



---

# Universidad de Valladolid

## Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales

Trabajo de Fin de Grado

Grado en Economía

**“Problemas de Acceso a la Prestación Sanitaria según el Nivel  
Socioeconómico en el Ámbito Rural y el Urbano”**

Presentado por:

*Elvira Villegas Piñón*

Tutelado por:

*Carmen García Prieto*

*Valladolid, 20 de Julio de 2022*

## **ÍNDICE**

### 1. Introducción

1.1. Objetivos del estudio

1.2. Metodología

### 2. Contexto histórico

2.1. Concepto de Cobertura Sanitaria Universal

2.2. Evolución histórica de las dificultades de acceso a la prestación sanitaria

### 3. Desigualdades en el acceso a la prestación sanitaria

3.1. Necesidades de atención médica no cubierta

3.2. Asequibilidad

3.3. Tiempos de espera

3.4. Utilización del servicio

### 4. Factores determinantes de las desigualdades según la utilización de los servicios

4.1. Nivel Socioeconómico

4.2. Educación

4.3. Edad

4.4. Género

4.5. Etnia y país de procedencia

4.6. Residencia urbana o rural

### 5. Conclusiones

### 6. Recomendaciones para reducir las desigualdades en el acceso

### 7. Bibliografía

## **ÍNDICE DE TABLAS**

Tabla 3.1.1. Inaccesibilidad a la atención médica.

Tabla 4.3.1. Número de consultas al médico general según rangos de edad

Tabla 4.3.2. Número de consultas al especialista según rangos de edad.

Tabla 4.4.1. Número de consultas de los hombres al médico general por rangos de edad.

Tabla 4.4.2. Número de consultas de las mujeres al médico general por rangos de edad.

Tabla 4.4.3. Número de consultas de los hombres al médico especialista por rangos de edad.

Tabla 4.4.4. Número de consultas de las mujeres al médico especialista por rangos de edad.

## **ÍNDICE DE GRÁFICOS**

Gráfico 3.1.1. Motivos de la Inaccesibilidad a los servicios sanitarios.

Gráfico 4.1.1. Atención médica no satisfecha por listas de espera según el nivel de ingresos mensuales netos del hogar.

Gráfico 4.1.2. Atención médica no satisfecha por problemas de transporte según el nivel de ingresos mensuales netos del hogar.

Gráfico 4.1.3. Atención médica no satisfecha por motivos económicos según el nivel de ingresos mensuales netos del hogar.

Gráfico 4.2.1. Inaccesibilidad a la atención sanitaria por nivel de estudios.

Gráfico 4.2.2. Relación entre el Nivel de Estudios y la Inaccesibilidad a los Servicios Sanitarios por Motivos Económicos.

Gráfico 4.2.3. Relación entre el Nivel de Estudios y la Inaccesibilidad a los Servicios Sanitarios por listas de espera.

Gráfico 4.2.4. Relación entre el Nivel de Estudios y la Inaccesibilidad a los Servicios Sanitarios por problemas de transporte.

Gráfico 4.2.5. Necesidades sanitarias insatisfechas en la población con educación primaria e inferior

Gráfico 4.2.6. Necesidades sanitarias insatisfechas en la población con educación secundaria y FP

Gráfico 4.2.7. Necesidades sanitarias insatisfechas en la población con estudios terciarios.

Gráfico 4.3.1. Inaccesibilidad a la atención médica por listas de espera según grupos de edad.

Gráfico 4.3.2. Inaccesibilidad a la atención médica por problemas de transporte según grupos de edad.

Gráfico 4.3.3. Inaccesibilidad a la atención médica por motivos económicos según grupos de edad.

Gráfico 4.3.4. Motivos de inaccesibilidad a la atención médica en el grupo de 15 a 30 años.

Gráfico 4.3.5. Motivos de inaccesibilidad a la atención médica en el grupo de 31 a 60 años.

Gráfico 4.3.6. Motivos de inaccesibilidad a la atención médica en el grupo de 61 a 80 años.

Gráfico 4.3.7. Motivos de inaccesibilidad a la atención médica en el grupo de 81 a 120 años.

Gráfico 4.5.1. Personas que han sufrido inaccesibilidad a servicios sanitarios según el país de nacimiento.

Gráfico 4.5.2. Motivos de la inaccesibilidad a la atención sanitaria según el país de nacimiento.

Gráfico 4.6.1. Atención médica no satisfecha por listas de espera según el tamaño de municipio.

Gráfico 4.6.2. Atención médica no satisfecha por problemas de transporte según el tamaño del municipio.

Gráfico 4.6.3. Atención médica no satisfecha por listas de espera según el tamaño del municipio.

## **RESUMEN**

El trabajo se basa en las dificultades de acceso a la prestación sanitaria a las que se enfrenta la población según factores determinantes tales como el nivel socioeconómico, el lugar de residencia, la educación, la edad o el género. A lo largo del trabajo vamos a introducir varios conceptos relacionados con la cobertura sanitaria, así mismo, veremos cómo han evolucionado dichas dificultades a lo largo del tiempo.

También vamos a analizar los motivos por los que la población sufre inaccesibilidad a la atención médica, siendo las largas listas de espera el motivo principal, aunque también cobran gran importancia los motivos económicos y las dificultades en el transporte.

Tras realizar un análisis de datos obtenidos de la EESE (2020) del INE mediante gráficos y tablas obtendremos las conclusiones en las que basaremos las recomendaciones que más tarde haremos para reducir la desigualdad en el acceso a la prestación sanitaria, haciendo hincapié en los colectivos más vulnerables.

## **ABSTRACT**

“Problems of Health-Care Access according to Socioeconomic Level in Rural and Urban Areas”.

The work is based on the difficulties of health-care access that the population faces according to determining factors such as socioeconomic level, place of residence, education, age or gender. Throughout the work we will describe several concepts related to health coverage. Moreover, we will see how these difficulties have evolved over time.

We will analyze the reasons why the population suffers from inaccessibility to health care, with long waiting lists being the main reason. Although, economic reasons and transportation difficulties are also of great importance.

After carrying out an analysis of the data obtained from the EESE (2020) of the INE through graphs and tables, we will obtain the conclusions on which we will base the recommendations to reduce the inequality in access to health care, emphasizing the most vulnerable groups

# **1. INTRODUCCIÓN**

## **1.1. Objetivos del estudio**

Con este estudio basado en las dificultades de acceso a la prestación sanitaria a las que puede enfrentarse la población, pretendemos determinar cuáles son los factores explicativos de esta realidad mediante un análisis teórico de artículos y textos legales que recogen esta idea, y un análisis de datos, tanto para España como para la Unión Europea en los que se refleja claramente dicha dificultad.

El trabajo podríamos decir que está dividido en tres partes diferenciadas, la primera de ellas, una parte más teórica en la que explicaremos los diferentes conceptos que más tarde iremos utilizando, así como la legislación en la que se recoge la asistencia sanitaria y su evolución en el tiempo.

La segunda parte del trabajo englobaría el análisis de datos mediante tablas y gráficas, y por último una última parte en la que planteamos recomendaciones para reducir las desigualdades de acceso a la prestación sanitaria presentes en nuestra sociedad actualmente.

## **1.2. Metodología**

El trabajo consta de una parte teórica y una parte práctica. La parte teórica que comprende el contexto histórico, los conceptos explicados, etc, está basada en diferentes artículos de referencia, así como en documentos legales.

La parte práctica consiste en un análisis de datos procedentes de la base de datos del INE mediante gráficos que recojan y clarifiquen los resultados obtenidos por la Encuesta Europea de Salud en España (EESA). Dicha encuesta estudia el estado de salud de la población y los principales problemas de salud. También recoge el nivel de acceso actual a los servicios sanitarios y los factores determinantes de la salud.

Es en este último aspecto en el que nos vamos a centrar a lo largo del trabajo, tratando de estudiar en qué medida existen dificultades en el acceso a la prestación sanitaria, así como los factores condicionantes de la misma.

La Encuesta Europea de Salud en España (2020), elaborada por el INE, basa su estudio en la población de más de 15 años, alcanzando la muestra 37.500 viviendas en 2020 y 3.500 secciones censales. La recogida de datos se lleva a cabo mediante entrevistas tanto personales como telefónicas, y su periodicidad es de 5 años, alternándose cada dos años y medio con la Encuesta Nacional de Salud (ENS).

## **2. CONTEXTO HISTÓRICO**

### **2.1. Concepto de Cobertura Sanitaria Universal**

La cobertura sanitaria universal consiste en que todas las personas puedan recibir la asistencia sanitaria que requieren sin tener que desembolsar cantidades de dinero que les hagan incurrir en dificultades económicas o situaciones de pobreza. Engloba todo el conjunto de servicios sanitarios y es tan importante la identificación de dichos servicios como su financiación y gestión.

Para llevar este concepto a la práctica y que realmente la cobertura sanitaria sea universal, los países deben tener un gran poder de financiación para que la población no incurra en grandes costes sanitarios, puesto que muchos de ellos no podrán permitírselo y, por lo tanto, no podrán optar a todos los servicios sanitarios que precisan. Incluso quienes sí puedan permitírselo, podrían ver perjudicada su situación económica incurriendo en dificultades si a lo que se enfrentan es una enfermedad importante o que requiera atención durante un largo periodo de tiempo.

El concepto de cobertura sanitaria universal se sostiene en la Constitución de la OMS de 1948, en la que se determina la salud como un derecho humano fundamental. En el tercer párrafo del documento se expresa lo siguiente “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social” (OMS, Documentos básicos, suplemento de la 45a edición, octubre de 2006, pp.1).

En este sentido existen múltiples definiciones del concepto de acceso a la prestación sanitaria. Teniendo en cuenta todo lo anterior, podríamos definirlo como el acceso igualitario a una asistencia sanitaria de calidad según las

necesidades de cada persona independientemente de su género, raza, nivel económico y/o social, etc.

## **2.2. Evolución histórica de las dificultades de acceso a la prestación sanitaria**

El sistema público español de prestaciones sanitarias se ha ido desarrollando y fortaleciendo a lo largo de la segunda mitad del siglo XX. Dicho sistema está caracterizado por una cobertura cuasi-universal (en vías de lograr la universalidad), financiado por el sistema tributario del Estado y gestionado por las Comunidades Autónomas.

Fue en 1883 cuando se crea la primera política de protección, la Comisión de Reformas Sociales, encargada del bienestar de la clase obrera. Unos años más tarde, en 1900, surge la Ley de Accidentes del Trabajo, y ocho años después en 1908 se crea el Instituto Nacional de Previsión, que se encarga de tramitar los seguros sociales.

Posteriormente surgen diferentes seguros sociales, entre otros, el que aparece en 1942, Seguro Obligatorio de Enfermedad, recogido en la Ley del 14 de diciembre de 1942.

Como los seguros sociales no lograban cubrir todas las necesidades, surgen otros instrumentos de protección gestionados a través de Mutualidades laborales. El amplio volumen de mutualidades dificultó la gestión, generó desequilibrios financieros y discriminaciones entre la población laboral. Para solventar estos problemas, en 1963 se crea la Ley de Bases de la Seguridad Social que tenía como objetivo lograr un modelo único de protección social. Tras ella, aparece la Ley General de Seguridad Social de 1966.

