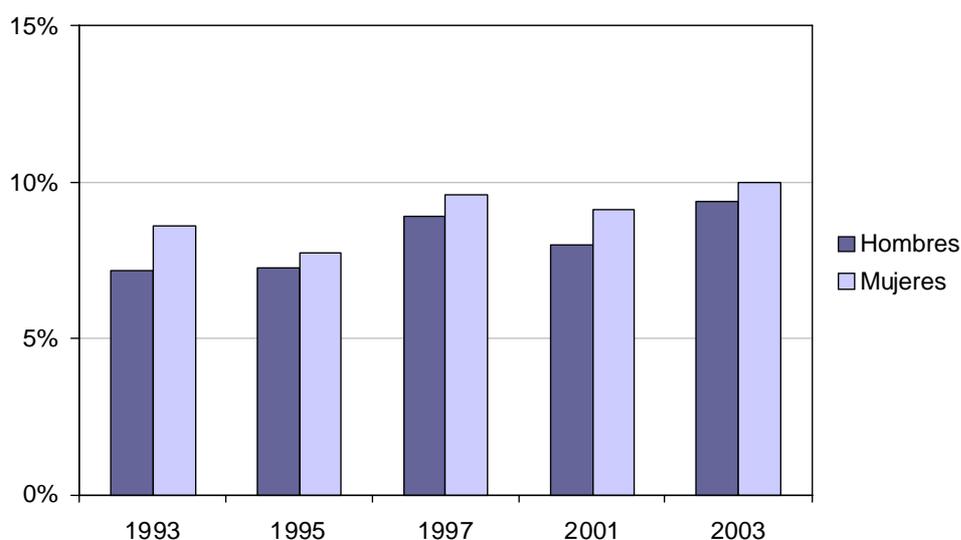
Ingresos hospitalarios

El fuerte incremento de las altas hospitalarias en los últimos años es atribuible en parte al envejecimiento de la población, al incremento de las tasas de utilización así como una mayor presión asistencial. Por otro lado, hasta ahora la hospitalización no ha mostrado desigualdades importantes según el nivel socioeconómico, posiblemente debido a que en los servicios sanitarios universales la hospitalización depende, sobre todo, de la gravedad de los problemas de salud.

■ Ingresos hospitalarios, 1993-2003

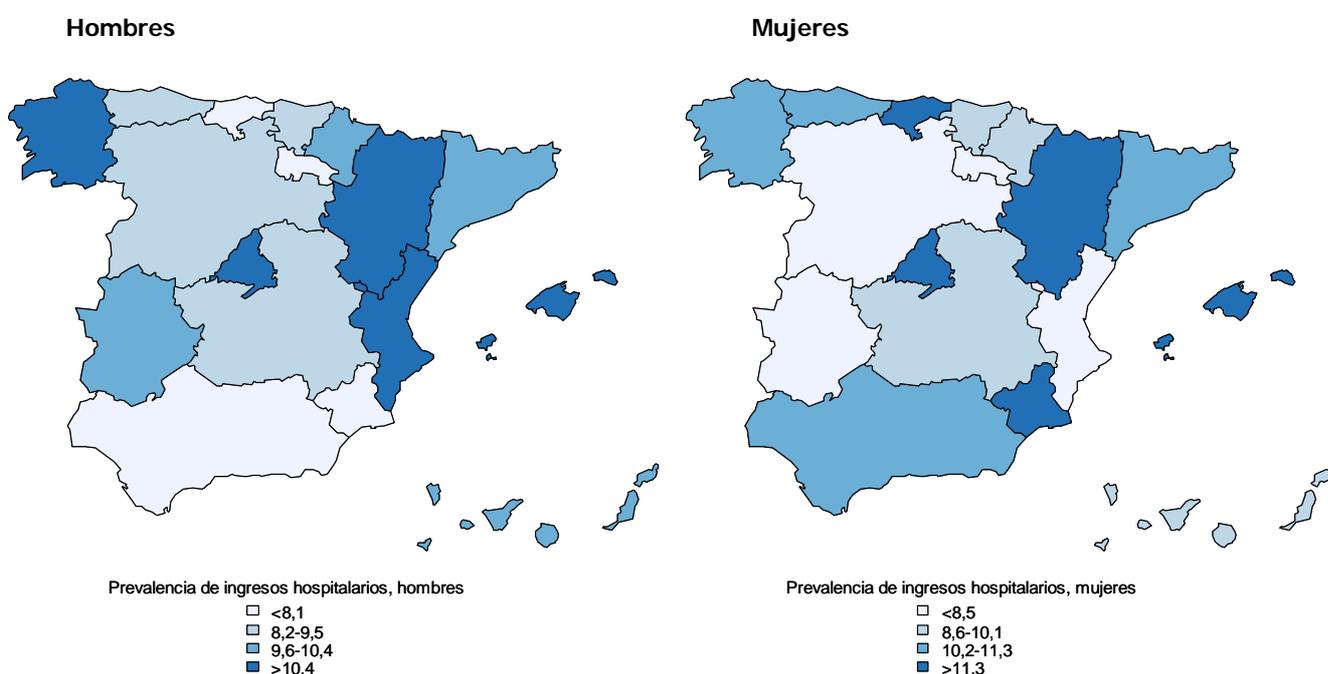
El año 2003 en España, un 9,2% de hombres y un 10,5% de mujeres han sido hospitalizados el año anterior a la entrevista. La prevalencia de hospitalización aumenta con la edad, tanto en hombres como en mujeres. En las personas menores de 35 años el porcentaje de ingresos hospitalarios es mayor en mujeres que en hombres, lo que puede ser debido a las hospitalizaciones por maternidad. En los mayores de 64 años, en cambio, son los hombres los que registran mayor proporción de ingresos hospitalarios. En el periodo de 1993 a 2003, el porcentaje de la población que ha sido hospitalizada ha experimentado un aumento progresivo, tanto en hombres como en mujeres (figura 164).

Figura 164. Evolución de la prevalencia de ingresos hospitalarios en hombres y mujeres, en España de 1993 a 2003. Porcentajes estandarizados por edad.



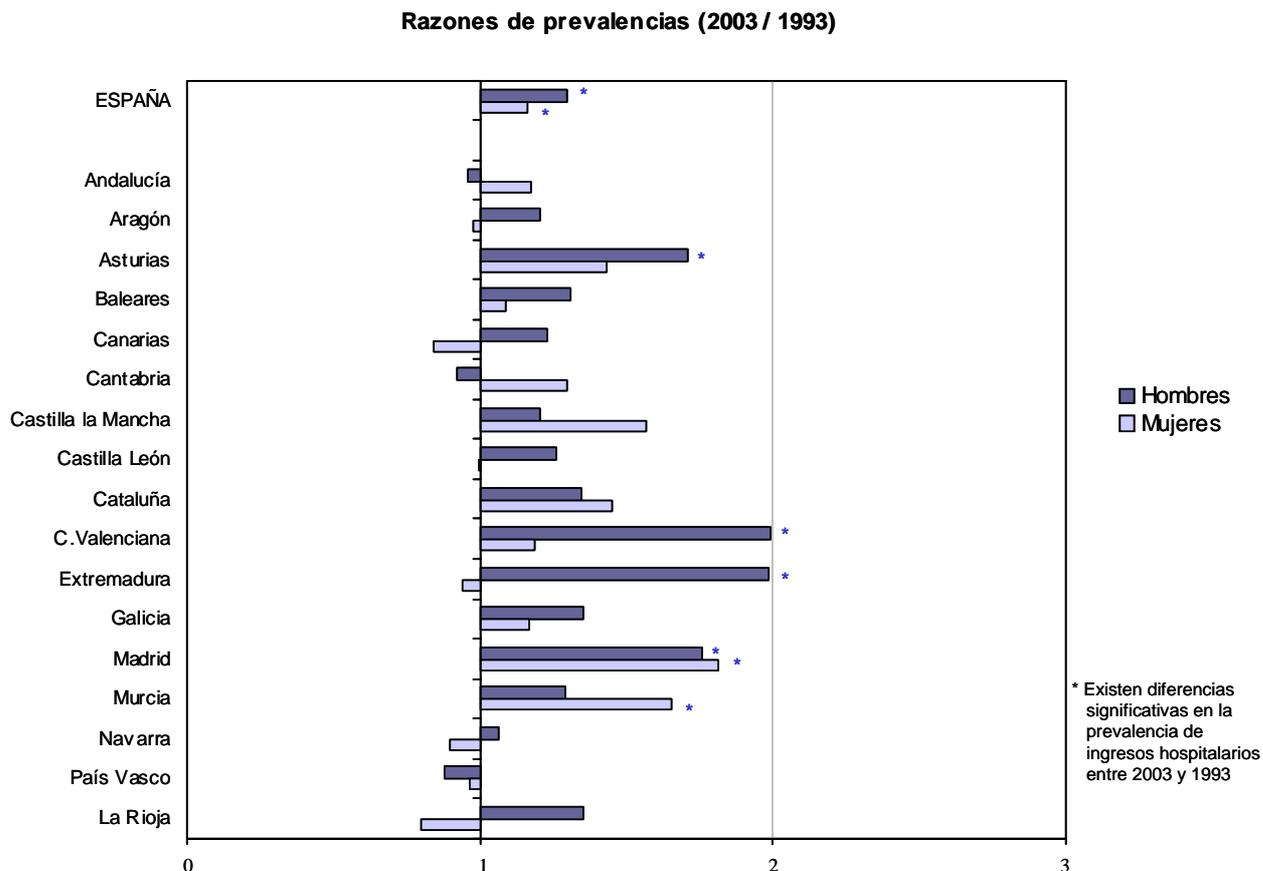
El año 2003 no se observan grandes variaciones en el porcentaje de personas que han sido hospitalizadas en las CC.AA. (figura 165). Las que presentan un mayor porcentaje de personas hospitalizadas son Baleares y Madrid en hombres, y Baleares, Murcia y Cantabria en mujeres (más del 11% y del 12%, respectivamente), por el contrario, las que registran menor porcentaje de ingresos hospitalarios en la población son Cantabria en hombres y La Rioja en mujeres, entre otras (menos del 6% en ambos sexos).

Figura 165. Distribución en cuartiles de las prevalencias de ingresos hospitalarios, en hombres y mujeres, en las CC.AA. de España el año 2003. Porcentajes estandarizados por edad.



En el periodo de 1993 a 2003 la evolución del porcentaje de hospitalizaciones presenta un aumento en la mayoría de las CC.AA., siendo significativo en hombres de Asturias, la Comunidad Valenciana y Extremadura, así como en mujeres de Murcia, o en Madrid en ambos sexos (figura 166).

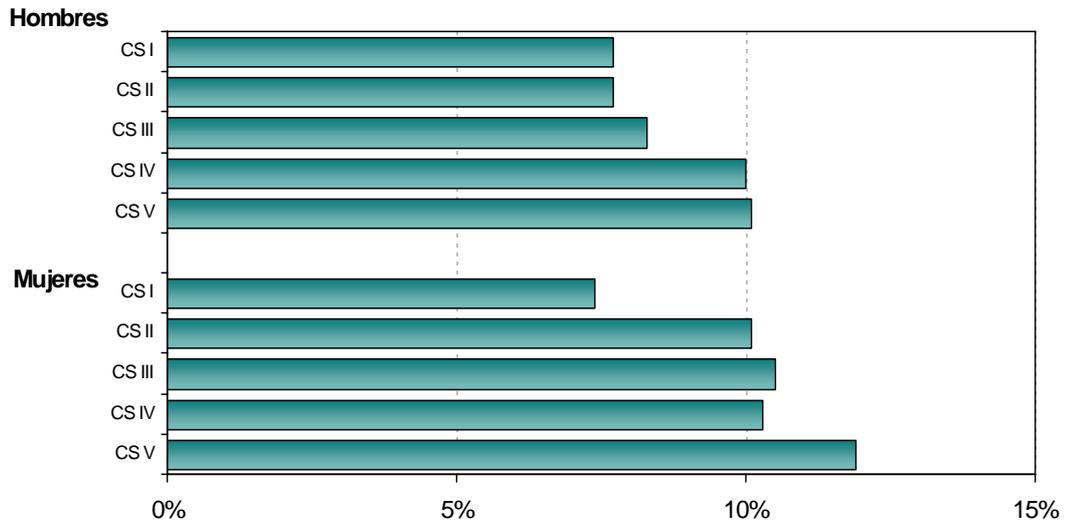
Figura 166. Evolución de las prevalencias de ingresos hospitalarios en hombres y mujeres, en las CC.AA. de España de 1993 a 2003. Razones estandarizadas por edad.



■ **Las desigualdades en ingresos hospitalarios según la clase social, 1993-2001**

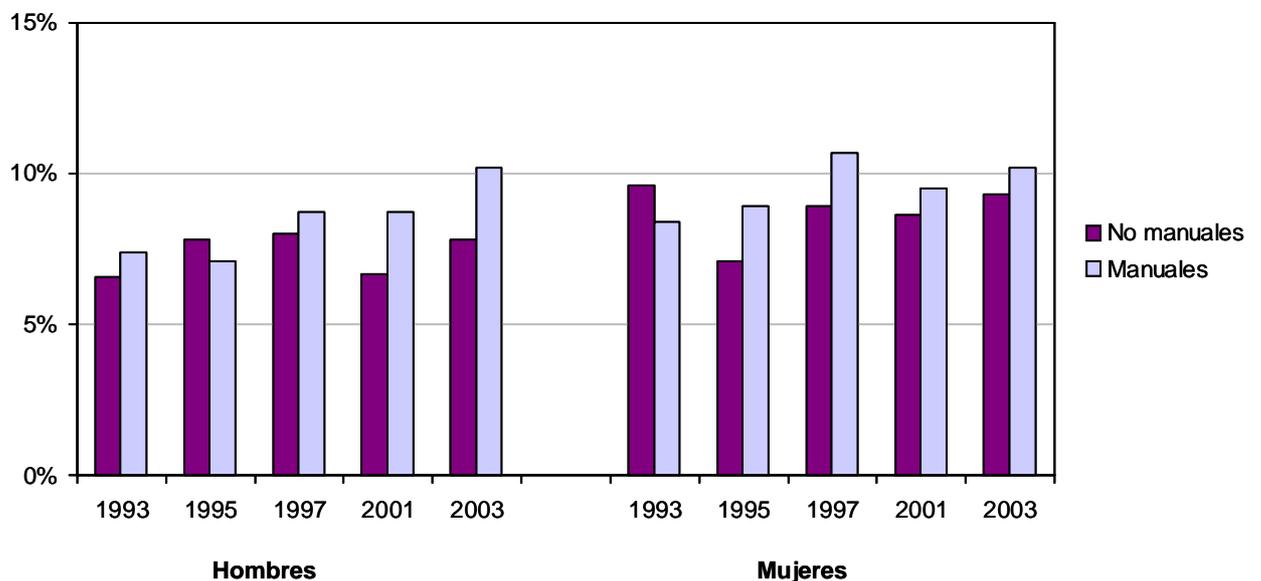
El año 2003 en España, se observan desigualdades en la proporción de personas hospitalizadas según la clase social, de manera que las personas de clases menos favorecidas han sido hospitalizadas en mayor proporción (7 % en hombres y mujeres de clase social I, respecto el 10% y 12% en hombre y mujeres de clase social V, respectivamente) (figura 167).

