

El acceso a la asistencia sanitaria varía según el origen de la población

Yolanda González-Rábago y Antía Domínguez-Rodríguez



La población de origen chino, de Europa oriental y de los países andinos tiene una menor frecuentación de los servicios de salud. Además, el nivel educativo o las dificultades económicas no están relacionadas con el acceso sanitario.

Cita sugerida: GONZÁLEZ, Y, DOMÍNGUEZ-RODRÍGUEZ, A. (2022) *El acceso a la asistencia sanitaria varía según el origen de la población*. OSEKI Osasun eskubidearen aldeko ekimena-Iniciativa por el derecho a la salud. Disponible en: <https://www.oseki.eus/areas/la-situacion-en-euskadi/desigualdades-en-salud/>

BOLETÍN OSEKI Nº 20
ISSN: 2695-5342



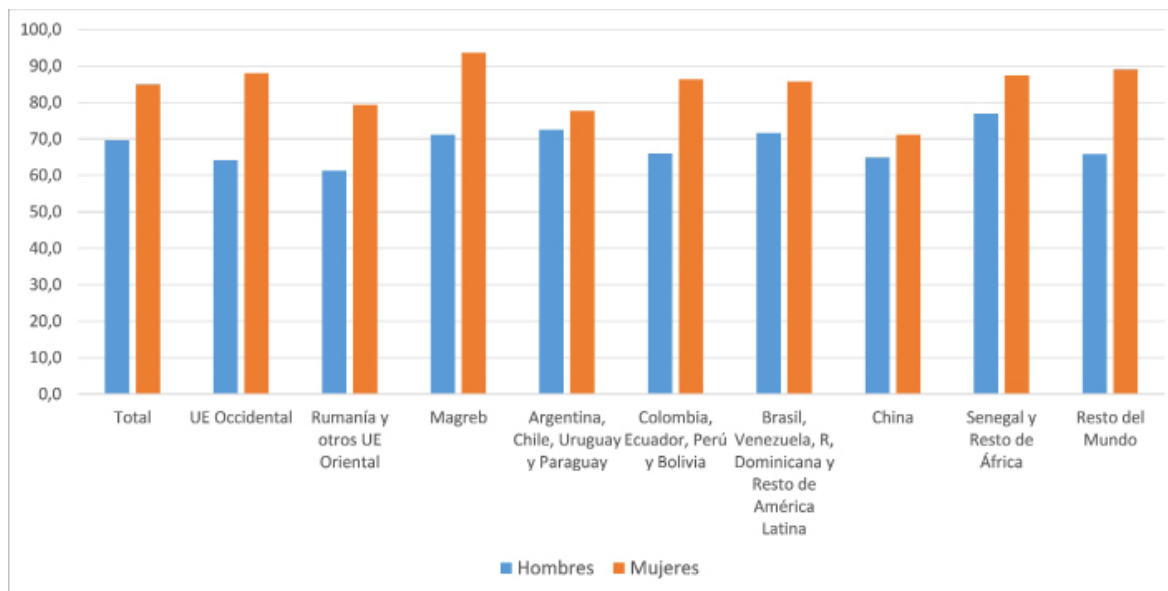
El sistema sanitario en Euskadi se define como un sistema de cobertura pública, universal y gratuita. Sin embargo, es conocido que incluso en los sistemas universales y gratuitos se dan desigualdades de acceso entre diferentes grupos sociales (ver <https://oseki.eus/articulos/desigualdades-de-acceso-al-sistema-sanitario/>) y que la población inmigrante es un colectivo de especial vulnerabilidad que se enfrenta a diferentes tipos de barreras en el acceso a la asistencia sanitaria (ver <https://oseki.eus/articulos/inmigracion-y-salud/>).

