

# La influencia del tipo de seguro y la educación en los patrones de utilización de los servicios sanitarios

Marisol Rodríguez<sup>a,b</sup> / Alexandrina Stoyanova<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Centre de Recerca en Economia del Benestar (CREB). Parc Científic de Barcelona. Barcelona. España.

<sup>b</sup>Departamento de Política Económica y Estructura Económica Mundial. Universitat de Barcelona. Barcelona. España.

*Correspondencia:* Marisol Rodríguez. CREB-Parc Científic de Barcelona. Baldiri Reixac, 4-6. 08028 Barcelona. España. Correo electrónico: marisol@eco.ub.es

(The influence of the type of insurance access on health and education on health services utilization patterns)

## Resumen

Este trabajo analiza la utilización de los servicios sanitarios según el género, el tipo de seguro y la educación con datos de la Encuesta Nacional de Salud de 1997. Los resultados descriptivos y mediante regresión logística confirman que las mujeres van más al médico que los hombres. Las diferencias son mayores en el caso de médicos generales (respecto a los especialistas) y los médicos públicos (respecto a los privados). Sin embargo, apenas hay diferencias en las hospitalizaciones y las visitas a los servicios de urgencias. Disponer de acceso privado no afecta a las hospitalizaciones, las urgencias o la probabilidad de visita (excepto para las mujeres), pero aumenta la probabilidad de visitar especialistas (principalmente entre las mujeres) y médicos privados (especialmente entre los hombres), lo que confirma la existencia de diferencias de género en el impacto de esta variable. De hecho, los patrones de utilización por sexos son más similares entre sí en el caso de acceso solamente público que en el de acceso privado o doble cobertura. La educación guarda una cierta relación inversa con la probabilidad de visita, las visitas al médico general y las hospitalizaciones y una relación directa con la utilización de especialistas y médicos privados. También existen desigualdades de género, y las diferencias de utilización por niveles educativos son más acusadas entre los hombres.

**Palabras clave:** Utilización. Género. Tipo de aseguramiento. Doble cobertura. Acceso privado. Educación. España.

## Abstract

This study analyses the utilisation of health services by gender, type of insurance access and the level of education. Descriptive and logistic regression analysis of the National Health Interview Survey, 1997, confirms that women go more often to the doctor than men. Differences are greater in the case of general practitioners (versus specialists) and public doctors (versus private). However, there are hardly any differences in hospitalisations and emergency visits. Having private access has no impact on hospitalisations, emergency visits or the probability of a visit (except for women), but it increases the probability of visits to specialists (mainly among women) and to private doctors (especially among men), confirming the existence of gender differences in the impact of this variable. In fact, the utilisation patterns by men and women with only public access resemble each other more than those of men and women with only private or dual coverage. Education is to a certain extent inversely related to the probability of a medical visit, visits to a GP and hospitalisations, but directly related to the utilisation of specialists and private doctors. Here, there are also gender disparities: differences in utilisation by educational level are more prominent among men.

**Key words:** Utilisation. Gender. Insurance. Dual coverage. Private access. Education. Spain.

## Introducción

El objetivo de este artículo es analizar la utilización de servicios sanitarios (visitas médicas, hospitalizaciones y urgencias) en España según el género, el tipo de aseguramiento y la educación. Es sabido que, en general, en los países desarrollados las mujeres consumen más servicios sanitarios que los hombres, aunque no para todo tipo de servicios ni para todos los grupos de edad. Las mujeres utilizan intensivamente los servicios de atención primaria y suelen consumir también más medicamentos, pero la evidencia

respecto de las visitas a especialistas y las hospitalizaciones es más controvertida<sup>1-7</sup>. Por ejemplo, en España, a partir de los 50 años de edad, los hombres absorben un 51% más gasto hospitalario público que las mujeres<sup>7</sup>. Al mismo tiempo, también es sabido que las mujeres tienen mayor esperanza de vida y mejor estado de salud de acuerdo con algunos parámetros clínicos, por lo que podría ser que la mejor salud de las mujeres fuera precisamente consecuencia (al menos en parte) de su mayor consumo sanitario. Sin embargo, otros indicadores de salud, como la salud percibida, la presencia de enfermedades crónicas, la prevalencia de enfermedades mentales y los días de

discapacidad, tienden a proyectar la imagen contraria: que las mujeres tienen peor salud que los hombres. En este caso, se podría argumentar que su mayor utilización es consecuencia de su estado de salud más precario. La naturaleza exacta de los efectos bidireccionales entre estado de salud y utilización de servicios sanitarios no está, ni muchísimo menos, establecida.

Además de observar las diferencias de género en la utilización de servicios sanitarios en España, este artículo pretende investigar hasta qué punto estas diferencias están mediadas por el nivel de estudios (como indicador de clase social) y el tipo de cobertura de acceso que poseen los hombres y las mujeres. En general, se espera que un mayor nivel de estudios conlleve una menor utilización, entre otras razones porque los individuos más educados saben hacer un uso más eficaz de dichos servicios, así como de la información sanitaria<sup>8</sup>. Si los hombres tuvieran un mayor nivel educativo, este hecho ayudaría a explicar su menor utilización de servicios sanitarios. La principal excepción serían los servicios preventivos, cuya utilización está correlacionada positivamente con el nivel educativo<sup>9</sup>. Aunque a igual nivel educativo, las mujeres utilizan más los servicios preventivos<sup>10</sup>.

El impacto de la cobertura privada o la doble cobertura en la utilización de visitas médicas ha sido estudiado por Van Doorslaer et al<sup>11</sup> para Europa, Estados Unidos y Canadá, por Rodríguez et al<sup>12</sup> y Álvarez<sup>13</sup> para España, y por Borrell et al<sup>14</sup>, Rajmil et al<sup>15</sup>, Vera-Her-

nández<sup>16</sup> y Borrás et al<sup>17</sup> para Cataluña. Aunque hay matices distintos en los aspectos concretos analizados en estos trabajos, la conclusión general es que el acceso privado sí tiene impacto en dicha utilización. Sobre todo influye en una mayor frecuentación de médicos especialistas, en lugar de médicos generales, y más utilización de servicios preventivos o servicios sólo parcialmente cubiertos por el sistema público de salud.