Figura 167. Distribución de la prevalencia de ingresos hospitalarios según la clase social, en hombres y mujeres, en España el año 2003.



En el periodo de 1993 a 2003, el porcentaje de hombres que han sido hospitalizados ha aumentado, sobre todo en los de clases manuales, mostrando así al final del periodo un aumento de las desigualdades de clase en la hospitalización. Por otro lado, en mujeres se produce un cambio de patrón de desigualdad, de manera que el año 1993 eran las de clases más favorecidas las que registraban mayor proporción de mujeres hospitalizadas, y en cambio en el año 2003 son las de clases menos favorecidas las que registran mayor proporción de ingresos hospitalarios (figura 168).

Figura 168. Evolución de la prevalencia de ingresos hospitalarios según la clase social, en hombres y mujeres, en España de 1993 a 2003. Porcentajes estandarizados por edad.



En el año 2003, las desigualdades según la clase social en la proporción de personas que han sido hospitalizadas presenta variabilidad en las CC.AA.. En los hombres, en la mayoría se observan porcentajes mayores en los de clases manuales, siendo significativas en Canarias, Castilla la Mancha y Extremadura; en mujeres no se observan diferencias significativas excepto en Navarra (figuras 169 y 170).

Figura 169. Distribución de las prevalencias de ingresos hospitalarios según la clase social en hombres, en las CC.AA. de España el año 2003. Porcentajes estandarizados por edad.

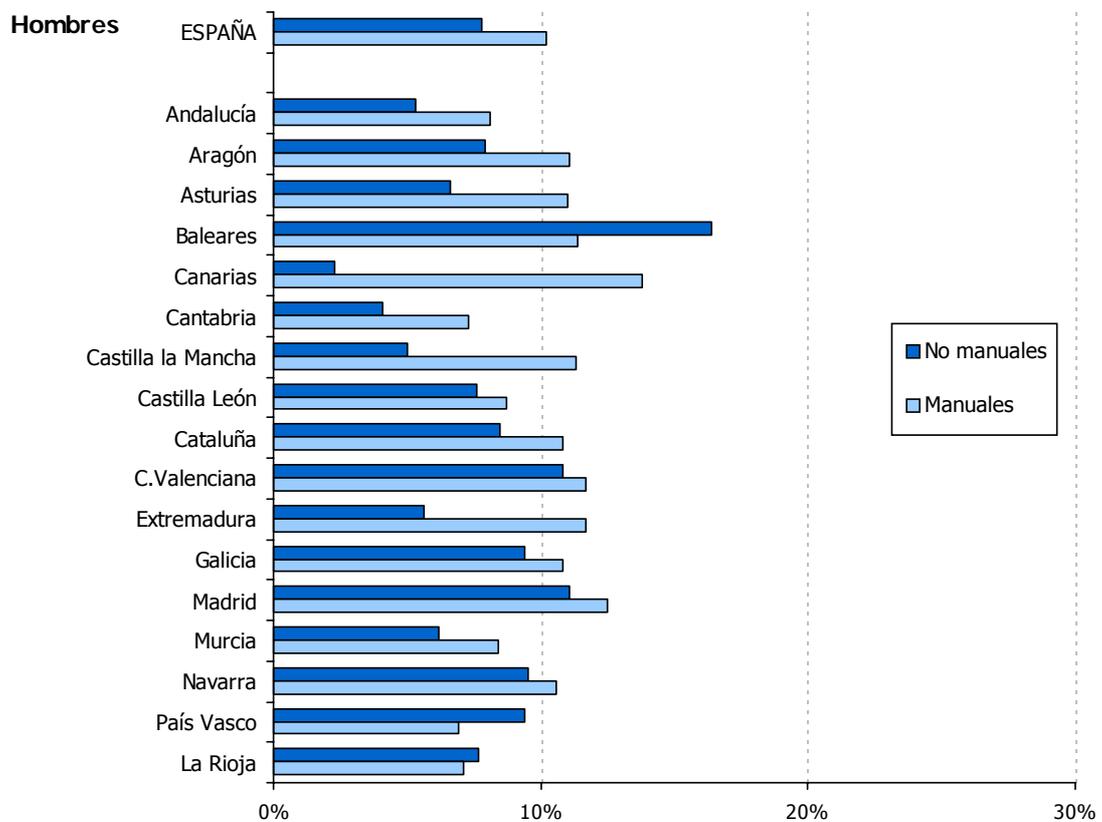
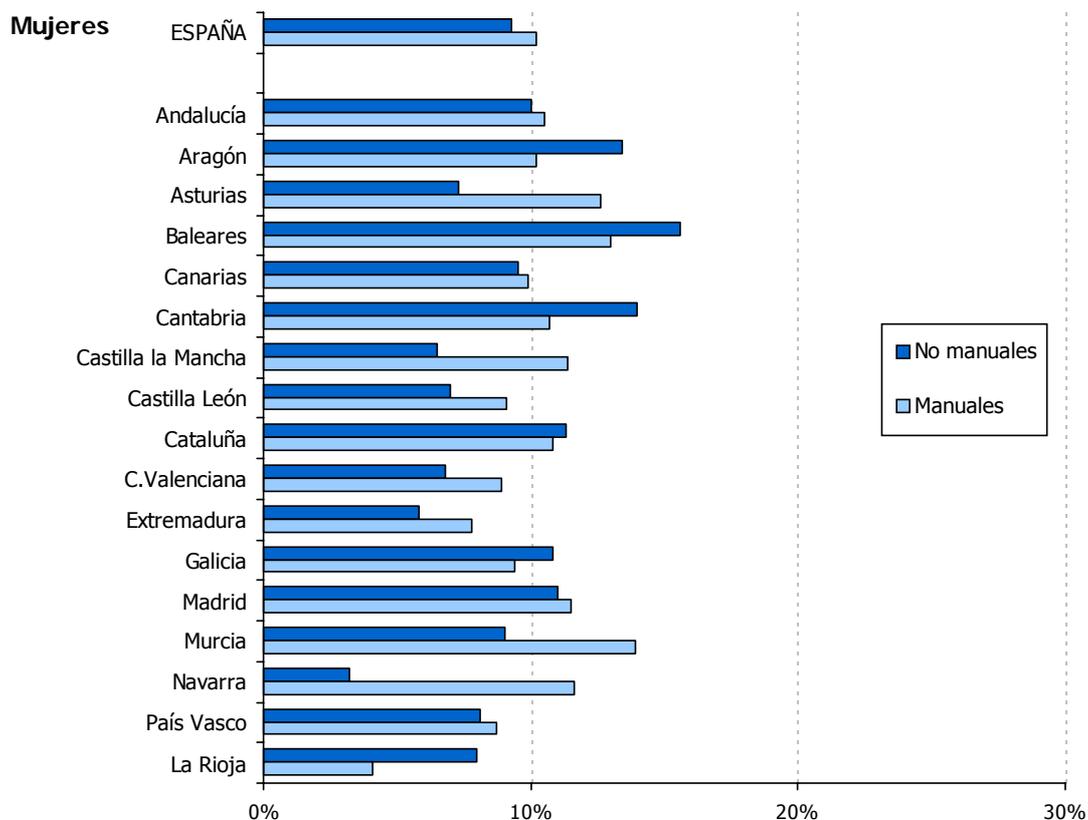


Figura 170. Distribución de las prevalencias de ingresos hospitalarios según la clase social en mujeres, en las CC.AA. de España el año 2003. Porcentajes estandarizados por edad.



En el periodo de 1993 a 2003, las desigualdades relativas según la clase social en la proporción de personas que han sido ingresadas en el hospital varían en las CC.AA. en hombres, algunas han aumentado las desigualdades como en Canarias o Castilla la Mancha, en cambio, Andalucía y Navarra las han disminuido (figura 171). En las mujeres, no se muestran cambios significativos, excepto en Navarra donde han aumentado (figura 172).

Figura 171. Evolución de las prevalencias de ingresos hospitalarios según la clase social en hombres, en las CC.AA. de España de 1993 a 2003. Razones estandarizadas por edad.

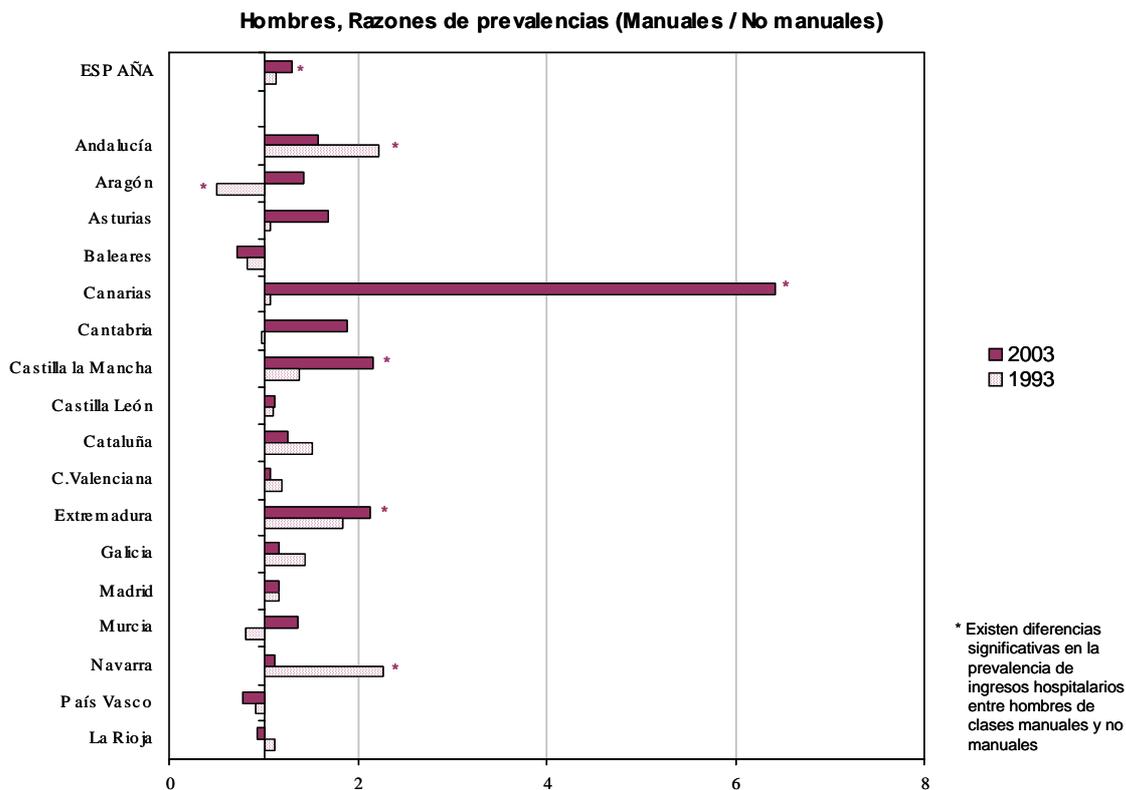
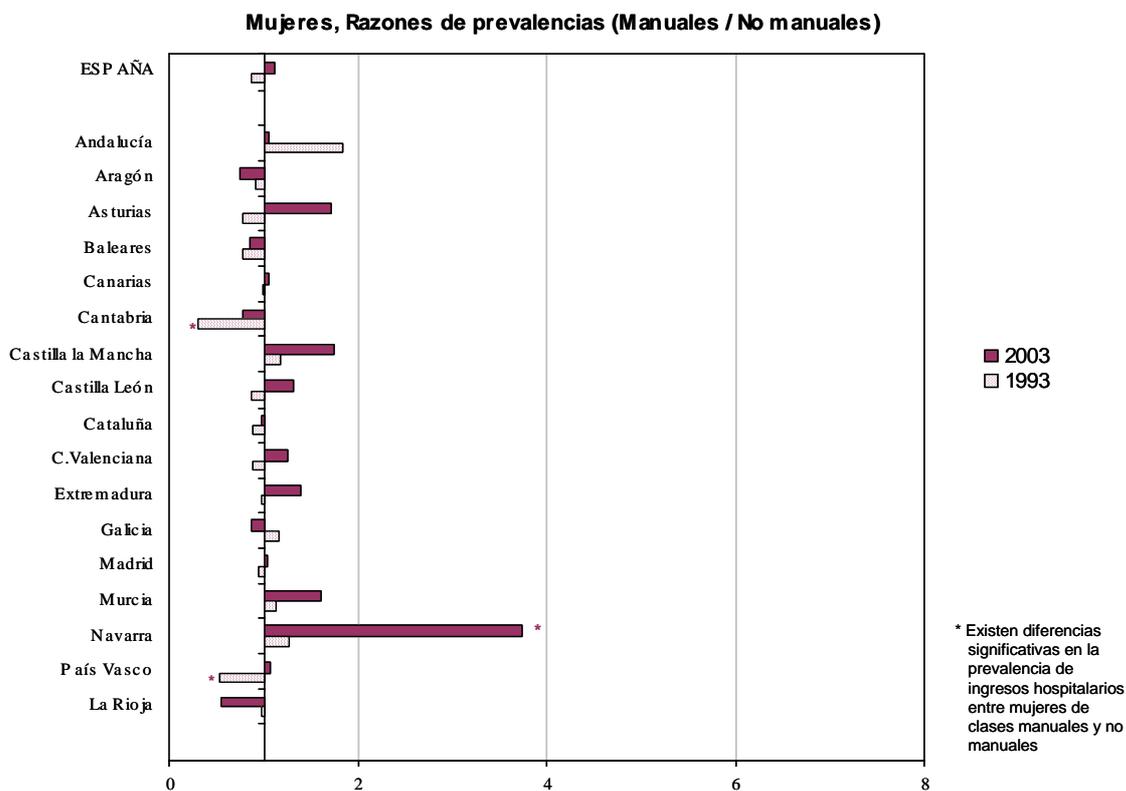


Figura 172. Evolución de las prevalencias de ingresos hospitalarios según la clase social en mujeres, en las CC.AA. de España de 1993 a 2003. Razones estandarizadas por edad.