A continuación, se describe el acceso a los servicios de atención primaria, atención especializada y urgencias por parte de la población inmigrante residente en Euskadi, atendiendo a las diferencias por grupos de origen, a través de los datos de la Encuesta a la Población Inmigrante Extranjera en Euskadi 2018 (EPIE 2018). Además, se analizan las desigualdades en el acceso a estos servicios de salud en relación al nivel educativo y a la situación económica del hogar. Todos los datos se presentan para hombres y mujeres de forma separada.

En primer lugar y atendiendo a toda la población migrante, **las mujeres en Euskadi presentan un mayor acceso que los hombres a los tres niveles asistenciales**. En el caso de la atención primaria y la especializada la diferencia es de alrededor de 15 puntos porcentuales, mientras en urgencias la diferencia es de casi 7 puntos. De hecho, esas diferencias entre sexos son aún mayores en algunos grupos de origen, como veremos más adelante.

Comenzando por **el acceso a la atención primaria, entre los hombres, el 69,7% de los hombres de origen migrante y el 84,9% de las mujeres han tenido una consulta de atención primaria en el último año anterior a la encuesta**. Viendo las diferencias por grupos de origen, entre los hombres aquellos con menor acceso son los de Europa oriental (principalmente Rumanía) (61,3%) y UE Occidental (64,1%), seguido de China (64,9%) y los países andinos (65,9%). Entre las mujeres, son de nuevo las de origen chino (71,2%) y las de Europa oriental (79,4%), así como también del cono sur de América Latina (77,7%). Entre los grupos que mayor proporción de su población ha accedido a la atención primaria destacan los hombres de África subsahariana y el cono sur de América Latina, y entre las mujeres, aquellas procedentes del Magreb. Además, son destacables las **grandes diferencias entre hombres y mujeres en los grupos de UE Occidental, Magreb, países andinos y Resto del mundo, con más de 20 puntos porcentuales de diferencia**.

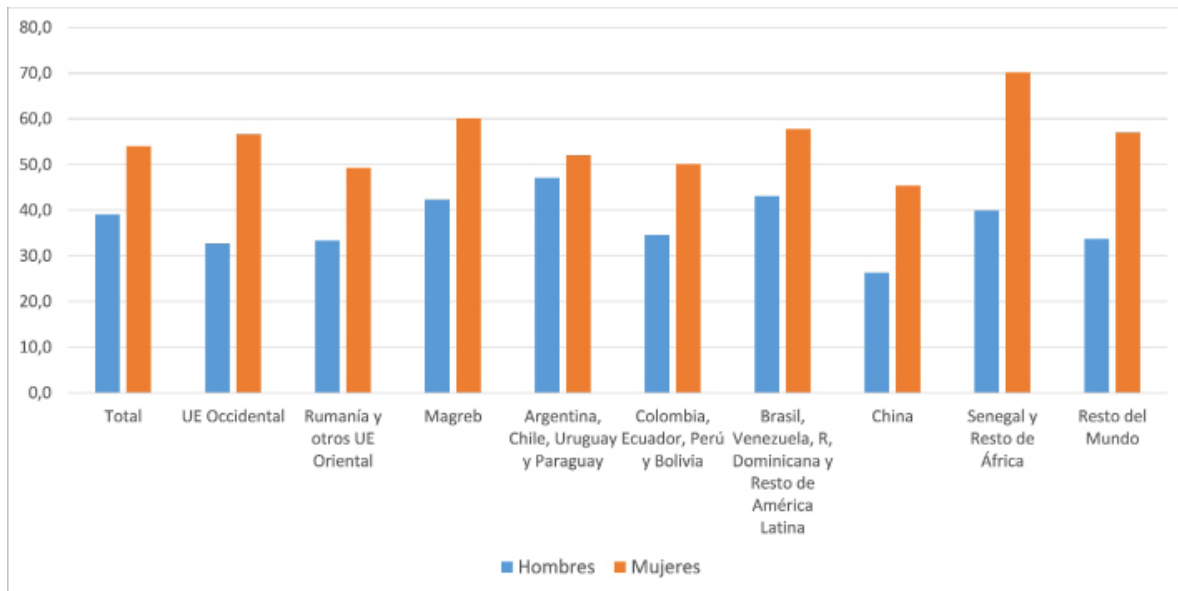
**GRÁFICO 1. PREVALENCIA DE ACCESO A LA ATENCIÓN PRIMARIA EN EL ÚLTIMO AÑO, ESTAN-
DARIZADA POR EDAD Y AJUSTADA POR ESTADO DE SALUD, SEGÚN GRUPOS DE ORIGEN (Y
TOTAL) Y SEXO. EUSKADI 2018**



