

Autor: **Rosa María Urbanos Garrido**

Título: **Evolución de la desigualdad de acceso y utilización en la Sanidad Pública española (1987-1993): una aproximación a la equidad a partir de las encuestas de salud**

Resumen:

---

Septiembre 1996

## 1. Objetivos.

Los objetivos del presente trabajo pueden resumirse en los siguientes: en primer lugar, pretendemos aproximarnos, para el caso español, a las desigualdades en salud por grupos socioeconómicos y regiones, estudiando su evolución entre los años 1987 y 1993. Posteriormente, se observará la evolución de la desigualdad personal y territorial en el acceso y utilización de los servicios sanitarios públicos ante situaciones similares de necesidad. En este análisis se hará distinción entre los principales niveles de asistencia - asistencia primaria y especializada-. En última instancia, a través de los resultados podremos examinar hasta qué punto se da cumplimiento a los principios generales establecidos en la Ley General de Sanidad (L.G.S.), especialmente en cuanto a la reducción en las desigualdades de salud y de oportunidades de acceso se refiere.

## 2. Material.

El período de análisis viene directamente determinado por la base de datos empleada en el estudio, que corresponde a las dos únicas Encuestas de Salud a nivel nacional que han sido elaboradas en nuestro país hasta el momento.

Las Encuestas Nacionales de Salud (E.N.S.) ofrecen información sobre las características médicas y socioeconómicas de los ciudadanos, así como sobre sus hábitos de vida y su comportamiento ante los servicios sanitarios. La muestra que ofrecen se compone de más de 20.000 cuestionarios en cada una de ellas para la población mayor de 16 años, que ha sido la única población estudiada en este trabajo. En términos regionales, se ha excluido a los individuos residentes en Ceuta y Melilla, con el objeto de homogeneizar la muestra de las dos Encuestas.

Los años de referencia son, como se ha citado, 1987 y 1993, y cubren por lo tanto la mayor parte de la década que sigue a la entrada en vigor de la L.G.S. En consecuencia, los resultados derivados de las Encuestas pueden actuar como indicador del impacto que la

reorganización del sector sanitario ha ocasionado en este último período.

### 3. Método.

Para estudiar la evolución de las desigualdades en salud se han seleccionado cuatro variables "clásicas" de necesidad, empleadas en otros trabajos: la autovaloración del estado de salud, la presencia de alguna dolencia que obligue a limitar la actividad principal durante las dos semanas previas a la encuesta, la permanencia en cama por motivos de salud durante más de medio día -como indicador de enfermedad aguda- y, por último, la existencia de enfermedad/es crónica/s. Será precisamente a partir de estas variables como construiremos situaciones de necesidad similares.

Para realizar el estudio desde la doble perspectiva personal y territorial se han seleccionado, de entre las diferentes alternativas, la variable clase social para el enfoque personal, empleando para ello los indicadores aparecidos en cada Encuesta, y la variable región para la óptica territorial.

Como indicadores de acceso se emplean: tiempo de llegada a consulta de atención primaria, tiempo de llegada a consulta de atención especializada, tiempo de espera previo a un ingreso hospitalario ordinario y las respuestas a la pregunta "¿ha consultado al médico en las dos últimas semanas por algún problema, molestia o enfermedad?". Esta última información, que refleja en parte el consumo de los servicios sanitarios, se ha empleado además en este trabajo como indicador del acceso efectivo a la red sanitaria pública. Se ha entendido que, en buena parte, esta variable recoge, aparte de las preferencias diferenciales de los potenciales consumidores -que determinan la decisión de acudir o no a la consulta-, las dificultades en el acceso atribuibles al Sistema Nacional de Salud en cuanto, por ejemplo, a la localización de los puntos de atención o a la información ofrecida a los ciudadanos.

Para completar los objetivos del trabajo se han escogido dos variables aproximativas de la utilización: la ya citada "consulta efectuada en las dos últimas semanas" y el número de días de ingreso en la última hospitalización que haya tenido lugar en los 12 meses anteriores a la entrevista. Con el fin de estudiar el acceso y la utilización referidos a los servicios públicos, se seleccionó la muestra de aquellos individuos que acuden a los distintos puntos de atención de la red sanitaria pública.