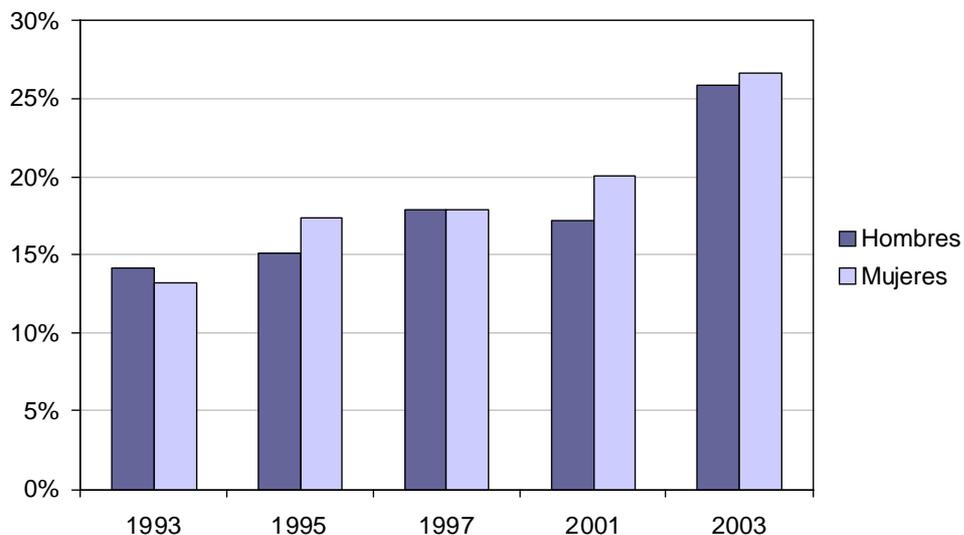
Visitas a los servicios de urgencias

Otro de los servicios ofrecidos por el sistema sanitario son los servicios de urgencias, que cuentan con características que los diferencian de otros niveles de atención sanitaria. Responden a necesidades inmediatas de mayor o menor gravedad, aunque también se utilizan de forma "errónea" para cubrir déficits de otros niveles de asistencia. El nivel socioeconómico, el estado de salud y la utilización de recursos se encuentran interrelacionados. El mayor uso del servicio de urgencias viene determinado por un menor nivel de salud o por un uso inadecuado, a costa de una menor frecuentación a los centros de salud u otros recursos sanitarios³⁶.

■ Visitas a los servicios de urgencias, 1993-2003

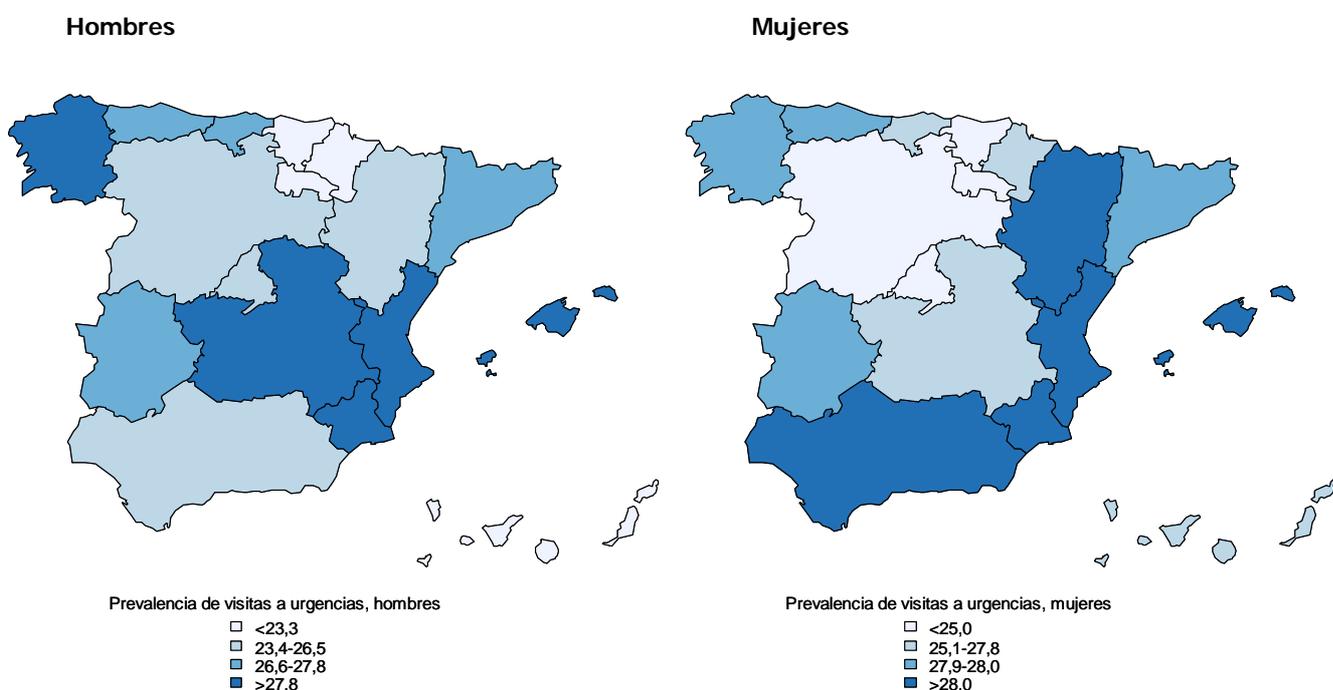
El año 2003 en España, un 26,1% de hombres y un 27,1% de mujeres declararon haber utilizado algún servicio de urgencias. La prevalencia de visitas a urgencias aumenta con la edad, tanto en hombres como en mujeres, y en el caso de los mayores de 64 años, las mujeres muestran porcentajes de visitas a urgencias mayores a los hombres. En el periodo de 1993 a 2003, se observa un incremento importante y progresivo en el porcentaje de la población que ha visitado algún servicio de urgencias, tanto en hombres como en mujeres, pasando de un 14% el año 1993 a un 26% aproximadamente el año 2003 (figura 173).

Figura 173. Evolución de la prevalencia de visitas a los servicios de urgencias en hombres y mujeres, en España de 1993 a 2003. Porcentajes estandarizados por edad.



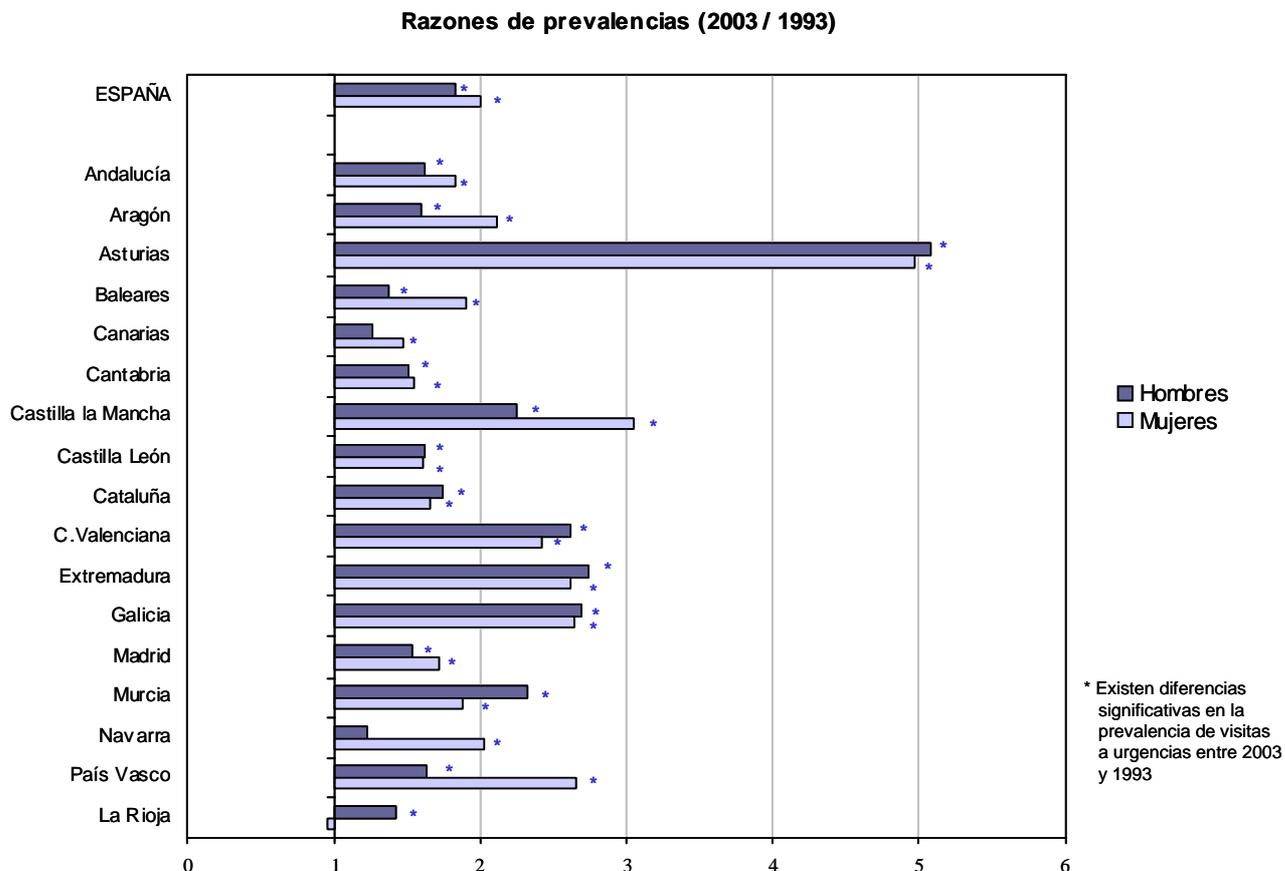
El año 2003 se observan desigualdades en el porcentaje de personas que han acudido a urgencias en las CC.AA. (figura 174). Las que presentan un mayor porcentaje de hombres que han visitado los servicios de urgencias son Galicia y Baleares (más del 31%), entre otras, en cambio los porcentajes son mucho menores en La Rioja y el País Vasco (menos del 22%). En las mujeres también existen variaciones, las CC.AA. con mayor proporción de ellas que han visitado urgencias son Baleares y Murcia (más del 32%), y las que presentan porcentajes menores son La Rioja, Castilla León y País Vasco (menos del 23%).

Figura 174. Distribución en cuartiles de las prevalencias de visitas a los servicios de urgencias, en hombres y mujeres, en las CC.AA. de España el año 2003. Porcentajes estandarizados por edad.



En el periodo de 1993 a 2003 se observa un aumento significativo en el porcentaje de la población que ha acudido a algún servicio de urgencias, en prácticamente todas las CC.AA., tanto en hombres como en mujeres (figura 175).

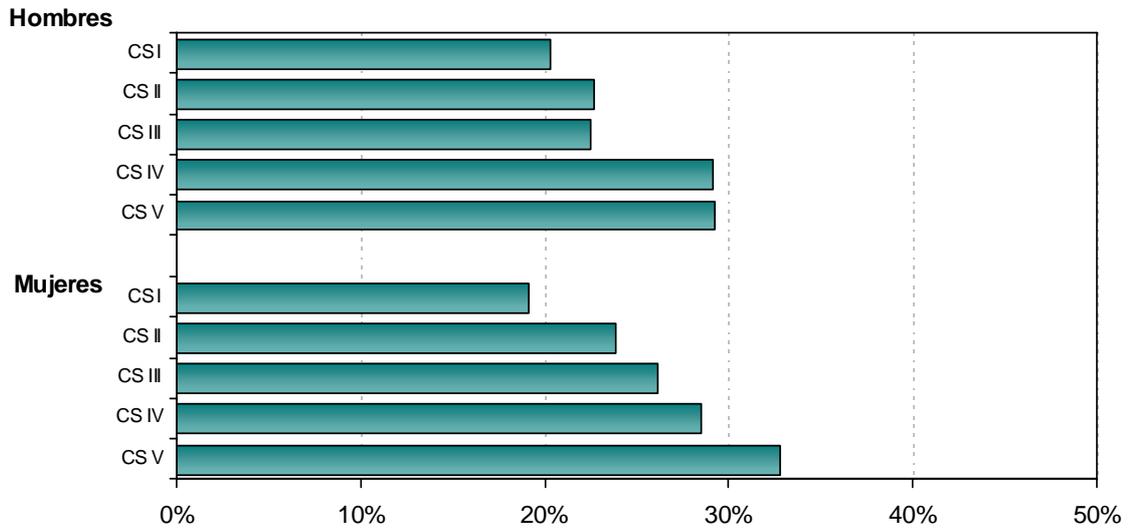
Figura 175. Evolución de las prevalencias de visitas a los servicios de urgencias en hombres y mujeres, en las CC.AA. de España de 1993 a 2003. Razones estandarizadas por edad.



■ **Las desigualdades en las visitas a los servicios de urgencias según la clase social, 1993-2003**

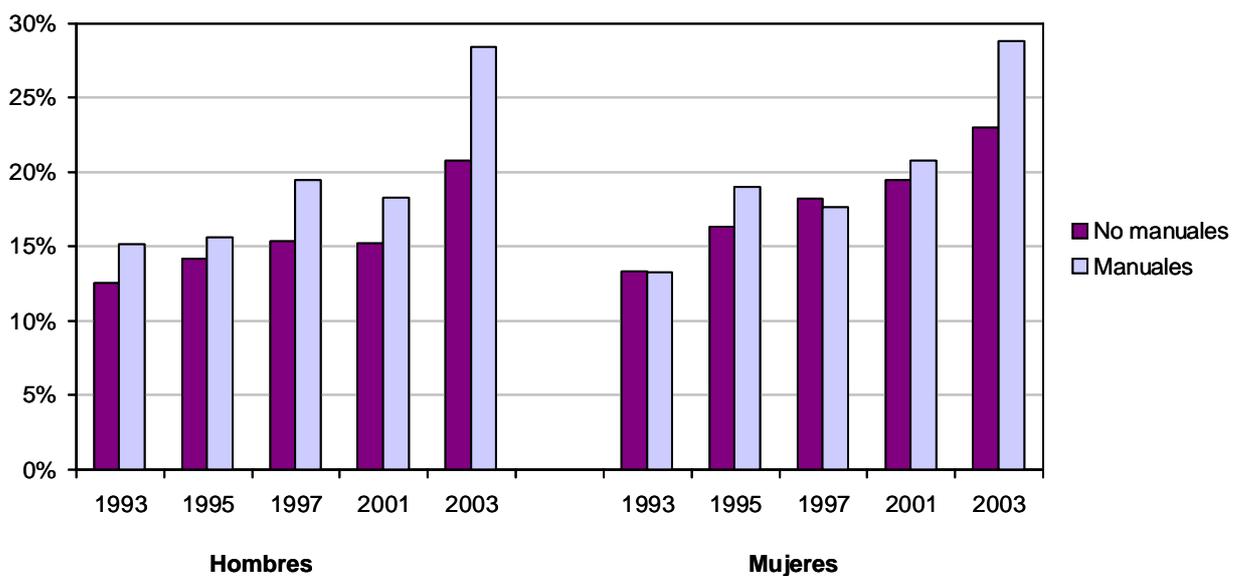
El año 2003 en España, existe un claro gradiente en las desigualdades según la clase social de la proporción de personas que han visitado urgencias, tanto en hombres como en mujeres (figura 176), de manera que las personas de clases más favorecidas visitan urgencias en menor proporción, y aumenta progresivamente en las personas de clases menos favorecidas (un 20,3% y un 19,1% en hombres y mujeres de clase I, respecto el 29,3% y el 32,8% de clase V).

