



Últimas cifras del *descremado sociológico* de la Atención Primaria española

Autor J Juan Simó. Centro de Salud Rochapea. Pamplona (Navarra)

Algunas investigaciones (1-5) muestran en España diferencias en la visita ambulatoria al médico especialista (ME) y al médico general/de familia (MF) relacionadas con la renta de los individuos: mayor utilización del ME (y menor del MF) en los sujetos de más renta y viceversa. Sobre ello y su contexto, el lector puede consultar una revisión publicada en un número anterior de EL MÉDICO (6). En el presente artículo se describen las diferencias en el ámbito nacional en la utilización ambulatoria del ME y del MF según la clase social y el tipo de aseguramiento sanitario a partir de la información más reciente disponible.

Origen de los datos

Toda la información procede de los microdatos anonimizados de la Encuesta Europea de Salud en España 2014 (en adelante, la encuesta) disponibles en la web del Ministerio de Sanidad junto con su metodología y el cuestionario de preguntas (7). Esta encuesta, realizada por el Instituto Nacional de Estadística, es la parte española de la *European Health Interview Survey*, coordinada por Eurostat. El trabajo de campo se llevó a cabo desde enero de 2014 hasta febrero de 2015 mediante entrevista a 22.842 sujetos de 15 y más años residentes en España.

Variables

Todas proceden de la encuesta, algunas son idénticas (edad, clase social, dependencia funcional del último médico visita-



Juan Simó

do, presencia de enfermedad crónica), otras se han recategorizado por mor de la simplificación (nivel educativo, estado de salud autopercebido, presencia de sintomatología depresiva, tiempo desde la última visita médica) y otras se han creado a partir de los microdatos (tipo de aseguramiento, último médico visitado, número de visitas al MF por cada visita al ME y número total de visitas por persona). Las variables se definen a continuación, aunque el lector puede ampliar información si consulta la

metodología y cuestionario de la encuesta (7) y el blog del autor (8).

Edad

Del sujeto entrevistado, medida en años.

Clase social

Basada en la ocupación actual o pasada de la persona de referencia o sustentador principal del hogar (miembro que más aporta al presupuesto del mismo) en donde vive el entrevistado. Sus categorías son:

- Clase 1. Directores y gerentes de establecimientos de 10 o más asalariados y profesionales tradicionalmente asociados a licenciaturas universitarias.
- Clase 2. Directores y gerentes de establecimientos de menos de 10 asalariados

Llama la atención que el 5,4 por ciento de los sujetos de la clase más baja no haya consultado nunca con un ME, algo que sólo ocurre en el 1,6 por ciento de los sujetos de la clase más alta

dos, profesionales tradicionalmente asociados a diplomaturas universitarias y otros profesionales de apoyo técnico. Deportistas y artistas.

Clase 3. Ocupaciones intermedias y trabajadores por cuenta propia.

Clase 4. Supervisores y trabajadores en ocupaciones técnicas cualificadas.

Clase 5. Trabajadores cualificados del sector primario y otros trabajadores semi-cualificados.

Clase 6. Trabajadores no cualificados.

Nivel educativo

La encuesta contempla las siguientes opciones:

1. No sabe leer o escribir
2. Educación Primaria incompleta (Ha asistido menos de 5 años a la escuela)
3. Educación Primaria completa
4. Primera etapa de Enseñanza Secundaria, con o sin título (2º ESO aprobado, EGB, Bachillerato Elemental)
5. Estudios de Bachillerato
6. Enseñanzas profesionales de grado medio o equivalentes
7. Enseñanzas profesionales de grado superior o equivalentes
8. Estudios universitarios o equivalentes

En el trabajo se agrupan en las siguientes categorías: “Estudios primarios” (opciones 1, 2, 3 y 4), “Estudios medios” (opciones 5, 6 y 7) y “Estudios superiores” (opción 8).

