



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

LA INFLUENCIA DEL NIVEL EDUCATIVO EN LA UTILIZACIÓN DEL
SERVICIO DE URGENCIAS EN ESPAÑA

THE INFLUENCE OF EDUCATIONAL LEVEL ON
EMERGENCY SERVICES UTILIZATION IN SPAIN

Autor

Ricardo Ángel Plo Pérez

Director/es

Isabel Aguilar Palacio

Facultad de Medicina

Departamento de Microbiología, Medicina Preventiva y Salud Pública

2016

Índice

	página
Resumen.....	3
Abstract.....	4
Introducción.....	5
Los servicios de urgencias en España.....	5
El nivel educativo como eje de desigualdad y diferencias en salud.....	6
La influencia del nivel educativo en la utilización de servicios sanitarios.....	7
Objetivo.....	9
Material y métodos.....	10
Diseño y fuente de datos.....	10
Variables.....	11
Análisis estadístico.....	14
Resultados.....	16
Discusión.....	24
Conclusiones.....	27
Bibliografía.....	28

Resumen

Objetivo: Describir la utilización de los Servicios de Urgencias y las variaciones según nivel educativo en España en el año 2014.

Métodos: Se realizó un análisis descriptivo transversal utilizando la Encuesta Europea de Salud en España (ESEE) 2014. Los datos de la ESEE14 que se presentan corresponden a 22.842 entrevistas. Posteriormente se realizó un análisis bivariado para estudiar la asociación entre el nivel educativo y las características sociodemográficas, características de salud y utilización de los servicios de urgencias.

Resultados: Los servicios de urgencias se caracterizan por una atención tanto de patología urgente como no urgente, con un gran volumen de pacientes muy ancianos y con pluripatología. La masificación en la asistencia es una de sus preocupaciones más constante. La diferencia de la mediana de edad en la utilización de los servicios de urgencias fue de 30 años entre el nivel educativo bajo y el medio-alto (71 años frente a 41 años). La población con nivel educativo bajo acudió más y mayor número de veces a urgencias. De éstos, un 64,8% fueron mujeres, un 71,5% mostró peor salud percibida, un 62,4% tuvo un diagnóstico previo y un 94% acudió a la sanidad pública. Fueron atendidos en mayor proporción en el lugar donde se encontraban y en la unidad móvil que la población con un nivel educativo alto, que fueron atendidos en un 94,7% en los centros o servicios de urgencia, un 14% en la sanidad privada.

Conclusiones: En España los servicios de urgencia están masificados, con una gran asistencia de población envejecida y con pluripatología. Se observan asociaciones positivas entre el nivel educativo bajo y una mayor edad, el sexo femenino, tener diagnósticos previos y una peor salud percibida. La población con un nivel educativo bajo acudió más a urgencias y en mayor número de veces, recibió mayor asistencia en el lugar donde se encontraba, en la unidad móvil y en el sistema sanitario público que el nivel educativo medio-alto. Que mostró una menor asistencia a los servicios de urgencias, menor desigualdad de género, mejor salud percibida, menores diagnósticos previos, presentó una mayor cobertura sanitaria doble (pública y privada) y mayor asistencia a servicios sanitarios privados. Estos resultados de la encuesta podrían ser valorados en la orientación de futuras estrategias en la planificación de los servicios de urgencias.

Palabras clave: Desigualdades en salud; Nivel educativo; Servicios de Urgencias.

Abstract

Objective: To describe the use of Emergency Services and its variations by educational level in Spain in 2014.

Methods: A cross-sectional descriptive analysis using the European Health Survey in Spain (EHEC) 2014. EHEC14 data presented correspond to 22,842 interviews conducted. Subsequently, a bivariate analysis was performed to study the association between education level and sociodemographic and health characteristics and use of emergency services.

Results: Emergency services are characterized by attention of both, urgent and not urgent pathology, with a large volume of very elderly patients with multiple diseases. Overcrowding in attendance is one of his most constant concerns. The difference in median age in the use of emergency services was 30 years between the low education level and the medium-high level (71 years versus 41 years). The population with low education came more and more times to emergencies. 64.8% of them were women, 71.5% showed worse perceived health, 62.4% had a previous diagnosis and 94% he went to public health. They were treated in greater proportion in the place where they were and the mobile unit than people with a high educational level, which were attended in 94,7 % at centers or emergency services, 14% in private healthcare.

Conclusions: In Spain the emergency services are overcrowded, with great care and aging population with multiple pathologies. positive associations between low educational level and older age, female gender, previous diagnoses and have a worse perceived health are observed. The population with a low level of education went to the emergency room more and more times, received more assistance in the place where he was, in the mobile unit and the medium-high educational level public health system. Which he showed less assistance to emergency services, less gender inequality, better perceived health, less previous diagnoses, presented a double major health coverage (public and private) and increased assistance to private health services. These survey results could be valued in guiding future strategies in planning emergency services.

Keywords: Inequalities in health; Educational level; Emergency services.

Introducción

Los servicios de urgencia en España

Los servicios de urgencia son las unidades asistenciales que, bajo la responsabilidad de un médico, están destinadas a la atención sanitaria de pacientes con problemas de etiología diversa y gravedad variable, que generan procesos agudos que necesitan atención inmediata¹. Estos se componen de los hospitales, centros de salud y ambulatorios de la sanidad pública y de los sanatorios, clínicas o servicios de urgencias privados u otro tipo de servicios que existan con tal fin.

A nivel estructural las urgencias hospitalarias constan de un espacio de acceso, una recepción para la ubicación de los pacientes según la urgencia de la atención, un triaje y admisión, una sala de espera, consultas para exploración y tratamiento, áreas de observación y un área de personal y de apoyos.

Se aplica un sistema de triaje para atender según la urgencia. En el “Sistema Español de Triage”, avalado por la Sociedad Española de Urgencias y Emergencias² se reconocen cinco niveles de priorización: nivel I (resucitación), nivel II (emergencia), nivel III (urgencia), nivel IV (menos urgente) y nivel V (no urgente). Tras la evaluación clínica del enfermo y la realización de las pruebas complementarias pertinentes, se valora si es el paciente es subsidiario de derivación, ingreso o alta.

