



Primer informe sobre Salud y Desigualdades Sociales y de Género en Andalucía (INDESAN-1)

La ASOCIACIÓN para la DEFENSA de la SANIDAD PÚBLICA de ANDALUCÍA (ADSP-A) ha estado organizando desde hace 6 años, con el apoyo de la Universidad de Cádiz, la Diputación Provincial y la Sociedad Española de Epidemiología, las únicas Jornadas sobre Salud y Desigualdades que se realizan en España. A lo largo de estas seis ediciones anteriores se han presentado las investigaciones más relevantes hechas en España, investigaciones que en Andalucía han sido hasta ahora escasas.

La ADSP-A se propuso como objetivo central cambiar el conocimiento sobre esta problemática en Andalucía. En la edición VII de las jornadas podremos por fin presentar algunos de los capítulos del Primer Informe sobre Salud y Desigualdades realizado en Andalucía. En su redacción han participado a título personal 18 investigadores procedentes de universidades y de diversas instituciones de salud pública de Andalucía. El Informe aborda las relaciones entre salud y desigualdad desde diversas perspectivas. Partiendo de una reflexión histórico-económica sobre los antecedentes de la pobreza en Andalucía y del marco conceptual sobre qué entendemos por desigualdades en salud, se abordan aspectos más concretos de las mismas a nivel de género, mortalidad, determinantes de la salud (hábitos, empleo y medio ambiente) y acceso a los servicios de salud. La presentación completa del INDESAN-1 se realizará a lo largo de 2007.

Antes de pasar a resumir algunos de los principales resultados y conclusiones del INDESAN-1 es conveniente considerar de qué estamos hablando. El concepto de «desigualdad en salud» se refiere a las distintas oportunidades y recursos relacionados con la salud que tienen las personas en función de su clase social, género, etnia, edu-

cación y las condiciones sociales del lugar en el que se vive o trabaja. Para la Organización Mundial de la Salud, el término «desigualdad» se refiere a las diferencias en materia de salud que son innecesarias, evitables e injustas; por tanto, incluye en la definición una dimensión moral o ética.

Las desigualdades en salud han sido, sobre todo en los últimos 20 años y lo siguen siendo, un tema ampliamente investigado, sobre todo en países europeos como Gran Bretaña, siendo abundantes las publicaciones en revistas científicas de epidemiología y salud pública. De estos estudios se derivan conclusiones muy relevantes. La más importante es la intensa relación de la salud con el nivel socioeconómico de grupos e individuos y con el género, siendo el sentido de esta relación que cuanto más baja sea la posición social más bajos son los niveles de salud. Y esto ocurre no sólo en los llamados países pobres, sino también en nuestras sociedades desarrolladas. En todo el mundo se constata que el impulso de las políticas económicas de tipo neoliberal ha provocado un incremento de las desigualdades y también las referidas a la salud. Por otra parte hemos comprobado cómo en algunas de las grandes ciudades de Andalucía la esperanza de vida de sus habitantes y otros indicadores de salud son muy diferentes según el barrio en el que hayan vivido, siendo peor para los habitantes que vivieron en los barrios más deprimidos socialmente.

Debemos seguir investigando y dando a conocer esta realidad para que entre todos podamos exigir las mejoras sociales que ayuden a combatir la desigualdad en todos los ámbitos, y en nuestro caso especialmente las referidas a la salud.

Veamos algunos resultados y conclusiones.

Orígenes de la desigualdad: Antecedentes históricos de la pobreza en Andalucía

D. Juan Torres López. Catedrático de Economía Aplicada. Universidad de Málaga

Andalucía ha sido siempre un espacio donde no han dejado de proyectarse notables desigualdades, tanto en su interior como en términos comparativos con el entorno en el que geográfica y políticamente se ha venido desenvolviendo.

Para poder explicar el fenómeno de la desigualdad vinculada a la pobreza que tanto está perdurando en Andalucía, hay que buscar sus causas más cercanas en la estructura profunda de la economía y la sociedad andaluzas de los últimos siglos. Sin ánimo de hacer aquí un estudio exhaus-

tivo, podemos mencionar tres grandes factores desencadenantes de este fenómeno y explicativos de su persistencia histórica: la gran propiedad de la tierra, la pervivencia de estructuras feudales y precapitalistas y la naturaleza atrasada, dependiente y periférica del capitalismo andaluz.

En los últimos tres decenios se ha producido un proceso de modernización muy intenso que ha permitido aliviar, en algunos casos completamente, residuos prácticamente feudales en la economía y la sociedad andaluzas y que ha puesto en marcha con vigor inusitado políticas de bienestar y desarrollo social. Desde muchos puntos de vista, y todos ellos esenciales para el bienestar humano, la sociedad andaluza actual apenas si tiene que ver con la sociedad rural, incul-

ta y sumamente atrasada de hace algo más de 30 años.