Tras intentar tomar otras medidas que solucionasen los problemas financieros, únicamente lograron agravarlos. Fue con la implantación de la democracia en España y consecuentemente con la aprobación de la Constitución Española de 1978, cuando se reformaron diferentes sectores del sistema de la Seguridad Social.

La Constitución Española recoge en sus artículos 41 y 43 el derecho a la asistencia sanitaria. El artículo 43 dice lo siguiente:

- “1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud.
2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.
3. Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo, facilitarán la adecuada utilización del ocio.” (Constitución Española, 1978, Artículo 43).

Como vemos, dicho artículo redacta una serie de órdenes para que los poderes públicos ejecuten las prestaciones a las que los ciudadanos tienen derecho a acceder según lo que dicta la legislación.

Durante los años ochenta se realizaron mejoras con el fin de optimizar la protección al incrementar las prestaciones de ciertos colectivos no cubiertos y dar seguridad económica al sistema de la Seguridad Social.

A mediados de los años ochenta entra en vigor la ley 14/1986, de 25 de abril, Ley General de Sanidad, que introduce mejoras en la atención a la salud mental. En esta ley también se recoge la preocupación por la calidad de la asistencia sanitaria prestada y se incide en la evaluación y el control de la calidad de dicha asistencia.

En la década siguiente se realizaron ciertos cambios sociales como la incorporación de la mujer al mercado laboral, que han influido en el sistema de la Seguridad Social, de modo que han surgido nuevas necesidades que requerían ser cubiertas.

Tras el estallido de la crisis económica de 2008, se generaron incrementos en los tiempos de espera para la realización de operaciones quirúrgicas. A su vez, los grupos sociales desfavorecidos redujeron considerablemente la utilización de los servicios sanitarios puesto que las crisis reducen la renta media de las familias y obstaculizan el acceso a los servicios de salud. La manera en que las crisis afectan en mayor o menor medida a la salud depende de las medidas adoptadas para lidiar con la recesión, en el caso español, las medidas que se adoptaron agravaron la situación en lugar de solventarla.

Las medidas mencionadas con anterioridad se basaron en política de austeridad, que afecta considerablemente a la sanidad pública. Algunos ejemplos de estas medidas son los siguientes:

- Reforma del copago farmacéutico en 2012.
- Restricciones presupuestarias (asociado a un deterioro en la calidad de los servicios públicos).
- Cambios en el aseguramiento.

El sistema sanitario público español trata de asegurar la protección sanitaria a toda la población, aunque actualmente no se ha logrado la cobertura universal.

### 3. DESIGUALDADES EN EL ACCESO A LA PRESTACIÓN SANITARIA

#### 3.1. Necesidades de atención médica no cubierta

Las necesidades de atención médica no cubierta son aquellas que, tras ser consideradas necesarias por los individuos para solventar los problemas de salud, finalmente no son atendidas, es decir, aquellas que no reciben los servicios adecuados. En 2020, el 14%<sup>1</sup> de las personas sufrieron necesidades médicas insatisfechas por una o varias razones.

*Tabla 3.1.1. Inaccesibilidad a la atención médica.*

INNACCESIBILIDAD	%
SI	15,56%
NO HE NECESITADO	23,98%
NS/NC	0,19%

Fuente: Elaboración propia con datos de la EESE (2020) del INE.

También cabe destacar el porcentaje de personas que necesitaron atención médica y finalmente no tuvieron acceso a ella, alcanzó el 15,56%. Durante los años previos a la crisis económica del 2008 dicho porcentaje se había reducido considerablemente, hasta alcanzar alrededor de un 2%<sup>2</sup>, pero actualmente ha vuelto a incrementarse. Son muchos los motivos que pueden incidir en dicho incremento.

<sup>1</sup> Porcentaje hallado mediante los datos de la EESE (2020) del INE.

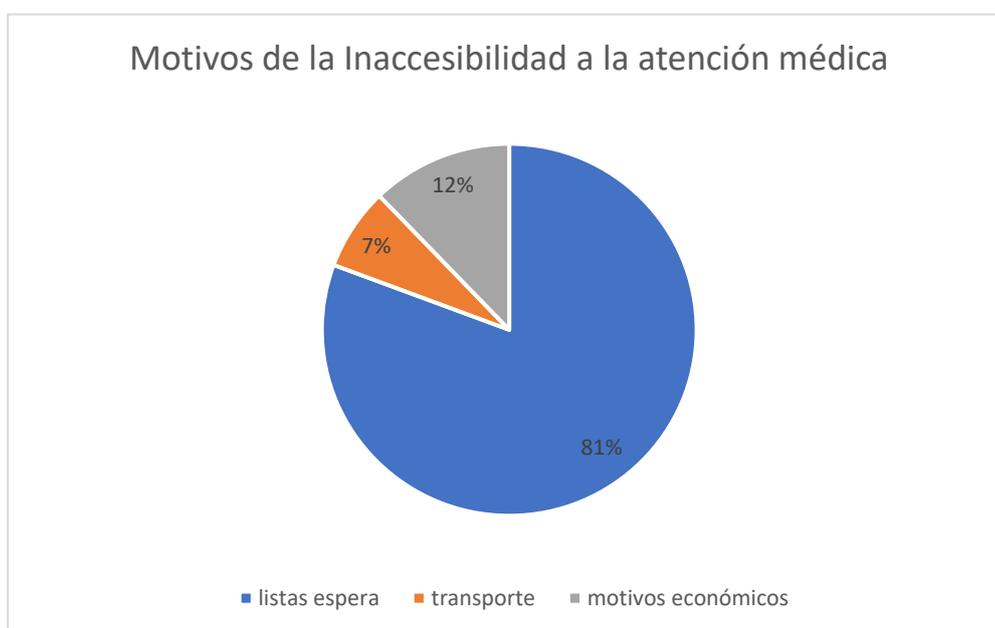
<sup>2</sup> Rosa Urbanos-Garrido (2016).

Las razones que explican las necesidades insatisfechas se pueden dividir en tres categorías. La primera de ellas es la accesibilidad, que hace referencia a las necesidades no cubiertas como consecuencia de su coste.

La segunda es la aceptabilidad, que recoge la dificultad de poder acudir a consultas o servicios médicos puesto que no todos los pacientes pueden ausentarse del puesto de trabajo porque podría repercutir negativamente en sus ingresos y consecuentemente perjudicar su situación financiera.

Por último, la tercera razón es la disponibilidad. Algunos servicios médicos no están disponibles en ciertas áreas, las listas de espera son muy largas, etc.

*Gráfico 3.1.1. Motivos de la Inaccesibilidad a la atención médica.*



FUENTE: Elaboración propia con datos de la EESE (2020) del INE.

El gráfico refleja cuáles son los motivos por los que la población que ha necesitado atención médica finalmente no la ha obtenido, en primer lugar, destacan las largas listas de espera, que pueden deberse al número de médicos en los hospitales y/o la gravedad de la enfermedad. Además, pueden tener consecuencias críticas para áreas como la salud mental, enfermedades crónicas, servicios de prevención, etc.

Seguido de este, son los motivos económicos (12%), los que impiden a la población acceder a los servicios sanitarios, puesto que muchos de ellos no pueden asumir el coste que supone dicho servicio. Es decir, la vulnerabilidad

social y económica, a menudo incide sobre la vulnerabilidad clínica, estando estas muy relacionadas, como veremos posteriormente.

Por último, aunque en menor medida, destacamos la importancia del transporte a la hora de recibir atención médica, puesto que, aunque el porcentaje sea mucho menor, un 7%, son muchos quienes tienen dificultades de acceso por este motivo.

### **3.2. Asequibilidad, accesibilidad**

Como he comentado con anterioridad, el concepto de asequibilidad de los servicios sanitarios hace referencia al coste que la población debe asumir por satisfacer sus necesidades médicas.

Aunque el servicio prestado sea igual, es decir, los costes directos del servicio sean los mismos, dicho coste no tendrá el mismo impacto para toda la población, puesto que aquellos que posean menores recursos económicos no podrán hacerle frente del mismo modo que quien, por el contrario, posea mayores recursos.

Como consecuencia de esto, aquellos que posean una capacidad financiera superior presentan menores necesidades médicas insatisfechas, puesto que pueden acceder de forma más sencilla a los servicios, es decir, hacen frente a un coste de oportunidad menor que aquellos cuyos recursos son menores.

Dicho coste de oportunidad es el coste indirecto del servicio, que hace alusión al coste de transporte, alojamiento, tiempos de espera, etc. Cuanto mayor sea el coste de oportunidad que el paciente tiene que afrontar, menor es su satisfacción hacia la asistencia sanitaria prestada, como señalan Penchansky y Thomas (1981).

La accesibilidad financiera contempla tanto el acceso universal de la población a los servicios sanitarios cuando estos se requieren, independientemente del coste del servicio, como los costes derivados de la atención médica.

Es decir, para que la prestación sanitaria sea realmente accesible para todos, se debe poder acudir a los servicios sanitarios siempre que sean

necesarios sin que estos repercutan negativamente en la capacidad económica del paciente, sin conllevar un riesgo de empobrecimiento.

### **3.3. Tiempos de espera**

En relación a la disponibilidad mencionada con anterioridad, los tiempos de espera en cuanto a atención sanitaria se refiere, hacen alusión al tiempo que tiene que esperar un paciente para conseguir una cita, la realización de una operación quirúrgica, etc.

Existen desigualdades en el acceso a la prestación sanitaria y el tiempo de espera ligadas al tipo de cobertura que tenga el paciente. Aquellos que pertenecen a seguros privados esperan de media menos tiempo para concertar cita con el especialista que aquellos que están cubiertos por la seguridad social. Lo mismo sucede con los ingresos en el hospital y las operaciones quirúrgicas.

Estas diferencias también pueden ocasionar deficiencias en la calidad de la atención provocadas por un diagnóstico e intervención anticipados.

### **3.4. Utilización del servicio**

Aunque el objetivo sea alcanzar la cobertura sanitaria universal, actualmente no es así, son muchos los factores condicionantes para el acceso a la prestación sanitaria.

A continuación, vamos a mencionar algunos de ellos, que más tarde estudiaremos en profundidad.

El primero que vamos a comentar es el nivel socioeconómico, dicho nivel condiciona el tipo de atención que requieren, si el nivel de renta es bajo solicitan mayor atención primaria, si por el contrario poseen un nivel de renta alto, suelen solicitar atención más especializada.

El nivel de renta que posee la población también tiene repercusión en el acceso a los servicios excluidos de la cobertura sanitaria pública, como por ejemplo las necesidades de asistencia odontológica. La población con niveles socioeconómicos más bajos frecuenta menos la consulta del dentista que los que poseen niveles más altos.

Otro de los factores es la etnia y el país de procedencia, los españoles frecuentan en mayor medida los servicios de los especialistas, al contrario de los inmigrantes, que acuden con mayor frecuencia a urgencias. Además, este último colectivo se enfrenta a trabas en el acceso, tanto administrativas como las basadas en problemas de comunicación, etc.