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE LOS DATOS DE EPIE 2018

En relación a las consultas de medicina especializada, **el 39,1% de los hombres y el 53,9% de las mujeres han consultado a algún/a médico/a especialista**. Por grupos de origen son de nuevo los de **origen europeos, chino y de países andinos los que menos acceso a estas consultas han tenido**. Así, por debajo del 35% de los hombres de estos orígenes han consultado a un/a médico/a especialista en el último año. En el otro extremo se encuentran los hombres del cono sur de América Latina (47,1%). Entre las mujeres, también aquellas de origen chino (45,4%), europeas orientales (49,3%), de Colombia, Ecuador, Perú y Bolivia (50,1%) y de Argentina, Chile, Uruguay y Paraguay (52,1%), son las que en menor medida han acudido a la atención especializada, mientras que el 70,2% de las mujeres del África subsahariana lo han hecho. En todo caso, de nuevo, las diferencias por sexo son importantes, en todos los grupos por encima de 15 puntos, especialmente en el caso de las personas procedentes del Senegal y otros países subsaharianos, con más de 30 puntos de diferencia entre hombres y mujeres.

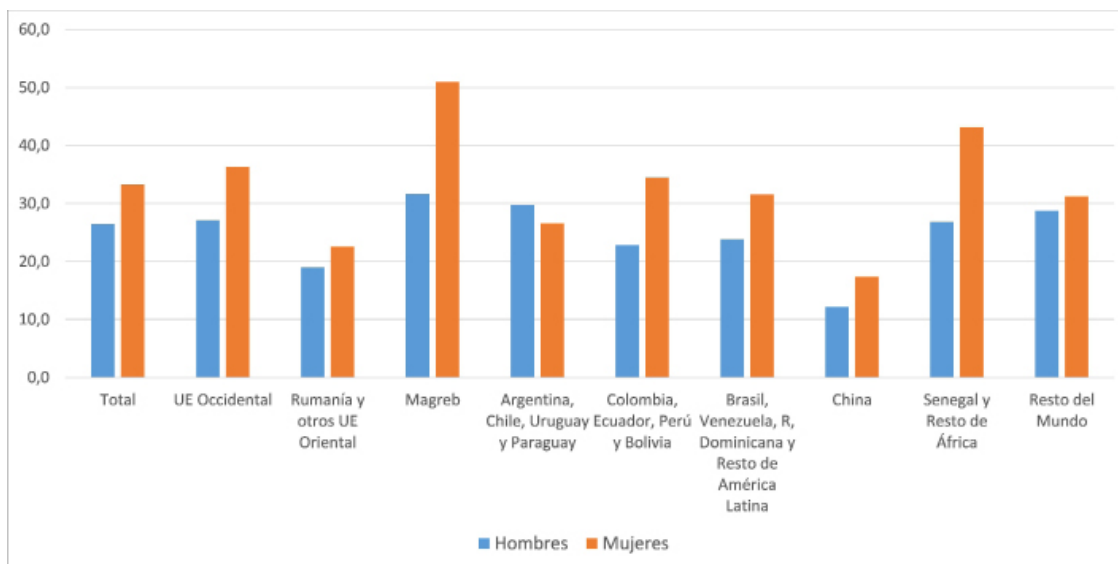
GRÁFICO 2. PREVALENCIA DE ACCESO A LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN EL ÚLTIMO AÑO, ESTANDARIZADA POR EDAD Y AJUSTADA POR ESTADO DE SALUD, SEGÚN GRUPOS DE ORIGEN (Y TOTAL) Y SEXO. EUSKADI 2018



