

UAH

**DESIGUALDADES
SOCIALES EN EL
ACCESO A LOS
SERVICIOS
SANITARIOS**

Grado en Medicina

Presentado por:

D. JORGE GASTACA LEÓN

Tutorizado por:

D. PEDRO GULLÓN TOSIO

Alcalá de Henares, a 25 de junio de 2023

FACULTAD DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD

Resumen

Introducción. El Sistema Nacional de Salud español tiene una vocación de cobertura universal. Sin embargo, pueden existir desigualdades sociales en el acceso de los servicios sanitarios como reflejo de los determinantes sociales de salud, creando un gradiente social en salud. El objetivo fue estudiar las desigualdades en el uso de los servicios sanitarios, el tipo de aseguramiento y las necesidades de atención sanitaria no cubiertas según la clase social y el país de origen. **Metodología.** Se incluyó la población de la Encuesta Europea de Salud en España de 2020 (N:21076). El uso de los servicios sanitarios fue analizado mediante las consultas reportadas al médico de familia, las consultas hospitalarias no urgentes, las hospitalizaciones y el uso de los servicios de emergencias. Las necesidades de atención sanitaria fueron medidas por falta reportada de asistencia por listas de espera y por problemas económicos. Los análisis estadísticos fueron realizados mediante regresiones logísticas ajustadas por sexo, edad y enfermedades crónicas. **Resultados.** Las clases sociales más bajas y la población extranjera presentaron mayor probabilidad de usar los servicios de atención primaria, emergencias y hospitalizaciones, así como de demandar mayores necesidades de atención sanitaria no cubiertas. Las clases sociales más altas y la población de origen español tuvieron mayor probabilidad de beneficiarse de un seguro médico privado. **Conclusión.** En nuestro país se produce una desigualdad en el acceso de los servicios sanitarios por clase social y país de origen, lo que puede repercutir en aumentar desigualdades importantes en salud. Deben implementarse políticas que las reduzcan.

Palabras clave

Desigualdades sociales, clase social, país de origen, servicios sanitarios, seguro privado.

Abstract

Introduction. The Spanish National Health System has a vocation of universal coverage. However, social inequalities can exist in access to health services as a reflection of the social determinants of health, creating a social gradient in health. The main objective was to study the inequalities in the use of health services, the insurance type, and the unmet healthcare needs, according to social class and country of origin. **Methodology.** The population from the 2020 European Health Survey in Spain was included (N:21076). The use of health services was analyzed through reported consultations with the general doctor, non-emergency hospital consultations, hospitalizations, and the use of emergency services. Healthcare needs were measured by reported lack of attendance due to waiting lists and economic problems. Statistical analyzes were performed using logistic regressions adjusted for sex, age, and chronic diseases. **Results.** Lowe social classes and migrant population were more likely to use primary care, emergency, and hospitalization services, as well as to demand greater unmet healthcare needs. Higher social classes and natives were more likely to benefit from private health insurance. **Conclusion.** There is inequality access to health services by social class and country of origin in Spain, which can have repercussions in increasing health inequalities. Policies must be implemented to reduce them.

Key words

Social inequalities, social class, country of origin, health services, private insurance.

Abreviaturas

DSS: Determinantes Sociales de Salud.

EESE: Encuesta Europea de Salud en España.

ENSE: Encuesta Nacional de Salud en España.

IC95%: intervalo de confianza al 95%.

INE: Instituto Nacional de Estadística.

OR: Odds Ratio.

SNS: Sistema Nacional de Salud.

Introducción

El sistema sanitario español es un sistema mixto conformado por el Sistema Nacional de Salud (SNS), gestionado por entidades públicas, y una red de servicios de naturaleza privada. El SNS está cimentado en el principio de la cobertura poblacional universal, que garantiza acceso a una amplia cartera de servicios sanitarios a las personas residentes en el país. Según la Ley General de Sanidad del 25 de abril de 1986, que fue publicada para hacer efectivo el derecho a la protección de la salud expresado en el artículo 43 de la Constitución, “todos los españoles e inmigrantes residentes en territorio nacional tienen el derecho a la protección de la salud y a la atención médica”, además de acceso a los servicios sanitarios garantizado bajo las condiciones de equidad.¹⁻³

Sin embargo, aunque la Ley General de Sanidad establezca el principio de acceso universal y eso atenúe las potenciales desigualdades en el uso de los servicios sanitarios respecto a otros países⁴, varios estudios han indicado deficiencias en términos de equidad horizontal (acceso igualitario para igual necesidad de salud) y equidad vertical (trato proporcional para distintas necesidades).³

Las desigualdades en salud son el reflejo de la desigual distribución de los determinantes sociales de salud (DSS). Según la Comisión sobre los DSS de la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁵, estos son las circunstancias en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. Estas desigualdades se dan de manera sistemática y sus ejes son, entre otros, el nivel socioeconómico, el nivel educativo, la edad, el género y la raza.^{6,7} Estos factores influyen en los estilos de vida, el acceso a la atención sanitaria y la exposición a ambientes de riesgo, además de condicionar el empleo y el nivel económico de la población. La estratificación social determina indirectamente exposición, vulnerabilidad y consecuencias distintas en términos de salud, así como al acceso a recursos. La falta de recursos económicos o temporales influye en no poder adoptar hábitos saludables que eviten enfermar, como practicar deporte regularmente o mantener una dieta saludable, así como ejercer en puestos de trabajo con mayor riesgo de accidentes o de contraer enfermedades.^{8,9} El contexto político, socioeconómico y cultural determina la distribución, disponibilidad y calidad de infraestructuras y recursos destinados al sistema sanitario y, por tanto, modela la distribución social de la salud y de las oportunidades de las personas a estar sanas. Estas desigualdades son una de las principales amenazas para la salud poblacional.^{10,11}

Después del acceso a la alimentación, el acceso a los servicios de salud se considera el servicio principal para mantener y mejorar el bienestar de una sociedad.¹² Se refiere con accesibilidad a la capacidad de usar un recurso sanitario una vez identificada una necesidad en salud, y está directamente influenciada por la situación socioeconómica y ambiental.⁹ La existencia de barreras al acceso de los servicios sanitarios como la localización de los centros sanitarios, la desigualdad en la cobertura mediante copagos, las listas de espera o la falta de educación sanitaria son los principales factores involucrados en la presencia de un gradiente social en el uso de los servicios sanitarios.⁶ El gradiente social en salud hace referencia al incremento de la mortalidad y la morbilidad con la disminución del nivel socioeconómico, y se trata de una pendiente lineal; no solamente extremos con enorme pobreza de salud o en razonable buena salud.¹³ Los grupos de población pertenecientes a niveles socioeconómicos más desfavorecidos soportan una carga desproporcionada de enfermedades crónicas y tienen mayor dificultad de acceso al sistema sanitario. En España, a pesar de la progresiva mejora de la salud auto percibida en las recientes décadas, la población con menor nivel socioeconómico ha seguido declarando una peor salud.¹⁴

La utilización de los servicios sanitarios varía según el propio servicio. Por ejemplo, Atención Primaria y los servicios de emergencias hospitalarias son usados principalmente por el grupo de población de nivel socioeconómico más bajo, mientras que la visita a servicios hospitalarios no urgentes y el acceso a servicios preventivos de salud, como los programas de screening o la vacunación, son más frecuentes en las clases más altas.^{4,6} Además, la falta de recursos económicos tiene un efecto directo en la accesibilidad al sistema sanitario: las personas de niveles socioeconómicos más bajos no pueden permitirse los beneficios de un seguro médico privado y encuentran más difícil el acceso a los servicios sanitarios públicos, reduciendo su probabilidad de usar dichos servicios y, por tanto, empeorando su salud.⁹

Una parte importante de la población hace uso de servicios adicionales de salud de naturaleza privada, sobre todo en las clases sociales más altas. Las desigualdades en el número de visitas al especialista o al dentista son mayores en aquellos que no disponen de cobertura sanitaria privada.⁴ La parte de la población con seguro privado presenta un mayor uso de los servicios de salud que aquella que no dispone de él y solo cuenta con el Sistema Nacional de Salud, además de acelerar su tiempo de espera en el acceso a esos servicios.¹⁵

Otro de los retos en cuanto a desigualdades en salud a los que se enfrenta el sistema sanitario español son las desigualdades sociales en personas inmigrantes y minorías raciales. Estos grupos de población generalmente pertenecen a un nivel socioeconómico más bajo que las personas no inmigrantes, lo cual es el principal factor que explica estas desigualdades en salud, además de, en ciertos casos, a la barrera idiomática y a la falta de información sobre el propio sistema sanitario. En España existen programas de promoción de salud para adaptar los servicios sanitarios y mejorar su acceso y calidad para la población inmigrante, y así disminuir esas desigualdades de salud, enfocadas en las necesidades especiales de este grupo de población. Sin embargo, son distintas en cada comunidad autónoma y varían en su efectividad y recursos destinados a ellas. Además, la mayoría está dedicada a los inmigrantes recientemente llegados y enfocadas en la barrera idiomática y la falta de información, no a los grupos de población inmigrante asentada mayor tiempo. ¹⁶

Los principales grupos étnicos marginados en España son la población gitana y la inmigrante, lo que los convierte en grupos con riesgo de salud. Su incidencia de hospitalización y consulta en servicios de emergencias están elevadas respecto a los grupos no marginados. Estos grupos de población experimentan niveles más altos de pobreza, desempleo y dificultades de acceso a la vivienda. El nivel de racismo, discriminación y exclusión social es un factor importante que condiciona tanto su exposición a factores de riesgo como su falta de acceso a factores protectores. Hay estudios que demuestran peor nivel de salud respecto al resto de la población española.^{13,17}

En definitiva, las desigualdades socioeconómicas y migratorias en el uso de los servicios sanitarios, así como en el tipo de aseguramiento, tienen un papel importante en la distribución de la salud en la población y deben ser objeto de estudio y de políticas sanitarias y no sanitarias.