También cabe destacar la desigualdad de género; según un estudio de Rosa Urbanos-Garrido (2016), las mujeres frecuentan más las consultas médicas que los hombres. Consecuentemente se produce una hospitalización mayor de los hombres a igual estado de salud, puesto que acuden menos a consultas preventivas.

Por último, vamos a mencionar la desigualdad derivada de la residencia geográfica. Este factor tiene relación con la disponibilidad mencionada anteriormente puesto que, a igual necesidad, algunos no pueden optar al servicio, por diferentes motivos tales como lejanía geográfica de los centros de atención, servicios no disponibles en determinados territorios, etc.

#### **4. FACTORES DETERMINANTES DE LAS DESIGUALDADES SEGÚN LA UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS**

##### **4.1. Nivel Socioeconómico**

Los grupos de población con menores recursos económicos frecuentan más las consultas de atención primaria que las de atención especializada, al contrario que los que poseen mayores recursos económicos.

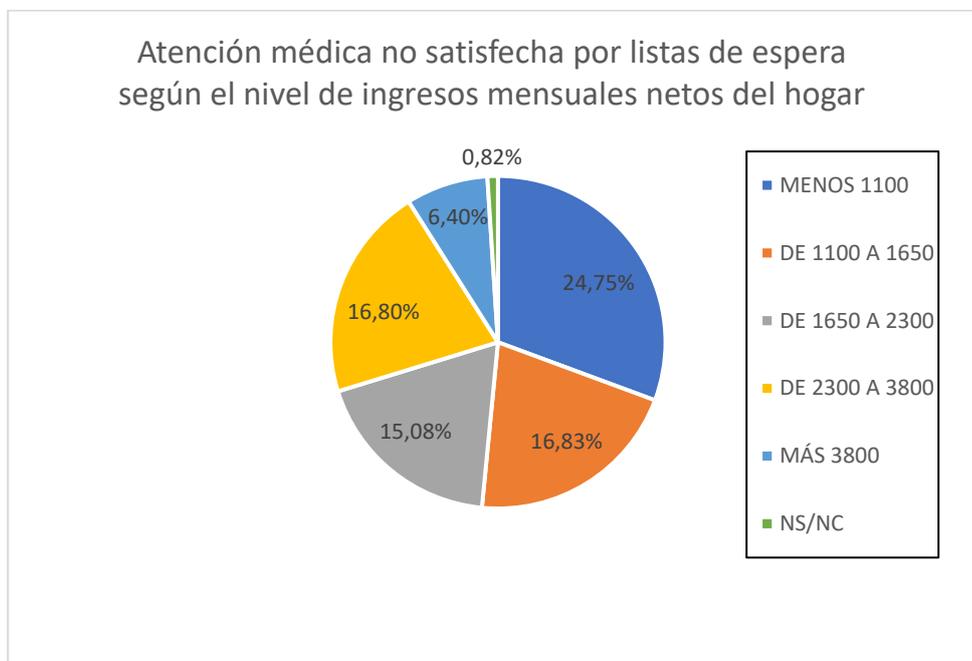
También se observa que, a igual sexo y edad, y con la misma autopercepción de salud, la población con rentas más altas acude a pruebas diagnósticas más habitualmente que las de rentas inferiores.

Otro de los servicios en los que se observa desigualdad es en las consultas preventivas, las mujeres con menos poder adquisitivo las frecuentan menos que aquellas con un poder adquisitivo más elevado.

Lo mismo sucede con los servicios excluidos de la seguridad social, como el dentista. El número de niños pertenecientes a clases más bajas que no acude al dentista es dos veces mayor que los que pertenecen a clases sociales más

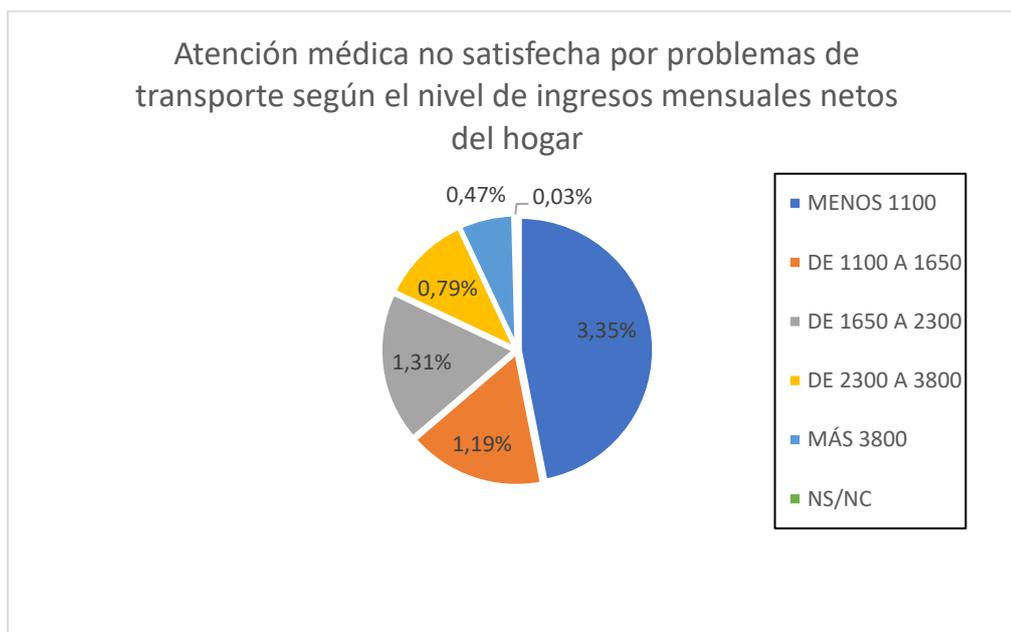
elevadas (Rosa Urbanos 2016, basado en Pinilla J., Negrín-Hernández MA, Abásolo I, 2015).

*Gráfico 4.1.1. Atención médica no satisfecha por listas de espera según el nivel de ingresos mensuales netos del hogar.*



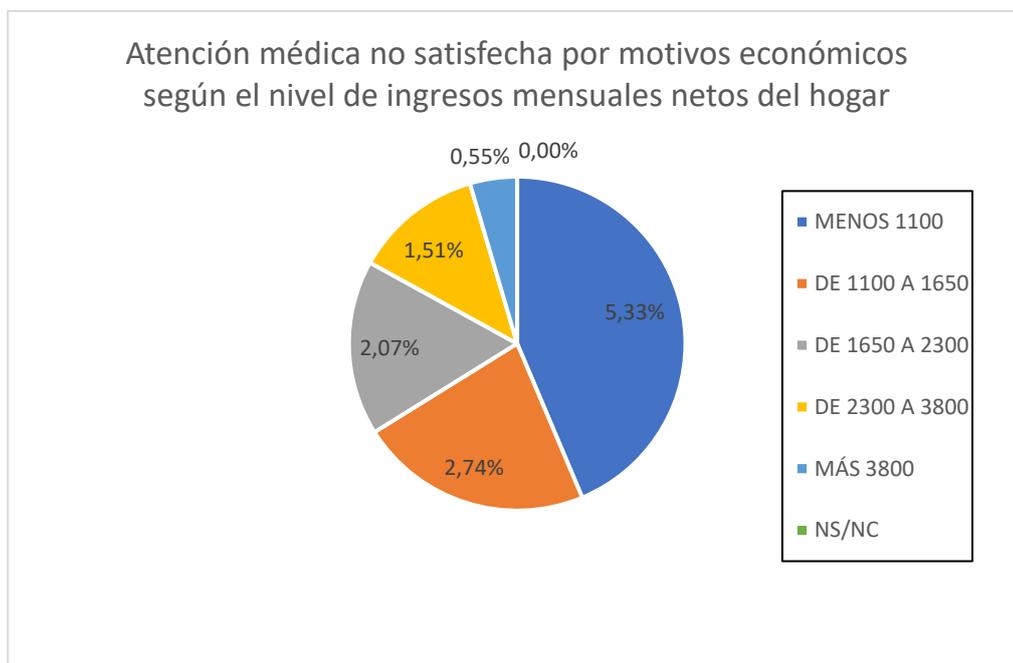
Fuente: Elaboración propia con datos de la EESE (2020) del INE.

*Gráfico 4.1.2. Atención médica no satisfecha por problemas de transporte según el nivel de ingresos mensuales netos del hogar.*



Fuente: Elaboración propia con datos de la EESE (2020) del INE.

*Gráfico 4.1.3. Atención médica no satisfecha por motivos económicos según el nivel de ingresos mensuales netos del hogar.*



Fuente: Elaboración propia con datos de la EESE (2020) del INE.

En los gráficos anteriores observamos la atención médica no satisfecha según el nivel de ingresos, desglosándolo en diferentes gráficos atendiendo a los motivos de dicha ausencia.

Podemos observar cómo se corresponden los datos obtenidos con lo comentado con anterioridad puesto que es el grupo que posee ingresos más bajos el que presenta mayor inaccesibilidad a los servicios sanitarios, independientemente del por qué no hayan podido acceder.

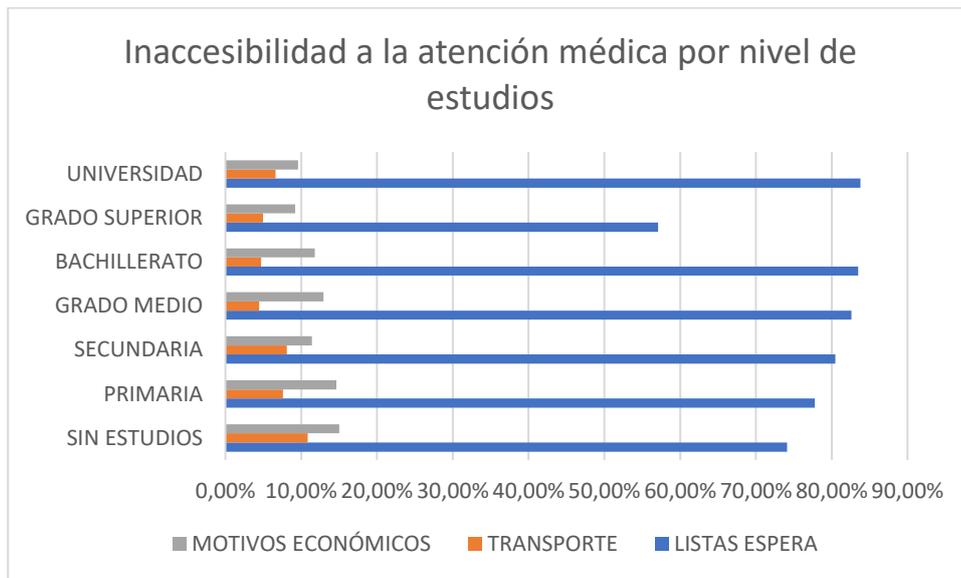
A su vez, vemos que son las listas de espera el principal motivo de inaccesibilidad, seguido de los motivos económicos y por último el transporte.

Podemos determinar una relación inversa entre los ingresos de un grupo de población y la inaccesibilidad a los servicios sanitarios que presenta. Es decir, cuanto mayores son los ingresos, menor inaccesibilidad muestran.