Para establecer las características de la demanda de los servicios de urgencias en España, desde 1988 se viene señalando como elementos definitorios un constante aumento en la frecuentación, la saturación y un uso inapropiado³. Datos generales de la actividad de los servicios de urgencia en España en 2013, revelan que se hicieron 52,3 millones de atenciones (de las que un 79,4% fueron realizadas en hospitales públicos). Los ingresos de urgencia efectuados desde los servicios de urgencia varían de un 52,5% a un 69% en 2006-2007. En definitiva, la actividad del servicio de urgencia supone una parte importante en el conjunto de las prestaciones que el Sistema Nacional de Salud pone a disposición de los ciudadanos⁴.

Se ha observado un continuo incremento en la evolución de la frecuencia de utilización de los servicios de urgencias de la red sanitaria pública desde su universalización en los años 80 en España⁵. Entre los años 2001 y 2007 aumentó un 23,2% , lo que supuso más de 720.000 visitas cada año en cifras absolutas, volumen de visitas que se fue acumulando año tras año. Las causas de este aumento son variadas, por un lado se apunta a cambios demográficos y epidemiológicos, pero por otro también intervienen factores asociados a la conducta sobre la utilización de los servicios de urgencia. Si se comparan las visitas a los servicios de urgencias que se realizan España que fueron de 54,5 por 100.000 habitantes, son superiores por ejemplo a las que se realizan en Estados Unidos con un 39,9 por 100.000 habitantes o en Inglaterra con un 33 por 100.000 habitantes³⁻⁶.

Tanto a nivel internacional como nacional, entre las causas que explican la masificación de los servicios de urgencia, está es la obligación de atender al paciente sin patología urgente y la alta derivación de pacientes muy ancianos y con pluripatología. En consecuencia, repercute en la correcta atención de los pacientes, provocando retrasos diagnósticos y de tratamiento, aumentando la morbi-mortalidad e incrementando la estancia media hospitalaria. Otro aspecto a considerar de los Servicios de Urgencias, es que estos parecen actuar como una “válvula de seguridad”, por su situación intermedia entre la atención primaria y la especializada, controlando el flujo de entrada y de salida de los pacientes en el sistema sanitario^{3, 7, 8, 9-10}.

Los usuarios que acuden a los servicios de urgencia, en gran parte de las ocasiones lo hacen por iniciativa propia y de forma directa. Los motivos principales que señalan para acudir a urgencias son la confianza en ellos y la expectativa de tener una atención rápida. Las demoras existentes en el acceso a la atención especializada no urgente o la percepción de no obtener una solución satisfactoria por otros niveles asistenciales, son otros argumentos. Por último, el envejecimiento de la población se señala como uno de los factores sociodemográficos que intervine en gran medida, junto con la zona de residencia, en las conductas no relacionadas con los motivos personales^{2, 3-11}.

El nivel educativo como eje de desigualdad y de diferencias en salud

El nivel educativo parece ser un buen indicador para reflejar el estatus socioeconómico de los individuos en la sociedad, estatus que se traduce en desigualdades sociales que, a través de complejos mecanismos de acción, desembocan en desigualdades en salud e influyen en el acceso a la atención sanitaria. Comparado con otros indicadores socioeconómicos, el nivel educativo ofrece evidentes ventajas, ya que, por ejemplo, incluye también a la población que no trabaja si lo comparamos con el indicador de ocupación.¹²⁻¹⁴

Analizaremos a continuación la desigualdad social, desde una perspectiva histórica. Se ha observado que está presente desde el nacimiento de las comunidades sociales, al hacerse sedentarias. Con el paso del tiempo, estas desigualdades adquieren una mayor complejidad, hecho que repercute en un desigual reparto de los bienes y recompensas y en el acceso a los recursos, servicios y posición, lo que supone el germen de la jerarquización social¹⁵. Hoy en día, estas desigualdades son evidentes: en España, el 1% de la población con más ingresos concentra un nivel de riqueza 10 veces superior al que le correspondería en función de su peso en la población¹⁶. Al mismo tiempo se viene observando un incremento en las desigualdades de renta desde los años 80¹⁷.

Las desigualdades en salud son universales y afectan a toda la sociedad, si bien, conforme se desciende en la escala social, la salud y el bienestar empeoran, en lo que Marmot y Wilkinson¹⁸, denominan “gradiente social de la salud”. Benach¹⁹ lo considera como la peor epidemia de nuestro siglo.

Durante las últimas dos décadas, las desigualdades socioeconómicas en salud son reconocidas como un importante problema de salud pública en toda Europa. En un intento de calcular estas pérdidas, la Comisión Europea en 2007 cuantificó la mortalidad debidas a las desigualdades de salud en 707 mil muertes por año y en 11,4 millones años de vida perdidos, con un impacto sobre la buena salud en la vida media de 5,14 años. El impacto económico que tuvo sobre los sistemas de atención sanitaria en la Unión Europea fue de 1.000 € millones de dólares aproximadamente, lo que supuso el 9,5% del PIB. Estos resultados son anuales, y las pérdidas se acumulan año tras año, mientras las desigualdades en salud persistan²⁰.

Estudios nacionales e internacionales han demostrado que la población con niveles educativos más altos se corresponde con un nivel socioeconómico alto y tiene una mejor valoración en la percepción de su salud. Ello a su vez, se ha correlacionado con diferencias encontradas por ingresos o el tipo de empleo. El efecto contrario se ha observado en los niveles educativos más bajos que tienen una peor valoración en la percepción de su salud. Aquí se correlaciona con tasas de enfermedad y discapacidad más altas y con una mayor propensión a padecer problemas crónicos. Se observaron también desigualdades de género, con una peor salud de las mujeres respecto de los hombres, manteniéndose esta diferencia en todos los estatus socioeconómicos^{12 21 22 23 24}.