Objetivos

Por tanto, se proponen como objetivos estudiar las desigualdades socioeconómicas y migratorias en España en el año 2020:

1. En el uso de los servicios sanitarios.
2. En el tipo de aseguramiento.
3. En las necesidades no cubiertas en salud.

Metodología

Diseño y ámbito de estudio

Se ha llevado a cabo un estudio transversal con intención analítica para estudiar la asociación de la posición económica y la migración con el uso de los servicios sanitarios, el tipo de aseguramiento y las necesidades no cubiertas en salud en España en el año 2020. El ámbito de estudio ha sido todo el territorio nacional.

Población de estudio y muestra

La muestra se ha obtenido de la Encuesta Europea de Salud en España (EESE) realizada en el año 2020. La EESE forma parte del sistema estadístico español y del sistema de información sanitario, y se intercala con la Encuesta Nacional de Salud en España (ENSE) cada 2-3 años para evitar duplicidades y mantener un análisis periódico de la población española. Los datos de la EESE de 2020 fueron recogidos en 2019 en un periodo de un año (de julio de 2019 a julio de 2020).

37.500 viviendas fueron alcanzadas en la encuesta, entrevistándose un total de 22.072 personas. El proceso de selección de la muestra se llevó a cabo utilizando un enfoque de muestreo en tres etapas. En la primera etapa, se estratificaron las unidades en 6 grupos en base al tamaño del municipio. En la segunda etapa, se empleó la relación de viviendas familiares principales en cada sección seleccionada para la muestra. En la tercera etapa, las unidades fueron seleccionadas en base a la relación de las personas encuestadas en el momento de la entrevista mediante el método de Kish.

El método de recogida de información fue el de entrevista personal asistida por ordenador, que pudo ser complementada mediante entrevista telefónica debido a las circunstancias excepcionales por la Covid-19. Debido a este escenario especial, la falta de respuesta no se encontró uniformemente distribuida a lo largo de las semanas de referencia. Por ello, se dividieron los estratos muestrales en varios grupos, donde la falta de respuesta poseía características distintas.

Se excluyó a la población menor de 15 años y aquellas personas para las que no se disponía de datos en las variables a estudio. El tamaño de la muestra final fue de 21.076 personas.

Variables

DEPENDIENTES

Las variables resultado han sido recogidas en base a los tres objetivos del estudio.

Para evaluar el **uso de los servicios sanitarios**, se ha orientado el estudio al auto reporte de uso de los servicios de atención primaria, atención hospitalaria no urgente, hospitalizaciones y urgencias. En consecuencia, se han elegido cuatro variables de uso del sistema sanitario: (a) consulta al médico general o de familia en las últimas 4 semanas, (b) consulta hospitalaria no urgente en las últimas 4 semanas, (c) ingreso en el hospital en los últimos 12 meses y (d) utilización del servicio de emergencias en los últimos 12 meses antes de la entrevista. Todas las variables se han operacionalizado de manera dicotómica, con opción de respuesta afirmativa o negativa. En la recogida de las respuestas a la variable de hospitalización, la EESE excluyó aquellas que fueron debidas a parto o cesárea.

En cuanto al tipo de **aseguramiento**, la EESE de 2020 lo recoge como una variable de múltiple respuesta, existiendo varias categorías de modalidad de seguro sanitario, incluyendo: (a) Sanidad Pública, (b) Mutualidades del Estado acogidas a la Seguridad Social, (c) Mutualidades del Estado acogidas a un seguro privado, (d) seguro médico privado, concertado individualmente, (e) seguro médico concertado por la empresa, (f) no tiene seguro médico y (g) otras situaciones. Para facilitar el análisis y puesto que las respuestas (f) no superan el 0.3% de la muestra, se ha decidido reclasificar la variable en “seguro médico privado”, que recoge los valores (d) y (e) y es una variable dicotómica.

De esta forma, la población que respondió afirmativamente se considera beneficiaria de un seguro médico de naturaleza privada, mientras que las personas que respondieron negativamente son considerados no beneficiarios de seguro médico privado, ya sea porque solo sean beneficiarios del SNS o de una mutualidad del Estado.

Las **necesidades de atención sanitaria no cubiertas** han sido evaluadas mediante dos variables: (a) la falta percibida de asistencia médica debido a listas de espera en los últimos 12 meses y (b) la falta percibida de atención médica debido a problemas económicos en los últimos 12 meses.

INDEPENDIENTES

Las variables explicativas recogidas han sido la posición socioeconómica y el país de origen.

Se ha analizado la posición socioeconómica a través de la clase social ocupacional. La información sobre la posición socioeconómica se ha obtenido a partir de datos autodeclarados por las personas encuestadas en la EESE a las preguntas: “¿Percibe alguna pensión contributiva?”, “¿Ha trabajado antes?”, “¿Cuál era la actividad de la empresa u organización en la que trabajó en su último empleo la persona que generó la pensión?”, “¿Cuál era la ocupación, profesión u oficio que desempeñó en su último empleo la persona que generó la pensión?”, “¿Cuál era la situación profesional, en su último empleo, de la persona que generó la pensión?”, “¿Cuánto tiempo lleva en desempleo?”, “Aunque actualmente no esté trabajando, ¿ha trabajado alguna vez anteriormente?”, “¿Qué tipo de contrato o relación laboral tiene?”, “¿Cuál es la duración de su contrato?”, “¿Cuál es la duración de su relación laboral?”, “¿Tiene trabajadores a su cargo?”, “Su trabajo actual, es a tiempo completo o a tiempo parcial?”, “¿Qué tipo de jornada tiene habitualmente?”, “¿Cuál es la actividad de la empresa u organización en la que trabaja actualmente?”, “¿Cuál era la actividad de la empresa u organización en la que trabajó en su último empleo?”, “¿Cuál es la ocupación, profesión u oficio que desempeña en su empleo?”, “¿Cuál era la ocupación, profesión u oficio que desempeñó en su último empleo?”, “¿Cuál era la situación profesional en la ocupación que desempeñó en su último empleo?”. En base a las respuestas a estas preguntas, la variable de clase social ocupacional se ha codificado según las recomendaciones de la Sociedad Española de Epidemiología¹⁸ en las categorías siguientes:

- Clase I: directores y gerentes de establecimientos de 10 o más asalariados y profesionales asociados de forma tradicional a las licenciaturas universitarias.
- Clase II: directores y gerentes de establecimientos de menos de 10 asalariados y profesionales asociados de forma tradicional a diplomaturas universitarias y otros profesionales de apoyo técnico. Profesionales del deporte y del arte.
- Clase III: trabajos intermedios y trabajadores autónomos.
- Clase IV: supervisores y trabajadores técnicos cualificados.
- Clase V: trabajadores cualificados del sector primario y trabajadores semi-cualificados.
- Clase VI: trabajadores no cualificados.

El país de origen ha sido evaluado mediante la variable de país de nacimiento, dicotómica que recoge como respuestas el haber nacido en España o en el extranjero.

COVARIABLES

Se han incluido las variables de edad, sexo y presencia de enfermedad crónica o de larga duración (entendiendo por larga duración si el problema de salud o enfermedad tenía duración, o se esperaba que lo hiciera, de 6 meses o más) como variables de confusión.

Análisis de datos

Se ha empleado el programa SPSS Statistic versión 22 para los cálculos estadísticos.

Se ha llevado a cabo un análisis descriptivo inicial, utilizando medias y desviaciones estándar para las variables continuas, y medidas de frecuencia y porcentajes para las variables categóricas.

Posteriormente, se ha realizado un análisis de regresión para estudiar la influencia de la clase social y el país de origen en el uso de los servicios sanitarios, el tipo de aseguramiento y las necesidades no cubiertas en salud. Mediante regresiones logísticas, se ha calculado el Odds Ratio (OR) con intervalos de confianza al 95% (IC95%) de las variables resultado en función de las variables explicativas. Se realizaron primero unos modelos crudos y luego unos modelos ajustados por edad, sexo y presencia de enfermedad crónica.

Aspectos éticos

Este Trabajo de Fin de Grado y Máster cumple con los principios establecidos en el Convenio de Oviedo e 1997 y la Declaración de Helsinki de 2008, junto con las enmiendas posteriores realizadas a estos mismos. Asimismo, este trabajo utiliza los datos preparados por el proyecto PI21/01868, aprobado por el Comité de Ética de la Investigación y de la Experimentación Animal de la UAH (código CEIP/2022/4/074).

Los datos de la Encuesta Europea de Salud en España y los registros del diseño de la encuesta son de libre acceso. Puede accederse a ellos en la página web del Instituto Nacional de Estadística (INE).¹⁹

Resultados

La edad media de los participantes se encuentra entre los 53 y los 56 años, siendo ligeramente superior en las mujeres (con una media de edad de 55.78 años) frente a la de los hombres (53.22 años). Además, un 60.9% de la población refirió enfermedad o problema de salud crónicos o de larga duración. La muestra está compuesta por una mayoría de mujeres.

La clase social más numerosa es la clase V, seguida de la clase III; conformando un 32.9% y un 20.1%, respectivamente. La clase social menos numerosa es la clase II, un 8% de la población. En cuanto al país de origen, un 90.7% de los encuestados son nacidos en España, mientras que un 9.3% tienen origen extranjero.

Respecto al uso del sistema sanitario, se ha recogido que un 23.2% de la población consultó con su médico de Atención Primaria en menos de 4 semanas, mientras que un 10% fue asistido por un médico de hospital en consulta no urgente en ese mismo periodo de tiempo. Así mismo, en menos de un año, un 8.2% de la población española fue hospitalizada (excluyendo las hospitalizaciones debidas a parto o cesárea). En ese mismo periodo, un 23.4% de la población acudió a un servicio de Urgencias. Las mujeres hacen uso más frecuentemente de los servicios sanitarios que los hombres.