Sin embargo, desde el punto de vista de la desigualdad no puede decirse que el avance haya sido paralelo al de la mejora que se ha producido en términos absolutos en los indicadores de bienestar social. Andalucía ha avanzado considerablemente en estos últimos años, pero lo han hecho también otros territorios de nuestro entorno, de modo que las diferencias entre unos y otros apenas si se han reducido significativamente. Y las desigualdades internas no han desaparecido, sino que se mantienen.

Lo que Andalucía recibe, por una parte, como expresión de una mayor voluntad de realizar políticas sociales, lo pierde por otro cuando se aplican políticas neoliberales que irremediamente lle-



van consigo desindustrialización, bajos salarios, especialización perversa y dependencia, empleo precario. En el cruce de esos dos vectores se resuelve la tensión de la desigualdad en Andalucía en los últimos años, con resultados lógicamente contradictorios, según la correlación entre las fuerzas que los mueven, no siempre favorable al desarrollo social.

El futuro de la igualdad, y por tanto del bienestar entendido como un recurso al alcance de todos los ciudadanos sin distinción, depende también de esa misma correlación. El caso del Estatuto recién aprobado es una buena prueba de esto último: los avances que proyecta en materia de derechos sociales, y que podrían considerarse como una expresión paradigmática de voluntad política de avance hacia el bienestar colectivo, serían no más que papel mojado si al mismo tiempo avanza la lógica hasta hoy imperante en la Unión Europea que tiende a la privatización de los servicios públicos (y por tanto a no garantizar su disfrute efectivo como derechos sociales). Son dos lógicas a la larga incompatibles y la resultante, de la que va a depender en suma la mayor o menor desigualdad que se padezca en Andalucía, dependerá de la fuerza de los diferentes intereses sociales en juego.

Desigualdades sociales en la mortalidad por sección censal en las capitales de provincia de Andalucía

Ricardo Ocaña-Riola, Alberto Fernández Ajuar, Miguel Ruiz Ramos, Carmen Sánchez-Cantalejo Garrido

Este capítulo presenta parte de los resultados del proyecto AMCA (Atlas de Mortalidad de las Capitales de provincia de Andalucía) (Ocaña-Riola *et al.*, 2005), cuyo objetivo es describir la distribución espacial de las principales causas de muerte en hombres y mujeres en las ciudades de Almería, Cádiz, Córdoba, Granada, Huelva, Jaén, Málaga y Sevilla durante el periodo 1992-2002 e identificar las secciones censales de cada ciudad que durante el periodo de estudio presentaron un exceso de mortalidad significativo.

Globalmente, las capitales presentaron más mortalidad que la provincia a la que pertenecen e incluso que el conjunto de Andalucía, especialmente en hombres. Estas diferencias son aún más patentes en

la mortalidad prematura, dada por los años potenciales de vida perdidos.

Un análisis detallado dentro de cada ciudad pone de manifiesto que algunas secciones censales presentan un exceso de mortalidad importante con respecto al resto de Andalucía. Durante el periodo 1992-2002, el 19% de las secciones censales que constituyen las ciudades analizadas registraron 449 defunciones anuales más de las que cabría esperar en hombres. Para el mismo periodo de tiempo, el 13% de las secciones censales de estas ciudades registraron 246 muertes anuales más de las que cabría esperar en mujeres.

En las secciones censales más desfavorecidas socialmente la mortalidad masculina fue entre un 24% y un 40% superior a la encontrada en las secciones censales más favorecidas. Granada, Almería y Córdoba son las ciudades donde la diferencia de mortalidad entre ambos tipos de secciones es mayor, mientras que el resto de capitales andaluzas presenta diferencias menores. En mujeres, la diferencia de mortalidad entre secciones socioeconómicamente opuestas no es tan acusado.

La realización de estudios con datos individuales es esencial para explicar el exceso de mortalidad e implementar estrategias de intervención locales orientadas a disminuir las desigualdades sociales y de salud entre las secciones censales.

El género como determinante de desigualdad en salud y utilización de servicios sanitarios

María del Mar García Calvente, Ana María Delgado Sánchez, Inmaculada Mateo Rodríguez, Gracia Maroto Navarro, Julia Bolívar Muñoz

La integración de la perspectiva de género en la acción sanitaria está en pleno desarrollo, de acuerdo con la evidencia acumulada sobre la existencia de desigualdades (diferencias injustas) en salud entre hombres y mujeres, que provienen del diferente reparto de roles sociales y relaciones de poder entre ambos. Se conoce que las mujeres tienen peor salud percibida, peor calidad de vida y utilizan de manera diferente los servicios sanitarios.

