

LAS DIFERENCIAS SOCIALES EN LA UTILIZACIÓN Y PERCEPCIÓN DEL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL. UN ESTUDIO BASADO EN EL BARÓMETRO SANITARIO DEL AÑO 2008

Augusto Hoyo Lao ⁽¹⁾

Cuerpo Superior de Actuarios, Estadísticos y Economistas de la Administración de la Seguridad Social. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria.

1. Resumen

Este estudio analiza las diferencias en la percepción y utilización de los servicios sanitarios de España en función de variables socioeconómicas. Los datos proceden del barómetro sanitario de 2008, encuesta de ámbito nacional, de 7.203 entrevistas, dirigida a la población de ambos sexos mayores de 18 años, residentes en España. Se han realizado análisis bivariantes de independencia del acceso y de la valoración de los servicios médicos utilizados en los 12 meses anteriores a la encuesta.

(1) correo electrónico: augusto.h.l@hotmail.com. El autor declara que no existen conflictos de intereses y agradece al *Instituto de Información Sanitaria* el ofrecimiento de los datos del barómetro sanitario, al profesor D. Pedro Juez Martel la supervisión del trabajo y a D. Ginés Rueda López sus interesantes sugerencias.

Para cada una de las 4 modalidades asistenciales (medicina de familia, especialidades médicas, urgencias e ingreso hospitalario) se aplicó también un análisis multivariante de regresión logística, que explica la importancia de las características socioeconómicas y personales en la utilización de estos recursos sanitarios.

Los resultados constatan diferencias en la utilización de los servicios sanitarios en nuestro país. No se detectan patrones que sean contrarios a la consecución de la equidad en el acceso a los recursos sanitarios respecto al sexo y a la actividad. En cambio, la propensión a la utilización de urgencias disminuye con la edad; el acceso a las consultas de especialistas crece con el nivel de estudios; se observan menores tasas de utilización en el acceso a las consultas de especialidades para los no nacionales y para los habitantes de núcleos poblacionales menores de 10.000 habitantes. Para estos últimos, también se comprueba una menor propensión a acudir a las urgencias. Estos hallazgos pudieran ser indicativos de falta de equidad en el acceso de estos colectivos a los servicios especializados y a urgencias.

Se observa una buena valoración de los servicios médicos utilizados (de mayor a menor valoración: ingreso hospitalario, medicina de familia, especialidades y urgencias), si bien debe prestarse especial atención a la menor satisfacción en las urgencias, que puede indicar menor calidad percibida en este servicio esencial.

Palabras clave: desigualdades en salud, utilización servicios sanitarios, equidad acceso sanidad, barómetro sanitario, percepción servicios sanitarios, regresión logística.

2. Introducción

El desarrollo económico y social de nuestro país ha provocado el cambio en la orientación del sistema sanitario hacia una nueva concepción de la atención sanitaria, centrada en el ciudadano/paciente, de forma que la calidad y la equidad se convierten en objetivos generales. Esta orientación de la sanidad, que sitúa al ciudadano como centro y eje del sistema sanitario, debe contar con una fuente de conocimiento de las expectativas y valoración de la ciudadanía que sirva para establecer las prioridades de las políticas de salud. El barómetro sanitario, encuesta incluida en el Plan Estadístico Nacional, tiene como principal objetivo obtener información sobre la percepción de los ciudadanos acerca del funcionamiento del sistema sanitario y del impacto de medidas vinculadas a las políticas sanitarias.

Por otro lado, el *Plan de calidad del Sistema Nacional de Salud de España* (2006) sitúa la equidad en salud como un objetivo prioritario del sistema sanitario, asumiendo que, en España, existe suficiente evidencia sobre la relación entre desigualdades sociales y resultados en salud, pero hay escasa información sobre cómo

abordarla desde los sistemas de salud. Para establecer y evaluar políticas de equidad en salud es necesario contar con sistemas de información que permitan conocer las características sociales de las personas atendidas para poder analizar las desigualdades. Entre ellas están el nivel socioeconómico o la clase social y, también, aquéllas que incorporan otras dimensiones de la desventaja social como nacionalidad, creencias religiosas, género, sexualidad, edad o lugar de residencia. El barómetro sanitario contiene datos sobre algunos de estos factores determinantes de la salud, constituyendo una herramienta de gran utilidad para el análisis de la situación de la sanidad ya que permite conocer la percepción de los ciudadanos sobre el funcionamiento de los servicios sanitarios y, además, aporta información sobre el acceso a los recursos sanitarios.

En nuestro país, los estudios de opinión presentan una escasa tradición y menor desarrollo cuantitativo en comparación con otros países de la Unión Europea, como el Reino Unido (Costa, 2001). Entre los estudios más recientes de ámbito nacional cabe destacar el informe de Jovel y Blendon de 2007 sobre confianza en el sistema de salud de España y los informes SESPAS, que aportan información sobre las desigualdades en la utilización de los servicios sanitarios del Estado Español. Hay que destacar también los estudios que analizan esta utilización en relación al sexo, edad, nivel socioeconómico o educativo y la nacionalidad, basados normalmente en la Encuesta Nacional de Salud y en otras Encuestas de ámbito autonómico (en especial Andalucía, Cataluña y País Vasco). No obstante, los estudios sobre utilización de los servicios sanitarios en función del tamaño poblacional y los basados en el barómetro

sanitario son casi inexistentes (Llano, 2006 e Instituto de Información Sanitaria, 2007).

3. Objetivos

Este trabajo tiene como objetivos:

- 1.- Conocer la opinión de los ciudadanos de nuestro país sobre la valoración y la utilización de las distintas modalidades de prestación sanitaria (atención primaria, asistencia especializada, urgencias y hospitalización).
- 2.- Analizar si esa opinión es independiente del género, edad, actividad laboral, nivel de estudios, nacionalidad y tamaño poblacional de residencia.
- 3.- Analizar cuantitativamente los determinantes socioeconómicos y personales de la opinión pública de nuestro país en la utilización del sistema sanitario.

4. Metodología

4.1 Fuente de datos

La fuente de datos procede del fichero de texto del barómetro sanitario del año 2008. El ámbito de esta encuesta es nacional, dirigido a la población residente de ambos sexos mayor de 18 años. Se realiza a través de un diseño muestral de 7.203 entrevistas. La afijación de la muestra es no proporcional, asignándose 150 entrevistas a cada una de las 17 Comunidades y de las 2 Ciudades Autónomas y el resto, hasta el total de entrevistas, se distribuye proporcionalmente al tamaño de la población de cada Comunidad o Ciudad Autónoma. El muestreo es polietápico con selección de las unidades primarias de muestreo (municipios) y de las unidades secundarias (secciones) de forma aleatoria proporcional y de las unidades últimas (personas) por rutas aleatorias y cuotas de sexo y edad. El conjunto de la muestra es representativo a nivel nacional con un error de muestreo de $\pm 1,2\%$ para un nivel de confianza del 95,5%.

4.2 Variables de estudio

La variable dependiente es la opinión sobre utilización y percepción de los servicios sanitarios; de las 41 preguntas que comprende el cuestionario del barómetro sanitario, se han seleccionado 8 que son las que hacen referencia a la asistencia y valoración de los recursos sanitarios, objeto de este estudio. Así, para cada modalidad asistencial (atención primaria, atención especializada, urgencias e ingreso hospitalario) se analizan 2 variables:

- Asistencia en los 12 meses anteriores: Si o No

- Valoración de la asistencia: Muy buena, buena, regular, mala y muy mala.

Las variables independientes son:

- Edad (cuantitativa, categorizada para el análisis bivariante en 6 niveles: de 18 a 24 años, de 25 a 34, de 35 a 44, de 45 a 54, de 55 a 64 y mayores de 65 años)
- Sexo (hombre/mujer)
- Nacionalidad (recodificada en 2 categorías: española/no española)
- Nivel educativo (recodificada en 6 categorías: sin estudios/ E. Primaria/ E. Secundaria/ Bachillerato/ Diplomatura Universitaria/ Superior)
- Situación laboral (recodificada en 7 categorías: Trabaja/Jubilado o Pensionista que ha trabajado/Pensionista que no ha trabajado/Parado/Estudiante/Trabajo doméstico no remunerado/Otra situación. Para el análisis multivariante se ha suprimido esta última categoría debido a su poca representatividad)
- Tamaño de población de residencia (Menos de 2.000 habitantes; de 2.001 a 10.000; de 10.001 a 50.000; de 50.001 a 100.000; de 100.001 a 400.000; de 400.001 a 1 millón; más de 1 millón)

4.3 Análisis estadístico

En este trabajo se han aplicado técnicas estadísticas

descriptivas y de inferencia estadística para analizar la opinión de los ciudadanos acerca del sistema sanitario en España en relación con las variables independientes. Para cada una de las variables de opinión se parte de la hipótesis nula de independencia de la opinión respecto a las variables independientes, que será contrastada a la luz de la información suministrada por la muestra proporcionada por el barómetro sanitario. El análisis bivariable de las relaciones entre las variables de opinión cualitativas y las de cruce se realiza a través de tablas de contingencia utilizando el *test de la Chi cuadrado*. Se muestra, para cada uno de estos contrastes, el p-valor, que permite conocer la significatividad del *test*.