La influencia del nivel educativo en la utilización de servicios sanitarios

El sistema de sanidad español destaca por ser uno de los más redistributivos de Europa y la política pública en especie que más contribuye a la reducción del índice de Gini (una reducción del 11,6%). Este sistema sanitario es utilizado por toda la sociedad, independientemente de su nivel educativo o estatus socioeconómico, gozando con el paso de los años de una creciente aceptación. Tras la reforma del 2012, en la que por una parte se excluye del sistema sanitario a los extranjeros residentes sin autorización y, por otra, a las personas que no hayan contribuido, se ha reducido la igualdad del acceso y los niveles socioeconómicos más altos se han alejado de los servicios públicos, hacia la contratación de servicios de la sanidad privada. Esto no ha significado una ganancia en la eficiencia, más bien al contrario, ya que obliga a más personas a posponer servicios preventivos a favor de la atención de urgencia. La equidad de la sanidad también ha sido tambaleada por la crisis, ya que ha afectado especialmente a la población más vulnerable: entre ellas, las personas con bajo nivel educativo, bajo nivel socioeconómico, desempleados e inmigrantes²⁵.

En el sistema español, si atendemos al modelo de estado de bienestar, la influencia del nivel educativo puede que sea más relevante que un alto nivel socioeconómico o una buena situación laboral, en comparación con otros sistemas, como los anglosajones, escandinavos o bismarckianos, donde éstos tienen un mayor peso específico si se relacionan con buena salud autopercibida²⁶.

En 1996, se publica en España el primer informe general sobre las desigualdades en salud. Este informe fue elaborado en colaboración por la Dirección General de Aseguramiento y

Planificación, la Escuela Nacional de Sanidad e Instituto de Salud Carlos III, ambos del Ministerio de Sanidad y Consumo, y por The School of Hygiene and Public Health de la Johns Hopkins University (EEUU). El informe ofrece una visión global de las desigualdades en salud, entre ellas, del uso y acceso a los servicios sanitario²⁷ y en él se evidencian las desigualdades en el acceso y la utilización de los servicios sanitarios²⁸. Como vemos, históricamente ya se aprecian diferentes patrones en utilización de los servicios sanitarios: actualmente la población con un nivel de estudios bajo (primarios o menos) acude más a los servicios que se ofrecen desde atención primaria y a los servicios de urgencia del sistema sanitario. El patrón es inverso cuando se acude al médico especialista, siendo la población con un nivel educativo medio-alto (estudios secundarios y universitarios) los que frecuentan en mayor medida este nivel de atención del sistema sanitario español²³. Estas diferencias en el acceso a los servicios sanitarios especializados son especialmente relevantes en los grupos de personas que no están totalmente cubiertos por la sanidad pública, así como en la tenencia o no de un seguro privado o el uso de servicios preventivos, la calidad prestada de los servicios, en el tiempo de espera o en la atención sanitaria^{29, 30-31}.

Objetivos

Objetivo principal: Conocer la utilización de los servicios de urgencias en España y las variaciones según nivel educativo.

Objetivos secundarios:

1. Describir la utilización de los servicios de urgencias en España.
2. Estudiar las características de las personas con bajo nivel educativo que pueden influir en la utilización de servicios de urgencias.
3. Explorar las diferencias en la utilización de los servicios de urgencias según el nivel educativo.

Material y método

Diseño y fuente de datos

Para responder al objetivo planteado, se realizó un estudio descriptivo transversal con datos referidos a la población residente en el Estado Español, a partir de la información proporcionada por la Encuesta Europea de Salud en España (ESEE) 2014³², realizada por el Instituto Nacional de Estadística (INE). Esta encuesta es la parte española de la European Health Interview Survey (EHIS), coordinada por Eurostat y regulada por Reglamento (EC) 1338/2008 y Reglamento de la Comisión 141/2013. La periodicidad de la investigación se realiza quinquenalmente y se dirige a los hogares, donde se recoge información sanitaria relativa a la población residente en España de 15 y más años mediante un cuestionario común europeo. Esta información permite planificar y evaluar las actuaciones en materia sanitaria, tanto europeas como nacionales. En España se utiliza un cuestionario adaptado conjuntamente por INE y el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, que permiten su comparación con los principales indicadores de la encuesta nacional de salud. Desde 2006, el ámbito poblacional sobre el que se realizan las encuestas es el conjunto de personas que residen en las viviendas principales. El ámbito geográfico es el territorio nacional. Se recogen la información a lo largo de todo un año. El ámbito temporal es desde finales de 2014 hasta finales de enero de 2015, en la EES14. La entrevista se realiza en el domicilio, un entrevistador la administra y tiene la ayuda de ordenador (*computer assisted personal interview-CAPI*). Se utiliza un tipo de muestreo trietápico por municipios, siendo las unidades censales las unidades de primera etapa. Posteriormente, se investiga dentro de cada vivienda todos los hogares que tienen su residencia habitual en ellas y, dentro de cada hogar, se selecciona a una persona de 15 o más años para cumplimentar el cuestionario individual. También se diseña para cada comunidad una muestra independiente que la representa. El cuestionario consta de cuatro grandes apartados: sociodemográfico (hogar e individual), estado de salud, asistencia sanitaria y determinantes de la salud, de los que consta el cuestionario. Se ha utilizado el cuestionario del hogar y el cuestionario de adultos. No se ha utilizado el cuestionario dispensado a niños. Los datos de la ESEE14 que se presentan corresponden a 22.842 entrevistas. Para poder facilitar estimaciones con un determinado grado de fiabilidad a nivel nacional y autonómico se seleccionó una muestra de 37.500 viviendas y se amplió tanto el número de secciones como el número viviendas por sección. Es la primera vez en 2014 que no se sustituyeron las incidencias en las viviendas titulares, lo que se traduce en no haber viviendas reserva. Se obtuvo una tasa de respuesta del 71%. En 2014 fueron realizadas mediante informante indirecto o proxy un 3% de las entrevistas. Sólo se admite proxy cuando la

persona seleccionada aleatoriamente esté a) ausente debido a un ingreso hospitalario o bien b) incapacitada para responder por tener una edad avanzada, discapacidad o enfermedad o en el caso c) por desconocimiento del idioma.