Los datos de nuestro estudio proceden de la Encuesta Nacional de Salud de 1997<sup>18</sup>, elaborada por el Centro de Investigaciones Sociológicas (última disponible a la hora de redactar este texto). La muestra incluye a 6.120 adultos (de 16 años o más, representativos de la población española no institucionalizada) que han contestado a las preguntas sobre su estado de salud, la utilización de servicios sanitarios y diversas variables socioeconómicas relevantes para el estudio.

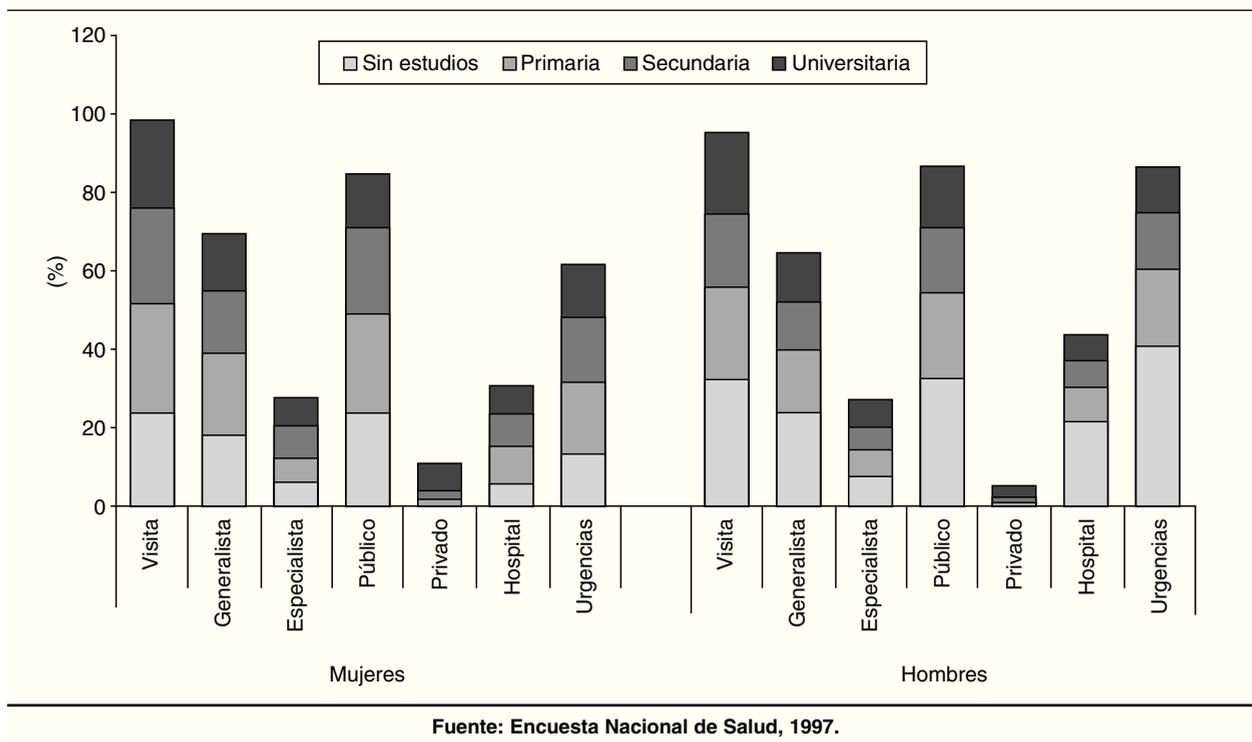
Hemos descartado la variable «clase social» porque se perdía casi un tercio de las observaciones debido a que cerca de un tercio de la población adulta no trabaja o no ha trabajado nunca, y la clasificación de la clase social está construida basándose en la última ocupación y en el nivel de estudios del entrevistado. Además, esta variable adolece de una categorización deficiente que hace que la mayoría de la población española (55%) aparezca clasificada en la clase IV, en lugar de la clase III como sería más plausible. Por tanto, el cruce de esta variable con otras originaba incoherencias significativas. En su lugar, hemos utilizado el

**Tabla 1. Análisis descriptivo de la muestra de individuos, por sexo, nivel de estudios y tipo de seguro de acceso a la atención sanitaria. (España, 1997)**

Tipo de acceso	Nivel de estudios	Total					
		Hombres		Mujeres			
		%	n	%	n	%	n
Público	Sin estudios	6,83	176	9,02	246	7,96	422
	Primaria	55,14	1.421	59,57	1.624	57,42	3.045
	Secundaria	27,98	721	21,24	579	24,51	1.300
	Universitaria	10,05	259	10,16	277	10,11	536
	Total	100	2.577 (85,93% del total)	100	2.726 (87,34% del total)	100	5.303 (86,65% del total)
Privado/público	Sin estudios	1,90	8	1,77	7	1,84	15
	Primaria	29,15	123	32,15	127	30,60	250
	Secundaria	38,15	161	39,49	156	38,80	317
	Universitaria	30,81	130	26,58	105	28,76	235
	Total	100	422 (14,07% del total)	100	395 (12,66% del total)	100	817 (13,35% del total)
Total	Sin estudios	6,14	184	8,11	253	7,14	437
	Primaria	51,48	1.544	56,10	1.751	53,84	3.295
	Secundaria	29,41	882	23,55	735	26,42	1.617
	Universitaria	12,97	389	12,24	382	12,60	771
	Total	100	2.999	100	3.121	100	6.120

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 1997.

**Figura 1. Personas con sólo acceso público. Dentro de cada nivel de estudios, porcentaje que ha utilizado los servicios sanitarios indicados, por sexo (España, 1997) (porcentajes estandarizados por grupos de edad).**



nivel de estudios como indicativo de clase social. A partir de las 5 escalas iniciales, se han definido 4 niveles de educación, tal como se observa en la tabla 1: sin estudios (7,14% de la muestra), educación primaria (53,84%), secundaria (26,42%) y universitaria (12,60%).

En cuanto a la metodología, hemos hecho un análisis descriptivo (que se muestra en las figs. 1 y 2) de la frecuentación de los diferentes tipos de servicios sanitarios según las variables de clasificación escogidas y diversas regresiones logísticas, para estimar por separado la influencia de distintas variables en la probabilidad de utilización de servicios por hombres y mujeres (tablas 2 y 3).