Se aplicarán también técnicas multivariantes de regresión logística para estudiar los factores determinantes de la utilización de los servicios sanitarios (médico de familia, urgencias, especialistas y hospitalización). El método de introducción de las variables independientes es el de “pasos hacia delante por razón de verosimilitud”. Para cada uno de los 4 modelos de regresión logística multivariante, se muestran los valores estimados de los coeficientes y la estimación puntual y por intervalo de confianza de la razón de probabilidades cruzadas u “Odds Ratio” (OR) en la literatura inglesa. El OR es una medida de efecto relativo que informa cómo influye una variable independiente sobre la variable dependiente, cuando se mantienen constantes las demás covariables del modelo de regresión. Por ejemplo, nos informa de cuánto más probable es el ingreso hospitalario para las personas de determinada categoría (mujer) respecto a la categoría de referencia (hombre). (En las variables policotómicas, la categoría de referencia es la primera).

Para la variable edad, que es cuantitativa, el OR representa cuánto varía la probabilidad de utilizar un recurso sanitario, respecto a la no utilización, cuando se incrementa en un año la edad de la persona. La validez de estos modelos de regresión ha sido evaluada a través de la prueba de Hosmer y Lemeshow. El tratamiento de los datos se ha realizado con los programas informáticos SPSS versión 15.0 y Excel.

5. Resultados

5.1 Asistencia a médico de familia en el año anterior

El 74,76% de los encuestados manifiesta haber visitado al médico de familia (público o privado) al menos una vez al año. Sólo el 0,40% no contesta o no recuerda.

En el análisis bivariado (tabla 1), las diferencias por sexo son altamente significativas ya que el 80,39% de las mujeres acudió a médico familia, mientras que este porcentaje se reduce al 69,49% para los hombres. Por edad, se observa una monotonía creciente en el uso de este nivel asistencial, de forma que desde el 64,55% del tramo de 18 a 24 años crece hasta el 86,13% para los mayores de 65 años. Las diferencias también son muy significativas si se analiza por el nivel de estudios, con mayor porcentaje de consultas en función

del menor nivel académico: el 84,91% sin estudios, frente al 69,94% para los titulados superiores. Esta utilización difiere también significativamente según se tenga nacionalidad española (75,60%) o no (68,02%). En función de la actividad, las diferencias mayores se producen entre estudiantes (el 60,62% acudió) y pensionistas que no habían trabajado (el 88,24% utilizó este recurso). El 81,58% de las personas dedicadas al trabajo doméstico no remunerado manifiestan que acudieron a consulta de médico de familia. Para quienes trabajan y parados, estos porcentajes son el 70,13% y 72,75% respectivamente.

La independencia respecto al hábitat poblacional no es concluyente, oscilando entre el 71,93% de habitantes de poblaciones de 400.001 a 1 millón y el 78,86% en más de 1 millón. En núcleos de población menor de 2.000 habitantes, la frecuentación fue del 75,95%.

En el ajuste de los datos a través del modelo de regresión logística (tabla 9) dejan de tener significatividad el nivel de estudios y la nacionalidad así como el tamaño poblacional. La propensión para visitar al médico de familia por las mujeres es 1,789 veces la de los hombres (IC del OR de 1,580 a 2,026); la de los pensionistas que han trabajado es 1,908 respecto a los trabajadores actuales (IC de 1,526 a 2,387) y la de los pensionistas que no han trabajado de 1,595 (IC de 1,061 a 2,397). El OR correspondiente a la edad (como variable cuantitativa) es 1,011 (IC de 1,006 a 1,016).

5.2 Valoración de la atención recibida en consulta de médico de familia de AP (tabla 5)

Entre los encuestados que utilizaron este nivel asistencial, prevalece la opinión de que la atención recibida fue buena (63,72%), le siguen quienes la califican de muy buena (el 21,67%). Para el 11,85% fue regular y el 2,27% la valora como mala o muy mala (no sabe o no contesta el 0,49%).

La valoración es independiente sólo respecto al tamaño poblacional. En las demás variables se detectan diferencias significativas en la valoración recibida en las consultas de médicos de familia. Por sexo, la mejor valoración corresponde a las mujeres (aunque las diferencias desaparecen si se colapsan las categorías buena con muy buena y mala con muy mala). Mejora también con la edad, de forma que el 28,55% de los mayores de 65 años la valoran como muy buena y el 90,43% como buena o muy buena. Según la actividad profesional, son los pensionistas quienes mejor opinión tienen de esta consulta (33,05% muy buena). Por nacionalidad, los más críticos son quienes no tienen nacionalidad española (78,27% la valoran como buena o muy buena frente al 85,92%) Por niveles de estudios son los titulados universitarios y los que carecen de estudios quienes más la valoran como muy buena. Hay que destacar que, en todas las categorías analizadas, el porcentaje acumulado de opinión muy buena y buena supera el 80%, salvo para quienes no tienen nacionalidad española, que es del 78,27%. Éstos son también quienes, en mayor porcentaje, valoran como mala o muy mala esta

atención con un 3,70%.

5.3 Asistencia a urgencias en el año anterior

El 30,91% de los encuestados manifiesta que acudió a urgencias en el último año. Sólo el 0,01% no contestó (tabla 2). Son las mujeres quienes, en proporción, más acudieron a urgencias en el último año (el 32,79% frente al 28,96% de hombres). También hay diferencias significativas en la utilización de urgencias por grupos de edad, aunque son las categorías de menor edad (hasta 44 años) quienes manifiestan un mayor uso de esta modalidad. En el tramo de 24 a 34 años, acude a urgencias el 36,65% de los encuestados frente al 27,65% de los mayores de 65 años. Por tamaños de población, el mayor porcentaje de uso se produce en el tramo de 50.001 a 100.000 habitantes con el 35,36% mientras que la menor frecuentación se produce en las poblaciones menores de 2.000 habitantes con el 23,87%. En función del nivel de estudios, el mayor porcentaje corresponde a las personas sin estudios (33,39%) y por actividad son los parados con un 35,41%. La nacionalidad no ha proporcionado diferencias significativas.

El modelo de regresión logística (tabla 10) mantiene la exclusión de la nacionalidad (única variable excluida en dicho modelo). En la comparación por sexos, el predominio de acudir a urgencias de las mujeres es 1,194 veces el de los hombres. Se confirma el decrecimiento en la utilización de urgencias con la edad

(OR= 0,984 respecto a un año menos), de forma que los jóvenes tienen mayor predominio de acudir a urgencias. Quienes carecen de estudios tienen mayor propensión en acudir a urgencias, decreciendo conforme aumenta el nivel de estudios (OR= 0,748 para E. Secundaria, 0,690 para bachillerato, 0,652 para diplomados y 0,633 para licenciados, respecto a la categoría de sin estudios). El efecto del tamaño poblacional también es significativo, con mayor predominio en todas las categorías respecto a los núcleos rurales de menos de 2.000 habitantes, con un máximo en las poblaciones de 50.001 a 100.000 (OR de 1,698 respecto a núcleos rurales). Por actividad laboral, los pensionistas, tanto los que han trabajado como los que no han trabajado, acuden más que los trabajadores (OR de 1,358 y 1,486 respectivamente). El efecto relativo decrece en los estudiantes respecto a quienes trabajan (OR= 0,659). El resto de categorías de la actividad no son significativas.

5.4 Valoración de la atención recibida en urgencias (tabla 6)

El 55,85% valoró bien la atención recibida en urgencias. El 20,37% la califica de muy bien, el 16,31% de regular, el 3,81% mal y el 3,31% como muy mal. Por lo tanto, el 76,22% de los usuarios de urgencias la valoraron como bien o muy bien frente al 7,12% de mal o muy mal (sólo el 0,35% no contestó).

Los contrastes muestran independencia en esta valoración respecto al sexo, nivel de estudios, nacionalidad y tamaño

poblacional. Sin embargo, hay diferencias altamente significativas en la valoración de la atención de urgencias respecto a los grupos de edad ($p=0,000$) y con la actividad ($p= 0,002$). La valoración mejora con la edad, de forma que son las categorías de mayor edad quienes mejor valoran esta asistencia: el 82,30% de los mayores de 55 años y menores de 65 y el 84,59% de los mayores de 65 años la valoran como muy bien o bien. Estos porcentajes descienden hasta el 69,06% para los menores de 24 años y el 69,28% de los menores de 34 años.

En función de la actividad, el máximo se alcanza en la categoría de pensionistas que antes no trabajaron (90,80% califican de bien o muy bien la atención recibida), seguido de los trabajadores domésticos (81,51%). Este porcentaje desciende para los trabajadores actuales (75,24%) y parados (72,09%). Los estudiantes son quienes peor sitúan esta valoración (62,32% la valoran como bien o muy bien, el 27,54% como regular y el 10,14% como mal o muy mal)

5.5 Asistencia a consulta de especialista en el año anterior

El 46,82% de los encuestados declaran haber acudido a consulta de especialista en el año anterior a la entrevista. Tan sólo no recordó o no contestó el 0,18% (tabla 3).

En todos los contrastes ha quedado constatada la

dependencia de esta consulta al especialista respecto a todas las variables de cruce ($p = 0,000$). Por sexo, son las mujeres las que visitan al especialista en mayor proporción (52,73% frente al 40,74% de los hombres). Por grupos de edad, hay un crecimiento en este porcentaje en función de la edad: desde el 32,39% de los menores de 24 años hasta el 59,18% para los mayores de 65 años. También crece la proporción de consultas a especialistas en función del tamaño poblacional, de forma que el 42,18% de los que habitan en pequeñas poblaciones menores de 2.000 habitantes consultan al especialista, frente al 56,33% de los que habitan en grandes ciudades de más de 1 millón de habitantes.