## **4.2. Educación**

Vamos a proceder al análisis de la inaccesibilidad a la atención médica según el nivel de estudios de la población española.

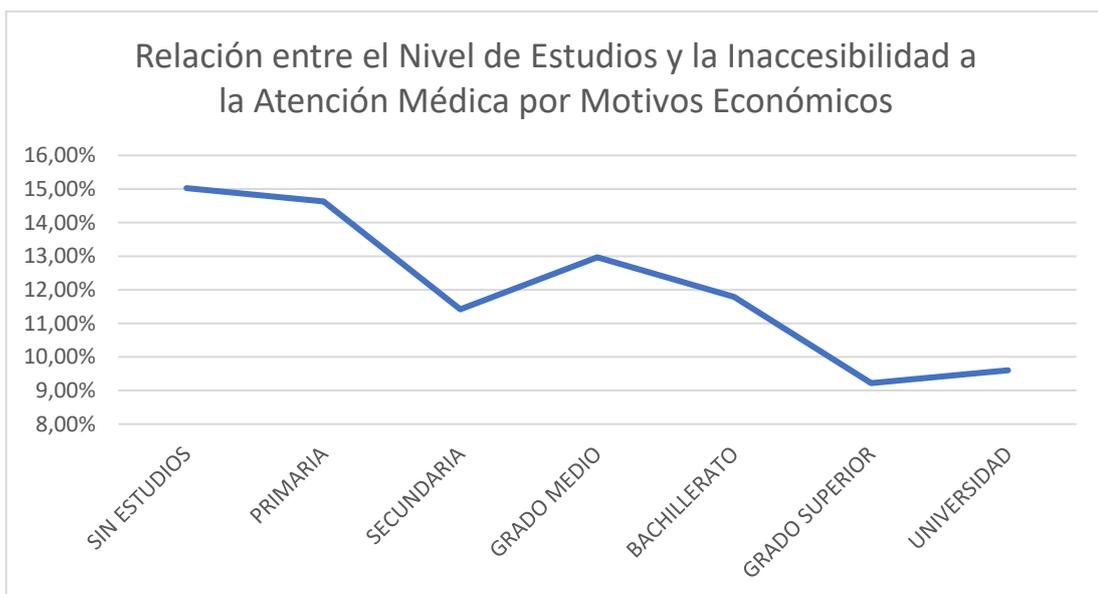
**Gráfico 4.2.1. Inaccesibilidad a la atención médica por nivel de estudios.**



Fuente: Elaboración propia con datos la EESE (2020) del INE.

Podemos observar que, como hemos comentado con anterioridad, tanto para quienes no poseen estudios como para aquellos que poseen estudios superiores, el principal motivo de inaccesibilidad son las largas listas de espera, seguidas de los motivos económicos y, por último, el transporte.

**Gráfico 4.2.2. Relación entre el Nivel de Estudios y la Inaccesibilidad a los Atención Médica por Motivos Económicos.**

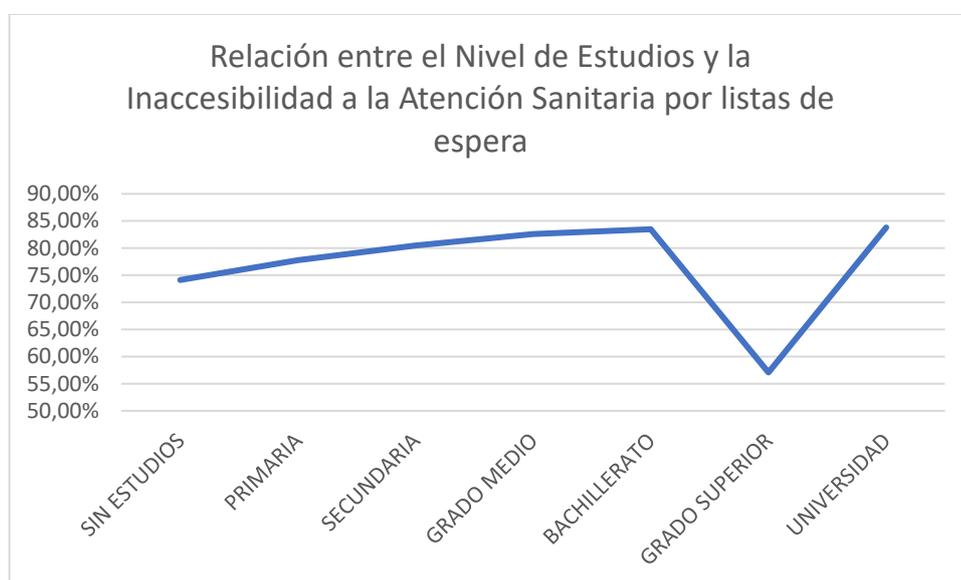


Fuente: Elaboración propia con datos de la EESE (2020) del INE.

El porcentaje de personas sin estudios que presentan inaccesibilidad a la atención sanitaria por motivos económicos alcanza el 15%, frente al 9,6% que corresponde a los universitarios, existe una gran diferencia entre ambos grupos.

En el gráfico anterior podemos observar una tendencia decreciente de la inaccesibilidad a los servicios sanitarios por motivos económicos cuanto mayor es el nivel formativo. Es decir, existe una relación inversa entre inaccesibilidad a los servicios sanitarios por dicho motivo y nivel formativo.

*Gráfico 4.2.3. Relación entre el Nivel de Estudios y la Inaccesibilidad a los Servicios Sanitarios por listas de espera.*

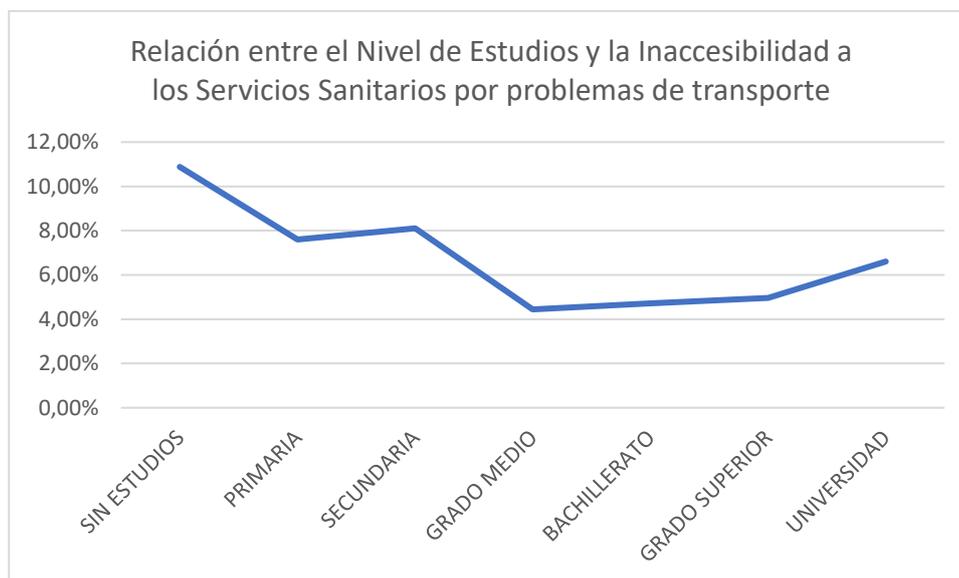


Fuente: Elaboración propia con datos de la EESE (2020) del INE.

En cuanto a la relación entre el nivel de estudios y la inaccesibilidad a la atención sanitaria por listas de espera, podríamos pensar que existe una relación directa que podría deberse a que las personas con estudios más altos suelen frecuentar en mayor medida las consultas del especialista, y estas llevan asociadas listas de espera mayores.

Aunque como podemos observar, el grupo con estudios de grado superior presenta un porcentaje mayor de inaccesibilidad en comparación con los grupos de población de estudios inferiores. Por lo que la relación no está tan clara, habría que realizar un estudio en profundidad para saber si realmente es así.

*Gráfico 4.2.4. Relación entre el Nivel de Estudios y la Inaccesibilidad a los Servicios Sanitarios por problemas de transporte.*



Fuente: Elaboración propia con datos de la EESE (2020) del INE.

Por último, la relación entre el nivel de estudios y la inaccesibilidad a los servicios sanitarios por problemas de transporte es inversa. Cuanto mayor es el nivel de estudios, menores problemas de transporte para el acceso a la asistencia sanitaria presentan.

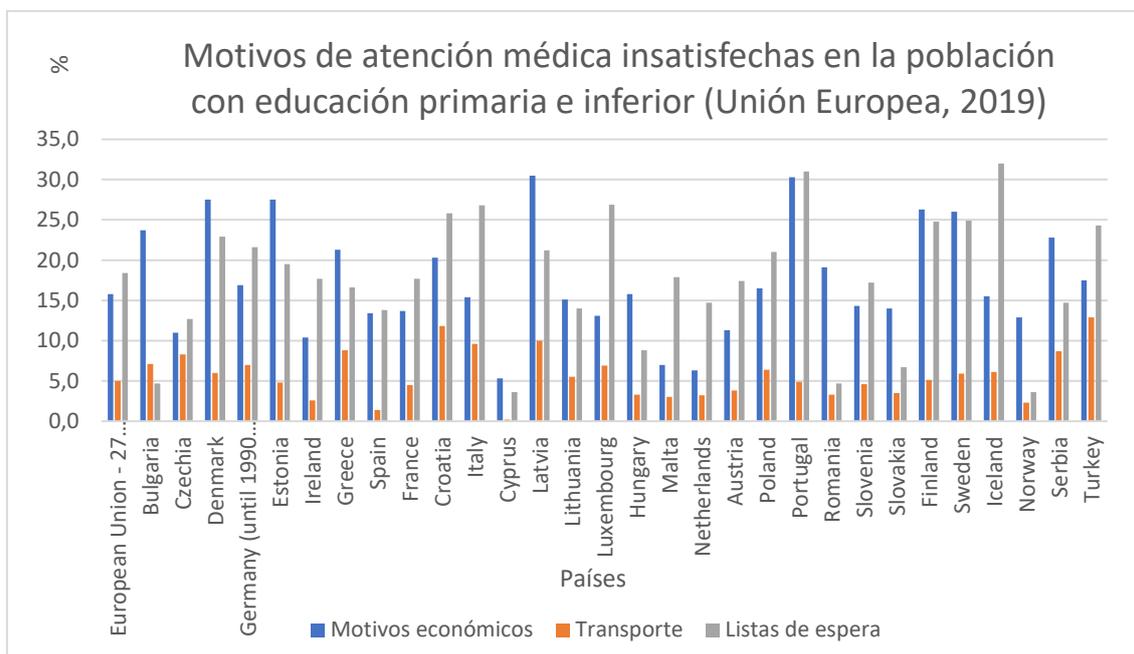
Entre el grupo de población con menores estudios y el grupo de población con estudios más elevados, existe una diferencia porcentual de alrededor de 4 puntos porcentuales.

A continuación, vamos a analizar algunos gráficos basados en los datos que hemos contrastado de Eurostat, referidos a la inaccesibilidad a los servicios sanitarios para la Unión Europea en el año 2019.

