

---

## Máster de Salud Pública

### TRABAJO FIN DE MÁSTER

---

# Tendencias en las desigualdades sociales en la utilización del sistema sanitario entre 2003 y 2020

**Autoría:**

Andrea Fraga Pérez  
Médica Interna Residente de Medicina Preventiva y Salud Pública  
Hospital Universitario La Paz

**Tutoría:**

Pedro Gullón Tosio  
Universidad de Alcalá (UAH)

Julia Díez Escudero  
Universidad de Alcalá (UAH)

**Curso 2021/2022**

# Índice.

<b>Resumen.</b>	2
<b>Índice de tablas y figuras.</b>	4
<b>Lista de abreviaturas utilizadas.</b>	5
<b>Introducción.</b>	6
<b>Objetivos.</b>	8
<b>Material y métodos.</b>	8
Diseño y ámbito de estudio.	8
Población de estudio.	8
Criterios de inclusión.	8
Criterios de exclusión.	9
Variables.	9
Análisis de datos.	11
Aspectos éticos.	11
<b>Resultados.</b>	11
<b>Discusión.</b>	13
Fortalezas y limitaciones.	16
<b>Conclusiones.</b>	17
<b>Bibliografía.</b>	18
<b>Tablas y figuras.</b>	21
<b>Actividad desarrollada y grado de implicación.</b>	32
<b>ANEXO I.</b>	33
<b>ANEXO II.</b> Autorización de los tutores.	34
<b>ANEXO III.</b> Declaración de autoría.	35

# Resumen.

## Introducción.

El Sistema Nacional de Salud en España se fundamenta en los principios de universalidad, acceso libre, equidad y equidad en la financiación, por lo que el acceso equitativo a la salud debería ser una garantía. Sin embargo, diversos estudios ponen de manifiesto que la realidad es otra y que el acceso y la utilización de los servicios sanitarios está marcado por las desigualdades sociales.

## Objetivos.

Evaluar la magnitud en términos relativos de las desigualdades sociales en la utilización de los servicios de Atención Primaria, Atención Hospitalaria Especializada, servicios de urgencias e ingresos hospitalarios entre 2003 y 2020.

## Material y métodos.

Estudio observacional descriptivo con intención analítica, de tendencias temporales de diferentes cortes transversales. Se utilizaron los datos de las Encuestas Nacionales de Salud y Encuestas Europeas de Salud entre 2003 y 2020. Se recogieron las variables explicativas de edad, sexo y clase social ocupacional en cada encuesta, y las variables resultado relacionadas con la utilización de los servicios de Atención Primaria y Hospitalaria en las cuatro semanas previas, así como la utilización de los servicios de Urgencias y los ingresos en el año previo. Se utilizó un modelo de regresión de Poisson, ajustando por edad y sexo, y posteriormente para cada sexo por separado. Con este modelo se estimó el Índice Relativo de Desigualdad (RII - *Relative Index of Inequality*) para evaluar si existe desigualdad a la hora de utilizar los servicios sanitarios en función de la clase social ocupacional, y estratificado por sexo.

## Resultados.

Las personas de clase social más baja utilizan más los servicios de Atención Primaria, Urgencias e Ingresos Hospitalarios. Para estos servicios el RII es superior a 1 en todas las encuestas analizadas. En Atención Primaria, a lo largo de los años se ha incrementado de 1.026 a 1.062; en Urgencias de 1.05 a 1.081 y en Ingresos de 1.028 a 1.059, indicando un aumento de la desigualdad. Respecto a la Atención Hospitalaria se observa una relación inversa en lo referente a la posición socioeconómica. El RII es menor a 1 en todas las encuestas analizadas, con un incremento de 0.943 a 0.967, lo que indica una disminución de la desigualdad.

## Discusión.

Las desigualdades por posición socioeconómica en la utilización de los servicios sanitarios siguen existiendo y se han mantenido relativamente estables en los últimos 20 años, incluso con una tendencia ascendente en lo referente a Atención Primaria, Urgencias e Ingresos. Se ha observado un marcado gradiente según posición socioeconómica para estos tres

servicios, que se invierte en el caso de Atención Especializada Hospitalaria. Es importante asegurar una Atención Primaria que ofrezca servicios de calidad para paliar el efecto de las desigualdades sociales y garantizar un acceso equitativo a la salud.

### Palabras clave.

Servicios sanitarios, Desigualdades sociales en salud, Sistema Nacional de Salud, Posición socioeconómica, España.

# Índice de tablas y figuras.

<b>Tabla 1.</b> <i>Distribución de sexo y edad por encuesta.</i>	21
<b>Tabla 2.</b> <i>Frecuencias absolutas y relativas de visitas a Atención Primaria en las últimas cuatro semanas por sexo y clase social ocupacional.</i>	22
<b>Tabla 3.</b> <i>Frecuencias absolutas y relativas de visitas a Atención Hospitalaria en las últimas cuatro semanas por sexo y clase social ocupacional.</i>	23
<b>Tabla 4.</b> <i>Frecuencias absolutas y relativas de visita a Urgencias en el último año por sexo y clase social ocupacional.</i>	24
<b>Tabla 5.</b> <i>Frecuencias absolutas y relativas de ingresos en el último año por sexo y clase social ocupacional.</i>	25
<b>Tabla 6.</b> <i>Índice Relativo de Desigualdad por clase social ocupacional y sexo.</i>	26
<b>Figura 1.</b> <i>Frecuencia relativa de utilización de servicios en ambos sexos.</i>	27
<b>Figura 2.</b> <i>Índice Relativo de Desigualdad para visitas a Atención Primaria.</i>	28
<b>Figura 3.</b> <i>Índice Relativo de Desigualdad para visitas a Atención Hospitalaria.</i>	29
<b>Figura 4.</b> <i>Índice Relativo de Desigualdad para visitas a los servicios de Urgencias.</i>	30
<b>Figura 5.</b> <i>Índice Relativo de Desigualdad para ingresos hospitalarios.</i>	31

## Lista de abreviaturas utilizadas.

<b>APS</b>	Atención Primaria de Salud
<b>CCAA</b>	Comunidades Autónomas
<b>EESE</b>	Encuestas Europeas de Salud en España
<b>ENSE</b>	Encuestas Nacionales de Salud en España
<b>INE</b>	Instituto Nacional de Estadística
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>RII</b>	<i>Relative Index of Inequality</i>

# Introducción.

El Sistema Nacional de Salud de España está basado en los principios de universalidad, acceso libre, equidad y equidad en la financiación, que ocurre principalmente mediante impuestos (1). En 1981 se inició el traspaso de las competencias en sanidad a las Comunidades Autónomas, pasando estas a tener competencia operativa directa a nivel de planificación, asignación de recursos y prestación de servicios. Por tanto, el sistema sanitario está descentralizado pero tiene una coordinación a nivel nacional por medio del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, que coordina las acciones comunes a los sistemas sanitarios autonómicos (2).

Otra de las características más importantes y distintivas del Sistema Nacional de Salud de España es el papel central que ejerce la Atención Primaria de Salud (APS) - un elemento esencial donde profesionales sanitarios brindan atención sanitaria y ejercen programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad (3,4). Además, en una gran parte de los casos, la APS actúa como puerta de acceso al sistema sanitario, dando respuesta a los problemas más frecuentes de salud, y coordinándose con el resto de los niveles asistenciales y servicios sanitarios (5). Esto significa que, en muchas ocasiones, es el primer contacto entre pacientes y servicios de salud públicos, y también el método de derivación principal hacia la atención hospitalaria especializada.

Por otro lado está la atención sanitaria hospitalaria, que puede tomar diferentes formas: atención especializada ambulatoria, atención hospitalaria, hospital de día y urgencias/emergencias, dependiendo de las necesidades del paciente. La APS y la atención urgente tienen la característica de que la demanda parte principalmente del propio paciente, siendo la atención hospitalaria ambulatoria y las hospitalizaciones dependientes de las demandas iniciadas por los propios médicos tras la evaluación inicial del paciente.

En este sentido, la Asamblea Mundial de la Salud de 2005 instó en la resolución 58.33 a los Estados Miembros a velar por el acceso equitativo de todas las personas a los servicios sanitarios (6). La Organización Mundial de la Salud (OMS) define esto como “cobertura sanitaria universal” e incorpora tres dimensiones: la cobertura de los servicios sanitarios necesarios, la protección financiera de la población y la cobertura poblacional general (7). Dentro de los principios del Sistema Nacional de Salud también se vela por la equidad de acceso al sistema sanitario. Es importante destacar la diferencia entre acceso y utilización de los sistemas sanitarios. Cuando se habla de accesibilidad, se habla de la oportunidad para entrar dentro del sistema sanitario, partiendo de la base de que ésta debería ser equitativa. En cambio, cuando se habla de utilización de los servicios sanitarios, se refiere a de qué manera se ha hecho efectivo ese acceso. En definitiva, el acceso se refiere a las oportunidades para acudir a consulta (o a urgencias), y la utilización a de qué manera esas oportunidades se reflejan en las consultas realizadas (8). Este uso efectivo de los servicios sanitarios se encuentra estrechamente relacionado con los determinantes sociales de la salud, que hacen que las condiciones de vida y los determinantes intermedios puedan cambiar la utilización de los servicios sanitarios en función de diferentes ejes de desigualdad.

Diferentes autores/as han analizado la utilización de servicios sanitarios en España, desde varios ejes de desigualdad, como la posición socioeconómica, el género, el territorio o el país de procedencia (9–12). En estos estudios se ha constatado que la utilización de los servicios sanitarios sigue un marcado gradiente social, donde las personas pertenecientes a una posición socioeconómica más baja suelen utilizar más las consultas de atención primaria y menos las de especializada (13,14). También existen desigualdades en la utilización respecto al género: se ha visto que las mujeres presentan una probabilidad más alta de realizar una consulta en Atención Primaria, pero menor de ser hospitalizadas (8). La condición de inmigrante también está relacionada con diferencias en el uso, en concreto, con una menor probabilidad de derivación a atención hospitalaria especializada respecto a la población española (10).