Tipo de aseguramiento

La encuesta investiga (pregunta nº 80) las siguientes modalidades de aseguramiento sanitario. Se admiten hasta dos respuestas, lo que permite detectar duplicidades de cobertura.

1. Sanidad pública (Seguridad Social)
2. Mutualidades del Estado (MUFACE, ISFAS, MUGEJU) acogidas a la Seguridad Social
3. Mutualidades del Estado (MUFACE, ISFAS, MUGEJU) acogidas a un seguro privado



4. Seguro médico privado concertado individualmente.
5. Seguro médico privado concertado por la empresa
6. No tengo seguro médico
7. Otras situaciones

En este trabajo se agrupan estas modalidades en los siguientes tres tipos de aseguramiento:

“Sólo SNS”: Incluye aquellos sujetos que declaran la “Sanidad pública (Seguridad Social)” como única modalidad de aseguramiento (modalidad 1). Por tanto, excluye aquellos sujetos que refieran la modalidad 1 y cualquier otra modalidad adicional. Por tanto, en este grupo no se dan duplicidades de cobertura.

“Mutualismo”: Agrupa los sujetos que refieren disponer de una Mutualidad del Estado (MUFACE, ISFAS, MUGEJU). Incluye, pues, la modalidad 2 y la modalidad 3. En este grupo se dan duplicidades represen-

tadas por aquellos mutualistas que disponen de otra modalidad adicional de aseguramiento. Las más relevantes, “Sanidad Pública (Seguridad Social)” (28,2 por ciento de los sujetos de este grupo) y “Seguro médico privado” (2,7 por ciento).

“Seguro médico privado”: Incluye aquellos sujetos que refieren disponer de seguro médico privado adquirido individual o colectivamente (modalidad 4 y modalidad 5). En él también se dan duplicidades. La más relevante, la duplicidad con la “Sanidad pública (Seguridad Social)” declarada por el 94 por ciento de los sujetos de este grupo.

Estado de salud autopercebido

Las opciones de respuesta relativas al estado de salud autopercebido durante los últimos 12 meses (pregunta nº 21) son: 1) Muy bueno; 2) Bueno; 3) Regular, 4) Malo y 5) Muy Malo. En este trabajo se agrupan en dos categorías: “Muy Bueno o Bueno” (opciones 1 y 2) y “Regular, Malo o Muy Malo” (opciones 3, 4 y 5).



Presencia de enfermedad crónica

La encuesta indaga sobre ello mediante la pregunta nº 22 redactada así: "¿Tiene alguna enfermedad o problema de salud crónicos o de larga duración? (Entendemos por larga duración si el problema de salud o enfermedad ha durado o se espera que dure 6 meses o más)". Es, pues, una variable dicotómica: Presencia de enfermedad crónica (sí/no).

Presencia de sintomatología depresiva

La encuesta ofrece la variable "Salud mental en población adulta: severidad sintomatología depresiva". Sus categorías son: "Ninguna", "Leve", "Moderada", "Moderadamente grave" y "Grave". En este trabajo se agrupan en una todas las categorías que indican presencia de sintomatología depresiva sea cual sea su gravedad. Se transforma, pues, en una variable dicotómica: Presencia de sintomatología depresiva (sí/no).

Tiempo desde la última visita médica¹

A partir de las respuestas a las preguntas nº 48 y nº 50 se construyen dos variables que miden el tiempo transcurrido desde la última visita al MF y al ME. En este trabajo se consideran tres posibilidades: 1) Última visita en los últimos 12 meses, 2) Última visita hace 12 meses o más y 3) Nunca se ha hecho una visita.

Último médico visitado

A partir de las respuestas a las preguntas nº 48, nº 50 y nº 52 se construye una variable derivada ("Último médico visitado") que informa sobre si la última visita médica fue a un ME o a un MF en aquellos individuos que habían visitado a algún médico durante las cuatro semanas previas a la entrevista.