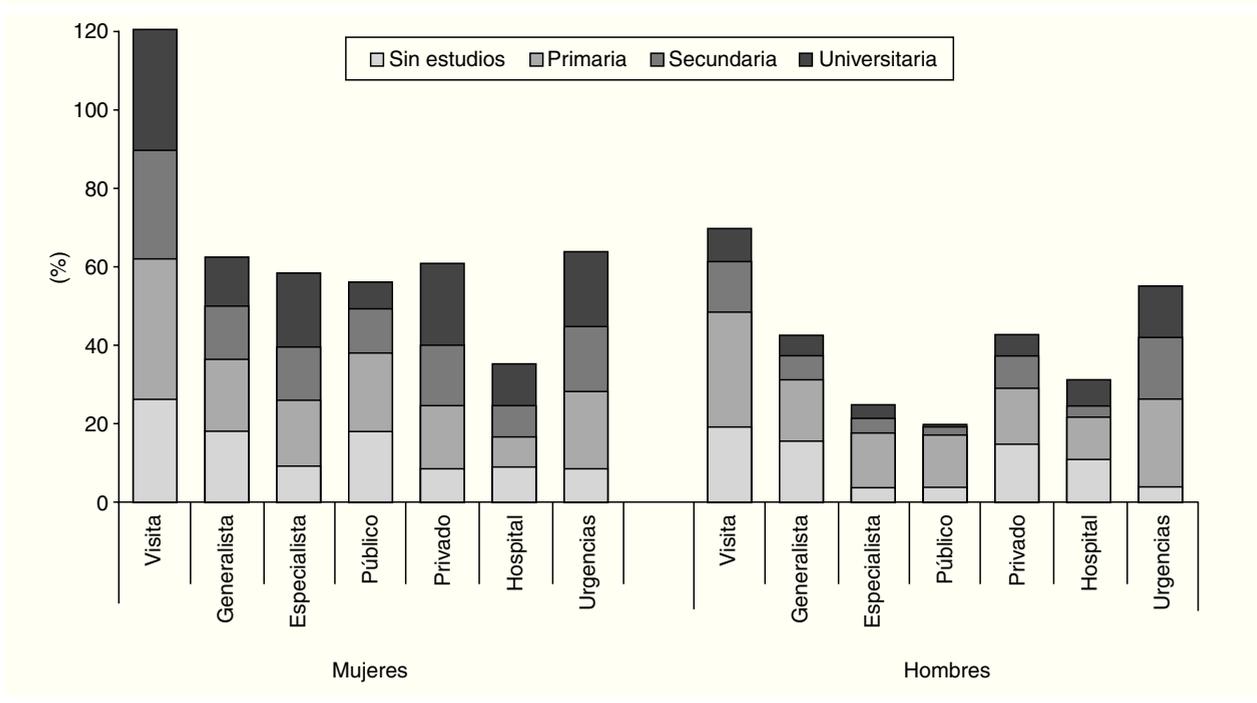
### La cobertura sanitaria

Por lo que respecta al tipo de cobertura, a efectos de su impacto en la utilización de servicios, lo que importa no es tanto haber suscrito voluntariamente una póliza de seguro sanitario con una entidad privada como tener acceso a la atención médica privada a través de una de dichas entidades. El matiz obedece a la peculiaridad que disfrutaban los afiliados a algunas mutualidades públicas (MUFACE, Mugeju e Isfas) de poder elegir entre una compañía privada y la aseguradora pública para la prestación de los servicios. Los que escogen una com-

pañía privada son individuos que no han comprado un seguro privado, pero sí acceden como si lo hubieran hecho, y para ellos ésta es su única cobertura. Por consiguiente, hemos dividido la muestra a efectos de clasificación por la variable «tipo de acceso» en dos grupos: el primero incluye a todos los individuos que tienen acceso sólo al sistema nacional de salud y el segundo está compuesto por los que acceden a la atención sanitaria a través de compañías de seguros privadas, como única cobertura o sumada a la del sistema público. El primer grupo abarca al 86,5% de la población y el segundo, al 13,5% restante. En la tabla 1 se describe la muestra según esta variable, combinada con las otras dos variables de interés, el sexo y el nivel de estudios. Las desigualdades en el nivel de estudios entre hombres y mujeres son significativas al 95%, mientras que las desigualdades en el tipo de cobertura (14,07 y 12,66% de cobertura privada, respectivamente) no son significativas más que al 89%. Como era de esperar, hay una mayor concentración de aseguramiento privado y doble cobertura en el nivel de educación universitaria, que supone un 12,60% de la muestra, pero suma el 28,76% de individuos con este tipo de acceso.

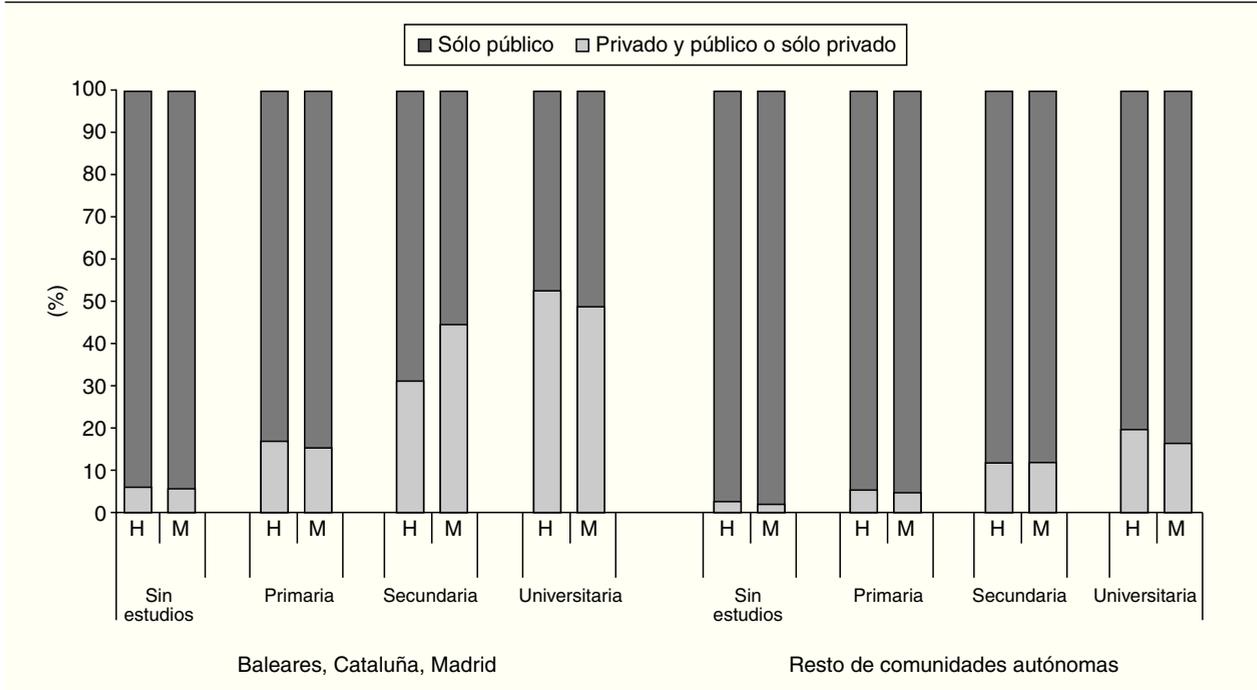
No ha sido factible desagregar la utilización por comunidades autónomas (CCAA), además de por el tipo de acceso y la educación, dado el escaso nivel de aseguramiento privado en algunas de ellas, como se puede observar en la figura 3. En 3 comunidades (Baleares,