A nivel internacional también se han mostrado estas desigualdades, evidenciando que los pacientes no son tratados de manera equitativa. Así, es más probable que las personas de mejor posición socioeconómica realicen más consultas en atención hospitalaria especializada, en comparación con aquellas menos favorecidas. Sin embargo, en lo referente a la APS, las personas de menor posición social suelen tener la misma probabilidad de acceso que las personas en mejores condiciones y, además, la utilizan más (15,16). Lo que también resalta la literatura previa es la importancia del sistema sanitario de cara a disminuir las desigualdades: cuanto mayor sea el porcentaje de gasto público en salud, más se reducen las inequidades en la utilización de los servicios sanitarios (por ejemplo, en lo referente a las visitas médicas) (17).

Otros estudios han analizado la evolución de las tendencias en la utilización de los servicios sanitarios en España. En concreto, los análisis realizados demuestran una mejora del acceso en lo relativo a los niveles de renta: las desigualdades en el acceso parecen haber disminuido desde los años 80 (18), ayudando a conseguir el objetivo de garantizar un acceso equitativo en función de las necesidades de cada grupo. Además, se ha visto que con el tiempo la utilización de los servicios de APS ha favorecido a las clases sociales más bajas. También parecen haberse reducido las diferencias por clase social respecto a la utilización de servicios de Atención Especializada Hospitalaria (19). Los análisis más recientes que se han realizado son de 2011, donde también se aprecia que pertenecer a una clase más desfavorecida aumenta las posibilidades de ingreso o de acudir a urgencias (8).

Existen diversos estudios sobre el impacto de las desigualdades en el uso efectivo de los servicios sanitarios, sin embargo, pocas veces se hace desde un punto de vista interseccional en el que se analicen el efecto de varios ejes de desigualdad. Además, en pocas ocasiones se analiza cómo estas desigualdades cambian a lo largo del tiempo, lo cual es fundamental para entender cómo afecta al uso equitativo de los servicios sanitarios las diferentes intervenciones o cambios socioeconómicos y políticos. En concreto, el último estudio de tendencias temporales de esta índole abarca desde 1993 a 2006 (20).

Por todo ello, el objetivo de este trabajo es analizar las tendencias en la utilización de los servicios del Sistema Nacional de Salud español desde el 2003 hasta el 2020 en relación con desigualdades socioeconómicas y de género.



## Objetivos.

Evaluar la magnitud en términos relativos de las desigualdades sociales en la utilización de los servicios de Atención Primaria, Atención Hospitalaria Especializada, servicios de Urgencias e Ingresos Hospitalarios entre 2003 y 2020 en España.

## Material y métodos.

### Diseño y ámbito de estudio.

Se realizó un estudio de tendencias temporales de las desigualdades sociales en la utilización de los servicios de Atención Primaria y Atención Especializada en España entre 2003 y 2020. El ámbito de estudio fueron las 17 comunidades autónomas (CCAA) que se seleccionaron como unidades geográficas y administrativas.

### Población de estudio.

La muestra se obtuvo de las Encuestas Nacionales de Salud en España (ENSE) y de las Encuestas Europeas de Salud en España (EESE) realizadas entre el año 2003 y 2020, concretamente:

- Encuesta Nacional de Salud de 2003: 21.650 entrevistas.
- Encuesta Nacional de Salud de 2006: 29.478 entrevistas.
- Encuesta Nacional de Salud de 2011/12: 21.007 entrevistas.
- Encuesta Europea de Salud en España de 2014: 22.842 entrevistas.
- Encuesta Nacional de Salud de 2017: 23.089 entrevistas.
- Encuesta Europea de Salud en España de 2020: 22.072 entrevistas.

Hasta el año 2006 la Encuesta Nacional de Salud tenía carácter bienal. Actualmente la ENSE se realiza conjuntamente entre el Ministerio de Sanidad y el Instituto Nacional de Estadística (INE) y tiene periodicidad quinquenal, alternándose cada dos años y medio con la Encuesta Europea de Salud, con la que comparte un grupo de variables. La selección de la muestra en dichas encuestas se realizó mediante muestreo polietápico estratificado, con representatividad nacional y autonómica. En primer lugar se hace una estratificación de las secciones censales de acuerdo con el tamaño del municipio al que pertenece. En la segunda etapa se ha utilizado la relación de viviendas familiares principales en cada una de las secciones seleccionadas. Las unidades de la tercera etapa se seleccionan a partir de la relación de personas encuestadas en la vivienda en el momento de la realización de la entrevista.

Se excluyó la Encuesta Europea de Salud en España de 2009 debido a las diferencias metodológicas a la hora de formular las preguntas.

### Criterios de inclusión.

- Edad de los encuestados igual o mayor a 18 años.
- Lugar de residencia en territorio peninsular o en las Islas Canarias o Baleares.

## Criterios de exclusión.

- Ausencia de respuesta a las variables resultado recogidas en la encuesta:
  - Visitas a Atención Primaria.
  - Visitas a Atención Hospitalaria.
  - Consulta a Urgencias el año previo.
  - Ingreso hospitalario el año previo.

Tras la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión, el tamaño muestral por cada encuesta quedó de la siguiente manera:

- Encuesta Nacional de Salud de 2003: 6493.
- Encuesta Nacional de Salud de 2006: 11437.
- Encuesta Nacional de Salud de 2011/12: 7595.
- Encuesta Europea de Salud en España de 2014: 10766.
- Encuesta Nacional de Salud de 2017: 11703.
- Encuesta Europea de Salud en España de 2020: 10296.

## Variables.

Las **variables resultado** que se recogieron estaban relacionadas con la utilización de los servicios sanitarios, en concreto, atención primaria, atención especializada, hospitalizaciones y urgencias.

Respecto a hospitalizaciones y urgencias se recogió información sobre la utilización de dichos servicios en los últimos 12 meses. Esta variable se operacionaliza de manera dicotómica.

Respecto a la utilización de los servicios de consultas en atención primaria/médico general o atención especializada, la manera de preguntar cambia a lo largo de los años, manteniéndose consistente en la EESE de 2014 y 2020, y en la ENSE de 2017. La formulación se realiza de las siguientes maneras:

- Atención Primaria/Médico general:
  - ENSE 2006: Número de consultas al médico de familia en las últimas cuatro semanas (0 a 28).
  - ENSE 2011/12: Consulta a un médico de familia o general en las cuatro últimas semanas (sí/no).
  - EESE 2014: Número de consultas a un médico de familia o general en las cuatro últimas semanas (0 a 28).
  - ENSE 2017: Número de consultas a un médico de familia o general en las cuatro últimas semanas (0 a 28).
  - EESE 2020: Número de consultas a un médico de familia o general en las cuatro últimas semanas (0 a 28).
- Atención especializada:
  - ENSE 2006: Número de consultas al especialista en las últimas cuatro semanas (0 a 28).

- ENSE 2011/12: Consulta a un especialista en las cuatro últimas semanas (sí/no).
- EESE 2014: Número de consultas a un médico especialista en las cuatro últimas semanas (0 a 28).
- ENSE 2017: Número de consultas a un médico especialista en las cuatro últimas semanas (0 a 28).
- EESE 2020: Número de consultas a un médico especialista en las cuatro últimas semanas (0 a 28).

Para el análisis de la utilización de los servicios sanitarios de atención primaria y especializada, estas variables también se analizaron de manera dicotómica, de tal manera que en las encuestas de 2006 en adelante se analiza si se realizó consulta o no en las últimas 4 semanas, tanto en Atención Primaria como en Especializada. En la encuesta de 2011 se analiza directamente el resultado. En las de 2006, 2014, 2017 y 2020 se pregunta por número de visitas realizadas en las últimas cuatro semanas: si el valor se encuentra entre 1 y 28, se contabilizará como visita (sí). Si el valor es 0, indicará que no ha realizado visita a Atención Primaria o Especializada (no). Si el valor es otro o no consta, no se contabilizará.

Se ha decidido eliminar la encuesta de 2003 para este análisis dada a su gran diferencia a la hora de formular las preguntas y las distorsiones que esto provoca. Sin embargo, se mantiene para análisis de la utilización de urgencias e ingresos en el año previo.

En lo referente a las **variables explicativas** se analizó la posición socioeconómica a través de la clase social ocupacional. Esta variable se obtuvo a través de los datos autodeclarados por las personas encuestadas en las ENSE y EESE a partir de sus respuestas a varias preguntas, se codificó en seis categorías siguiendo la recomendación de la Sociedad Española de Epidemiología (21):

- **Clase I:** Directores/as y gerentes de establecimientos de 10 o más asalariados/as y profesionales tradicionalmente asociados/as a las licenciaturas universitarias.
- **Clase II:** Directores/as y gerentes de establecimientos de menos de 10 asalariados/as y profesionales tradicionalmente asociados/as a diplomaturas universitarias y otros/as profesionales de apoyo técnico. Deportistas y artistas.
- **Clase III:** Ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia.
- **Clase IV:** Supervisores/as y trabajadores/as en ocupaciones técnicas cualificadas.
- **Clase V:** Trabajadores/as cualificados/as del sector primario y otros/as trabajadores/as semi-cualificados/as.
- **Clase VI:** Trabajadores/as no cualificados/as.

La clase social ocupacional en las encuestas de 2003 y 2006 comprende 6 categorías, del I al V, con una subdivisión del IV en IVa y IVb. Del 2011 en adelante comprende seis categorías, del I al VI. Para poder realizar el análisis, se han homogeneizado las de 2003 y 2006 respecto al resto y se ha eliminado la subdivisión de la clase IV y se han reformulado IVb y V como V y VI, respectivamente.

Otras variables independientes: sexo de la persona encuestada (codificado como mujer o hombre) y edad.

## Análisis de datos.

El análisis estadístico se llevó a cabo con el entorno y lenguaje de programación libre R, versión 4.2.0, y con el entorno de desarrollo integrado (IDE), RStudio versión 2022.02.3+492.