Respecto al nivel de estudios son las categorías extremas las que registran un mayor porcentaje de visitas al especialista: Sin estudios 52,02% y Superior 52,29%. La menor propensión de consultas al especialista corresponde al nivel de E. Secundaria con el 41,46%. Comparando por nacionalidad, también hay una diferencia significativa: los españoles acuden en mayor medida al especialista que quienes no tienen nacionalidad española (48,01% frente al 31,98%). En función de la actividad, los estudiantes son quienes registran menor proporción de consultas al especialista (35,15%) y los pensionistas quienes más consultan (jubilados 59,57% y pensionistas que no han trabajado el 60,21%). Entre ellos se sitúan los trabajadores domésticos con 53,67%. No hay diferencias entre trabajadores y parados (41,18 y 41,43%, respectivamente).

El modelo de regresión logística (tabla 11) mantiene a todas

las variables como significativas. Respecto a los hombres, las mujeres tienen un OR de 1,648 (manteniendo constantes las demás variables). Por edad, aumenta la propensión a utilizar la consulta de especialista en el factor 1,010 por cada año adicional. Según el nivel de estudios, el OR aumenta respecto a la categoría de referencia (sin estudios): de 1,202 de E. Primaria a 1,989 para los de estudios superiores. También incrementa el predominio a acudir al especialista con el tamaño poblacional de forma que, respecto a las poblaciones menores de 2.000 habitantes, el OR es de 1,196 para poblaciones de 2.001 a 10.000 habitantes, alcanzando el 1,727 para las personas que viven en las grandes ciudades que superan el millón de habitantes. Por nacionalidad, ajustadas las demás variables, se constata el menor efecto relativo de los no españoles, con un OR de 0,581, respecto a los nacionales. Finalmente, por actividad profesional y respecto a la categoría de trabajadores, se observa una mayor propensión a visitar al especialista para los jubilados (1,930), pensionistas (1,494) y trabajadores domésticos (1,253). No hay diferencias significativas entre parados y trabajadores.

5.6 Valoración de la atención recibida en consulta de especialista (tabla 7)

Prevalece, con el 63,47%, la opinión de que la atención recibida en la consulta del especialista fue buena, para el 18,51% fue muy buena y el 13,00% la valora como regular. Sólo el 3,81% la considera mala o muy mala. (La tasa de no respuesta fue del 0,70%).

En la comparación con las variables de interés, no se observaron diferencias significativas respecto al sexo, nacionalidad y tamaño poblacional. Hay dependencia de la valoración respecto a la edad: la mejor opinión respecto a la atención recibida corresponde a los mayores de 65 años (el 89,05% la considera buena o muy buena) seguido de los mayores de 55 a 64 años (85,49%) y de los mayores de 45 a 54 años (82,67%). Las categorías de inferiores edades son más críticas, en especial el tramo entre 25 y 44 años, con un 78% que la considera muy buena o buena, el 16% regular y el 6% mala o muy mala.

La dependencia se detecta también respecto al nivel de estudios. Aunque los de nivel superior son los que registran mayor proporción en la valoración muy buena (25,13%) son los que menos la califican como buena (49,74%). También son quienes más la valoran como regular (21,99%). En el acumulado muy buena y buena, todas las categorías superan el 80%, excepto el nivel superior que se queda en el 74,87%, oscilando desde el 80,57% de educación secundaria hasta el 88,04% de la categoría sin estudios. Por actividad, la principal diferencia se presenta en la categoría de estudiantes en la valoración como muy buena (30,30%) aunque también son quienes más la valoran como mala (4,55%). Los pensionistas y trabajadores domésticos son quienes más valoran la asistencia como muy buena o buena, frente a los parados 77,01% y trabajadores 79,34%.

5.7 Ingreso hospitalario en el año anterior

El 10,09% de los encuestados declaró que habían precisado ingreso hospitalario en el año anterior a la entrevista. Sólo el 0,06% no contestó (tabla 4).

Se constata la independencia en la declaración del ingreso respecto al tamaño poblacional ($p= 0,940$) y a la nacionalidad ($p= 0,972$). En cambio, respecto a las demás características, el contraste de independencia resultó altamente significativo. Respecto al sexo, las mujeres manifiestan mayor proporción de ingresos hospitalarios (11,34% frente al 8,78% de los hombres). Por grupos de edad son los mayores de 65 años quienes más ingresan (13,05%, seguidos de los mayores de 55 hasta 64 años con 12,08%). Ingresan en menor proporción las personas del tramo de 18 a 24 años con el 6,90%, creciendo de manera significativa en el siguiente tramo de 25 a 34 años hasta el 10,36% (explicable quizás por ser las edades con mayor probabilidad de partos en las mujeres) para volver a descender en los 2 decenios siguientes, de 35 a 54 años (8,87% y 7,87% respectivamente).

Para el nivel de estudios, son los que carecen de éstos quienes manifiestan padecer más ingresos hospitalarios, 15,73%, descendiendo hasta alcanzar el 7,44% de los diplomados universitarios. El 10,41% de los titulados superiores declaran haber tenido algún ingreso. En función de la actividad, son los pensionistas que no han trabajado (17,93%) y los jubilados (14,25%) quienes indican más ingresos, frente a los estudiantes (5,12%). Los trabajadores indican ingreso en el 8,03%, los parados un 9,87% y los

trabajadores domésticos el 10,81%.

El modelo de regresión logística (tabla 12) sólo incluye como variables significativas el sexo y la actividad, si bien la variable edad queda fuera del modelo con un p valor de 0,05059. El OR de las mujeres es 1,324 veces el los hombres (IC de 1,108 a 1,581). Para la actividad y con la categoría de los trabajadores como de referencia, resultan significativos los OR de los jubilados (1,953) y de los pensionistas que no han trabajado (2,147).

5.8 Valoración de la atención recibida en el ingreso hospitalario (tabla 8)

El 86,36% de los ingresados valoró esta atención como muy buena o buena, el 9,31% como regular y el 2,32% como mala o muy mala. (El 2,24% no contestó). Se acepta la independencia de la valoración respecto al sexo, única variable sobre la que ha podido realizarse la prueba Chi cuadrado (en los demás contrastes se supera el 20% de casillas con frecuencia esperada menor que 5).

6. Discusión

6.1 Utilización de los servicios sanitarios

El derecho a la protección de la salud es la razón de ser de los sistemas sanitarios y la consecución de la equidad en el acceso a los recursos sanitarios debe ser uno de sus principales objetivos. La confianza de que un sistema sanitario con cobertura universal y gratuita garantice que no existan diferencias en el acceso entre quienes presentan necesidades similares (equidad horizontal) viene siendo refutada por suficientes evidencias provenientes de países con Sistemas Nacionales de Salud (Meneu *et al*, 2008) y, aunque se constata una reducción de las desigualdades en el acceso a atención primaria, continúa existiendo un importante gradiente de clase en las visitas al especialista, al dentista, en la asistencia hospitalaria y en la realización de actividades preventivas, diagnósticos o tratamientos (Bolívar *et al*, 2009). Este aspecto es especialmente importante en el contexto actual, caracterizado por rápidos cambios poblacionales derivados de un mayor protagonismo de la inmigración, un aumento de la longevidad de la población, la precariedad en el trabajo y la incorporación al mercado laboral de las mujeres, que conforman una sociedad claramente estratificada por factores sociales y económicos. Estas desigualdades sociales tienen una traducción en términos de salud y los servicios sanitarios, como determinante de la salud y pilar del estado de bienestar, deben tener un importante papel en la reducción de estas desigualdades debidas a situaciones socioeconómicas. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la falta de equidad tiene lugar como consecuencia de las diferencias de oportunidades derivadas, por ejemplo, del acceso desigual a los servicios de salud, a una alimentación correcta y a una vivienda adecuada.

Los modelos clásicos sobre utilización de los servicios sanitarios establecen variables de tres tipos: *de necesidad* (objetiva y subjetiva), que son las de mayor efecto en la utilización, *predisponentes [sic.]* (Sociodemográficas) y *facilitadoras* (Delgado, 1991). El presente análisis permite conocer los patrones de utilización por separado de las principales modalidades de prestación sanitaria, en función de los factores *predisponentes [sic.]* o precursores. Todas las variables estudiadas han resultado significativas en al menos uno de los 4 modelos de regresión logística sobre utilización de los recursos sanitarios. El **sexo** es una variable significativa en los 4 modelos de regresión, siendo las mujeres quienes presentan mayores tasas de utilización en todos los dispositivos asistenciales analizados. Los motivos de esta mayor asistencia son múltiples: necesidades biológicas, su papel reproductivo, la mayor esperanza de vida y su peor salud percibida (García Calvente *et al.*, 2009).

Las personas de más **edad** tienen mayor probabilidad de utilizar las consultas de medicina de familia (OR= 1,011) y de especialidades (OR= 1,010). Los mayores de 55 años son quienes más sufren ingreso hospitalario. En cambio, la propensión a la utilización de las urgencias disminuye con la edad (OR=0,984), siendo los menores de 44 años quienes, proporcionalmente, más acuden a recibir atención en esta modalidad asistencial. Las prácticas de mayor riesgo en los jóvenes, el peso de la tocoginecología y el hecho de considerar las urgencias como puerta de entrada al Sistema pueden explicar este hallazgo.