Figura 176. Distribución de la prevalencia de visitas a los servicios de urgencias según la clase social, en hombres y mujeres, en España el año 2003.



En el periodo de 1993 a 2003, el porcentaje de personas que ha consultado un servicio de urgencias aumenta progresivamente hasta el año 2001, y el año 2003 experimenta un mayor incremento en los de clases manuales, aumentando así las desigualdades de clase ambos sexos (figura 177).

Figura 177. Evolución de la prevalencia de visitas a los servicios de urgencias según la clase social, en hombres y mujeres, en España de 1993 a 2003. Porcentajes estandarizados por edad.



En el año 2003, las desigualdades según la clase social en la proporción de personas que han visitado urgencias se da en todas las CC.AA., tanto en hombres como en mujeres, siendo siempre las personas de clases manuales las que registran mayores porcentajes respecto las de clases no manuales, mostrando diferencias significativas en hombres de Canarias y el País Vasco, entre otras, así como en mujeres de Asturias, Murcia o Navarra (figuras 178 y 179).

Figura 178. Distribución de las prevalencias de visitas a los servicios de urgencias según la clase social en hombres, en las CC.AA. de España el año 2003. Porcentajes estandarizados por edad.

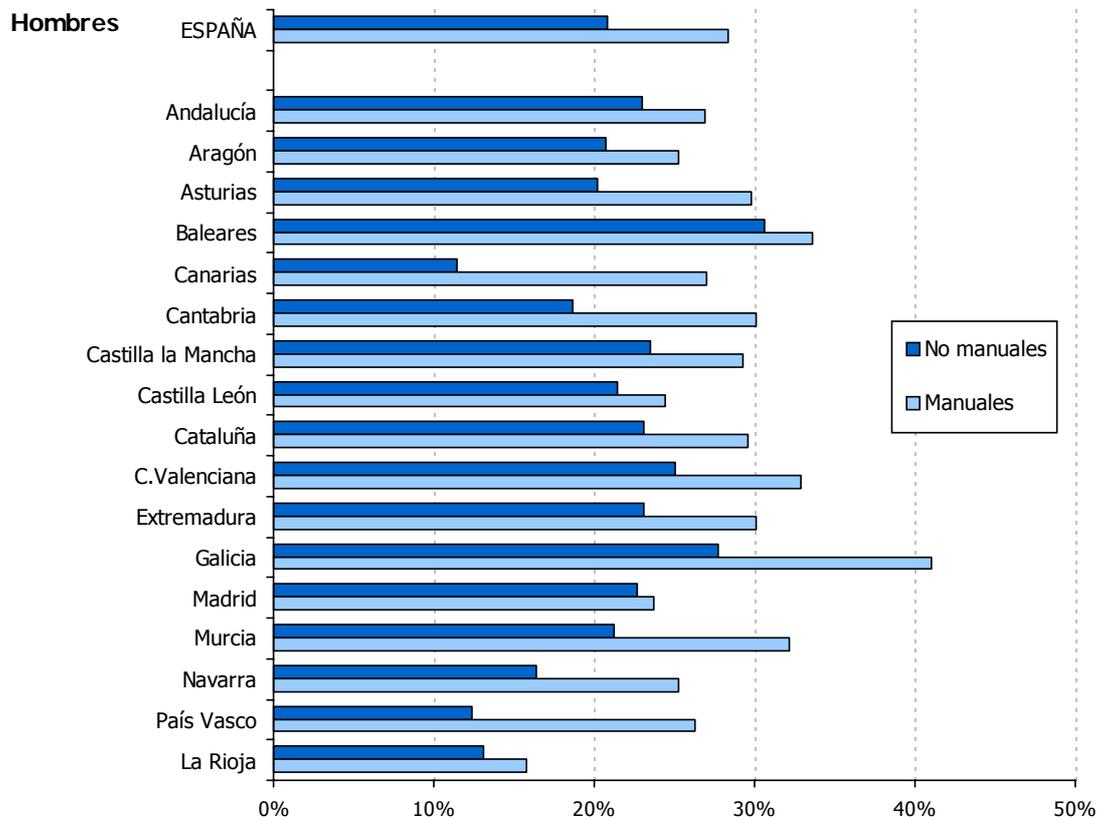
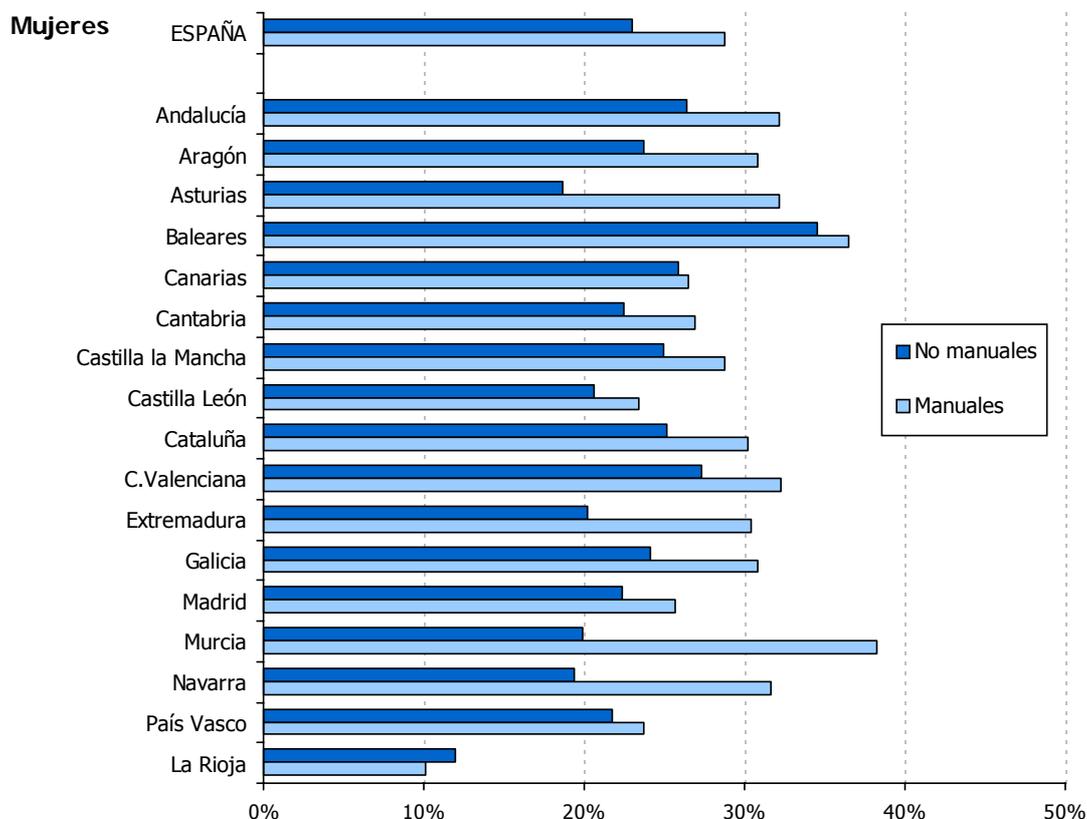


Figura 179. Distribución de las prevalencias de visitas a los servicios de urgencias según la clase social en mujeres, en las CC.AA. de España el año 2003. Porcentajes estandarizados por edad.



En el periodo de 1993 a 2003, las desigualdades relativas según la clase social en la proporción de personas que han visitado urgencias varían en las CC.AA.. En hombres, algunas han aumentado las desigualdades como en Canarias, Cantabria y el País Vasco, otras las mantienen y Extremadura, por ejemplo, presenta una disminución (figura 180). En las mujeres las desigualdades de clase en el porcentaje de mujeres que han visitado urgencias han aumentado en Asturias, Extremadura, Murcia y Navarra de manera significativa, y sólo la Comunidad Valenciana las ha disminuido (figura 181).

Figura 180. Evolución de las prevalencias de visitas a los servicios de urgencias según la clase social en hombres, en las CC.AA. de España de 1993 a 2003. Razones estandarizadas por edad.

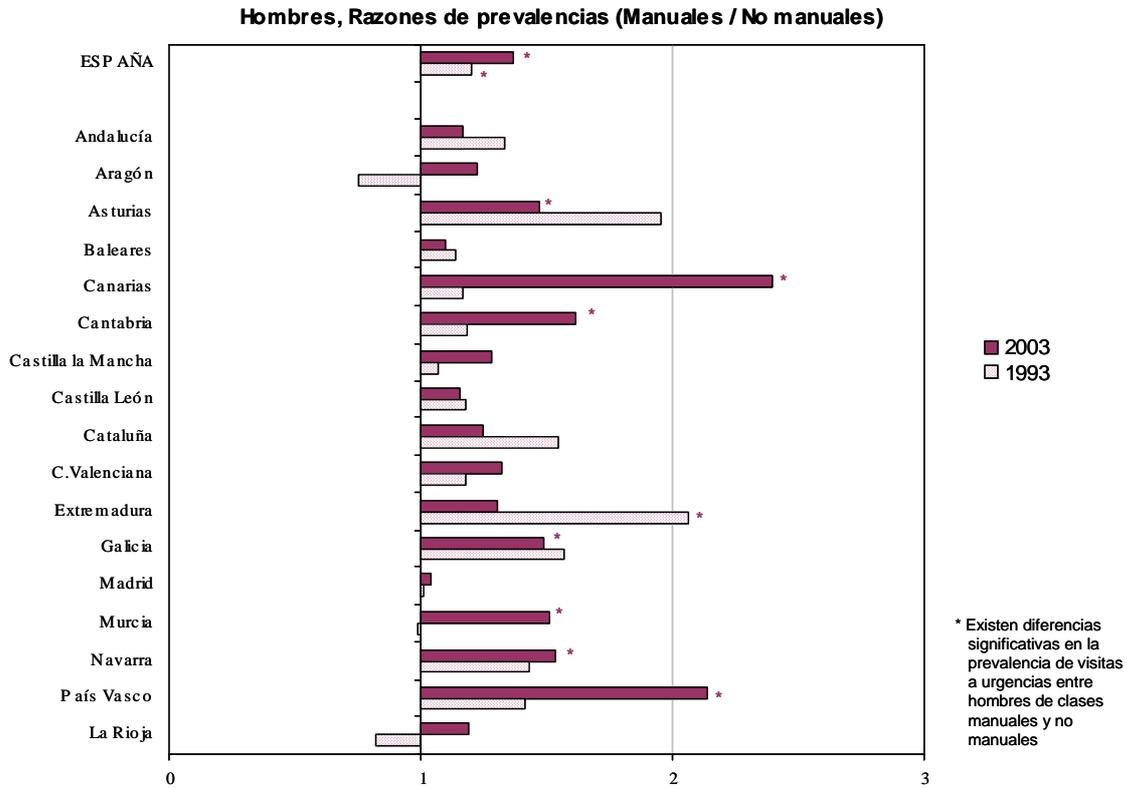
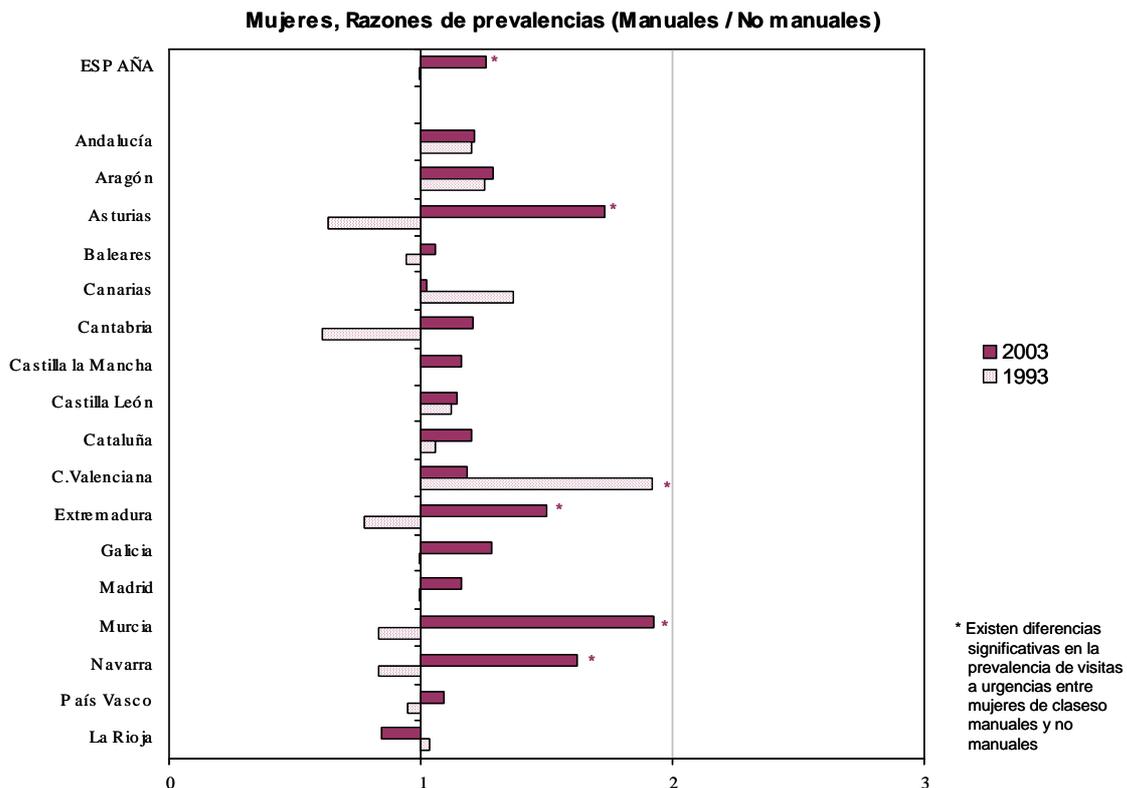


Figura 181. Evolución de las prevalencias de visitas a los servicios de urgencias según la clase social en mujeres, en las CC.AA. de España de 1993 a 2003. Razones estandarizadas por edad.