Variables

Las variables que se utilizaron para la caracterización sociodemográfica fueron las siguientes:

1. Sexo, variable dicotómica:

- Hombre
- Mujer

2. Edad, variable cuantitativa. Se incluyó a toda la población de 15 o más años.

3. País de nacimiento, variable politómica. A partir de la pregunta original codificada inicialmente en 4 categorías, se recodificó en dicotómica para el análisis:

- España
- Extranjero

4. Nivel educativo dicotomizada. A partir de la pregunta original codificada inicialmente en una variable politómica de 10 categorías, se recodificó en dos categorías para el análisis, basándose en la Clasificación Internacional de Educación (ISCED), del siguiente modo;

- Nivel educativo bajo se correspondió con una clasificación 0-1 (personas sin estudios o que tenían sólo estudios primarios)

- Nivel educativo medio-alto se correspondió con una clasificación 2-4 (personas con enseñanza secundaria y profesional de grado medio) y 5-6 (enseñanza profesional y estudios universitarios)

Las variables de salud analizadas fueron las siguientes:

1. Salud percibida dicotomizada

A partir de la pregunta, "En los últimos 12 meses, ¿diría que su estado de salud ha sido...?". Inicialmente codificada en una variable politómica de 5 categorías, fue recodificada en dos:

- Mala salud percibida (personas que declararon una salud percibida regular, mala o muy mala)
- Buena salud percibida (buena o muy buena)

2. Salud diagnosticada dicotomizada:

A partir de la pregunta, “¿Le ha dicho algún médico que padece esta patología?” Inicialmente codificada en una variable politómica de 32 categorías, se seleccionaron 10 enfermedades que requieren contacto con el sistema sanitario:

- Infarto de miocardio
- Angina de pecho
- Bronquitis crónica, enfisema, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)
- Cirrosis, disfunción hepática
- Diabetes mellitus
- Depresión
- Ansiedad
- Ictus (embolia, infarto cerebral, hemorragia cerebral)
- Tumores malignos
- Problemas de riñón

A su vez se recodificaron estas variables en dos categorías, en función de si tenía al menos una de estas enfermedades:

- Si (existencia de patologías diagnosticadas)
- No (sin patologías diagnosticadas)

Servicios de urgencia:

1. Utilización en el último año. “¿Ha tenido que utilizar algún servicio de urgencias por algún problema o enfermedad?”. Variable dicotómica.

- Sí/No

2. Frecuencia de utilización “¿Cuántas veces tuvo que utilizar un servicio de urgencias en estos doce meses?”. Variable cuantitativa recogida como número de veces.

3. Lugar de atención, variable politómica “¿Dónde fue atendido la última vez?”. Se admite respuesta múltiple:

- En el lugar donde se encontraba (domicilio, lugar de trabajo, etc.)
- En una unidad móvil

- En un centro o servicio de urgencias
- No sabe
- No contesta

4. Última atención, lapsus de tiempo transcurrido desde síntomas hasta pedir asistencia “¿Cuánto tiempo pasó hasta que pidió asistencia?”. Variable cuantitativa en días.

5. Última atención, lapsus de tiempo transcurrido desde pedir asistencia a ser atendido “¿Cuánto tiempo pasó desde que pidió asistencia hasta que fue atendido?”. Variable cuantitativa en horas.

6. Última vez que utilizo urgencias, tipo de servicio, variable politómica “¿Que tipo de servicio de urgencias utilizó?”.

- Hospital de la Sanidad Pública (Seguridad social)
- Centro o servicio de urgencias no hospitalario de la Sanidad Pública. Por ejemplo centro de salud, ambulatorio, etc.
- Sanatorio, hospital o clínica privada
- Servicio privado de urgencias
- Casa de socorro o servicio de urgencias del ayuntamiento
- Otro tipo de servicio
- No sabe
- No contesta

Tipo de cobertura sanitaria:

1. Tipo de cobertura sanitaria, variable politómica. “¿De cuál o cuales de las siguientes modalidades de Seguro Sanitario (público o privado) es usted titular o beneficiario/a?”. Esta variable politómica se encuentra codificada en la ENS en nueve categorías:

- Sanidad Pública (Seguro Social)
- Mutualidades del Estado (MUFACE, ISFAS, MUGEJU) acogidas a la Seguridad Social
- Mutualidades del Estado (MUFACE, ISFAS, MUGEJU) acogidas a un seguro privado
- Seguro médico privado, concertado individualmente (sociedades médicas, colegios profesionales, etc.)
- Seguro médico concertado por la empresa
- No tengo seguro médico
- Otras situaciones
- No sabe

- No contesta

Esta variable se recodificó en cuatro grupos:

Grupo 1: Individuos con posibilidad exclusiva de acudir a la Sanidad Pública, formado por las respuestas:

- Sanidad Pública (Seguro Social)
- Mutualidades del Estado (MUFACE, ISFAS, MUGEJU) acogidas a la Seguridad Social
- Y que no cumpliesen criterios de inclusión en el grupo 2

Grupo 2: Individuos con posibilidad exclusiva de acudir a un seguro médico privado, formado por las respuestas:

- Mutualidades del Estado (MUFACE, ISFAS, MUGEJU) acogidas a un seguro privado
- Seguro médico privado, concertado individualmente (sociedades médicas, colegios profesionales, etc.)
- Seguro médico concertado por la empresa
- Y que no cumpliesen criterios de inclusión en el grupo 1

Grupo 3: Individuos con cobertura tanto del “Grupo 1” como del “Grupo 2” no incluidos en los anteriores apartados.

Grupo 4: Individuos que no tuvieron ninguna cobertura sanitaria.

Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo de la muestra para conocer la utilización de los servicios de urgencias en España. La descripción de las variables cualitativas se realizó utilizando proporciones. Se utilizó el test de Kolmogorov-Smirnov para comprobar la normalidad en las variables cuantitativas, utilizando la media y la desviación estándar si se cumplían criterios de normalidad, y la mediana y el rango intercuartílico, en el caso de no cumplir criterios de normalidad. Se realizó un análisis bivariado para estudiar la asociación entre el nivel educativo y las características sociodemográficas y de salud, así como el nivel educativo y la utilización de servicios de urgencias. Se utilizó el test de Chi cuadrado en el caso de variables categóricas y el test de U de Mann-Whitney para las variables cuantitativas que no seguían una distribución normal. Se tomaron como significativos valores de $p < 0,05$.

Software utilizado

Los análisis se realizaron con IBM SPSS Statistics versión 22[®] con licencia de la Universidad

de Zaragoza.