La comparación por **nacionalidad** presenta significatividad en el modelo de regresión de utilización de consultas de especialidades con un OR de 0,581. Varias causas pueden determinar este resultado: la hipótesis del inmigrante sano, los componentes culturales, el menor control de embarazos pero también las barreras idiomáticas y burocráticas para acceder a este nivel asistencial.

El análisis para el **tamaño poblacional** indica diferencias significativas respecto a la utilización de urgencias y al acceso a especialidades. En esta última modalidad asistencial, hay que destacar el crecimiento en la proporción de asistentes conforme aumenta el tamaño de la población, de forma que el 42,18% de quienes habitan en pequeñas poblaciones manifiestan acudir al especialista, frente al 56,33% de las grandes urbes de más de 1 millón de habitantes (el modelo ajustado depara un OR de 1,727 para los habitantes de las grandes poblaciones respecto a núcleos de menos de 2.000 habitantes). La ubicación de los servicios especializados, a diferencia de los consultorios o centros de salud, en núcleos de población de mayor tamaño explica estas sensibles diferencias, que puede estar dificultando el acceso a estos recursos sanitarios para los habitantes de las pequeñas poblaciones. También en estas pequeñas poblaciones acuden menos a urgencias (OR= 1,697 de las ciudades intermedias de 50.001 a 100.000 habitantes respecto a los residentes en los núcleos menores de 2.000 habitantes). Según los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) referidos a 1/1/2008, hay 2.837.647 de personas que habitan en municipios inferiores a 2.000 habitantes (el 6,15% de la población total de España) y 9.870.487 en municipios inferiores a 10.000

habitantes (el 21,38% del total).

En relación al **nivel de estudios**, para quienes carecen de ellos hay una mayor utilización de consultas de medicina de familia, de urgencias y de ingresos hospitalarios. En cambio, el acceso a especialidades crece con el nivel de estudios, de forma que la probabilidad de los titulados superiores duplica al del grupo de sin estudios. Urbanos *et al.* (2008) apuntan diversos motivos de este superior consumo de consultas especializadas en los niveles altos de estudios: el dispar conocimiento y capacidad para transitar por el sistema; los excesivos tiempos de espera; la predisposición a buscar los cuidados y respuestas ante las mismas situaciones de necesidad y la actitud de los profesionales médicos ante pacientes con distintos niveles de formación.

Al igual que el sexo, la **actividad** es significativa en los 4 modelos de regresión, constatándose que jubilados y pensionistas son quienes más utilizan los recursos sanitarios en todas las modalidades asistenciales y los estudiantes quienes menos. Comparando las categorías de parados y trabajadores, el mayor porcentaje de uso de los primeros no ha supuesto diferencias significativas en ninguno de los 4 modelos.

Estos resultados son consistentes con los aportados por otros estudios. Así, Lostao *et al.* (2001) analizaron la evolución de las diferencias socioeconómicas en la accesibilidad a los servicios

sanitarios en España en 1987 y 1997 a partir de los datos de las Encuestas Nacionales de Salud (ENS), encontrando que la consulta médica (sin diferenciar entre médico generalista y especialista) fue más frecuente en los individuos sin estudios y en los grupos socioeconómicos bajos, en uno y en otro período. No se encontraron diferencias socioeconómicas estadísticamente significativas en la frecuencia de hospitalización en ambos periodos. Regidor *et al.* (2006) concluyen, analizando la ENS 2001, que la frecuencia de consultas al especialista según los ingresos económicos del hogar muestra un patrón distinto al observado en las consultas al médico general y en la hospitalización. Los sujetos con menores ingresos económicos presentan la mayor frecuencia de consultas al médico general y hospitalización, aunque presentan la menor frecuencia de consultas al especialista. Márquez *et al.* (2007), a partir de la Encuesta de Salud de Andalucía del año 2003, no encontraron patrones de desigualdad en el uso de la mayor parte de los servicios analizados (hospitalización, urgencias, la mayoría de los medicamentos y algunas medidas preventivas) y que algunos servicios (como la consulta médica) eran más usados por las personas de menor nivel educativo. En la atención de urgencias observaron que el uso más frecuente correspondió a las personas menores de 46 años. García Calvente *et al.* (2007) detectan, en la encuesta andaluza de salud de 1999 y 2003, que la mayor frecuentación en las consultas de medicina general se relaciona directamente con la edad e inversamente con los estudios. Comparando mujeres y hombres, ellas consultan más en todas las categorías de las variables estudiadas, excepto las universitarias y las estudiantes.

Respecto a la inmigración, Rivera *et al.* (2008) comparan los perfiles de utilización de los recursos sanitarios entre la población nacional y la extranjera, comprobando que los porcentajes de frecuentación de consultas médicas, obtenidos a partir de la ENS 2003, muestran unas cifras similares entre las dos poblaciones, aunque menores en los inmigrantes, no apreciando barreras importantes, impuestas por el propio sistema, que limiten la atención sanitaria a la población inmigrante. Atribuyen la menor utilización de servicios sanitarios respecto a la población autóctona a que la población extranjera es más joven y goza de buen estado de salud. (En nuestra muestra del barómetro sanitario que aquí analizamos, los nacionales españoles tienen una edad media de 47,7 años mientras que las de los no nacionales es de 34,5 años).

Otro estudio (*Rodríguez et al.*, 2008), circunscrito a la población inmigrante en el País Vasco, constata también una menor utilización relativa de servicios sanitarios por parte de la población inmigrante, que relaciona con su mejor nivel de salud (hipótesis del inmigrante sano recién llegado) y con el tiempo de residencia. Este efecto de menor utilización se diluye con el tiempo de permanencia y el resultado final es un incremento del uso de servicios sanitarios, consecuencia de un empeoramiento relativo de las condiciones clínicas y el mejor conocimiento de las formas de acceso a los servicios sanitarios. En cambio, respecto a los servicios de urgencia muestra una mayor asistencia por parte de la población inmigrante en relación con otras modalidades de atención, que puede explicarse tanto por el reflejo de componentes culturales y roles de género como por la edad, relacionada con una mayor fecundidad y un menor

control del embarazo en atención primaria de las mujeres inmigrantes.

Respecto al efecto del territorio, viene siendo configurado como un determinante de la salud, habiéndose evidenciado que el nivel socioeconómico de un área geográfica puede modificar la asociación entre la salud percibida y los indicadores socioeconómicos a nivel individual, de forma que el vivir en áreas de mayor privación incrementa sistemáticamente la probabilidad de tener una salud percibida más deficiente (Bolívar *et al.*, 2009). Por ello, el estudio de áreas geográficas constituye un instrumento importante para la planificación y programación de los recursos sanitarios en aras de reducir las desigualdades entre los distintos territorios. En esta línea debe citarse la contribución del *Atlas de Variaciones en la Práctica Médica en el Sistema Nacional de Salud*. No han sido localizados estudios que relacionen el tamaño poblacional con la utilización de los recursos sanitarios, que permitan comparar los resultados observados en el presente trabajo.

6.2 Percepción de los servicios sanitarios

Para **valorar la calidad** global de un sistema sanitario, los criterios de calidad técnica establecidos objetivamente por la oferta sanitaria deben ser complementados con los criterios subjetivos de satisfacción, que son expresados por quienes demandan los servicios de salud. El grado de satisfacción colectivo y las

expectativas de cara al futuro deben orientar las acciones de mejora y las políticas sanitarias. Esta valoración está influida por circunstancias personales, socioeconómicas y demográficas, por lo que el análisis de éstas, en la conformación de las opiniones y en la satisfacción respecto a los servicios sanitarios, es un instrumento de enorme utilidad (Llano, 2006).

Este análisis, que relaciona estos factores personales y socioeconómicos y la valoración de la atención recibida, está ausente en numerosos estudios sobre el tema, siendo escasa y poco consistente la información. En algunos estudios, los hombres están más satisfechos, mientras que en otros lo están las mujeres, pero, generalmente, los pacientes de ambos sexos manifiestan igual grado de satisfacción con los cuidados. El estudio de la relación entre clase social y satisfacción también depara hallazgos contradictorios. Lo más frecuente es que las personas con estudios superiores manifiesten menor satisfacción con la atención, tanto en estudios con pacientes como en estudios de opinión (Delgado, 2004). Rodríguez *et al.* (2008), en un estudio sobre inmigración y salud en el País Vasco, denotan un alto nivel de satisfacción con el sistema sanitario por parte de los colectivos de inmigrantes, siendo la urgencia hospitalaria el dispositivo asistencial peor valorado.

En nuestro análisis, destaca la opinión favorable respecto al nivel de **atención primaria**: el 85% de los encuestados que consultaron al médico de familia, la calificó de muy buena o buena, frente a sólo el 2,27% que la valoró como mala o muy mala. Esta

opinión es más positiva en las mujeres, mejora con la edad y para los pensionistas y trabajadores domésticos. Todas las categorías superan el 80%, excepto los no nacionales españoles que tienen una opinión más crítica (78,27% frente al 85,92% de los nacionales).