Se realizó un análisis descriptivo inicial, utilizando medidas de tendencia central y de dispersión para las variables continuas (media y mediana, desviación típica y rango intercuartílico), como la edad. Para las variables categóricas se han utilizado medidas de frecuencia y porcentajes.

Para el análisis de las variables resultado se utilizó un modelo de regresión de Poisson para la muestra general, ajustando por edad y sexo, y posteriormente para cada sexo por separado. A partir de los modelos se obtuvo la razón de prevalencia y se calculó el Índice Relativo de Desigualdad (RII - *Relative Index of Inequality*) (22). Se trata de un índice complejo que representa la relación de los valores estimados de un indicador de salud de los más favorecidos a los más desfavorecidos, teniendo en cuenta también todos los subgrupos utilizando un modelo de regresión apropiado (en este caso, el modelo de Poisson). En caso de no haber inequidad, el valor del RII toma el valor de 1 y, a mayor inequidad, más se aleja del valor 1. Valores por encima de 1 indican que la prevalencia de uso de ese servicio es mayor en clases bajas, mientras que un RII menor de 1 indica lo contrario, que la prevalencia de uso es menor en clases bajas. Para cada valor del RII se calcularán los Intervalos de Confianza al 95%.

## Aspectos éticos.

Este Trabajo Fin de Máster respeta los principios enunciados en la Declaración de Helsinki, 2008 y el Convenio de Oviedo de 1997, con todas sus enmiendas hasta la fecha.

El acceso a los datos de las encuestas, tanto a los microdatos como a los registros del diseño de la encuesta, es libre y se puede acceder a él desde la página web del Ministerio de Sanidad (23) o desde la página web del Instituto Nacional de Estadística (INE) (24). Los microdatos se encuentran anonimizados, para preservar la confidencialidad de la información recabada.

## Resultados.

En la tabla 1 se muestran las características sociodemográficas de las personas encuestadas. En todas ellas fue mayor la proporción de mujeres que la de hombres. La media de edad fue de 58.04 en 2003, 56.10 en 2006, 57.22 en 2011, 56.76 en 2014, 57.83 en 2017 y 59.01 en 2020, siendo menor en mujeres que en hombres en todas las encuestas, excepto en la de 2003 y 2011.

La distribución por clase social se encuentra en el Anexo I. En las encuestas de 2003 y 2006 predominaron los encuestados de clase III y IV (proporción mayor al 20% en ambas clases, frente al resto de grupos, y en ambos sexos), frente al resto de años donde la clase predominante fue la V (con una proporción mayor al 30%). De manera general, las clases

más representadas se encontraban entre la III y la VI, aunque a partir de 2014 aumentó la proporción de clase I en todas las encuestas.

La figura 1 muestra la frecuencia relativa de utilización de servicios sanitarios por encuesta en ambos sexos. En la tabla 2 y 3 se muestran los resultados desagregados por sexo en Atención Primaria y Hospitalaria para las consultas realizadas en las últimas cuatro semanas.

De manera general se evidencia una disminución de la utilización de las consultas de Atención Primaria progresiva entre 2006 y 2020 que fue mayor entre 2011 y 2014 (la proporción de mujeres que acudieron a consulta de Atención Primaria en 2011 fue del 79.76% y en 2014 de 46.38%, frente a un 79.10% de hombres en 2011 a un 42.68% en 2014). Respecto a la clase social ocupacional, se puede observar un gradiente en el que los individuos pertenecientes a las clases I, II y III mantuvieron una frecuentación menor respecto a la proporción global y, sin embargo, los que pertenecen a las clases IV, V o VI mostraron una frecuentación por encima de la media de manera general.

Respecto a la utilización de los servicios de Atención Hospitalaria, se observan resultados similares en cuanto a la disminución de utilización de los servicios a lo largo de los años (de un 40.85% en 2006 en mujeres a un 18.92% en 2020, así como un 39.16% para hombres en 2006 a un 17.29% en 2020). De nuevo, con un salto respecto a la frecuentación en 2011 a la de 2014. La proporción de mujeres que consultaron, respecto a hombres, fue mayor en todas las encuestas. Y en lo referente a la clase social ocupacional se observó de nuevo un gradiente, pero inverso al anterior: las personas pertenecientes a las clases I, II y III mostraron una frecuentación mayor a la proporción global, frente a las personas pertenecientes a las clases IV, V y VI.

En las tablas 4 y 5 se muestran los resultados relativos y absolutos de frecuentación desagregados por sexo, para la utilización de servicios de Urgencias e Ingresos Hospitalarios.

Respecto a las visitas a urgencias en el último año encontramos una disminución del uso relativo respecto al año 2011 al 2014 (del 37.90% en 2011 en mujeres al 12.87% en 2014, y en hombres del 36.22% en 2011 al 17.64% en 2014). Excepto en la encuesta de 2011, los hombres utilizaron más los servicios de urgencias que las mujeres. En lo referente a la clase social ocupacional, de nuevo, la frecuentación de servicios de urgencias fue mayor en las clases más bajas, frente a las clases más altas.

La proporción de personas que ha necesitado un ingreso hospitalario en el último año ha aumentado desde la encuesta de 2003 a la encuesta de 2020. En 2011 la proporción de mujeres que había precisado ingreso era de 14.13% y en 2014 de 36.64%, respecto a hombres en 2011 fue de 15.69% a 33.76% en 2014. En todas las encuestas menos en 2014 y 2020, la proporción de hombres que precisaron ingreso fue mayor que la de mujeres. Asimismo, las clases sociales más bajas parecen haber precisado más ingresos que las más altas.

Los resultados relativos al Índice Relativo de Desigualdad calculado para las consultas de Atención Primaria y Hospitalaria se pueden observar en la tabla 6 y las figuras 2 y 3. Para Atención Primaria el RII fue mayor que 1 en todas las encuestas analizadas, con intervalos

de confianza superiores a 1, tanto para hombres como para mujeres. Además se observó una tendencia ascendente del RII con el paso de los años en ambos sexos (sus resultados se alejan más de 1). El RII para Atención Hospitalaria se encuentra por debajo de 1 en todas las encuestas, siendo todos los intervalos de confianza menores de 1 excepto para la encuesta de 2014, donde el RII es de 0.991 con un IC al 95% de 0.968-1.015, para el global. Los resultados son similares en ambos sexos, aunque en mujeres encontramos que también el intervalo de confianza para la encuesta de 2017 también es superior a 1. La tendencia del RII para atención hospitalaria es también ascendente (sus resultados se acercan más a 1, en este caso).

Los RII para utilización de servicios de urgencias e ingresos hospitalarios se encuentran también en la tabla 6 y en las figuras 4 y 5. En lo relativo a la utilización del servicio de urgencias, de manera global el RII es mayor que 1 para todas las encuestas, con intervalos de confianza al 95% por encima de 1 también. La tendencia de la desigualdad parece relativamente estable a lo largo de los años. En lo referente a los ingresos hospitalarios, el RII global se mantiene por encima de 1 en todas las encuestas, pero con intervalos de confianza inferiores menores a 1 en las encuestas de 2003, 2006 y 2011. Parece que existe una tendencia ascendente del RII en ingresos a lo largo de los años, que se acentúa más en mujeres, manteniéndose más estable en hombres.

## Discusión.

Este estudio analizó la utilización de servicios sanitarios en relación con el sexo y la clase social ocupacional en base a los datos recabados en las Encuestas Nacionales de Salud y Encuestas Europeas de Salud en España realizadas entre 2003 y 2020.

Los resultados obtenidos en este trabajo ponen de manifiesto el mayor uso de los servicios de Atención Primaria por parte de las clases sociales más bajas, frente a la mayor utilización de Atención Especializada Hospitalaria por las más altas. En lo referente a los servicios de urgencias y los ingresos hospitalarios también se encuentra en ambos una mayor utilización por parte de las clases sociales más bajas.

El índice relativo de desigualdad (RII por sus siglas en inglés) mostró un incremento en la prevalencia de la utilización de consultas de Atención Primaria, servicios de urgencias e ingresos por cada cambio en cada categoría de clase social. De manera general, los RII en Atención Primaria, urgencias y los ingresos mostraron una tendencia ligeramente ascendente a lo largo de los años, aumentando esta desigualdad. En el caso de Atención Primaria la prevalencia del uso aumentó un 2.6% por cada clase social en 2006, y un 6.2% en 2020. En lo referente a la Atención Hospitalaria observamos que, a diferencia de lo que ocurría con el resto de los servicios estudiados, el gradiente era inverso. Es decir, que las personas pertenecientes a clases sociales más altas tienen más oportunidades de utilizar estos servicios (en comparación con las personas de menor clase social). Sin embargo, este gradiente también se ha ido desplazado a favor de las clases sociales más bajas a lo largo del tiempo, disminuyendo la inequidad en la utilización de estos servicios. En 2006 la prevalencia de utilización de esta clase de servicios disminuyó un 5.4% por cada clase social, y en 2020 un 3.3%.

Las desigualdades en el uso de la Atención Primaria han sido ampliamente descritas por estudios de ámbito nacional e internacional, coincidiendo con nuestros resultados en la mayor utilización por parte de la población más vulnerable (14,15,19). Una revisión sistemática realizada en 2013 a nivel internacional puso de manifiesto que estas inequidades se acentuaban en función del tipo de los servicios de salud analizados (25), pero que, de manera general, los pacientes con menor nivel socioeconómico frecuentaban más la Atención Primaria ante igual necesidad, que un paciente con una posición socioeconómica mayor. Además, como ya se ha mencionado, la Atención Primaria es, en muchas ocasiones, la puerta de entrada al sistema sanitario, y es el medio principal de derivación a otros servicios dentro del Sistema Nacional de Salud (1). Este puede ser uno de los puntos por los que la utilización de este servicio sea mayor a cuanto menor la posición socioeconómica: el mayor acceso a seguros privados permite saltarse este paso y consultar directamente con el especialista hospitalario (26). Se ha visto que no solo la clase social ocupacional influye en la realización de consultas, sino también otros indicadores de posición socioeconómica, como el nivel educativo. En un análisis realizado en 2014 de 12 países de la Unión Europea se vio que, en la mayor parte de estos, a mayor nivel educacional, aumentaba la tendencia para consultar directamente a los servicios especializados hospitalarios (15).