En dichos gráficos se estudian las necesidades sanitarias insatisfechas en la población europea según el país y el nivel de estudios que poseen, dividido este último en tres categorías:

1. Educación primaria e inferior
2. Educación secundaria y FP
3. Educación terciaria

Gráfico 4.2.5. Motivos de atención médica insatisfechas en la población con educación primaria e inferior



Fuente: Elaboración propia con datos de Eurostat (2019) <sup>3</sup>.

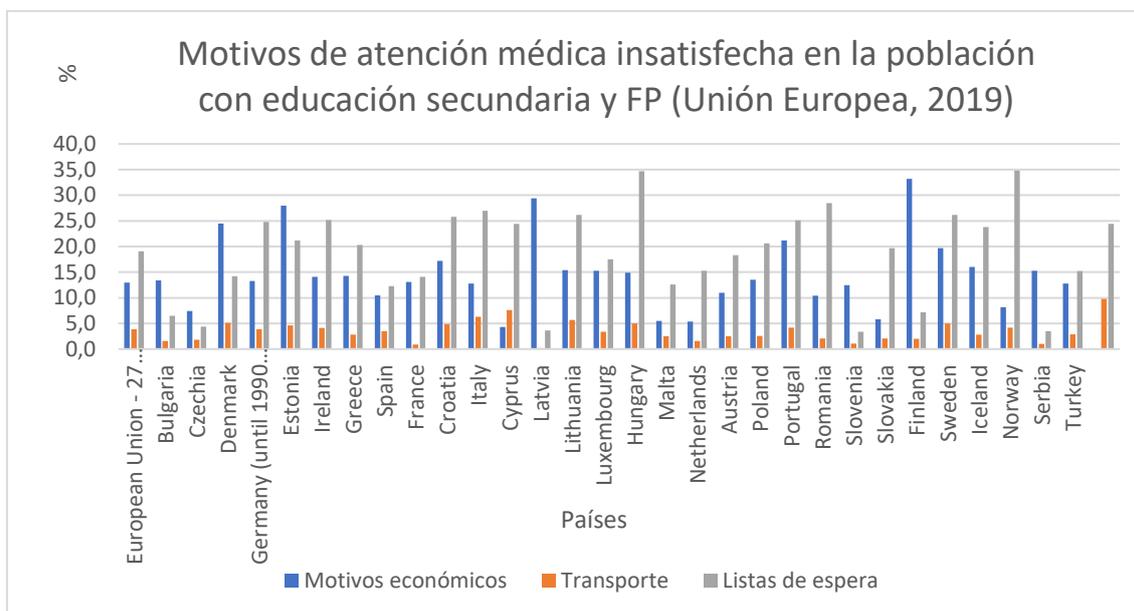
Observamos que, en el caso europeo, aunque también destaca la inaccesibilidad por listas de espera, los motivos económicos presentan una barrera de acceso mayor que en España.

Para España, los motivos económicos y las listas de espera alcanzan porcentajes similares, cerca del 13%, mientras que, en otros países como Bulgaria, Estonia, Grecia, Hungría, Rumania, Noruega, etc, predominan los motivos económicos como principal dificultad de acceso a la prestación sanitaria.

Esto podría deberse al sistema sanitario que posee cada país, puesto que, aunque los países que componen la Unión Europea pretenden ofrecer una cobertura universal, cada uno posee un modelo sanitario basado en principios diferentes.

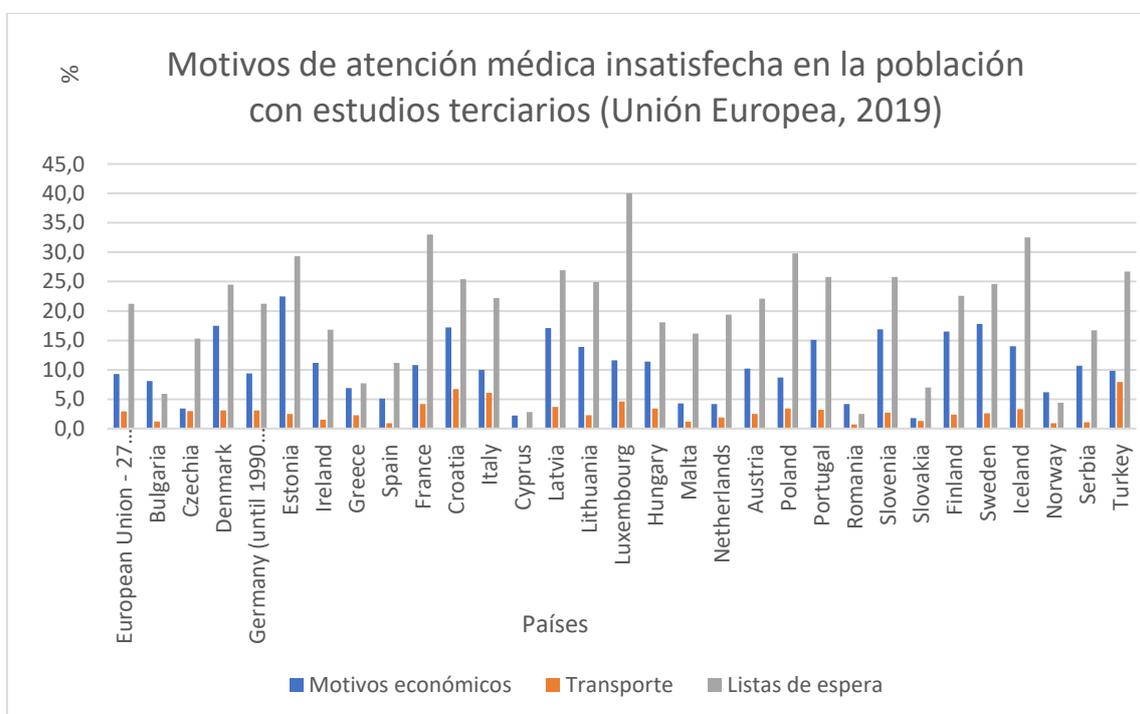
<sup>3</sup> Bélgica y Reino Unido no aparecen en los gráficos por ausencia de datos en el 2019

Gráfico 4.2.6. Motivos de atención médica insatisfecha en la población con educación secundaria y FP.



Fuente: Elaboración propia con datos de Eurostat (2019).

Gráfico 4.2.7. Motivos de atención médica insatisfecha en la población con estudios terciarios.



Fuente: Elaboración propia con datos de Eurostat (2019).

Comparando los tres gráficos anteriores, vemos que cuanto mayor es el grado de estudios alcanzado, menor es la dificultad de acceso a la prestación sanitaria por motivos económicos, al igual que sucedía en España.

Así mismo, comparando los valores que presenta España con los que presenta la Unión Europea, vemos que poseen una estructura similar, pero en el caso español el porcentaje de inaccesibilidad por estos motivos es menor, por lo que podríamos decir que, para los resultados obtenidos en la Unión Europea, España está por encima de la media.

### **4.3. Edad**

La edad es un factor que cobra gran importancia puesto que el colectivo de edad avanzada, alrededor de 65 en adelante, se enfrenta a dificultades de acceso derivadas de la vulnerabilidad que dicho colectivo presenta.

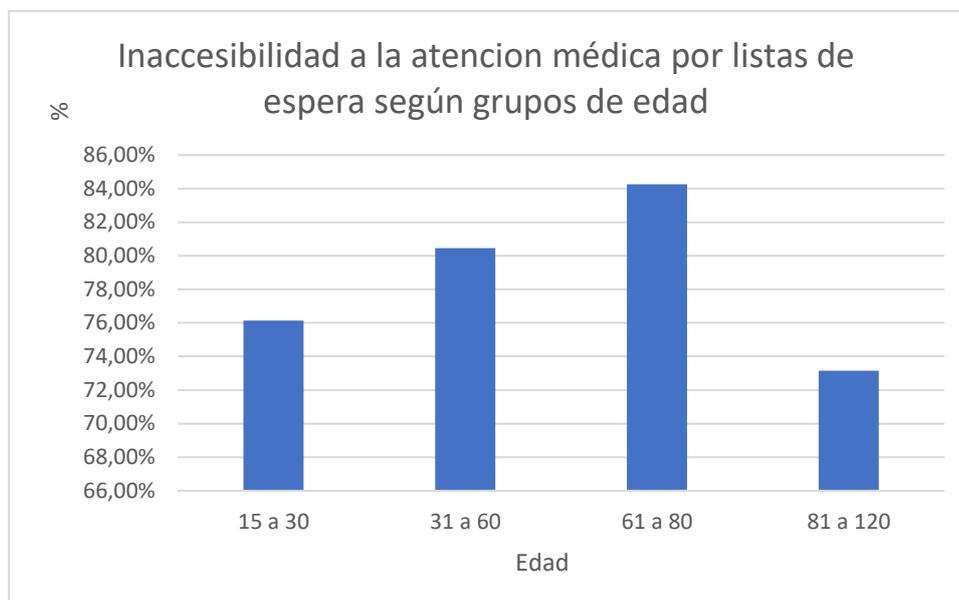
Algunas de las barreras de acceso que pueden condicionar su asistencia sanitaria son las trabas tecnológicas, puesto que el sistema sanitario se ha ido modernizando con los años, y tras la crisis sanitaria del COVID 19 se han modificado algunos de los servicios, como son las citas médicas, actualmente telemáticas, en lugar de presenciales.

Esto supone una dificultad añadida para este grupo de población, ya que muchos de ellos no poseen teléfonos móviles, o acceso a internet, o si, por el contrario, lo poseen, en muchos casos no son capaces de solicitar atención médica.

Otra de las dificultades que cabe mencionar es el transporte, puesto que muchos de ellos no pueden desplazarse con facilidad o dependen de alguien para hacerlo, esto dificulta un acceso igualitario a la atención sanitaria.

En los siguientes gráficos vamos a analizar los principales motivos de inaccesibilidad a los servicios sanitarios por rangos de edad.

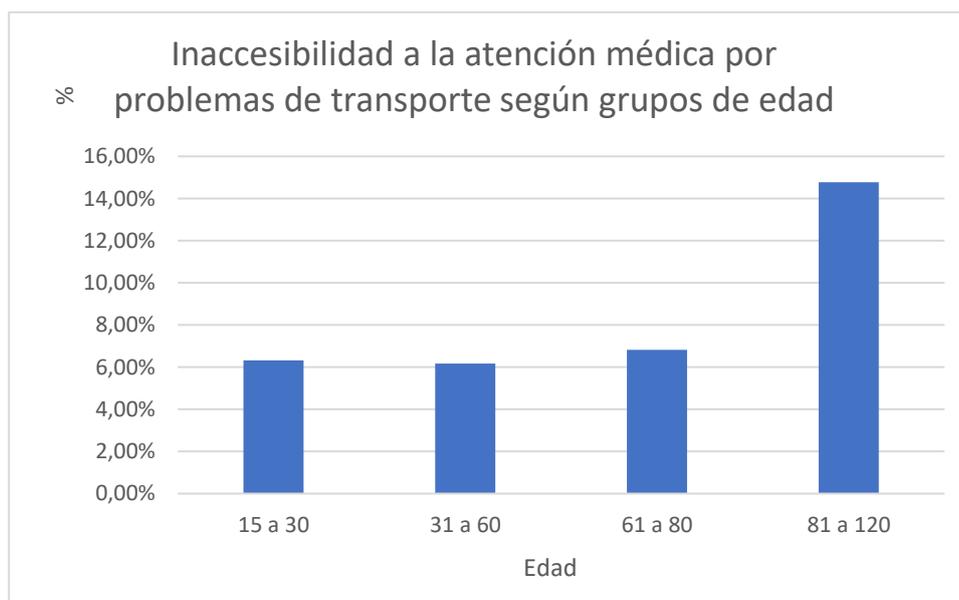
**Gráfico 4.3.1. Inaccesibilidad a la atención médica por listas de espera según grupos de edad.**



Fuente: Elaboración propia con datos de la EESE (2020) del INE.

