

Asociación de los ingresos económicos con la utilización y la accesibilidad de los servicios sanitarios en España al inicio del siglo XXI

Enrique Regidor / David Martínez / Paloma Astasio / Paloma Ortega / María Elisa Calle / Vicente Domínguez
Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad Complutense de Madrid, España.

(Association of income with use of and access to health services in Spain at the beginning of the XXI century)

Resumen

Objetivo: Estimar la asociación de los ingresos económicos del hogar y de la renta provincial con las consultas al médico general y al especialista y con la hospitalización. Estimar si el tiempo de espera para acceder a esos servicios varía con esas características.

Método: Datos de la Encuesta Nacional de Salud de 2001. La asociación se estimó mediante la *odds ratio*, ajustada por edad y sexo, y en el caso de la renta per cápita se ajustó también por los ingresos económicos del hogar. Se estimaron los percentiles y la media geométrica de los tiempos de espera en cada servicio sanitario y se evaluó la significación estadística de su asociación con ambas variables económicas.

Resultados: Los sujetos con menores ingresos económicos presentan la mayor frecuencia de consultas al médico general y hospitalización, aunque esperan más tiempo para ser hospitalizados. Estos sujetos presentan la menor frecuencia de consultas al especialista: la *odds ratio* en el cuartil más bajo de ingresos frente al más alto fue 0,73 (intervalo de confianza del 95%, 0,62-0,87), aunque en las consultas financiadas públicamente la menor frecuencia se observa en los sujetos con mayores ingresos. No se han encontrado diferencias en la utilización y en los tiempos de espera según la renta provincial.

Conclusiones: 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. El mayor tiempo de espera para hospitalización se observa en los sujetos con menores ingresos económicos.

Palabras clave: Servicios sanitarios. Utilización. Accesibilidad a los servicios sanitarios. Ingresos económicos.

Abstract

Objective: To estimate the association of household income and provincial income with visits to general practitioners and specialists and with hospitalization and to determine whether waiting times to access these services vary with both economic variables.

Method: Data from the 2001 National Health Survey were used. The association was estimated by sex- and age-adjusted odds ratios; in the case of per capita income, odds ratios were also adjusted for household income. Percentiles and the geometric mean of waiting times in each health service were estimated and the statistical significance of their association with both economic variables was evaluated.

Results: Subjects with the lowest household income showed the highest frequency of visits to general practitioners and hospitalization, although they waited longer for hospital admission. Subjects with the lowest household income also showed the lowest frequency of specialist visits: the odds ratio in the lowest income quartile with respect to the highest income quartile was 0.73 (95% CI: 0.62-0.87). However, when only visits to specialists working in the public system were analyzed, the lowest frequency of visits was observed in subjects with the highest household income. No differences were found in health services utilization or in waiting times according to provincial income.

Conclusions: The frequency of specialist visits according to household income shows a different pattern from that observed for visits to general practitioners and hospitalizations. The longest waiting times for admission to hospital were observed in subjects with the lowest household income.

Key words: Health services. Utilization. Access to health care. Income.

Correspondencia: Dr. Enrique Regidor
Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública.
Facultad de Medicina. Universidad Complutense de Madrid.
Ciudad Universitaria, s/n. 28040 Madrid. España.
Correo electrónico: enriquegidor@hotmail.com

Recibido: 6 de octubre de 2005.

Aceptado: 26 de enero de 2006.

Introducción

El logro de la equidad en el acceso y la utilización de los servicios sanitarios ha sido una preocupación fundamental en los países que disponen de un sistema sanitario público^{1,2}. En nuestros días, la consecución de ese objetivo tiene gran relevancia. Dos razones explican este comentario. La pri-

mera se refiere a la aparición de estudios en los que se pone de manifiesto que los nuevos tratamientos para las enfermedades causantes de una elevada mortalidad prematura han contribuido a un importante aumento de la esperanza de vida en los países desarrollados³⁻⁶. La segunda razón es el incremento de las desigualdades sociales en salud en estos países en las últimas 2 décadas⁷⁻⁹, con lo que el papel que los servicios sanitarios desempeñan para reducir el daño a la salud causado por las situaciones socioeconómicas adversas ha adquirido una importancia extraordinaria.