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE LOS DATOS DE EPIE 2018

Por último, **en cuanto a los servicios de urgencias, el 26,5% de los hombres migrantes y el 33,3% de las mujeres han tenido acceso a estos**, siendo en este servicio asistencial mucho menor la diferencia entre sexos que en la atención primaria o especializada. Por grupos de origen, **son los mismos grupos los que en menor medida los utilizan, esto es, la población china, de Europa oriental en ambos sexos, de los países andinos (22,9%) en el caso de los hombres, y del cono sur de América Latina (31,2%) en el caso de las mujeres**. En este nivel asistencial destaca también la población procedente de Brasil, Venezuela, República Dominicana y otros países de América Latina, por su menor porcentaje de población que accede a las urgencias (23,8% en hombres y el 31,6% en las mujeres). Son, por el contrario, entre los hombres, los del Magreb y del cono sur, los que han utilizado estos servicios en mayor proporción; y entre las mujeres, aquellas del Magreb y África subsahariana. En todos los grupos, **es mayor el acceso a urgencias de mujeres que de hombres**, con especial énfasis entre las personas magrebí y subsaharianas, y dándose el patrón contrario en el caso de las de Argentina, Chile, Uruguay y Paraguay, con un acceso a urgencias algo mayor por parte de los hombres.

GRÁFICO 3. PREVALENCIA DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE URGENCIAS EN EL ÚLTIMO AÑO, ESTANDARIZADA POR EDAD Y AJUSTADA POR ESTADO DE SALUD, SEGÚN GRUPOS DE ORIGEN (Y TOTAL) Y SEXO. EUSKADI 2018