La gran mayoría de la población, un 86.9%, no tiene seguro sanitario privado adicional y solamente cuenta con el SNS o alguna Mutualidad del Estado. El 13.1% restante es

beneficiario de un seguro de salud privado, ya sea concertado de forma individual o a través de su empresa.

En cuanto a las necesidades de atención sanitarias no cubiertas, un 14% fueron debido a la lista de espera en los últimos 12 meses, y solo un 2% de la población reportó necesidades no cubiertas debido a problemas económicos asociados.

		♂	♀	Total
Clase	I	1119 (5.3%)	1182 (5.6%)	2301 (10.9%)
	II	789 (3.7%)	890 (4.2%)	1679 (8%)
	III	1890 (9%)	2338 (11.1%)	4228 (20.1%)
	IV	1658 (7.9%)	1390 (6.6%)	3048 (14.5%)
	V	3491 (16.6%)	3443 (16.3%)	6934 (32.9%)
	VI	1220 (5.8%)	1666 (7.9%)	2886 (13.7%)
País de origen	Español	9501 (43%)	10528 (47.7%)	20029 (90.7%)
	Extranjero	889 (4%)	1154 (5.2%)	2043 (9.3%)
Uso sanitario	A. Primaria	2046 (9.3%)	3073 (13.9%)	5119 (23.2%)
	A. Especializada	865 (3.9%)	1329 (6%)	2194 (10%)
	Hospitalización	896 (4.1%)	905 (4.1%)	1801 (8.2%)
	Urgencias	2167 (9.8%)	3008 (13.6%)	5175 (23.4%)
Seguro sanitario	S. Público	9074 (41.1%)	10117 (45.8%)	19191 (86.9%)
	S. Privado	1316 (6%)	1565 (7.1%)	2881 (13.1%)
Necesidades no cubiertas	Lista de espera	1124 (5.7%)	1647 (8.3%)	2771 (14%)
	Prob. Económicos	157 (0.7%)	262 (1.2%)	419 (2%)
Enfermedad crónica		5770 (26.2%)	7662 (34.7%)	13432 (60.9%)
Edad		53.22 (18.34)	55.78 (19.50)	54.57 (19.01)

Tabla 1: Análisis descriptivo de las variables independientes, dependientes y covariables respecto al sexo. Frecuencia absoluta y relativa. La edad es expresada en media y desviación estándar. ♂: hombres. ♀: mujeres.

Las tablas siguientes recogen los valores de OR e IC95% obtenidos. Se ha analizado para cada una de las variables resultado las diferencias según la clase social y el país de origen ajustadas por edad, sexo y presencia de enfermedad crónica. Para estudiar las desigualdades, se han tomado como referencia la clase social I y ser de origen español.

La **tabla 2** muestra la influencia de la clase social y el país de origen en visitar al médico general o de familia. Se observa que las personas pertenecientes a clases sociales más bajas tienen mayor probabilidad de acudir a su médico de Atención Primaria que aquellas de clases sociales más altas. La desigualdad aumenta progresivamente según disminuye la clase social, encontrando en el modelo crudo que las personas de la clase VI tienen un 74% (OR 1.74; IC95% 1.52-1.99) más de probabilidad de visitar a su médico de familia que los miembros de la clase I, con apenas una ligera atenuación en los modelos ajustados. Respecto al país de origen, el modelo crudo muestra que la población de origen extranjero tiene un 14% (OR 0.86; IC95% 0.77-0.97) menos de probabilidad de acudir a Atención Primaria que la población nacida en España. Sin embargo, en el modelo ajustado por sexo, edad y presencia de enfermedad crónica se invierte la desigualdad y se observa que la población extranjera tiene un 16% (OR 1.16; IC95% 1.03-1.31) más de probabilidad de acudir respecto a la de origen español.

Consulta al médico general o de familia en las últimas 4 semanas			
		Modelo crudo	Modelo ajustado
		OR (IC95%)	OR (IC95%)
Clase social	I	1 (referencia)	1 (referencia)
	II	1.36 (1.13-1.55)	1.31 (1.11-1.54)
	III	1.26 (1.10-1.43)	1.18 (1.04-1.35)
	IV	1.43 (1.25-1.64)	1.31 (1.14-1.51)
	V	1.61 (1.43-1.81)	1.47 (1.30-1.66)
	VI	1.74 (1.52-1.99)	1.51 (1.32-1.74)
País de origen	Español	1 (referencia)	1 (referencia)
	Extranjero	0.86 (0.77-0.97)	1.16 (1.03-1.31)

Tabla 2. Consulta al médico general o de familia en las últimas 4 semanas analizado por clase social y país de origen. Valores de OR e IC95%.

Los datos de la **tabla 3** reflejan que la población de clase social más baja tiene menos probabilidades de acudir a un médico hospitalario que los de clase social más alta; o dicho de forma inversa, las personas de clase social más alta tienen más probabilidad de visitar a un médico hospitalario que la población de clase más baja. La desigualdad aumenta

gradualmente conforme baja la clase social. En el modelo ajustado se ha encontrado que la mayor desigualdad se da en los miembros de la clase social VI, que tienen un 34% (OR 0.66; IC95% 0.55-0.79) menos de probabilidad de acudir a una consulta hospitalaria no urgente que aquellos de la clase social I. Así mismo, las personas de origen extranjero presentan un 18% (OR 0.82; IC95% 0.69-0.97) menos de probabilidad de acudir a consulta de un médico hospitalario que los españoles nativos.

Consulta hospitalaria no urgente en las últimas 4 semanas			
		Modelo crudo	Modelo ajustado
		OR (IC95%)	OR (IC95%)
Clase social	I	1 (referencia)	1 (referencia)
	II	0.95 (0.78-1.16)	0.94 (0.77-1.15)
	III	0.95 (0.81-1.12)	0.91 (0.77-1.07)
	IV	0.86 (0.73-1.03)	0.82 (0.69-0.98)
	V	0.77 (0.66-0.90)	0.72 (0.62-0.84)
	VI	0.74 (0.62-0.89)	0.66 (0.55-0.79)
País de origen	Español	1 (referencia)	1 (referencia)
	Extranjero	0.74 (0.63-0.88)	0.82 (0.69-0.97)

Tabla 3. Consulta hospitalaria no urgente en las últimas 4 semanas analizado por clase social y país de origen. Valores de OR e IC95%.

La **tabla 4** indica las desigualdades en hospitalizaciones según clase social y país de origen. Se observa que la probabilidad de ingreso aumenta según disminuye la clase social. Sin embargo, el modelo ajustado únicamente refiere desigualdades estadísticamente significativas en la clase social VI, que tiene un 27% (OR 1.27 IC95% 1.03-1.57) más de probabilidad de ser hospitalizada respecto a la clase I. En cuanto al país de origen, el modelo crudo muestra que las personas de origen extranjero tienen 24% (OR 0.76; IC95% 0.63-0.91) menos de probabilidad de ser hospitalizada, mientras que, según el modelo ajustado, tienen un 17% (OR 1.17; IC95% 0.96-1.41) más de probabilidad de hacerlo, aunque este último valor no es estadísticamente significativo.

Los resultados de la **tabla 5** refieren que las clases sociales más bajas tienen mayor probabilidad de usar un servicio de emergencias que las clases sociales más altas. Se observa mayor desigualdad en la clase social VI, cuyos individuos tienen un 35% (OR 1.35; IC95% 1.18-1.54) más de probabilidad de acudir a emergencias que los miembros de la clase social I. Las personas que han nacido fuera de España también tienen más probabilidad, un 20% (OR 1.20; IC95% 1.08-1.34) más, de usar el servicio que las personas nacidas en España.

Hospitalización en los últimos 12 meses			
		Modelo crudo	Modelo ajustado
		OR (IC95%)	OR (IC95%)
Clase social	I	1 (referencia)	1 (referencia)
	II	1.14 (0.89-1.46)	1.13 (0.88-1.45)
	III	1.10 (0.90-1.35)	1.05 (0.85-1.29)
	IV	1.42 (1.16-1.75)	1.22 (0.99-1.51)
	V	1.39 (1.15-1.67)	1.20 (0.99-1.45)
	VI	1.47 (1.19-1.81)	1.27 (1.03-1.57)
País de origen	Español	1 (referencia)	1 (referencia)
	Extranjero	0.76 (0.63-0.91)	1.17 (0.96-1.41)

Tabla 4. Hospitalización en los últimos 12 meses analizado por clase social y país de origen. Valores de OR e IC95%.

Uso del servicio de emergencias en los últimos 12 meses			
		Modelo crudo	Modelo ajustado
		OR (IC95%)	OR (IC95%)
Clase social	I	1 (referencia)	1 (referencia)
	II	1.03 (0.87-1.20)	1.02 (0.87-1.20)
	III	1.18 (1.04-1.34)	1.17 (1.03-1.33)
	IV	1.23 (1.08-1.40)	1.24 (1.08-1.42)
	V	1.25 (1.11-1.40)	1.23 (1.10-1.39)
	VI	1.41 (1.24-1.61)	1.35 (1.18-1.54)
País de origen	Español	1 (referencia)	1 (referencia)
	Extranjero	1.20 (1.08-1.33)	1.20 (1.08-1.34)

Tabla 5. Uso del servicio de emergencias en los últimos 12 meses analizado por clase social y país de origen. Valores de OR e IC95%.

La **tabla 6** refleja la influencia de la clase social y el país de origen en la contratación de un seguro médico privado. Se observa que los integrantes de las clases sociales II y III tienen alrededor de un 50% menos de probabilidad de tener aseguramiento médico privado que las personas de la clase social I. Las desigualdades se hacen mayores en las clases sociales más bajas, observando que las personas de las clases sociales V y VI tienen 83% (OR 0.14; IC95% 0.15-0.19) y 91% (OR 0.09; IC95% 0.07-0.11) menos de probabilidad de tener seguro médico privado que la clase I. Respecto a la población de origen extranjero, tienen un 23% (OR 0.77; IC95% 0.67-0.89) menos de probabilidad de tenerlo que aquellos nacidos en España.