En España se han realizado algunas investigaciones acerca de la accesibilidad y la utilización a los servicios sanitarios por parte de distintos grupos socioeconómicos¹⁰⁻¹³. No obstante, esos estudios no han diferenciado los servicios sanitarios financiados públicamente del conjunto total de los servicios sanitarios. De igual forma, se desconoce si el perfil socioeconómico de los sujetos que realizan consultas al médico general es similar al perfil socioeconómico de los sujetos que consultan al médico especialista. Asimismo, tampoco se ha estudiado hasta qué punto la riqueza del lugar de residencia influye en la utilización y la accesibilidad de los servicios sanitarios ya que, presumiblemente, las áreas con mayor riqueza pueden ser las que tienen mayores recursos sanitarios. Concretamente, el objetivo de este trabajo es evaluar la relación de los ingresos económicos personales y la riqueza del lugar de residencia con la consulta al médico general, la consulta al médico especialista y la hospitalización al inicio de la presente década, tanto en las consultas y hospitalizaciones financiadas públicamente como en las realizadas en el conjunto del sistema sanitario, y estimar si el tiempo de espera para acceder a esos servicios varía según los ingresos económicos personales.

Método

Fuente de datos

Los datos proceden de la Encuesta Nacional de Salud (ENS) realizada por el Ministerio de Sanidad y Consumo en 2001. En esta encuesta se entrevistó a una muestra domiciliar de 21.120 personas representativa de la población española no institucionalizada ≥ 16 años. El procedimiento muestral fue polietápico, estratificado por conglomerados, con selección de las unidades de primera etapa –los municipios– y las de segunda etapa –las secciones censales– de forma aleatoria proporcional al tamaño de la población. Los individuos fueron elegidos por cuotas de edad y sexo. Un 15% de los sujetos inicialmente seleccionados no contestó a la encuesta. El error muestral máximo para

las estimaciones estatales para un intervalo de confianza (IC) del 95% fue del 1,38%.

Variables

En este estudio se han investigado la consulta a un médico general, la consulta al médico especialista y la hospitalización como indicadores de utilización, y el tiempo de espera en la consulta y el tiempo en la lista de espera para un ingreso hospitalario ordinario como indicadores de accesibilidad. La ENS recogió información de esas variables mediante las siguientes preguntas: ¿ha consultado con algún médico por algún problema, molestia o enfermedad suya en las últimas 2 semanas?; en la última consulta realizada, ¿cuál era la especialidad del médico?, y ¿cuánto tiempo, en minutos, tuvo que esperar en el lugar de la consulta desde que llegó hasta que fue atendido por el médico?; ¿ha estado hospitalizado como paciente, al menos durante una noche, en los últimos 12 meses?; si en el último ingreso ordinario estuvo en lista de espera, ¿cuánto tiempo, en meses, estuvo en la lista de espera? Igualmente se preguntó si el médico a quien se consultó era de la seguridad social, la beneficencia, una sociedad médica o un médico privado. Por su parte, en la hospitalización se preguntó si los gastos de la hospitalización corrieron cargo de la seguridad social, de una mutualidad pública obligatoria, de la beneficencia, de una sociedad médica o a cargo del paciente. Las frecuencias de falta de respuesta a las preguntas sobre consulta médica y la hospitalización fueron $< 0,1\%$.

Las contestaciones a la pregunta sobre la especialidad del médico se agruparon en dos categorías: médico general y médico especialista –que incluía el resto de consultas–. Se estudiaron las consultas al médico general, las consultas al médico especialista y los ingresos hospitalarios con financiación pública, por un lado, y todas las consultas al médico general, todas las consultas al médico especialista y todos los ingresos hospitalarios, por otro. Se consideró financiación pública cuando los entrevistados contestaban que el médico al que consultaron era de la seguridad social o de la beneficencia, o que los gastos de la hospitalización corrieron a cargo de seguridad social, de la beneficencia o de una mutualidad pública.

Las variables económicas utilizadas han sido los ingresos económicos del hogar y la renta per cápita de la provincia de residencia. En la encuesta se preguntó por los ingresos totales del hogar y el entrevistado elegía una alternativa entre 6 intervalos de ingresos. Para asignar los ingresos a cada entrevistado, esa variable se transformó en una variable cuantitativa, para lo que se utilizó el punto medio de cada intervalo y se dividió por la raíz cuadrada del número de miembros del hogar, adoptando de este modo la equivalencia del

Luxemburg Income Study¹⁴. Así, se obtuvo una variable de ingresos económicos del hogar equivalentes en cada entrevistado. Posteriormente, se estimaron los cuartiles de la distribución de esa variable de ingresos económicos del hogar equivalentes y cada entrevistado fue incluido en uno de estos cuartiles. Un 25% de los entrevistados no respondió a la pregunta sobre ingresos totales del hogar.