La opinión respecto al nivel de **atención especializada** también es muy positiva, aunque ligeramente menor que en consulta de médico de familia: casi el 82% la valora como buena o muy buena, frente a casi el 4% que la califica de mala o muy mala. Todas las categorías superan el 75% en la opinión buena o muy buena, a excepción de los titulados superiores (74,87%). El 6% en la opinión mala o muy mala es superado en los encuestados entre 25 y 44 años y estudiantes.

En **urgencias** se produce una menor valoración en la atención recibida: el 76,22% la valora como muy buena o buena, creciendo el porcentaje de usuarios que opinan que es mala o muy mala: el 7,12%. Todas las categorías registran porcentajes superiores al 70% en la valoración muy buena o buena, excepto para los estudiantes para los que la proporción es del 62,32%. Éstos son también quienes registran un mayor porcentaje de valoración mala o muy mala (10,14%). Buen número de categorías supera el 8% en la valoración mala o muy mala. Las diferencias sólo son significativas para la edad y la actividad: Mejor valoración con más edad y para los pensionistas y trabajadores domésticos.

Positivas son las valoraciones de las personas que han precisado **ingreso** en hospital público: el 86,35% considera la asistencia recibida como buena o muy buena frente al 2% mala o muy mala y 9,30% regular.

6.3 Conclusiones

Las mayores tasas relativas de utilización de los recursos sanitarios analizados corresponden a mujeres y personas de mayor edad, que son además quienes mejor valoración hacen de la atención recibida. Esta conclusión tiene como excepción la tasa de utilización de las urgencias, que es inversamente proporcional a la edad.

La menor propensión a la utilización de los servicios de atención especializada y de urgencias por parte de los residentes en las pequeñas poblaciones requiere una especial atención. Puede deberse a elementos positivos como es una mayor capacidad de resolución por parte de los médicos generales y de familia “rurales”. Pero también puede deberse a la lejanía a los lugares donde se encuentran estos servicios (normalmente en núcleos de mayor población) lo que puede suponer una barrera al acceso de la atención especializada para los habitantes de las poblaciones de menor tamaño, que están obligados a desplazamientos, que no son compensados económicamente y que, en la práctica, supone un copago en el acceso a los servicios especializados.

También debe discutirse la menor tasa de utilización del colectivo de no nacionales españoles. Pudiera ser la causa de ello, por un lado, que se trata de personas de edad media más joven que los españoles (diferencia de 13,2 años en la edad media en nuestra muestra) y, por lo tanto, de mejor salud general. Pero también pudiera ser un indicativo de la existencia de barreras idiomáticas en la asistencia, de manifestación de situaciones de irregularidad en la residencia de algunas de estas personas, de falta de información para el acceso a los recursos asistenciales y de componentes culturales que impliquen un menor control de su salud como, por ejemplo, en el seguimiento del embarazo.

Otro indicativo de posible inequidad en el acceso a servicios sanitarios especializados es que la propensión de utilización de estos servicios por los titulados superiores es casi el doble que el de las personas sin estudios. Las autoridades sanitarias deben incidir en una información adecuada dirigida a los grupos más desfavorecidos.

No se detectan diferencias entre parados y trabajadores en el uso de la sanidad, siendo los pensionistas quienes más la utilizan.

En este punto se debe señalar la dificultad para establecer los motivos de las diferencias detectadas y tener en cuenta que el objetivo de un sistema sanitario no es maximizar la provisión de servicios sino contribuir a la mejora de la salud (Meneu *et al.*, 2008). Aún a riesgo de incurrir en la fórmula de que “más es siempre mejor”,

la medición de estas diferencias constituye el primer paso hacia la identificación de inequidades en el acceso a la Sanidad (la *International Society for Equity in Health* define las inequidades como las diferencias sistemáticas y potencialmente remediabiles en uno o más aspectos del estado de salud de poblaciones o subgrupos poblacionales social, económica, demográfica o geográficamente definidos).

Una reflexión debe hacerse sobre los resultados obtenidos en la valoración de los servicios, altamente favorable para la asistencia médica recibida aunque con diferencias entre las distintas modalidades de la prestación sanitaria pública. La mayor valoración corresponde a la atención en los ingresos hospitalarios (86,35% la califica de muy buena o buena) seguida muy de cerca por la que se presta en las consultas de medicina de familia de atención primaria (85,39%). Continúa, con el 81,96%, la valoración muy buena o buena en la atención en consultas de especialistas, descendiendo hasta el 76,22% en la atención en urgencias. Debe prestarse atención a la percepción por los ciudadanos respecto a este último dispositivo asistencial que, tras las listas de espera, constituye uno de los aspectos más críticos en la sanidad de nuestro país. Esta valoración de la prestación de urgencias regresa a los porcentajes del año 2004 (76,60%), habiendo descendido respecto al año 2007, que fue el 79,40%.

Este estudio ha contado como **punto fuerte** con la disponibilidad de una muestra de buen tamaño, con escasa tasa de

no respuesta, que garantiza una representatividad en las distintas categorías analizadas (salvo en el ingreso hospitalario). La técnica de encuesta permite obtener gran cantidad de información de un modo rápido (el barómetro de 2008 estaba disponible en abril de 2009) y eficaz, por lo que su conocimiento y adecuado análisis redundan en una mejora de la calidad de los servicios que se prestan, así como en un mejor conocimiento de las características y necesidades de los ciudadanos. La información obtenida es válida para conocer la opinión sobre utilización y valoración, por separado, de los principales servicios sanitarios de nuestro país y cómo esta opinión varía en función de la situación socioeconómica del ciudadano.

6.4 Limitaciones

Entre sus limitaciones hay que tener en cuenta que la información de base está proporcionada, exclusivamente, por los entrevistados, debiendo tenerse en cuenta la posible falta de adecuación para poblaciones con dificultades de comunicación, las reacciones de los entrevistados ante la presencia del entrevistador y las dificultades que pueden encontrarse a la hora de contactar con las unidades muestrales (Casas *et al.*, 2003). A ello hay que añadir el posible sesgo de memoria en la contestación a las preguntas de opinión basadas en el recuerdo.

6.5 Líneas futuras de investigación

Sería de interés complementar este análisis de utilización y valoración de los recursos sanitarios contemplando servicios como ginecología, odontología (que no están incluidos en el Barómetro Sanitario pero sí en la Encuesta Nacional de Salud), programas preventivos (como el de detección precoz del cáncer de mama, cérvix o colon) o servicios de alta tecnología, ya que las disparidades observadas en el acceso a las consultas de especialistas hace pensar que éstas se pudieran extender a estos servicios. Asimismo es de interés contar con características de tipo clínico (patologías o ausencia de éstas en los encuestados), que permitan un mejor análisis a través de modelos de utilización de los recursos sanitarios en función de la situación social y económica del usuario, ajustados por estas necesidades clínicas.

7. Referencias Bibliográficas

- Atlas de Variaciones en la Práctica Médica en el SNS. Disponible en www.atlasvpm.org (Consultado el 11 de septiembre de 2009).
- Bolívar J. y Daponte A. (2009). Aspectos teóricos sobre las desigualdades en salud. En Daponte A., Bolívar J. y García Calvente M.M., *Las desigualdades sociales en salud*. (PP.12-49). Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Casas J., Repullo J.R. y Donado J. (2003). La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos (II). *Revista Atención Primaria*, 31 (9): 592-600.

- Costa, J. (2001). Establecimiento de prioridades, opinión pública y sistema sanitario en España. *Revista Gaceta Sanitaria*, 15 (3): 237-244.
- Delgado A. (1991). Influencia de la necesidad y otras variables individuales. En Revilla de la L (ed.), *Factores que intervienen en la utilización de los servicios de salud*. Barcelona: Doyma.
- Delgado A. y López-Fernández L.A. (2004). Práctica profesional y género en atención primaria. *Revista Gaceta Sanitaria*, 18 supl. 1.
- García Calvente M.M., Delgado A.M., Mateo I., Maroto G. y Bolívar J. (2007). El género como determinante de desigualdades en salud y en la utilización de servicios sanitarios en Andalucía. En Escolar A. (Editor), *Informe sobre desigualdades y salud en Andalucía* (PP. 127–144). Asociación para la defensa de la sanidad pública en Andalucía (*disponible en <http://www.fadsp.org>*).
- García Calvente M.M., Del Río M., Maroto G., Mateo I. (2009). Desigualdades de género en salud. En Daponte A., Bolívar J. y García Calvente M.M., *Las desigualdades sociales en salud* (PP. 51–75). Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Hosmer DW., Lemeshow S. (2000). *Applied logistic regression*. New York: John Wiley and Sons.
- INE. Cifras de población referidas al 01/01/2008. Real Decreto 2124/2008, de 26 de diciembre. En www.ine.es/jaxi/tabla.do (consultado el día 25 de agosto de 2009).
- INE. Plan Estadístico Nacional, aprobado por Real Decreto 1663/2008, de 17 de octubre (BOE núm. 276 de 15 de noviembre de 2008). Operación estadística 5398: Barómetro Sanitario.
- Instituto de Información Sanitaria (2007). Barómetro sanitario 2006. Análisis estadístico según cruces de variables sociodemográficas y

económicas. En www.msc.es.