Para evitar los sesgos en los resultados debidos a la distinta composición por sexo y edad de cada una de las clases sociales o regiones consideradas, se han tenido en cuenta dichas características de los individuos. Las categorías de edad en que se ha dividido la población han sido las siguientes: de 16 a 44 años, de 45 a 64, y de 65 años o más.

Llegados a este punto, se ha de señalar que todas las variables empleadas -que han sido consideradas en este estudio como las más representativas- constituyen simples indicadores para analizar los objetivos propuestos. Las Encuestas de Salud ofrecen otro tipo de información potencialmente empleable en trabajos de estas características.

## 4. Resultados.

### 4.1. Resultados de la E.N.S. 1987.

Comenzamos observando cómo se distribuye la necesidad, desde el doble enfoque personal y territorial. En cuanto a la distribución de la enfermedad por clases sociales, las variables analizadas apuntan, en la mayor parte de los casos, hacia una desigualdad en la salud desfavorable para las clases media-baja y baja. Los menores porcentajes de enfermos corresponden a las clases media-alta y media, registrando los individuos de mejor posición social niveles de necesidad más cercanos a los de la población de menos recursos. Las mayores diferencias entre grupos se observan con respecto al estatus medio-alto, al que corresponden en la mayoría de ocasiones porcentajes notablemente inferiores al resto.

Por regiones, Canarias destaca por ser la Comunidad Autónoma peor situada para el conjunto de las variables de necesidad observadas, seguida, con un comportamiento algo menos acentuado, por País Vasco, Murcia, Baleares y Andalucía. Asturias, La Rioja, Aragón y Cantabria registran, por el contrario, las menores tasas de enfermedad. Por su parte, el resto de Comunidades Autónomas (CC.AA.), dependiendo de la variable que se tome de referencia, se sitúan en una u otra posición, sin colocarse en los extremos de la escala de manera sistemática.

Como se observa, se pueden apreciar claras diferencias -aunque no espectaculares- entre la zona norte de la Península -con los resultados más favorables, a excepción del País Vasco- y la zona este y sur del país.

A continuación se comentarán los resultados obtenidos con respecto a las variables aproximativas del acceso a los servicios públicos de salud.

En cuanto al acceso a la consulta de Atención Primaria, se estudiarán, en primer lugar, las diferencias en los tiempos de llegada a los puntos de asistencia. Sin embargo, no hay que dejar de destacar que sólo conocemos el tiempo que tarda aquél que se decide a consultar, por lo que no sabemos con exactitud cuál es el efecto disuasorio de la localización de los centros. Lo que sí podremos observar más adelante es si las mayores tasas de utilización se corresponden con las zonas de mayor concentración de servicios.

La media de tiempo que un individuo emplea en llegar al centro sanitario de Atención Primaria se sitúa en torno a los 18 minutos. Para este año, son los individuos de la clase alta quienes más tardan desde su domicilio a la consulta (24,58 minutos), seguidos de los integrantes de los estratos sociales inferiores. La media menor corresponde a la clase media, con 16,18 minutos.

Por CC.AA., los mayores valores corresponden a Canarias (22,31 ms.), Baleares (20,47 ms.), y Cantabria (19,47 ms.) -únicas regiones que, junto con Galicia, superan la media

nacional-, mientras que Aragón, Navarra y País Vasco registran los menores tiempos medios (12,67, 13,18 y 15,46 ms. respectivamente). Por lo tanto, no parecen existir desigualdades especialmente significativas en cuanto al tiempo de acceso a las consultas públicas de Atención Primaria, ni desde la perspectiva territorial, ni desde el ángulo personal.

Refiriéndonos al acceso a la Atención Especializada pública, la media -que se sitúa ahora en 35 minutos- es notablemente superior, como era de esperar, a la que se registraba en los niveles inferiores de asistencia. En los estratos sociales más bajos el tiempo medio de acceso supera la media nacional, y de nuevo son las clases media-alta y media las que resultan ligeramente favorecidas. Si consideramos las distintas regiones, Cantabria, Navarra, Castilla-La Mancha y Murcia sobrepasan en mayor medida la media global, mientras que Asturias, Canarias y Extremadura se sitúan significativamente por debajo de ese valor.