La renta per cápita de la provincia de residencia ha sido la variable utilizada como medida del nivel de ingresos económicos de la provincia de residencia; por tanto, se ha excluido del análisis a los entrevistados en Ceuta y Melilla. Se han tomado las estimaciones de renta per cápita provincial proporcionados por Eurostat para el año 2000. Después de asignar a cada provincia su valor de renta per cápita, las provincias se han agrupado en cuartiles. Cada entrevistado fue asignado a un cuartil de renta per cápita según su provincia de residencia.

Análisis estadístico

En primer lugar, se calculó el porcentaje de individuos que utilizó cada servicio sanitario en los distintos cuartiles de ingresos económicos del hogar y de renta per cápita. Posteriormente, se estimó la asociación de los ingresos económicos del hogar con la utilización de los diferentes servicios sanitarios mediante el cálculo de la *odds ratio* (OR) por análisis de regresión logística. La asociación entre la renta per cápita y la utilización de los diferentes servicios sanitarios también se estimó mediante el cálculo de la OR. No obstante, en este caso, debido a la estructura de los datos en 2 ámbitos –individuos dentro de provincias– y la posible correlación residual entre las personas dentro de las provincias, la estimación de las OR se ha realizado mediante modelos *logit* multinivel en los que se ha incluido un efecto aleatorio de la intersección en el ori-

gen para cada provincia^{15,16}. Los modelos fueron realizados mediante el procedimiento macro GLIMMIX de SAS. Las variables incorporadas en los modelos de regresión por su potencial efecto de confusión fueron la edad y el sexo. Además, cuando la variable independiente fue la renta per cápita también se incluyó como variable de confusión los ingresos económicos del hogar, para lo cual se creó una categoría adicional en la variable de ingresos económicos del hogar que incluía a todos los individuos con ausencia de información a ésta.

Finalmente, los individuos que habían utilizado cada uno de los servicios sanitarios estudiados fueron agrupados en 2 categorías en función de sus ingresos económicos del hogar y de la renta per cápita de la provincia de residencia. Para ello se unieron los cuartiles primero y segundo, por un lado, y los cuartiles tercero y cuarto, por el otro. Luego se estimaron los percentiles P_{25} y P_{75} , la mediana y la media geométrica de los tiempos de espera en cada una de esas 2 categorías de los ingresos económicos y de la renta per cápita. La significación estadística de la relación de los ingresos personales y de la renta per cápita con los tiempos de espera se evaluó mediante modelos de regresión lineal, en los que los ingresos personales y la renta per cápita fueron las variables dicotómicas independientes –la unión de los cuartiles 3 y 4 frente a la unión de los cuartiles 1 y 2– y los tiempos de espera, las variables dependientes. Previamente fue necesario normalizar las variables que reflejan los tiempos de espera mediante el cálculo de su logaritmo.

Resultados

En la tabla 1 se expone la frecuencia global y según el sexo y la edad de las consultas y los ingresos hospitalarios. Un 95% de las consultas al médico general,

Tabla 1. Porcentaje de entrevistados que utilizan diferentes servicios sanitarios según el género y la edad

	Consulta al médico			Ingreso hospitalario	
	Tamaño muestral	Médico general (%)	Médico especialista (%)	Tamaño muestral	(%)
Total	20.917	16,0	7,3	20.951	8,6
Género					
Hombre	10.107	13,0	6,0	10.130	7,7
Mujer	10.810	18,9	8,5	10.821	9,3
Grupo de edad (años)					
16-24	3.312	10,8	5,3	3.316	5,5
25-34	4.120	10,2	5,9	4.125	8,3
35-44	3.728	11,9	6,7	3.737	7,0
45-54	3.060	16,0	8,3	3.063	7,8
55-64	2.497	19,2	8,3	2.502	8,7
65-74	2.659	26,2	10,3	2.662	12,2
≥ 75	1.541	28,6	7,9	1.546	14,0