Aseguramiento médico privado			
		Modelo crudo	Modelo ajustado
		OR (IC95%)	OR (IC95%)
Clase social	I	1 (referencia)	1 (referencia)
	II	0.52 (0.45-0.61)	0.52 (0.45-0.61)
	III	0.55 (0.49-0.62)	0.55 (0.49-0.62)
	IV	0.26 (0.22-0.30)	0.27 (0.23-0.31)
	V	0.16 (0.14-0.19)	0.17 (0.15-0.19)
	VI	0.09 (0.07-0.11)	0.09 (0.08-0.11)
País de origen	Español	1 (referencia)	1 (referencia)
	Extranjero	0.93 (0.81-1.07)	0.77 (0.67-0.89)

Tabla 6. Aseguramiento médico privado analizado por clase social y país de origen. Valores de OR e IC95%.

Los datos de la **tabla 7** indican que la población de las clases sociales más altas tiene menos probabilidad de expresar falta de asistencia médica debido a listas de espera que las clases sociales más bajas. El dato de mayor desigualdad se da en las personas de la clase social IV, que tienen un 38% (OR 1.38; IC95% 1.17-1.63) más de probabilidad de tener falta de asistencia debido a ese motivo que las personas de la clase social I. No se observan desigualdades estadísticamente significativas en la población de origen extranjero y la de origen español.

Falta de asistencia debido a listas de espera en el último año			
		Modelo crudo	Modelo ajustado
		OR (IC95%)	OR (IC95%)
Clase social	I	1 (referencia)	1 (referencia)
	II	0.96 (0.78-1.18)	0.94 (0.77-1.16)
	III	1.06 (0.91-1.25)	1.03 (0.87-1.21)
	IV	1.40 (1.19-1.65)	1.38 (1.17-1.63)
	V	1.23 (1.06-1.43)	1.17 (1.01-1.37)
	VI	1.27 (1.07-1.51)	1.17 (0.98-1.38)
País de origen	Español	1 (referencia)	1 (referencia)
	Extranjero	0.97 (0.84-1.11)	1.01 (0.88-1.18)

Tabla 7. Falta de asistencia médica debido a listas de espera en los últimos 12 meses analizado por clase social y país de origen. Valores de OR e IC95%.

Falta de asistencia debido a problemas económicos en el último año			
		Modelo crudo	Modelo ajustado
		OR (IC95%)	OR (IC95%)
Clase social	I	1 (referencia)	1 (referencia)
	II	2.21 (1.16-4.23)	2.21 (1.16-4.24)
	III	2.48 (1.41-4.34)	2.45 (1.39-4.30)
	IV	2.84 (1.60-5.04)	2.91 (1.64-5.16)
	V	3.19 (1.87-5.44)	3.19 (1.87-5.45)
	VI	5.25 (3.04-9.07)	5.05 (2.92-8.73)
País de origen	Español	1 (referencia)	1 (referencia)
	Extranjero	1.72 (1.30-2.26)	1.65 (1.24-2.19)

Tabla 8. Falta de asistencia médica debido a problemas económicos en los últimos 12 meses analizado por clase social y país de origen. Valores de OR e IC95%.

La **tabla 8** muestra las desigualdades en la falta de asistencia médica debido a problemas económicos según la clase social y el país de origen. Se observa que la desigualdad aumenta en gran medida según disminuye la clase social. La mayor desigualdad se da en la clase social VI, cuyos miembros tienen un 405% (OR 5.05; IC95% 2.92-8.73) más de probabilidad de denunciar falta de asistencia debido a problemas económicos que los miembros de la clase social I. Para las personas nacidas fuera de España también aumentan sus probabilidades, un 65% (OR 1.65; IC 1.24-2.19) más, de tener falta de asistencia sanitaria por este problema.

Discusión

Este Trabajo de Fin de Grado y Máster ha tenido como objetivo estudiar las desigualdades socioeconómicas y migratorias en el uso de los servicios sanitarios, el tipo de aseguramiento y las necesidades no cubiertas en salud. Los resultados obtenidos en la mayoría de los análisis han indicado que existen desigualdades por clase social y país de origen estadísticamente significativas. De esta forma, las clases sociales más bajas y la población de origen extranjero han presentado mayor probabilidad de usar los servicios de Atención Primaria y los servicios de emergencias, así como de expresar necesidades médicas no cubiertas por listas de espera o por problemas económicos. Se ha observado también que los miembros de las clases sociales más bajas tienen mayor probabilidad de ser hospitalizados. Por el contrario, las personas de clases sociales más altas hacen más uso de las consultas hospitalarias no urgentes y tienen mayor probabilidad de beneficiarse de un seguro médico privado.

Se ha concluido que la probabilidad de usar el servicio de **Atención Primaria** y visitar a su médico general es mayor para las personas de las clases sociales más bajas, coincidiendo con literatura previa.^{3,4,20} Este dato podría deberse a que las clases sociales más desfavorecidas parecen tener mayores necesidades de salud, ya que presentan mayor proporción de enfermedades crónicas^{4,13,20}, así como un menor uso de los servicios preventivos⁶. Sin embargo, las desigualdades persistían una vez ajustado por la presencia de enfermedades crónicas. Las propias características de la Atención Primaria la hacen tener menos barreras que otros servicios y ser más accesible. Además, como se ha observado con anterioridad, las clases sociales más bajas tienen menor probabilidad de tener un seguro médico privado, por lo que se ven más obligados a usar la Atención

Primaria como primer paso para acceder a otros servicios del SNS. En Canadá, otro país con SNS como España, se ha observado que las personas de clase social más alta y mayor nivel de estudios tienden a no pasar por el filtro que supone la Atención Primaria y acceder directamente a la consulta de otros profesionales⁴.

En relación con las desigualdades por país de origen, los análisis realizados en este trabajo han mostrado resultados contradictorios según el modelo. El modelo crudo ha indicado una menor probabilidad de usar el servicio de Atención Primaria por parte de la población de origen extranjero; mientras que el modelo ajustado por edad, sexo y presencia de enfermedad crónica ha mostrado lo contrario. Estos resultados pueden ser explicados por el llamado “efecto del inmigrante sano”, que propone que la población con mayor probabilidad de emigrar es aquella que mejor salud presenta. Por tanto, la población inmigrante como conjunto usa menos servicios sanitarios a su llegada al país. Al ajustar por edad los análisis, se ha observado que el hecho de ser migrante hace más probable consultar al médico general o de familia. Después de 20 años en el país, los inmigrantes tienden a presentar niveles similares de acceso respecto a la población nativa, con excepción de las mujeres de origen extranjero, de quienes se ha observado que hacen uso de Atención Primaria más frecuentemente que las nativas después de 10 años.^{21,22}

Las clases sociales más altas tienen mayor probabilidad de usar los servicios de **atención hospitalaria no urgente** y ser atendidos por un médico hospitalario. Esta desigualdad, aunque podría ser debida a un mayor conocimiento del funcionamiento del sistema sanitario, es más probable que sea explicada debido a que este grupo de población tiene mayor probabilidad de ser beneficiario de un seguro médico privado, pudiendo acceder con mayor facilidad a las consultas de médicos hospitalarios, al no tener que esperar las listas de espera que conlleva el SNS.⁶ Estudios anteriores han relacionado que las desigualdades en visitas a consultas hospitalarias no urgentes fueron mayores en personas sin seguro médico privado.⁴ Además, se ha observado que la población de origen extranjero tiene menor probabilidad de consultar con un médico hospitalario que la población nacida en España. La literatura indica que después de una década en España, los hombres migrantes no usan el sistema sanitario de forma distinta a los hombres nativos, a excepción de las visitas a consulta hospitalaria no urgente, en cuyo caso su uso es menor.²¹

En este estudio, las clases sociales más bajas y la población de origen extranjero han mostrado una mayor probabilidad de **hospitalización** que el resto de la población.

Algunos estudios previos en España no han mostrado desigualdades por clase social en términos de hospitalización⁴, mientras que otros coinciden con los resultados obtenidos en este trabajo³. Dado que la decisión de hospitalizar un paciente no depende de la demanda de éste, sino de la decisión del equipo sanitario, esta desigualdad no puede deberse a factores individuales; sino que podría deberse a que las personas de clases sociales desfavorecidas y de origen extranjero generalmente presentan peor salud auto percibida y tienen mayor riesgo de contraer enfermedades, así como de ejercer trabajos con mayor riesgo de accidente laboral³, como apoyan estudios previos en Europa y Estados Unidos.²³ En este caso, podemos observar otra desigualdad inversa en el modelo crudo y ajustado por país de origen que podría volver a ser explicado mediante en efecto del inmigrante sano.