**Figura 2. Personas con sólo acceso privado o doble cobertura: dentro de cada nivel de estudios, porcentaje que ha utilizado los servicios sanitarios indicados, por sexo (España, 1997) (porcentajes estandarizados por grupos de edad).**



Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 1997.

**Figura 3. Tipo de seguro de acceso a los servicios sanitarios por nivel de estudios, sexo y comunidad autónoma de residencia (España, 1997) (porcentajes estandarizados por grupos de edad)..**



H: hombre; M: mujer

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 1997

Tabla 2. Análisis de la probabilidad de visita médica y del tipo de médico utilizado, por sexos (España, 1997)

	Visita médica				Visita al especialista frente al médico general				Visita al médico privado frente al médico público			
	Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres	
	% <sup>a</sup>	OR (IC del 95%)	% <sup>a</sup>	OR (IC del 95%)	% <sup>a</sup>	OR (IC del 95%)	% <sup>a</sup>	OR (IC del 95%)	% <sup>a</sup>	OR (IC del 95%)	% <sup>a</sup>	OR (IC del 95%)
Salud buena	14,80	1	19,74	1	3,84	1	5,17	1	1,93	1	3,17	1
Salud regular	34,70	2,30* (1,81-2,92)	40,36	1,91* (1,55-2,35)	13,17	1,35 (0,88-2,09)	13,02	1,46 (0,99-2,16)	4,74	1,04 (0,48-2,25)	5,45	1,09 (0,62-1,91)
Salud mala	57,66	3,52* (2,34-5,30)	52,78	2,05* (1,47-2,88)	22,63	1,18 (0,64-2,17)	19,38	1,57 (0,91-2,71)	0,97	0,24 (0,05-1,24)	6,30	1,41 (0,59-3,29)
No limitada la actividad durante 1 año	16,84	1	22,32	1	4,11	1	6,00	1	2,02	1	3,32	1
Limitada la actividad durante 1 año	41,10	1,36* (1,05-1,74)	48,43	1,75* (1,40-2,18)	17,59	2,36* (1,50-3,71)	15,62	1,21 (0,83-1,76)	4,02	1,55 (0,69-3,46)	6,47	1,19 (0,67-2,11)
No limitada la actividad durante 2 semanas	15,73	1	21,09	1	4,51	1	6,08	1	1,66	1	3,34	1
Limitada la actividad durante 2 semanas	61,52	6,13* (4,74-7,92)	58,58	3,83* (3,12-4,71)	20,76	0,87 (0,59-1,28)	16,22	0,80 (0,57-1,12)	7,32	0,88 (0,44-1,76)	6,67	0,62 (0,37-1,05)
Acceso al sector público	22,45	1	27,71	1	6,52	1	6,88	1	1,08	1	1,91	1
Acceso al sector privado/público	18,58	0,94 (0,70-1,27)	31,95	1,41* (1,08-1,84)	7,66	1,78* (1,06-3,00)	15,37	2,54* (1,66-3,89)	10,79	36,4* (17,3-76,8)	17,79	15,17* (9,0-25,5)
16-35 años	6,85	1	8,44	1	2,24	1	2,84	1	1,18	1	1,57	1
36-65 años	9,33	1,05 (0,84-1,33)	13,19	1,25* (1,02-1,54)	2,96	0,79 (0,50-1,24)	3,99	0,91 (0,61-1,36)	0,96	1,08 (0,46-2,49)	1,77	0,90 (0,51-1,59)
66 o más años	5,83	1,83* (1,33-2,51)	6,66	1,50* (1,13-1,99)	1,51	0,61 (0,34-1,09)	1,15	0,49 (0,28-0,84)	0,26	0,57 (0,19-1,75)	0,58	0,78 (0,36-1,70)
Mujeres < 26 y > 45 años	—	—	25,10	1	—	—	6,97	1	—	—	2,91	1
Mujeres de 26-45 años	—	—	18,93	0,90 (0,73-1,09)	—	—	7,21	1,70* (1,17-2,47)	—	—	3,72	1,28 (0,74-2,21)
Sin estudios	32,58	1	23,67	1	7,29	1	5,57	1	0,67	1	0,25	1
Primaria	23,55	1,38 (0,90-2,12)	28,61	1,05 (0,76-1,43)	7,70	2,26* (1,06-4,78)	7,17	0,90 (0,52-1,55)	1,71	1,06 (0,27-4,13)	2,51	3,57 (0,83-15,4)
Secundaria	18,18	1,20 (0,74-1,93)	25,36	0,95 (0,65-1,39)	5,45	2,02 (0,85-4,83)	9,51	1,23 (0,63-2,40)	2,84	3,80 (0,97-15,21)	5,59	6,51* (1,41-30,0)
Universitaria	15,95	1,01 (0,59-1,72)	24,53	1,11 (0,73-1,69)	5,64	2,45 (0,93-6,47)	10,19	1,07 (0,50-2,29)	3,67	5,4* (1,10-26,67)	10,91	17,30* (3,6-84,0)
Municipio < 10.000 habitantes	21,28	0,76 (0,57-1,03)	27,36	0,97 (0,74-1,27)	5,50	0,59 (0,35-1,02)	6,39	0,67 (0,41-1,08)	1,29	0,46 (0,18-1,23)	2,99	0,95 (0,48-1,90)
Municipio de 10.000-50.000 habitantes	20,70	0,74 (0,55-0,99)	28,27	0,93 (0,71-1,22)	5,93	0,71 (0,41-1,23)	6,43	0,65 (0,40-1,06)	1,68	0,89 (0,34-2,33)	2,86	0,82 (0,40-1,68)
Municipio de 50.000-400.000 habitantes	22,94	0,88 (0,67-1,17)	27,90	0,96 (0,75-1,23)	7,00	0,77 (0,47-1,24)	8,50	1,02 (0,66-1,57)	2,88	0,91 (0,40-2,05)	3,27	0,99 (0,54-1,81)
Municipio > 400.000 habitantes	23,18	1	30,01	1	8,90	1	10,90	1	3,97	1	7,30	1