Otro de los puntos fuertes de la Atención Primaria es la mayor accesibilidad y flexibilidad horaria, así como mayor cercanía y una visión del paciente en su entorno habitual. Esto puede ser importante, dado que para una persona con menos recursos o nivel educativo, la cercanía por parte del profesional que le atiende puede ser crucial. Dado que la Atención Primaria apuesta por una atención basada en la longitudinalidad y el conocimiento del paciente en el entorno que le rodea (27), algunos pacientes se pueden sentir más cómodos, favoreciendo la comunicación médico-paciente y haciendo que éstos prefieran el contacto con este tipo de servicios frente a los hospitalarios. La cercanía de los centros de salud al domicilio también puede ser un punto clave, sobre todo, en ámbitos rurales (25).

Los hallazgos relativos a la Atención Especializada Hospitalaria coinciden con lo descrito previamente en otros estudios tanto en España, como en otros países europeos (13–15). Se ha visto que estas desigualdades pueden estar en relación con el mayor acceso a consultas privadas por parte de las clases sociales más altas (28) siendo esta desigualdad mayor en el contacto inicial con el servicio en la mayor parte de países (15). Dado que la demanda relativa a la Atención Hospitalaria en el Sistema Nacional de Salud de España nace de los y las médicas de familia, habría que plantearse cuál es el rol que ejercen en este punto y de qué manera afectan otros factores externos, como los tiempos de espera. Algunos trabajos analizan los tiempos de espera para consultas externas de médicos hospitalarios, evidenciando un incremento del tiempo de espera entre 2010 y 2014 de más del 30% en algunas especialidades como oftalmología, otorrinolaringología o traumatología, e incluso de más de un 60% en ginecología (29). Tiempos de espera como estos podrían suponer una dificultad de acceso a este tipo de consultas, favoreciendo que las clases sociales más ricas se decantasen por realizar una consulta privada.

Las visitas a urgencias y los ingresos reproducen un patrón similar al visto en Atención Primaria: la prevalencia de consultas a urgencias o ingresos hospitalarios aumenta al disminuir la clase social. Es decir, la probabilidad de acudir a un servicio de urgencias es mayor perteneciendo a una clase social más baja que a una más alta. Este gradiente

parece mantenerse así en las diferentes ediciones de las encuestas, con una tendencia ligeramente ascendente. Estos datos coinciden con los resultados publicados previamente (8,30). Los servicios de urgencias podrían funcionar de una manera similar a la APS, siendo estos una vía de descarga cuando el acceso al resto de servicios es más dificultoso. Para hacer una valoración más certera habría que tener en cuenta la utilización basándose en el grado de necesidad. Algunos estudios realizados sobre este tema sugieren que las personas con un nivel educativo bajo suelen referir tener peor salud con más frecuencia (31) y por ello utilicen más estos servicios de urgencias y, a posteriori, precisen más ingresos hospitalarios.

Pasando a valorar la evolución temporal del RII en Atención Primaria, se puede observar que mantiene una tendencia ascendente a lo largo de los años con muy pequeñas diferencias entre hombres y mujeres. Estudios de tendencias previos, como el realizado entre 1993 y 2006 en España, mantienen que la utilización de servicios y su relación con la clase social se mantuvo estable a lo largo de ese periodo (20), habiendo aumentado la desigualdad desde entonces según los resultados obtenidos en este trabajo. Una posible explicación a esto podría ser un probable auge de los seguros privados, haciendo que la necesidad por parte de la población de hacer uso de la Atención Primaria haya menguado (32). En los últimos años, además, la Atención Primaria ha podido experimentar un detrimento en la calidad de los servicios ofrecidos con la consecuente pérdida de la longitudinalidad de la atención, básica en un servicio como éste. Un relevo generacional insuficiente, la temporalidad de los contratos ofrecidos y el escaso atractivo de la Atención Primaria para los profesionales recién formados han podido estar relacionados. Además, otros beneficios que se le presupone a la Atención Primaria, como la mayor disponibilidad y flexibilidad horaria, también han ido desapareciendo dando paso a una Atención Primaria cada vez más saturada y con dificultad a la hora de conseguir cita. Esto puede haber conllevado a parte de la población a decantarse por otros medios de consulta.

Respecto a la Atención Especializada Hospitalaria, sin embargo, parece se han reducido las desigualdades sociales por posición socioeconómica. El acceso a este tipo de atención puede venir por dos vías: o bien una derivación por parte de Atención Primaria dentro del Sistema Nacional de Salud, o mediante seguro privado. La disminución de la desigualdad podría explicarse también por estas dos vías: ante una Atención Primaria cada vez más saturada, las derivaciones hospitalarias aumentan ante la dificultad para atender toda la demanda; o, de nuevo, un auge de los seguros privados, con cada vez precios más competitivos en el mercado, están accediendo a la sanidad privada a personas que antes no lo tenían (32).

En la atención urgente y los ingresos hospitalarios el RII sigue una tendencia ascendente muy similar. Parece que las desigualdades aumentan de manera lenta pero progresiva, con un claro gradiente social. El mayor uso de urgencias por parte de las clases sociales más bajas podría explicarse de varias maneras. Una de ellas podría ser la utilización de estos servicios como medida compensatoria ante la progresiva saturación de la Atención Primaria. Otra podría estar en relación con un empeoramiento de salud, o un empeoramiento en la percepción de la misma, de las clases más bajas, dado que esta tendencia está acompañada también por un aumento del RII a nivel de ingresos hospitalarios (33). Es, además, para los ingresos hospitalarios, el único punto donde vemos una mayor



desigualdad entre hombres y mujeres: mientras el RII se ha mantenido estable para hombres, en mujeres las desigualdades han aumentado de manera progresiva.

Estos resultados ponen de manifiesto que la desigualdad a la hora de utilizar los servicios sanitarios sigue existiendo. La Atención Primaria, las visitas a urgencias y los ingresos presentan un claro gradiente social que parece que persiste en aumento, y la Atención Hospitalaria presenta un gradiente inverso, que parece verse explicado por la mayor accesibilidad a consultas privadas por parte de este grupo. Sobre esto es importante destacar que una Atención Primaria fuerte, con una buena accesibilidad y continuidad, está asociada con una mejor percepción de la salud física y mental, y con una disminución de las desigualdades en salud, en especial en regiones con mayor desigualdad de ingresos (34). Y aparte de esto, el papel de coordinación de cara a la entrada a otros niveles del sistema sanitario no solo reduce el gasto, sino que también disminuye la yatrogenia y los eventos adversos de ser atendido por múltiples especialistas (35).

Parece, entonces, que la Atención Primaria funciona como mecanismo compensatorio para las clases sociales más bajas a la hora de establecer contacto con el sistema sanitario, ayuda a disminuir las desigualdades (7) y a revertir la “ley de cuidados inversos” (36). Cabe reseñar que, sin embargo, una mayor utilización de un servicio sanitario por parte de un grupo social no implica que la atención recibida sea adecuada. Si la Atención Primaria no brinda una atención de calidad serán, de nuevo, las clases más desfavorecidas quienes lo sufrirán. Es, por tanto, especialmente importante el establecimiento de una Atención Primaria robusta y que garantice una atención de calidad para todos los ciudadanos y, en especial, para aquellos que más lo necesiten.

## Fortalezas y limitaciones.

Este trabajo cuenta con varias **limitaciones** metodológicas que afectan tanto al análisis de los datos como a su interpretación posterior. En primer lugar, es necesario recalcar que las preguntas realizadas en las diferentes encuestas cambian, sobre todo en las referentes a las de Atención Primaria y Atención Hospitalaria. Esto vemos que afecta al estudio descriptivo, provocando algunos saltos entre años que son difícilmente explicables. Que las preguntas cambien provoca un sesgo de clasificación de la variable resultado, que tal y como evolucionan los datos recogidos del RII hace sospechar que su efecto es no diferencial, por lo que afecta en menor medida al objetivo de este trabajo.

En la realización del análisis descriptivo se han eliminado todos los casos de la encuesta que no habían respondido a alguna de las variables resultado a estudio, por lo que se ha perdido información a la hora de analizar la frecuentación absoluta y relativa, dado que no contamos con todo el volumen de los encuestados por año. Esto puede incurrir en un sesgo de selección.

También en relación con el manejo de la clase social, hay que reseñar que la clasificación de la clase social ocupacional varía de una encuesta a otra. En la encuesta de 2003 y la de 2006, como se ha explicado previamente, la clase social ocupacional se distribuye en seis categorías. De cara a poder analizar esta variable de manera homogénea, se ha equiparado la nomenclatura de las clases sociales ocupacionales a las descritas arriba, pasando a tener seis clases diferentes y eliminando la subdivisión en la clase IV. Este cambio puede afectar

al análisis, distorsionando la medida y produciendo un sesgo de clasificación no diferencial. Sin embargo, la utilización del RII, que es una medida global, ayuda a que esta distorsión se minimice.

Además, en este trabajo se miden las diferencias a la hora de utilizar los servicios sanitarios en función del sexo del entrevistado, reportándose este de manera binaria (hombre/mujer). El género es uno de los ejes esenciales que condiciona en la vida social y es, por tanto, un determinante social de la salud. La introducción de género como categoría a estudio aportaría una perspectiva más diversa y ajustada a la realidad. La realización de un análisis en el que se tuvieran en cuenta ambas categorías, teniendo en cuenta el efecto correlativo entre ellas, brindaría un marco más completo (37).