Estas desigualdades en salud pueden explicarse en gran parte por riesgos y vulnerabilidades diferenciales, debidos a roles, estilos de vida y prácticas preventivas

distintos entre mujeres y hombres, y, de manera fundamental, a las condiciones estructurales en que estos roles se desarrollan. Desde un modelo de determinantes sociales de la salud, Denton y cols. definen que los factores socioestructurales y psicosociales son más importantes para explicar la salud de las mujeres, mientras que los comportamentales resultan más relevantes en hombres. Sin embargo, las diferencias en salud entre mujeres y hombres dependen del indicador utilizado y del momento del ciclo de vida de que se trate, por lo que un marco que tenga en cuenta las etapas vitales resulta fundamental para comprender las desigualdades de género.

En el presente trabajo se han analizado las desigualdades de género en salud en la población adulta de Andalucía, a través de la información proporcionada por las encuestas de salud.

Las mujeres andaluzas declaran peor salud percibida, peor salud mental y mayor frecuentación para visitas médicas que los hombres en las Encuestas Andaluzas de Salud de 1999 y 2003. Respecto a variables socioestructurales, los hombres ocupan mejores posiciones sociales en nivel de estudios, trabajo remunerado y clase social ocupacional. Más de la mitad de las mujeres se identificaron como amas de casa, mientras que no encontramos ningún varón en esta categoría en ESA-1999 y sólo 3 en ESA-2003. En cuanto a los roles reproductivos, las mujeres se encargan en mayor medida del trabajo doméstico y del cuidado informal. Ellas viven solas en mayor porcentaje y perciben con mayor frecuencia un apoyo social deficiente. Para ambos sexos, el apoyo social deficiente se asocia a peor salud, y es en las mujeres de clase social menos privilegiada donde este efecto es de mayor magnitud.

El análisis realizado pone en evidencia cómo tres grandes ejes de desigualdad social -edad, clase y educación- interactúan con el género para conformar un complejo entramado a través del cual la desigual distribución del poder, en sus distintas dimensiones, se refleja en la salud de mujeres y hombres.

Sin embargo, las relaciones entre sexo, género y salud no son simples y es necesario seguir avanzando en marcos conceptuales que nos ayuden a explicar y comprender las desigualdades de género en salud.



La utilización de los servicios sanitarios en Andalucía: ¿perpetuación o corrección de las desigualdades?

Soledad Márquez Calderón, Román Villegas Portero, María José Aguado Romeo

Intentar conseguir la equidad en el acceso y la utilización de los servicios sanitarios ha sido una preocupación fundamental en los países que disponen de un sistema sanitario público. Sin olvidar que el origen del problema es social y económico, y que las políticas más efectivas son las que van al origen de las desigualdades, los servicios sanitarios deben jugar el papel de reducir los daños en salud derivados de las situaciones socioeconómicas adversas

El estudio se ha basado en los datos de la Encuesta de Salud de Andalucía de población adulta de 2003, siendo la muestra de 6.708 personas. Las variables de utilización de servicios sanitarios elegidas (variables de resultado) se han relacionado con el uso de consulta médica, servicios de urgencias, hospitalización, medicamentos, servicios bucodentales, consulta ginecológica, y medidas preventivas. Además, se incluyó el tipo de cobertura. Las variables de nivel socioeconómico utilizadas (variables explicativas) han sido el nivel de estudios de la persona entrevistada, los ingresos económicos mensuales de la familia y la dificultad económica autopercibida. Como posibles factores de confusión se han utilizado la edad, el sexo y la autopercpción de la propia salud.

De las 6.708 personas entrevistadas, el 45% eran hombres y el 55% mujeres. El 57% tenía menos de 46 años y el 18% era mayor de 65 años. Un 25% de estas personas dijo tener una salud regular o mala. Un 18,5% no había llegado a tener estudios primarios completos y sólo el 11,5% tenían estudios universitarios. El 12,5% de las personas que dieron información sobre el nivel de ingresos económicos tenía ingresos familiares menores de 500 € al mes y sólo en un 9% de los casos éstos eran de 2.000 € en adelante. Aproximadamente la mitad de la muestra dijo tener algún tipo de dificultad económica.

En la población adulta de Andalucía en el año 2003 coexistían patrones de uso de servicios sanitarios compatibles con la existencia de desigualdades sociales y

patrones compatibles con la corrección de estas desigualdades por la universalidad del sistema sanitario público:

- Las personas de menor nivel educativo y mayores dificultades económicas tenían menos frecuentemente una doble cobertura sanitaria y usaban menos los servicios bucodentales y la consulta ginecológica para revisión periódica o detección precoz del cáncer. Asimismo, el menor nivel educativo se asoció a menor uso de la consulta de médicos/as especialistas y a menor uso de medicinas para la alergia y el catarro.
- Las personas de menor nivel educativo utilizaron con mayor frecuencia la consulta del médico general y algunos fármacos (sobre todo los indicados para factores de riesgo cardiovascular).
- No hubo diferencias por nivel socioeconómico o éstas tuvieron un patrón que no refleja desigualdad en el uso o acceso a los siguientes servicios sanitarios: hospitalización, urgencias, la mitad de los medicamentos analizados y las medidas preventivas estudiadas (consejo de hacer ejercicio físico y vacuna de la gripe).