OR (IC del 95%): *odds ratio* (intervalo de confianza del 95%).

<sup>a</sup>Porcentajes estandarizados por edad utilizando el método de estandarización directa. Representan el porcentaje de individuos que realiza una visita médica, o determinado tipo de visita, dentro de cada grupo.

Por ejemplo, entre los hombres con buena salud hay un 14,80% que realiza visita médica, y un 3,84% ha visitado a un especialista.

\*Significativo con un IC del 95%.

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 1997.

Tabla 3. Análisis de la probabilidad de hospitalización y de utilización del servicio de urgencias, por sexos (España, 1997)

	Hospitalización				Urgencias			
	Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres	
	% <sup>a</sup>	OR (IC del 95%)	% <sup>a</sup>	OR (IC del 95%)	% <sup>a</sup>	OR (IC del 95%)	% <sup>a</sup>	OR (IC del 95%)
Salud buena	4,58	1	5,96	1	12,77	1	12,61	1
Salud regular	14,73	1,89* (1,30-2,73)	12,42	1,45* (1,04-2,04)	27,88	1,77* (1,35-2,32)	27,47	1,80* (1,39-2,33)
Salud mala	30,80	1,76* (1,08-2,85)	26,78	2,22* (1,43-3,46)	49,95	3,30* (2,17-5,02)	42,50	2,40* (1,65-3,50)
No limitada la actividad durante 1 año	2,99	1	5,02	1	12,11	1	12,77	1
Limitada la actividad durante 1 año	28,01	9,34* (6,50-13,44)	23,89	4,60* (3,31-6,38)	43,59	2,98* (2,26-3,92)	40,05	2,76* (2,14-3,56)
No limitada la actividad durante 2 semanas		—		—	15,16	1	15,52	1
Limitada la actividad durante 2 semanas		—		—	38,98	1,61* (1,20-2,16)	31,04	1,41* (1,11-1,80)
Sin accidente	7,21	1	8,52	1	14,06	1	15,32	1
Accidente	23,94	2,83* (1,88-4,26)	13,42	1,17 (0,78-1,76)	62,57	9,82* (7,28-13,25)	56,42	6,00* (4,47-8,07)
Acceso al sector público	8,47	1	8,78	1	18,60	1	18,42	1
Acceso al sector privado/público	8,02	1,15 (0,72-1,83)	9,92	1,13 (0,76-1,68)	17,12	1,10 (0,79-1,53)	18,66	0,96 (0,70-1,32)
16-35 años	2,08	1	3,92	1	8,38	1	8,35	1
36-65 años	3,66	1,21 (0,83-1,78)	3,28	0,59 (0,43-0,82)	7,20	0,59 (0,46-0,76)	6,95	0,53 (0,41-0,68)
66 o más años	2,69	2,08* (1,33-3,26)	1,73	0,71 (0,45-1,11)	2,91	0,49 (0,34-0,69)	3,18	0,41 (0,29-0,59)
Mujeres < 26 y > 45 años		—	7,83	1		—	18,87	1
Mujeres de 26-45 años		—	8,53	1,85* (1,38-2,49)		—	13,96	1,00 (0,79-1,26)
Sin estudios	21,20	1	5,59	1	39,75	1	12,71	1
Primaria	9,06	1,20 (0,71-2,03)	9,65	1,23 (0,74-2,02)	20,02	0,88 (0,57-1,33)	18,83	1,25 (0,83-1,87)
Secundaria	6,18	1,15 (0,60-2,20)	7,68	1,20 (0,66-2,17)	14,79	0,82 (0,51-1,32)	16,36	1,28 (0,79-2,05)
Universitaria	6,56	1,30 (0,65-2,60)	8,13	1,06 (0,54-2,07)	12,30	0,57 (0,33-0,99)	15,31	1,34 (0,79-2,27)
Municipio < 10.000 habitantes	8,84	1,27 (0,79-2,04)	9,07	1,05 (0,71-1,55)	18,55	1,04 (0,74-1,46)	18,10	0,89 (0,65-1,21)
Municipio de 10.000-50.000 habitantes	8,77	1,29 (0,81-2,05)	9,23	0,99 (0,67-1,47)	20,65	1,21 (0,87-1,68)	19,75	0,92 (0,68-1,25)
Municipio de 50.000-400.000 habitantes	8,74	1,39 (0,90-2,17)	8,38	0,96 (0,66-1,39)	17,50	1,12 (0,82-1,54)	15,99	0,76 (0,57-1,01)
Municipio > 400.000 habitantes	7,03	1	9,59	1	17,19	1	21,50	1

OR (IC del 95%): *odds ratio* (intervalo de confianza del 95%).

<sup>a</sup>Porcentajes estandarizados por edad utilizando el método de estandarización directa. Representan el porcentaje de individuos que han estado hospitalizados durante el último año, o han acudido al servicio de urgencias dentro de cada grupo. Por ejemplo, entre los hombres con buena salud hay un 4,58% que estuvo hospitalizado y un 12,77% que acudió al servicio de urgencias.

\*Significativo con un IC del 95%.

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 1997.