La única Comunidad Autónoma que supera la media en los dos niveles de asistencia es Cantabria. Por su parte, Asturias, Extremadura, Madrid, País Vasco y La Rioja aparecen en ambos casos con tiempos relativamente más bajos. Por otro lado, Canarias, Extremadura y Asturias registran tiempos medios absolutos mayores en Atención Primaria que en Especializada. Es probable que el tamaño de la muestra empleada en la obtención de los resultados -muy pequeño para las últimas regiones citadas- no sea representativo de la situación real.

En tercer lugar se analizó la variable "número de días transcurridos desde la petición de ingreso hasta el ingreso efectivo en instituciones hospitalarias". Para observar las diferencias en las listas de espera se dividió a la población en dos estados de necesidad similares, según que los individuos declarasen disfrutar de un buen o mal estado de salud general. A pesar de que, inicialmente, se estudiaron los resultados correspondientes a las otras categorías de necesidad especificadas en el trabajo, manteniendo la división por grupos de edad, finalmente se descartó su utilización puesto que el número de observaciones de que se disponía en cada uno de esos grupos resultaba insuficiente. En consecuencia, los datos mostraban una elevada dispersión, sin que fuera posible extraer conclusiones de interés.

En cualquier caso, es necesario señalar que un análisis preciso de las listas de espera requeriría el empleo de categorías de necesidad más sofisticadas que la autovaloración del estado de salud, en las que se incorporaran variables tales como el tipo de patología, el grado de severidad, y otro tipo de circunstancias personales y familiares de los pacientes. Sin embargo, la información suministrada por las E.N.S. no permite realizar un análisis de estas características.

Tras estas consideraciones, podemos señalar que el tiempo medio de espera de los pacientes con respecto a los ingresos hospitalarios se sitúa en torno a los 85 días para quienes declaran que su estado de salud es bueno en términos generales, y en torno a los 67 para los enfermos de mayor necesidad. Por otro lado, aparecen diferencias remarcables

entre clases sociales y también entre CC.AA. La clase media aparece como la peor situada con valores muy superiores a los datos indicados, para los dos estados de necesidad. Las listas de espera tampoco favorecen a los pertenecientes a la clase trabajadora, aunque la distancia a la media global no es tan elevada. Por debajo de esa media aparecen el estrato social medio-bajo y el medio-alto, este último muy distanciado del resto, con 21 días de espera media para el menor grado de necesidad, y 30 días para el mayor.

Por regiones, los datos de la Encuesta señalan a Castilla-La Mancha y Cantabria como las Comunidades que, para los dos estados de necesidad, ofrecen listas de espera relativamente cortas. Por su parte, Navarra y Andalucía también se sitúan por debajo de las medias apuntadas. Sin embargo, Madrid, Baleares y Galicia registran valores superiores en los casos analizados.

En 7 de las 17 CC.AA. -Canarias, C. Valenciana, Extremadura, Galicia, Madrid, País Vasco y La Rioja- el tiempo medio de espera es inferior para quienes padecen menor necesidad -tal y como ha sido definida-, y en la mayor parte de los casos con diferencias notables. En las clases sociales media-alta y media también se observa este hecho, aunque con mínimas diferencias entre valores.

En el apartado 3 del trabajo se hizo alusión a la "consulta al médico en las 2 últimas semanas" como doble indicador del acceso efectivo y la utilización de servicios. Por un lado, el comentario de los resultados nos permitirá apreciar la desigualdad en la demanda de atención sanitaria decidida por el individuo y, por otro, indicará las diferencias en la demanda inducida por el profesional médico.

En este caso, se emplean 8 grupos de necesidad similar, con consideración de la edad y el sexo de los encuestados.

Para este año 1987, las tablas reflejan comportamientos distintos por clases sociales según se trate de una variable de necesidad u otra. De cualquier modo, se observa un cierto sesgo a favor de un consumo/acceso efectivo más intensivo en la parte inferior de la escala social, y más acentuado en las situaciones de "necesidad leve". Los individuos de la clase alta son quienes utilizan en menor medida, como era de esperar, los servicios públicos, puesto que disponen de mayores medios para realizar este consumo en el sector privado.

