

---

# Universidad de Valladolid

## Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales

### Grado en Administración y Dirección de Empresas

#### Dificultades en el acceso a los cuidados de la salud según variables socioeconómicas

Presentado por:

***Pablo Frontela Sánchez***

Tutelado por:

***Carmen García Prieto***

*Valladolid, 30 de septiembre de 2021*



## Resumen

Este trabajo pretende profundizar dentro del conocimiento existente acerca del sistema sanitario español para responder a la pregunta sobre si existe igualdad de acceso a la salud para todos los ciudadanos. Para ello, en primer lugar, lo fundamental es conocer la normativa legal que rige el sistema sanitario en nuestro país, y cómo pueden las personas, tanto españoles como extranjeros, acceder a él, así como la cobertura que este ofrece a sus pacientes. Posteriormente, procederemos a ilustrar mediante ejemplos concretos la existencia de aspectos dentro del sistema sanitario español en los que la situación socioeconómica del paciente juega un papel fundamental a la hora de acceder a unos cuidados efectivos y en el menor tiempo posible, para después, mediante el análisis de datos estadísticos, cuantificar el impacto de estas barreras de acceso tanto en el conjunto de la sociedad como dentro del propio sistema sanitario.

**Palabras clave:** Sistema Nacional de Salud (SNS), inaccesibilidad, modalidad de cobertura, financiación pública, atención primaria, especialidad, actividad económica, clase social.

## Abstract

This paper aims to deepen the existing knowledge about the Spanish health system to answer the question of whether there is equal access to health for all citizens. To do this, first of all, the fundamental thing is to know what legal regulations govern the health system in our country, and how people, both Spanish and foreign, can access it, as well as the coverage that it offers to its patients. Later, we will illustrate by concrete examples the existence of aspects within the Spanish health system in which the socioeconomic situation of the patient plays a fundamental role in accessing effective care and in the shortest time possible, then, by analyzing statistical data, quantify the impact of these access barriers both on society as a whole and within the health system itself.

**Key words:** National Health System (NHS), inaccessibility, coverage modality, public funding, primary care, specialty, economic activity, social class.



## ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN, OBJETIVOS Y METODOLOGÍA
  - 1.1 Introducción
  - 1.2 Objetivos
  - 1.3 Metodología
2. EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD
  - 2.1 Marco normativo de la sanidad española
  - 2.2 Amplitud de la cobertura del SNS
3. CONCEPTO DE EQUIDAD Y ESPECIALIDADES POCO CUBIERTAS DENTRO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD
  - 3.1 Atención dental
  - 3.2 Atención psicológica
  - 3.3 Fisioterapia
  - 3.4 Los medicamentos: desigualdades ocasionadas por el copago farmacéutico
4. ANÁLISIS DE DATOS ESTADÍSTICOS
  - 4.1 Modalidad de cobertura
  - 4.2 Inaccesibilidad a la atención sanitaria
  - 4.3 Visitas al médico de familia
  - 4.4 Visitas al médico especialista
5. CONCLUSIÓN
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

# **1. INTRODUCCIÓN, OBJETIVOS Y METODOLOGÍA.**

## **1.1 Introducción**

Según la definición que le otorga la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud es *“un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”*.

Durante la segunda mitad del siglo XX surgieron a nivel internacional diversas declaraciones que defendían los Derechos Fundamentales del Ser Humano, siendo estos derechos positivos, inherentes a la propia naturaleza del hombre, que bajo ningún concepto debían ser cuestionados y de los que toda persona debería gozar.

El derecho a la salud fue por supuesto declarado como uno de esos derechos fundamentales y básicos, ya que sin él es difícil acceder a otros derechos también fundamentales, aunque de carácter más complejo.

En la Declaración Universal de los Derechos Humanos, el derecho a la salud viene desarrollado en el Artículo 25:

*“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios”*.

Pero no solo en las Declaraciones Universales, sino en muchas constituciones, cartas magnas, etc., el derecho a la salud aparece como uno de los primeros derechos fundamentales.

Sin nombrar otras normativas de índole internacional que insisten y subrayan lo ya mencionado, en la propia Constitución española de 1978 se recoge la salud como uno de los derechos fundamentales, lo cual es posteriormente aplicado para desarrollar la Ley General de Sanidad de 1986.

Por lo tanto, todo ser humano se garantiza el derecho, no solo a ser asistido por los servicios de salud para su curación y rehabilitación, sino también a ser objeto de políticas de información para la prevención de enfermedades.

Es por ello por lo que los recursos económicos destinados a los servicios de salud han de ser específicos y transparentes, y no sólo han de cubrir las necesidades sanitarias de los ciudadanos, sino procurar un desarrollo sostenible del sistema sanitario con un adecuado fomento de la investigación clínica y la formación continua de todo el personal sanitario, para mantener así una calidad constante en la asistencia.

En este trabajo queremos centrarnos en las dificultades que pueden tener o en las distintas situaciones a las que pueden enfrentarse las personas en nuestro país a la hora de acceder a distintas prestaciones y servicios sanitarios en función de cuál sea su situación económica y social.

## **1.2 Objetivos**

Los objetivos principales de este trabajo son los siguientes:

- Realizar una síntesis de la estructura actual del Sistema Nacional de Salud con especial énfasis en el acceso a este y su cobertura estableciendo comparaciones con el panorama internacional.
- Ilustrar la existencia de determinados aspectos del sistema sanitario poco dotados de recursos públicos y en los que la situación socioeconómica juega un papel clave a la hora de acceder a unos cuidados efectivos.
- Realizar un análisis de datos estadísticos con el que cuantificar el impacto en nuestra sociedad de las barreras socioeconómicas ilustradas en el punto anterior.
- Extraer conclusiones efectivas acerca de cómo en nuestro país la situación socioeconómica de una persona influye en sus posibilidades de obtener una atención sanitaria de calidad.

## **1.3 Metodología**

Para la realización de este trabajo, nos hemos basado fundamentalmente en la revisión literaria, y el análisis de datos estadísticos. Para obtener información acerca de los temas utilizados durante el desarrollo del trabajo hemos recurrido tanto a buscadores

académicos como BASE, Dialnet o Google Scholar, como a documentos de agencias gubernamentales (Instituto Nacional de Estadística, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad...).

La parte final ha consistido en el análisis socioeconómico de datos estadísticos para probar las teorías planteadas en el desarrollo del trabajo y tratar así de encontrar evidencias que nos permitan concluir la existencia de una relación entre las dificultades en el acceso a los cuidados de la salud y la situación socioeconómica de las personas que las sufren.

## **2. EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD**

### **2.1 Marco normativo de la sanidad española**

La Constitución Española, junto a la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (LGS), son las dos principales normas que dan cuerpo al marco legal del actual sistema sanitario español.

Una de las preguntas fundamentales a plantearse durante el desarrollo de este trabajo es quiénes son los beneficiarios del sistema sanitario español y en qué circunstancias pueden hacer uso de él. Es precisamente la Constitución la que resuelve estas cuestiones en su Capítulo III, más concretamente en sus artículos 41 y 43. En ellos se especifica que los poderes públicos deberán mantener un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos, que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad, especialmente en caso de desempleo, y que, asimismo, deberán reconocer el derecho a la protección de la salud para todos los ciudadanos, siendo de su competencia el organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios.

Estas normas nos aseguran, por tanto, que todo ciudadano español tiene derecho a cobertura por parte del sistema sanitario, pero también es importante preguntarse por la situación de los extranjeros que residen tanto de forma temporal como permanente en nuestro país.

La Ley orgánica 4/2000, de 11 de enero, es aquella que establece los derechos y libertades de los extranjeros residentes en España, y en lo que afecta a sanidad se refiere a la situación de estos en sus artículos 3, 10 y 12. En ellos se especifica que *“los extranjeros gozan en España, en igualdad de condiciones que los españoles, de los derechos y libertades reconocidos en el Título I de la Constitución”*, y que, por tanto, pueden ejercer actividades remuneradas por cuenta propia o ajena, y acceder al Sistema de Seguridad Social en los términos previstos en dicha Ley orgánica. También establece que *“los extranjeros que se encuentren en España inscritos en el padrón del municipio en el que residan habitualmente tienen derecho a asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles”*.

Los extranjeros que se encuentren en España tienen, por tanto, derecho a asistencia sanitaria pública de urgencia ante la contracción de enfermedades graves o accidentes, cualquiera que sea su causa, y a que se continúe dicha atención hasta que se dé el alta médica. Los extranjeros menores de dieciocho años que se encuentren en España tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles, y las extranjeras embarazadas tendrán derecho a la asistencia sanitaria durante el embarazo, parto y postparto.