Tabla 2. Porcentaje de entrevistados que utilizan diferentes servicios sanitarios según los ingresos económicos del hogar y la asociación (*odds ratio*), ajustada por edad y sexo, entre la utilización de esos servicios y los ingresos económicos del hogar

Ingresos económicos del hogar	Tamaño de la muestra	Servicios sanitarios financiados públicamente		El conjunto de servicios del sistema sanitario	
		%	<i>Odds ratio</i> (IC del 95%)	%	<i>Odds ratio</i> (IC del 95%)
Consulta al médico general					
Cuartil 1 (más alto)	3.799	11,2	1,00 –	12,5	1,00 –
Cuartil 2	3.364	12,4	1,04 (0,90-1,21)	13,1	0,98 (0,86-1,14)
Cuartil 3	4.441	18,7	1,35 (1,28-1,91)	18,9	1,23 (1,08-1,40)
Cuartil 4 (más bajo)	3.901	22,7	1,67 (1,46-1,91)	22,8	1,51 (1,33-1,72)
Consulta al médico especialista					
Cuartil 1 (más alto)	3.799	4,6	1,00 –	8,6	1,00 –
Cuartil 2	3.364	5,9	1,21 (0,90-1,51)	7,8	0,86 (0,72-1,01)
Cuartil 3	4.441	7,0	1,25 (1,02-1,53)	8,5	0,83 (0,71-0,98)
Cuartil 4 (más bajo)	3.901	6,7	1,17 (0,95-1,44)	7,8	0,73 (0,62-0,87)
Ingreso hospitalario					
Cuartil 1 (más alto)	3.804	6,7	1,00 –	8,6	1,00 –
Cuartil 2	3.364	7,1	0,91 (0,82-1,02)	8,0	0,90 (0,76-1,07)
Cuartil 3	4.458	8,5	1,00 (0,90-1,09)	9,0	0,92 (0,78-1,07)
Cuartil 4 (más bajo)	3.909	10,7	1,25 (1,14-1,38)	11,3	1,15 (0,99-1,35)

IC: intervalo de confianza.

un 71% de las consultas al médico especialista y un 88% de las hospitalizaciones fueron realizadas en el sistema público.

En las consultas realizadas al médico general financiadas públicamente se observó una relación inversa entre el porcentaje de consultas y los ingresos económicos del hogar (tabla 2). Las OR de mayor magnitud y estadísticamente significativas se observaron en los 2 cuartiles de ingresos más bajos. Cuando se tuvo en cuenta el conjunto de consultas, los resultados fueron similares. El porcentaje de consultas al médico general y la renta per cápita muestra un patrón similar al observado con los ingresos económicos del hogar, pero esa relación no fue estadísticamente significativa (tabla 3).

En las consultas realizadas al médico especialista financiadas públicamente, los resultados relativos a los ingresos económicos del hogar muestran una situación similar a los de la consulta al médico general: el porcentaje de consultas en los sujetos con ingresos más bajos fue 6,7, mientras que el porcentaje de consultas en los sujetos con ingresos más altos fue 4,6 (tabla 2), aunque sólo se observó una OR estadísticamente significativa en el tercer cuartil de ingresos. En cambio, el conjunto de consultas mostró una situación inversa: el porcentaje de consultas en los sujetos con ingresos más bajos fue 7,8, mientras que el porcentaje de consultas en los sujetos que con ingresos más altos fue 8,6. En este caso, las OR de menor magnitud y estadísticamente significativas se observaron en los últimos 2 cuartiles de ingresos.

En las consultas al médico especialista según la renta per cápita de la provincia de residencia (tabla 3) se observa que el mayor porcentaje de consultas se produ-

jo en las provincias con renta per cápita más alta, aunque las medidas de asociación estimadas muestran que las diferencias no fueron estadísticamente significativas.

Las hospitalizaciones según los ingresos económicos del hogar que fueron financiadas públicamente muestran unos resultados similares a los de la consulta al médico general: mayor porcentaje de hospitalización en los sujetos con ingresos más bajos (tabla 2). De igual forma, la medida de la asociación de mayor magnitud y estadísticamente significativa se observó en el cuartil de ingresos más bajos. En el conjunto de hospitalizaciones también se observó un mayor porcentaje en los sujetos con ingresos más bajos. Por último, ni las hospitalizaciones financiadas públicamente ni el conjunto de hospitalizaciones mostraron una relación estadísticamente significativa con la renta per cápita de la provincia de residencia (tabla 3).