El mayor porcentaje de consultas a igual necesidad corresponde, a nivel territorial, a Murcia, Valencia, Cataluña, Andalucía, Madrid y Baleares. Los índices menores de consumo aparecen asociados a Canarias, Asturias, Navarra y Cantabria. Las diferencias en los tiempos de acceso a consulta comentadas anteriormente no parecían suficientemente significativas como para determinar grandes variaciones en el consumo. Tan sólo en Cantabria y en Madrid se observa una cierta correspondencia entre dichos tiempos y la media de acceso efectivo.

Con el fin de estudiar la intensidad en el consumo de servicios hospitalarios públicos, se escogió, como ya se mencionó, el número de días que los pacientes permanecen

ingresados en el hospital -estancias medias-. De las categorías de necesidad similar se excluyeron, en este caso, las situaciones de necesidad leve, para poder contar así con muestras más significativas. De nuevo se prescinde en esta ocasión, y por la misma razón, de la edad y el sexo del entrevistado, por lo que es probable que exista un sesgo en los resultados por clases sociales y CC.AA.

La distribución de estancias medias varía por clases sociales para todos los estados de necesidad considerados. Los individuos de clase alta, media-alta y media-baja son, por este orden, quienes menor número de días permanecen ingresados, con valores inferiores a las medias globales. Por encima se sitúan los estratos medio y bajo, con leves diferencias entre ellos.

La Rioja, Valencia, Madrid y Castilla-La Mancha se encuentran a la cabeza en cuanto a mayor número de días de ingreso, mientras que Extremadura, Cataluña, Castilla-León, Asturias, Andalucía y Navarra registran, para todos los estados de necesidad similar, estancias inferiores a la media. En aproximadamente la mitad de las CC.AA. existe correspondencia entre listas de espera relativamente cortas y estancias bajas, y viceversa, para el indicador "estado de salud malo" -única variable común al estudio de acceso y utilización de servicios hospitalarios-.

#### 4.2. Resultados de la E.N.S. 1993.

Si comenzamos por observar la evolución de la necesidad, los resultados apuntan hacia una evolución general positiva por lo que se refiere a las variables "autovaloración del estado de salud" y "enfermedad crónica", y un ligero incremento en los otros dos indicadores. En cuanto a la distribución por clases sociales, la clase trabajadora, seguida de la media-baja, continúa en 1993 con las mayores proporciones de enfermos para todos los índices de necesidad.

Sin embargo, se aprecia un incremento global apreciable en la necesidad padecida por quienes pertenecen a la parte alta de la escala social. Por su parte, los integrantes de las clases media y media-baja registran descensos en la incidencia de la enfermedad, al contrario de lo que sucede en la clase social más desfavorecida. Dependiendo del indicador de necesidad al que nos refiramos, la diferencia entre clases se acentúa o reduce.

Por CC.AA., Canarias continúa en la peor posición con respecto al resto de regiones españolas, seguida por Andalucía, Baleares -que también repiten como Comunidades relativamente más afectadas-, Madrid y La Rioja. En este último caso, se registra un incremento muy importante en cuanto a los niveles de necesidad se refiere, si se tiene en cuenta que en el año 87 La Rioja era la provincia mejor situada a nivel nacional. En 1993, Navarra, Castilla-La Mancha, Cantabria, Asturias, Cataluña y Aragón -de nuevo y mayoritariamente la zona norte peninsular- destacan entre las regiones con niveles de necesidad menores. Por su parte, Castilla-La Mancha, Murcia y País Vasco mejoran su posición para todos los indicadores empleados.

Cuando se calculan los tiempos de acceso a la consulta de Atención Primaria, se obtiene una media de 15 minutos, lo que supone una leve reducción con respecto al año 1987. Esta reducción es prácticamente generalizada para clases sociales y CC.AA., excepto para la clase media y para Galicia y Murcia -con los mayores valores medios- en el ámbito territorial. Navarra, Baleares, Aragón y País Vasco obtienen las medias más bajas. En cualquier caso, las diferencias entre grupos sociales y regiones continúan sin ser destacables.

El tiempo medio de acceso a la Atención Especializada pública se reduce mínimamente con respecto a 1987. De nuevo, los mayores valores se concentran en los tramos más bajos de la distribución de la renta.