Se ha encontrado que los **servicios de emergencias** tienen mayor probabilidad de ser usados por las personas de clases sociales más bajas y la población inmigrante. Esto podría deberse a que, como ya se ha mencionado, las clases sociales más desfavorecidas tienen peor salud y asumen mayores riesgos³. Sin embargo, el acudir a los servicios de emergencias depende también en gran medida de la iniciativa del paciente o de su entorno, pudiendo ser debida esta alta demanda a la necesidad de acceder rápidamente al sistema sanitario, para así evitar las largas listas de espera del SNS. Estos hallazgos coinciden con la literatura española reciente (2018)³, pero literatura más antigua (2010)⁴ difiere y no refiere desigualdades por clase social en el acceso a estos servicios, lo que puede deberse a un posible cambio del uso de los servicios de emergencias con el tiempo. Así mismo, las personas inmigrantes tienen mayor probabilidad de usar los servicios de emergencia que la población de origen español, como indican estudios en España y en Noruega.²¹

Las clases sociales más altas y las personas nacidas en España tienen mayor probabilidad de beneficiarse de un **seguro médico privado** como complemento al SNS. Esto podría explicarse debido a que es común la asociación entre clase social baja e inmigración²³. De este modo, las minorías étnicas y grupos de población de origen extranjero son afectados también por las desigualdades socioeconómicas relativas a la posición económica y de clase social, y por ello, no poder permitirse un seguro médico privado. Además, las desigualdades en salud aumentan al observarse que las personas que cuentan con seguro médico privado son más propensos a usar los servicios sanitarios que aquellos sin él⁴, pudiendo alcanzar mejor salud que el resto. Estudios anteriores sugieren que las personas que contratan un seguro de salud privado no abandonan el sistema público, sino

que lo usan para disponer de un sistema complementario y así utilizar la opción privada para los servicios de atención primaria y hospitalaria no urgente, mientras que disponen de los servicios públicos para procedimientos más costosos y largos.¹⁵

En cuanto a las **necesidades no cubiertas en salud**, tanto por lista de espera como por problemas económicos, se ha observado que las clases sociales más bajas tienen mayor probabilidad de presentar este tipo de problema que las clases sociales más favorecidas. Como se ha mencionado anteriormente, el papel del aseguramiento médico privado cumple un papel fundamental en acelerar las listas de espera y es una de las explicaciones más plausibles que apoyen esta desigualdad. Sin embargo, no se han obtenido datos estadísticamente significativos que demuestren desigualdades en este problema por listas de espera en cuanto al país de origen. Por ello, podemos afirmar que esta última variable no cumple un papel definitorio en las desigualdades que conllevan una falta de atención sanitaria por listas de espera. En cuanto a las necesidades médicas no cubiertas por problemas económicos, aunque en términos globales estas solo afectasen a un 2% de la población, se ha observado una gran desigualdad en la población de origen extranjero y, sobre todo, en las clases sociales más inferiores, llegando a tener 5 veces más de probabilidad de sufrir este problema.

Los resultados obtenidos en este estudio implican la confirmación y actualización de la presencia de desigualdades socioeconómicas y migratorias en el acceso de los servicios sanitarios. Estas desigualdades, evitables, deberían orientar las políticas sanitarias y no sanitarias de los países que busquen conseguir disminuirlas y así, conseguir una sociedad más igualitaria, con igual acceso a la salud.

Entre las fortalezas de este trabajo se encuentra la gran representatividad de la muestra, ya que, aparte de ser grande, se ha obtenido mediante muestreo trietápico dentro de la EESE. Además, se han ajustado todos los análisis estadísticos por las variables confusoras de sexo, edad y enfermedad crónica, permitiendo analizar las variables objetivo sin estos sesgos. Sin embargo, las principales limitaciones son el carácter auto-referido de los datos, pudiendo haber sobreestimación de algunas variables; y el hecho de que la variable de país de origen podría no captar de forma óptima algunos de los procesos de discriminación, ya que en “extranjeros” se incluyen todos los países que no son España, con realidades y desigualdades muy diferentes. Debe añadirse que la EESE de 2020 fue realizada en dos periodos, antes y después de la pandemia por covid-19, por lo que los datos recogidos pueden haber sido alterados debido a esta situación excepcional.

Conclusiones

Existen desigualdades socioeconómicas y migratorias en la salud de la población, en parte causadas por un desigual acceso a los servicios sanitarios. Tras el análisis de este trabajo, podemos afirmar que siguen existiendo en la España del 2020. Las clases sociales más bajas y la población extranjera experimentan peores condiciones para acceder a estos servicios y presentan peor salud que el resto de la población. Estos grupos de población han presentado mayor probabilidad de usar los servicios de Atención Primaria, los servicios de emergencias y de ser hospitalizados, así como de expresar necesidades médicas no cubiertas por listas de espera o por problemas económicos. Por otro lado, las clases sociales más altas tienen mayor probabilidad de hacer uso de servicios hospitalarios no urgentes, así como de tener aseguramiento médico privado.

A pesar de las intervenciones y de las políticas sanitarias orientadas a paliar estas desigualdades, estas se mantienen. Por ello, y esperando una sociedad más igualitaria, estas políticas deberían actualizarse y reorientarse con el fin de mejorar la salud y la vida de las personas, sin distinción de su condición social o de su país de origen.

Bibliografía

1. Somoza JE. Política sanitaria española. Ediciones Díaz de Santos; 2001. 214 p.
2. Moreno Fuentes FJ. Análisis comparado de las políticas sanitarias hacia las poblaciones de origen inmigrante en el Reino Unido, Francia y España. 2003.
3. La Parra-Casado D, Mosquera PA, Vives-Cases C, San Sebastian M. Socioeconomic Inequalities in the Use of Healthcare Services: Comparison between the Roma and General Populations in Spain. *Int J Environ Res Public Health*. enero de 2018;15(1):121.
4. Garrido-Cumbrera M, Borrell C, Palència L, Espelt A, Rodríguez-Sanz M, Pasarín MI, et al. Social class inequalities in the utilization of health care and preventive services in Spain, a country with a national health system. *Int J Health Serv Plan Adm Eval*. 2010;40(3):525-42.
5. World Health Organization. A conceptual framework for action on the social determinants of health. World Health Organization; 2010.
6. Sánchez-Recio R, Alonso JP, Aguilar-Palacio I. The use of health care services in the Great Recession: evaluating inequalities in the Spanish context. *Gac Sanit*. 1 de mayo de 2020;34(3):245-52.
7. Espelt A, Continente X, Domingo-Salvany A, Domínguez-Berjón MF, Fernández-Villa T, Monge S, et al. La vigilancia de los determinantes sociales de la salud. *Gac Sanit*. 1 de noviembre de 2016;30:38-44.
8. Aguilar-Palacio I, Carrera-Lasfuentes P, Rabanaque MJ. Salud percibida y nivel educativo en España: tendencias por comunidades autónomas y sexo (2001-2012). *Gac Sanit*. 1 de enero de 2015;29(1):37-43.
9. Dover DC, Belon AP. The health equity measurement framework: a comprehensive model to measure social inequities in health. *Int J Equity Health*. 19 de febrero de 2019;18(1):36.
10. Marmot M. Social determinants of health inequalities. *Lancet Lond Engl*. 19 de marzo de 2005;365(9464):1099-104.
11. Domínguez-Berjón MF, Rodríguez-Sanz M, Marí-Dell'Olmo M, Esnaola S, Prieto-Salceda MD, Duque I, et al. Uso de indicadores socioeconómicos del área de residencia en la investigación epidemiológica: experiencia en España y oportunidades de avance. *Gac Sanit*. septiembre de 2014;28(5):418-25.
12. Cernadas A, Fernández Á. Healthcare inequities and barriers to access for homeless individuals: a qualitative study in Barcelona (Spain). *Int J Equity Health*. 20 de marzo de 2021;20:84.
13. La Parra Casado D, Gil González D, de la Torre Esteve M. The social class gradient in health in Spain and the health status of the Spanish Roma. *Ethn Health*. octubre de 2016;21(5):468-79.

14. Regidor E, Martínez D, Astasio P, Ortega P, Calle ME, Domínguez V. Trends of socioeconomic inequalities and socioeconomic inequalities in self-perceived health in Spain. *Gac Sanit.* 2006;20(3):178-82.
15. Epstein D, Jiménez-Rubio D. ¿Qué revela sobre el sistema público sanitario la contratación de un seguro de salud privado? *Gac Sanit.* 1 de septiembre de 2019;33(5):442-9.
16. Ledoux C, Pilot E, Diaz E, Krafft T. Migrants' access to healthcare services within the European Union: a content analysis of policy documents in Ireland, Portugal and Spain. *Glob Health.* 15 de junio de 2018;14:57.
17. Corretger JM, Fortuny C, Botet F, Valls O. Marginality, ethnic groups and health. *An Esp Pediatr.* junio de 1992;36 Suppl 48:115-7.
18. Domingo-Salvany A, Bacigalupe A, Carrasco JM, Espelt A, Ferrando J, Borrell C. Propuestas de clase social neoweberiana y neomarxista a partir de la Clasificación Nacional de Ocupaciones 2011. *Gac Sanit.* mayo de 2013;27(3):263-72.
19. INEbase / Sociedad /Salud /Encuesta europea de salud en España / Resultados. INE. [citado 3 de junio de 2023]. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176784&menu=resultados&idp=1254735573175#!tabs-1254736195298
20. Alcañiz M, Brugulat P, Guillén M, Medina-Bustos A, Mompert-Penina A, Solé-Auró A. Risk of dependence associated with health, social support, and lifestyle. *Rev Saúde Pública.* 24 de abril de 2015;49:26.
21. Ferre Z, Triunfo P, Antón JI. Immigrant assimilation in health care utilisation in Spain. *arXiv*; 2023.
22. Rivera B, Casal B, Currais L. Length of stay and mental health of the immigrant population in Spain: evidence of the healthy immigrant effect. *Appl Econ.* 21 de abril de 2015;47(19):1972-82.
23. Blom N, Huijts T, Kraaykamp G. Ethnic health inequalities in Europe. The moderating and amplifying role of healthcare system characteristics. *Soc Sci Med.* junio de 2016;158:43-51.

Agradecimientos

A mis padres, mis hermanos y mi abuela, por apoyarme y aguantarme incondicionalmente.

A mis amigos, al Consejo de Sabios, a los Staphilococos y a mi grupo de teatro, por rescatarme de la medicina y hacer de estos años una etapa muy bonita.

A Pedro, por su paciencia y dedicación, por enseñarme otra cara de la medicina y conseguir que volviera a clase voluntariamente.

A todas las personas que me han ayudado, mucho o poco, a lo largo de estos seis años.

INTRODUCCIÓN

El Sistema Nacional de Salud español se cimienta en el principio de cobertura universal y busca garantizar acceso a los servicios sanitarios bajo las condiciones de **equidad**. Sin embargo, existen desigualdades como reflejo de la desigual distribución de los **determinantes sociales de salud**.