Consideraciones éticas

No existe conflicto ético relacionado con la realización de este Trabajo de Fin de Grado. La línea de investigación ha respetado la confidencialidad de la información. Los datos referentes a la salud se consideran especialmente sensibles, por lo que requieren una protección especial y sólo deben ser utilizados con fines epidemiológicos. En España, la Ley Orgánica 15/1999 del 23 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD)³³ y el Real Decreto 1720/2007 del 21 de diciembre³⁴, que aprueba el reglamento de desarrollo de la LOPD, garantizan la protección de los datos incluidos en los registros de carácter personal y su tratamiento.

En relación a este trabajo los datos de la Encuesta Europea de Salud en España 2014 (ESEE-2014) se obtuvieron a través de la página web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, donde se encuentran disponibles para su acceso público en forma de microdatos anonimizados.

Resultados

1. Descripción de la población a estudio:

Se incluyeron en el estudio las 22.842 personas encuestadas, de los que 46,2% eran hombres y un 53,8% mujeres. La mediana de edad fue de 51 años y el rango intercuartílico de 40 a 60 años. Si atendemos al país de nacimiento un 91,5% eran españoles.

2. Descripción de la utilización de los servicios de urgencias:

2.1. Características sociodemográficas y del estado de salud

6.214 personas (el 27,2% de la población) utilizaron algún servicio de urgencias durante el año anterior a la entrevista. De esa población, el 41,9% fueron hombres y un 58,1% mujeres, con una mediana de edad de 50 años y un rango intercuartílico de 36 a 69 años. La salud percibida un 50,8% la percibió como buena y un 49,2% la percibió como mala. La existencia de algún diagnóstico por un médico del grupo de 10 fue de un 57,6%, en cuanto al tipo de cobertura sanitaria un 83,8% pública, un 2,6%, doble (público y privado) un 13,5% y sin cobertura un 0,1%, se muestran los resultados en la Tabla 1.

Tabla 1. Resultados uso de urgencias. Características sociodemográficas y del estado de salud	
Sexo	
Masculino	2.602 (41,9%)
Femenino	3.612 (58,1%)
País de nacimiento	
España	5.683 (91,5%)
Extranjero	531 (8,5%)
Salud percibida	
Buena	3.159 (50,8%)
Mala	3.055 (49,2%)
Diagnóstico previo	
Sí	3.582 (57,6%)
No	2.632 (42,4%)
Tipo de cobertura	
Publica	5.208 (83,8%)
Privada	161 (2,6%)
Doble	839 (13,5%)

2.2. Utilización de servicios de urgencias

La mediana de número de veces que utilizaron el servicio de urgencias en los último 12 meses fue de 1 y el rango intercuartílico de 1 a 2 veces.

Para el lugar donde se ha recibido la atención, fue en el sitio donde se encontraba en un 7,9%, un 2,3% en la unidad móvil y un 92,5%, ha sido en el centro o servicio de urgencias. Los días desde que se sintió enferma hasta que pidió asistencia y las horas desde que se pidió asistencia urgente y fue atendido tuvieron una mediana de 0, se muestran los resultados en la Tabla 2.

Tabla 2. Resultados utilización de los servicios de urgencias				
		Mediana	Q1-Q3	
Lugar de atención				
- donde se encontraba				
Sí	494 (7,9%)			
No	5.703 (91,8%)			
- unidad móvil				
Sí	146 (2,3%)			
No	6.051 (97,4%)			
- serv. urgencias				
Sí	5.749 (92,5%)			
No	488 (7,2%)			
Días hasta solicitud atención		0	0 - 2	(p < 0,01) K-S Test
Horas hasta atención		0	0 - 1	(p < 0,01) K-S Test

3. Descripción de la población con nivel educativo bajo que utilizaron los servicios de urgencias:

3.1. Sociodemográfica

En el último año utilizaron el servicio de urgencias un 35,2% de los hombres y un 64,8% de las mujeres con nivel educativo bajo. Los nacidos en España fueron un 94,7%. Tuvieron una mala salud percibida un 71,5% y existencia de algún diagnóstico previo un 62,4% y el tipo de cobertura sanitaria fue de un 94,3% pública, se muestran los resultados en la Tabla 3.

Tabla 3. Resultados uso de urgencias. Características sociodemográficas en el nivel educativo bajo	
Sexo	
Masculino	831 (35,2%)
Femenino	1.527 (64,8%)
País de nacimiento	
España	2.232 (94,7%)
Extranjero	126 (5,3%)
Salud percibida	
Buena	673 (28,5%)
Mala	1.686 (71,5%)
Diagnóstico previo	
Sí	1.471 (62,4%)
No	887 (37,6%)
Tipo de cobertura	
Publica	2.224 (94,3%)
Privada	30 (1,3%)
Doble	102 (4,3%)

3.2. Utilización de los servicios de urgencias

En la población con nivel educativo bajo, la utilización de los servicios de urgencias en el sitio donde se encontraba fue un 11,9% , en la unidad móvil un 3,8% y acudió al centro o servicio de urgencias un 88,9%. La mediana fue de 0 días desde que se sintió enfermo hasta que pidió asistencia urgente. Las horas que pasaron hasta recibir atención médica tuvo una mediana de 0 horas, se muestran los resultados en la Tabla 4.

Tabla 4. Resultados de utilización de servicios de urgencias. Nivel educativo bajo				
		Mediana	Q1-Q3	
Lugar de atención				
- donde se encontraba				
Sí	281 (11,9%)			
No	2.069 (87,7%)			
- unidad móvil				
Sí	89 (3,8%)			
No	2.261 (95,9%)			
- serv. urgencias				
Sí	2.096 (88,9%)			
No	254 (10,8%)			
Días hasta solicitud atención		0	0 - 2	(p < 0,01) K-S Test
Horas hasta atención		0	0 - 1	(p < 0,01) K-S Test