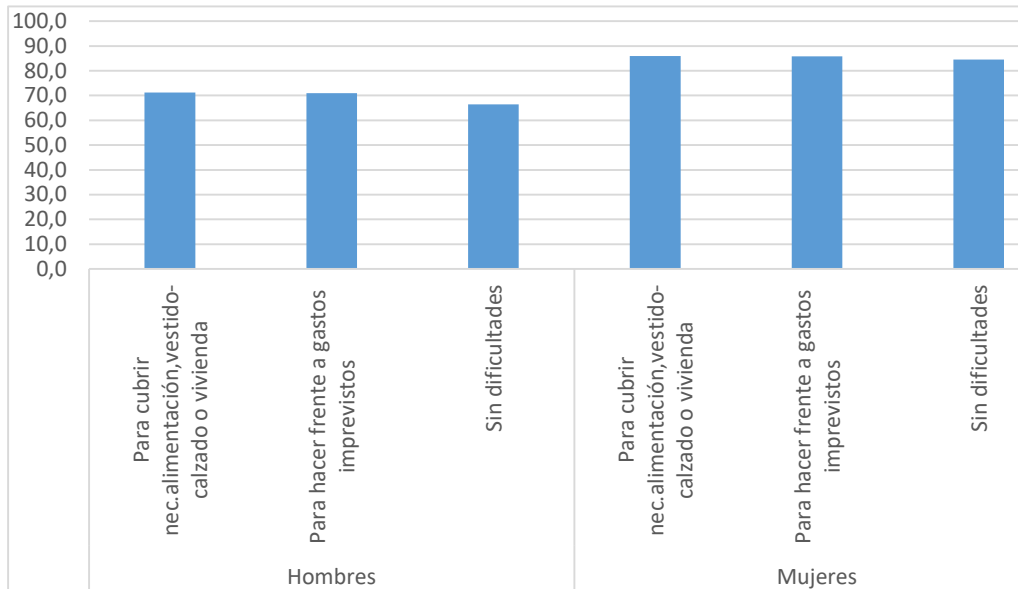


FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE LOS DATOS DE EPIE 2018

Desigualdades sociales en el acceso a los servicios de salud

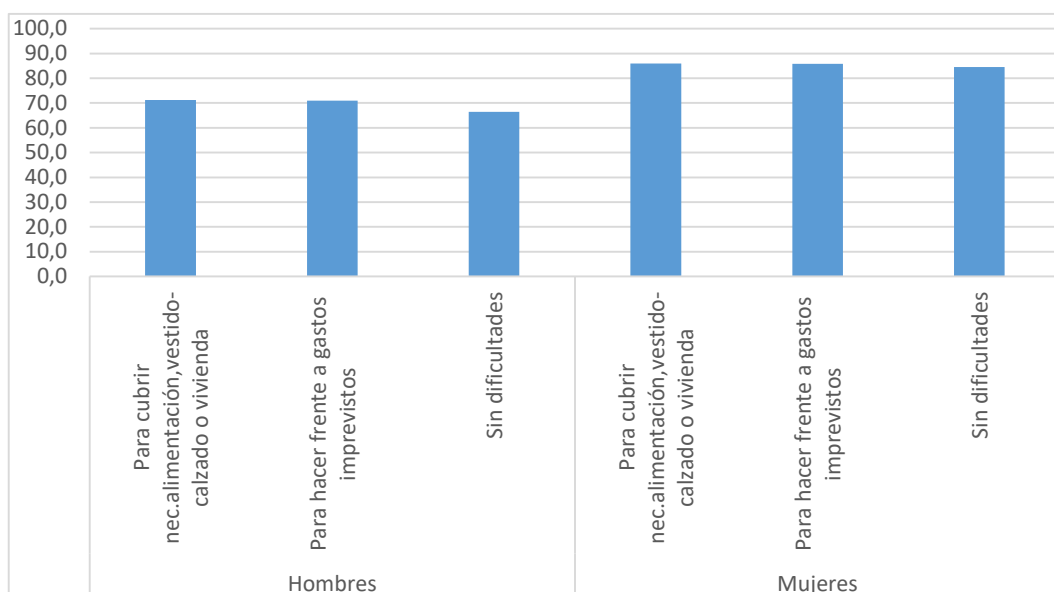
Si analizamos las diferencias **en el acceso a la asistencia de atención primaria atendiendo al nivel de estudios, no se aprecian apenas diferencias**. Entre los hombres, el 67,9% de aquellos con menor nivel educativo han tenido alguna consulta en el último año, mientras este porcentaje es del 68,7% entre aquellos con estudios superiores. En el caso de las mujeres, tampoco hay diferencias, siendo un punto porcentual mayor el acceso en el caso de las mujeres de menor nivel educativo, 85,4% frente al 84,3% entre las de estudios superiores.

**GRÁFICO 4. PREVALENCIA DE ACCESO A LA ATENCIÓN PRIMARIA EN EL ÚLTIMO AÑO, ESTAN-
DARIZADA POR EDAD Y AJUSTADA POR ESTADO DE SALUD, SEGÚN NIVEL EDUCATIVO Y SEXO.
EUSKADI 2018**