País Vasco, Baleares y Navarra repiten su situación favorable en cuanto al tiempo de llegada a los centros sanitarios, por detrás de La Rioja. Andalucía y Galicia se sitúan en el otro extremo, con las mayores diferencias por encima de la media. Entre las regiones que han registrado descensos se encuentran Cantabria -con uno de los valores más pequeños para 1993-, Castilla-La Mancha, Castilla-León, Cataluña, Valencia y País Vasco. Por su parte, y entre otras, Andalucía, Extremadura, Madrid y Galicia se han visto afectadas por elevaciones en su media correspondiente.

A diferencia de los casos anteriores, cuando observamos la evolución de las listas de espera hospitalarias debemos señalar un incremento con respecto a 1987 en el tiempo que los pacientes esperan para ser ingresados. En la categoría de necesidad "leve" se produce un aumento de algo más de 15 días, mientras que para quienes declaran tener un estado de salud malo o muy malo la media se eleva en casi 25 días.

Es destacable para este año el aumento relativo sufrido por la clase media-baja, y la mejora correspondiente a la clase media. De cualquier modo, se siguen produciendo diferencias significativas entre estratos sociales, en favor de los individuos de mejor posición en la escala social -para los dos niveles de necesidad especificados-.

Desde el punto de vista territorial, Andalucía y Cantabria han sufrido elevaciones en la espera media para ambos estados de necesidad. En la situación inversa se hallan Cataluña, País Vasco y La Rioja. En el año 93 Madrid, Comunidad Valenciana y Andalucía registraban las mayores dificultades de acceso a la asistencia hospitalaria. Por su parte, las listas de espera más cortas correspondían a La Rioja, Asturias, Aragón y País Vasco.

Cuando se analiza la evolución entre 1987 y 1993 de la "consulta al médico en las dos semanas previas a la encuesta" se constata, en líneas generales, un incremento del consumo global de servicios sanitarios en la mayor parte de categorías de necesidad, sexo, edad y clase social. En este último año se mantiene aproximadamente constante la pauta observada en el 87 por lo que a la distribución del consumo entre clases sociales se refiere. Se aprecia, sin embargo, un ligero incremento en el consumo relativo de la clase alta, aunque no especialmente importante.

La mayor proporción de consultas ante niveles similares de necesidad corresponde a Andalucía, Aragón, Extremadura y Baleares. Murcia y Madrid continúan entre las regiones más consumidoras. Por otro lado, Navarra, Asturias y Canarias también aparecen en 1993 como las CC.AA. de menor consumo relativo.

Por lo que se refiere al último de los indicadores de utilización -número de días de ingreso en instituciones hospitalarias-, hay que señalar una evolución a la baja para todas las variables de necesidad observadas. Por clases sociales, los estratos medio e inferiores siguen este descenso general, al contrario de lo que sucede en las clases alta y media-alta. Esta última llega a colocarse en segundo lugar en cuanto mayor estancia media, por detrás del estrato de renta más bajo.

Las regiones que sobrepasan la media de días de hospitalización en mayor medida son: Asturias, Cantabria, Madrid y Castilla-La Mancha. Estas dos últimas mantienen el mismo comportamiento de 1987. Entre las Comunidades que se sitúan por debajo de los niveles medios destacan Extremadura, Baleares, País Vasco, Murcia y Cataluña. La Comunidad Valenciana y La Rioja también aparecerían en este segundo bloque, con un descenso espectacular con respecto a 1987 -probablemente poco significativo debido al escaso número de observaciones que componían la muestra-.

## 5. Conclusiones.

1. El estudio de la distribución de la necesidad pone de manifiesto las desigualdades entre clases sociales y regiones. Desde la óptica personal, hay que señalar una cierta concentración de la necesidad en los tramos inferiores de la escala social. Por CC.AA. se aprecian diferencias notables entre la zona norte peninsular y la zona sur. Esta última, junto con Levante, aparecen como las regiones más afectadas por la enfermedad. La evolución entre 1987 y 1993 varía en función de la variable de necesidad analizada.

2. Las diferencias personales y territoriales en los tiempos de llegada a consulta -tanto de Atención Primaria como Especializada- son prácticamente insignificantes, por lo que no parecen existir problemas de localización de los centros de atención sanitaria pública. Además, no se observa una relación directa entre el tiempo medio de acceso y el porcentaje de consultas efectivas ante situaciones de necesidad similar. Entre 1987 y 1993 se produce un descenso muy leve de los tiempos medios.