Por último, es importante también tener en cuenta que a lo largo de este trabajo se valora la utilización de servicios sanitarios de manera cuantitativa y no cualitativa. Que la utilización de un servicio se acumule más en cierto grupo social no indica la calidad de la atención prestada.

Para futuros estudios, sería necesario valorar y ajustar la utilización de servicios sanitarios en función de las necesidades de salud. Lo importante es garantizar equidad en el acceso y la utilización no para todo el mundo, sino ante necesidades iguales. Como se indica en otros estudios, para hacer una valoración más certera del uso de los servicios sanitarios, se debería evaluar y ajustar por estado de salud (38).

Como **fortalezas** de este trabajo se encuentra la utilización de métodos estandarizados y comparables a nivel nacional e internacional, como el RII, que han sido utilizados por organismos como la OMS para el desarrollo de herramientas para medir y comparar la desigualdad entre países (22). Cabe destacar el papel de las ENSE y las EESE como medida de vigilancia de uso de los servicios sanitarios y el papel de los determinantes sociales en estos. Se trata de fuentes de información periódica actualizada que pueden brindar una muy buena oportunidad para el estudio de la evolución de las desigualdades y la implementación de políticas para paliarlas.

## Conclusiones.

Los resultados obtenidos ponen de manifiesto que, en España, aún se observan desigualdades sociales por posición socioeconómica en relación con la utilización de los servicios sanitarios. Además, estas han permanecido relativamente estables entre 2003 y 2020, o han mostrado una tendencia ascendente en el caso de la Atención Primaria, las urgencias y los ingresos. Se observa un marcado gradiente social para estos tres servicios que se invierte en el caso de la Atención Especializada Hospitalaria.

## Bibliografía.

1. Bernal-Delgado E, García-Armesto S, Oliva J, Martínez FIS, Repullo JR, Peña-Longobardo LM, et al. Health System Review 2018. :209.
2. Organisation for Economic Co-operation and Development, European Observatory on Health Systems and Policies. España: Perfil Sanitario del país 2021 [Internet]. Paris: OECD Publishing; 2021 [citado 31 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://doi.org/10.1787/3d1c2ed2-es>
3. Starfield B. New paradigms for quality in primary care. Br J Gen Pract. 2000;7.
4. Martín Zurro A. Prevención y promoción de la salud en Atención Primaria. diciembre de 1991;66:477-9.
5. Padilla J. Atención Primaria: fundamentos, reformas y ¿futuro? [Internet]. 2014 [citado 10 de junio de 2022]. Disponible en: <https://es.slideshare.net/javithink/atencion-primaria-fundamentos-reformas-y-futuro>
6. Organización Mundial de la Salud. 58ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD. Resoluciones y decisiones. Anexo. 2005.
7. Organización Mundial de la Salud. Cobertura sanitaria universal [Internet]. 2021 [citado 10 de junio de 2022]. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))
8. Fundación Alternativas, Urbanos-Garrido R, González López-Valcárcel B. Sanidad y desigualdad. 2o Informe sobre la desigualdad en España. Madrid: Fundación Alternativas; 2015.
9. Urbanos-Garrido R. La desigualdad en el acceso a las prestaciones sanitarias. Propuestas para lograr la equidad. Gac Sanit. noviembre de 2016;30:25-30.
10. Hernández-Quevedo C, Jiménez-Rubio D. A comparison of the health status and health care utilization patterns between foreigners and the national population in Spain: New evidence from the Spanish National Health Survey. Soc Sci Med. agosto de 2009;69(3):370-8.
11. Regidor E, Sanz B, Pascual C, Lostao L, Sánchez E, Díaz Olalla JM. La utilización de los servicios sanitarios por la población inmigrante en España. Gac Sanit. diciembre de 2009;23:4-11.
12. Abasolo I, Pinilla J, Negrín M. Equidad en la utilización de servicios sanitarios públicos por Comunidades Autónomas en España: un análisis multinivel. :20.
13. Abasolo I, Manning R, Jones AM. Equity in utilization of and access to public-sector GPs in Spain. Appl Econ. febrero de 2001;33(3):349-64.
14. Garrido-Cumbrera M, Borrell C, Palència L, Espelt A, Rodríguez-Sanz M, Pasarín MI, et al. Social Class Inequalities in the Utilization of Health Care and Preventive Services in Spain, a Country with a National Health System. Int J Health Serv. julio de 2010;40(3):525-42.
15. Doorslaer E van, Koolman X, Jones AM. Explaining income-related inequalities in doctor utilisation in Europe. Health Econ. julio de 2004;13(7):629-47.
16. Income-Related Inequality in the Use of Medical Care in 21 OECD Countries [Internet]. 2004 may [citado 13 de junio de 2022]. (OECD Health Working Papers; vol. 14). Report No.: 14. Disponible en: [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/income-related-inequality-in-the-use-of-medical-care-in-21-oecd-countries\\_687501760705](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/income-related-inequality-in-the-use-of-medical-care-in-21-oecd-countries_687501760705)
17. Income-Related Inequalities in Health Service Utilisation in 19 OECD Countries, 2008-2009 [Internet]. 2012 jul [citado 13 de junio de 2022]. (OECD Health Working Papers; vol. 58). Report No.: 58. Disponible en: [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/income-related-inequalities-in-health-service-utilisation-in-19-oecd-countries-2008-2009\\_5k95xd6stnxt-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/income-related-inequalities-in-health-service-utilisation-in-19-oecd-countries-2008-2009_5k95xd6stnxt-en)
18. Gómez PG, Nicolás ÁL. The Evolution of Inequity in Access to Health Care in Spain. :32.
19. González ML, Clavero A. Análisis de las desigualdades socioeconómicas en la

- utilización de asistencia sanitaria mediante modelos dinámicos. enero de 2008;(186(3)). Disponible en:  
[https://www.researchgate.net/publication/28234108\\_Analisis\\_de\\_las\\_desigualdades\\_socioeconomicas\\_en\\_la\\_utilizacion\\_de\\_asistencia\\_sanitaria\\_mediante\\_modelos\\_dinamicos](https://www.researchgate.net/publication/28234108_Analisis_de_las_desigualdades_socioeconomicas_en_la_utilizacion_de_asistencia_sanitaria_mediante_modelos_dinamicos)
20. Palència L, Espelt A, Rodríguez-Sanz M, B. Rocha K, Isabel Pasarín M, Borrell C. Trends in social class inequalities in the use of health care services within the Spanish National Health System, 1993–2006. *Eur J Health Econ.* abril de 2013;14(2):211-9.
  21. Domingo-Salvany A, Bacigalupe A, Carrasco JM, Espelt A, Ferrando J, Borrell C. Propuestas de clase social neoweberiana y neomarxista a partir de la Clasificación Nacional de Ocupaciones 2011. *Gac Sanit.* mayo de 2013;27(3):263-72.
  22. World Health Organization. Health Equity Assessment Toolkit (HEAT): Software for exploring and comparing health inequalities in countries. Built-in database edition. Version 2.0. Geneva. 2017.
  23. Ministerio de Sanidad. Banco de Datos - Ministerio de Sanidad [Internet]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/bancoDatos.htm>
  24. INE [Internet]. Disponible en: [www.ine.es](http://www.ine.es)
  25. Lueckmann SL, Hoebel J, Roick J, Markert J, Spallek J, von dem Knesebeck O, et al. Socioeconomic inequalities in primary-care and specialist physician visits: a systematic review. *Int J Equity Health.* diciembre de 2021;20(1):58.
  26. Rodríguez M, Stoyanova A. The effect of private insurance access on the choice of GP/specialist and public/private provider in Spain. *Health Econ.* julio de 2004;13(7):689-703.
  27. Starfield B. Is primary care essential? *The Lancet.* octubre de 1994;344(8930):1129-33.
  28. Regidor E, Martínez D, Calle ME, Astasio P, Ortega P, Domínguez V. Socioeconomic patterns in the use of public and private health services and equity in health care. *BMC Health Serv Res.* diciembre de 2008;8(1):183.
  29. MINISTERIO DE SANIDAD, CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL. Crisis económica y salud [Internet]. 2018 [citado 31 de marzo de 2022]. Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/CRISIS\\_ECONOMICA\\_Y\\_SALUD.pdf](https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/CRISIS_ECONOMICA_Y_SALUD.pdf)
  30. García-Altés A, Ruiz-Muñoz D, Colls C, Mias M, Martín Bassols N. Socioeconomic inequalities in health and the use of healthcare services in Catalonia: analysis of the individual data of 7.5 million residents. *J Epidemiol Community Health.* octubre de 2018;72(10):871-9.
  31. Aguilar-Palacio I, Carrera-Lasfuentes P, Rabanaque MJ. Salud percibida y nivel educativo en España: tendencias por comunidades autónomas y sexo (2001-2012). *Gac Sanit.* enero de 2015;29(1):37-43.
  32. UNESPA. El seguro de salud en 2020 [Internet]. 2021. Disponible en: <https://www.unespa.es/main-files/uploads/2021/06/El-seguro-de-salud-en-2020-FINAL.pdf>
  33. European Anti-Poverty Network (EAPN-ES). La desigualdad en la salud [Internet]. 2019. Disponible en: [https://www.eapn.es/ARCHIVO/documentos/documentos/1568024937\\_informe-pobreza-y-salud-vf.pdf](https://www.eapn.es/ARCHIVO/documentos/documentos/1568024937_informe-pobreza-y-salud-vf.pdf)
  34. Shi L, Starfield B, Politzer R, Regan J. Primary Care, Self-rated Health, and Reductions in Social Disparities in Health. *Health Serv Res.* junio de 2002;37(3):529-50.
  35. Baines RJ, de Bruijne MC, Langelaan M, Wagner C. What are the safety risks for patients undergoing treatment by multiple specialties: a retrospective patient record review study. *BMC Health Serv Res.* diciembre de 2013;13(1):497.
  36. Tudor Hart J. THE INVERSE CARE LAW. *The Lancet.* febrero de 1971;297(7696):405-12.
  37. García Calvente M del M, Jiménez Rodrigo ML, Martínez Morante E. Guía para incorporar la perspectiva de género a la investigación en salud. Sevilla: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2010.