Desigualdades en la distribución de los determinantes sociales de la salud: hábitos, empleo y medio ambiente

Antonio Daponte Codina

Los hábitos que se adoptan en la vida cotidiana están fuertemente vinculados con los niveles de salud de las personas. El consumo de alcohol, el consumo de tabaco, el sedentarismo o el tener sobrepeso, entre otros. Se trata de conductas adquiridas a través del aprendizaje social, están fuertemente influidas por la situación socioeconómica, adquieren un significado social según la pertenencia cultural y, en general, son reconocidas como saludables o no saludables.

El objetivo de este capítulo ha sido describir la evolución de las desigualdades sociales en los estilos de vida relacionados con la salud de mujeres y hombres en Andalucía, como son el consumo de tabaco, la realización de actividad física, la obesidad y el consumo de alcohol desde el año 1987 hasta el año 2003. Asimismo se ha descrito la relación con la salud

de la población en Andalucía considerando otros dos importantes determinantes sociales, como son la situación profesional de las personas y la calidad del medio ambiente del barrio o zona de residencia. Para ello se ha utilizado la Encuesta Nacional de Salud de los años 1987, 1993 y 2001, y la Encuesta Andaluza de Salud de los años 1999 y 2003.

Sus principales conclusiones son:

- El consumo de tabaco presenta patrones diferentes de consumo entre hombres y mujeres. En todo el periodo observado son los hombres de niveles educativos más bajos los que presentan un mayor consumo. En las mujeres, en cambio, si bien en 1987 eran las de mayor nivel educativo las que presentan frecuencias más altas, en el año 2003 las prevalencias más altas se dan en los otros grupos.
- Para el consumo de alcohol, las desigualdades entre los diferentes grupos han aumentado desde 1987 hasta la actualidad. En el año 2003 las prevalencias más altas se observan en los hombres y las mujeres con menor nivel de estudios.
- El sedentarismo se ha reducido en Andalucía y las desigualdades no han aumentado, si bien las diferencias entre los grupos de mayor y menor nivel de estudios son importantes, en perjuicio de estos últimos. La obesidad aumenta en los hombres y se reduce en las mujeres, y las desigualdades aumentan a lo largo del periodo analizado. Las personas con niveles educativos más bajos presentan prevalencias más altas.
- Hombres y mujeres que consideran que en sus barrios no hay zonas verdes, o que la calidad del medio ambiente es mala presentan una peor salud, especialmente en el caso de la calidad medioambiental. A ello se le une el gradiente de clase, de forma que son los hombres y mujeres sin estudios que viven en este entorno los que peores niveles de salud presentan.
- Los hombres desempleados y los que trabajan sin contrato presentan una peor salud respecto a aquellos con un contrato estable. En el caso de las mujeres, en primer lugar aparecen las que trabajan sin un contrato, seguido de las desempleadas.



Algunas recomendaciones del INDESAN-1^a

- Al hablar de desigualdades en salud se hace referencia a la presencia de diferencias injustas y evitables en el estado de salud de las personas, con distintas características culturales, socioeconómicas, demográficas o geográficas. Las desigualdades en las conductas preventivas deberían ser erradicables. Para ello, la información y educación de la población, pero también los cambios en las prácticas profesionales, son elementos fundamentales.
- Los programas poblacionales integrales de estilos de vida saludables y las políticas públicas orientadas a la reducción de desigualdades sociales, dirigidas a la población general y a los grupos más desfavorecidos, deben constituirse como herramienta fundamental, ya que los factores de riesgo para la salud afectan con mayor frecuencia a la población con mayor deprivación.
- Es necesario el desarrollo de estrategias públicas y programas coordinados que actúen sobre los determinantes sociales de la salud para que las personas puedan hacer elecciones saludables y construir en forma colectiva entornos saludables que potencien su calidad de vida.
- Las encuestas de salud, fuente de información de este informe, son recursos de primer orden para conocer el estado de salud de la población andaluza y evaluar su desarrollo. Sería conveniente encuadrarlas en un sistema integral de información sobre la salud de Andalucía, de carácter continuo, garantizando la complementariedad de fuentes (registros, encuestas, etc.), y orientado a la prevención y control de problemas de salud, son relevantes y están bien definidos.
- Es necesario investigar más sobre las especificidades en la conducta de utilización de los servicios sanitarios por sexo para alcanzar la equidad de género, mediante la planificación de recursos sanitarios adecuados a las necesidades de mujeres y hombres.
- Es necesario avanzar en la investigación sobre desigualdades en aquellos servicios sanitarios más

costosos y donde el acceso puede ser más difícil, como la alta tecnología sanitaria, y explorar si las diferencias encontradas en el uso de la medicina especializada están realmente traduciendo una desigualdad. En futuras encuestas de salud podrían añadirse algunas variables en este sentido, además de mejorar el grado de cumplimiento de variables como la ocupación.