Cataluña y Madrid) el porcentaje medio de población que tiene acceso a través de una compañía de seguros privada es casi 4 veces superior a la media del resto de las comunidades. El nivel de estudios influye positivamente en la opción privada en todas las CCAA, pero su influencia no es igual en el caso de las mujeres que en el de los hombres. Entre las mujeres, el salto más importante se da al pasar de primaria a secundaria, mientras que para los hombres el incremento más destacado ocurre cuando se pasa de estudios secundarios a universitarios. De hecho, en el caso de las mujeres, y tanto en una agrupación de CCAA como otra, hay un descenso cuando se pasa de secundaria al nivel superior de educación. Por último, cabe señalar como hecho llamativo que el tipo de aseguramiento de los individuos con educación primaria de Baleares, Cataluña y Madrid es muy similar al de los universitarios del resto de las comunidades españolas.

---

### Visita médica

Las figuras 1 y 2 y la tabla 2 confirman que las mujeres van más al médico que los hombres. Una vez estandarizados por edad, un 28,3% de las mujeres y un 22,0% de los hombres declaran haber consultado a un médico durante las 2 semanas previas a la entrevista. Es posible que este mayor consumo se deba a que las mujeres tengan una «necesidad» percibida mayor que la de los hombres. En efecto, los resultados de la encuesta muestran que entre las personas que declaran tener un estado de salud regular, malo o muy malo, las mujeres suponen un 15% más que los hombres. Las mujeres también manifiestan, en bastante mayor medida que los hombres, sufrir limitaciones en sus actividades debido a enfermedades puntuales o crónicas.

La influencia del tipo de acceso es absolutamente diferente según el género. Disponer de doble acceso (o sólo privado) está claramente asociado a una utilización más elevada de visitas médicas en el caso de las mujeres, pero ocurre todo lo contrario en el caso de los hombres. Por tanto, y a pesar de que para el conjunto de la población la doble cobertura no parece conllevar un «abuso moral» (mayor consumo del que se haría en caso de no tener este aseguramiento), para el caso de las mujeres sí podría darse este fenómeno. Puesto que las mujeres con doble cobertura no tienen peor salud que sus homólogas que sólo tienen cobertura pública, antes al contrario (lo que significaría que tampoco hay «selección adversa»), esta diferencia de comportamiento precisaría una mayor investigación.

Los patrones de probabilidad de visita por niveles de estudios son relativamente similares, con una lige-

ra tendencia, según la predicción de la teoría, a una menor utilización cuanto mayor es el nivel de estudios (la validez del porcentaje del grupo «sin estudios» es baja dado el escaso número de observaciones que contiene). El comportamiento más llamativo es el de los hombres con acceso privado o doble cobertura. Sólo un 13% de los que tienen estudios secundarios y un 8% de los que tienen estudios universitarios habían realizado una visita al médico en los últimos 15 días, porcentajes muy inferiores a los de las mujeres de su misma educación y tipo de aseguramiento (el 28 y el 31%, respectivamente) y también inferiores a los de los hombres con su mismo nivel de estudios pero con sólo cobertura pública (el 19 y el 20%, respectivamente, habían visitado al médico). Una explicación podría ser que entre esos hombres con nivel educativo más alto y doble cobertura hay un número proporcionalmente más elevado de trabajadores autónomos y cuadros intermedios con personal a su cargo, que suelen tener un coste de oportunidad del tiempo para ir al médico mayor que los otros colectivos señalados.

El análisis de las razones de probabilidad (tabla 2) confirma la ausencia de significación del nivel de estudios (utilizado aquí como indicador de clase social) en el acceso a las visitas médicas y añade algún matiz que cabe resaltar. Por ejemplo, tener problemas de salud aumenta, como era de esperar, la probabilidad de visitas médicas en los dos géneros, pero la *odds ratio* es siempre superior en el caso de los hombres. Es decir, las mujeres tienen peor salud pero, a igualdad de problemas, la probabilidad de visitas es mayor para un varón que para una mujer. Por otro lado, y contrariamente al tópico, ser mujer en edad fértil no implica una mayor probabilidad de visitas (la razón de probabilidad respecto del resto del colectivo de mujeres es menor que 1 y no significativa). El incremento de edad sí supone un aumento continuo de la probabilidad de visitas médicas en el caso de las mujeres, pero no en el de los hombres, entre los que la probabilidad de visitas no aumenta hasta los 66 años (pero entonces sí lo hace fuertemente). Finalmente, el tamaño del municipio de residencia no implica diferencias significativas en ningún caso, lo cual puede tener una interpretación positiva de equidad geográfica.

---

### Tipo de médico visitado: generalista frente a especialista y público frente a privado

Los patrones de visitas al médico general (segundas columnas en las figs. 2 y 3) son bastante parecidos a los ya observados para el conjunto de visitas, lo cual es lógico puesto que representan un 70% de ellas. Por lo que respecta a las visitas al especialista (terceras columnas), se observa una gran diferencia en este

tipo de visitas en el grupo que tiene sólo acceso público; para ambos sexos y todos los niveles de estudios, éstas son bastante inferiores a sus propias visitas al generalista. La razón estriba indudablemente en las características institucionales de uno y otro sector: acceso directo a los especialistas en el sector privado, pero condicionado a la derivación de un médico general en el sector público. La única excepción son de nuevo los hombres con educación secundaria o universitaria y acceso privado, cuyo porcentaje de visitas se encuentra entre los más bajos (3 y 4 veces por debajo de las mujeres de sus mismos grupos). Por otro lado, merece la pena destacar que, contrariamente a lo que ocurre con las visitas al médico general, para estas visitas y en el caso del sector público, las diferencias entre hombres y mujeres prácticamente desaparecen. Ello podría indicar un fenómeno que ya ha sido descrito con anterioridad, a saber, una cierta discriminación de las mujeres en las pautas de derivación a los especialistas en los sistemas en que el médico general actúa de *gatekeeper*<sup>12,19</sup>.

Respecto de los factores determinantes de la elección de un especialista frente a un médico de medicina general, los resultados son bastante similares para ambos sexos (tabla 2). Tener acceso al sistema privado es la variable con mayor impacto, por la razón ya apuntada. También aumenta la probabilidad de visitas al especialista el hecho de tener una mala salud percibida o una actividad limitada debido a una enfermedad, normalmente crónica, así como poseer un nivel educativo elevado, aunque estas diferencias no son significativas, excepto en algún caso, para los hombres. Ser mujer en edad fértil también aumenta la probabilidad de realizar visitas al especialista, como era de esperar dada la inclusión de la ginecología y la obstetricia entre éstas. Sin embargo, las variables que muestran un cierto efecto negativo (aunque no significativo) en dicha probabilidad son la edad (los mayores tienden a ir más al médico general) y el hecho de residir en municipios menores de 50.000 habitantes, probablemente porque hay menos oferta de estos profesionales.