Dependencia funcional del último médico visitado

La pregunta nº 57 indaga sobre la depen-

dencia funcional de este último médico visitado y contempla las siguientes posibilidades:

1. Sanidad pública (Seguridad Social)
2. Sociedad médica
3. Consulta privada
4. Otros (médico de empresa, etc.)

A partir de las respuestas se construyen dos variables referidas a la dependencia funcional del MF cuando es éste el último médico visitado, y del ME cuando lo es éste.

Número de visitas al MF por cada visita al ME

A partir de las respuestas a las preguntas nº 49 y nº 51 se construye una variable que mide el número de visitas al MF por cada visita al ME (nº visitas al MF/nº visitas al ME) en el conjunto de sujetos que habían efectuado alguna visita médica en las cuatro semanas previas a la entrevista.

Número total de visitas por persona

A partir de las respuestas a las preguntas nº 49 y nº 51 se construye una variable que mide el número total de visitas (suma de las efectuadas al MF y al ME) por persona en los sujetos que habían efectuado alguna visita médica en las cuatro semanas previas a la entrevista.

Resultados

La tabla 1 muestra la distribución de las variables entre las clases sociales y en el total de la muestra. La encuesta no asigna clase social alguna a 529 sujetos (2,36 por ciento de la muestra). Por tanto, es posible conocer la clase social en 22303 de los 22842 sujetos entrevistados.

La tabla 2 muestra la distribución de las variables entre los tres tipos de aseguramiento. No se han incluido 98 sujetos

(0,43 por ciento de la muestra): 48 por no disponer de cobertura sanitaria alguna, 41 por declarar una cobertura diferente a las consideradas en la encuesta y 9 por no responder a la pregunta correspondiente. Por tanto, es posible clasificar a 22744 de los 22842 sujetos de la muestra en al menos uno de los tres tipos de aseguramiento.

Edad

Las tres clases sociales más altas son más jóvenes que las tres más bajas. El colectivo mutualista y el grupo con seguro médico privado son más jóvenes que el colectivo cubierto únicamente por el SNS.

Nivel educativo

Las clases sociales más altas muestran el mayor nivel educativo. Así, conforme se desciende en la escala social crece el porcentaje de sujetos con estudios primarios pero decrece el de estudios superiores. Por tipo de aseguramiento, tienen estudios superiores el 50,2 por ciento de los mutualistas, el 40,2 por ciento del grupo con seguro médico privado y el 12,8 por ciento del grupo cubierto únicamente por el SNS.

Estado de salud

Conforme se desciende en la escala social decrece cada vez más el porcentaje de sujetos con un estado de salud "Muy Bueno o Bueno". El colectivo mutualista y el grupo con seguro médico privado declaran un estado de salud "Muy Bueno o Bueno" en idéntica proporción (78,1 por ciento y 78,0 por ciento respectivamente), porcentaje que se reduce al 64,7 por ciento en el grupo cubierto sólo por el SNS. Conforme se desciende en la escala social crece progresivamente el porcentaje de sujetos con enfermedad crónica y con sintomatología depresiva. La enferme-

¹ Según las instrucciones de la encuesta a los entrevistados, se considera visita o consulta al MF la realizada de modo presencial, la domiciliaria y la telefónica. Se considera visita o consulta al ME la efectuada en consulta externa o ambulatoria pero no la realizada en el hospital como paciente ingresado o atendido en un hospital de día, ni la visita al dentista aunque sí al cirujano maxilofacial. En ningún caso se considera la visita a los servicios o dispositivos de urgencia ambulatorios u hospitalarios.