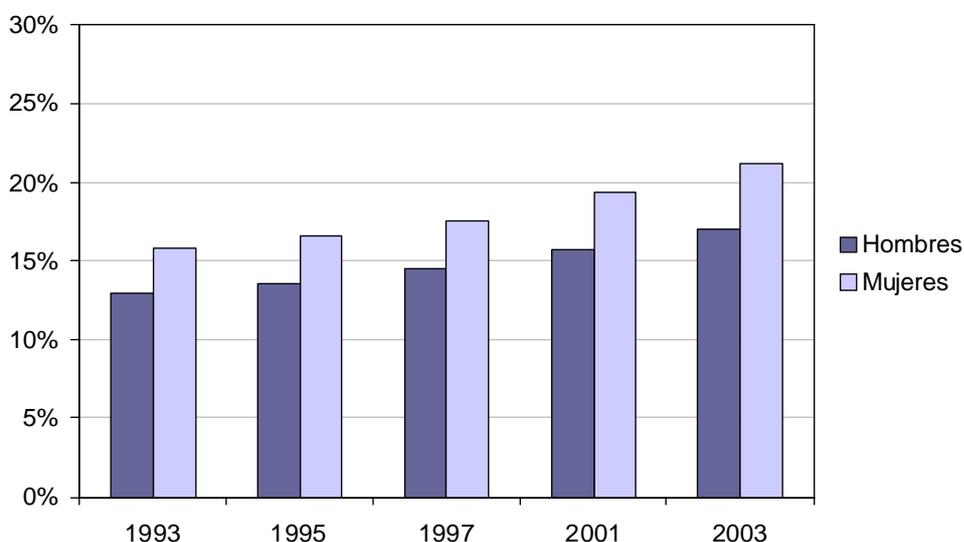
Visitas al dentista

Dentro del marco de las actividades preventivas, en este apartado se describe la visita al dentista. Bien es verdad que la visita al dentista no siempre es una práctica preventiva, sino que muchas veces la causa es una enfermedad dental. La mayor parte de la asistencia odontológica a la población se realiza a través del sistema privado, ya que las prestaciones del sector público se limitan al diagnóstico y la extracción dentaria. En general, debido a que se trata de un servicio no cubierto por la financiación pública, es la capacidad de pago de las personas lo que determina la demanda de este tipo de servicios.

■ Visitas al dentista, 1993-2003

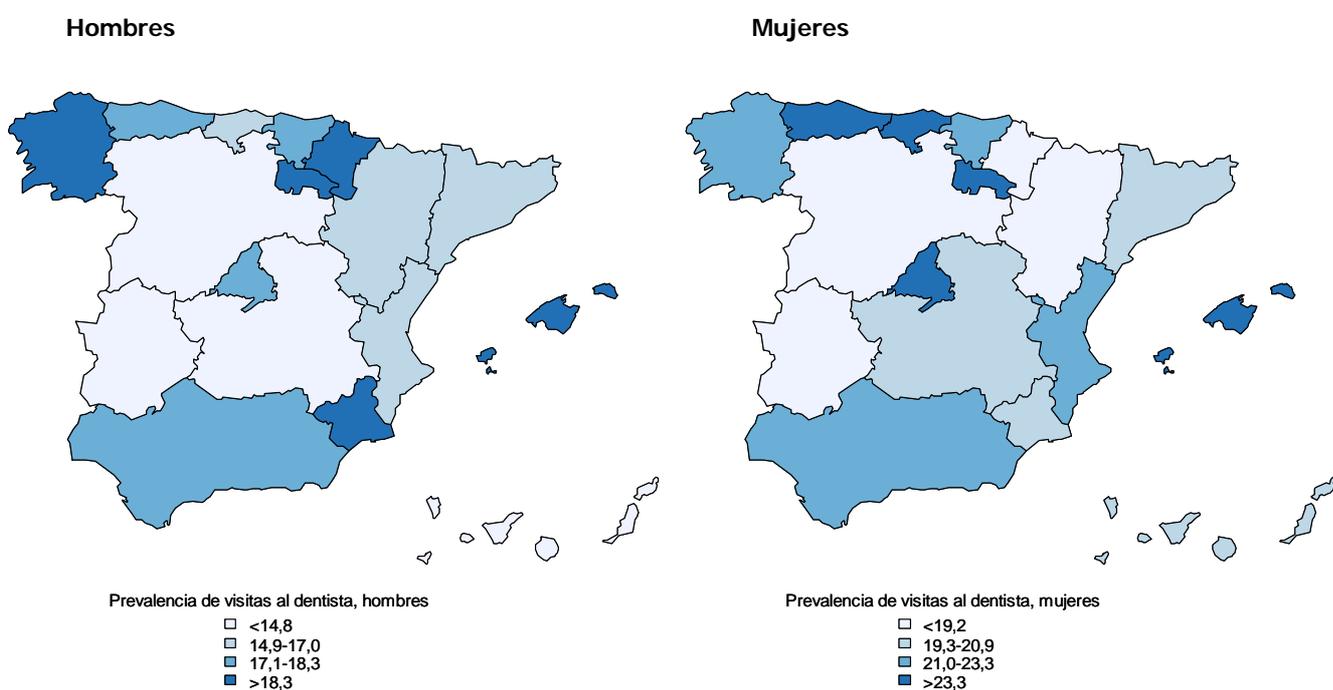
El año 2003 en España, un 16,7% de los hombres y un 20,7% de las mujeres declararon haber acudido al dentista en los tres meses anteriores a la encuesta. Además, se observan diferencias notables en función de la edad, siendo mayores los porcentajes de visita al dentista en los adultos (de 16 a 64 años) respecto a los mayores de 64 años. También se observan diferencias importantes según el sexo, ya que el porcentaje de visitas es mayor en mujeres que en hombres en todos los grupos de edad. En el periodo de 1993 a 2003, el porcentaje de la población que ha visitado el dentista ha aumentado progresivamente, tanto en hombres como en mujeres (figura 182).

Figura 182. Evolución de la prevalencia de visitas al dentista en hombres y mujeres, en España de 1993 a 2003. Porcentajes estandarizados por edad.



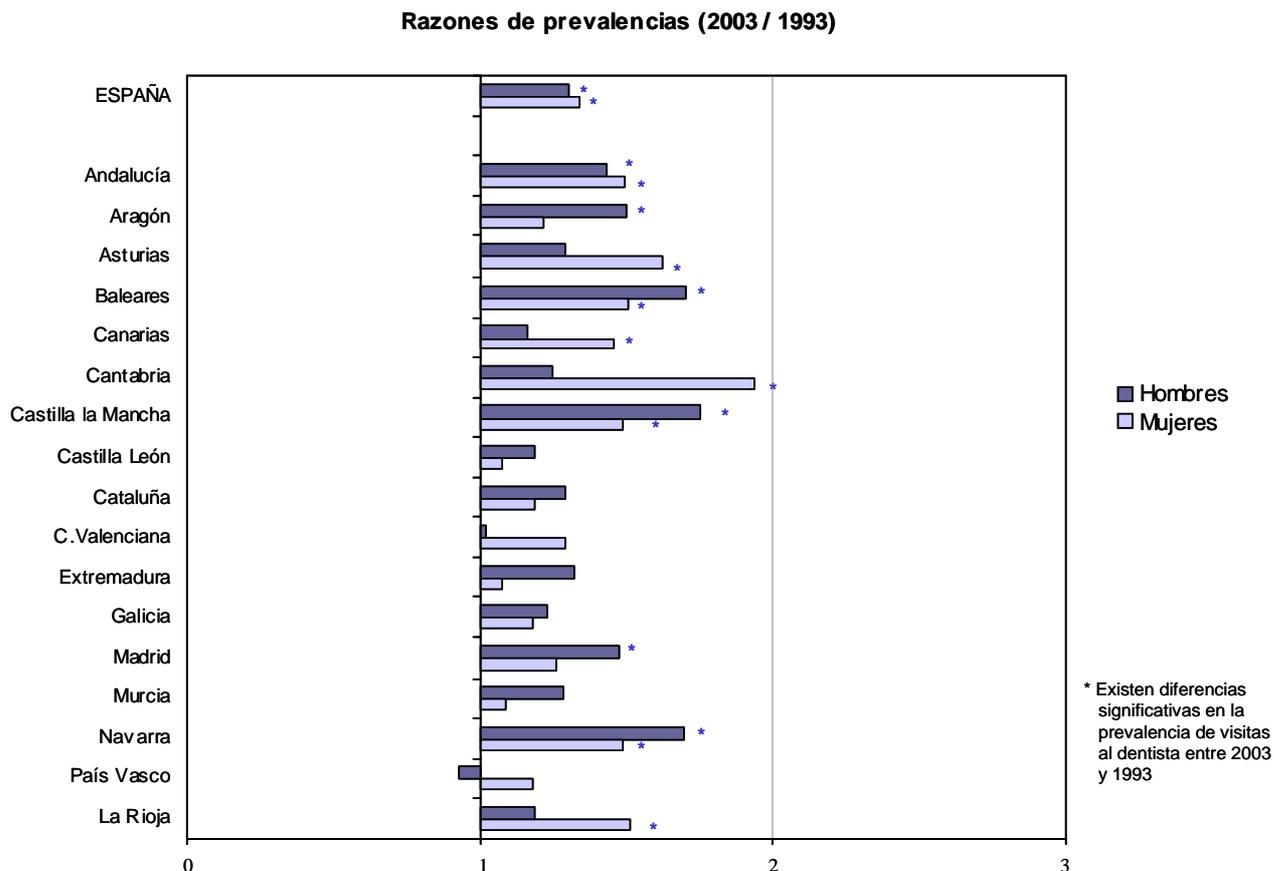
El 2003 se observan desigualdades en el porcentaje de personas que han visitado al dentista en las CC.AA. (figura 183). Las CC.AA. que presentan un mayor porcentaje de personas que visitan el dentista son Baleares y Murcia en hombres (más del 22%) y La Rioja, Cantabria y Baleares en mujeres (más del 25%), por el contrario la que muestra un menor porcentaje de personas que han visitado el dentista es Extremadura, entre otras, en ambos sexos (menos del 13% de hombres y menos del 16% de mujeres).

Figura 183 Distribución en cuartiles de las prevalencias de visitas al dentista, en hombres y mujeres, en las CC.AA. de España el 2003. Porcentajes estandarizados por edad.



En el periodo de 1993 a 2003 la evolución del porcentaje de visitas al odontólogo presenta un aumento en todas las CC.AA., siendo significativo por ejemplo, en Andalucía, Baleares, Castilla la Mancha y Navarra para ambos sexos (figura 184).

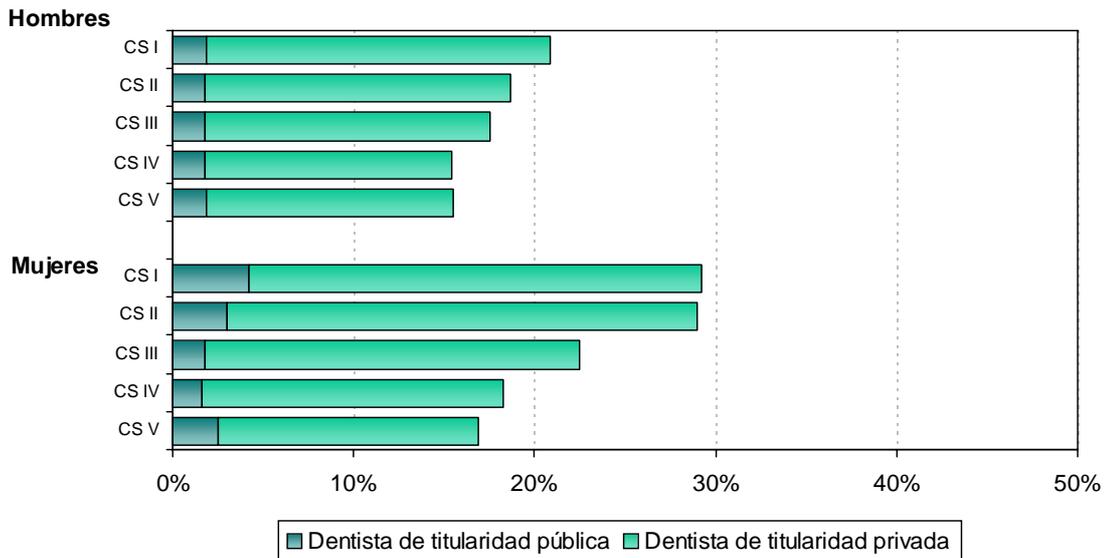
Figura 184. Evolución de las prevalencias de visitas al dentista en hombres y mujeres, en las CC.AA. de España de 1993 a 2003. Razones de prevalencias estandarizadas por edad.



■ **Las desigualdades en las visitas al dentista según la clase social, 1993-2003**

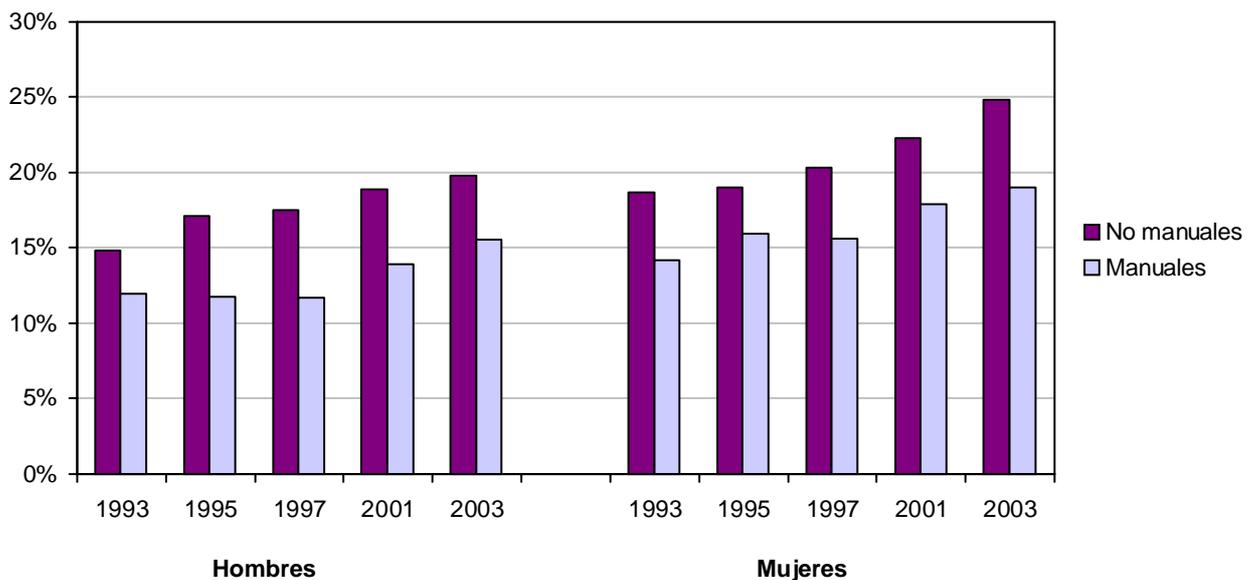
El año 2003 en España, existen desigualdades en la proporción de personas que han visitado el dentista según la clase social (figura 185). Tanto en hombres como en mujeres, las personas de clases más favorecidas presentan mayores porcentajes de visita al dentista que los de clases menos favorecidas (16% aproximadamente de hombres y mujeres de clase V, respecto el 21% y el 29% de clase I en hombres y mujeres respectivamente).