38. Agerholm J, Bruce D, Ponce de Leon A, Burström B. Socioeconomic differences in healthcare utilization, with and without adjustment for need: An example from Stockholm, Sweden. *Scand J Public Health*. mayo de 2013;41(3):318-25.

# Tablas y figuras.

**Tabla 1.**

*Distribución de sexo y edad por encuesta.*

	n			Edad		
	Total	Mujeres	Hombres	Media	Mediana	D.E.
2003	6493	4072 (62,71%)	2421 (37,29%)	58,04	61	18,48
2006	11437	7581 (66,28%)	3856 (33,72%)	56,10	57	18,08
2011	7595	4580 (60,30%)	3015 (39,70%)	57,22	58	18,54
2014	10766	6373 (59,20%)	4393 (40,80%)	56,76	57	17,92
2017	11703	6901 (58,97%)	4802 (41,03%)	57,83	59	17,70
2020	10296	5929 (57,59%)	4367 (42,41%)	59,01	60	17,74

	Edad					
	Media		Mediana		D.E.	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
2003	58,48	57,31	61	60	18,6	18,27
2006	55,9	56,51	57	58	17,98	18,29
2011	57,59	56,65	59	58	18,84	18,06
2014	56,26	57,48	56	59	18,21	17,46
2017	57,49	58,33	58	60	18,16	17,01
2020	58,4	59,83	59	61	18,13	17,15

**Tabla 2.**

*Frecuencias absolutas y relativas de visitas a Atención Primaria en las últimas 4 semanas por sexo y clase social ocupacional.*

	2006		2011		2014		2017		2020	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
Global	6283 (82,88%)	3228 (83,71%)	3653 (79,76%)	2385 (79,10%)	2956 (46,38%)	1875 (42,68%)	2935 (42,53%)	1965 (40,92%)	1997 (33,68%)	1351 (30,94%)
I	386 (71,09%)	229 (75,08%)	257 (67,81%)	197 (70,61%)	258 (38,11%)	174 (35,22%)	221 (31,57%)	179 (37,21%)	166 (25,66%)	112 (22,95%)
II	527 (77,05%)	260 (80,00%)	217 (66,56%)	132 (64,08%)	243 (42,63%)	133 (40,92%)	182 (35,41%)	150 (40,76%)	156 (32,57%)	110 (30,81%)
III	1649 (82,78%)	885 (85,18%)	658 (75,37%)	399 (77,33%)	537 (43,27%)	337 (40,60%)	537 (39,25%)	349 (37,77%)	386 (29,90%)	243 (30,38%)
IV	1712 (83,68%)	977 (83,36%)	498 (81,77%)	415 (78,75%)	414 (47,05%)	326 (43,35%)	432 (46,40%)	335 (40,07%)	269 (34,18%)	219 (28,89%)
V	940 (85,69%)	432 (85,38%)	1291 (84,27%)	885 (83,81%)	1003 (49,24%)	687 (46,01%)	1064 (45,59%)	720 (43,45%)	685 (37,39%)	504 (34,73%)
VI	1069 (87,69%)	445 (87,43%)	732 (85,02%)	357 (82,83%)	501 (51,76%)	218 (43,69%)	499 (47,34%)	232 (43,28%)	335 (31,51%)	163 (31,77%)

**Tabla 3.**

*Frecuencias absolutas y relativas de visitas a Atención Hospitalaria en las últimas 4 semanas por sexo y clase social ocupacional.*

	2006		2011		2014		2017		2020	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
Global	3097 (40,85%)	1510 (39,16%)	1909 (41,68%)	1237 (41,03%)	1735 (27,22%)	1158 (26,36%)	1724 (24,98%)	1132 (23,57%)	1122 (18,92%)	755 (17,29%)
I	285 (52,49%)	147 (48,20%)	197 (51,98%)	127 (45,52%)	180 (26,59%)	112 (22,67%)	181 (25,86%)	144 (29,94%)	140 (21,64%)	82 (16,80%)
II	323 (47,22%)	142 (43,69%)	169 (51,84%)	105 (50,97%)	173 (30,35%)	89 (27,38%)	139 (27,04%)	99 (26,90%)	102 (21,29%)	65 (18,21%)
III	821 (41,21%)	421 (40,52%)	407 (46,62%)	237 (45,93%)	340 (27,40%)	246 (29,64%)	357 (26,10%)	221 (23,92%)	254 (19,67%)	149 (18,63%)
IV	820 (40,08%)	439 (37,46%)	256 (42,04%)	228 (43,26%)	252 (28,40%)	201 (26,73%)	249 (26,75%)	172 (20,57%)	151 (19,19%)	126 (16,62%)
V	406 (37,01%)	180 (35,57%)	581 (37,92%)	393 (37,22%)	523 (25,68%)	391 (26,19%)	557 (23,86%)	365 (22,03%)	319 (17,41%)	252 (17,37%)
VI	442 (36,26%)	181 (35,56%)	299 (34,73%)	147 (34,11%)	267 (27,58%)	119 (23,85%)	241 (22,87%)	131 (24,44%)	156 (17,47%)	81 (15,79%)



**Tabla 4.**

*Frecuencias absolutas y relativas de visita a Urgencias en el último año por sexo y clase social ocupacional.*

	2003		2006		2011		2014		2017		2020	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
Global	1517 (37,25%)	940 (38,83%)	2915 (38,45%)	1520 (39,41%)	1736 (37,90%)	1092 (36,22%)	820 (12,87%)	775 (17,64%)	916 (13,27%)	804 (16,74%)	721 (12,16%)	746 (17,08%)
I	72 (32,43%)	44 (34,38%)	187 (34,44%)	110 (36,07%)	120 (31,66%)	77 (27,60%)	63 (9,31%)	64 (12,96%)	74 (10,57%)	62 (12,89%)	54 (8,35%)	63 (12,91%)
II	97 (34,52%)	77 (38,50%)	257 (37,57%)	122 (37,54%)	115 (35,28%)	68 (33,01%)	70 (12,28%)	46 (14,15%)	50 (9,73%)	63 (17,12%)	54 (11,27%)	51 (14,29%)
III	370 (33,91%)	225 (34,30%)	718 (36,04%)	387 (37,25%)	321 (36,77%)	188 (36,43%)	160 (12,89%)	133 (16,02%)	162 (11,84%)	154 (16,67%)	127 (9,84%)	129 (16,13%)
IV	466 (38,74%)	356 (42,08%)	810 (39,59%)	495 (42,24%)	251 (41,22%)	206 (39,09%)	107 (12,16%)	130 (17,29%)	133 (14,29%)	125 (14,95%)	95 (12,07%)	141 (18,60%)
V	245 (39,84%)	113 (40,50%)	448 (40,84%)	212 (41,90%)	607 (39,62%)	398 (37,69%)	278 (13,65%)	304 (20,36%)	339 (14,52%)	306 (18,47%)	259 (14,14%)	275 (18,95%)
VI	267 (40,45%)	125 (40,06%)	495 (40,61%)	194 (38,11%)	322 (37,40%)	155 (35,96%)	142 (14,67%)	98 (19,64%)	158 (14,99%)	94 (17,54%)	132 (14,78%)	87 (16,96%)

**Tabla 5.***Frecuencias absolutas y relativas de ingresos en el último año por sexo y clase social ocupacional.*

	2003		2006		2011		2014		2017		2020	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
Global	645 (15,84%)	473 (19,54%)	1086 (14,33%)	656 (17,01%)	647 (14,13%)	473 (15,69%)	2335 (36,64%)	1483 (33,76%)	2701 (39,14%)	1737 (36,17%)	2015 (33,99%)	1308 (29,95%)
I	29 (13,06%)	22 (17,19%)	81 (14,92%)	47 (15,41%)	41 (10,82%)	36 (12,90%)	197 (29,10%)	148 (29,96%)	236 (33,71%)	152 (31,60%)	192 (29,68%)	119 (24,39%)
II	51 (18,15%)	33 (16,50%)	99 (14,47%)	52 (16,00%)	43 (13,19%)	32 (15,53%)	192 (33,68%)	99 (30,6%)	196 (38,13%)	133 (36,14%)	136 (29,39%)	107 (29,97%)
III	166 (15,22%)	116 (17,68%)	253 (12,70%)	165 (15,88%)	132 (15,12%)	73 (14,15%)	443 (35,70%)	272 (32,77%)	477 (34,87%)	299 (32,36%)	410 (31,76%)	246 (30,75%)
IV	194 (16,13%)	174 (20,57%)	307 (15,00%)	223 (19,03%)	95 (15,60%)	84 (15,94%)	315 (35,80%)	245 (32,58%)	372 (39,96%)	287 (34,33%)	271 (34,43%)	218 (28,76%)
V	95 (15,45%)	66 (23,66%)	167 (15,22%)	80 (15,81%)	224 (14,62%)	178 (16,86%)	775 (38,05%)	536 (35,90%)	960 (41,13%)	642 (38,74%)	656 (35,81%)	466 (32,12%)
VI	110 (16,67%)	62 (19,87%)	179 (14,68%)	89 (17,49%)	112 (13,01%)	70 (16,24%)	413 (42,67%)	183 (36,67%)	460 (43,64%)	224 (41,79%)	350 (39,19%)	152 (29,63%)