La **estratificación social y económica**, el nivel educativo, la raza y el **país de origen**, entre otros, determinan desigual vulnerabilidad y exposición a condiciones que merman la salud, así como la existencia de barreras al acceso a los servicios sanitarios, como las listas de espera, la desigualdad en la cobertura mediante copagos o la falta de educación sanitaria. La parte de la población con seguro médico privado presenta mayores facilidades de acceso a estos servicios y mejor salud.

Estos factores influyen en la presencia de un **gradiente social en salud**, una pendiente lineal de salud que disminuye junto con la clase social: un incremento de la mortalidad y la morbilidad con la disminución del nivel socioeconómico.

Las **desigualdades socioeconómicas y migratorias** en el uso de los servicios sanitarios y en el tipo de aseguramiento tienen un papel importante en la distribución de la salud en la población.

OBJETIVOS

Estudiar las desigualdades socioeconómicas y migratorias en España en 2020:

1. En el **uso de los servicios sanitarios**
2. En el **tipo de aseguramiento**
3. En las **necesidades no cubiertas en salud**

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio transversal con intención analítica. Se empleó la Encuesta Europea de Salud en España de 2020 (N: 21.076, población ≥ 15 años).

Variables.

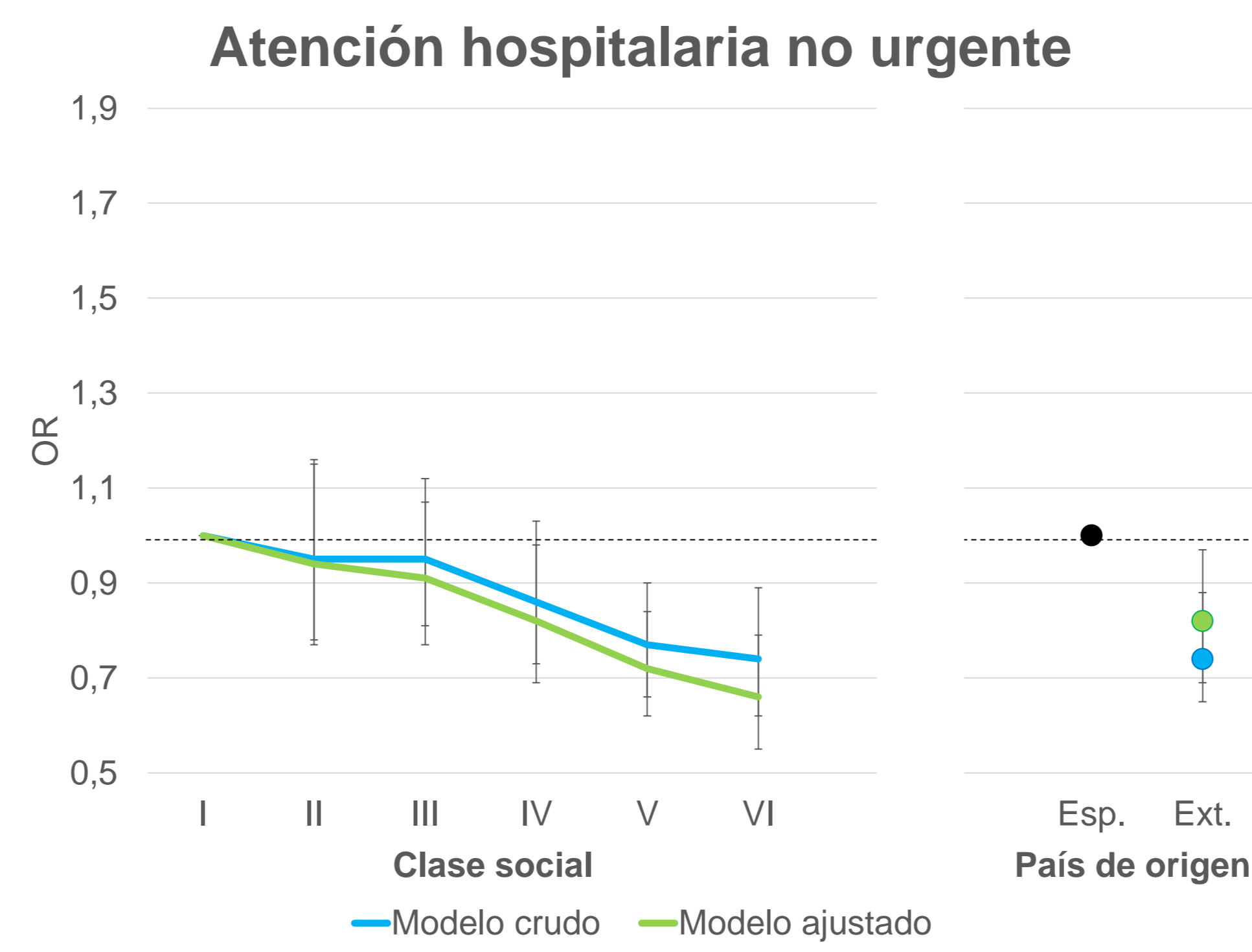
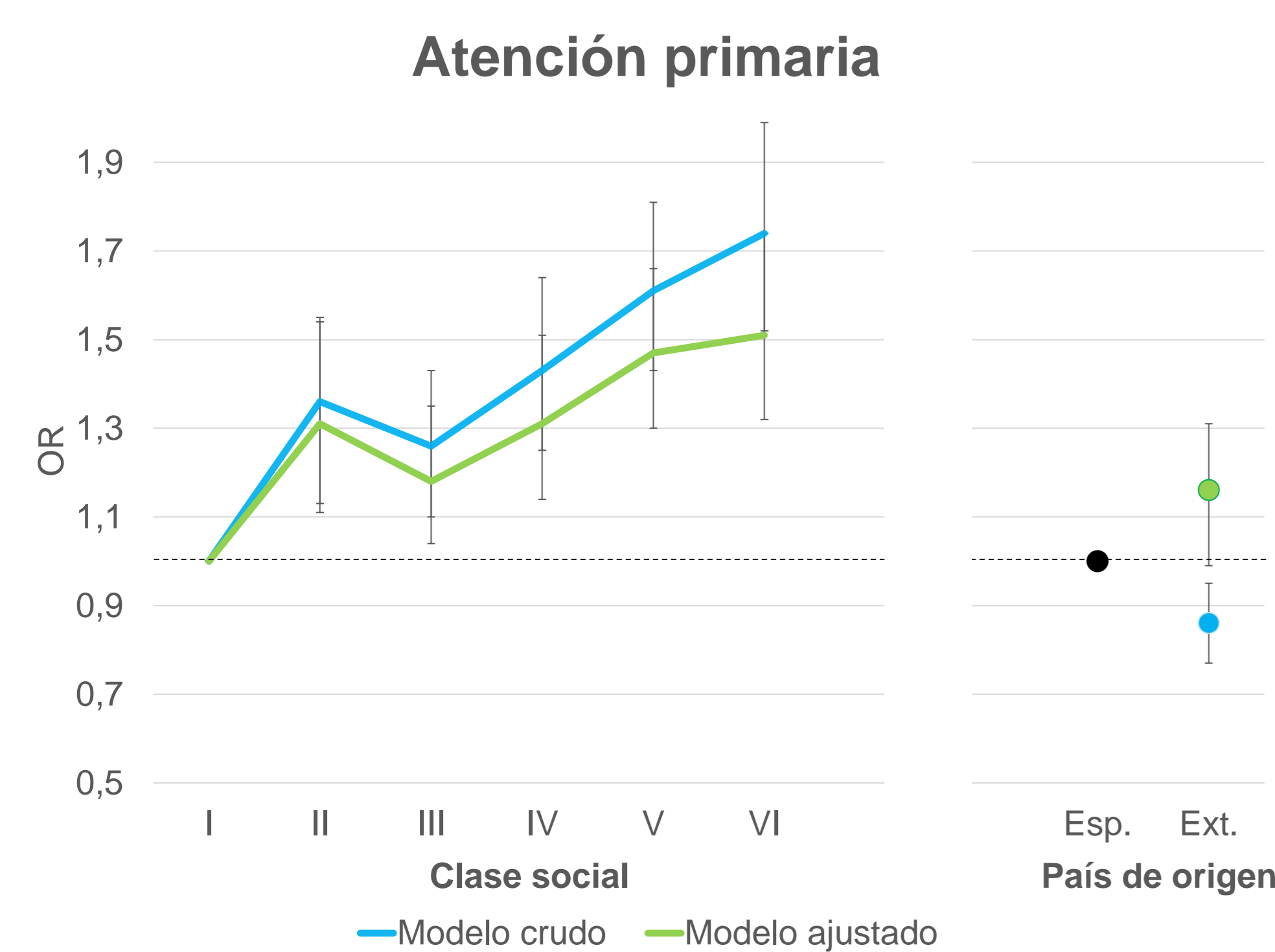
Resultado. (1) (a) consulta al médico de familia en ≤ 4 semanas, (b) consulta hospitalaria no urgente en ≤ 4 semanas, (c) hospitalización en ≤ 12 meses, (d) uso servicio de emergencias en ≤ 12 meses. **(2)** disposición de seguro médico privado. **(3)** falta de asistencia percibida por (a) listas de espera, (b) problemas económicos.

Independientes. Clase social y país de origen.