Figura 185. Distribución de la prevalencia de visitas al dentista según la clase social, en hombres y mujeres, en España el 2003.



En el periodo de 1993 a 2003, el porcentaje de personas que ha visitado el dentista ha aumentado en hombres y en mujeres, tanto de clases no manuales como manuales, siendo ligeramente mayor en no manuales y produciéndose así al final del periodo un aumento de las desigualdades según la clase social (figura 186).

Figura 186. Evolución de la prevalencia de visitas al dentista según la clase social, en hombres y mujeres, en España de 1993 a 2003. Porcentajes estandarizados por edad.



En el año 2003, las desigualdades según la clase social en la proporción de personas que han visitado al dentista presenta variabilidad en las CC.AA.. En hombres, Cantabria y Extremadura son las que presentan desigualdades significativas, siendo mayores las prevalencias de visita al dentista entre los de clases no manuales (figura 187). En mujeres, en la mayoría de CC.AA. son las de clases no manuales las que visitan al dentista en mayor proporción, siendo Asturias, Baleares, Cataluña, Comunidad Valenciana y Madrid las que presentan mayor desigualdad absoluta y relativa en las prevalencias según la clase social (figura 188).

Figura 187. Distribución de las prevalencias de visitas al dentista según la clase social en hombres, en las CC.AA. de España el 2003. Porcentajes estandarizados por edad.

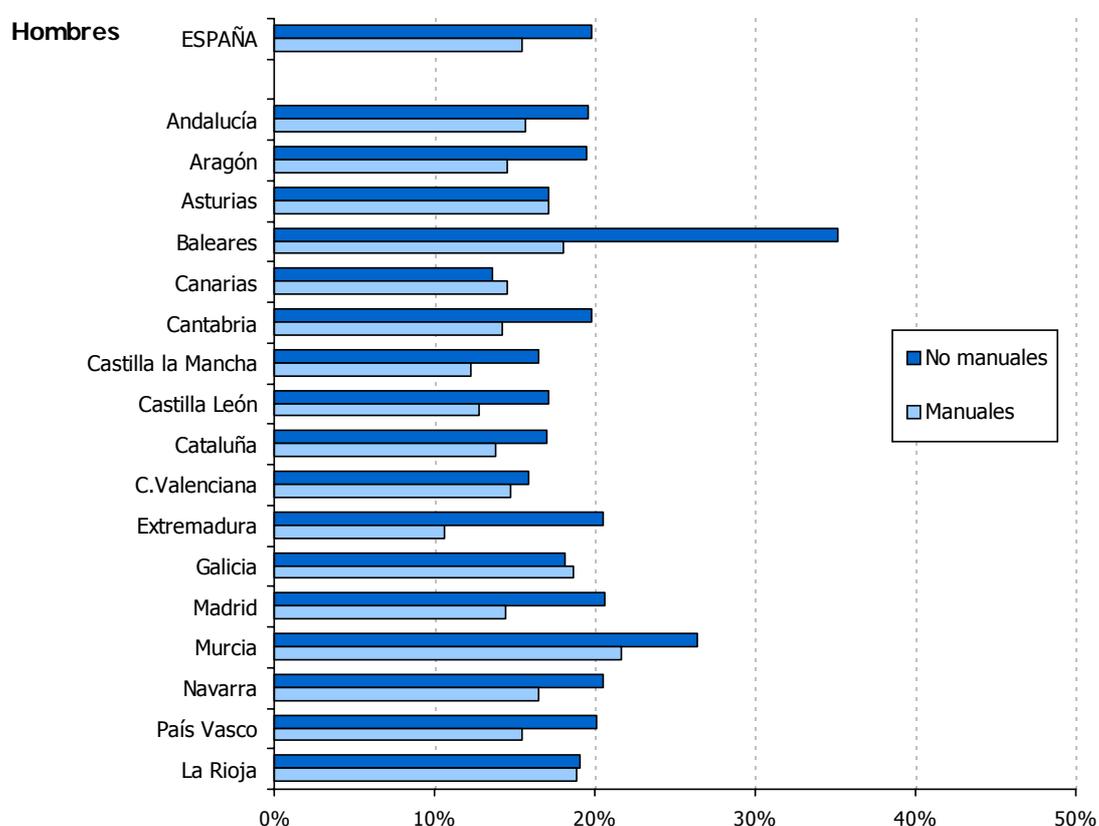
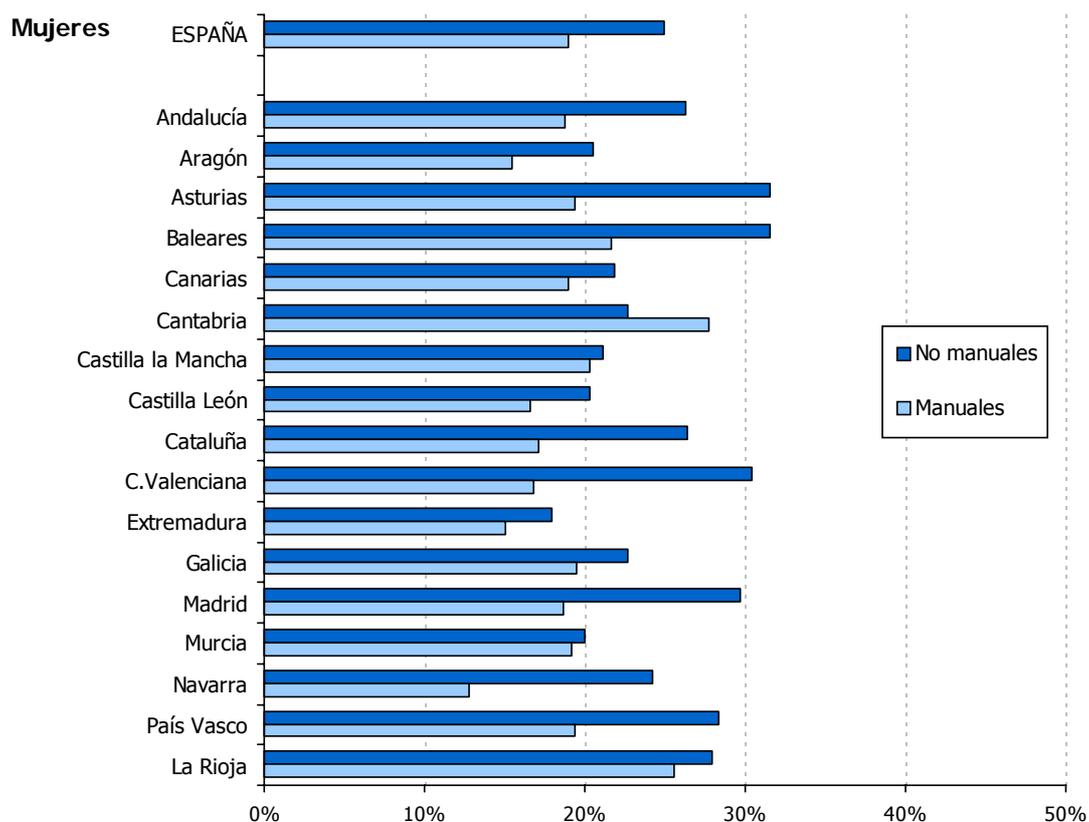


Figura 188. Distribución de las prevalencias de visitas al dentista según la clase social en mujeres, en las CC.AA. de España el 2003. Porcentajes estandarizados por edad.



En el periodo de 1993 a 2003, las desigualdades relativas en las visitas al dentista según la clase social presentan cambios significativos en el periodo estudiado en algunas de las CC.AA.. En hombres se observa como Aragón, Asturias y Navarra han disminuido las desigualdades de clase social en la prevalencia de visitas al dentista, en cambio Baleares y Extremadura las han aumentado (figura 189). En mujeres, algunas han aumentado las desigualdades en la prevalencia de visitas al dentista, por ejemplo en Asturias, Baleares, Comunidad Valenciana, Madrid y Navarra, y algunas regiones han experimentado una disminución de las desigualdades de clase social como Aragón, Canarias o La Rioja (figura 190).

Figura 189. Evolución de las prevalencias visitas al dentista según la clase social en hombres, en las CC.AA. de España de 1993 a 2003. Razones de prevalencias estandarizadas por edad.

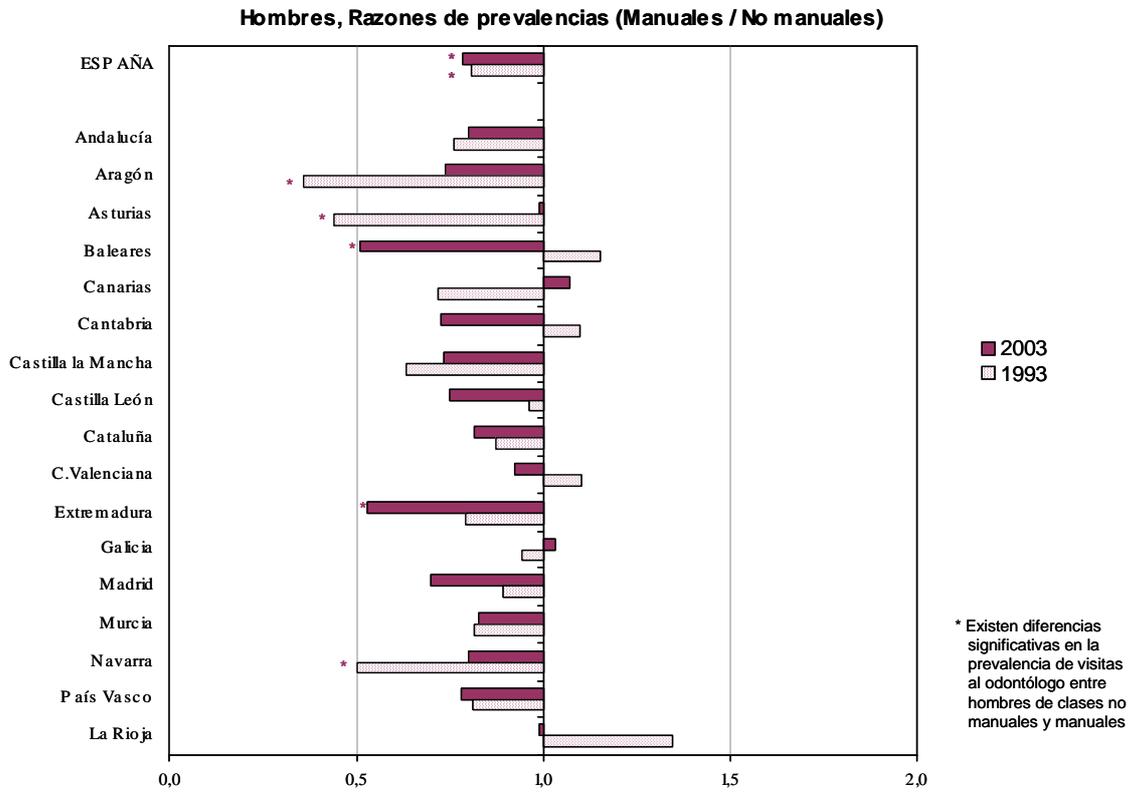
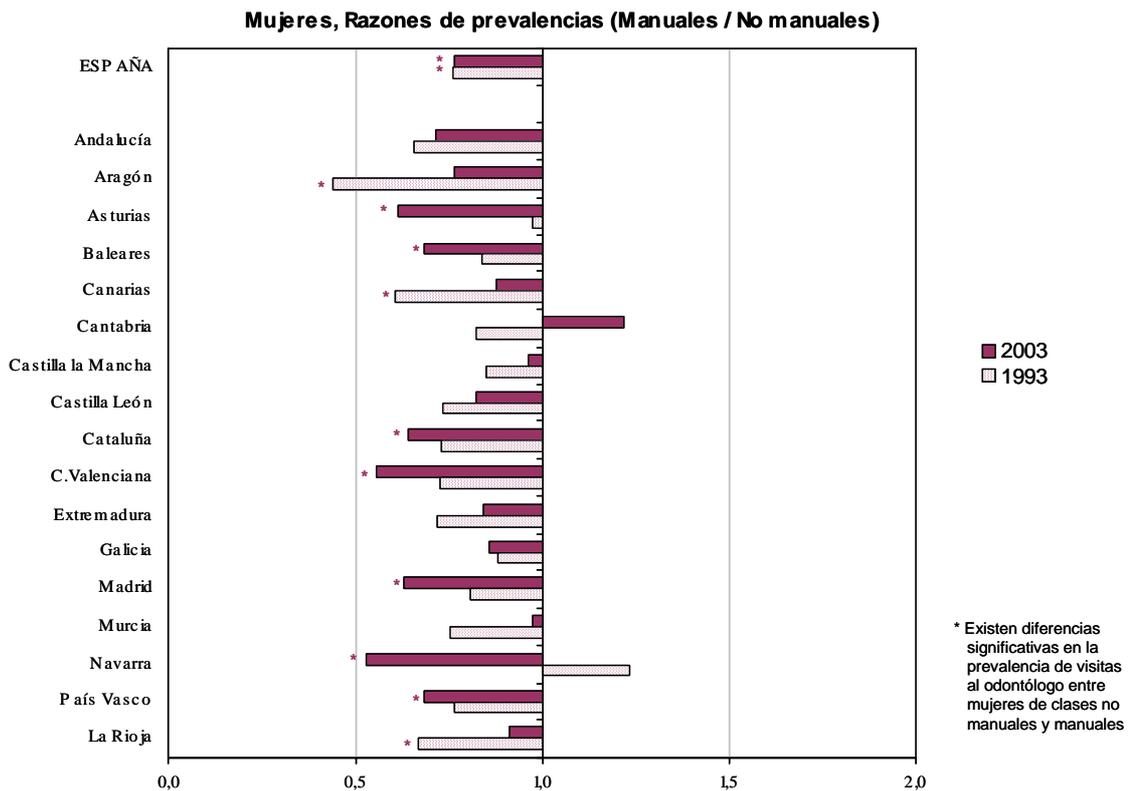


Figura 190. Evolución de las prevalencias visitas al dentista según la clase social en mujeres, en las CC.AA. de España de 1993 a 2003. Razones de prevalencias estandarizadas por edad.