La tabla 4 muestra los resultados de los tiempos de espera según los ingresos económicos del hogar. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en los tiempos de espera en el lugar de la consulta, en el médico general ni en el médico especialista. En cambio, se observaron diferencias estadísticamente significativas en los tiempos de espera para ingreso hospitalario ordinario, tanto en las hospitalizaciones financiadas públicamente como en el conjunto de hospitalizaciones. En ambos casos, el tiempo de espera en los 2 cuartiles de ingresos más altos fue menor que en los 2 cuartiles de ingresos más bajos.

No se observaron diferencias estadísticamente significativas en los tiempos de espera en la consulta al médico general, en la consulta al médico especialista

Tabla 3. Porcentaje de entrevistados que utilizan diferentes servicios sanitarios según la renta per cápita de la provincia de residencia y asociación (odds ratio), ajustada por edad, sexo e ingresos económicos de hogar, entre la utilización de esos servicios y la renta per cápita

Renta per cápita de la provincia de residencia	Tamaño de la muestra	Servicios sanitarios financiados públicamente		El conjunto de servicios del sistema sanitario	
		%	Odds ratio (IC del 95%)	%	Odds ratio (IC del 95%)
Consulta al médico general					
Cuartil 1 (más alto)	8.099	14,7	1,00 –	15,2	1,00 –
Cuartil 2	3.314	15,7	1,19 (0,90-1,59)	16,0	1,14 (0,84-1,51)
Cuartil 3	4.095	15,3	1,17 (0,88-1,54)	15,7	1,12 (0,86-1,48)
Cuartil 4 (más bajo)	5.409	17,2	1,30 (0,98-1,70)	17,5	1,26 (0,97-1,64)
Consulta al médico especialista					
Cuartil 1 (más alto)	8.099	6,7	1,00 –	9,4	1,00 –
Cuartil 2	3.314	5,9	0,88 (0,66-1,17)	7,4	0,80 (0,61-1,02)
Cuartil 3	4.095	5,2	0,87 (0,66-1,14)	6,8	0,82 (0,63-1,07)
Cuartil 4 (más bajo)	5.409	5,2	0,90 (0,69-1,18)	7,0	0,88 (0,67-1,15)
Ingreso hospitalario					
Cuartil 1 (más alto)	8.116	7,6	1,00 –	8,9	1,00 –
Cuartil 2	3.317	7,4	0,94 (0,78-1,13)	8,1	0,86 (0,70-1,07)
Cuartil 3	4.098	8,0	1,04 (0,87-1,25)	8,6	0,96 (0,78-1,18)
Cuartil 4 (más bajo)	5.420	7,8	1,02 (0,86-1,21)	8,3	0,93 (0,76-1,14)

IC: intervalo de confianza.

Tabla 4. Tiempo de espera (min) en la consulta del médico general y en la consulta del médico especialista y tiempo de espera (meses) para ingreso hospitalario ordinario según los ingresos económicos del hogar. Percentiles 25 (P₂₅) y 75 (P₇₅), mediana y media geométrica

Ingresos económicos del hogar	Servicios financiados públicamente					El conjunto de servicios del sistema sanitario				
	P ₂₅	Mediana	P ₇₅	Media geométrica	p	P ₂₅	Mediana	P ₇₅	Media geométrica	p
Consulta al médico general										
Cuartiles 1 y 2 (más altos)	10	15	30	19,8	0,285	10	15	30	19,7	0,230
Cuartiles 3 y 4 (más bajos)	10	15	30	22,4		10	15	30	22,5	
Consulta al médico especialista										
Cuartiles 1 y 2 (más altos)	10	20	40	26,7	0,380	10	20	30	23,8	0,060
Cuartiles 3 y 4 (más bajos)	10	25	45	27,8		10	20	40	26,5	
Ingreso hospitalario										
Cuartiles 1 y 2 (más altos)	2	4	6	3,8	0,001	2	4	6	3,7	0,010
Cuartiles 3 y 4 (más bajos)	2,5	5	10	5,2		2	5	12	5,4	

p: valor de p en la evaluación de las diferencias en los tiempos de espera entre las 2 categorías de cuartiles.

ni el ingreso hospitalario ordinario según la renta per cápita de la provincia de residencia (tabla 5).