Cabe preguntarse finalmente por la situación de los inmigrantes en situación irregular o ilegal con respecto al acceso al sistema sanitario español. En un estudio (Chauvin, Parizot & Simonnot, 2009) sobre el acceso a la sanidad de las personas sin permiso de residencia en once países europeos distintos se explica que en España a las personas extranjeras que se encuentran en situación irregular y que, por tanto, no pueden acceder al sistema de la Seguridad Social mediante el trabajo se les podía otorgar la tarjeta sanitaria individual con la cual tenían el mismo acceso a la sanidad que los ciudadanos españoles, aunque para obtenerla debían cumplir una serie de condiciones, entre las que se incluían: disponer de un documento de identidad, inscribirse en el padrón del ayuntamiento del municipio donde residan, salvo en el caso de las mujeres embarazadas y los niños y disponer de pocos recursos (en la mayoría de comunidades autónomas)

A pesar de la aparente facilidad, en muchas ocasiones los extranjeros en situación irregular encontraban obstáculos en cuestión de que muchos no poseen documentos de

identidad o que tenían miedo a inscribirse en los padrones municipales, pues la policía tiene acceso a los datos desde el año 2003.

Sin embargo, la situación cambió radicalmente a partir del año 2012 con la entrada en vigor del Real Decreto Ley 16/2012 que establece que los inmigrantes ilegales no tendrán acceso a la atención sanitaria salvo en situaciones de emergencia en las que sí podrán ser atendidos.

El siguiente cambio en la situación lo encontramos en el año 2018 con el Real Decreto Ley 7/2018, de 27 de junio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud, mediante el cual pasan a ser titulares del derecho a la protección de la salud todas las personas extranjeras que tengan establecida su residencia dentro del territorio español. De esta manera, el derecho a la atención sanitaria se configura como un derecho de carácter universal y únicamente ligado a la residencia, extendiéndose también (aunque con algunas limitaciones) a las personas que se encuentran irregularmente en España, cuyo acceso había quedado vetado mediante el anterior Real decreto Ley.

Todo esto nos permite confirmar que España cuenta con un sistema de cobertura sanitaria cuasiuniversal que supone el acceso a asistencia sanitaria completa y a la salud pública de todos los residentes de un país o región geográfica o política sin importar su capacidad económica o su situación personal.

## **2.2 Amplitud de la cobertura del SNS**

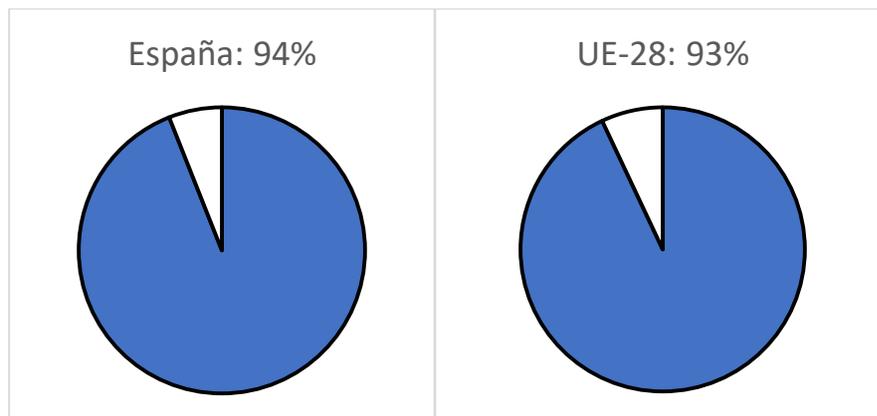
La OCDE define la cobertura en base a cinco funciones principales del sistema sanitario y el porcentaje de gasto total de cada función que es financiado públicamente. Las gráficas que se presentan a continuación muestran una comparativa entre los porcentajes de financiación pública de España y la UE-28 en estas categorías.

- 1) Atención hospitalaria: La atención hospitalaria incluye la asistencia prestada por los médicos especialistas, tanto en centros de especialidades como en hospitales. España se encuentra ligeramente por encima de la media de la UE-28 en la financiación de la atención hospitalaria, pues en España el 94% de la atención

hospitalaria se encuentra financiada públicamente en comparación con el 93% en el caso de la UE-28. Esto proporciona en nuestro país un muy fácil acceso a la utilización de los servicios hospitalarios, pues la cobertura de estos en el sistema es prácticamente universal, incluyéndose entre estos los servicios de urgencias, las pruebas ambulatorias (ecografías, mamografías, TACs, resonancias...), y las intervenciones quirúrgicas.

**Gráfico 1: Gasto público en atención hospitalaria respecto al gasto total.**

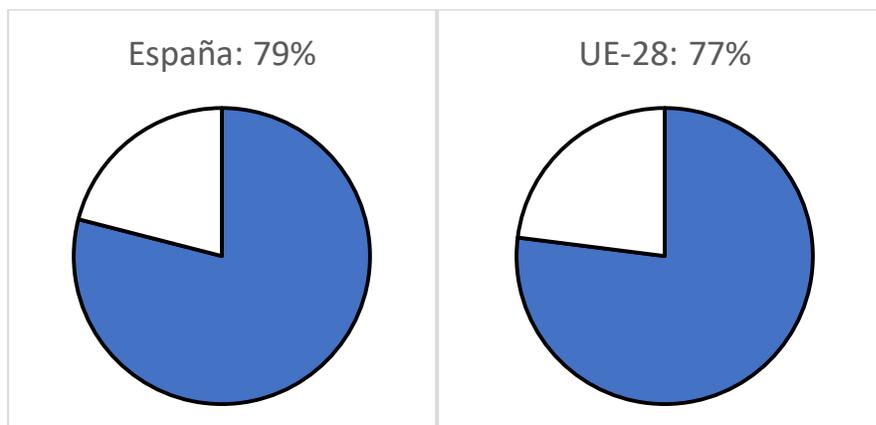
**2018**



Fuente: Tomado de Ayala Cañón et al. (2019).

- 2) Atención extrahospitalaria (salvo dental): La atención extrahospitalaria se refiere sobre todo a los servicios cubiertos por la atención primaria (actividades de información y vigilancia en la protección de la salud, atención familiar, atención en la consulta o el domicilio de los pacientes...) y los servicios de ambulancias. La cobertura pública de este tipo de servicios en España es significativamente menor que en el caso de la atención hospitalaria, aunque aún se encuentra ligeramente por encima de la media de la UE-28 con un 79% en comparación al 77 % que supondría la media europea. El descenso en el porcentaje de financiación pública con respecto a la atención hospitalaria es con seguridad debido a las especialidades que se encuentran incluidas de forma muy superficial en el sistema público como son la fisioterapia, la atención psicológica y psiquiátrica, de las que hablaremos a continuación.

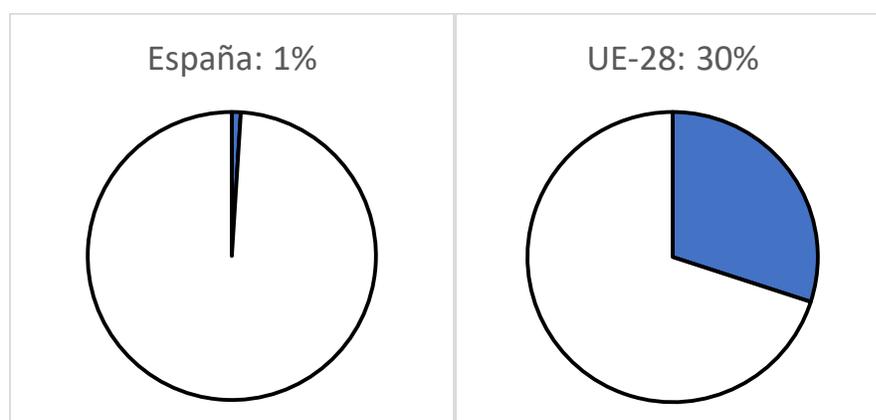
**Gráfico 2: Gasto público en atención extrahospitalaria (salvo dental) con respecto al gasto total. 2018**



Fuente: Tomado de Ayala Cañón et al. (2019).

- 3) Atención dental: La atención dental se encuentra por lo general poco financiada en los sistemas públicos de la UE-28 siendo tan solo un 30% del gasto total de origen público. Sin embargo, en España la financiación en este tipo de especialidad es prácticamente inexistente, siendo tan solo un 1% el gasto público en este tipo de servicios en proporción al gasto total efectuado en ellos. En España existen tres modelos de financiación de la atención bucodental: modelo de captación, modelo mixto y modelo público, además del sistema PADI que serán explicados de forma extendida más adelante.

