

# Desigualdades de acceso al sistema sanitario

Maite Morteruel



¿Qué es la buena gobernanza en salud? La gobernanza o buen gobierno por la salud es aquel que asume la salud como derecho humano y como una cuestión de justicia social.

---

**Cita sugerida:** MORTERUEL, M. (2019) **Desigualdades de acceso al sistema sanitario.** OSEKI *Osasun eskubidearen aldeko ekimena-Iniciativa por el derecho a la salud.* Disponible en: <https://www.oseki.eus/areas/sistemas-sanitarios-publicos/>



Los **sistemas sanitarios** constituyen uno de los determinantes sociales de la salud y de las desigualdades sociales en salud. Como tal, pueden contribuir a amortiguar las desigualdades en salud producidas por otros determinantes sociales o incluso a incrementarlas (1). El conocimiento generado en Europa acerca de esta cuestión desvela que, incluso en los sistemas universales y gratuitos se dan **desigualdades de acceso entre diferentes grupos sociales** (2). Este fenómeno se conoce como la “**ley de atención inversa**” según la cual, la disponibilidad de una buena atención sanitaria tiende a variar inversamente a la necesidad de la población asistida (3). Para contribuir a amortiguar las desigualdades en salud, los sistemas sanitarios, además de garantizar su acceso universal, deben considerar las **necesidades específicas** de los diferentes grupos de población, así como las posibles barreras que impiden su acceso de forma equitativa –acorde a sus necesidades- a estos servicios (4). Esto es lo que se conoce como **universalismo proporcional** (5).

Existen diversos factores que han mostrado ser generadores de desigualdades sociales en salud en el acceso a la atención sanitaria. Uno de ellos es el **género**. Así, ante una misma necesidad de atención, los hombres utilizan en mayor medida los servicios hospitalarios (6), mientras que las mujeres tienen un menor acceso a atención especializada y frecuentan en mayor medida la atención primaria (7). Por otra parte, se han descrito sesgos de género en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades, como las cardiovasculares, mostrándose una mayor mortalidad de las mujeres por esta causa (8), debido a un diagnóstico y tratamiento tardíos (9). Las mujeres, además, reciben una mayor prescripción de psicofármacos (10, 11) y padecen en mayor grado la medicalización de procesos vitales no patológicos (12).



Ante una misma necesidad de atención, los hombres utilizan en mayor medida los servicios hospitalarios, mientras que las mujeres tienen un menor acceso a atención especializada y frecuentan en mayor medida la atención primaria.

El **nivel socioeconómico** es otro factor que explica las desigualdades en la utilización de servicios sanitarios: por una parte, determina el tipo de aseguramiento de la población, siendo la población de mayor nivel educativo y de renta la que dispone en mayor grado de una **doble cobertura sanitaria** (13); y por otra, sitúa a las personas en una posición más o menos favorable para moverse por el sistema, favoreciendo el acceso al mismo por parte de los grupos más aventajados. Así, esta población accede antes y con mayor frecuencia a la atención especializada, con respecto a la población que dispone únicamente de cobertura pública (14). Estas desigualdades se acentúan en el caso de aquellos **servicios y prestaciones no cubiertos por el sistema público**, para cuya utilización es necesario el pago directo por parte de la persona usuaria, como la salud bucodental (15). Además, el pago por acto y la provisión privada constituyen barreras de utilización de servicios como la rehabilitación y fisioterapia (16, 17, 18).

Por último, el lugar de origen es otro factor determinante de las desigualdades en la utilización de servicios sanitarios de carácter universal, explicadas, por una parte, por **aspectos organizacionales del sistema sanitario** (19), así como por aspectos concernientes a la población inmigrante y a su exposición a condiciones de vida y trabajo precarias (20). En los sistemas sanitarios universales se ha mostrado que esta población accede de igual manera a la atención primaria y en menor grado a la especializada en comparación con la población autóctona (21), estando expuesta a mayores riesgos para la salud. Por otra parte, se han descrito algunas de las barreras que dificultan la entrada, acceso y utili-

zación de los servicios de salud como la falta de información y conocimiento con respecto al sistema, la exposición a largas distancias y tiempos de espera, dificultades para el pago de transporte o medicación, incompatibilidad horaria de los servicios con respecto a la jornada laboral, barreras idiomáticas, cambio frecuente de residencia, temor con respecto a la situación irregular en el caso de las personas que se encuentran en ella, y aquellas relacionadas con las percepciones con respecto a los servicios y a los problemas de salud [\(20, 22\)](#).