4. Diferencias según el nivel educativo de la población que utilizaron los servicios de urgencias:

4.1. Sociodemográfica

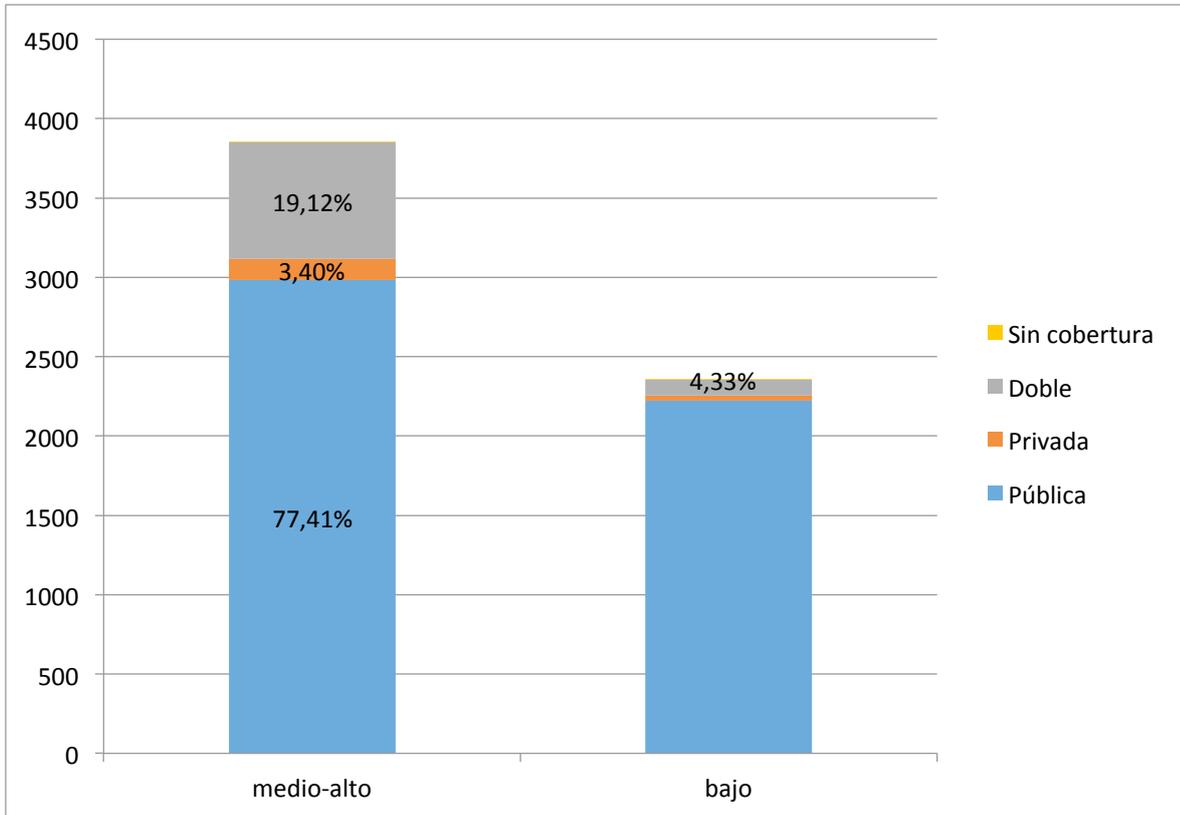
La diferencia de la mediana de edad ha resultado de 30 años entre el nivel educativo bajo respecto del nivel medio-alto (71 años frente a 41 años), con una $p < 0,01$ en el test de U Mann-Whitney, se muestran resultados en las Tabla 7.

Se aprecian diferencias en la asistencia a los servicios de urgencia, fueron a urgencias 2.358 personas un 29,1% de la población con un nivel educativo bajo (35,2% de los hombres y 64,8% de las mujeres) y 3.856 personas el 26,2% de la población con un nivel de educación medio-alto (45,9% de los hombres y 54,1% de las mujeres). La población que acudió a urgencias con algún diagnóstico previo fue un 62,4% de un nivel educativo bajo y un 30,1% de un nivel educativo medio-alto. La peor salud percibida fue de un 71,5% en el nivel educativo bajo y un 35,5 % de un nivel educativo medio-alto. Por país de nacimiento se observa un mayor número de extranjeros que acudieron a urgencias en la población con nivel educativo medio-alto (10,5%) que en la población con nivel educativo bajo (5,3%), siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,01$), se muestran resultados en la Tabla 5.

Tabla 5. Resultados de las diferencias en características sociodemográficas según nivel educativo			
	Nivel educativo bajo	Nivel educativo medio-alto	χ^2
Sexo			
Masculino	831 (35,2%)	1.771 (45,9%)	(p < 0,01)
Femenino	1.527 (64,8%)	2.085 (54,1%)	
País de nacimiento			
España	2.232 (94,7%)	3.451 (89,5%)	(p < 0,01)
Extranjero	126 (5,3%)	405 (10,5%)	
Salud percibida			
Buena	672 (28,5%)	2.487 (64,5%)	(p < 0,01)
Mala	1.686 (71,5%)	1.369 (35,5%)	
Diagnóstico previo			
Sí	1.471 (62,4%)	1.161 (30,1%)	(p < 0,01)
No	887 (37,6%)	2.695 (69,9%)	