En el gráfico se observa cómo las listas de espera representan un problema de acceso significativo en todos los grupos de edad, aunque en mayor medida en el grupo comprendido entre los 61 y los 80 años.

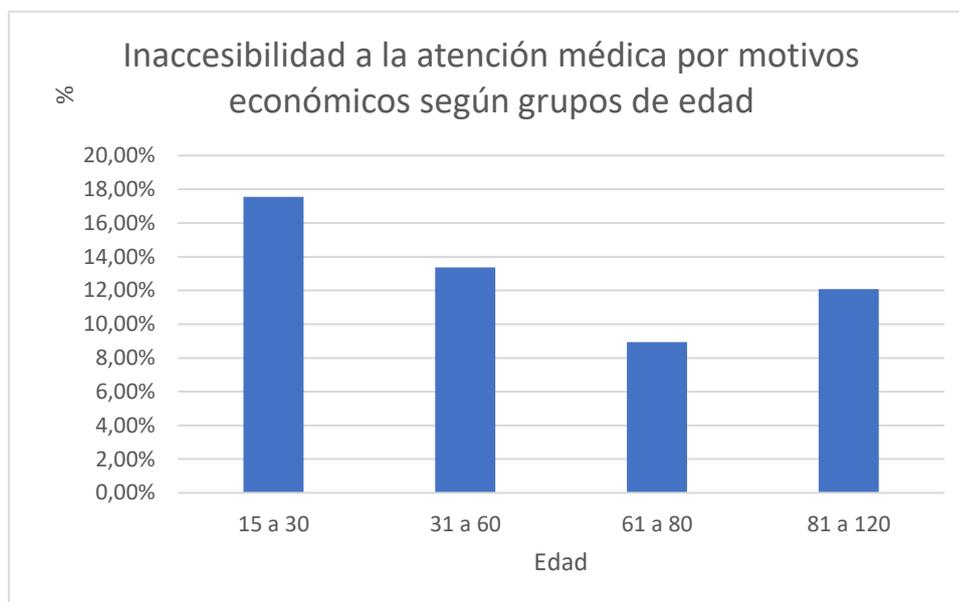
**Gráfico 4.3.2. Inaccesibilidad a la atención médica por problemas de transporte según grupos de edad.**



Fuente: Elaboración propia con datos de la EESE (2020) del INE.

En este caso vemos que quienes se ven afectados en mayor medida por problemas de transporte que dificultan el acceso a la atención médica son las personas con edades comprendidas entre 81 y 120 años.

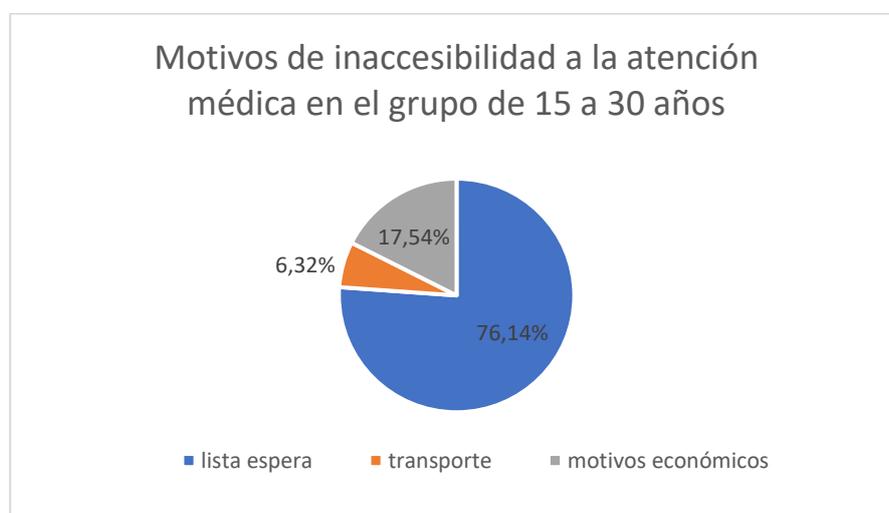
*Gráfico 4.3.3. Inaccesibilidad a la atención médica por motivos económicos según grupos de edad.*



Fuente: Elaboración propia con datos de la EESE (2020) del INE.

En cambio, cuando hablamos de inaccesibilidad a la atención médica por motivos económicos, son los más jóvenes lo que se ven perjudicados.

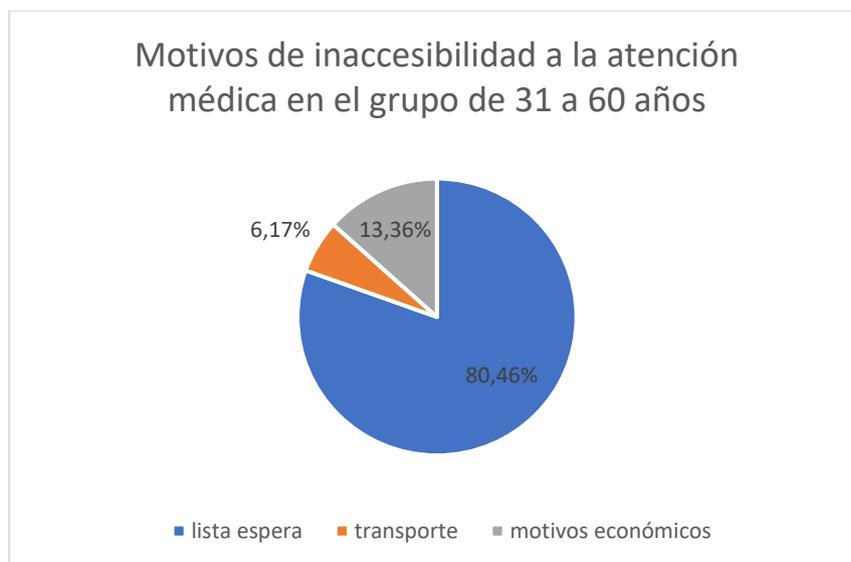
*Gráfico 4.3.4. Motivos de inaccesibilidad a la atención médica en el grupo de 15 a 30 años.*



Fuente: Elaboración propia con datos de la EESE (2020) del INE.

En el grupo de población más joven se observa, al igual que antes, que el 17,54% sufrieron inaccesibilidad a la atención médica por motivos económicos, siendo el porcentaje más elevado en relación con los demás grupos de población.

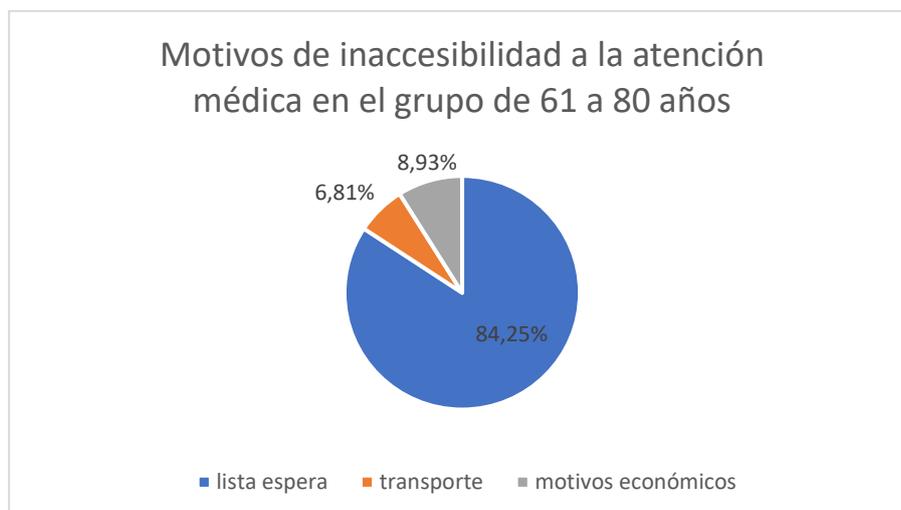
*Gráfico 4.3.5. Motivos de inaccesibilidad a la atención médica en el grupo de 31 a 60 años.*



Fuente: Elaboración propia con datos de la EESE (2020) del INE.

En el grupo de población comprendido entre los 31 y los 60 años también destaca el porcentaje de personas que no tuvieron acceso a la atención médica por problemas económicos, aunque dicho porcentaje se reduce en relación al grupo más joven.

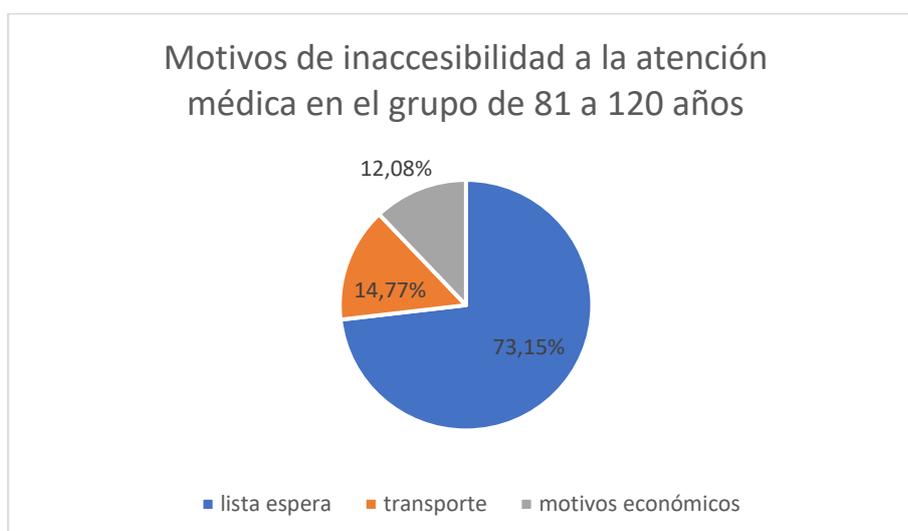
*Gráfico 4.3.6. Motivos de inaccesibilidad a la atención médica en el grupo de 61 a 80 años.*



Fuente: Elaboración propia con datos de la EESE (2020) del INE.

En comparación con los demás grupos de edad, las personas con edades comprendidas entre los 61 y los 80 años, presentan un porcentaje menor de inaccesibilidad a la atención médica por motivos económicos. En este caso el porcentaje de personas que tuvieron problemas de acceso a la atención médica por motivos económicos y aquellos que, en cambio, los tuvieron por problemas de transporte únicamente difiere en un 2%.