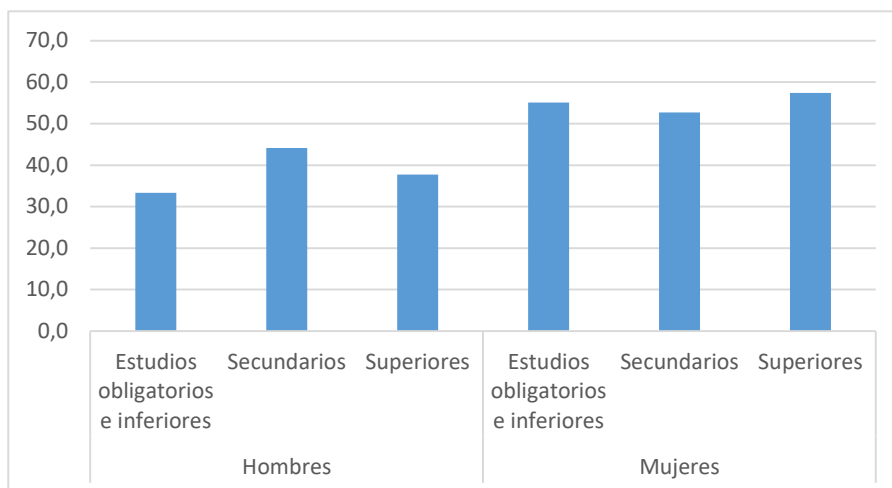
En el caso de las diferencias **según situación económica del hogar**, podemos ver el mismo patrón (gráfico 5), **no encontrándose grandes desigualdades en este nivel asistencial.**

**GRÁFICO 5. PREVALENCIA DE ACCESO A LA ATENCIÓN PRIMARIA EN EL ÚLTIMO AÑO, ESTAN-
DARIZADA POR EDAD Y AJUSTADA POR ESTADO DE SALUD, SEGÚN DIFICULTADES ECONÓMI-
CA DEL HOGAR Y SEXO. EUSKADI 2018.**



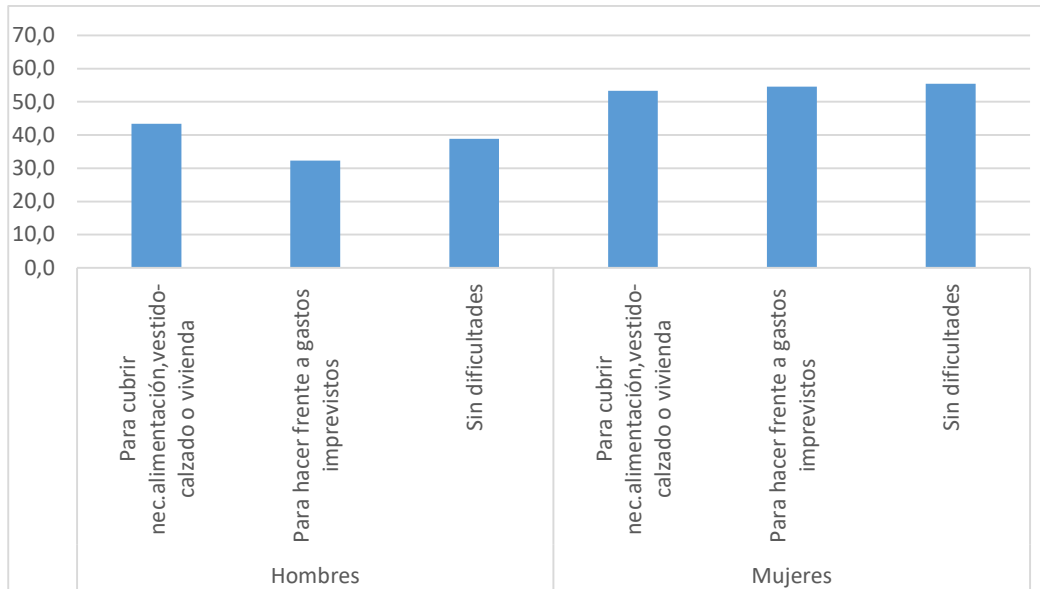
En relación a la **atención médica especializada, los hombres de menor nivel educativo son quienes presentan un menor acceso a este tipo de consultas**, un 33,3%, frente a los hombres de nivel educativo más alto, especialmente aquellos con estudios secundarios (44,2%) pero también en comparación con los hombres de estudios superiores (37,8%). **Entre las mujeres, se da un patrón diferente al de los hombres, siendo aquellas de estudios secundarios las que en menor medida han consultado al especialista** (52,7%), seguidas de las mujeres de estudios más bajos (55,1%), y siendo las de estudios superiores las que tienen un mayor acceso a la asistencia especializada (57,4%).