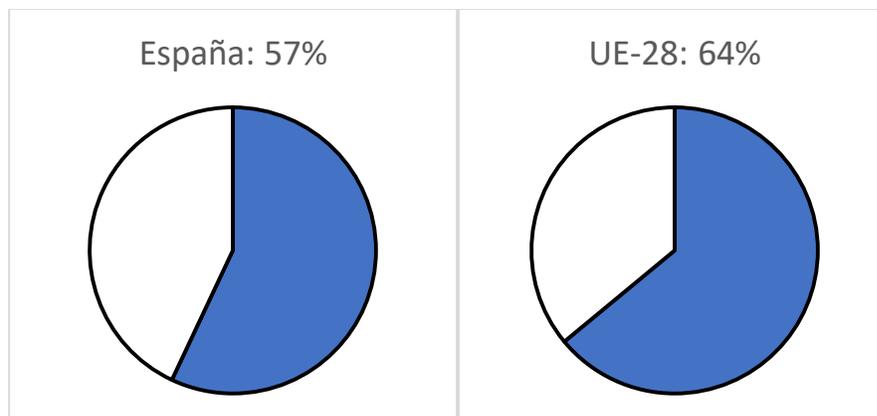
**Gráfico 3: Gasto público en atención dental con respecto al gasto total. 2018**



Fuente: Tomado de Ayala Cañón et al. (2019).

- 4) Compra de medicamentos: España se encuentra por debajo de la media de la UE-28 en cuanto a la financiación pública en la compra de medicamentos. Tan solo un 57% por ciento del gasto total en medicamentos en España es gasto público, en comparación con el 64% que supone la media de la UE-28. La factura farmacéutica siempre supuso de forma tradicional en España un peso superior con respecto al promedio europeo dentro del gasto público sanitario total. La parte de dicha factura asumida por los pacientes era relativamente pequeña, debido en parte a la exención de los pensionistas, que concentran una proporción elevada del consumo de medicamentos. Sin embargo, la modificación del copago farmacéutico mediante el Real Decreto 16/2012 supuso un aumento de la cantidad a pagar por los pacientes, y por tanto una disminución del porcentaje de gasto público en materia de compra de medicamentos hasta situarse en niveles por debajo de la media de la UE-28 cuando antes se estaba por encima.

**Gráfico 4: Gasto público en compra de medicamentos con respecto al gasto total. 2018**

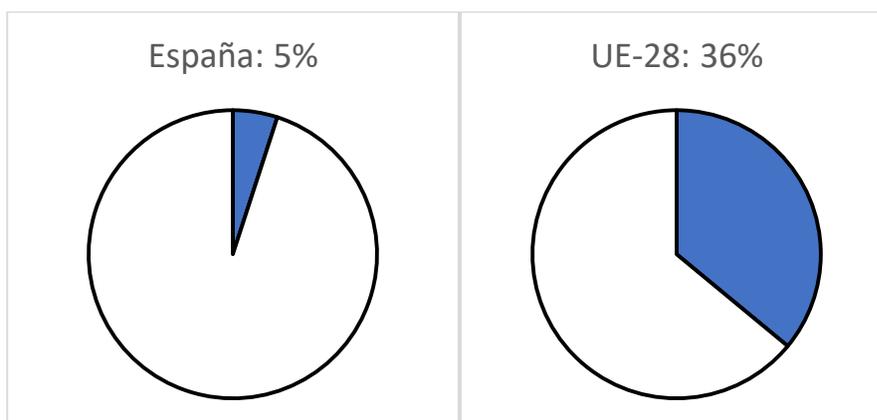


Fuente: Tomado de Ayala Cañón et al. (2019).

- 5) Compra de aparatos terapéuticos: El porcentaje de gasto público en la compra de aparatos terapéuticos en España es residual suponiendo este tan solo un 5% del gasto total en comparación con el 36% de la media de la UE-28. Se trata de un dato importante a resaltar de forma negativa, pues los aparatos terapéuticos y los dispositivos médicos son medios esenciales para que el sistema sanitario funcione

de manera eficaz y pueda llevar a cabo labores tan cruciales como la prevención, el tratamiento, y la rehabilitación de enfermedades y dolencias.

**Gráfico 5: Gasto público en compra de aparatos terapéuticos con respecto al gasto total. 2018**



Fuente: Tomado de Ayala Cañón et al. (2019).

**3. LAS ESPECIALIDADES MENOS CUBIERTAS DENTRO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD Y SU IMPACTO EN LA SOCIEDAD Y EN EL PROPIO SISTEMA**

Si bien previamente hemos mencionado que España cuenta con un sistema de cobertura sanitaria universal o cuasiuniversal, también hemos podido observar a través de la interpretación de los gráficos anteriores que, en cuestión de financiación pública, en algunos aspectos nos encontramos por detrás de los países de nuestro entorno más cercano.

Esto suscita la pregunta inmediata de si dentro de nuestro sistema sanitario existe algún área en el que una falta de financiación pública o una insuficiente dotación de recursos provoque un desigual acceso de los cuidados a la salud para ciertas personas en situaciones sociales y económicas más vulnerables.

Durante el desarrollo de este apartado pondremos ejemplos de las especialidades médicas y los tratamientos en los que de forma tradicional la financiación pública ha tenido un carácter más residual y trataremos de sacar conclusiones acerca de su impacto

tanto dentro del propio sistema sanitario como para el conjunto de la sociedad de nuestro país.

### **3.1 La atención dental**

En el sistema sanitario español la cartera de servicios de salud oral ha tenido desde siempre un carácter muy limitado a la par que muy desigual en función de las distintas comunidades autónomas, ya que existe un desarrollo muy dispar de esta especialidad entre ellas.

Según menciona un estudio (Cortés Martincorena, 2016), en España existen tres modelos en función de los servicios ofrecidos por cada comunidad dentro del sistema público, los cuales se encuentran en constante cambio virando unos hacia un mayor ofrecimiento de servicios públicos a la vez que otros se decantan por una mayor privatización:

- Un sistema de capitación con pago al dentista privado (modelo vasconavarro), en el que se paga una cantidad por persona bajo la responsabilidad del médico asalariado con independencia de la utilización o no de sus servicios, es decir, se paga más por tener la posibilidad de ser tratado que por el tratamiento en sí.
- Un sistema mixto (modelo seguido por las dos Castillas) que incluye actividades básicas en el sector público y actividades más especializadas en el sector privado, y en el que se paga por cada consulta, tratamiento o intervención.
- Un sistema basado enteramente en el dentista público asalariado que ofrece de forma gratuita todas las prestaciones.

Paralelamente a estos tres modelos debemos resaltar también la importancia de los Programas de Asistencia Dental Infantil (PADI). El PADI, es un sistema de atención dental originado a principios de la década de los 90 en País Vasco y Navarra destinado a eliminar las desigualdades sociales en el acceso a este tipo de servicios para la población infantil y adolescente. Posteriormente se ha ido extendiendo por buena parte del resto de comunidades autónomas siguiendo cada una de ellas su propio proceso de implantación y desarrollo. Sustentado sobre cuatro pilares fundamentales: financiación

pública, provisión mixta por parte de centros públicos y centros privados concertados, protocolos clínicos orientados a la salud antes que al tratamiento y pago al sector privado mediante capitación para la atención general y mediante tarifa pactada para la atención especializada, ofrece revisiones dentales anuales, consejos preventivos y los tratamientos reparadores que sean necesarios (tratamiento de caries, fisuras...).

Sin embargo, como pudimos ver en los gráficos comentados en el punto 2, España se encuentra muy por debajo de la media de la UE-28 en cuanto a la proporción del gasto en atención bucodental que es financiado públicamente. Como pudimos observar la media europea en cuanto a este gasto era ya baja, pero el hecho de que España se encuentre por debajo de esta nos lleva a preguntarnos cómo de difícil tienen las personas de nuestro país pertenecientes a los colectivos más desfavorecidos y de menor renta para acceder a este tipo de cuidados.

Para analizar más en profundidad y mediante cifras la situación actual de la sociedad española con respecto a la atención bucodental comentaremos a continuación los datos de las siguientes *tablas* obtenidos del INE y pertenecientes a la Encuesta Europea de Salud 2020.