Tabla 1. Distribución de las variables según la clase social

Todos los sujetos entrevistados	Clases sociales						Total n=22842
	1 n=2479	2 n=1881	3 n=4262	4 n=3285	5 n=7295	6 n=3101	
Porcentaje respecto del total de la muestra	10,9	8,2	18,7	14,4	31,9	13,6	100
Edad (media en años)	49,1	50,1	50,8	53,8	53,5	53,3	52,3
Nivel educativo (%)							
Estudios primarios	15,2	22,2	39,7	63,0	72,2	80,6	55,7
Estudios secundarios	18,8	26,8	38,9	29,5	22,7	16,3	25,7
Estudios superiores	66,0	51,0	21,4	7,5	5,1	3,1	18,6
Aseguramiento (%)							
Sólo SNS	52,2	60,2	69,5	87,3	90,9	94,0	80,0
Mutualismo	12,5	17,0	8,9	1,1	1,2	0,8	5,2
Seguro médico privado	35,3	23,0	21,2	11,2	7,5	4,6	14,4
Estado de salud autopercebido (%)							
Muy Bueno o Bueno	81,2	77,9	72,8	65,9	62,1	58,0	67,4
Regular, Malo o Muy malo	18,2	22,1	27,2	34,1	37,9	42,0	32,6
Enfermedad o problema crónico de salud (Sí) (%)							
Presencia de sintomatología depresiva (Sí) (%)	9,6	14,1	14,8	17,3	19,9	26,0	17,9
Tiempo desde la última visita al MF (%)							
En los últimos 12 meses	71,1	76,2	77,8	80,5	81,9	83,4	79,5
Hace 12 meses o más	27,9	23,7	21,8	19,3	17,8	16,3	20,1
Nunca	1,0	0,1	0,4	0,3	0,3	0,3	0,4
Tiempo desde última visita al ME (%)							
En los últimos 12 meses	62,8	60,6	58,3	56,4	54,8	52,3	56,6
Hace 12 meses o más	35,6	37,2	38,8	40,5	40,8	42,0	39,7
Nunca	1,6	2,1	2,7	2,8	4,2	5,4	3,4
Sujetos que han efectuado alguna visita médica en las cuatro semanas previas a la entrevista	1 n=745	2 n=648	3 n=1534	4 n=1237	5 n=2862	6 n=1257	Total n=8483
Porcentaje respecto de la clase social	30,1	34,4	36,0	37,7	39,2	40,5	37,1
Último médico visitado (%)							
Médico general/de familia (MF)	60,3	62,0	65,7	70,5	75,1	75,6	70,5
Médico especialista (ME)	39,7	38,0	34,3	29,5	24,9	24,4	29,5
Dependencia funcional del último MF visitado (%)							
Sanidad Pública (Seguridad Social)	80,0	77,4	87,4	96,6	97,7	97,6	93,1
Sociedad médica	9,8	11,2	7,4	0,9	0,7	0,2	3,2
Consulta privada	10,0	10,7	4,9	1,8	1,3	2,0	3,4
Otros	0,2	0,7	0,3	0,7	0,1	0,2	0,3
Dependencia funcional del último ME visitado (%)							
Sanidad Pública (Seguridad Social)	44,6	53,3	58,0	82,5	83,8	90,6	71,2
Sociedad médica	24,3	19,1	17,7	6,3	5,2	2,9	11,5
Consulta privada	30,7	26,4	24,1	10,1	10,1	5,9	16,5
Otros	0,3	1,2	0,2	1,1	0,8	0,7	0,7
Número visitas al MF por cada visita al ME	1,32	1,69	1,81	2,11	2,41	2,59	2,09
Número total de visitas por persona	1,32	1,34	1,37	1,36	1,37	1,39	1,37