Discusión

La ausencia de diferencias según la renta per cápita refleja que la riqueza del área no se relaciona con la utilización y la accesibilidad de los servicios sanitarios, aunque tampoco puede descartarse que el em-

pleo de una unidad de análisis inferior a la provincia produzca otros resultados. La renta provincial no es un indicador de la renta de los municipios incluidos en la muestra. El empleo del municipio probablemente aumente las diferencias en la utilización y la accesibilidad de los servicios sanitarios, ya sea por la mayor variación en la renta per cápita entre ellos o por la mayor variación en la oferta de servicios.

Probablemente, el gradiente inverso en la frecuencia de los problemas de salud según los ingresos económicos^{17,18} explique la mayor frecuencia de consultas

Tabla 5. Tiempo de espera (min) en la consulta del médico general y en la consulta del médico especialista y tiempo de espera (meses) para ingreso hospitalario ordinario, según la renta per cápita de la provincia de residencia. Percentiles 25 (P₂₅) y 75 (P₇₅), mediana y media geométrica

Renta per cápita de la provincia de residencia	Servicios financiados públicamente					El conjunto de servicios del sistema sanitario				
	P ₂₅	Mediana	P ₇₅	Media geométrica	p	P ₂₅	Mediana	P ₇₅	Media geométrica	p
Consulta al médico general										
Cuartiles 1 y 2 (más altos)	10	15	30	22,0	0,415	10	15	30	22,1	0,460
Cuartiles 3 y 4 (más bajos)	10	15	30	21,4		10	15	30	21,3	
Consulta al médico especialista										
Cuartiles 1 y 2 (más altos)	10	20	40	26,0	0,780	10	20	30	24,7	0,878
Cuartiles 3 y 4 (más bajos)	10	30	45	29,9		10	30	45	26,7	
Ingreso hospitalario										
Cuartiles 1 y 2 (más altos)	2	5	9	5,0	0,960	2	5	8	4,9	0,987
Cuartiles 3 y 4 (más bajos)	3	4	9	4,9		2	4	9	4,9	

p: valor de p en la evaluación de las diferencias en los tiempos de espera entre las 2 categorías de cuartiles.

al médico general con financiación pública entre las personas con menores ingresos económicos en el hogar. Las diferencias en la magnitud de las OR entre los cuartiles de ingresos económicos son menores cuando se estudian las consultas al médico especialista y las hospitalizaciones financiadas públicamente. Esto sugiere que los médicos generales dan respuesta a la mayor parte de los problemas de salud y que sólo unos pocos pacientes son remitidos a otros ámbitos de asistencia más especializada, y/o que muchos de los motivos de consulta al médico general no se deben a problemas de salud, sino que reflejan otras necesidades sociales. Diversos estudios muestran que los sujetos no siempre acuden a la consulta de atención primaria por necesidades médicas¹⁹ y que son muchos los factores que condicionan la demanda de los servicios de atención primaria, aparte de los problemas de salud²⁰.

Un gran porcentaje de consultas al médico especialista se realiza sin financiación pública, sobre todo en los individuos con ingresos altos. Esas consultas al médico especialista sin financiación pública pueden estar relacionadas con una falta de recursos en el sistema sanitario público para atender a la demanda, con un excesivo tiempo de espera hasta el momento de la cita con el médico especialista del sistema sanitario público, o por otros motivos. Este estudio no permite conocer las razones por las que casi un 30% de las consultas al médico especialista se realiza sin financiación pública. Es corriente en los sistemas sanitarios públicos atribuir sus deficiencias a la falta de adecuación entre la oferta de recursos y la demanda de asistencia. A propósito del sistema sanitario público británico, se ha planteado que dicha asunción no es apoyada por la evidencia²¹. Según esta opinión, muchas de las deficiencias que se atribuyen al sistema público tienen que ver con otros aspectos, como el rechazo de la población y de

los medios de comunicación a aceptar que el sistema sanitario resuelve y mejora muchas problemas de salud pero es ineficaz de hacerlo en otros, o la ingenuidad de pensar que los intereses de los profesionales tienen que coincidir necesariamente siempre con los de la población. Posiblemente estos argumentos puedan también explicar los resultados observados en las consultas al médico especialista en España: casi todas las consultas al médico general y la mayoría de las hospitalizaciones se realizan en el sistema sanitario público, con lo que es poco probable que el sistema sanitario público español esté descompensado con una escasez de médicos especialistas.