En la Tabla 1 puede observarse claramente que los grupos que más frecuentemente acuden a la consulta del dentista son los de las personas que están trabajando y, sobre todo, los estudiantes. En el caso de estos últimos, al estar el grupo compuesto en su mayoría por personas jóvenes, podemos comprobar el efecto positivo que ejercen los programas PADI en el incremento de la frecuencia con la que este colectivo acude a la consulta del dentista. Los grupos que con menos frecuencia hacen uso de estos servicios son los desempleados, jubilados y prejubilados, las personas que se dedican a las labores del hogar y, sobre todo, aquellas personas que están incapacitadas para trabajar, que presentan un porcentaje de visitas al dentista inferior en 5 puntos a los de los grupos mencionados anteriormente.

**Tabla 1: Tiempo transcurrido desde la última visita al dentista en función de la actividad económica actual.**

	Hace tres meses o menos	Hace más de tres meses y menos de un año	Hace un año o más	Nunca ha ido al dentista
Trabajando	14,60%	39,36%	44,37%	1,66%
En desempleo	13,22%	33,64%	50,63%	2,51%
Jubilado/a o prejubilado/a	12,10%	27,81%	59,01%	1,08%
Estudiando	17,37%	39,60%	40,50%	2,53%
Incapacitado/a para trabajar	11,97%	28,87%	57,36%	1,80%
Labores del hogar	12,15%	28,16%	57,57%	2,12%

Fuente: INE. Elaboración propia mediante datos obtenidos de la Encuesta Europea de Salud en España (EESE) 2020.

La principal conclusión que nos ofrece la interpretación de estos datos es que aquellos que tienen una mayor dificultad para acceder a la atención dental en nuestro país son quienes obtienen la mayor parte de su renta a través de transferencias, como son los casos de desempleados, jubilados y prejubilados e incapacitados para el trabajo, y las personas que dependen económicamente de terceros como es el caso de quienes se encargan de las labores del hogar.

**Tabla 2: Tiempo transcurrido desde la última visita al dentista en función de la clase social basada en la ocupación de la persona de referencia<sup>1</sup>.**

	Hace tres meses o menos	Hace más de tres meses y menos de un año	Hace un año o más	Nunca ha ido al dentista
I	17,24%	45,98%	36,46%	0,33%
II	17,57%	42,14%	39,25%	1,03%
III	16,00%	38,40%	44,47%	1,13%
IV	14,19%	33,90%	50,64%	1,27%
V	11,84%	32,72%	52,97%	2,47%
VI	12,03%	28,74%	56,68%	2,54%

**Fuente:** INE. Elaboración propia mediante datos obtenidos de la Encuesta Europea de Salud en España (ESEE) 2020.

La Tabla 2 nos muestra un claro descenso en la frecuencia de las visitas al dentista en función de la clase social si, observamos desde la clase I hasta la VI. Por lo general puede observarse que aquellos hogares en los que la persona de referencia tiene una ocupación que supone un salario más alto y, por tanto, pertenece a una clase social más alta dentro de la tabla, tienen mayores porcentajes de visitas al dentista y utilizan el servicio de forma más frecuente.

Aquellas clases sociales más bajas dentro de la tabla y que incluyen como persona de referencia a trabajadores no cualificados o semi-cualificados utilizan con menor frecuencia los servicios de atención dental. Esto puede achacarse al escaso gasto público con respecto al gasto total que se realiza en esta especialidad, lo cual reduce las

<sup>1</sup> **La clase social** se obtiene en la ESEE a partir de la Clasificación Nacional de Ocupaciones de 2011, con la modificación propuesta por la Sociedad Española de Epidemiología. Clase I: Directores/as gerentes de establecimientos de 10 o más asalariados y profesionales tradicionalmente asociados/as a licenciaturas universitarias. Clase II: Directores/as gerentes de establecimientos de menos de 10 asalariados y profesionales tradicionalmente asociados/as a diplomaturas universitarias y otros/as profesionales de apoyo técnico. Deportistas y artistas. Clase III: Ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia. Clase IV: Supervisores/as y trabajadores/as en ocupaciones técnicas cualificadas. Clase V: Trabajadores/as cualificados/as del sector primario y otros /as trabajadores/as semi-cualificados/as. Clase VI: Trabajadores no cualificados.

posibilidades de acceso desde el ámbito público y nos permite concluir que la renta sí es un factor determinante en la sociedad española a la hora de decidir si hacer uso o no de los servicios de atención dental.

### **3.2 Atención psicológica**

La salud mental es un factor de igual importancia en el bienestar de las personas que la salud física y, por lo tanto, es necesario que la atención que esta recibe dentro del SNS sea de la misma importancia que la de otras especialidades.

Prueba de su importancia son las cifras que arroja el último barómetro del CIS, que señala que 6 de cada 10 españoles tienen síntomas de depresión o ansiedad o que, de media al día en España se suicidan 10 personas, lo cual nos deja con más de 3.500 muertos por suicidios al año en nuestro país.

En los últimos meses, y sobre todo a raíz del aislamiento social y los distanciamientos y confinamientos impuestos como medidas de seguridad contra la pandemia de la Covid-19, se han alzado numerosas voces denunciando la insuficiente dotación de recursos y personal que esta especialidad tiene dentro del SNS con respecto a la demanda que recibe, incluso en el panorama político ha habido grupos que han llegado a pedir dentro del Congreso de los Diputados una actualización en la estrategia de salud mental.

Pero, ¿qué supone esto en términos de cifras reales?, ¿en qué situación se encuentra actualmente la salud mental dentro del SNS? En un estudio (Fernández-García, 2020), se expuso mediante la revisión de documentos que proporcionan datos sobre recursos humanos en el SNS que en la actualidad existen en España 2.615 profesionales de la psicología clínica (psicólogos internos residentes) en una ratio de 5,58 profesionales por cada 100.000 habitantes. También muestra datos referentes al número total de graduados en psicología que al final de cada curso salen de las universidades españolas, poniendo como ejemplo el dato del curso 2017-2018 en el que se graduaron 7.659 alumnos españoles en psicología y 2.050 Psicólogos Generales Sanitarios.

Sin embargo, defiende el sistema PIR (Psicólogo Interno Residente) como un modelo de crecimiento estable y que puede resultar sostenible a largo plazo para alcanzar una ratio mínima que cubra las necesidades del sistema, y que establece en torno a 12 profesionales por cada 100.000 habitantes.

Lo que está claro es que interpretando las cifras anteriores todavía nos encontramos lejos de poder acercarnos a cubrir de forma eficiente la demanda del sistema, y que el tratamiento de dicho exceso de demanda es desviado a la atención primaria, donde no se le puede dar una atención adecuada y especializada, y que normalmente se realiza a través de la prescripción de fármacos, traduciéndose todo esto en un descenso de la calidad del tratamiento para el paciente.

Todo ello hace que los usuarios con rentas más altas opten como es evidente por el ámbito privado en este tipo de especialidad, teniendo un más fácil acceso a ayuda psicológica en caso de necesitarla, mientras que los usuarios con rentas más bajas se verán perjudicados por largas listas de espera o un tipo de atención menos especializada hasta incluso llegar al punto de optar por no acudir a recibir atención, aunque la necesiten.

### **3.3 Fisioterapia**

La fisioterapia es una especialidad que durante años ha ido aumentando su presencia dentro de la sociedad española hasta llegar a convertirse en una disciplina indispensable tanto para la vida de muchas personas como para el mantenimiento de un adecuado sistema sanitario.

Así lo refleja la OMS, que la define como *“el arte y la ciencia del tratamiento de las lesiones físicas por medio del ejercicio terapéutico, calor, frío, luz, agua, masaje y electricidad”*, y recomienda una ratio de un fisioterapeuta por cada 1.200 habitantes para el mantenimiento de una atención eficaz y de calidad dentro de un determinado sistema de salud.

Las cifras de España en torno a esta especialidad son muy dispares en muchos aspectos con respecto a las recomendaciones hechas por los organismos internacionales. En un estudio (Capó-Juan y Callejero-Guillén, 2019) se señalaba que cada año, la cantidad de fisioterapeutas en España aumenta en una media de 3.000 nuevos colegiados, estando el número total en España en torno a los 54.000 en 2019. Para cumplir adecuadamente con la ratio de la OMS anteriormente mencionada, en función de su número actual de habitantes, en España debería tener en plantilla dentro del sistema sanitario público a 38.207 fisioterapeutas, por lo que podemos observar que el número total de los fisioterapeutas españoles es más que suficiente como para cubrir las necesidades del sistema, dejando al restante número de profesionales que puedan desarrollar su profesión en el ámbito privado.

Estos números contrastan sin embargo con una realidad radicalmente distinta en la que el sistema público cuenta tan solo con 6.000 fisioterapeutas en una ratio de uno por cada 7.642 habitantes, incumpliendo de forma excesiva las recomendaciones marcadas por la OMS y sobrecargando a cada profesional del sistema público con 6.442 pacientes de más.