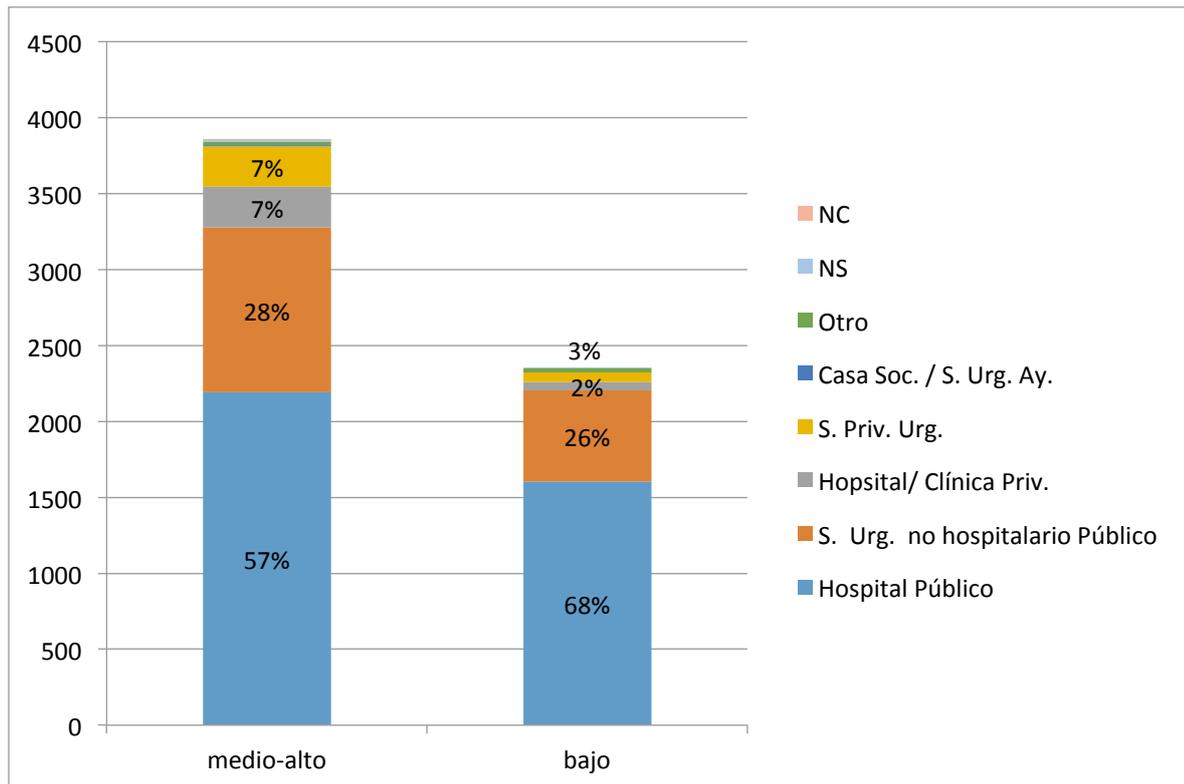
El tipo de cobertura pública fue un 94,32% en el nivel educativo bajo y un 19,12% tenía cobertura doble (pública y privada) en el nivel educativo medio-alto. Sin cobertura se encuentra el mismo porcentaje un 0,08% en ambos, como se muestra en la Figura 1.

Figura 1. Tipo de cobertura según el nivel educativo



El tipo de Servicio de urgencias que utilizaron la población con nivel educativo bajo fue público en un 94% de las veces (68% a un Hospital público y un 26% no hospitalario público) frente a un 85% en el nivel educativo medio-alto. Un 14% del nivel educativo medio-alto acudió a centros privados (un 7% al Hospital o Clínica y un 7% a un Servicio privado) siendo este porcentaje de un 5% en la población con nivel educativo bajo, como se muestra en la figura 2.

Figura 2. Tipo de servicio de urgencias utilizado según nivel educativo



4.2. Utilización de los servicios de urgencias

El sitio de atención fue en un 11,9% en el lugar donde se encontraba, un 3,8% en la unidad móvil, en el nivel educativo bajo y en la población con un nivel educativo medio-alto acudió fue en un 94,7% en el centro o servicio de urgencias, se muestran resultados en las Tabla 6.

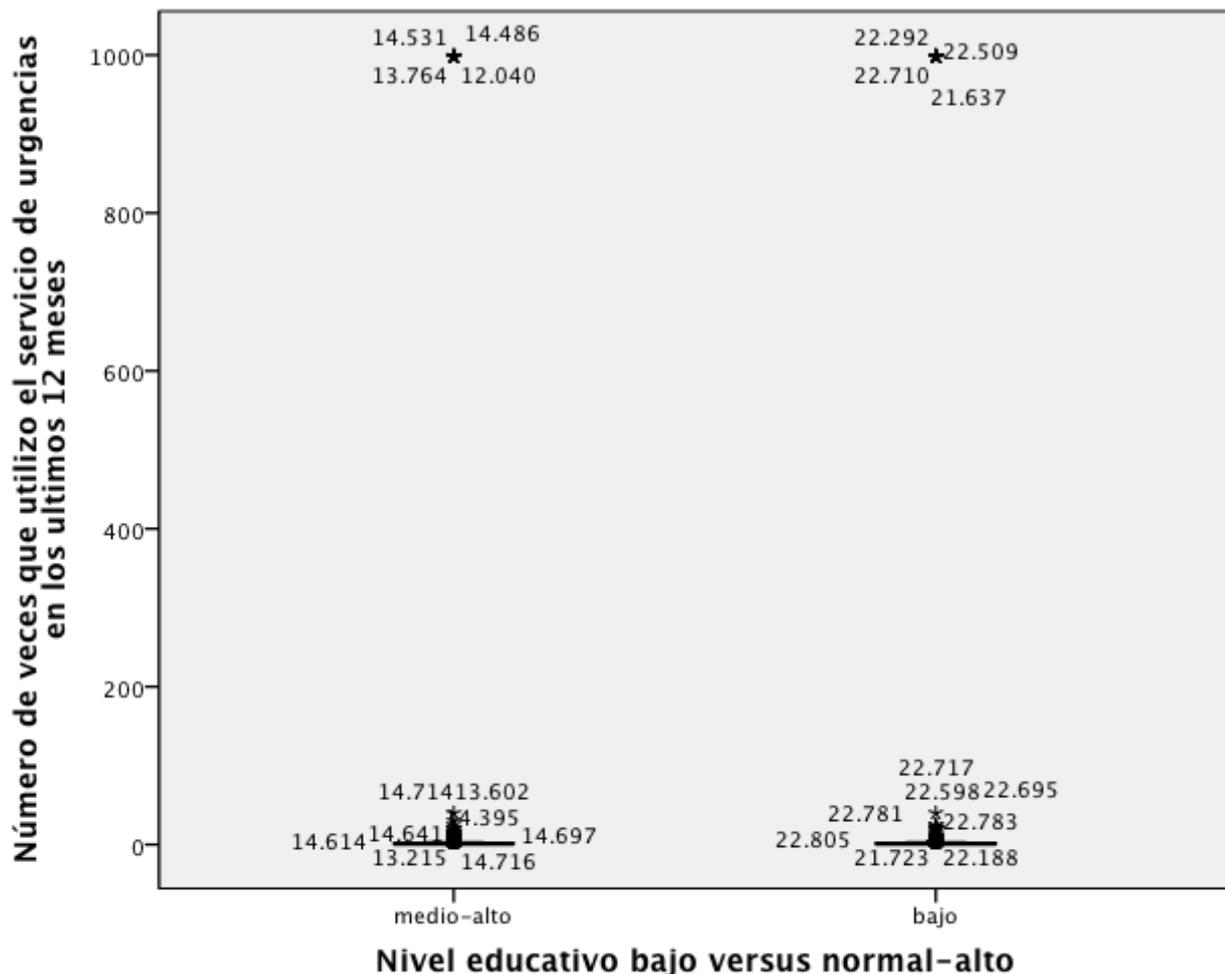
Tabla 6. Resultados de las diferencias en características según el sitio de atención según el nivel educativo			
	Nivel educativo bajo	Nivel educativo medio-alto	χ^2
Sitio de atención			
Lugar donde se encontraba			
Sí	281 (11,9%)	213 (5,5%)	(p < 0,01)
No	2.069 (87,7%)	3.634 (94,2%)	
U. Móvil			
Sí	89 (3,8%)	57 (1,5%)	(p < 0,01)
No	2.261 (95,9%)	3.790 (98,3%)	
Servicio Urgencias			
Sí	2.096 (88,9%)	3.653 (94,7%)	(p < 0,01)
No	254 (10,8%)	194 (5%)	