- Respecto a los servicios bucodentales, el sistema sanitario público andaluz debería analizar la posibilidad de su cobertura de manera más completa en relación a otras prioridades.
- Sería importante profundizar acerca de si las diferencias sociales en el uso de la consulta ginecológica con fines preventivos están traduciendo una desigualdad en la detección precoz del cáncer de cuello uterino (que también se hace desde la atención primaria) y de mama (organizado mediante programa poblacional en Andalucía). Asimismo, sería interesante conocer si estos resultados no están reflejando en parte una medicalización de las mujeres de clases más altas.
- Los resultados encontrados en los estudios geográficos sobre mortalidad realizados en las ciudades de Andalucía muestran diferencias en salud de las zonas más desfavorecidas, sin embargo es necesaria la continuidad de las investigaciones y la realización de estudios con datos individuales que permitan explicar el exceso de riesgo en estas zonas e implementar estrategias de intervención locales orientadas a disminuir dichas desigualdades.
- Debería mejorarse la capacidad política de decidir, especialmente de los más desfavorecidos social y económicamente. De ello dependerá en gran parte que podamos contemplar en un futuro una sociedad más justa e igualitaria y por tanto con menor desigualdad. De los modelos económicos que vayan a prevalecer dependerá. Si la decisión es por seguir apostando por el actual modelo neoliberal, las perspectivas tanto para el planeta Tierra como para sus habitantes serán progresivamente sombrías y más profundas para los más pobres. Por el contrario deben buscarse alternativas que avancen en cimentar el estado del

bienestar, fomentando las políticas públicas en empleo, educación y salud, entre otras. Las políticas fiscales progresivas son claves para poderlas dotar de sostenibilidad financiera.

Comentarios finales

Un sistema sanitario público es una conquista de la ciudadanía. Su misión es contribuir a mejorar la salud de la población dando alternativas a los problemas de salud y equilibrando las necesidades. La base de la igualdad en la atención sanitaria consiste, por lo tanto, en aportar los cuidados que las personas precisan, mediante una atención equitativa y efectiva. El carácter público de los servicios de salud es una garantía para preservar y profundizar en la igualdad.

Las opiniones vertidas por los diversos autores del INDESAN lo son a título personal y no representan la que pueden tener respecto a los temas abordados en los distintos capítulos las diferentes instituciones en las cuales desarrollan su labor profesional, ni tampoco representan las que pueda defender la Asociación para la Defensa para la Sanidad Pública.

La ADSP-A desea sobre todo aportar a la comunidad un documento de reflexión y debate sobre un tema tan importante como las Desigualdades y la Salud en Andalucía, que fomente su investigación y sobre todo sirva para que se tomen medidas para combatir las.

Algunos de los capítulos son el resultado de investigaciones financiadas por diversas instituciones, como el Fondo de Investigaciones Sanitarias (FIS) o la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

La ADSP-A quiere agradecer expresamente a la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía y en especial a su Dirección General de Salud Pública su apoyo en la realización del INDESAN-1^a al facilitar la consulta a diversas bases de datos correspondientes a estudios impulsados por la misma y que han sido claves para la elaboración de varios capítulos.

Los medios de comunicación son un sujeto clave para la difusión y el debate del Primer Informe sobre Salud y Desigualdades Sociales y de Género en Andalucía. Les invitamos por tanto a difundir esta primera entrega resumida del Informe y estar atentos a la edición completa del mismo. ■



ANEXO. Algunas tablas, gráficos y mapas

Tabla 1. Algunos indicadores sociales. Andalucía.

POBREZA	ANDALUCÍA	ESPAÑA	CATALUÑA
Porcentaje de personas por debajo del umbral de pobreza (2005)	27,7%	19,8%	12,7%

Fuente: Encuesta de calidad de vida (2005), INE.

DIFERENCIAS EN EL MERCADO DE TRABAJO	ANDALUCÍA	ESPAÑA	CATALUÑA
Actividad: Tasa de actividad	55,3%	58,5%	62,3%
Desempleo: Tasa de paro	12,22%	8,30%	6,68%
Trabajo precario: Porcentaje de personas que han finalizado contrato en los últimos 12 meses porque ha finalizado su contrato temporal	42,1%	33,4%	33%

Fuente: Encuesta de población activa (4º trim 2006) INE.