El dato más importante a resaltar es que, de acuerdo con los números anteriores, la fisioterapia en nuestro país es una disciplina en la que cerca del 88% de los profesionales ejercen en el ámbito privado, lo cual unido al incumplimiento de las recomendaciones y a la mencionada sobrecarga del sistema público crea una barrera de acceso a esta especialidad para aquellas personas con una situación social y económica menos favorable.

Es por todo ello que desde hace tiempo se viene exigiendo por parte de asociaciones y órganos de representación de los fisioterapeutas profesionales como la Asociación Española de Fisioterapeutas (AEF) la contratación de un mayor número de profesionales dentro del sistema público, lo cual serviría para facilitar el acceso de los pacientes a la fisioterapia dentro de este a la par que para descongestionar la atención primaria y permitirle centrarse en sus verdaderas tareas.

### **3.4 Los medicamentos: desigualdades ocasionadas por el copago farmacéutico**

Copago es un concepto utilizado en el ámbito de la medicina para definir la diferencia existente entre el precio de un producto o servicio y el valor del mismo que cubre un plan de salud. Se trata, por tanto, de la cantidad que tiene que pagar el afiliado para acceder a dicho producto o servicio.

Con anterioridad a la aprobación del Real Decreto-ley 16/2012 España siempre había tenido un gasto farmacéutico superior a la media europea. Sin embargo, este decreto destinado a modular el copago farmacéutico en función de criterios de renta, situación laboral y cronicidad hizo que la cantidad de dicho gasto farmacéutico total que no está financiada de forma pública y que por tanto debe pagar el consumidor se incrementase, repercutiendo negativamente sobre el bolsillo de los ciudadanos.

Es especialmente llamativo el caso de los pensionistas, que con anterioridad a la aprobación del Real Decreto se encontraban exentos de aportación y, por tanto, el 100% de su gasto farmacéutico se encontraba financiado de forma pública por el sistema. Como podemos ver en la tabla, en la actualidad los pensionistas se ven obligados a aportar un 10% de su gasto en medicamentos si tienen unos ingresos menores a 100.000 euros anuales. Si sus ingresos superan dicha cantidad contribuyen con un 60%. Conviene matizar que en el caso de los pensionistas las cantidades a aportar están limitadas por topes mensuales en función de tres tramos de renta: 8,23 euros/mes para aquellos con rentas inferiores a 18.000 euros anuales, 18,52 euros/mes para aquellos con rentas entre los 18.000 y los 100.000 euros anuales, y 61,75 euros/mes para los que perciben rentas superiores a los 100.000 euros anuales.

En la Tabla 3, que se muestra a continuación podemos ver los nuevos porcentajes de copago fijados por el Real Decreto-ley 16/2012:

**Tabla 3: Clasificación de los asegurados y beneficiarios según tipo de aportación a receta.**

<u>Asegurados y beneficiarios</u>	<u>Tipo de aportación</u>
a) Afectados de síndrome tóxico y personas con discapacidad en los supuestos contemplados en su normativa específica	Farmacia gratuita
b) Personas perceptoras de rentas de integración social	
c) Personas perceptoras de pensiones no contributivas	
d) Parados que han perdido el derecho a percibir el subsidio de desempleo en tanto subsista su situación	
e) Los tratamientos derivados de accidente de trabajo y enfermedad profesional	
Pensionistas con rentas inferiores a los 18.000 euros anuales	10% con un límite de 8,23 euros/mes
Pensionistas con rentas entre 18.000 y 100.000 euros anuales	10% con un límite de 18,52 euros/mes
Pensionistas con rentas superiores a 100.000 euros anuales	60% con un límite de 61,75 euros/mes
Activos con rentas inferiores a 18.000 euros anuales	40%
Activos con rentas entre 18.000 y 100.000 euros anuales	50%
Activos con rentas superiores a 100.000 euros anuales	60%
Mutualistas (activos y pensionistas)	30%

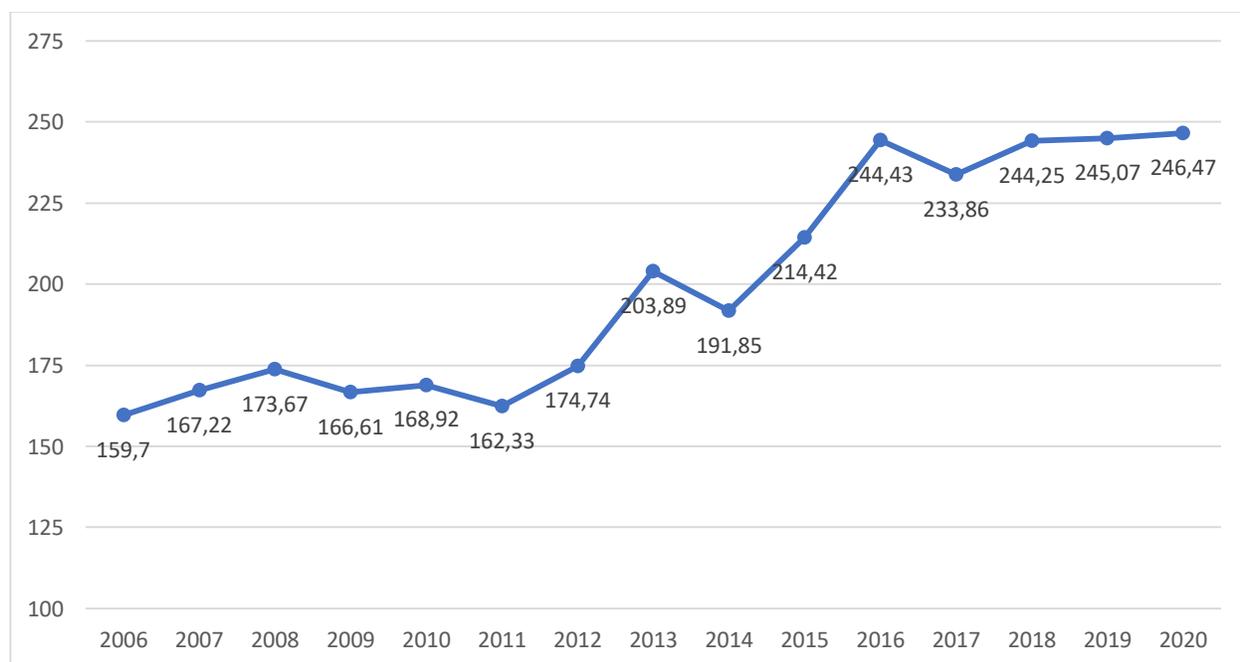
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Elaboración propia.<sup>2</sup>

<sup>2</sup> Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/aportacionRecetaSNS.pdf>

Sin embargo, estos topes no han impedido la subida del gasto farmacéutico de los hogares españoles desde la aprobación del Real Decreto, pues el hecho de que son los pensionistas quienes concentran gran parte del consumo de medicamentos en nuestro país, unido a los porcentajes a aportar por los activos que no tienen tope máximo de aportación mensual (lo cual puede dificultar el acceso a productos farmacéuticos a aquellos activos que cuenten con pocos recursos), ha provocado que el gasto farmacéutico medio por hogar ascienda desde los 162,33 euros anuales en 2011, año previo a la aprobación del Real Decreto, hasta su máximo histórico en el pasado año 2020 con unas cifras medias de 246,47 euros anuales.

En el Gráfico 6 se puede observar la tendencia claramente creciente que adquiere el gasto farmacéutico medio de los hogares españoles a raíz de la reforma del copago, mostrándonos la diferencia existente de más de 80 euros anuales entre los años 2011 y 2020, además de mostrarnos una subida de casi 30 euros anuales entre el año de la reforma y el siguiente (periodo 2012-2013).

**Gráfico 6: Gasto farmacéutico medio por hogar expresado en euros (2006-2020).**



**Fuente:** Elaboración propia a partir de la Encuesta de Presupuestos Familiares (EPF).

Por tanto, podemos concluir que la reforma del copago del año 2012 que estaba destinada a concienciar al usuario del coste de los medicamentos y evitar un uso inadecuado de estos, mediante su modulación de este en función de criterios de renta, situación laboral y cronicidad, ha contribuido sobre todo a incrementar el carácter recaudatorio del copago, lo cual puede convertirlo en una barrera de acceso a los medicamentos para los usuarios más desfavorecidos, especialmente los activos con pocos recursos.