- International Society for Equity in Health (2002). The Toronto Declaration on Equity in Health. Conference Statement. 2nd International conference. Toronto, June 2002.
- Jovell A., Blendon RJ., Navarro MD., Fleischfresser C., Benson JM., Desroches CM: y Weldon KJ. (2007). Public trust in the Spanish health-care system. *Health Expect*, Dec;10(4):350-7.
- Llano J., Hidalgo A., Pérez S. (2006). *¿Estamos satisfechos los ciudadanos del Sistema Nacional de Salud? Valoración según los barómetros sanitarios*. Madrid: ERGON.
- Lostao L., Regidor E., Calle M.E., Navarro P. y Domínguez V. (2001). Evolución de las diferencias socioeconómicas en la utilización y accesibilidad de los servicios sanitarios en España entre 1987 y 1998/1997. *Revista Española de Salud Pública*; 75; 115-128.
- Márquez S., Villegas R., Aguado MJ. (2007). La utilización de los servicios sanitarios en Andalucía: ¿perpetuación o corrección de las desigualdades? En Escolar A. (Editor), *Informe sobre desigualdades y salud en Andalucía* (PP. 145 – 164). Asociación para la defensa de la sanidad pública en Andalucía (*disponible en <http://www.fadsp.org>*).
- Meneu R. y Peiró S. (2008). Disparidades en la efectividad y utilización de los servicios sanitarios e implicaciones de equidad. En M. Rodríguez et al, *Desigualdades sociales en salud* (PP. 167 – 184). Barcelona: Elsevier.
- Ministerio de Sanidad y Política Social. Plan de calidad del Sistema Nacional de Salud, 2006. Estrategia 4. En <http://www.msc.es> (consultado el 13 de julio de 2009).
- Regidor E., Martínez D., Astasio P., Ortega P., Calle M.E., Domínguez V. (2006). Asociación de los ingresos económicos con la

utilización y la accesibilidad de los servicios sanitarios en España al inicio del siglo XXI. *Revista Gaceta Sanitaria*, 20(5):352-9.

- Rivera B., Casal B., Cantarero D., Pascual M. (2008). Adaptación de los servicios de salud a las características específicas y de utilización de los nuevos españoles. *Revista Gaceta Sanitaria*, 22 (Supl 1): 86-95.

- Rodríguez E., Lanborena N., Pereda C., Rodríguez A. (2008). Impacto en la utilización de los servicios sanitarios de las variables sociodemográficas, estilos de vida y autovaloración de la salud por parte de los colectivos de inmigrantes del País Vasco. *Revista Española de Salud Pública*, 82 nº 2: 209-220.

- Séculi E., Fusté J., Brugulat P., Juncá S., Rué M., Guillén M. (2001). Percepción del estado de salud en varones y mujeres en las últimas etapas de la vida. *Revista Gaceta Sanitaria*, 15 (3):217-223.

- SESPAS Informes bienales y monográficos. En <http://www.sespas.es/informes.php>.

- Urbanos R. y Meneu R. (2008). La investigación sobre desigualdades en utilización de servicios sanitarios y sus distintos abordajes. En Rodríguez M. y Urbanos, R. *Desigualdades sociales en salud* (PP: 145-165). Barcelona: Elsevier.

8 Anexos

TABLA 1 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS Y TABLAS DE CONTINGENCIA ASISTENCIA A MÉDICO FAMILIA ÚLTIMO AÑO

	Frecuencia	Porcentaje
Si	5327	74,76
No	1770	24,84
No recuerda	19	0,27
NC	9	0,13
Total	7125	100

TABLA 2 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS Y TABLAS DE CONTINGENCIA ASISTENCIA A URGENCIAS ÚLTIMO AÑO

	Frecuencia	Porcentaje
Si	2205	30,91
No	4919	69,08
NC	1	0,01
Total	7125	100

Tablas de contingencia

En porcentaje

ASISTENCIA A MÉDICO FAMILIA

Si No

p valor

SEXO	HOMBRE	MUJER	Si	No	p valor
			69,49	30,51	0,000
			80,39	19,61	
EDAD	De 18 a 24 años	De 25 a 34 años	64,55	35,45	0,000
	De 35 a 44 años	De 45 a 54 años	70,10	29,90	
	De 55 a 64 años	65 y más años	71,36	28,64	
			74,10	25,90	
			80,56	19,44	
			86,13	13,87	
TAMAÑO POB.	< 2.000	2.001 a 10.000	75,95	24,05	0,029
	10.001 a 50.000	50.001 a 100.000	76,11	23,89	
	100.001 a 400.000	400.001 a 1 millón	74,46	25,54	
	> 1 millón		72,17	27,83	
			76,16	23,84	
			71,93	28,07	
			78,86	21,14	
ESTUDIOS	Sin estudios	E Primaria	84,91	15,09	0,000
	E Secundaria	Bachillerato	80,48	19,52	
	Diplomatura	Superior	74,40	25,60	
			70,35	29,65	
			70,50	29,50	
			69,94	30,06	
NACIONALIDAD	ESPAÑOLA	NO ESPAÑOLA	75,60	24,40	0,000
			68,02	31,98	
ACTIVIDAD	Trabaja	Jubilado	70,13	29,87	0,000
	Pensionista	Parado	85,26	14,74	
	Estudiante	Trabajo doméstico	88,24	11,76	
	Otra situación		72,75	27,25	
			60,62	39,38	
			81,58	18,42	
			81,08	18,92	

Tablas de contingencia

En porcentaje

ASISTENCIA A URGENCIAS

Si No

p valor

SEXO	HOMBRE	MUJER	Si	No	p valor
			28,96	71,04	0,000
			32,79	67,21	
EDAD	De 18 a 24 años	De 25 a 34 años	34,32	65,68	0,000
	De 35 a 44 años	De 45 a 54 años	36,65	63,35	
	De 55 a 64 años	65 y más años	31,70	68,30	
			26,51	73,49	
			28,47	71,53	
			27,65	72,35	
TAMAÑO POB.	< 2.000	2.001 a 10.000	23,87	76,13	0,000
	10.001 a 50.000	50.001 a 100.000	27,72	72,28	
	100.001 a 400.000	400.001 a 1 millón	32,30	67,70	
	> 1 millón		35,36	64,64	
			31,13	68,87	
			31,81	68,19	
			29,41	70,59	
ESTUDIOS	Sin estudios	E Primaria	33,39	66,61	0,013
	E Secundaria	Bachillerato	28,02	71,98	
	Diplomatura	Superior	33,22	66,78	
			30,92	69,08	
			30,08	69,92	
			29,18	70,82	
NACIONALIDAD	ESPAÑOLA	NO ESPAÑOLA	30,64	69,36	0,078
			34,36	65,64	
ACTIVIDAD	Trabaja	Jubilado	30,78	69,22	0,029
	Pensionista	Parado	28,20	71,80	
	Estudiante	Trabajo doméstico r	32,65	67,35	
	Otra situación		35,41	64,59	
			28,33	71,67	
			31,48	68,52	
			37,84	62,16	

TABLA 3 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS Y TABLAS DE CONTINGENCIA ASISTENCIA A ESPECIALISTA ÚLTIMO AÑO

	Frecuencia	Porcentaje
Si	3336	46,82
No	3776	53,00
No recuerda	12	0,17
NC	1	0,01
Total	7125	100,00

TABLA 4: DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS Y TABLAS DE CONTINGENCIA INGRESO HOSPITALARIO ÚLTIMO AÑO

	Frecuencia	Porcentaje
Si	719	10,09
No	6402	89,85
NC	4	0,06
Total	7125	100

Tablas de contingencia

En porcentaje

ASISTENCIA A ESPECIALISTA

		Si	No	p valor
SEXO	HOMBRE	40,74	59,26	0,000
	MUJER	52,73	47,27	
EDAD	De 18 a 24 años	32,39	67,61	0,000
	De 25 a 34 años	40,55	59,45	
	De 35 a 44 años	45,00	55,00	
	De 45 a 54 años	46,45	53,55	
	De 55 a 64 años	51,98	48,02	
	65 y más años	59,18	40,82	
TAMAÑO POB.	< 2.000	42,18	57,82	0,000
	2.001 a 10.000	45,69	54,31	
	10.001 a 50.000	44,20	55,80	
	50.001 a 100.000	46,55	53,45	
	100.001 a 400.000	48,20	51,80	
	400.001 a 1 millón	48,69	51,31	
	> 1 millón	56,33	43,67	
ESTUDIOS	Sin estudios	52,02	47,98	0,000
	E Primaria	51,50	48,50	
	E Secundaria	41,46	58,54	
	Bachillerato	44,01	55,99	
	Diplomatura	49,46	50,54	
	Superior	52,29	47,71	
NACIONALIDAD	ESPAÑOLA	48,01	51,99	0,000
	NO ESPAÑOLA	31,98	68,02	
ACTIVIDAD	Trabaja	41,18	58,82	0,000
	Jubilado	59,57	40,43	
	Pensionista	60,21	39,79	
	Parado	41,43	58,57	
	Estudiante	35,15	64,85	
	Trabajo doméstico	53,67	46,33	
	Otra situación	67,57	32,43	