MF= Médico general/de familia; ME= Médico especialista



Tabla 2. Distribución de las variables según el tipo de aseguramiento

Todos los sujetos entrevistados	Tipo de aseguramiento			
	Sólo SNS n=18274	Mutualismo n=1180	SegMedPri* n=3322	Total n=22842
Porcentaje respecto del total de la muestra	80,0	5,2	14,5	100
Edad (media en años)	53,1	51,6	48,5	52,3
Nivel educativo (%)				
Estudios primarios	62,9	23,8	26,8	55,7
Estudios secundarios	24,3	26,0	33,1	25,7
Estudios superiores	12,8	50,2	40,2	18,6
Clase social (%)				
Clase 1	7,1	26,3	26,3	10,9
Clase 2	6,2	27,0	13,0	8,2
Clase 3	16,2	32,2	27,2	18,7
Clase 4	15,7	3,0	11,3	14,4
Clase 5	36,3	7,5	16,4	31,9
Clase 6	16,0	2,2	4,3	13,6
Estado de salud autopercebido (%)				
Muy Bueno o Bueno	64,7	78,1	78,0	67,4
Regular, Malo o Muy malo	35,3	21,9	22,0	32,6
Enfermedad o problema crónico de salud (Sí) (%)	66,0	58,3	58,9	64,5
Presencia de sintomatología depresiva (Sí) (%)	19,3	11,9	12,2	17,9
Tiempo desde la última visita al MF (%)				
En los últimos 12 meses	81,2	77,3	71,7	79,5
Hace 12 meses o más	18,5	22,5	27,6	20,1
Nunca	0,3	0,3	0,7	0,4
Tiempo desde la última visita al ME (%)				
En los últimos 12 meses	53,9	68,1	68,2	56,6
Hace 12 meses o más	42,0	30,2	30,2	39,7
Nunca	3,9	1,4	1,5	3,4
Sujetos que han efectuado alguna visita médica en las cuatro semanas previas a la entrevista	Sólo SNS n=6950	Mutualismo n=448	SegMedPri* n=1078	Total n=8483
Porcentaje respecto del grupo de aseguramiento	38,0	38,0	32,5	37,1
Último médico visitado (%)				
Médico general/de familia	74,5	54,0	51,9	70,5
Médico especialista	25,5	46,0	48,1	29,5
Dependencia funcional del último MF visitado (%)				
Sanidad Pública (Seguridad Social)	98,8	27,3	68,0	93,1
Sociedad médica	0,1	47,1	13,4	3,2
Consulta privada	0,9	23,6	17,4	3,4
Otros	0,2	2,1	1,3	0,3
Dependencia funcional del último ME visitado (%)				
Sanidad Pública (Seguridad Social)	91,7	13,6	23,7	71,2
Sociedad médica	0,6	55,8	32,2	11,5
Consulta privada	6,9	30,1	43,7	16,5
Otros	0,8	0,5	0,4	0,7
Número visitas al MF por cada visita al ME	2,43	1,23	1,14	2,09
Número total de visitas por persona	1,36	1,39	1,38	1,36

* SegMedPri = Seguro Médico Privado; MF= Médico general/de familia; ME= Médico especialista

dad crónica y la sintomatología depresiva son más prevalentes en el grupo únicamente cubierto por el SNS (66,0 por ciento y 19,3 por ciento respectivamente) y menos en el colectivo mutualista (58,3 por ciento y 11,9 por ciento) y en el grupo con seguro médico privado (58,9 por ciento y 12,2 por ciento).

Clase social y tipo de aseguramiento

Se detecta un claro gradiente decreciente en la proporción de sujetos con seguro médico privado a medida que se desciende en la escala social, desde un 35,3 por ciento en la clase 1 hasta un 4,6 por ciento en la clase 6. La presencia de mutualistas es más frecuente en las clases altas que en las bajas, con una prevalencia media del 12,8 por ciento en las tres primeras clases y del 1,0 por ciento en tres últimas. El hecho de disponer únicamente de la cobertura del SNS también es cada vez más frecuente a medida que se desciende la escala social, desde el 52,2 por ciento en la clase 1 hasta el 94,0 por ciento en la clase 6. Por tipo de aseguramiento, las tres clases más bajas predominan en el grupo cubierto únicamente por el SNS (68,0 por ciento) mientras que las tres más altas predominan en los otros dos: 85,5 por ciento del colectivo mutualista y 66,5 por ciento del grupo con seguro médico privado.

Utilización del MF y del ME según clase social

Tiempo desde la última visita

Conforme se desciende en la escala social se visita más al MF y menos al ME en el último año. Llama la atención que el 5,4 por ciento de los sujetos de la clase más baja no haya consultado nunca con un ME, algo que sólo ocurre en el 1,6 por ciento de los sujetos de la clase más alta.