Mamografías

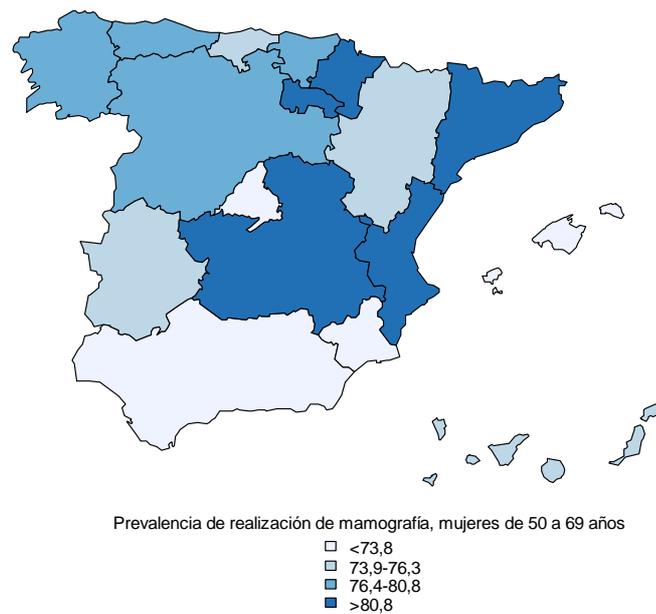
El cáncer de mama es el tumor maligno más frecuente en la mujer y aproximadamente 1 de cada 10 mujeres lo padecerá en algún momento de su vida. Generalmente los tumores de mama no dan síntomas y la prevención más eficaz es su detección precoz. Los programas de detección precoz en grandes poblaciones son la vía utilizada en todo el mundo para lograr la detección precoz del tumor, cuando su tamaño es todavía pequeño, y reducir la mortalidad ocasionada por ésta enfermedad. En la actualidad existen suficientes evidencias sobre la eficacia de los programas de detección precoz de cáncer de mama mediante mamografía periódica en mujeres mayores de 50 a 69 años³⁷.

■ **Mamografías, 2003**

El año 2003 en España, el 36,4% de las mujeres declararon haberse realizado una mamografía hace menos de tres años. Se observan diferencias notables en función de la edad, ya que el 23,2% de las mujeres menores de 50 años realizaron alguna mamografía, y en cambio en mujeres de 50 a 69 años, donde está indicado la realización de mamografías de carácter preventivo, asciende al 77%. Por último en mujeres de 70 años o más, un 21,2% ha realizado alguna mamografía.

El año 2003 se observan desigualdades en la prevalencia de realización de mamografías, en mujeres de 50 a 69 años, en las CC.AA. (figura 191). La Comunidad Valenciana, Castilla la Mancha, La Rioja y Navarra son las que registran mayor porcentaje de mujeres de 50 a 69 años que han realizado mamografía (más del 82%), en cambio en Murcia y Andalucía se observan las prevalencias menores (menos del 67%).

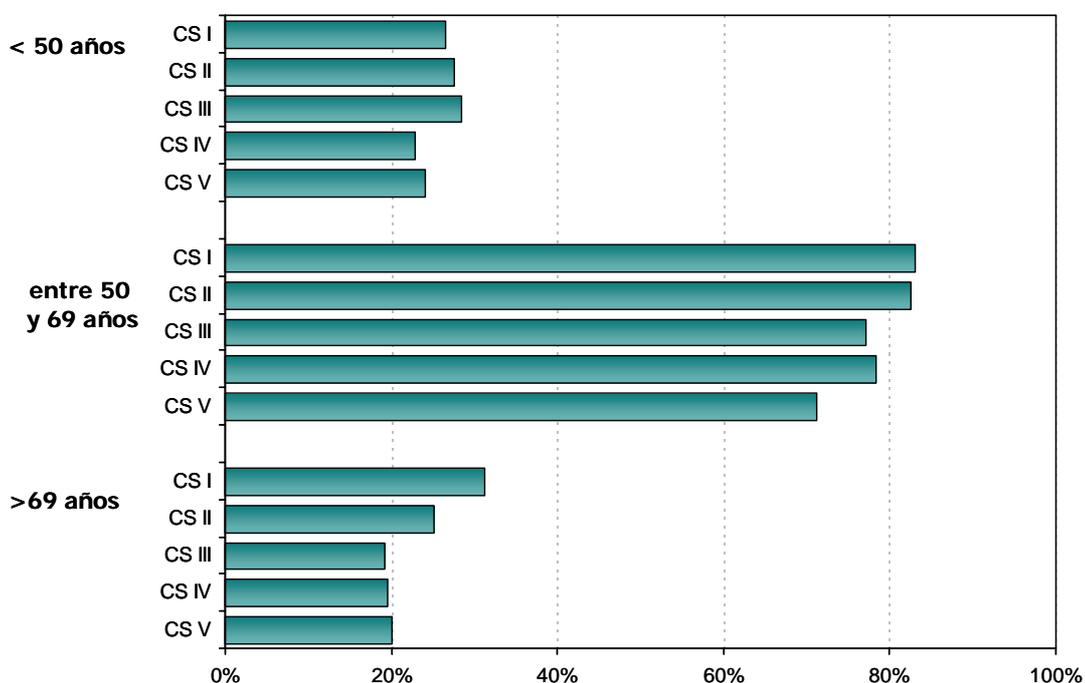
Figura 191. Distribución en cuartiles de las prevalencias de mamografías en mujeres de 50 a 69 años, en las CC.AA. de España el año 2003. Porcentajes estandarizados por edad.



■ **Las desigualdades en la realización de mamografías según la clase social, 2003**

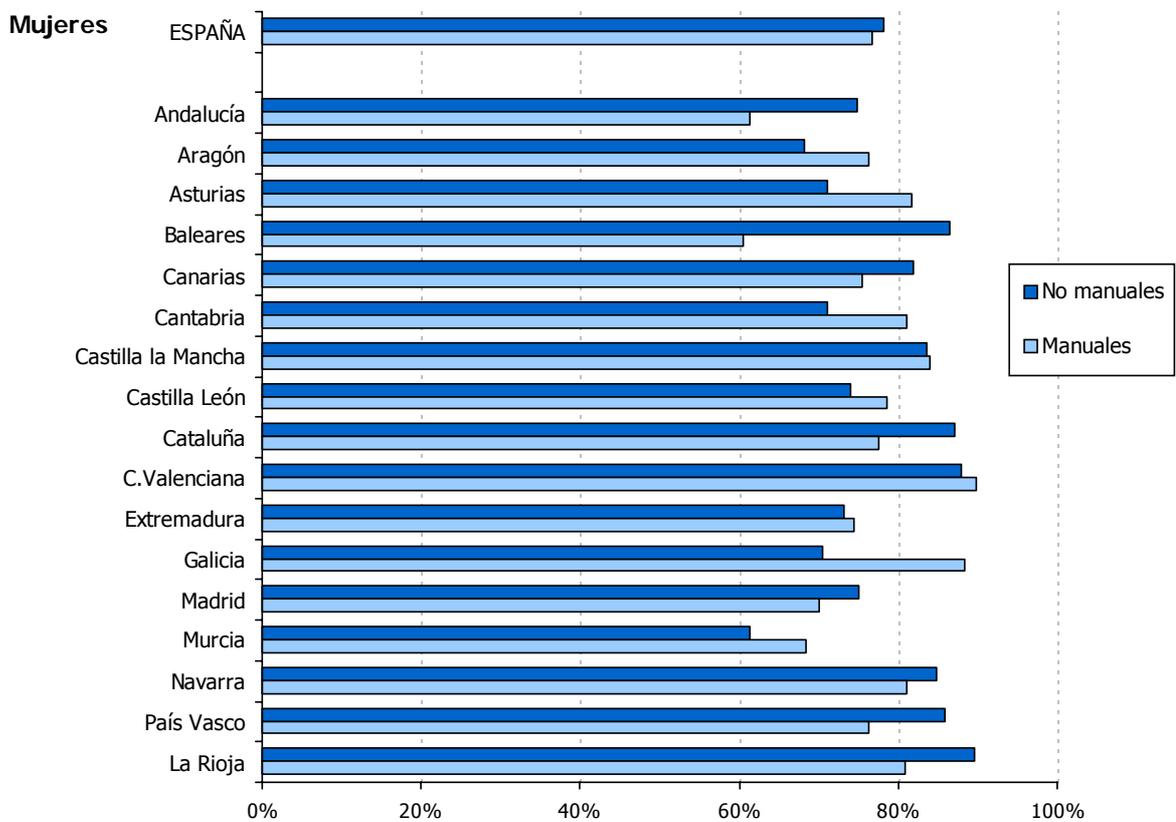
El año 2003 en España, se observan diferencias en la realización de mamografías según la clase social en todos los grupos de edad (figura 192). En el grupo de edad donde está indicado la realización de mamografía de cribaje, mujeres de 50 a 69 años, se observa que las de clases más favorecidas realizan en mayor proporción mamografías y disminuye gradualmente en las de clases menos favorecidas (un 83,1% en mujeres de clase I respecto el 71,2% de mujeres de clase V).

Figura 192. Distribución de las prevalencias de mamografías según la clase social y el grupo de edad, en mujeres, en España el año 2003.



El año 2003 se observan desigualdades en la prevalencia de realización de mamografías según la clase social en las CC.AA. (figura 193). En la mayoría de CC.AA. las mujeres de clases no manuales realizan en mayor proporción mamografías respecto las de clases manuales, siendo Baleares y Andalucía, entre otras las que presentan más desigualdades en la prevalencia entre clases. En cambio algunas CC.AA. como Asturias, Cantabria o Galicia, muestran un patrón de desigualdad de clase invertido, siendo las mujeres de clases manuales las que realizan en mayor proporción mamografías.

Figura 193. Distribución de las prevalencias de mamografías según la clase social en mujeres de 50 a 69 años, en las CC.AA. de España el 2003. Porcentajes estandarizados por edad.



Conclusiones

Las encuestas de salud son una herramienta muy útil para el estudio de las desigualdades en salud, en los estilos de vida y en la utilización de servicios sanitarios ya que permiten cruzar estos indicadores con las características sociodemográficas y socioeconómicas de la población y además permiten seguir la evolución.

Numerosos estudios, a nivel internacional y también en nuestro medio, muestran que existen desigualdades en la salud, en los estilos de vida relacionados con la salud y en el uso de servicios sanitarios entre grupos según características sociales y económicas. Los principales ejes de desigualdad estudiados en el presente informe son la edad, el género, la clase social y el área de residencia, encontrando en la mayoría de indicadores analizados desigualdades de edad, de género, de clase y de área geográfica, las dos últimas relacionadas con el nivel socioeconómico del individuo o del área de residencia, respectivamente.

Desigualdades según la edad

Es ampliamente conocido que los indicadores relacionados con la salud están muy asociados a la edad. Conforme aumenta la edad, empeora el estado de salud, la limitación de la actividad debido a problemas de salud es mayor y se padecen más enfermedades, entre ellas las crónicas (a excepción de la alergia y la jaqueca o migraña que es más prevalente en las edades más jóvenes).

Sin embargo al aumentar la edad se suelen abandonar las conductas no saludables, se fuma menos y se bebe menos alcohol, aunque por otro lado, y debido al deterioro de la salud, se suele llevar una vida más sedentaria y por consiguiente la obesidad es más prevalente en las personas mayores, aunque no se debe pasar por alto que la obesidad depende en gran parte del tipo de dieta.

El peor estado de salud de las personas mayores influye en la utilización de los servicios sanitarios curativos dada la necesidad en salud, de manera que visitan más al médico general, así como el especialista, también ingresan en el hospital con mayor frecuencia y asisten en mayor proporción a urgencias. En cambio, utilizan menos los servicios preventivos como por ejemplo el dentista.

Desigualdades de género

Existe evidencia de la existencia de desigualdades en salud entre hombres y mujeres, no sólo por las diferencias biológicas, sino principalmente por las diferencias sociales y económicas que se dan entre sexos. Estas diferencias están asociadas a los diferentes roles que mantienen hombres y mujeres, de manera que las condiciones laborales están muy relacionadas con la salud y en mujeres la doble carga del trabajo fuera y dentro del hogar tiene un efecto negativo sobre su salud. Las mujeres, respecto a los hombres, declaran un peor estado de salud, sufren de limitación de la actividad debido a problemas de salud con mayor frecuencia, padecen en general más trastornos crónicos, como por ejemplo alergia o hipertensión y colesterol elevado en mayores de 64 años, y sobre todo trastornos como la depresión, la artrosis o problemas reumáticos y la mala circulación. Otros trastornos son, en cambio, más prevalentes en hombres, como el asma y las enfermedades del corazón. Por otro lado, algunas enfermedades como la diabetes o la úlcera de estómago no presentan diferencias entre hombres y mujeres.

En cuanto a los estilos de vida relacionados con la salud siguen un patrón de género diferencial según el grupo de edad. Mientras que en los más mayores son los hombres los que tienen peores hábitos como el fumar y el beber alcohol, en la población más joven se observa como las mujeres han incorporado los hábitos de consumo antes considerados más habituales en los hombres, como son el tabaco y el alcohol. Éste cambio de conductas entre generaciones puede ser debido a la entrada de las mujeres al mercado laboral y el desarrollo de la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres, de manera que en los últimos años, en la población más joven, no se aprecian diferencias de género en los estilos de vida. En cambio los hábitos más saludables, como la realización de ejercicio físico en el tiempo libre es menos frecuente en mujeres, debido principalmente a la falta de tiempo, que invierten por otro lado en el cuidado de la familia.

Respecto al uso de los servicios sanitarios, también son las mujeres las que acuden en mayor frecuencia a los servicios sanitarios, en parte debido a la mayor necesidad que tienen dado el peor estado de salud de éstas, y también puede deberse a que ellas se preocupan más por las enfermedades, debido al rol cuidador que tradicionalmente vienen desempeñando, ya que por ejemplo, también utilizan en mayor proporción los servicios preventivos como la visita al dentista.