#### **4. ANÁLISIS DE DATOS ESTADÍSTICOS**

Tras comprobar en el punto anterior de forma efectiva la existencia de aspectos de nuestro sistema sanitario que contienen barreras al acceso para aquellos que se encuentran en circunstancias socioeconómicas más desfavorecidas, queda por cuantificar con cifras el impacto que estas tienen tanto dentro del propio sistema sanitario como en nuestra sociedad.

Para ello a continuación realizaremos un análisis socioeconómico de acuerdo con los datos proporcionados por la Encuesta Europea de Salud del año 2020 en el que nos centraremos sobre todo en tres aspectos fundamentales: modalidad de cobertura elegida por el paciente, inaccesibilidad percibida a la atención sanitaria y frecuencia de consultas al médico de cabecera. Todos los datos empleados a continuación están referidos a la población mayor de 14 años.

##### **4.1 Modalidad de cobertura**

Para poder hacernos una idea de la realidad social que se vive en nuestro país en la relación entre sanidad y economía, lo más fácil e inmediato es acudir a los datos referentes a la modalidad de cobertura, para saber a qué tipo de servicios recurren los distintos grupos sociales cuando se encuentran ante problemas de salud. En este análisis barajaremos tres tipos de posibilidades: que acudan exclusivamente a la sanidad

pública, que lo hagan exclusivamente a la privada o que sigan un modelo mixto, y las analizaremos con respecto a factores tanto económicos como sociales.

**Tabla 4: Modalidad de cobertura sanitaria según ingresos mensuales netos del hogar.**

	Pública exclusivamente	Privada exclusivamente	Mixta	Otras situaciones
Menos de 970 euros	91,53%	0,80%	7,16%	0,52%
De 970 a menos de 1400	90,69%	0,37%	8,69%	0,25%
De 1400 a menos de 2040	88,83%	0,44%	10,20%	0,53%
De 2040 a menos de 3280	80,55%	0,63%	18,58%	0,24%
De 3280 euros en adelante	65,03%	1,08%	33,63%	0,26%

Fuente: INE. Elaboración propia mediante datos obtenidos de la Encuesta Europea de Salud en España (EESE) 2020.

La Tabla 4 nos muestra los porcentajes de población según la modalidad de cobertura sanitaria en función de distintos tramos de renta. El INE nos proporciona cinco tramos distintos de renta mensual: desde menos de 970 euros, hasta más de 3.280, así como cuatro modalidades de cobertura distintas que puede tener una persona: exclusivamente pública, exclusivamente privada, mixta (aquellas personas que gozan tanto de cobertura pública como privada de forma simultánea), y otras situaciones.

Como puede observarse en los porcentajes reflejados en la tabla, es evidente que una mayor cantidad de renta lleva a una mayor utilización de la cobertura privada en nuestro país, aunque no de forma exclusiva, ya que la cobertura pública es prácticamente universal y convive con la privada. Así podemos observar que los porcentajes en los que no se obtiene cobertura pública para recurrir solamente a la privada son muy bajos, incluso en los niveles más altos de renta.

En los niveles más bajos de renta, más de un 90% de la población tiene exclusivamente cobertura pública en materia sanitaria, bajando este porcentaje hasta niveles de un 65%

cuando nos acercamos a los tramos de renta más altos. Este descenso en la utilización exclusiva de los servicios públicos, supone un aumento de la cobertura mixta, que pasa de alrededor de un 7% a más de un 33%.

Estas características permiten que conforme el nivel de renta asciende los usuarios únicamente opten por ser cubiertos por la atención privada en aquellas especialidades que están incluidas de manera muy mermada en la cartera de servicios públicos como pueden ser por ejemplo la atención bucodental, la fisioterapia o la atención psicológica y psiquiátrica. Las personas con un menor nivel de renta tienden a prescindir de estos servicios o a utilizarlos tan solo en la medida en que la sanidad pública los cubre, pero a medida que asciende el nivel de renta los usuarios optan por los más amplios servicios que ofrece la cobertura privada en estas especialidades.

De esta manera podemos concluir que el modelo de cobertura mixta se encuentra potenciado en los tramos altos de renta por aquellas especialidades que están cubiertas de manera más superficial en el sistema público y en las que la cobertura privada ofrece unos más amplios servicios.

**Tabla 5: Modalidad de cobertura sanitaria en función de la actividad económica.**

	Pública exclusivamente	Privada exclusivamente	Mixta	Otras situaciones
Trabajando	79,31%	0,71%	19,65%	0,34%
En desempleo	89,95%	0,53%	8,82%	0,70%
Jubilado/a o Prejubilado/a	89,35%	0,53%	9,94%	0,19%
Estudiando/a	84,85%	0,84%	13,49%	0,83%
Incapacitado/a para trabajar	93,82%	0,00%	5,69%	0,50%
Labores del hogar	91,86%	0,63%	7,36%	0,16%

Fuente: INE. Elaboración propia mediante datos obtenidos de la Encuesta Europea de Salud en España (ESES) 2020.

La actividad económica puede ser un gran indicador de la situación social de las personas y puede mostrar qué grupos de población en concreto tienen más dificultades para acceder a aquellas especialidades que se encuentran cubiertas de forma muy

superficial en el sistema público, y a las que la población de los tramos de renta más altos tiende a acceder a través de la sanidad privada haciendo uso de un modelo de cobertura mixto.

Así podemos observar en la Tabla 5 que aquellas personas que están trabajando son las que emplean en mayor medida el modelo mixto, mientras que, para los grupos de personas en desempleo, jubilados y prejubilados, y personas encargadas de las labores del hogar, el acceso a la cobertura mixta se reduce en diez puntos porcentuales, llegando incluso a reducirse en cerca de quince puntos en el caso de las personas que se encuentran incapacitadas para trabajar.

Así podemos comprobar que la tendencia general es que aquel grupo que obtiene renta mediante el trabajo tenga un más fácil acceso a las especialidades poco cubiertas por el sistema público que aquellos otros grupos que obtienen su renta a través de algún tipo de pensión, o bien son económicamente dependientes de un tercero.

La excepción a esto podríamos encontrarla en los estudiantes, para los que, si bien también desciende el número de usuarios del sistema de cobertura mixto en favor de la cobertura exclusivamente pública, el mencionado descenso no es tan grande como el del resto de grupos mencionados anteriormente, lo cual podría ser asociado a que este grupo está compuesto en mayor proporción que los demás por personas jóvenes cuyos problemas de salud son más puntuales y menos graves.

Por tanto, podemos concluir que ambas tablas nos muestran claramente que la tendencia a la cobertura exclusiva mediante la sanidad privada en España es casi nula, y que el uso que se hace de esta es casi siempre en combinación con el sistema público, optando aquellos que pueden permitírselo en la mayoría de los casos por un modelo mixto de cobertura sanitaria.

## **4.2 Inaccessibilidad a la asistencia sanitaria**

Otro factor importante a tener en cuenta y a analizar para conocer la realidad socioeconómica de la sociedad española con respecto al acceso a los cuidados de la

salud es el de la inaccesibilidad. La demora en el acceso a la prestación sanitaria y su falta de prestación puede deberse a numerosos factores, aunque una de las razones principales que explican la inaccesibilidad a la asistencia sanitaria son las listas de espera de la sanidad pública, las cuales han aumentado durante el pasado año 2020 debido a la influencia de la pandemia de la Covid-19, tanto para recibir consulta (de media 88 días en 2019 a 115 días en 2020) como para ser operado (de media 121 días en 2019 a 170 días en 2020), existiendo también grandes diferencias entre comunidades autónomas en ambos tipos de listas.

Con la ayuda de las tablas que se presentan a continuación trataremos de analizar la percepción acerca de la inaccesibilidad a los cuidados de la salud por parte de los ciudadanos españoles con respecto a criterios sociales y económicos.

**Tabla 6: Demora excesiva o inaccesibilidad a la asistencia sanitaria por listas de espera en los últimos 12 meses en función de la actividad económica.**

	Si	No	No necesitó asistencia
Trabajando	11,60%	76,68%	11,72%
En desempleo	13,14%	75,57%	11,28%
Jubilado/a o prejubilado/a	12,67%	81,27%	6,06%
Estudiando	6,12%	78,42%	15,45%
Incapacitado/a para trabajar	23,67%	72,01%	4,32%
Labores del hogar	11,42%	81,28%	7,30%

Fuente: INE. Elaboración propia mediante datos obtenidos de la Encuesta Europea de Salud en España (EESE) 2020.