Último médico visitado, dependencia funcional del mismo, número de visitas al MF por cada visita al ME y número total de visitas médicas

Un 37,1 por ciento de la muestra (8483 sujetos) efectuaron al menos una visita médi-

ca en las cuatro semanas previas a la entrevista. Este porcentaje crece a medida que se desciende en la escala social, desde un 30,1 por ciento en la clase 1 hasta un 40,5 por ciento en la clase 6. Conforme se desciende en la escala social se visita más al MF y menos al ME. La dependencia funcional del médico es en su mayor parte pública en todas las clases sociales excepto en los sujetos de la clase 1 cuando visitan al ME que, mayoritariamente, lo hacen a uno privado. Existe también un claro gradiente creciente en la dependencia funcional pública de médico, sea MF o ME, conforme se desciende en la escala social. Las tres clases sociales más altas son las que muestran un mayor porcentaje de proveedor médico privado (sociedad médica y consulta privada) especialmente en la visita al ME. El número de visitas al MF por cada visita al ME crece progresivamente a medida que se desciende en la

escala social. Sin embargo, el número total de visitas por persona (suma de las efectuadas al ME y al MF) es prácticamente idéntico en todas las clases sociales.

Utilización del MF y del ME según tipo de aseguramiento

Tiempo desde la última visita

El grupo cubierto únicamente por el SNS es el que más utiliza al MF en el último año. Así, un 81,2 por ciento de los individuos de este grupo han consultado al menos una vez con dicho profesional en ese tiempo. Este porcentaje se reduce al 77,3 por ciento en los mutualistas y al 71,7 por ciento en el grupo con seguro médico privado. El colec-

tivo mutualista y el grupo con seguro médico privado han visitado al ME en el último año en la misma proporción (68,1 y 68,2 por ciento, respectivamente), porcentaje que desciende al 53,9 por ciento en el grupo cubierto únicamente por el SNS.

Último médico visitado, dependencia funcional del mismo, número de visitas al MF por cada visita al ME y número total de visitas médicas

El grupo cubierto únicamente por el SNS y el colectivo mutualista han efectuado al

La proporción de sujetos que efectúan al menos una visita médica en las cuatro semanas previas a la entrevista crece a medida que se desciende en la escala social, en consonancia con el mayor envejecimiento, peor salud autopercebida y mayor prevalencia de enfermedad crónica y depresión en las clases más bajas

menos una visita médica en las cuatro semanas previas a la entrevista en la misma proporción (38,0 por ciento), cifra que se reduce al 32,5 por ciento en el grupo con seguro médico privado. El último médico visitado es mayoritariamente MF (74,5 por ciento) en el grupo cubierto únicamente por el SNS pero se reduce al 54,0 por ciento en el colectivo mutualista y al

51,9 por ciento en el grupo con seguro médico privado. La dependencia funcional del médico es mayoritariamente pública en el grupo cubierto únicamente por el SNS (98,8 por ciento para el MF y 91,7 por ciento para el ME). En el grupo con seguro médico privado, la dependencia es mayoritariamente pública cuando se visita al MF (68,0 por ciento) pero privada (sociedad médica + consulta privada) en la visita al ME (75,9 por ciento). En el colectivo mutualista la dependencia es en su mayor parte privada (sociedad médica y consulta privada) tanto en la visita a MF (70,7 por ciento) como al ME (85,9 por ciento). En el grupo cubierto sólo por el SNS se cuentan 2,43 visitas al MF por cada visita al ME. Sin embargo, esta cifra se reduce a 1,23 en el colectivo mutua-



lista y a 1,14 en el grupo con seguro médico privado. El número total de visitas por persona (suma de las efectuadas al ME y al MF) es prácticamente idéntico en los tres grupos de aseguramiento.