GRÁFICO 6. PREVALENCIA DE ACCESO A LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN EL ÚLTIMO AÑO, ESTANDARIZADA POR EDAD Y AJUSTADA POR ESTADO DE SALUD, SEGÚN NIVEL EDUCATIVO Y SEXO. EUSKADI 2018.



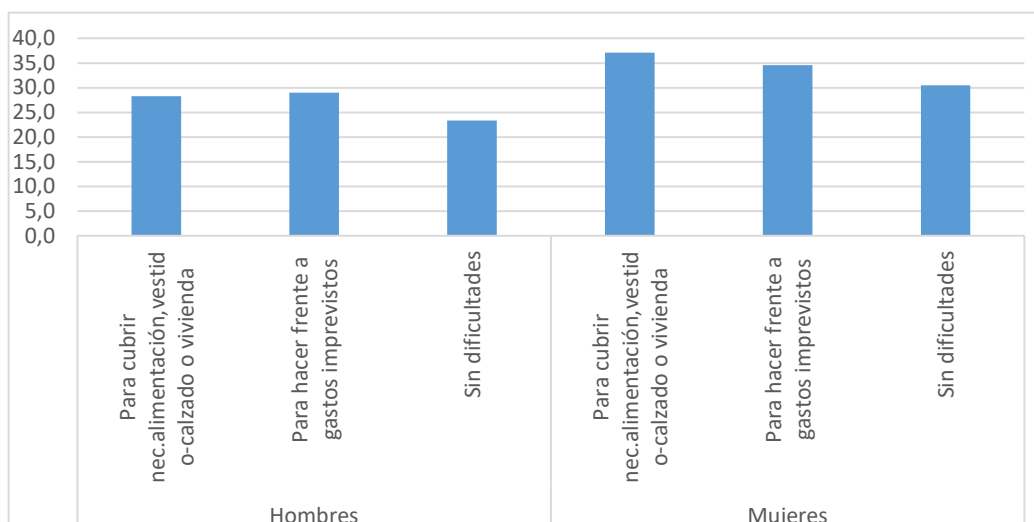
En relación a las desigualdades según dificultades económicas del hogar, tampoco parece existir un patrón social claro en el acceso a atención especializada. Entre los hombres, son aquellos con dificultades para hacer frente a gastos imprevistos los que en menor proporción ha consultado a médicos/as especialistas (32,3%), a una distancia de más de 10 puntos porcentuales de aquellos con mayores dificultades para cubrir las necesidades básicas (43,4%), y de 6 puntos de aquellos que no tienen dificultades económicas (38,9%). En el caso de las mujeres, sí son aquellas con mayores dificultades económicas las que acceden en menor medida al especialista, un 53,3%, aunque a poca distancia del resto.

GRÁFICO 7. PREVALENCIA DE ACCESO A LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN EL ÚLTIMO AÑO, ESTANDARIZADA POR EDAD Y AJUSTADA POR ESTADO DE SALUD, SEGÚN DIFICULTADES ECONÓMICAS DEL HOGAR Y SEXO. EUSKADI 2018.