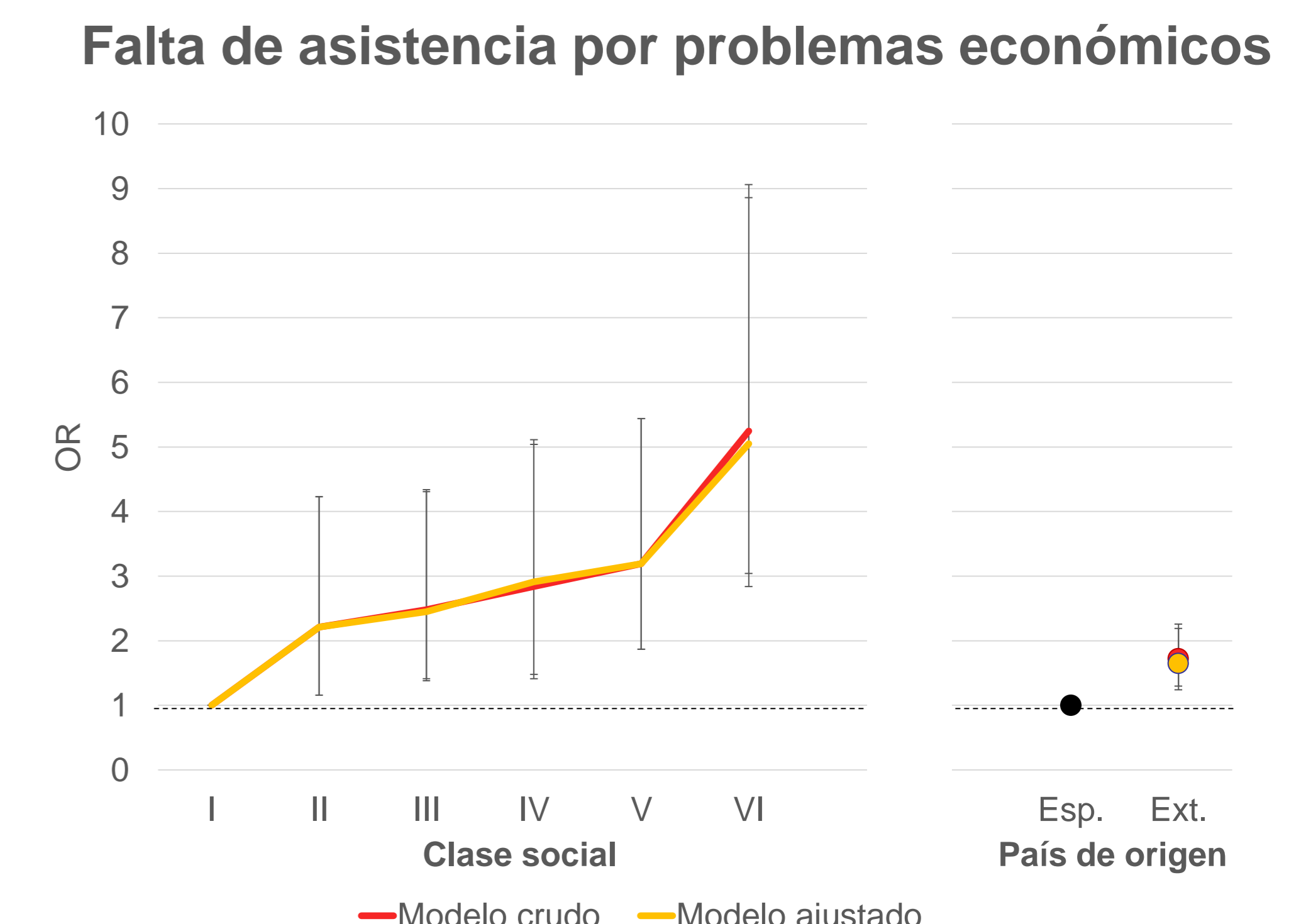
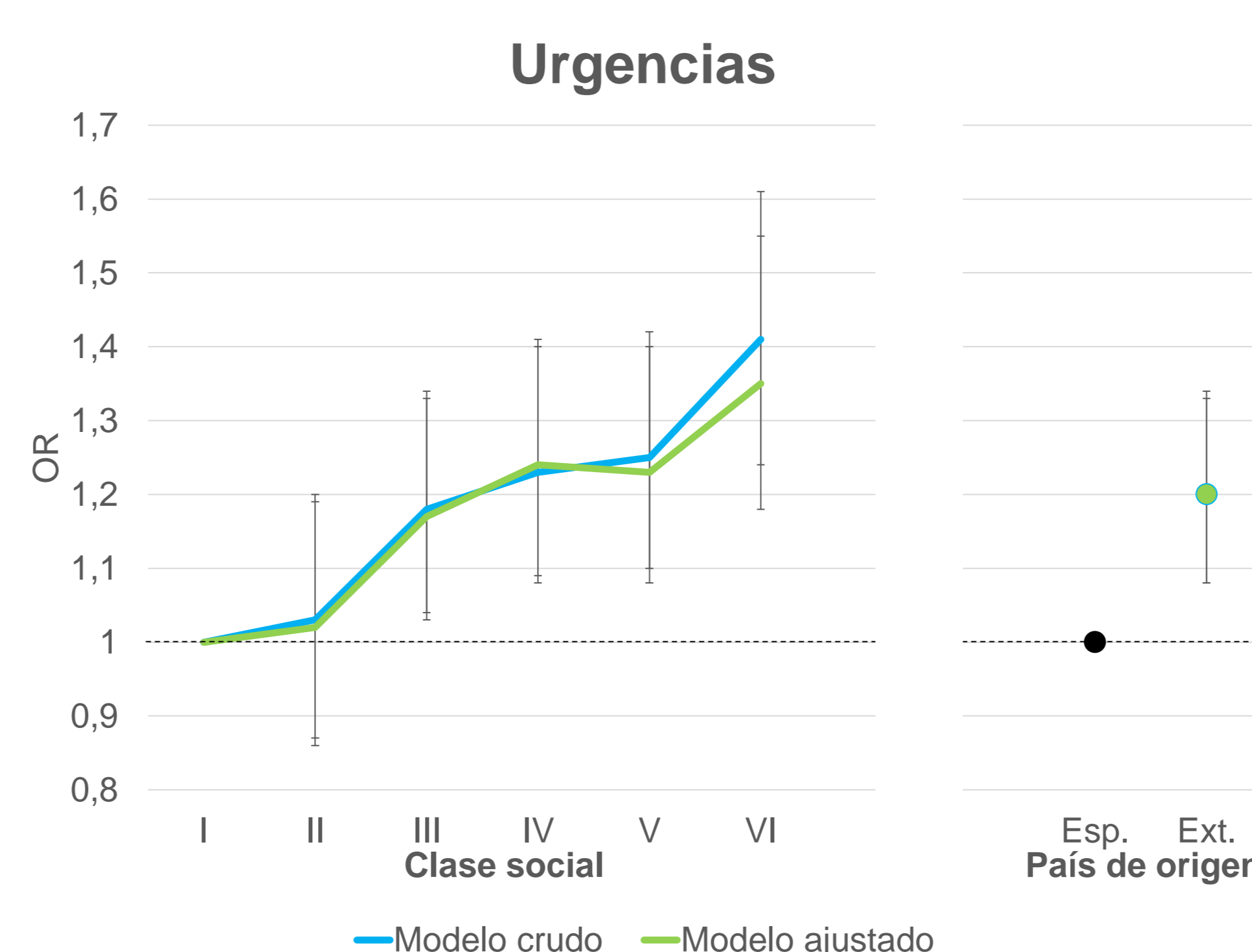
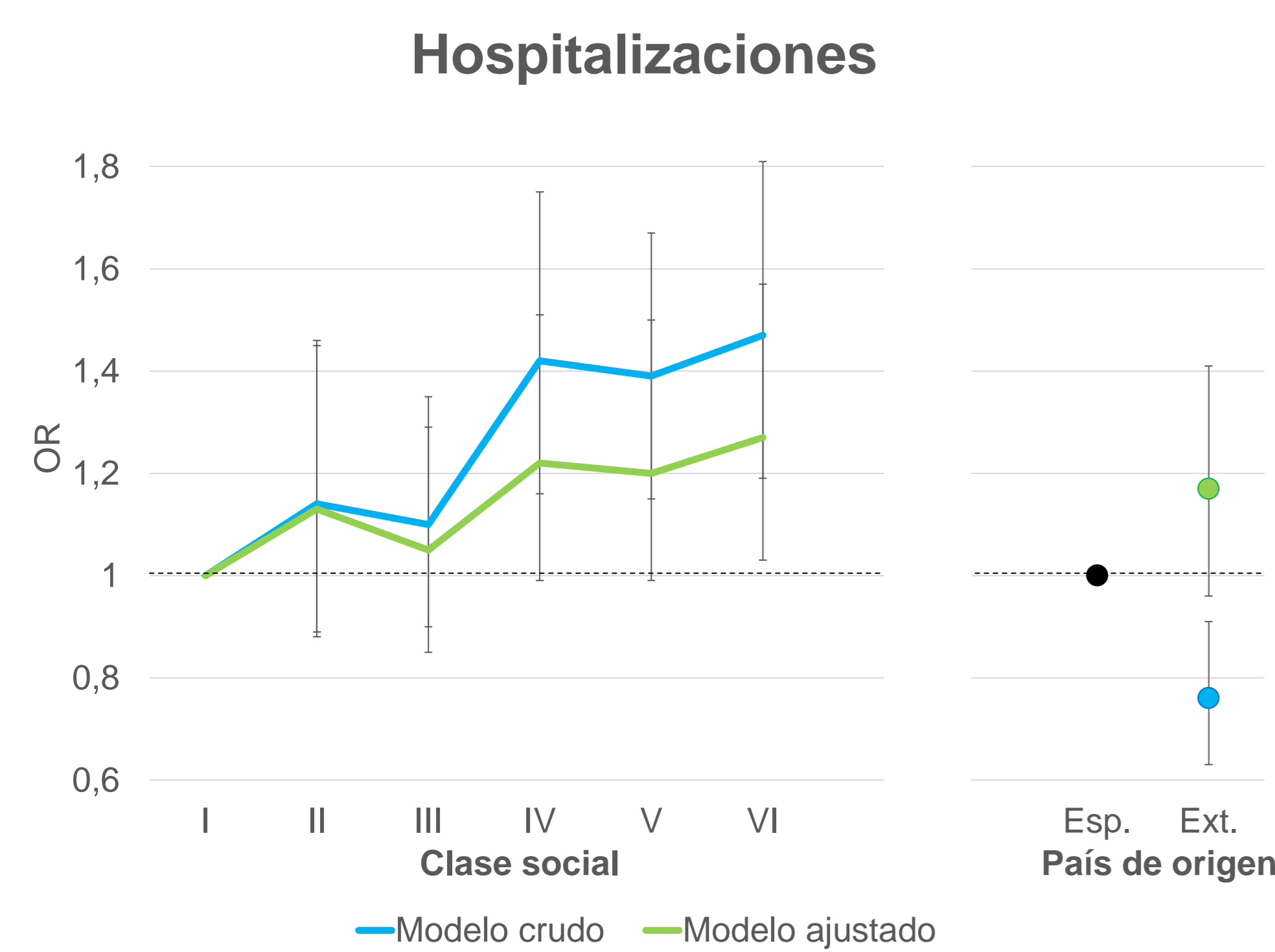
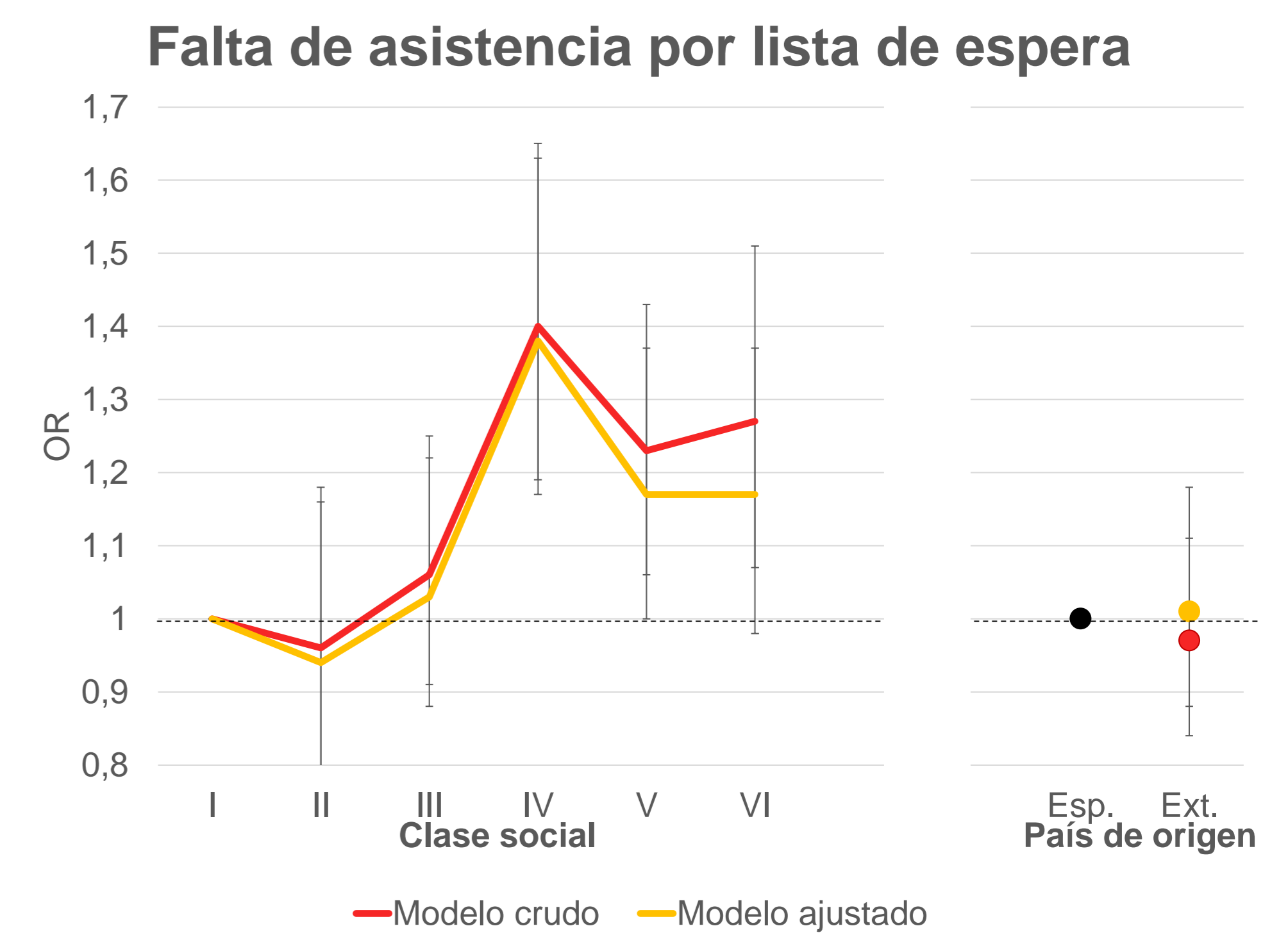
Análisis estadístico. Se calculó la Odds Ratio (OR) con intervalo de confianza del 95% mediante regresión logística. Se realizaron modelos crudos y modelos ajustados por edad, sexo y presencia de enfermedad crónica.