Discusión

La proporción de sujetos que efectúan al menos una visita médica en las cuatro semanas previas a la entrevista crece a medida que se desciende en la escala social, en consonancia con el mayor envejecimiento, peor salud autopercebida y mayor prevalencia de enfermedad crónica y depresión en las clases más bajas. Pese a ello, se visita menos al ME y más al MF conforme se desciende en dicha escala.

Pese a las diferencias en edad, estado de salud y prevalencia de enfermedad crónica y depresión, la proporción de sujetos que efectúan al menos una visita médica en las últimas cuatro semanas es idéntica en el grupo cubierto sólo por el SNS y en el colectivo mutualista (38,0 por ciento), porcentaje que se reduce al 32,5 por ciento en los sujetos con seguro médico privado. Sin embargo, mutualistas y sujetos con seguro médico privado consultan más al ME y menos al MF que los sujetos únicamente cubiertos por el SNS. Así, en este último grupo, el número de visitas al MF por cada visita al ME se duplica (2,43) respecto del colectivo mutualista (1,23) y del grupo con seguro médico privado (1,14). Lo mismo ocurre, prácticamente, cuando comparamos la última (2,59) con la primera clase social (1,32).

La mayor utilización del ME por parte de las clases altas, mutualistas y sujetos con seguro médico privado se detecta mediante las tres variables utilizadas (*“Tiempo desde la última visita médica”*, *“Último médico visitado”* y *“Número de visitas al MF por cada visita al ME”*), lo que confiere consistencia al hallazgo. Esta mayor utilización del ME sería en parte inadecuada si tenemos en cuenta que las clases altas, mutualistas y los sujetos con seguro médico privado son, precisamente, los colecti-



vos más jóvenes, con mejor salud autopercebida y con menor prevalencia de enfermedad crónica y depresión.

El número total de visitas (suma de las efectuadas al MF y al ME) por persona durante las cuatro semanas previas a la entrevista es prácticamente idéntico en las seis clases sociales y en los tres grupos de aseguramiento. Esto significa que las clases altas, mutualistas y sujetos con seguro médico privado, que destacan por ser colectivos más jóvenes, sentirse más

sanos y tener menos enfermedades crónicas y depresión, generan tantas visitas médicas por persona como el resto de grupos y lo hacen, además, con un mayor peso de la visita al ME. Esto refuerza la hipótesis de una mayor inadecuación por sobreuso de la visita al ME en estos colectivos.

Los resultados sobre la dependencia funcional del último médico visitado sugieren que los mutualistas y las personas con seguro médico privado se sirven de sus res-

pectivas modalidades de aseguramiento para acceder a médicos privados con mayor frecuencia que los sujetos cubiertos únicamente por el SNS. Algo que también ocurre con los sujetos de las tres primeras clases sociales respecto de las tres últimas, bien por la mayor presencia del mutualismo y del seguro médico privado entre las clases altas o bien mediante el pago directo de estas consultas (consulta privada). La visita a los médicos privados es mucho más frecuente en las tres clases altas que en las tres más bajas: 7,6 veces más frecuente en el caso del MF y 3,5 veces en el caso del ME. La visita al MF privado es 70,7 veces más frecuente en el mutualismo y 30,8 veces más frecuente en el grupo con seguro médico privado que en el grupo cubierto únicamente por el SNS. Cifras que se reducen a 11,4 y 10,1 veces, respectivamente, en el caso de la visita al ME privado.

Los resultados de este trabajo sugieren una deficitaria universalización efectiva de la atención médica ambulatoria del SNS, especialmente de la Atención Primaria, por infrautilización por parte de determinados grupos socioeconómicos (clases altas, mutualistas, sujetos con seguro médico privado) que, además, infrautilizan al MF pero sobreutilizan al ME. Buena parte de la sobreutilización del ME en estos grupos se financia públicamente de modo directo (mutualismo) o indirecto (coste fiscal producido por los beneficios fiscales ligados a la compra de seguros médicos privados). La mayoría de los beneficiados por este incentivo fiscal son sujetos pertenecientes a las clases altas, lo que resta respaldo al mantenimiento de esta medida pues desde el punto de vista de la equidad se destina dinero público (precisamente el que no se ingresa) a quien menos lo necesita.