Tablas de contingencia

En porcentaje

INGRESO HOSPITALARIO

		Si	No	p valor
SEXO	HOMBRE	8,78	91,22	0,000
	MUJER	11,34	88,66	
EDAD	De 18 a 24 años	6,90	93,10	0,000
	De 25 a 34 años	10,36	89,64	
	De 35 a 44 años	8,87	91,13	
	De 45 a 54 años	7,87	92,13	
	De 55 a 64 años	12,08	87,92	
	65 y más años	13,05	86,95	
TAMAÑO POB.	< 2.000	10,34	89,66	0,940
	2.001 a 10.000	9,87	90,13	
	10.001 a 50.000	10,17	89,83	
	50.001 a 100.000	9,44	90,56	
	100.001 a 400.000	10,47	89,53	
	400.001 a 1 millón	11,11	88,89	
	> 1 millón	9,36	90,64	
ESTUDIOS	Sin estudios	15,73	84,27	0,000
	E Primaria	11,12	88,88	
	E Secundaria	9,32	90,68	
	Bachillerato	8,86	91,14	
	Diplomatura	7,44	92,56	
	Superior	10,41	89,59	
NACIONALIDAD	ESPAÑOLA	10,09	89,91	0,972
	NO ESPAÑOLA	10,04	89,96	
ACTIVIDAD	Trabaja	8,03	91,97	0,000
	Jubilado	14,25	85,75	
	Pensionista	17,93	82,07	
	Parado	9,87	90,13	
	Estudiante	5,12	94,88	
	Trabajo doméstico	10,81	89,19	
	Otra situación	22,22	77,78	

TABLA 5: DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS Y TABLAS DE CONTINGENCIA VALORACIÓN DE LA ATENCIÓN RECIBIDA EN CONSULTA DE MÉDICO FAMILIA

		Frecuencia	Porcentaje						
	Muy buena	1050	21,67						
	Buena	3087	63,72						
	Regular	574	11,85						
	Mala	78	1,61						
	Muy mala	32	0,66						
	NS	2	0,04						
	NC	22	0,45						
	Total	4845	100						
T. de contingencia		ATENCIÓN RECIBIDA MEDICO FAMILIA AP							
En porcentaje		Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy mala	NS	p valor	
SEXO	HOMBRE	19,41	66,26	11,05	1,93	0,76	0,58	0,001	
	MUJER	23,60	61,55	12,52	1,34	0,57	0,42		
EDAD	De 18 a 24 años	15,49	66,20	15,26	2,11	0,70	0,23	0,000	
	De 25 a 34 años	16,60	63,94	16,49	2,23	0,43	0,32		
	De 35 a 44 años	20,13	63,17	14,03	1,39	1,07	0,21		
	De 45 a 54 años	22,28	63,00	10,76	1,66	1,28	1,02		
	De 55 a 64 años	22,64	66,67	8,18	1,57	0,31	0,63		
	65 y más años	28,55	61,88	7,71	1,06	0,27	0,53		
TAMAÑO POBLAC.	< 2.000	25,66	63,49	8,20	1,32	1,06	0,26	0,205	
	2.001 a 10.000	21,44	66,11	10,14	1,28	0,77	0,26		
	10.001 a 50.000	20,91	64,63	11,06	2,09	0,61	0,70		
	50.001 a 100.000	20,39	63,52	13,31	1,94	0,55	0,28		
	100.001 a 400.000	21,94	62,44	13,56	0,98	0,62	0,45		
	400.001 a 1 millón	19,06	62,21	14,38	3,01	0,33	1,00		
	> 1 millón	24,06	61,65	11,53	1,25	0,75	0,75		
ACTIVIDAD	Trabaja	19,67	63,38	13,56	2,01	0,85	0,54	0,000	
	Jubilado	25,22	64,61	8,08	1,30	0,40	0,40	(*)	
	Pensionista no trabajó	33,05	56,65	9,01	0,86		0,43		
	Parado	19,24	62,67	15,05	1,14	1,71	0,19		
	Estudiante	15,29	70,06	13,38	1,27				
	Trabajo doméstico n.r.	22,34	65,81	9,73	1,37		0,76		
Otra situación	25,93	51,85	14,81	3,70		3,70			
NACIONALIDAD	ESPAÑOLA	21,60	64,32	11,42	1,53	0,62	0,51	0,003	
	NO ESPAÑOLA	22,62	55,65	17,56	2,68	1,19	0,30		
ESTUDIOS	Sin estudios	29,16	58,09	9,57	2,51	0,23	0,46	0,000	
	E Primaria	23,00	66,45	8,49	1,24	0,25	0,58		
	E Secundaria	18,29	65,11	13,55	1,56	1,02	0,47		
	Bachillerato	18,80	64,71	13,66	1,79	0,63	0,42		
	Diplomatura	26,21	56,74	13,74	2,04	0,76	0,51		
	Superior	24,46	60,75	12,10	1,08	1,08	0,54		

(*)15 casillas (35,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 0,13.

**TABLA 6: DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS Y TABLAS DE CONTINGENCIA
 VALORACIÓN DE LA ATENCIÓN RECIBIDA EN URGENCIAS**

		Frecuencia	Porcentaje				
	Muy bien	406	20,37				
	Bien	1113	55,85				
	Regular	325	16,31				
	Mal	76	3,81				
	Muy mal	66	3,31				
	NR	1	0,05				
	NC	6	0,30				
	Total	1993	100				

T. de contingencia		VALORACIÓN ATENCIÓN EN URGENCIAS					
En porcentaje		Muy bien	Bien	Regular	Mal	Muy mal	p valor
SEXO	HOMBRE	18,46	57,62	17,46	3,45	3,00	0,184
	MUJER	22,08	54,74	15,46	4,14	3,59	
EDAD	De 18 a 24 años	12,56	56,50	21,97	4,48	4,48	0,000
	De 25 a 34 años	16,29	52,99	21,65	5,57	3,51	
	De 35 a 44 años	20,60	57,07	15,63	3,72	2,98	
	De 45 a 54 años	21,51	56,27	13,26	5,02	3,94	
	De 55 a 64 años	20,80	61,50	13,27	0,88	3,54	
	65 y más años	29,46	55,14	11,08	2,16	2,16	
TAMAÑO POBLAC.	< 2.000	19,01	63,64	13,22	2,48	1,65	0,091
	2.001 a 10.000	23,63	59,59	11,99	2,40	2,40	
	10.001 a 50.000	22,95	55,69	14,37	3,79	3,19	
	50.001 a 100.000	15,28	56,39	20,83	4,17	3,33	
	100.001 a 400.000	19,33	52,36	19,78	4,49	4,04	
	400.001 a 1 millón	20,49	59,02	12,30	3,28	4,92	
	> 1 millón	22,76	51,72	16,55	5,52	3,45	
ACTIVIDAD	Trabaja	18,81	56,43	16,61	4,39	3,76	0,002
	Jubilado	23,44	55,19	16,62	2,67	2,08	
	Pensionista	36,78	54,02	6,90		2,30	
	Parado	18,60	53,49	20,54	4,26	3,10	
	Estudiante	8,70	53,62	27,54	5,80	4,35	
	Trabajo doméstico	21,89	59,62	10,94	3,77	3,77	
	Otra situación	23,08	53,85	23,08			
NACIONALIDAD	ESPAÑOLA	19,99	56,62	16,36	3,73	3,29	0,400
	NO ESPAÑOLA	25,45	49,70	16,36	4,85	3,64	
ESTUDIOS	Sin estudios	25,99	56,50	14,69	0,56	2,26	0,212
	E Primaria	22,07	58,85	13,79	2,99	2,30	
	E Secundaria	17,92	57,38	16,72	4,07	3,92	
	Bachillerato	20,05	52,97	18,56	4,21	4,21	
	Diplomatura	21,88	50,63	18,13	6,25	3,13	
	Superior	19,86	55,48	16,44	5,48	2,74	

TABLA 7: DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS Y TABLAS DE CONTINGENCIA VALORACIÓN DE LA ATENCIÓN RECIBIDA EN LA CONSULTA DE ESPECIALISTA

	Frecuencia	Porcentaje
Muy buena	494	18,51
Buena	1694	63,47
Regular	347	13,00
Mala	74	2,77
Muy mala	28	1,05
Depende	13	0,49
NR	1	0,04
NC	18	0,67
Total	2669	100

Tablas de contingencia VALORACIÓN DE LA ATENCIÓN RECIBIDA EN LA CONSULTA ESPECIALISTA

En porcentaje		Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy mala	p valor
SEXO	HOMBRE	17,18	65,64	13,50	2,89	0,79	0,303
	MUJER	19,92	63,17	12,90	2,74	1,27	
EDAD	De 18 a 24 años	17,06	61,76	18,82	1,76	0,59	0,000
	De 25 a 34 años	17,17	60,79	15,55	5,10	1,39	
	De 35 a 44 años	15,73	62,11	15,94	4,76	1,45	
	De 45 a 54 años	18,03	64,64	13,35	2,81	1,17	
	De 55 a 64 años	20,73	64,77	11,66	1,81	1,04	
	65 y más años	21,35	67,70	9,32	0,95	0,68	
TAMAÑO POBLACIÓN	< 2.000	19,80	68,53	9,64	2,03		0,048
	2.001 a 10.000	19,81	68,26	9,31	1,91	0,72	
	10.001 a 50.000	18,47	64,73	13,48	2,83	0,50	
	50.001 a 100.000	20,78	60,52	14,81	2,34	1,56	
	100.001 a 400.000	18,43	61,38	15,22	3,37	1,60	
	400.001 a 1 millón	13,97	72,07	9,50	3,91	0,56	
	> 1 millón	17,67	59,91	16,81	3,45	2,16	
ACTIVIDAD	Trabaja	17,16	62,18	15,26	4,36	1,04	0,000 (*)
	Jubilado	21,31	66,67	10,05	1,22	0,76	
	Pensionista no trabajó	22,15	67,72	9,49		0,63	
	Parado	16,79	60,22	17,88	3,28	1,82	
	Estudiante	30,30	50,00	13,64	4,55	1,52	
	Trabajo doméstico n. r.	16,75	68,72	11,33	1,97	1,23	
	Otra situación	19,05	76,19	4,76			
NACIONALIDAD	ESPAÑOLA	18,66	64,49	13,00	2,81	1,04	0,816
	NO ESPAÑOLA	20,00	60,00	15,86	2,76	1,38	
NIVEL DE ESTUDIOS	Sin estudios	19,20	68,84	9,06	2,17	0,72	0,000
	E Primaria	19,47	67,33	10,80	1,47	0,93	
	E Secundaria	16,71	63,86	14,81	3,40	1,22	
	Bachillerato	17,35	64,49	13,06	3,47	1,63	
	Diplomatura	20,10	60,82	13,40	5,67		
	Superior	25,13	49,74	21,99	2,09	1,05	

(*)10 casillas (28,6%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 0,22.