El tiempo de espera se considera un indicador de accesibilidad y de satisfacción de los usuarios del sistema sanitario^{22,23}. El mayor tiempo de espera para el ingreso hospitalario ordinario en los sujetos con menor nivel socioeconómico ya se observó en el sistema sanitario español al principio de la década de los noventa¹⁰. Probablemente esto se deba a que los individuos con mayor nivel socioeconómico tienen una mejor conocimiento del funcionamiento del sistema sanitario y una mayor facilidad para resolver los problemas burocráticos ligados a la accesibilidad, lo que les permite evitar en muchos casos los criterios jerárquicos establecidos en las listas de espera.

En el presente estudio, la información utilizada para asignar a las consultas médicas no se corresponde con el tipo de financiación, sino con la procedencia del médico. Es posible que entrevistados que poseen financiación a través de una mutualidad pública hayan contestado que han consultado a un médico de una sociedad médica, con lo que esas consultas no habrían sido incluidas dentro de la financiación pública. No obstante, el porcentaje de población con mutualidad pública es pequeño y su impacto en los resultados ha debido

ser insignificante. Además, en el caso de las consultas a un médico general, prácticamente todas los entrevistados responden que han consultado un médico de la seguridad social. Y en el caso de la consulta al médico especialista, las estimaciones de las OR apenas han variado cuando se han calculado asumiendo que todas las consultas en una sociedad médica eran de mutualidad pública (datos no mostrados).

El objetivo de los sistemas de financiación pública de la asistencia sanitaria es lograr la igualdad en el acceso y la utilización de los servicios ante una necesidad equivalente. En la evaluación del acceso y la utilización de servicios sanitarios concretos como, por ejemplo, los procedimientos de exploración y tratamiento cardiológico, en los que se mide la necesidad clínica, es posible valorar la consecución de ese objetivo^{24,25}. Sin embargo, no hay acuerdo acerca de la definición de necesidad cuando se estudia el acceso y utilización de servicios sanitarios generales, con lo que la evaluación de la consecución de ese objetivo en estos casos presenta mayor dificultad²⁶. En algunas ocasiones se ha utilizado la percepción subjetiva de la salud como indicador de necesidad porque predice la mortalidad y el uso de servicios sanitarios²⁰. No obstante, se trata de un indicador poco específico de salud y de la necesidad de asistencia sanitaria, ya que refleja otras necesidades sociales, y su variación entre los distintos grupos económicos puede ser distinta de la variación en la necesidad de asistencia sanitaria.

Finalmente, un 25% de los entrevistados no respondió a la cuestión acerca de los ingresos económicos del hogar. Con respecto a los entrevistados que respondieron a los ingresos económicos, estos sujetos presentaban menor frecuencia de consulta médica y de hospitalización. Después de cruzar esta variable con otras variables socioeconómicas, como la clase social –basada en la ocupación de la persona que aportaba más ingresos al hogar– y el nivel de estudios se comprobó que el porcentaje de ausencia de respuesta a ingresos era similar en las diferentes categorías de esas variables, excepto en los sujetos sin estudios y en los sujetos pertenecientes a la clase social más baja, que presentaban el porcentaje más alto. Esto sugiere que en el cuartil más bajo de ingresos es donde se ha excluido a un mayor porcentaje de sujetos y, como consecuencia, las estimaciones en ese cuartil posiblemente están sobreestimadas en el caso de la consulta médica e infraestimadas en el caso de la hospitalización.