DIFERENCIAS ECONÓMICAS EN EL HÁBITAT	ANDALUCÍA	ESPAÑA	CATALUÑA
% de población que vive en municipios con renta familiar disponible por habitante menor de 10.200 euros	93,24%	37,49%	0%
% de población que vive en municipios con renta familiar disponible por habitante menor de 8.300 euros	24,95%	7,71%	0%
% de población que vive en municipios con renta familiar disponible por habitante mayor de 9.300 euros	2,73%	62,31%	33%

Fuente: Caixa (2005).

Gráfico 1: Tendencia tabaquismo y obesidad en hombres y mujeres 1987-2003 según nivel educativo. Andalucía

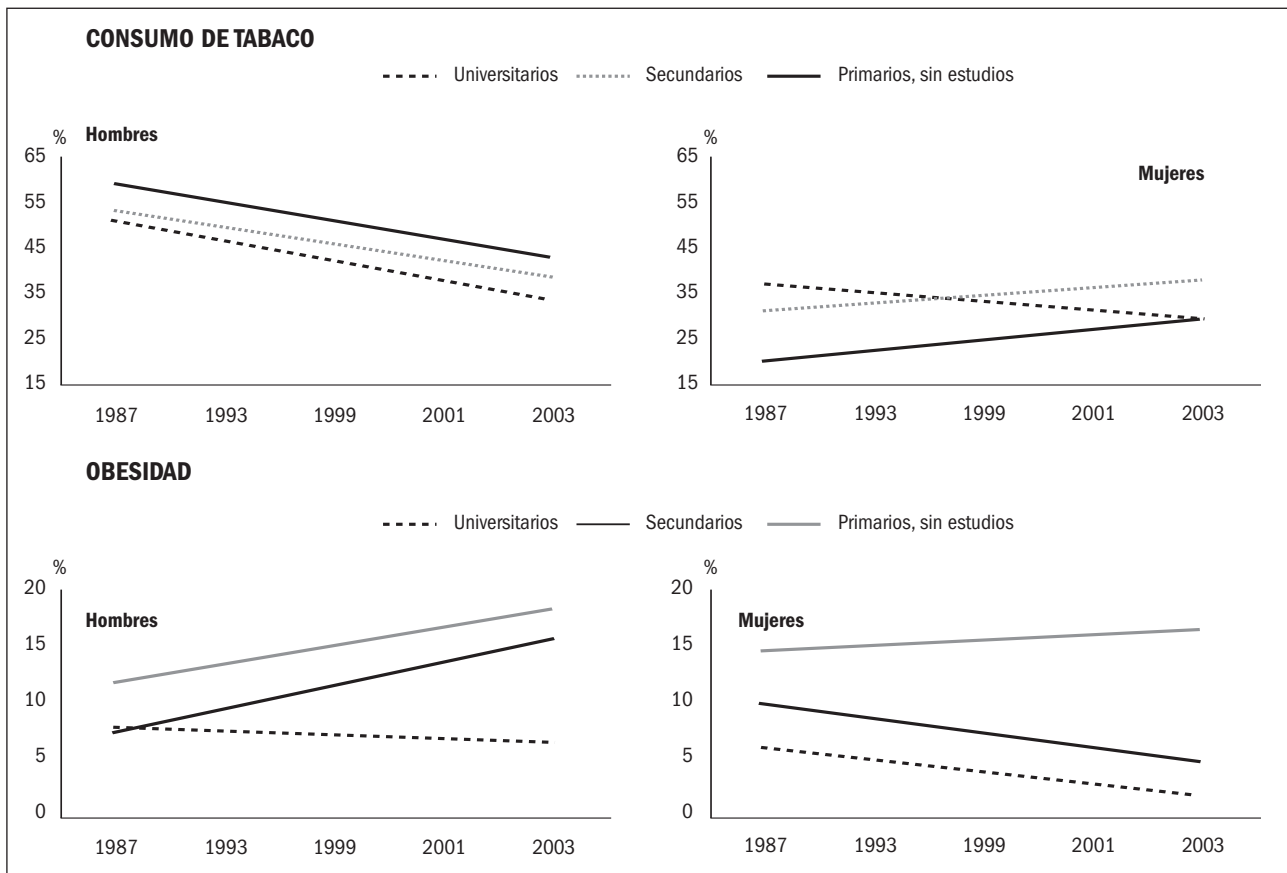




Gráfico 2: Prevalencias, ajustadas por edad, de salud deficiente según nivel educativo y calidad del medio ambiente, año 2003