Analizando los distintos grupos de la Tabla 6 de forma detenida, podemos tomar como referencia a quienes están trabajando para darnos cuenta de que realmente no hay mucha diferencia entre estos y quienes se encuentran en situación de desempleo. La cantidad de personas en desempleo que notaron alguna inaccesibilidad a la sanidad por

listas de espera aumenta tan solo un par de puntos porcentuales con respecto a las personas que trabajan, y este número de personas proviene prácticamente a partes iguales de quienes no notaron ninguna inaccesibilidad y quienes no necesitaron tratamiento, que en el caso de las personas que trabajan también aumenta con respecto a los desempleados, lo cual podría deberse a un mayor nivel de renta o a unas mejores condiciones de vida en general.

Los estudiantes son quienes menos notan la inaccesibilidad a la atención sanitaria, lo cual podría deberse en gran medida a que son el grupo que menos asistencia sanitaria necesita, probablemente debido a que está compuesto en gran medida por personas jóvenes cuyos problemas de salud son puntuales y por lo general menos graves que los del resto de los grupos de edad.

Los jubilados y las personas encargadas de las labores del hogar muestran unos niveles de inaccesibilidad similares a los de las personas que se encuentran trabajando, lo cual habla bien de cómo nuestro sistema sanitario proporciona facilidades de acceso a las personas que no llevan a cabo actividades productivas económicamente.

Sin embargo, esto contrasta con la situación de las personas incapacitadas para trabajar, que nos muestra los datos más negativos, ya que se trata con mucha diferencia del colectivo que más asistencia sanitaria necesita, y a la vez son quienes encuentran una mayor inaccesibilidad a la sanidad por listas de espera, encontrándonos con cifras de personas que percibieron algún tipo de inaccesibilidad a la sanidad por ese motivo, superiores como mínimo en 10 puntos porcentuales con respecto al resto de grupos.

Esto nos muestra un aspecto muy importante a mejorar, pues podría ser que las barreras a la atención sanitaria encontradas por este colectivo no se diesen en la atención privada, a la que estas personas seguramente no puedan acceder en su mayoría por no poder trabajar y que el nivel de renta obtenido con una pensión por invalidez no les sea suficiente para acceder a cuidados especializados en la sanidad privada.

**Tabla 7: Demora excesiva o inaccesibilidad a la asistencia sanitaria por listas de espera en los últimos 12 meses en función de la clase social basada en la ocupación de la persona de referencia.**

	Si	No	No necesitó asistencia
I	9,94%	81,77%	8,28%
II	10,33%	79,33%	10,35%
III	10,27%	78,81%	10,92%
IV	13,42%	76,55%	10,03%
V	12,32%	76,72%	10,96%
VI	12,92%	77,78%	9,30%

**Fuente:** INE. Elaboración propia mediante datos obtenidos de la Encuesta Europea de Salud en España (EESA) 2020.

La Tabla 7 nos muestra cómo en los hogares en los que la persona de referencia tiene una ocupación que implica un salario más alto, como pueden ser los directores y gerentes de las clases I y II, es más difícil que se reporte una demora excesiva o inaccesibilidad a la asistencia sanitaria por listas de espera, si lo comparamos con aquellas otras clases como las formadas por aquellos hogares en los que la persona de referencia trabaja en el sector primario o pertenece al grupo de trabajadores no cualificados o semi-cualificados (clases V y VI), en las que podemos llegar a encontrar hasta un porcentaje superior en 3 puntos de personas que declararon haber tenido algún tipo de inaccesibilidad a la asistencia sanitaria por dicho motivo.

Esta interpretación nos permite deducir que las clases más altas utilizan su mayor nivel de renta para eludir mediante la atención privada las barreras de acceso a la atención sanitaria (como listas de espera, saturación asistencial...) que las clases más bajas no pueden evitar de la misma forma por motivos económicos.

Por tanto, podemos afirmar que la situación socioeconómica de una persona en nuestro país puede ser diferencial a la hora de encontrarnos con barreras de acceso a la atención sanitaria y sobre todo de tener capacidad para eludir dichas barreras.

### **4.3 Visitas al médico de familia**

La atención primaria es el principal acceso al sistema sanitario en nuestro país y, por tanto, supone un aspecto de este que se debe cuidar especialmente si se quiere sostener de forma eficaz una sanidad pública y universal.

Las labores del médico de familia son muy numerosas, incluyendo establecer diagnósticos, efectuar curaciones, prescribir recetas, y ofrecer consejo y orientación al paciente en materias de salud. Esto hace necesario que, para un buen funcionamiento de la atención primaria, los profesionales dedicados a ella estén liberados de otras tareas ajenas a sus funciones.

Sin embargo, en los últimos meses, desde el inicio de la pandemia del Covid-19 los centros de salud primaria se han instaurado en un estado de saturación permanente al tener que afrontar muchas más tareas derivadas de la pandemia con los mismos recursos, según denuncian muchos profesionales.

Esto se une a que, como ya mencionamos anteriormente en el punto 3 del trabajo, en algunas especialidades la escasa dotación de recursos públicos hace que los pacientes se encuentren ante la disyuntiva de optar por la atención privada o ser indebidamente derivados a la atención primaria debido a la imposibilidad de ser atendidos de forma eficaz. Las personas que cuentan con un elevado nivel de renta y una situación social más favorable optan por lo primero, sin embargo, aquellos que no pueden permitírselo, pueden hacer crecer el nivel de presión de la atención primaria mediante un mayor uso de las consultas al médico de cabecera.

Para analizar estos hechos y probar nuestra teoría, en las tablas a continuación trataremos de poner en relación la situación socioeconómica de los pacientes con la frecuencia de uso de los servicios de atención primaria.

**Tabla 8: Consulta al médico de familia en las últimas 4 semanas en función de la actividad económica actual.**

	Sí	No
Trabajando	16,55%	83,45%
En desempleo	19,58%	80,42%
Jubilado/a o prejubilado/a	30,95%	69,05%
Estudiando	13,82%	86,18%
Incapacitado/a para trabajar	36,23%	63,77%
Labores del hogar	28,13%	71,87%

Fuente: INE. Elaboración propia mediante datos obtenidos de la Encuesta Europea de Salud en España (EESE) 2020.

El primer dato que llama la atención de la Tabla 8 es que los estudiantes son quienes, según las cifras de la tabla acuden con menor frecuencia a los servicios de atención primaria, debido a que este grupo, por estar compuesto mayormente por personas de baja edad, cabe pensar que presentan menos problemas de salud.

Obviando al anterior grupo, los porcentajes nos muestran que, de los restantes, aquel que menos utiliza los servicios de atención primaria, contribuyendo con ello menos a su saturación, es el de las personas que se encuentran actualmente trabajando. Los otros grupos incluyen a personas que obtienen su renta a través de transferencias (desempleados, jubilados y prejubilados), y a personas que no tienen ingresos propios y dependen económicamente de terceros (personas que se dedican a las labores del hogar).

Los grupos que con más frecuencia acuden a los servicios de atención primaria dentro de las categorías anteriormente citadas son en primer lugar el de las personas incapacitadas para trabajar, lo cual podría achacarse a que en la mayoría de los casos, sus problemas de salud hacen que sea el grupo que más asistencia sanitaria precise, tanto por parte de los servicios de atención primaria como por parte de médicos especialistas, como veremos en el siguiente apartado, y el de los jubilados y prejubilados,

cuyo mayor uso de este tipo de servicios se debe sin duda a que está compuesto de en su mayoría por personas de elevada edad con problemas de salud más frecuentes.

De todos modos, estos razonamientos deben matizarse para tener en cuenta la influencia que pueda tener sobre los datos la diferente disponibilidad de tiempo libre de las personas, que puede alterar los análisis aquí efectuados, y la diferencia entre hombres y mujeres en la predisposición hacia la visita al médico de familia.

**Tabla 9: Consulta al médico de familia en las últimas 4 semanas en función de la clase social basada en la ocupación de la persona de referencia.**

	Sí	No
I	16,21%	83,79%
II	20,41%	79,59%
III	19,38%	80,62%
IV	21,41%	78,59%
V	22,93%	77,07%
VI	23,22%	76,78%

Fuente: INE. Elaboración propia mediante datos obtenidos de la Encuesta Europea de Salud en España (EESE) 2020.

La relación por clases sociales nos muestra de forma más clara el marcado gradiente que existe entre ellas donde, con la excepción de la clase II, puede observarse de forma muy clara la tendencia al menor uso de la atención primaria por parte de las clases asociadas a una situación socioeconómica más favorable y la tendencia ascendente hacia un mayor uso de este servicio por parte de aquellas clases asociadas a menores niveles de renta.

Comparando la situación entre las distintas clases vemos que los directivos de la clase I tienen un uso menor en 2 puntos porcentuales de la atención primaria que los trabajadores cualificados de ocupaciones intermedias las clases III y IV, y un uso 4 puntos menor que los trabajadores del sector primario, no cualificados o semi-cualificados de los grupos V y VI.