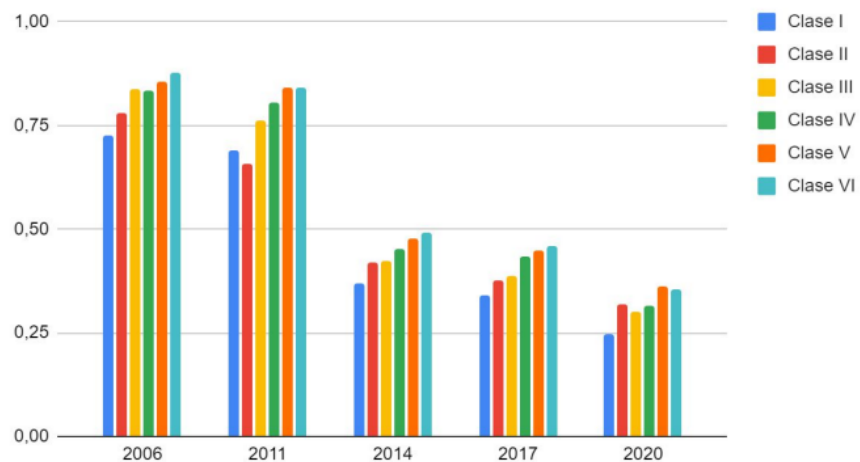
**Tabla 6.***Índice Relativo de Desigualdad por clase social ocupacional y sexo.*

	Atención Primaria			Atención Hospitalaria		
	Global	Mujeres	Hombres	Global	Mujeres	Hombres
2006	1,026 (1,011, 1,041)	1,028 (1,01, 1,047)	1,02 (0,995, 1,046)	0,943 (0,924, 0,963)	0,946 (0,923, 0,97)	0,941 (0,907, 0,976)
2011	1,045 (1,027, 1,063)	1,047 (1,024, 1,07)	1,042 (1,014, 1,071)	0,926 (0,905, 0,947)	0,923 (0,897, 0,95)	0,932 (0,898, 0,966)
2014	1,04 (1,02, 1,06)	1,045 (1,021, 1,071)	1,033 (1,002, 1,066)	0,991 (0,968, 1,015)	0,991 (0,961, 1,022)	0,994 (0,957, 1,033)
2017	1,053 (1,033, 1,073)	1,07 (1,044, 1,097)	1,028 (0,997, 1,06)	0,965 (0,942, 0,988)	0,977 (0,947, 1,007)	0,947 (0,911, 0,985)
2020	1,062 (1,038, 1,086)	1,067 (1,036, 1,098)	1,055 (1,018, 1,094)	0,967 (0,939, 0,995)	0,967 (0,939, 0,995)	0,967 (0,939, 0,995)
	Urgencias			Ingresos		
	Global	Mujeres	Hombres	Global	Mujeres	Hombres
2003	1,05 (1,019, 1,082)	1,053 (1,014, 1,093)	1,043 (0,993, 1,096)	1,028 (0,983, 1,075)	1,009 (0,953, 1,069)	1,057 (0,985, 1,135)
2006	1,04 (1,018, 1,062)	1,046 (1,019, 1,073)	1,028 (0,991, 1,066)	1,014 (0,981, 1,049)	1,016 (0,974, 1,06)	1,016 (0,961, 1,075)
2011	1,041 (1,015, 1,068)	1,038 (1,006, 1,071)	1,047 (1,005, 1,091)	1,016 (0,977, 1,058)	1,009 (0,958, 1,063)	1,029 (0,967, 1,096)
2014	1,06 (1,025, 1,096)	1,035 (0,989, 1,083)	1,087 (1,035, 1,142)	1,061 (1,039, 1,084)	1,067 (1,039, 1,096)	1,05 (1,014, 1,086)
2017	1,056 (1,022, 1,091)	1,061 (1,015, 1,11)	1,046 (0,997, 1,098)	1,059 (1,038, 1,08)	1,057 (1,031, 1,084)	1,06 (1,026, 1,095)
2020	1,081 (1,044, 1,119)	1,096 (1,043, 1,152)	1,063 (1,013, 1,117)	1,059 (1,035, 1,083)	1,068 (1,038, 1,1)	1,041 (1,004, 1,079)