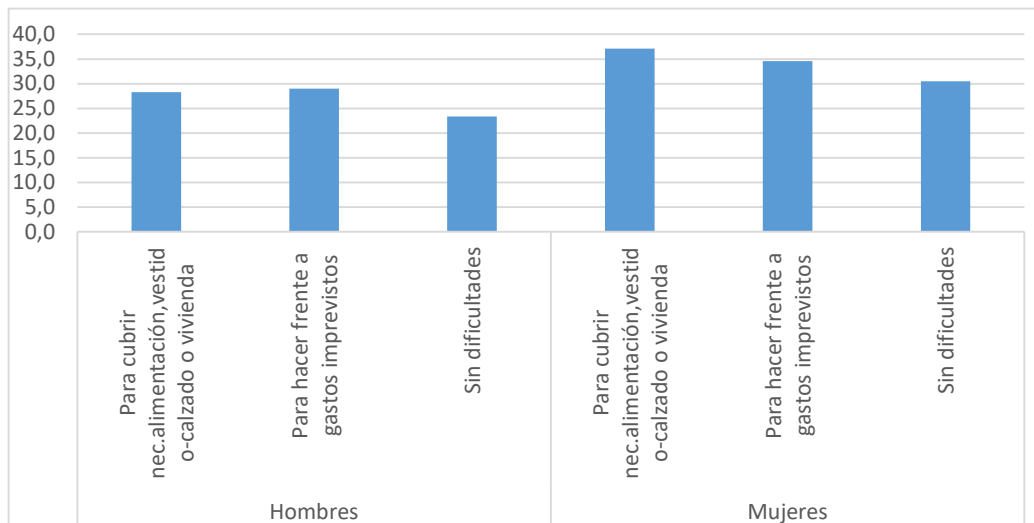
Por último, en la atención de urgencia de nuevo tampoco parece existir un patrón social de acceso entre la población de diferente nivel educativo. Entre los hombres, son los de estudios secundarios los que mayor uso hacen de las urgencias, casi el 30% del total ha acudido alguna vez en el último año, a entorno 4 puntos de distancia de aquellos tanto con menor como con mayor nivel de estudios que ellos. Por otro lado, en las mujeres, tampoco existen desigualdades relevantes, siendo apenas un punto de diferencia entre aquellas de nivel de estudios más bajo (34,2%) y las de estudios secundarios (32,8%).

GRÁFICO 8. PREVALENCIA DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE URGENCIA EN EL ÚLTIMO AÑO, ESTANDARIZADA POR EDAD Y AJUSTADA POR ESTADO DE SALUD, SEGÚN NIVEL EDUCATIVO Y SEXO. EUSKADI 2018.



En relación a las desigualdades en el acceso a urgencias según las dificultades económicas del hogar, sí se muestra un gradiente social más claro, especialmente entre las mujeres. Así, aquellas que tienen dificultades para cubrir las necesidades básicas, han consultado en urgencias en mayor proporción, un 37,1%, frente a un 34,6% entre las que tienen dificultades menores, y un 30,5% entre las que no tienen dificultades económicas. Por su parte, en los hombres, el patrón también se percibe, pero solamente entre los extremos: entre aquellos con algún tipo de dificultad económica, un 28-29% ha acudido a urgencias, frente a un 23,4% entre los que no tienen ningún tipo de dificultad económica.

GRÁFICO 9. PREVALENCIA DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE URGENCIA EN EL ÚLTIMO AÑO, ESTANDARIZADA POR EDAD Y AJUSTADA POR ESTADO DE SALUD, SEGÚN DIFICULTADES ECONÓMICAS DEL HOGAR Y SEXO. EUSKADI 2018.



A modo de conclusión, se puede decir que existen diferencias en el acceso a la atención sanitaria por grupos de origen, siendo menor la proporción de personas de algunos orígenes como el chino, el europeo oriental o de los países andinos, que acceden a los servicios sanitarios. Este patrón es similar en los tres niveles asistenciales.

Además, son los hombres migrantes quienes acceden en menor medida que las mujeres a la asistencia sanitaria, en cualquier tipo de servicio, siendo las diferencias por sexo muy destacables en atención primaria y en atención especializada.

Finalmente, no parece haber un patrón social claramente marcado en el acceso a los servicios de salud entre la población migrante, ya que no se aprecian grandes diferencias en la proporción de población que ha consultado entre diferentes niveles educativos o según la situación económica del hogar. En el caso de la atención urgente, sí parecen existir mayores desigualdades según las dificultades económicas que experimentan las personas, siendo algo mayor el acceso a urgencias entre aquellas con mayores dificultades.