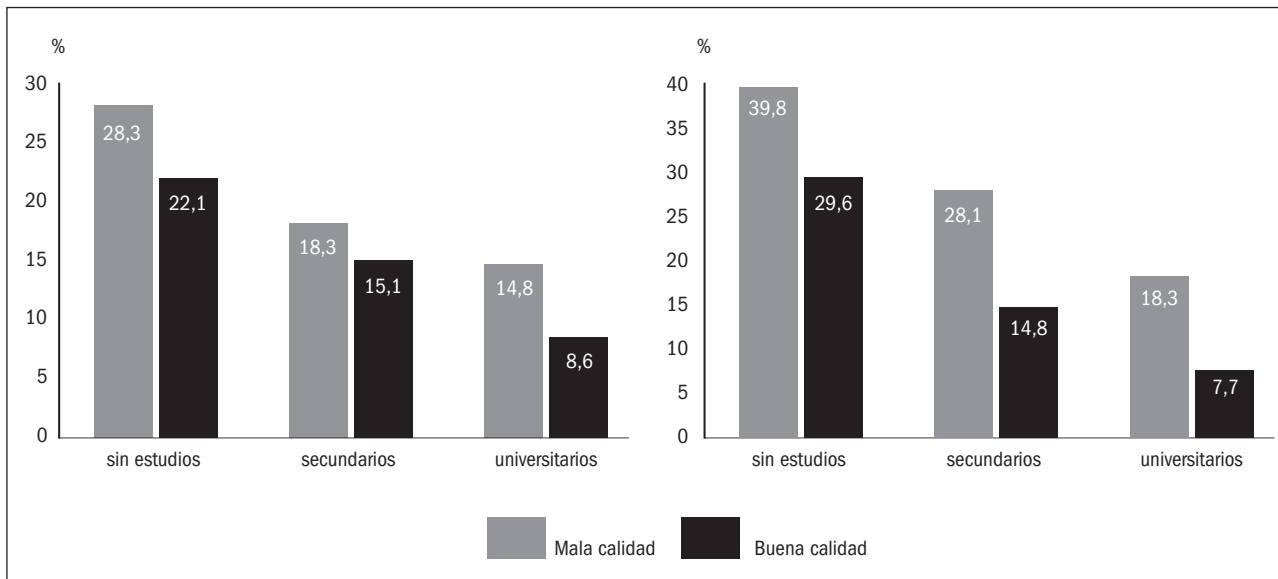


Tabla 2. Variables relacionadas con el tipo de cobertura sanitaria: regresión logística multivariante

	OR	IC 95%	VALOR DE P
NIVEL EDUCATIVO			<0,0001
PRIMARIOS	4,92	(1,88 - 12,88)	
EGB O SIMILAR	11,03	(4,39 - 27,69)	
SECUNDARIOS O FP	15,60	(6,18 - 39,35)	
UNIVERSITARIOS	25,50	(10,01 - 64,89)	
DIFICULTAD ECONÓMICA			<0,0001
CIERTA DIFICULTAD	1,26	(0,74 - 2,15)	
CIERTA FACILIDAD	1,92	(1,15 - 3,19)	
FACILIDAD/ MUCHA FACILIDAD	2,60	(1,53 - 4,43)	
SEXO			0,018
MUJER	0,73	(0,57 - 0,94)	
SALUD AUTOPERCEBIDA			0,001
BUENA	1,43	(1,08 - 1,91)	
REGULAR O MALA	2,00	(1,38 - 2,91)	

- OR mayores de 1 significan mayor probabilidad de doble cobertura sanitaria (pública y privada).
- Categorías de referencia para las variables explicativas: Para nivel educativo: «No tiene primarios completos». Para dificultad económica: «Mucha dificultad o dificultad». Para sexo: «Varón». Para salud autopercebida: «Excelente o muy buena»

Tabla 3. Variables relacionadas con el uso de servicios bucodentales: regresión logística multivariante

	OR	IC 95%	VALOR DE P
NIVEL EDUCATIVO			<0,0001
PRIMARIOS	1,35	(1,07 - 1,69)	
EGB O SIMILAR	1,68	(1,32 - 2,12)	
SECUNDARIOS O FP	1,98	(1,54 - 2,54)	
UNIVERSITARIOS	2,80	(2,14 - 3,66)	
DIFICULTAD ECONÓMICA			<0,0001
CIERTA DIFICULTAD	1,25	(1,03 - 1,51)	
CIERTA FACILIDAD	1,34	(1,10 - 1,62)	
FACILIDAD/ MUCHA FACILIDAD	1,61	(1,29 - 2,01)	
EDAD			<0,0001
DE 46 A 65 AÑOS	0,82	(0,70 - 0,96)	
MAYORES DE 65 AÑOS	0,55	(0,44 - 0,69)	
SEXO			<0,0001
MUJER	1,30	(1,15 - 1,46)	

- OR mayores de 1 significan un uso más frecuente de los servicios bucodentales.
- Categorías de referencia para las variables explicativas: Para nivel educativo: «No tiene primarios completos». Para dificultad económica: «Mucha dificultad o dificultad». Para edad: «De 16 a 45 años». Para sexo: «Varón».