Gracias a estos datos podemos concluir que la situación socioeconómica del paciente es un factor a tener en cuenta a la hora de analizar el uso que este hace de los servicios de atención primaria, y nos sirve también para contrastar la teoría de que un menor nivel de renta hace que los pacientes desestimen la opción de acudir a la atención privada en determinadas especialidades, y que, debido a ello, las barreras de acceso por causas económicas contribuyen a la saturación de los servicios de atención primaria, al ser los pacientes derivados a estos debido a la escasa dotación de recursos en las especialidades menos cubiertas dentro del sistema público, como por ejemplo la psicología y la fisioterapia, que fueron previamente mencionadas en el punto 3 del trabajo.

#### 4.4 Visitas al médico especialista

Para terminar, realizaremos un análisis de similar al apartado anterior, aunque esta vez con información referente a las consultas al médico especialista, para tratar de comprobar si los datos de ambos tipos de servicios tienen algún tipo de relación entre sí.

**Tabla 10: Consulta al médico especialista en las últimas 4 semanas en función de la actividad económica actual.**

	Sí	No
Trabajando	8,33%	91,67%
En desempleo	7,51%	92,49%
Jubilado/a o prejubilado/a	12,37%	87,63%
Estudiando	8,65%	91,35%
Incapacitado/a para trabajar	19,50%	80,50%
Labores del hogar	10,66%	89,34%

Fuente: INE. Elaboración propia mediante datos obtenidos de la Encuesta Europea de Salud en España (EESE) 2020.

En la Tabla 10 podemos ver que los grupos que mayor uso hacen de la atención especializada son el de jubilados y el de las personas incapacitadas para trabajar, lo cual

podría deberse, como ya mencionamos antes, a que sus problemas de salud hacen que sean los grupos que más asistencia sanitaria precisan, tanto por parte de la atención primaria, como ya se reflejó en el anterior apartado, como por parte de la especializada como podemos ver aquí.

Lo que sobre todo llama la atención de estos datos es que aquel grupo que acude con menor frecuencia a la atención especializada es el de las personas desempleadas, quienes se encuentran por lo general en una situación socioeconómica más delicada, estando por debajo de aquellos que trabajan y de aquellos otros grupos que dependen económicamente de terceros como los estudiantes o las personas encargadas de las labores del hogar.

Esto nos permite refrendar la teoría de que en algunas especialidades la escasa dotación de recursos públicos hace que los pacientes se encuentren ante la disyuntiva de optar por la atención privada o ser indebidamente derivados a la atención primaria debido a la imposibilidad de ser atendidos de forma eficaz. Las personas que cuentan con un elevado nivel de renta y una situación social más favorable optan por lo primero, sin embargo, aquellos que no pueden permitírselo, pueden hacer crecer el nivel de presión de la atención primaria mediante un mayor uso de las consultas al médico de cabecera.

**Tabla 11: Consulta al médico especialista en las últimas 4 semanas en función de la clase social basada en la ocupación de la persona de referencia.**

	Sí	No
I	11,80%	88,20%
II	11,24%	88,76%
III	10,64%	89,36%
IV	8,91%	91,09%
V	8,70%	91,30%
VI	8,57%	91,43%

**Fuente:** INE. Elaboración propia mediante datos obtenidos de la Encuesta Europea de Salud en España (EESE) 2020.

La Tabla 11 nos muestra claramente la tendencia progresiva a la baja en la utilización de la atención especializada a medida que nos desplazamos desde las clases más altas (clases I y II), compuestas por trabajadores muy cualificados y asociadas a una situación socioeconómica más favorable, hasta las clases más bajas compuestas por trabajadores no cualificados, semi-cualificados y del sector primario.

Al mismo tiempo esta situación contrasta con la de la misma tabla mostrada en el apartado anterior acerca de los servicios de atención primaria, en la que se podía observar una tendencia claramente opuesta donde a medida que nos aproximábamos a las clases más bajas veíamos una mayor frecuencia de visitas al médico de familia.

## **5. CONCLUSIÓN**

El sistema sanitario y el acceso a los cuidados de la salud en un país son indicadores de la fortaleza de su estado de bienestar. A lo largo del trabajo hemos podido comprobar que, si bien España cuenta con un sistema de cobertura sanitaria universal o cuasiuniversal, existen diversos factores socioeconómicos que pueden facilitar o dificultar el acceso a ciertos cuidados de la salud en nuestro país.

En primer lugar, pudimos comprobar que, en efecto, existen barreras de acceso a los cuidados de la salud en nuestro país relacionadas con factores tanto étnicos como geográficos, ya que las personas que residen en España de forma irregular tan solo pueden acceder de forma limitada a la asistencia sanitaria al estar este derecho desde 2018 ligado a la residencia.

El análisis de los indicadores OCDE acerca de la cobertura del sistema sanitario nos permitió ver también que, a diferencia de lo que pudiéramos pensar en un principio, España se encuentra por debajo de la media de los países de su entorno más cercano (UE-28) en algunos de estos, lo cual significa que la financiación pública dentro de algunos aspectos del sistema es inferior en España que en estos países.

Esto nos llevó a profundizar más en concreto en aquellos cuidados de la salud en los que la financiación dentro del sistema público tiene un carácter más residual, y

comprobamos mediante el análisis de diversas especialidades que, debido a la falta de recursos y financiación, en efecto, es más difícil acceder a estos cuidados a través del sistema público, por lo que aquellos cuya situación socioeconómica se lo permite pueden optar por recurrir a la atención privada. Al mismo tiempo, la situación de estas especialidades perjudica al propio sistema mediante el engrosamiento de las listas de espera o la indebida derivación a la atención primaria, llevando a la saturación de la que es la principal puerta de acceso al sistema sanitario.

Posteriormente el análisis socioeconómico acerca de las cifras de la modalidad de cobertura, la inaccesibilidad y la frecuencia de las visitas al médico de cabecera nos permitió probar satisfactoriamente nuestras teorías. Los ciudadanos pertenecientes a los tramos más altos de renta y con unas circunstancias socioeconómicas más favorables hacen un mayor uso de la sanidad privada mediante la adopción de un sistema de cobertura mixto, ya que la cobertura exclusivamente privada tiene un carácter muy residual dentro de nuestra sociedad y, como consecuencia, perciben una inaccesibilidad mucho menor a los cuidados de la salud y con menor frecuencia son incluidos en listas de espera o indebidamente derivados a la atención primaria. Esto es observable mediante los datos de consultas al médico de familia y al médico especialista.

Todo ello nos permite finalmente concluir que, aunque el sistema sanitario de nuestro país esté muy desarrollado en cuanto a la financiación pública y la igualdad de oportunidades de acceso, no se trata de un sistema perfecto con una equidad absoluta, y la posición socioeconómica aún puede marcar la diferencia en el acceso a unos cuidados efectivos en muchos de los aspectos de este.

## **6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- AYALA CAÑÓN L., CANTÓ SÁNCHEZ, O., MARTÍNEZ LÓPEZ, R. y DE LA CRUZ ROMAGUERA, M. (2019), “Necesidades sociales en España”, *Observatorio social de “La Caixa”*.
- CAPÓ-JUAN, M.A. y CALLEJERO-GUILLÉN, A., (2019), “Gestión asistencial y desarrollo de competencias en salud pública: situación de la fisioterapia en las Islas Baleares (IB-SALUT)”, *Colegio Oficial de Fisioterapeutas de las Islas Baleares*.
- CHAUVIN, P., PARIZOT, I. y SIMMONOT, N., (2009), “El acceso a la sanidad de las personas sin permiso de residencia en once países europeos distintos”, *Observatorio Europeo del Acceso a la Sanidad de Médicos del Mundo*.
- CORTÉS MARTINICORENA, F.J., (2016), “El sistema PADI. Estudio de las comunidades autónomas que proveen atención dental con este modelo en España”, *Revista del Ilustre Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de España*.
- FERNANDEZ GARCÍA, X., (2020), “Situación de la psicología clínica en el Sistema Nacional de Salud (SNS) y perspectivas de crecimiento”, *Ansiedad y estrés*, 27, pp.31-40.
- INE, (2020), *Encuesta de Presupuestos Familiares*. Disponible en: [https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736176806&menu=ultiDatos&idp=1254735976608](https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176806&menu=ultiDatos&idp=1254735976608)
- INE, (2020), *Encuesta Europea de Salud en España*. Disponible en: <https://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?type=pcaxis&path=/t15/p420/a2019/p05/&file=pcaxis>