TABLA 8: DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS Y TABLAS DE CONTINGENCIA VALORACIÓN DE LA ATENCIÓN EN EL INGRESO HOSPITALARIO

	Frecuencia	Porcentaje
Muy buena	169	27,13
Buena	369	59,23
Regular	58	9,31
Mala	13	2,09
NC	14	2,25
Total	623	100

Tabla de contingencia (*) VALORACIÓN DEL INGRESO EN HOSPITAL PÚBLICO

En porcentaje		Muy buena	Buena	Regular	Mala o muy mala	p valor
SEXO	HOMBRE	26,772	61,024	11,024	1,181	0,348
	MUJER	28,736	60,057	8,333	2,874	

(*) Las tablas de contingencia correspondientes al resto de variables de cruce presentan más del 20% de casillas con frecuencias esperadas inferior a 5 y/o alguna casilla tiene frecuencia esperada inferior a 1

TABLA 9: REGRESIÓN LOGÍSTICA DE LA ASISTENCIA A MÉDICO DE FAMILIA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES

VARIABLES INTRODUCIDAS SEGÚN METODO HACIA DELANTE RV y suprimiendo la categoría otras en actividad

		B	E.T.	Wald	gl	Sig.	OR=Exp(B)	I.C. 95,0% para OR	
								Inferior	Superior
SEXO	MUJER	0,582	0,063	83,959	1	0,000	1,789	1,580	2,026
EDAD	EDAD	0,011	0,003	18,129	1	0,000	1,011	1,006	1,016
ACTIVIDAD	Trabaja			35,733	5	0,000			
	Jubilado	0,646	0,114	32,048	1	0,000	1,908	1,526	2,387
	Pensionista no trabajó	0,467	0,208	5,048	1	0,025	1,595	1,061	2,397
	Parado	0,089	0,091	0,958	1	0,328	1,093	0,915	1,306
	Estudiante	-0,285	0,134	4,549	1	0,033	0,752	0,578	0,977
	Trabajo doméstico no remunerado	0,123	0,108	1,301	1	0,254	1,131	0,915	1,398
	Constante	0,218	0,107	4,195	1	0,041	1,244		

VARIABLES NO SIGNIFICATIVAS: TAMAÑO POBLACIÓN, NIVEL DE ESTUDIOS Y NACIONALIDAD

TABLA 10: REGRESIÓN LOGÍSTICA DE LA ASISTENCIA A URGENCIAS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES

		B	E.T.	Wald	gl	Sig.	OR=Exp(B)	I.C. 95,0% para OR	
								Inferior	Superior
SEXO	MUJER	0,178	0,058	9,304	1	0,002	1,194	1,066	1,339
EDAD	EDAD	-0,016	0,002	43,842	1	0,000	0,984	0,979	0,989
ESTUDIOS	Sin estudios			13,910	5	0,016			
	E Primaria	-0,313	0,108	8,443	1	0,004	0,732	0,593	0,903
	E Secundaria	-0,290	0,117	6,129	1	0,013	0,748	0,594	0,941
	Bachillerato	-0,372	0,124	8,977	1	0,003	0,690	0,541	0,879
	Diplomatura	-0,427	0,140	9,315	1	0,002	0,652	0,496	0,858
	Superior	-0,457	0,142	10,351	1	0,001	0,633	0,479	0,836
TAMAÑO POBL.	< 2.000			26,247	6	0,000			
	2.001 a 10.000	0,180	0,123	2,136	1	0,144	1,197	0,941	1,523
	10.001 a 50.000	0,383	0,116	10,968	1	0,001	1,467	1,169	1,840
	50.001 a 100.000	0,529	0,121	19,140	1	0,000	1,698	1,339	2,152
	100.001 a 400.000	0,364	0,117	9,730	1	0,002	1,440	1,145	1,810
	400.001 a 1 millón	0,372	0,145	6,553	1	0,010	1,450	1,091	1,928
	> 1 millón	0,322	0,140	5,336	1	0,021	1,380	1,050	1,814
ACTIVIDAD	Trabaja			19,288	5	0,002			
	Jubilado	0,306	0,102	9,045	1	0,003	1,358	1,113	1,658
	Pensionista no trabajó	0,397	0,160	6,171	1	0,013	1,487	1,087	2,034
	Parado	0,097	0,086	1,272	1	0,259	1,102	0,931	1,304
	Estudiante	-0,418	0,142	8,634	1	0,003	0,659	0,499	0,870
	Trabajo doméstico no remunerado	0,099	0,096	1,072	1	0,301	1,105	0,915	1,333
	Constante	-0,243	0,193	1,585	1	0,208	0,784		

VARIABLE NO SIGNIFICATIVA: NACIONALIDAD

TABLA 11: REGRESIÓN LOGÍSTICA ASISTENCIA A ESPECIALISTA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES

		B	E.T.	Wald	gl	Sig.	OR=Exp(B)	I.C. 95,0% para OR	
								Inferior	Superior
SEXO	MUJER	0,500	0,056	80,780	1	0,000	1,648	1,478	1,838
EDAD	EDAD	0,010	0,002	17,320	1	0,000	1,010	1,005	1,015
ESTUDIOS	Sin estudios			42,126	5	0,000			
	E Primaria	0,184	0,102	3,265	1	0,071	1,202	0,985	1,468
	E Secundaria	0,259	0,113	5,275	1	0,022	1,296	1,039	1,617
	Bachillerato	0,449	0,119	14,289	1	0,000	1,567	1,241	1,978
	Diplomatura	0,589	0,134	19,462	1	0,000	1,803	1,388	2,342
	Superior	0,688	0,135	26,044	1	0,000	1,989	1,527	2,590
TAMAÑO POBL.	< 2.000			23,106	6	0,001			
	2.001 a 10.000	0,179	0,110	2,647	1	0,104	1,196	0,964	1,483
	10.001 a 50.000	0,147	0,104	1,987	1	0,159	1,158	0,944	1,420
	50.001 a 100.000	0,244	0,110	4,916	1	0,027	1,277	1,029	1,584
	100.001 a 400.000	0,271	0,105	6,667	1	0,010	1,311	1,067	1,611
	400.001 a 1 millón	0,284	0,133	4,533	1	0,033	1,329	1,023	1,726
	> 1 millón	0,547	0,127	18,440	1	0,000	1,727	1,346	2,217
NACIONALIDAD	NO ESPAÑOLA	-0,542	0,103	27,747	1	0,000	0,581	0,475	0,711
ACTIVIDAD	Trabaja			49,649	5	0,000			
	Jubilado	0,658	0,095	48,336	1	0,000	1,930	1,604	2,324
	Pensionista no trabajó	0,402	0,152	7,001	1	0,008	1,494	1,110	2,012
	Parado	0,067	0,084	0,643	1	0,423	1,070	0,907	1,261
	Estudiante	-0,226	0,136	2,751	1	0,097	0,798	0,611	1,042
	Trabajo doméstico no remunerado	0,225	0,091	6,178	1	0,013	1,253	1,049	1,496
	Constante	-1,531	0,185	68,739	1	0,000	0,216		

TABLA 12: REGRESIÓN LOGÍSTICA DEL INGRESO HOSPITALARIO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES

		B	E.T.	Wald	gl	Sig.	OR=Exp(B)	I.C. 95,0% para OR	
								Inferior	Superior
SEXO	MUJER	0,280	0,091	9,578	1	0,002	1,324	1,108	1,581
ACTIVIDAD	Trabaja			64,119	5	0,000			
	Jubilado	0,669	0,101	43,621	1	0,000	1,953	1,601	2,382
	Pensionista no trabajó	0,764	0,172	19,782	1	0,000	2,147	1,533	3,006
	Parado	0,188	0,137	1,890	1	0,169	1,207	0,923	1,577
	Estudiante	-0,502	0,272	3,396	1	0,065	0,605	0,355	1,032
	Trabajo doméstico n.r.	0,170	0,132	1,651	1	0,199	1,185	0,915	1,537
	Constante	-2,560	0,075	1159,607	1	0,000	0,077		

VARIABLES NO SIGNIFICATIVAS: EDAD, TAMAÑO POBLACIÓN, NIVEL DE ESTUDIOS, NACIONALIDAD