*Gráfico 4.3.7. Motivos de inaccesibilidad a la atención médica en el grupo de 81 a 120 años.*



Fuente: Elaboración propia con datos de la EESE (2020) del INE.

Aunque el motivo principal de la ausencia de asistencia médica son las listas de espera (al igual que en todos los grupos de edades analizados), si analizamos los demás factores, se advierte una gran diferencia entre el porcentaje de dificultades de acceso a la atención médica ocasionadas por problemas en el transporte en el grupo de población de edad más avanzada en relación a los demás grupos.

*Tabla 4.3.1. Número de consultas al médico general según rangos de edad*

	0	1	2	3	4	5 o más	ns/nc
15 a 30	58,93%	12,09%	1,78%	0,46%	0,12%	0,15%	26,46%
31 a 60	61,40%	15,23%	2,34%	0,68%	0,38%	0,17%	19,80%
61 a 80	62,25%	24,13%	3,81%	0,84%	0,49%	0,32%	8,15%
81 a 120	59,78%	26,09%	7,13%	1,17%	0,75%	0,56%	4,50%

Fuente: Elaboración propia con datos de la EESE (2020) del INE.

*Tabla 4.3.2. Número de consultas al especialista según rangos de edad.*

	0	1	2	3	4	5 o más	ns/nc
15 a 30	33,48%	6,12%	1,01%	0,19%	0,00%	0,08%	59,12%
31 a 60	41,85%	7,43%	1,19%	0,34%	0,26%	0,08%	48,83%
61 a 80	52,99%	9,36%	1,57%	0,29%	0,28%	0,11%	35,40%
81 a 120	57,20%	8,26%	1,64%	0,52%	0,19%	0,14%	32,05%

Fuente: Elaboración propia con datos de la EESE (2020) del INE.

En general, todos los grupos de población, independientemente de la edad que tengan, visitan en mayor medida al médico general que al médico especialista.

#### **4.4. Género**

A igual salud, renta, edad y educación, las mujeres esperan de media más tiempo para visitas al especialista que los hombres.

También se ha observado el mayor consumo de psicofármacos en las mujeres que en los hombres.

Además, estas acuden con mayor frecuencia al médico y tienden a ser hospitalizadas en menor medida. Una explicación podría ser lo comentado con anterioridad, puesto que los hombres visitan menos al médico.

*Tabla 4.4.1. Número de consultas de los hombres al médico general por rangos de edad.*

	0	1	2	3	4	5 o más	ns/nc
15 a 30	59,17%	9,61%	1,04%	0,32%	0,00%	0,16%	29,70%
31 a 60	62,81%	12,45%	1,86%	0,52%	0,22%	0,13%	22,01%
61 a 80	62,65%	23,14%	3,23%	0,53%	0,47%	0,20%	9,77%
81 a 120	60,16%	26,69%	5,71%	1,06%	0,53%	0,13%	5,71%

Fuente: Elaboración propia con datos de la EESE (2020) del INE.

*Tabla 4.4.2. Número de consultas de las mujeres al médico general por rangos de edad.*

	0	1	2	3	4	5 o más	ns/nc
15 a 30	58,71%	14,41%	2,48%	0,60%	0,23%	0,15%	23,42%
31 a 60	60,03%	18,00%	2,82%	0,85%	0,53%	0,15%	17,61%
61 a 80	61,91%	24,98%	4,30%	1,11%	0,51%	0,43%	6,77%
81 a 120	59,77%	25,87%	7,89%	1,21%	0,85%	0,78%	3,62%

Fuente: Elaboración propia con datos de la EESE (2020) del INE.

En las tablas aparece reflejado el número de consultas al médico general a las que acuden los hombres y las mujeres según el rango de edad, observamos que las mujeres visitan al médico de cabeza más frecuentemente que los hombres, independientemente de la edad.

Entre los hombres y las mujeres que acuden al médico general, tanto los hombres como las mujeres acuden en mayor medida entre una o dos veces. El porcentaje se reduce cuando el número de consultas es mayor.

*Tabla 4.4.3. Número de consultas de los hombres al médico especialista por rangos de edad.*

	0	1	2	3	4	5 o más	ns/nc
15 a 30	26,10%	5,04%	0,72%	0,16%	0,00%	0,08%	67,89%
31 a 60	33,96%	5,66%	0,89%	0,24%	0,22%	0,04%	58,99%
61 a 80	52,25%	8,94%	1,40%	0,07%	0,23%	0,10%	37,01%
81 a 120	60,16%	8,63%	1,46%	0,40%	0,27%	0,00%	29,08%

Fuente: Elaboración propia con datos de la EESE (2020) del INE.

*Tabla 4.4.4. Número de consultas de las mujeres al médico especialista por rangos de edad.*

	0	1	2	3	4	5 o más	ns/nc
15 a 30	40,39%	7,13%	1,28%	0,23%	0,00%	0,08%	50,90%
31 a 60	49,70%	9,20%	1,49%	0,44%	0,29%	0,13%	38,75%
61 a 80	53,63%	9,73%	1,71%	0,48%	0,31%	0,11%	34,03%
81 a 120	55,82%	7,87%	1,77%	0,57%	0,14%	0,21%	33,62%

Fuente: Elaboración propia con datos de la EESE (2020) del INE.

Excepto en el colectivo de edades entre 81 y 120 años, las mujeres acuden menos al especialista que los hombres.

Es decir, el porcentaje de mujeres entre 80 y 120 años que no acudió al médico especialista en 2020 alcanzó un 55,82% frente a un 60,16% en los hombres.

#### **4.5. Etnia y país de procedencia**

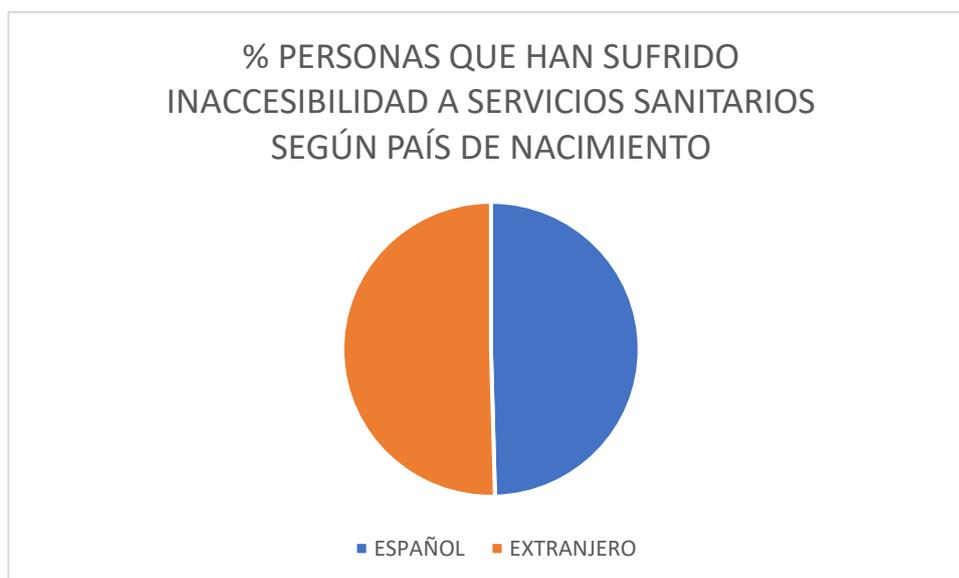
Como ya hemos comentado con anterioridad, la población extranjera presenta barreras de acceso ya sea por las dificultades a las que se enfrenta este colectivo (idioma, culturas diferentes, etc) o por los procedimientos administrativos que se requieren para llevar a cabo el servicio médico.

En España se solicitan procedimientos administrativos a los migrantes de fuera de la Unión Europea para que puedan tener acceso a la atención sanitaria.

En el caso de los inmigrantes que provengan de fuera de la Unión Europea y países con acuerdos bilaterales que residan menos de 90 días, están obligados a presentar un informe de necesidad de los servicios sociales para solicitar asistencia sanitaria.

Estos procedimientos suponen una traba administrativa importante para este colectivo, según denuncian Amnistía Internacional y la red española REDER.

*Gráfico 4.5.1. Personas que han sufrido inaccesibilidad a servicios sanitarios según el país de nacimiento.*

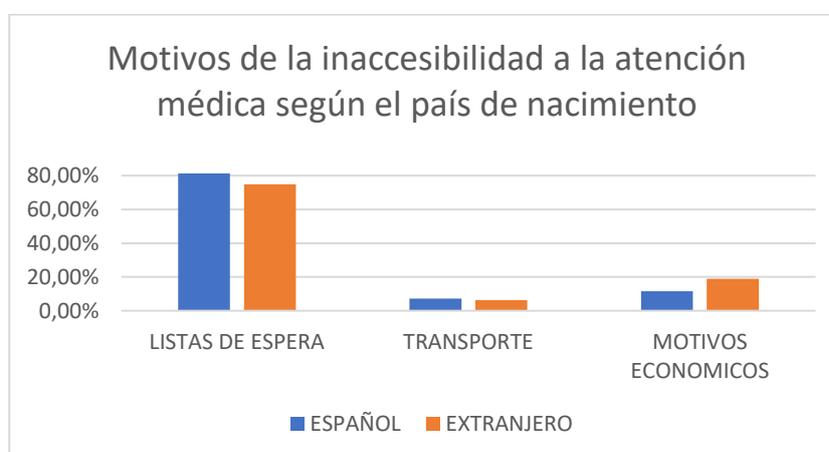


Fuente: Elaboración propia con datos de la EESE (2020) del INE.

Como podemos observar en el gráfico, el porcentaje de población extranjera que ha sufrido inaccesibilidad a la atención médica es prácticamente el mismo que el de población española.

A continuación, vamos a desglosar los motivos de dicha inaccesibilidad, para ver cuáles son los que afectan en mayor medida a cada grupo de población estudiado.

*Gráfico 4.5.2. Motivos de la inaccesibilidad a la atención médica según el país de nacimiento.*



Fuente: Elaboración propia con datos de la EESE (2020) del INE.

En el gráfico se observa cómo la población extranjera se enfrenta a dificultades en el acceso a la atención sanitaria por motivos económicos en un 10% más que la población española.

En cuanto a las dificultades de acceso por listas de espera y transporte, no existe una diferencia significativa entre dichos colectivos.

#### 4.6. Residencia urbana o rural

El lugar de residencia de la población condiciona de manera significativa su acceso a la prestación sanitaria, puesto que las zonas rurales presentan problemas con la disponibilidad física de los servicios y recursos.

Esto supone una dificultad añadida para acceder tanto a los servicios básicos de salud como a los especializados, y puede influir en la calidad del servicio prestado y el nivel de satisfacción del usuario.