Lógicamente, las visitas a los médicos privados las hacen sobre todo los individuos que disponen de acceso a través de una entidad de seguros privada (compárese las quintas columnas de las figs. 2 y 3). En la figura 3 se observa que las mujeres tienen un patrón de comportamiento por niveles de estudios totalmente contrario al de los hombres: más bien ascendente en el caso de ellas (8, 16, 15 y 21%), y descendente en el caso de ellos (15, 14, 8 y 6%). Entre las personas que visitan a los médicos privados sin disponer de cobertura privada, destacan sobre todo las mujeres con estudios superiores: un 7% de las mujeres universitarias con sólo cobertura pública habían acudido a un médico privado en su última visi-

ta. Por su parte, las columnas correspondientes a las visitas a médicos públicos muestran una relación negativa con el nivel de estudios para ambos sexos y los dos tipos de acceso (exceptuando de nuevo el grupo «sin estudios»). De todas formas, conviene subrayar que las mujeres con acceso privado o doble cobertura acuden también con bastante frecuencia al médico público (las que tienen menor nivel educativo, incluso más que al privado) y desde luego mucho más que los hombres. La estimación de las razones de probabilidad (tabla 2) confirma que el tipo de cobertura y el nivel de estudios son las variables que influyen significativamente en la elección de un médico privado. Por otro lado, se observa que la mala salud lleva a escoger más un médico público, pero sólo en el caso de los hombres y con un 90% de significación.

---

## Hospitalizaciones

No hay diferencias significativas en el porcentaje de hombres y mujeres que fueron hospitalizados en el último año antes de la entrevista ni tampoco influye la forma de acceso (es preciso tener cuidado al interpretar la fig. 2, puesto que la mayor altura de esta columna para el caso de los hombres está determinada por el grupo «sin estudios», cuya dimensión en términos relativos, recordemos, es muy pequeña). Por niveles de estudios se observa una cierta tendencia descendente a partir de la educación primaria, pero poco acusada.

Los resultados de la regresión logística (tabla 3) muestran que, como era de esperar, las variables que afectan principalmente a la utilización de servicios hospitalarios son las relacionadas con la salud de los individuos. Tanto para los hombres como para las mujeres la variable que tiene mayor impacto en la probabilidad de haber estado hospitalizado es la existencia de alguna enfermedad puntual o crónica que limita en las actividades habituales. El hecho natural de las hospitalizaciones por maternidad que predomina en las mujeres jóvenes hace que la edad muestre un efecto por sexos chocante: entre los hombres una mayor edad significa una mayor probabilidad de hospitalización, mientras que en las mujeres el efecto es el contrario. A pesar de que, si se hubieran excluido las hospitalizaciones por maternidad, el patrón sería seguramente más afín al de los hombres, llama la atención el bajo porcentaje de mujeres mayores de 65 años que han estado hospitalizadas, aunque coincide con el hallazgo de Urbanos<sup>7</sup> comentado en la introducción. Por último, cabe destacar que los hombres sufren más accidentes (con más probabilidad de ingresos hospitalarios) que las mujeres.

## Urgencias

En conjunto, no hay diferencias significativas en el porcentaje de visitas a urgencias entre hombres y mujeres ni tampoco por tipo de acceso (una vez más, hay que tener cuidado con el «efecto óptico» provocado por el grupo de hombres sin estudios ilustrado en la fig. 2). De nuevo aparece una tendencia inversa con el nivel de estudios, quebrada sólo por algunos grupos minoritarios, como las personas sin estudios y las mujeres universitarias con seguro privado.

Al igual que en el caso de las hospitalizaciones, la utilización de los servicios de urgencias depende sobre todo del estado de salud (la *odds ratio* de los 4 indicadores de «mala» salud son superiores a 1 y significativos), sin que haya apenas diferencias por sexos. Aunque la *ratio* de la edad no es significativa, señalemos que en este caso para ambos sexos ser joven significa tener mayor probabilidad de utilización de este tipo de servicios.

## Conclusiones

Los resultados de la Encuesta Nacional de Salud de 1997 confirman que en España las mujeres «consumen» más visitas médicas que los hombres. La diferencia entre ambos sexos es más abultada cuando se trata de médicos generales frente a especialistas, y de médicos públicos frente a privados. Sin embargo, apenas hay diferencias en la utilización de hospitalizaciones y en las visitas a urgencias. La evidencia aportada con la estimación de las correspondientes regresiones logísticas por separado para hombres y mujeres apunta a que el hecho de poseer una cobertura privada tiende a favorecer la mayor utilización por las mujeres; sin embargo, otras variables, como la edad y las limitaciones de salud, se comportan de manera similar para ambos sexos o tienden a favorecer una mayor utilización por los hombres.

El papel del tipo de cobertura de acceso y la educación y las diferencias de género en el impacto de estas variables se resumen a continuación en forma de preguntas y respuestas.

### *El papel de la cobertura de acceso*

1. ¿Influye el tipo de cobertura de acceso en el patrón de utilización de servicios? Sí, en las visitas a médicos generales frente a especialistas, así como públicos frente a privados, pero no en la probabilidad de hacer al menos una visita al médico, en el porcentaje de hospitalizaciones y en la utilización de urgencias.

2. ¿Influye el género en la pertenencia a uno u otro grupo de acceso? No significativamente.

3. ¿Hay diferencias de género en el impacto que tiene el tipo de acceso en la utilización de servicios? Sí, los patrones de utilización de hombres y mujeres con acceso solamente público son mucho más similares entre sí que los de los hombres y las mujeres con acceso privado o doble cobertura, como se deduce de la simple comparación de las figuras 2 y 3. La probabilidad de visita aumenta si se dispone de acceso privado o doble cobertura en el caso de las mujeres, pero no en el de los hombres, y es especialmente notable cuando se trata de visitas a especialistas. De hecho, las mujeres con doble cobertura son las que más visitas realizan de toda la población, mientras que los hombres con ese mismo tipo de acceso son los que efectúan menos visitas, sobre todo los que poseen una educación secundaria y universitaria. Asimismo, tener doble acceso o sólo privado va asociado a menos visitas a los médicos públicos, pero de forma más acusada en los hombres que en las mujeres.