El apoyo social deficiente se asocia a peor salud, y es en las mujeres de clase social menos privilegiada donde este efecto es de mayor magnitud

La realización de estudios con datos individuales es esencial para explicar el exceso de mortalidad e implementar estrategias de intervención locales



Tabla 4. Salud percibida, salud mental y visita a medicina general según las variables de estudio y sexo, EAS 2003

	MUJERES				HOMBRES				MUJERES				HOMBRES				MUJERES				HOMBRES			
	Salud percibida deficiente								Salud mental deficiente								Visita medicina general							
	N	%	p	N	%	p	p sexo	N	%	p	N	%	p	p sexo	N	%	p	N	%	p	p sexo			
Estudios																								
Universitarios	40	(11,0)	*	38	(10,0)	*	NS	89	(25,4)	*	50	(13,6)	*	*	56	(14,9)	*	48	(12,4)	*	NS			
Secundarios	78	(12,2)		72	(10,3)		NS	144	(22,8)		91	(13,2)		*	125	(19,0)		92	(12,7)		*			
Primarios	474	(28,0)		279	(20,2)		*	455	(27,2)		278	(20,7)		*	487	(27,8)		261	(18,3)		*			
Sin estudios	438	(56,9)		190	(45,1)		*	335	(43,2)		134	(32,9)		*	322	(39,7)		141	(32,9)		**			
Clase social																								
No manual	216	(26,1)	*	163	(17,5)	*	*	226	(27,7)	***	157	(17,3)	**	*	207	(24,2)	**	150	(15,6)	**	*			
Manual	599	(31,2)		381	(23,0)		*	588	(30,9)		341	(21,0)		*	567	(28,4)		347	(20,4)		*			
Situación laboral																								
Trabajo remunerado	117	(19,8)	*	153	(9,9)	*	*	185	(24,0)	*	201	(13,3)	*	*	170	(21,0)	*	221	(13,8)	*	*			
En desempleo	45	(17,0)		45	(17,0)		NS	71	(27,3)		53	(20,4)		***	72	(26,4)		45	(16,7)		**			
Ama de casa	651	(34,8)		2	(66,7)		NS	583	(31,3)		2	(66,7)		NS	598	(30,7)		2	(66,7)		NS			
Jubil, discap, invalidez	204	(64,4)		369	(45,3)		*	141	(46,4)		265	(33,9)		NS	126	(38,8)		249	(30,1)		**			
Estudiante	24	(7,8)		15	(4,7)		NS	57	(18,9)		35	(11,0)		**	37	(11,7)		34	(10,3)		NS			
Responsabilidad de las tareas domésticas																								
No	356	(26,6)	**	521	(19,3)	**	*	373	(28,5)	NS	483	(18,3)	*	*	673	(30,9)	NS	367	(21,9)	NS	*			
Sí	685	(31,1)		63	(26,3)		NS	663	(30,3)		73	(31,3)		NS	68	(34,5)		12	(18,2)		**			
Responsabilidad de los cuidados																								
No	960	(28,6)	**	563	(19,5)	**	*	955	(28,8)	*	537	(19,1)	**	*	934	(26,9)	**	540	(18,2)	NS	*			
Sí	81	(42,9)		21	(32,3)		NS	82	(44,6)		19	(30,6)		**	69	(35,4)		11	(16,9)		**			
Vivir solo o sola																								
No	829	(26,5)	*	528	(19,4)	**	*	866	(28,0)	*	483	(18,2)	*	*	849	(26,1)	*	511	(18,2)	NS	*			
Sí	212	(52,0)		56	(25,1)		*	171	(42,2)		73	(34,0)		**	154	(36,3)		40	(17,7)		*			
Apoyo social																								
Bueno	768	(27,3)	*	452	(18,7)	*	*	755	(27,2)	*	429	(18,3)	*	*	994	(31,4)	NS	572	(23,0)	NS	*			
Deficiente	248	(38,0)		115	(24,4)		*	254	(38,4)		114	(24,3)		**	218	(32,0)		110	(22,6)		***			

* (P<0,001) ** (P<0,05) *** (P<0,010) NS: No significativo (P>0,010)



ADSP

Asociación
para la Defensa de
la Sanidad Pública

Solicitud de admisión

NOMBRE Y APELLIDOS
 DOMICILIO
 LOCALIDAD CP
 TELÉFONO CORREO ELECTRÓNICO
 PROFESIÓN/CATEGORÍA DNI
 CENTRO DE TRABAJO TELÉFONO CORREO ELECTRÓNICO
Cuotas: 43 euros semestrales para los socios con trabajo y 48 euros anuales para los socios que se encuentren en situación de paro.
 BANCO/CAJA OFICINA
 CUENTA
 DOMICILIO LOCALIDAD CP

Autorizo el pago anual de los recibos presentados por la Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública

Fecha: Firma:

Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública

C/ Arroyo de la Media Legua, 29. Local 49. 28030 Madrid (www.fadsp.org). Tel.: 91 333 90 87. Fax: 91 437 75 06 (ver direcciones en la página 31)