RESULTADOS

1. Uso de los servicios sanitarios

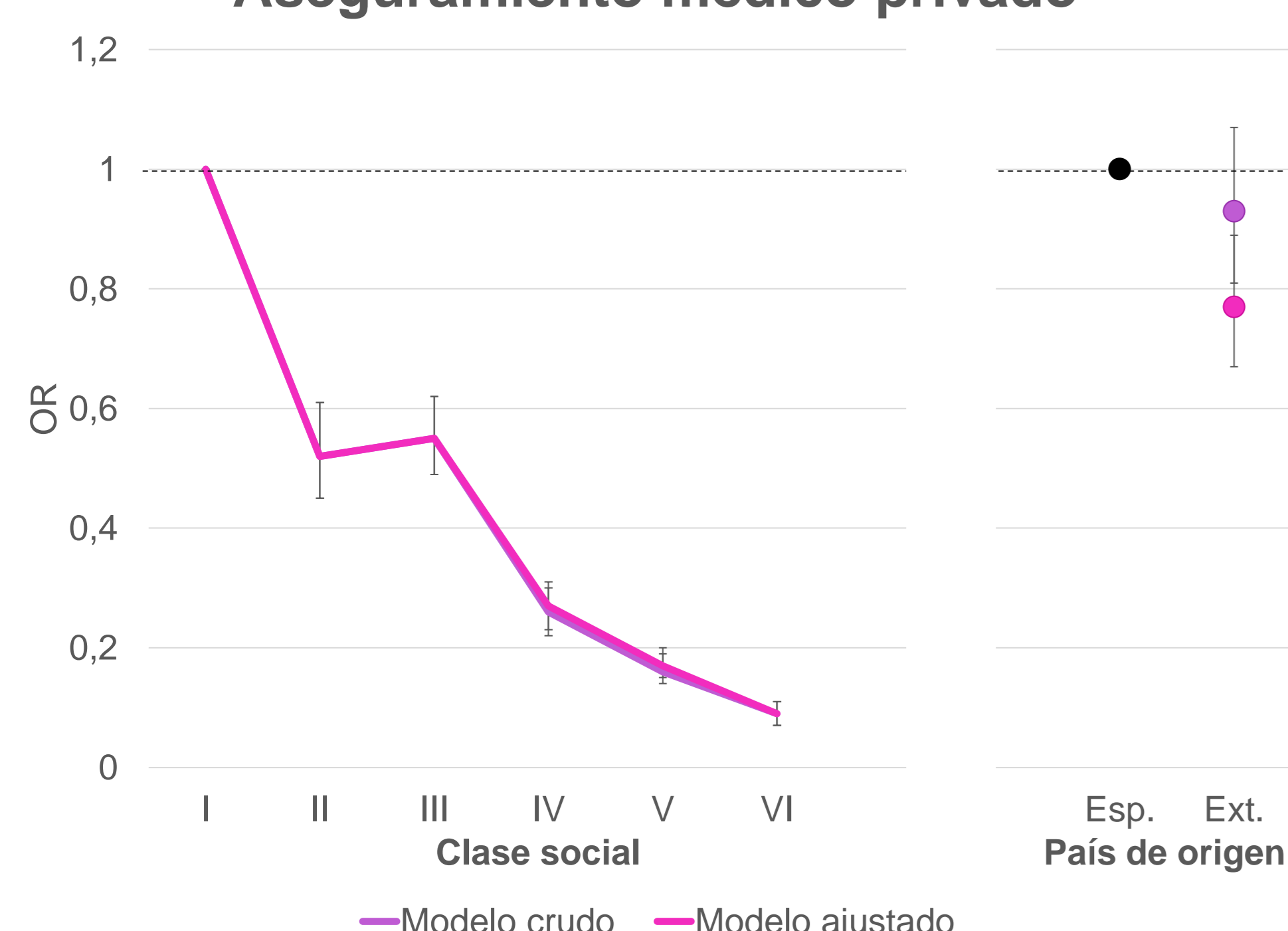


3. Necesidades de atención sanitaria no cubiertas



2. Tipo de aseguramiento

Aseguramiento médico privado



CONCLUSIONES

- **Existen desigualdades socioeconómicas y migratorias** en la salud de la población, en parte causadas por un **desigual acceso a los servicios sanitarios**
- Las **clases sociales más bajas y la población extranjera** presentan peor salud y peores condiciones de acceso. Tienen mayor probabilidad de usar los servicios de atención primaria, emergencias y hospitalizaciones, así como de expresar necesidades médicas no cubiertas por listas de espera o problemas económicos.
- Las **clases sociales más altas y la población nacida en España** tienen mayor probabilidad de usar los servicios hospitalarios no urgentes y de tener aseguramiento médico privado.
- Es necesario actualizar y reorientar políticas para paliar estas desigualdades.