*Gráfico 4.6.1. Atención médica no satisfecha por listas de espera según el tamaño de municipio.*



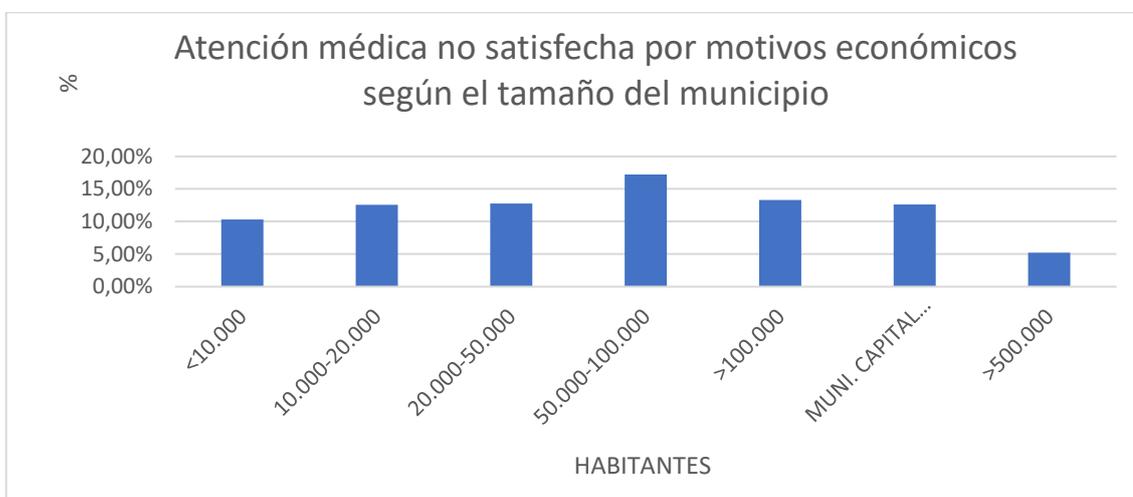
Fuente: Elaboración propia con datos de la EESE (2020) del INE.

**Gráfico 4.6.2. Atención médica no satisfecha por problemas de transporte según el tamaño del municipio.**



Fuente: Elaboración propia con datos de la EESE (2020) del INE.

**Gráfico 4.6.3. Atención médica no satisfecha por listas de espera según el tamaño del municipio.**



Fuente: Elaboración propia con datos de la EESE (2020) del INE.

En los gráficos anteriores observamos las diferencias que presenta la inaccesibilidad a la asistencia médica según el lugar de residencia de la población atendiendo a diferentes motivos.

Para todos los grupos de población el motivo que impide el acceso en mayor medida son las largas listas de espera, seguido de los motivos económicos en la

mayoría de los casos, a diferencia del municipio más pequeño (menos de 10.000 habitantes), en el que se observa que el transporte (13,89%) supone un mayor problema frente a los motivos económicos (10,32%) para este grupo de población.

Esto se debe a los desplazamientos desde zonas rurales que no poseen centros médicos a otras que sí. Supone una barrera de acceso para aquellos que habiten en dichos municipios puesto que no tienen las mismas condiciones de atención médica que los que pueden frecuentar los centros médicos sin desplazarse prácticamente.

También vemos que el transporte impide el acceso a la asistencia en mayor medida que los motivos económicos en los municipios con más de 500.000 habitantes, en este caso la explicación podría tener relación con la dificultad de desplazarse dentro del municipio por la densidad del tráfico causada por un volumen elevado de población.

## **5. CONCLUSIONES**

Según Rosa Urbanos (2016) debemos definir la equidad en el acceso teniendo en cuenta tanto las desigualdades en el derecho al acceso a la prestación sanitaria como la dificultad de obtener una atención sanitaria de calidad.

Como hemos comprobado a lo largo del trabajo, existen desigualdades en el acceso a dicha prestación por diversos motivos, tales como el nivel socioeconómico, la etnia, el país de procedencia, el género, el lugar de residencia o el nivel de estudios.

Los resultados reflejan que los colectivos que sufren dificultades económicas acceden en menor medida a los servicios médicos puesto que suponen un coste tanto económico como de oportunidad que en muchas ocasiones no pueden afrontar.

A lo largo del estudio hemos podido observar que, para toda la población, el principal motivo de inaccesibilidad a la atención médica son las largas listas de espera. Esto puede deberse a los escasos recursos de los hospitales o a la falta de personal sanitario en los mismos.

La población europea que posee ingresos más elevados elude más fácilmente las listas de espera, por lo que, cuanto mayor es el nivel de ingresos más fácil es acceder a los servicios sanitarios. Para solucionar esto los estados del bienestar europeos deberían poner hincapié en reducir las barreras de acceso a la prestación sanitaria<sup>4</sup>.

Así mismo, las medidas políticas adoptadas tras la crisis de 2008, lejos de reducir las desigualdades, las incrementaron. Tanto la calidad como el acceso a la asistencia se vieron reducidas como consecuencia de los recortes y otras medidas políticas implementadas.

Según Rosa Urbanos-Garrido (2020), tras la crisis originada por la pandemia del COVID 19 las desigualdades de salud dental han seguido incrementándose, argumentando que, para solventarlas, las autoridades deben modificar la cobertura pública de atención dental de manera que se incluya a los grupos más vulnerables. De esta forma se reducirían las barreras de acceso a la salud dental que se habían incrementado como consecuencia de la pandemia.

## **6. RECOMENDACIONES PARA REDUCIR LAS DESIGUALDADES EN EL ACCESO**

Como ya hemos comentado con anterioridad son muchas las desigualdades existentes en el acceso a la atención sanitaria, y, aunque uno de los objetivos principales es lograr la cobertura universal, actualmente no es así. Por este motivo, según Rosa Urbanos (2016) deberían reformarse algunos ejes, tales como:

- El concepto de aseguramiento
- La distribución de los costes del servicio, evitando que recaiga en mayor medida en los asegurados. Es decir, que sean las aseguradoras las que asuman en gran parte dicho coste.
- La diferenciación de los servicios prestados en la atención primaria y la especializada, determinando claramente cuáles corresponden a cada una.

---

<sup>4</sup> Erlend L. Fjaer, Por Stornes, Liubov V. Borisova, Courtney L McNamara, Terje A. Eikemo. (Revista Europea de Salud Pública, 2017).

- La gestión clínica

Rosa Urbanos destaca la importancia de “acometer con rigor y objetividad el estudio sistemático de las desigualdades en el acceso a la atención sanitaria, a ser posible desde una perspectiva integral que incluya el análisis de los problemas de salud y colectivos concretos, y que abarque así mismo la evaluación del impacto de la equidad de todas las iniciativas que se pongan en marcha. Una tarea de esta envergadura debería ser abordada y promovida desde las instituciones públicas” (Rosa Urbanos-Garrido, 2016).

También hace una serie de recomendaciones para solventar la brecha en el acceso a la prestación sanitaria:

1. Lograr que la prestación sanitaria de los españoles y los residentes en situación irregular sea la misma, redefiniendo la cobertura.
2. Reformular los copagos de manera que se establezcan ciertos límites y exclusiones en el caso de colectivos vulnerables.
3. Eliminar progresivamente el régimen especial de los funcionarios, impidiéndoles elegir entre la cobertura pública o privada.
4. Lograr que la información proporcionada sea objetiva, tanto para que los profesionales puedan enfocar correctamente su práctica clínica, como para que la población sea capaz de elegir ya sea tratamientos, centros médicos o a los profesionales de forma adecuada.

En la Unión Europea también existen diferencias significativas en el acceso a la atención sanitaria, que se pueden dividir según las dimensiones de la cobertura. Para reducir estas desigualdades, el sistema de salud debe intervenir atendiendo a diferentes ámbitos:

- Cobertura poblacional: Ampliar la cobertura en concreto de los grupos vulnerables.
- Cobertura de servicios: Redefinir el conjunto de servicios prestados.
- Cobertura de costes: Crear medidas que reduzcan el coste al que se enfrenta la población para así evitar las dificultades financieras que dicho coste pueda generar.
- Acceso al servicio: Reducir las listas de espera, incrementar la calidad del servicio, etc.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

- Erlend L. Fjær, Per Stornes , Liubov V. Borisova , Courtney L. McNamara, Terje A. Eikemo. “Subjective perceptions of unmet need for health care in Europe among social groups: Findings from the European social survey (2014) special module on the social determinants of health”. *European Journal of Public Health*, Vol. 27, Supplement 1, 2017, 82–89
- Eurostat. Base de datos: [Base de datos - Eurostat \(europa.eu\)](#) [Consulta: 03/07/2022].
- Menéndez Rexach, A. (2003): “El derecho a la asistencia sanitaria y el régimen de las prestaciones sanitarias públicas”. *DS: Derecho y Salud*, ISSN 1133-7400, Vol.11, N° Extra 1, pp.15-36.
- Organización Mundial de la Salud (2021): “Cobertura Sanitaria Universal”. Disponible en: [Servicios sanitarios de calidad \(who.int\)](#) [Consulta: 17/02/2022].
- Organización Mundial de la Salud (2006): Constitución de la Organización Mundial de la Salud. “Documentos básicos, suplemento de la 45a edición, octubre de 2006”. Disponible en: [\\*who\\_constitution\\_sp.pdf](#) [Consulta: 17/02/2022].
- Oxford University Press, Erlend L. Fjær, Per Stornes, Liubov V. Borisova, Courtney L. McNamara, Terje A. Eikemo: “Subjective perceptions of unmet need for health care in Europe among social groups: Findings from the European social survey (2014) special module on the social determinants of health”. *European Journal of Public Health*, Vol. 27, Supplement 1, 2017, 82–89.
- Pemán Gavín, J. (2001): “Las prestaciones sanitarias publicas: configuracion actual y perspectivas de futuro”. *Revista de Administración Pública*, Núm. 156, Septiembre-diciembre 2001, pp.101-154.

- Penchansky R, Thomas JW. “El concepto de acceso: definición y relación con la satisfacción del consumidor”. *Med Care*. (1981). 19: 127-140.
- Petmesidou M, Guillén AM, Pavolini E. “Health care in post-crisis South Europe: Inequalities in access and reform trajectories”. *Soc Policy Admin*. 2020, pp. 1–18.
- Sabine I. “How social policies can improve financial accessibility of healthcare: a multi-level analysis of unmet medical need in European countries”. *International Journal for Equity in Health* (2016).
- Seguridad Social: “Historia de la Seguridad Social”. Disponible en: [Seguridad Social: Historia de la Seguridad Social \(seg-social.es\)](http://seg-social.es). [Consulta: 05/03/2022].
- Urbanos-Garrido, R. y Puig-Junoy, J. (2014): “Políticas de austeridad y cambios en las pautas de uso de los servicios sanitarios. Informe SEPAS 2014”. *Gaceta Sanitaria*, 28 (S1): 81-88.
- Urbanos-Garrido, R. (2016): “La desigualdad en el acceso a las prestaciones sanitarias. Propuestas para lograr la equidad”. *Gaceta Sanitaria*, 30 (S1): 25-30.
- Urbanos-Garrido, R. (2020): “Desigualdades en función de los ingresos en las necesidades de atención dental no cubiertas en España: huellas dejadas por la Gran Recesión”. *Revista Internacional para la Equidad en Salud*.
- Willy Palm, Erin Webb, Cristina Hernández-Quevedo, Giada Scarpetti, Suszy Lessof, Luigi Siciliani, Ewout van Ginneken (2020): “Gaps in coverage and access in the European Union”.