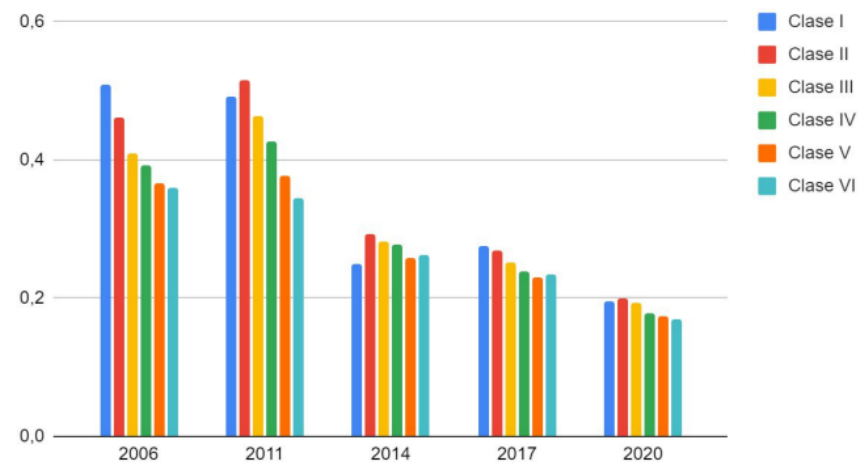
**Figura 1.**

*Frecuencia relativa de utilización de servicios en ambos sexos.*

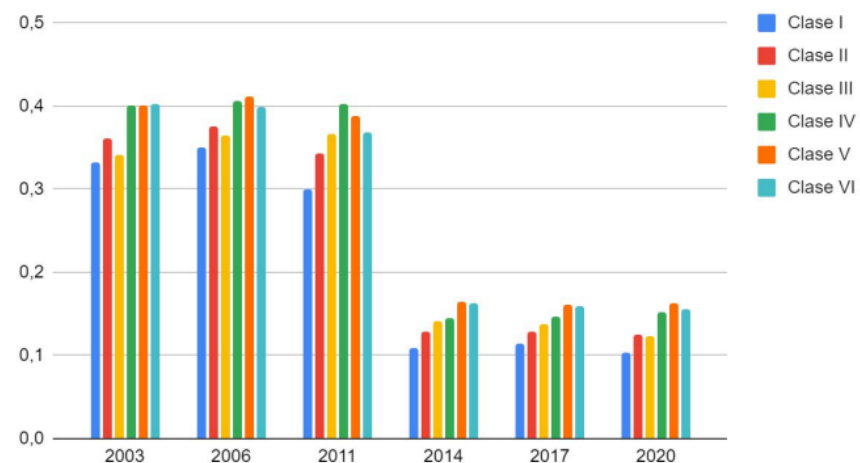
Atención Primaria



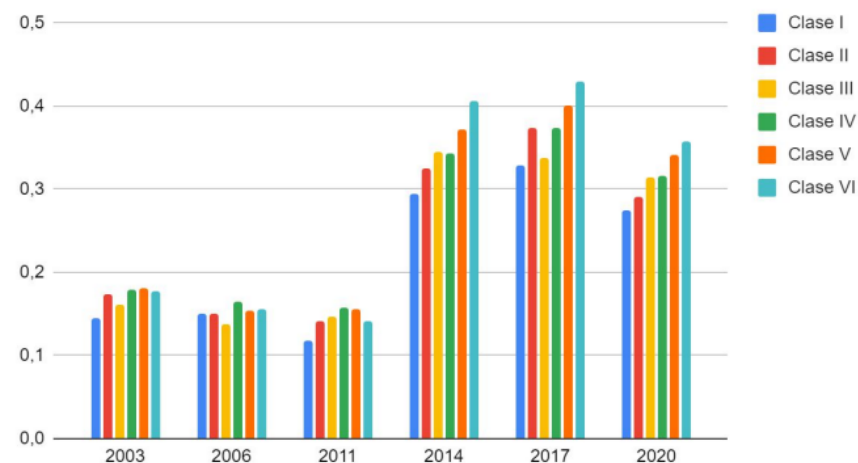
Atención Hospitalaria



Urgencias

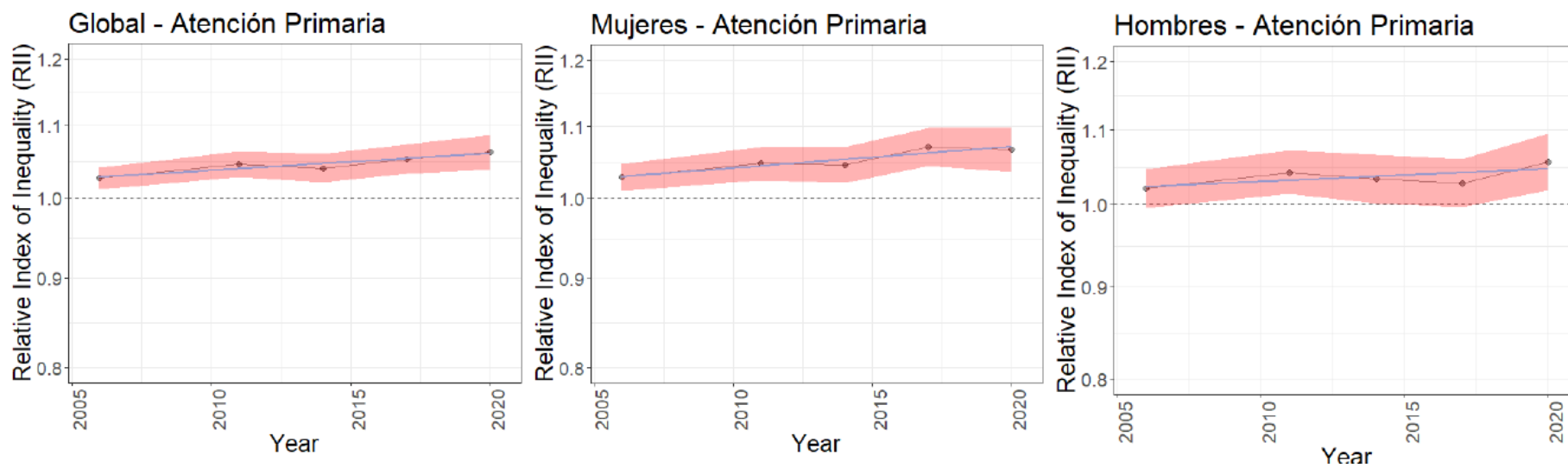


Ingresos



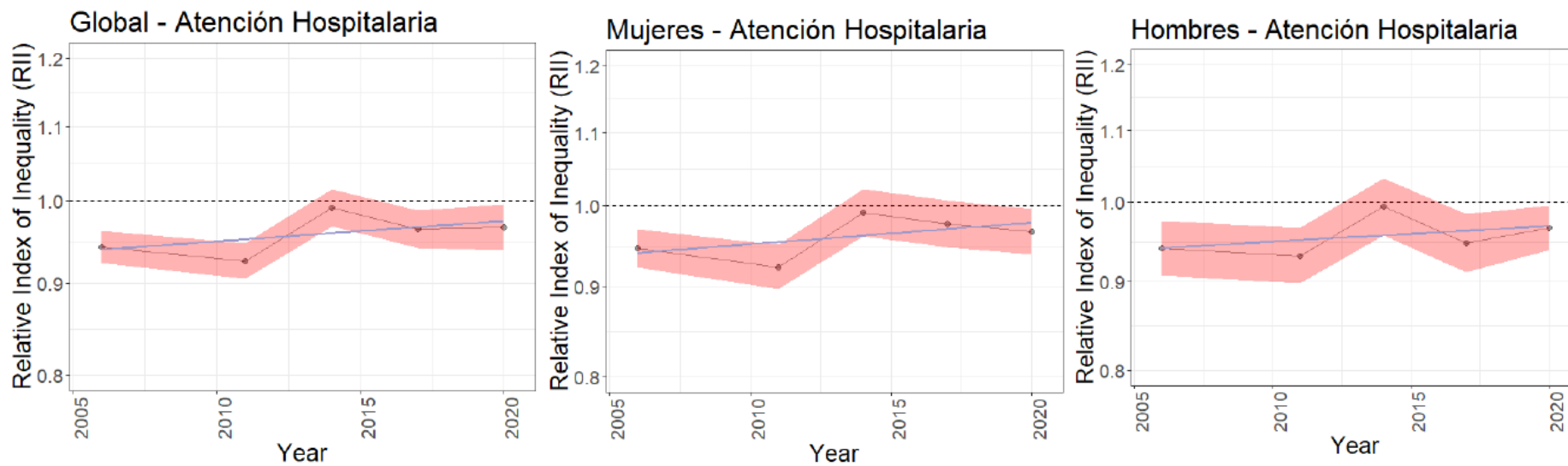
**Figura 2.**

*Índice Relativo de Desigualdad para visitas a Atención Primaria.*



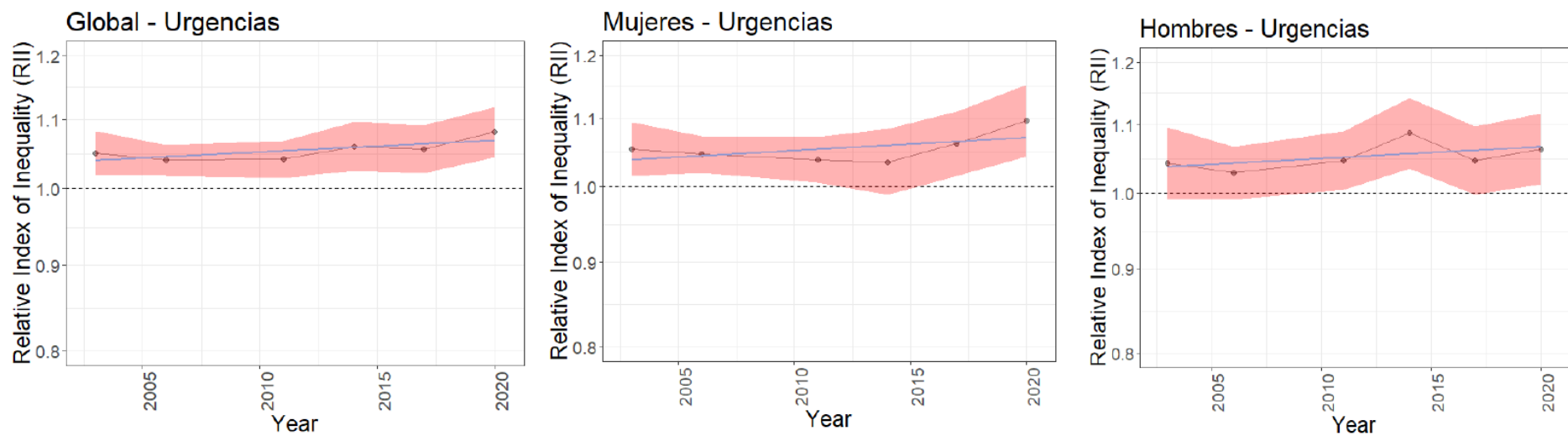
**Figura 3.**

*Índice Relativo de Desigualdad para visitas a Atención Hospitalaria.*



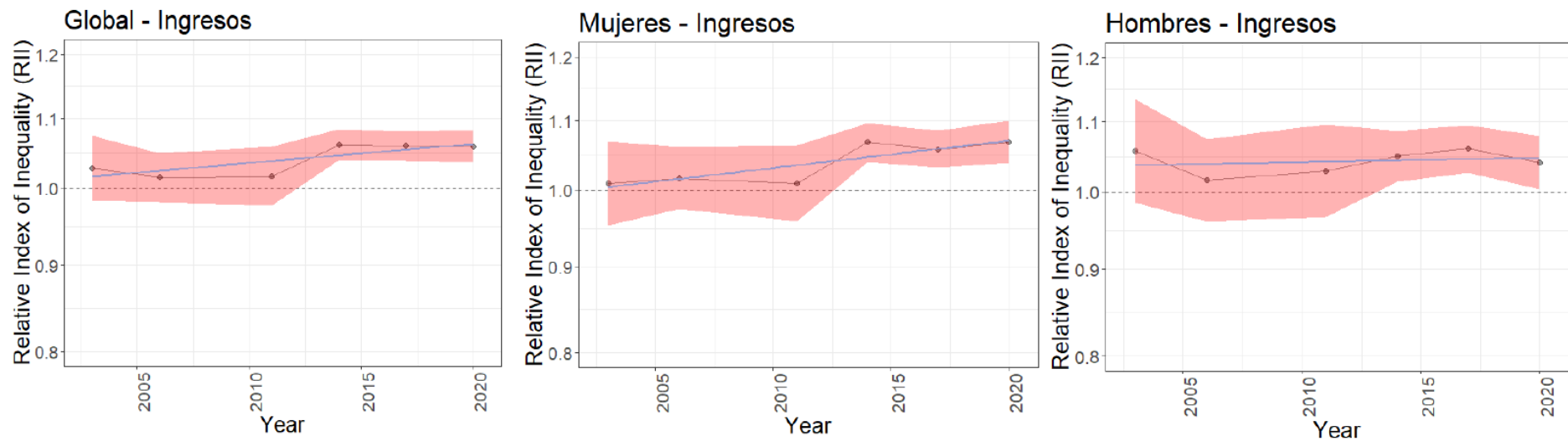
**Figura 4.**

*Índice Relativo de Desigualdad para visitas a los servicios de Urgencias.*



**Figura 5.**

*Índice Relativo de Desigualdad para ingresos hospitalarios.*





## Actividad desarrollada y grado de implicación.

- **Generación de la hipótesis y diseño del estudio:** participación activa en la generación de hipótesis y el diseño del estudio, en conjunto a los tutores.
- **Recogida y procesamiento de datos:** no se precisó recogida de datos. Procesamiento de datos en RStudio con indicaciones por parte de los tutores.
- **Análisis estadístico:** formación previa de programación en R. Análisis estadístico realizado íntegramente en RStudio bajo supervisión de los tutores.
- **Tabulación de datos y escritura del manuscrito:** tabulación de los datos y desarrollo del manuscrito de manera individual. Revisión de las diferentes versiones y correcciones por parte de los tutores.

## ANEXO I.

*Análisis descriptivo de la clase social ocupacional por encuesta.*

	2003 (n, %)		2006 (n, %)		2011 (n, %)		2014 (n, %)		2014 (n, %)		2020 (n, %)	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
I	222 (5,45)	128 (5,29)	543 (7,16)	305 (7,91)	379 (8,28)	279 (9,25)	677 (10,62)	494 (11,25)	700 (10,14)	481 (10,02)	647 (10,91)	488 (11,17)
II	281 (6,9)	200 (8,26)	684 (9,02)	325 (8,43)	326 (7,12)	206 (6,83)	570 (8,94)	325 (7,4)	514 (7,45)	368 (7,66)	479 (8,08)	357 (8,17)
III	1091 (26,79)	656 (27,1)	1992 (26,28)	1039 (26,95)	873 (19,06)	516 (17,11)	1241 (19,47)	830 (18,89)	1368 (19,82)	924 (19,24)	1291 (21,77)	800 (18,32)
IV	1203 (29,54)	846 (34,94)	2046 (26,99)	1172 (30,39)	609 (13,3)	527 (17,48)	880 (13,81)	752 (17,12)	931 (13,49)	836 (17,41)	787 (13,27)	758 (17,36)
V	615 (15,1)	279 (11,52)	1097 (14,47)	506 (13,12)	1532 (33,45)	1056 (35,02)	2037 (31,96)	1493 (33,99)	2334 (33,82)	1657 (34,51)	1832 (30,9)	1451 (33,23)
VI	660 (16,21)	312 (12,89)	1219 (16,08)	509 (13,2)	861 (18,8)	431 (14,3)	968 (15,19)	499 (11,36)	1054 (15,27)	536 (11,16)	893 (15,06)	513 (11,75)

Este Trabajo de Fin de Máster no ha precisado la aprobación del Comité de Ética dado el carácter abierto de los datos utilizados. El acceso a los datos de las encuestas es libre en las páginas del Ministerio de Sanidad o en el INE, y se encuentran anonimizados para preservar la confidencialidad.