Bibliografía

1. Benzeval M, Judge K, Whitehead M. The role of the NHS. En: Benzeval M, Judge K, Whitehead M. Tackling inequalities in health. An agenda for action. London: King's Fund; 1995.
2. Whitehead M, Evandrou M, Haglund B, Diderichsen F. As the health divide widens in Sweden and Britain, what's happening to access to care? *BMJ*. 1997;315:1006-9.
3. Mackenbach JP. The contribution of medical care to mortality decline: McKeown revisited. *J Clin Epidemiol*. 1996;49:1207-13.
4. Tunstall-Pedoe H, Vanuzo D, Hobbs M, Mahonen M, Cepaitis Z, Kuulasmaa K, et al. Estimation of contribution of changes in coronary care to improving survival, event rates, and coronary heart disease mortality across the WHO MONICA Project populations. *Lancet*. 2000;355:688-700.
5. Capewell S, Beaglehole R, Seddon M, McMurray J. Explanation for the Decline in Coronary Heart Disease Mortality Rates in Auckland, New Zealand, Between 1982 and 1993. *Circulation*. 2000;102:1511-6.
6. Peto R, Boreham J, Clarke M, Davies C, Beral V. UK and USA breast cancer deaths down 25% in year 2000 at ages 20-69 years. *Lancet*. 2002;355:1822.
7. Drever F, Whitehead M, editors. Health inequalities. Decennial supplement. London: Stationery Office; 1997.
8. Mackenbach JP, Bos V, Andersen O, Cardano M, Costa G, Harding S, et al. Widening socioeconomic inequalities in mortality in six European countries. *Int J Epidemiol*. 2003;32:830-7.
9. Kunst AE, Bos V, Lahelma E, Bartley M, Lissau I, Regidor E, et al. Trends in socio-economic inequalities in self assessed health in ten European countries. *Int J Epidemiol*. 2005;34:295-305.
10. Regidor E, De Mateo S, Gutiérrez-Fisac JL, Fernández de la Hoz K, Rodríguez C. Diferencias socioeconómicas en la utilización y accesibilidad de los servicios sanitarios en España. *Med Clin (Barc)*. 1996;107:285-8.
11. Fernández de la Hoz K, Leon D. Self-perceived health status and inequalities in use of health services in Spain. *Int J Epidemiol*. 1996;25:593-693.
12. Borrell C, Rohlfis I, Ferrando J, Pasarín MI, Domínguez Berjón F, Plasencia A. Social inequalities in perceived health and the use of health services in a southern European urban area. *Int J Health Serv*. 1999;29:743-64.
13. Lostao L, Regidor E, Calle ME, Navarro P, Domínguez V. Evolución de las diferencias socioeconómicas en la utilización y accesibilidad de los servicios sanitarios en España entre 1987 y 1995/1997. *Rev Esp Salud Pública*. 2001;75:115-28.
14. Buhmann B, Rainwater L, Schmauss G, Smeeding T. Equivalence scales, well-being, inequality and poverty: sensitivity estimates across 10 countries using the LIS database. *Rev Income Wealth*. 1988;34:115-42.
15. Catalán-Reyes MJ, Galindo-Villardón MP. Utilización de los modelos multinivel en investigación sanitaria. *Gac Sanit*. 2003;17 Supl 3:35-52.
16. Díez Roux A. Multilevel analysis in public health. *Ann Rev Public Health*. 2000;21:193-221.
17. Regidor E, Navarro P, Domínguez V, Rodríguez C. Inequalities in income and longterm disability in the regions of Spain: analysis of recent hypotheses with a crosssectional study based on individual data. *BMJ*. 1997;315:11306.
18. Ecob R, Davey Smith G. Income and health: what is the nature of the relationship? *Soc Sci Med*. 1999;48:693-705.
19. Pedrera V, Gil V, Orozco D, Prieto I, Schwarz G, Moya I. Características de la demanda sanitaria en las consultas de medicina de familia de un área de salud de la Comunidad Valenciana. *Aten Primaria*. 2005;35:82-8.
20. Sáez M. Condicionantes en la utilización de los servicios de atención primaria. Evidencias empíricas e inconsistencias metodológicas. *Gac Sanit*. 2003;17:412-9.
21. Frankel S, Ebrahim S, Davey Smith G. The limits to demand for health care. *BMJ*. 2000;321:40-5.
22. Penchansky R, Thomas JW. The concept of access: definition and relationships to consumer satisfaction. *Med Care*. 1981;19:127-40.

23. Isanta C, Rivera P, Pedraja M, Jiménez N. Características de las personas que acuden a las consultas de demanda del centro de salud sin cita previa. *Rev Esp Salud Pública*. 2000; 74:263-74.
24. Keskimäki I, Kosjkinen S, Salinto M, Aro S. Socioeconomic and gender inequities in access to coronary artery bypass grafting in Finland. *Eur J Public Health*. 1997;7:393-7.
25. Britton A, Shipley M, Marmot M, Hemingway H. Does access to cardiac investigation and treatment contribute to social and ethnic differences in coronary heart disease? Whitehall II prospective cohort study ? *BMJ*. 2004;329:18-323.
26. Oliver A, Mossialos E. Equity of access to health care: outlining the foundations for action. *J Epidemiol Community Health*. 2004;58:655-8.