Desigualdades según la clase social

En la última década han proliferado en nuestro país, estudios y trabajos que muestran la existencia de desigualdades en salud según la posición social de los individuos, que viene determinada en parte por el nivel de estudios, la situación laboral, el tipo de ocupación o la situación profesional, la clase social o el nivel de ingresos, además del entorno social y cultural de los individuos. Un mayor nivel de estudios puede proporcionar herramientas para mejorar el estado de salud, como son una mejor comprensión y un mayor entendimiento de los síntomas y de la enfermedad, de los profesionales sanitarios, o del diagnóstico y el tratamiento asociados. Por otro lado, las condiciones laborales y los factores de exposición en el trabajo son también determinantes del nivel de salud de la población, y finalmente, la clase social privilegiada y un mayor nivel socioeconómico permiten más recursos materiales para superar y mejorar el estado de salud.

En España, aún existen diferencias según la clase social ocupacional, y en la mayoría de indicadores se percibe un aumento de las desigualdades de clase social, sobre todo en mujeres. Las personas de clases menos privilegiadas presentan un peor estado de salud, mayor limitación en la actividad habitual debido a problemas de salud, y padecen de trastornos crónicos con mayor frecuencia que las personas de clases menos privilegiadas, sobre todo en mujeres, a excepción de la alergia que es más prevalente en las personas de clases más privilegiadas.

Tanto el género como la clase social son importantes determinantes de los estilos de vida relacionados con la salud, ya que determinan el entorno cultural, los valores y las oportunidades de que dispone la población. Los estilos de vida asociados a la posición social y las relaciones sociales como el tabaco y el alcohol han experimentado un cambio de patrón en los últimos años, de manera que estos hábitos comenzaron a ser más prevalentes en las clases más privilegiadas y cuando éstas empiezan a abandonar los hábitos no saludables, los han adoptado las clases menos privilegiadas. Los estilos de vida no saludables, como el consumo de alcohol, el sedentarismo y una dieta no saludable son responsables del aumento de la obesidad en las clases menos privilegiadas. Al igual que la realización de ejercicio físico que es más usual en las clases más favorecidas debido en parte a la disponibilidad de tiempo y de recursos.

Respecto el uso de los servicios sanitarios, diferentes estudios han concluido que una posición socioeconómica privilegiada y el acceso privado a los servicios sanitarios tienen un

impacto en la utilización, influyen en una mayor frecuentación de médicos especialistas, en lugar de médicos generales, y más utilización de servicios preventivos o servicios sólo parcialmente cubiertos por el sistema público de sanidad. Por el contrario, las personas de clases menos favorecidas acuden en mayor proporción al médico general de atención primaria y registran mayores porcentajes de hospitalización y de visitas a urgencias, en cambio, realizan en menor proporción prácticas preventivas como las visitas al dentista o la realización de mamografías con carácter preventivo. En el Estado Español, con un sistema sanitario público de cobertura universal, se observa también que los factores socioeconómicos determinan la utilización de los servicios de salud, principalmente a través de la necesidad en salud y las características de los servicios de salud. Los grupos menos privilegiados, los cuales tienen una mayor carga de enfermedad, tienden a utilizar menos los servicios de salud, si la accesibilidad al sistema no les es favorable.

Desigualdades geográficas, sociales y económicas

Además de las características de los individuos, el entorno social, cultural y económico influye en la salud de la población. O dicho de otra manera, independientemente de las desigualdades entre individuos, existen también variaciones geográficas en los indicadores de salud, relacionadas con los recursos sociales, económicos y sanitarios que dispone cada región. En el Estado Español se observan desigualdades geográficas en los indicadores estudiados, en algún caso, relacionado con la distribución desigual de los recursos y la pobreza del área de residencia. Así las CC.AA. del Sur y Oeste del país, como son Canarias, Andalucía, Extremadura y Galicia presentan peores resultados en salud como la salud percibida, la diabetes y otros trastornos crónicos, sobre todo en mujeres, como la enfermedad del corazón, úlcera, o artrosis. Este patrón se repite en algunos estilos de vida, en el caso de la obesidad y el sedentarismo, también son las CC.AA. del Sur y el Oeste las que presentan peores resultados. Por el contrario las CC.AA. de mayor nivel socioeconómico, las del norte del país como son Navarra, La Rioja, y Cantabria presentan en general mejores indicadores de salud y estilos de vida.

En cuanto al uso de servicios sanitarios, tanto curativos como preventivos, se observa una distribución geográfica desigual en las CC.AA. de España, esta variación geográfica puede ser debida en parte a la distribución desigual de la salud y la enfermedad en las CC.AA.. Pero no siempre las CC.AA. que presentan mayores prevalencias de problemas de salud son las que presentan mayores indicadores de uso de servicios sanitarios, de modo que además del

estado de salud, influyen otros aspectos propios del sistema como son la oferta, la accesibilidad y la calidad de los servicios de salud a la población.

Evolución de las desigualdades en salud

En los últimos años ha habido un aumento en la prevalencia de la mayoría de los problemas de salud analizados, como la limitación de la actividad o las enfermedades del corazón que puede estar relacionado con el envejecimiento de la población; o al cambio en los estilos de vida, como en el caso de la diabetes en ambos sexos, o el asma, bronquitis y enfisema en mujeres. Otros trastornos crónicos podrían haber aumentado debido a un aumento en el conocimiento de la población sobre su propia salud, es decir a un aumento en el diagnóstico y no en la enfermedad, como por ejemplo la hipertensión arterial, el colesterol y la alergia. En algunos de los problemas de salud se observa que el aumento de las prevalencias se da sobre todo en las clases menos favorecidas, como la limitación de la actividad, la diabetes, el asma, bronquitis o enfisema, y más frecuentemente en las mujeres, de manera que se da un aumento de las desigualdades socioeconómicas en salud, sobre todo en las mujeres.

La evolución de los estilos de vida refleja el cambio de fase en el que se encuentra España en relación al tabaco o el alcohol por ejemplo, de manera que en los últimos años los hombres han mejorado sus conductas, sobre todo los de clases más favorecidas, y en cambio las mujeres han adoptado el consumo de tabaco y de alcohol de los hombres, en mayor frecuencia las de clases más favorecidas, lo que provoca al final del periodo estudiado un aumento de las desigualdades socioeconómicas en los estilos de vida. Por otro lado, todo y que se observa una disminución del sedentarismo, mayor en las clases más favorecidas, se registra un aumento de la obesidad en los últimos años.

Respecto a la utilización de los servicios sanitarios por parte de la población se observa, en primer lugar, como ha aumentado la proporción de personas que son beneficiarias de doble cobertura, pública y privada, que se principalmente entre las personas de clases más favorecidas. En cuanto a las visitas a los servicios curativos, ha habido un aumento de la población que ha visitado el médico general, el especialista, las visitas a urgencias, así como las hospitalizaciones, sobre todo en las clases menos favorecidas, lo que hace aumentar las desigualdades socioeconómicas en el uso de servicios sanitarios, siendo siempre mayor la frecuentación en las personas de clases menos favorecidas, a excepción de las visitas al

especialista. Por el contrario el aumento registrado en la población que realiza prácticas preventivas, como la visita al dentista o la realización de mamografías, se ha dado sobre todo en las personas de clases más favorecidas, lo que finalmente también produce un aumento de las desigualdades socioeconómicas en salud.

Bibliografía

- ¹ Peter F, Evans T. Ethical dimensions of health equity. En: Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M. Challenging inequities in health. From ethics to action. New York: Oxford University Press; 2001.
- ² Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Services*. 1992;22(3):429-445.
- ³ Borrell C, Pasarín MI. The study of social inequalities in health in Spain: where are we? *J Epidemiol Community Health*. 1999;53:388-9.
- ⁴ Benach J, Daponte A, Borrell C, Artazcoz A, Fernández E. Las desigualdades en la salud y la calidad de vida en España. En: Navarro V, editor. *El Estado de Bienestar en España*. Madrid: Tecnos, 2004.
- ⁵ Benach J. La desigualdad perjudica seriamente la salud. *Gac Sanit*. 1997;11: 255-57.
- ⁶ Mackenbach JP, Bakker MJ, European Network on Interventions and Policies to reduce inequalities in Health. Tackling socioeconomic inequalities in health: analysis of European experiences. *Lancet*. 2003;362: 1409-14.
- ⁷ Regidor E, Gutiérrez-Fisac JL, Rodríguez C. *Diferencias y desigualdades en salud en España*. Madrid: Diaz de Santos, 1994.
- ⁸ Navarro V, Benach J y la Comisión Científica de Estudios de las Desigualdades sociales en salud en España. *Las desigualdades sociales en salud en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo y The School of Hygiene and Public Health, The Johns Hopkins University (EEUU), 1996.
- ⁹ Borrell C, Benach J, coordinadores. CAPS i Fundació J.Bofill. *Les desigualtats en salut a Catalunya*. Barcelona: Editorial Mediterrània, 2003.
- ¹⁰ Borrell C, Benach J, coordinadores. CAPS i Fundació J.Bofill. *L'evolució de les desigualtats en salut a Catalunya*. Barcelona: Editorial Mediterrània, 2005.
- ¹¹ Borrell C, García-Calvente MM, Martí-Boscà JV, editores. Informe de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) 2004: La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. *Gac Sanit*. 2004;18 Suppl 1.
- ¹² Ministerio de Sanidad y Consumo. Estadísticas y Estudios. Encuesta Nacional de Salud 1993, 1995, 1997, 2001, 2003.
- ¹³ Grupo de trabajo de la SEE y de la SEMFyC. Una propuesta de medida de la clase social. *Aten Primaria*. 2000;25:350-363.
- ¹⁴ BMI - Body Mass Index: BMI for Adults. CDC. Division of Nutrition and Physical Activity, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion [citado en diciembre 2005]. Disponible en: <http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/bmi/bmi-adult.htm>.
- ¹⁵ Idler EL, Beyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Beha* 1997;38:21-37.
- ¹⁶ Verbrugge LM, Patrick DL. Seven chronic conditions: their impact on US adult's activity levels and use of medical services. *AM J Public Health*. 1995;86:173-182.
- ¹⁷ Sociedad Española de Hipertensión - Liga Española para la lucha contra la hipertensión arterial. Madrid 1996 [Actualizado 16 febrero 2006; citado 20 febrero 2006]. Disponible en: <http://www.seh-lelha.org/>

- ¹⁸ MJ Sender Palacios , M Vernet Vernet, P Larrosa Sáez, E Tor Figueras, M Foz Sala. Características sociodemográficas y clínicas de una población de pacientes con diabetes mellitus. *Aten Primaria*. 2002 May 15;29(8):474-80.
- ¹⁹ Regidor E, Borrell C, Pasarín MI, Gutiérrez-Fisac, Lostao L, Galán I. Desigualdades sociales en salud: situación en España en los últimos años del siglo xx. Alicante: Universidad de Alicante, 2002.
- ²⁰ NetDoctor. Úlcera de estómago. 2000-2004. [Modificado en septiembre 2005. citado enero 2006]. Disponible en: <http://www.netdoctor.es/XML/verArticuloMenu.jsp?XML=000299>
- ²¹ Alergias. Ministerio de Sanidad y Consumo [citado enero 2006] Disponible en: <http://www.msc.es/ciudadanos/enfLesiones/enfNoTransmisibles/alergias.htm>
- ²² Artrosis. Gobierno de Navarra. [citado enero 2006]. Disponible en: <http://www.navarra.es/NR/exeres/EE7B1128-E221-4D79-B5CC-DDA48BB2CE13,frameless.htm>
- ²³ NOAH-Health. Problemas circulatorios. Acceso computerizado a la salud de Nueva York [Actualizado 11 julio 2005. citado enero 2006]. Disponible en: <http://www.noah-health.org/es/blood/vascular/index.html>
- ²⁴ Salud mental. Unión Europea. Comunidades europeas 1995-2006. [citado 15 enero 2006]. Disponible en http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/mental_health_es.htm
- ²⁵ García-Albea E. Cefalea y Jaqueca. Información terapéutica del Sistema Nacional de Salud. 1999; 23(5):132-39.
- ²⁶ Factores determinantes de la salud. Estilos de vida. Comisión Europea. DG Sanidad y Protección de los consumidores. Salud Pública. [citado enero 2006]. Disponible en: http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/lifestyle_es.htm
- ²⁷ von Eyben FE, Zeeman G. Riesgos para la salud derivados del consumo voluntario e involuntario del tabaco. *Rev Esp Salud Publica*. 2003;77(1):11-36.
- ²⁸ Iglesias B, Vazquez FL. Las mujeres y el tabaco: características ligadas al género. *Rev Esp Salud Publica*. 2000;74(1):13-23.
- ²⁹ Grupo de trabajo sobre la obesidad de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición. Guía de práctica clínica para el manejo del sobrepeso y la obesidad en personas adultas. *Endocrinol Nutr*. 2003;50(Supl 4):1-38.
- ³⁰ Domínguez-Berjón MF. La actividad física de ocio y su asociación con variables sociodemográficas y otros comportamientos relacionados con la salud. *Gac Sanit*. 1998;12:100-109.
- ³¹ Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. World Health Organization. 2006. [citado enero 2006] Disponible en: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/facts/pa/en/index.html>
- ³² Ciudadanos. Protección de la salud. Adultos. Alcohol. Ministerio de Sanidad y Consumo. [citado enero 2006] Disponible en : <http://www.msc.es/ciudadanos/proteccionSalud/adultos/alcohol>
- ³³ Borrell C, Rajmil L, Pérez G. Les desigualtats en la utilització de serveis sanitaris. En: Borrell C, Benach J, coordinadores. CAPS i Fundació J.Bofill. *Evolució de les desigualtats en la salut a Catalunya*. Barcelona: Editorial Mediterrània, 2005.
- ³⁴ Cabasés JM, Villalbí JR, Aibar C, editores. Informe de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) 2002: Invertir para la salud. Prioridades en salud pública. Valencia: EVES, 2002.

³⁵ Cartera de Servicios. Ministerio de Sanidad y Consumo. [citado enero 2006] Disponible en : <http://www.msc.es/profesionales/servicios/atencionEspecializada.htm>

³⁶ Braun T, García Castrillo-Riesgo L, Krafft T, Díaz-Regañón Vilches G. Frecuentación del servicio de urgencias y factores sociodemográficos. *Gac. Sanit.* 2002;16(2):139-144.

³⁷ Ministerio de Sanidad y Consumo. Cribado poblacional de cáncer de mama en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1998.