Como vemos, el análisis de la encuesta muestra como todavía perdura en España la desigualdad en la utilización ambulatoria del ME y del MF relacionada con la renta de los individuos detectada en investigaciones precedentes (1-5). Además,

arroja algunos resultados que cuestionan la existencia en España de subsistemas especiales de cobertura sanitaria o exenciones fiscales a la compra de seguros médicos privados. Sobre el perjuicio que supone para la calidad de los servicios no atender a colectivos con un nivel cultural, educativo, adquisitivo y de influencia superior a la media es muy interesante la reflexión de Freire (9). Su argumento central es que en una Sanidad pública, la universalidad efectiva de uso por todos los estratos sociales es un pre-requisito para la calidad. Consecuentemente, la Atención Primaria sólo tendrá la mejor calidad posible si es efectivamente utilizada por todos los grupos sociales, especialmente por aquellos con mayor capacidad para exigirla. Desde una perspectiva de igualdad y equidad de poco sirve que la Atención Primaria sea declarada la “puerta de entrada al sistema” si sólo la utilizan quienes no disponen de otras “puertas” alternativas como los subsistemas descritos (“descremado sociológico”) (6,10) ■

Referencias bibliográficas

1. Rodríguez M, Stoyanova A. Changes in the demand for private medical insurance following a shift in tax incentives. *Health Econ.* 2008;17: 185-202. Disponible en: <http://tinyurl.com/qjspbqq>
2. Crespo-Cebada E, Urbanos-Garrido RM. Equity and equality in the use of GP services for elderly people: The Spanish case. *Health Policy* 2012;104:193-9. Disponible en: <http://tinyurl.com/ozqyauk>
3. Aguilar I, Carrera P, Solsona S, Sartolo M.T., Rabanaque M.J. Utilización de servicios sanitarios en ancianos (España 2006-2012): influencia del nivel de salud y de la clase social. *Aten Primaria* 2016; 48:235-43. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-linkresolver-utilizacion-servicios-sanitarios-ancianos-espana-S0212656715002115>

4. van Doorslaer E, Masseria C, Koolman X. Inequalities in access to medical care by income in developed countries. *CMAJ.* 2006; 174: 177-83. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1329455/pdf/20060117s00017p177.pdf>
5. Devaux, M, de Looper M. Income-Related Inequalities in Health Service Utilisation in 19 OECD Countries, 2008-2009, OECD Health Working Papers, Nº 58, OECD Publishing, 2012. Disponible en: <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/5k95xd6stnxt-en.pdf?expires=1485066928&id=id&accname=guest&checksum=3D1A230CD52105AEAE9EFED01FEE89F>
6. Simó J. El descremado sociológico de la Atención Primaria española. *EL MÉDICO.* 2017; 1179: 14-19. Disponible en: http://media.wix.com/ugd/333ecd_dc98a91d35f94799a4e21f3a03ccc9be.pdf
7. Encuesta Europea de Salud en España 2014. Ministerio de Sanidad. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Enc_Eur_Salud_en_Esp_2014.htm
8. Simó J. Blog Salud, Dinero y Atención Primaria. Disponible en: <http://saludineroap.blogspot.com.es>
9. Freire Campo JM. La cobertura poblacional del Sistema Nacional de Salud: importancia y retos de la universalización y la equidad en el aseguramiento. En: Repullo Labrador JR y Oteo Ochoa LA. Un nuevo contrato social para un Sistema Nacional de Salud sostenible. Ariel: 2005. p. 61-99.
10. Simó J. El «techo de cristal» de la Atención Primaria española. *Aten Primaria* 2009; 41: 572-577. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-el-techo-cristal-atencion-primaria-S0212656709001978?redirectNew=true>