- 1 Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Geneva. Switzerland: World Health Organization. 2008.  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43943/9789241563703\\_eng.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43943/9789241563703_eng.pdf?sequence=1)
- 2 Kulhánová I, Bacigalupe A, Eikemo TA, Borrell C, Regidor E, Esnaola S, et al. Why does Spain have smaller inequalities in mortality? An exploration of potential explanations. *European Journal of Public Health*. 2014; 24:370–377.  
<https://academic.oup.com/eurpub/article/24/3/370/477456>
- 3 Hart JT. The inverse care law. *Lancet*. 1971; 1:405–412.  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S014067367192410X>
- 4 Chivu MC, Reidpath DD. Social deprivation and exposure to health promotion. A study of the distribution of health promotion resources to schools in England. *BMC Public Health*. 2010; 10: 473.  
<https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-10-473>
- 5 Carey G, Crammond B, De Leeuw E. Towards health equity: a framework for the application of proportionate universalism. *International Journal for Equity in Health*. 2015; 14:81  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4570091/pdf>
- 6 Ruiz-Cantero MT, Verdú-Delgado M. Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico. *Gaceta Sanitaria*. 2004; 18(Supl. 1):118-125.  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-9112004000400019&lng=es&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-9112004000400019&lng=es&lng=es)
- 7 Urbanos R. Determinantes de salud y utilización de servicios sanitarios: un análisis de desigualdad desde la perspectiva de género. *Presupuesto y Gasto Público*. 2011;(64):117–130.  
<https://studylib.es/doc/4587160/determinantes-de-salud-y-utilizaci%C3%B3n-de-servicios-sanitar>
- 8 Stramba-Badiale M, Fox KM, Priori SG, Collins P, Daly C, Graham I, Jonsson B, Schenk-Gustafsson K, Tendera M. Cardiovascular diseases in women: a statement from the policy conference of the European Society of Cardiology. *European Heart Journal*. 2006; 27(8):994–1005  
<https://academic.oup.com/eurheartj/article/27/9/994/438962>
- 9 Aldasoro E, Calvo M, Martínez M, Esnaola S, Audicana C, Rico R, Martín U. Desigualdades de género y clase social en el tratamiento del infarto agudo de miocardio. *Monogràfic de Salut Cardiovascular i gènere. Viure en Salut*. 2010. Valencia: Direcció General de Salut Pública, Conselleria de Sanitat, Generalitat Valenciana.  
[http://publicaciones.san.gva.es/publicaciones/documentos/VIURE\\_E](http://publicaciones.san.gva.es/publicaciones/documentos/VIURE_E)
- 10 Redondo-Sendino A, Guallar-Castillón P, Banegas JR, Rodríguez-Artalejo F. Gender differences in the utilization of health-care services among the older adult population of Spain. *BMC Public Health*. 2006; 6:155.  
<https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-6-155>

- 11** Ruiz-Cantero MT. Sesgos de género en la atención sanitaria. 2009. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.  
<https://www.easp.es/?wpdmact=process&did=ODYuaG90bGluaw>
- 12** Velasco S. Recomendaciones para la práctica clínica con enfoque de género. 2009. Madrid: Observatorio de Salud de la Mujer. Ministerio de Sanidad y Política Social.  
<https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/>
- 13** Ordaz JA, Murillo C, Guerrero FM. Análisis empírico de la demanda de seguros privados de enfermedad en España. *Estudios de Economía Aplicada*. 2005; 23:161-171.  
<http://www.redalyc.org/pdf/301/0123115.pdf>
- 14** Urbanos R. La desigualdad en el acceso a las prestaciones sanitarias. Propuestas para lograr la equidad. Informe SESPAS 2016. *Gaceta Sanitaria*. 2016;30(S1):25-30.  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S02139111160>
- 15** Palència L, Espelt A, Cornejo-Ovalle M, Borrell C. Socioeconomic inequalities in the use of dental care services in Europe: what is the role of public coverage? *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 2014;42(2): 97-105  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23786417>
- 16** Snozzi P, Blank PR, Szucs TD. Stroke in Switzerland: Social Determinants of Treatment Access and Cost of Illness. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*. 2014;23(5): 926-932.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24119621>
- 17** Organización Mundial de la Salud. Discapacidad y salud. 2016.  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/es/>
- 18** Schröder SL, Richter M, Schröder J, Frantz S, Fink A. Socioeconomic inequalities in access to treatment for coronary heart disease: A systematic review. *International Journal of Cardiology*. 2016;219:70-78.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27288969>
- 19** Gil-González D, Carrasco-Portiño M, Vives-Cases C, Agudelo-Suárez AA, Castejón Bolea R, Ronda-Pérez E. Is health a right for all? An umbrella review of the barriers to health care access faced by migrants. *Ethnicity & Health*. 2015; 20(5):523-41.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25117877>
- 20** Vázquez ML, Vargas I, Aller MB. Reflexiones sobre el impacto de la crisis en la salud y la atención sanitaria de la población inmigrante. Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*. 2014; 28(S1):142-146.  
<http://www.gacetasanitaria.org/es-reflexiones-sobre-el-impacto-crisis-articulo-S0213911114000727>
- 21** Carmona R, Alcázar R, Sarría A, Regidor E. Frecuentación de las consultas de medicina general y especializada por población inmigrante y autóctona: una revisión sistemática. *Revista Española de Salud Pública*. 2014;88:135-155.  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272014000100009](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272014000100009)
- 22** March S, Villalonga B, Sanchez-Contador C, Vidal C, Mascaró A, Bennasar ML, Esteva. Barriers to and discourses about breast cancer prevention among immigrant women in Spain: a qualitative study. *BMJ Open*. 2018.  
<https://bmjopen.bmj.com/content/8/11/e021425.full>