Sin embargo, no ocurre lo mismo con las listas de espera hospitalarias -cuyas medias aumentan entre los dos años-, y en las que se aprecian diferencias destacables entre clases sociales -a favor de los individuos de mejor posición social- tanto en 1987 como en 1993. No obstante, se observa una reducción de las diferencias interpersonales para 1993. También aparecen variaciones de importancia entre CC.AA., destacando como ejemplo de listas de espera más largas la Comunidad de Madrid.

En consecuencia, aunque podríamos concluir cierta garantía de equidad de acceso a la asistencia médica en Consultorios, Centros de Salud, Ambulatorios, etc., no parece que



este comentario sea extensible a la atención hospitalaria pública.

3. El consumo de servicios no hospitalarios ante situaciones de necesidad similar resulta ser más intensivo para las clases sociales más desfavorecidas, tanto en 1987 como en 1993. Se observa un incremento generalizado del consumo entre los dos años, aunque no hay alteraciones sensibles en las pautas de distribución personal ni territorial.

Por lo que respecta al número de días de duración del ingreso hospitalario, los datos para el año 87 reflejan ingresos más prolongados en los estratos sociales más bajos. Las diferencias entre clases se reducen en 1993. También se constatan disminuciones de las estancias medias entre uno y otro año que, sin embargo, no se traducen en listas de espera menores.

4. En este trabajo se han empleado indicadores de necesidad extraídos de las Encuestas Nacionales de Salud. La principal limitación en la interpretación de los resultados tiene su origen, precisamente, en la selección de dichos indicadores. Como se comentó en el texto, una estandarización más precisa por niveles de necesidad exigiría conocer las patologías que afectan a los individuos y su grado de severidad, combinados con variables de tipo personal y familiar. Sólo de esta manera sería posible comprobar sin sesgos hasta qué punto nuestro Sistema Nacional de Salud garantiza el cumplimiento de uno de sus principios generales: la equidad.

## 6. Bibliografía.

Encuesta Nacional de Salud 1987. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Encuesta Nacional de Salud 1993. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Ley 14/1986 General de Sanidad.

Beck R.G. (1973), "Economic class and access to physician services under public medical insurance". *International Journal of Health Services*, 3, pp. 341-355.

Blaxter, M. (1984), "Equity and consultation rates in general practice". *British Medical Journal*, vol. 288, pp. 1963-1967.

Caïs, J. et al. (1993), "Desigualdad y morbilidad" en el I Simposio sobre igualdad y distribución de la renta y la riqueza, volumen VIII: El impacto de las políticas sociales: educación, salud y vivienda, pp. 65-112, Fundación Argentaria, Madrid.

Collado, A. y de Miguel, J.M. (1995), "Desigualdades sanitarias y sociales: análisis de la Encuesta Nacional de Salud". Ponencia presentada al II Simposio sobre igualdad y distribución de la renta y la riqueza, Fundación Argentaria, Madrid.

Collins, E. y Klein, R. (1980), "Equity and the NHS: self-reported morbidity, access and primary care". *British Medical Journal*. Vol. 281. pp. 1111-1115.

Forster, D.P. (1976), "Social class differences in sickness and G.P. consultations". *Health Trends*, 8, pp. 29-32.

Kleinman J.C., Gold M. y Makuc D. (1981), "Use of ambulatory medical care by the poor, another look at equity". *Medical Care*, 19, pp. 1011-1029.

Le Grand, J. (1978), "The distribution of public expenditure: the case of health care". *Economica*, nº 45, pp. 125-142.

Rodríguez, M., Calonge, S. y Reñé, J. (1991), "Análisis de la (in)equidad en la financiación y la provisión de los servicios en el sistema sanitario español", en El S.N.S. de los 90, Libro de ponencias, XI Jornadas de Economía de la Salud, pp. 543-562.

Salkever D.S. (1975), "Economic class and differential access to care: comparisons among health care systems". *International Journal of Health Services*, 5, pp. 373-395.

Wagstaff, A., Van Doorslaer, E. y Paci, P. (1991), "On the measurement of horizontal inequity in the delivery of health care", *Journal of Health Economics*, 10:169- 205.