### *El papel de la educación (clase social)*

1. ¿Influye el nivel de estudios en el patrón de utilización de los servicios sanitarios? Sí, hay una cierta relación inversa entre la educación y las visitas médicas en su conjunto, así como con respecto a las visitas al médico general. Una tendencia similar se observa en el caso de las hospitalizaciones. Por el contrario, la educación guarda una relación directa con la consulta a especialistas y, sobre todo, a médicos privados.

2. ¿Influye el nivel de estudios en la utilización de servicios de una manera desigual por sexos? Sí, las diferencias de utilización por niveles educativos son menos (o nada) acusadas entre las mujeres que entre los hombres; en concreto, las mujeres con estudios secundarios o universitarios y acceso privado tienen un comportamiento muy similar al de las mujeres con menos estudios, pero un comportamiento muy diferente del de sus homólogos masculinos.

## Recomendaciones

Teniendo en cuenta las incógnitas que todavía persisten con respecto a los patrones de utilización de servicios sanitarios por género, recomendamos:

1. Explorar hipótesis alternativas —más allá del argumento de la peor salud percibida— de por qué las mujeres realizan más visitas médicas. Una posibilidad (que tras algún contraste ha sido rechazada<sup>1</sup>) es el coste de oportunidad del tiempo. Otra posibilidad (que debería ser explorada mediante alguna base de datos que per-

mita el análisis conjunto del consumo sanitario por familias) es que la demanda de visitas por parte de las mujeres no contiene sólo una demanda de diagnóstico y/o tratamiento para ellas, sino también una demanda de información/formación, para después utilizarla en el cuidado y la producción de salud para toda la familia<sup>20</sup>. El reverso de esta hipótesis sería, precisamente, que los hombres hacen menos visitas porque tienen más posibilidades de sustituir atención sanitaria «familiar» por atención médica en el sector formal<sup>1</sup>.

2. Analizar el resultado aparente de que las mujeres con doble cobertura sí muestran abuso moral (*moral hazard*) en sus visitas al médico. ¿Tienen mayor demanda de salud y por ello consumen más servicios sanitarios?

3. Indagar si existe discriminación por género en las pautas de derivación a los especialistas en el sector público. La pregunta es: ¿por qué las mujeres hacen mu-

chas más visitas a los médicos generales que los hombres y prácticamente las mismas cuando la decisión no depende sólo de ellas, como es el caso de las visitas a los especialistas?

4. Investigar los indicios de inequidad (menor consumo para igual necesidad) en la utilización de servicios hospitalarios por parte de las mujeres mayores y las que sufren accidentes. Ambas circunstancias no suponen aumentos de probabilidad de hospitalización similares a los de los hombres.

---

#### Agradecimientos

Agradecemos los valiosos comentarios recibidos de los coordinadores del Informe. Asimismo, agradecemos la ayuda financiera recibida del FIS, bajo cuyo proyecto 00/1171E se ha realizado el trabajo.

---

#### Bibliografía

1. Sindelar J. Differential use of medical care by sex. *J Political Econ* 1982;90:1003-19.
2. Verbrugge LM. Gender and health: an update on hypothesis and evidence. *J Health Soc Behav* 1983;24:156-82.
3. Fernández E, Schiaffino A, Rajmil L, Badia X, Segura A. Gender inequalities in health and health care services use in Catalonia (Spain). *J Epidemiol Community Health* 1999;53:218-22.
4. Bertakis KD, Azari R, Helms LJ, Callahan EJ, Robbins JA. Gender differences in the utilization of health care services. *J Fam Pract* 2000;49:147-52.
5. Borrell C, Rajmil L. Les desigualtats en la utilització de serveis sanitaris. En: Borrell C, Benach J, coordinadors. *Fundació Jaume Bofill, Centre d'Anàlisi i Programes Sanitaris. Les desigualtats en salut a Catalunya*. Barcelona: Mediterrània, 2003.
6. Pinn VW. Sex and gender factors in medical studies. *JAMA* 2003;289:397-9.
7. Urbanos R. Impacto del envejecimiento en el gasto público sanitario y sociosanitario para el período 2000-2050. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2003.
8. Grossman M. On the concept of health capital and the demand for health. *J Political Econ* 1972;80:223-55.
9. Blaxter M. *Health and lifestyles*. London: Roudledge, 1990.
10. Rohlf's I. *Diferencias y desigualdades. La salud de hombres y mujeres en la ciudad de Barcelona* [tesis doctoral]. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona, 1998.
11. Van Doorslaer E, Koolman X, Puffer F. Equity in the use of physician visits in OECD countries: has equal treatment for equal need been achieved? *Measuring up: improving health systems performance in OECD countries*. Paris: OECD, 2002.
12. Rodríguez M, Stoyanova A. The effect of private insurance access on the choice of GP/Specialist and Public/Private provider in Spain [en prensa]. *Health Econ* 2003.
13. Álvarez B. La demanda atendida de consultas médicas y servicios urgentes en España. *Investigaciones Económicas* 2001; 25:93-138.
14. Borrell C, Fernández E, Schiaffino A, Benach J, Rajmil L, Villalbí J, et al. Social class inequalities in the use and access to health services in Catalonia, Spain: what is the influence of supplemental private health insurance? *Int J Quality Health Care* 2001;13:117-25.
15. Rajmil L, Borrell C, Starfield B, Fernández E, Serra V, Schiaffino A, et al. The quality of care and influence of double health care coverage in Catalonia (Spain). *Arch Dis Child* 2000; 83:211-4.
16. Vera-Hernández AM. Duplicate coverage and demand for health care. The case of Catalonia. *Health Econ* 1999;8:579-98.
17. Borràs JM, Guillen M, Sánchez V, Juncà S, Vicente R. Educational level, voluntary private health insurance and opportunistic cancer screening among women in Catalonia (Spain). *Eur J Cancer Prev* 1999;8:427-34.
18. Encuesta Nacional de Salud. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas, 1997.
19. García Olmos L, Abaira V, Gervas J, Otero A, Pérez Fernández M. Variability in GPs' referral rates in Spain. *Fam Pract* 1995;12:159-62.
20. Rohlf's I, Borrell C, Artazcoz L, De Andrés J, Ribalta M. La salut i els temps de la vida quotidiana de les dones de Barcelona. *Barcelona Societat* 1997;7:35-22.