La diferencia en la utilización de los servicios de urgencias entre el nivel educativo bajo respecto del nivel medio-alto fueron significativos (test de U Mann-Whitney p < 0,01, se presenta un gráfico de cajas en la Figura 3). Tanto en los días desde que se sintió enfermo hasta que pidió asistencia urgente y horas desde que pidió asistencia urgente y fue atendido, la diferencia no fue significativa, se muestran resultados en la tabla 7.

Tabla 7. Resultados de las diferencias en las características de utilización de urgencias y en la edad según nivel educativo				
	Nivel educativo	Mediana	Q1-Q3	U de Mann-Whitney Test (p)
Edad (años)*	Bajo	71	59 - 81	(p < 0,01)
	Medio-Alto	41	32 - 52	
Utilización S.Urgencias /año*	Bajo	1	1 - 2	(p < 0,01)
	Medio-Alto	1	1 - 2	
Días hasta solicitud atención	Bajo	0	0 - 2	(p = 0,118)
	Medio-Alto	0	0 - 2	
Horas hasta atención	Bajo	0	0 - 1	(p = 0,703)
	Medio-Alto	0	0 - 1	

* U de Mann-Whitney Test (p) < 0,05

Figura 3. Resultado del número de veces que utilizó los servicios de urgencias en los últimos doce meses entre el nivel educativo bajo respecto del nivel medio-alto



Discusión

En relación a los resultados obtenidos en el análisis de este trabajo se aprecian importantes diferencias según el nivel educativo, tanto en relación a factores sociodemográficos como a los referentes al uso de los servicios sanitarios.

Los resultados obtenidos nos indican que población con nivel de estudios bajo utilizó más los Servicios de Urgencias que la población de nivel educativo medio-alto, en la línea de estudios los estudios publicados en los últimos años, que confirman esta tendencia. Estos estudios también observan una mayor asistencia a la atención primaria en la población de un nivel educativo bajo. La exclusión del sistema sanitario de las personas que no contribuyen, les ha obligado a acceder a la atención médica por medio de los servicios de urgencias. La desigualdad de género y la mayor edad también parecen influir positivamente. Sin embargo la población con un nivel educativo medio-alto acude más a los servicios de atención especializada, como se observa en otros estudios. Según éstos ello va aparejado a la tenencia o no de seguro privado que a su vez, permite acceder a servicios que no están totalmente cubiertos por la sanidad pública y un mayor uso de los servicios preventivos^{23, 25, 29, 30-31}. En la utilización del acceso a los servicios sanitarios en atención al nivel educativo, estudios realizados en Europa subrayan estas desigualdades, incluso en países con un modelo de bienestar más protector y con políticas retributivas más intensas. Estas desigualdades también están aumentando entre países²⁶⁻³¹.

La edad supone un eje de desigualdad transversal similar a la clase social, al género o a la etnia o país de procedencia. En el presente trabajo se ha observado una importante diferencia de edad tomando la mediana, 30 años, entre la población con un nivel educativo bajo que acudió a los Servicios de Urgencias y la población con un nivel educativo medio-alto (71 vs. 41 años), resultados que indican que estamos ante una población envejecida en el grupo con nivel educativo bajo. Esto supone un reto a la hora de orientar los servicios sanitarios y avanzar hacia la equidad

en salud, pues muchas personas mayores tienen ingresos bajos, merma en su movilidad y dependencia. En las personas mayores la soledad y el aislamiento son más frecuentes que en otras etapas de la vida y esto constituye un factor añadido de vulnerabilidad. Si se tiene en cuenta además, la prevalencia de una comorbilidad y reagudizaciones de las enfermedades, esto conlleva a un aumento de la utilización de los servicios de urgencia³⁵.

Las mujeres con un nivel educativo bajo declaran haber acudido en mayor medida a los servicios de urgencia que los hombres: más de dos terceras partes respecto de su mismo nivel educativo. Esta desigualdad de género también se observó el nivel educativo medio-alto, aunque fue menor²³⁻³¹. La percepción de la salud percibida está directamente relacionada con la edad y el nivel educativo. Así en el grupo del nivel educativo bajo la mala salud percibida fue muy alta en comparación con la población en el nivel educativo medio-alto que resultó menor. Idéntico patrón se observa en relación a la existencia de patologías diagnosticadas previamente, en consonancia con mayores prevalencias de enfermedades crónicas en las mujeres con un nivel educativo bajo²⁸. Estudios de grupos nacionales e internacionales que investigan en esta línea de trabajo, las mujeres con niveles educativos más bajos realizan una mayor asistencia a los servicios de urgencias a diferencia de los niveles educativos medio-altos.^{12, 21, 22, 23, 24-31}

La población extranjera que utilizó los Servicios de Urgencias fue el doble en el nivel de estudios educativos medio-alto que en la población con un nivel de estudios bajo. Esto podría deberse a que las personas que residían en España y se encontraban en situación irregular quedaron excluidas de la encuesta.

La población que utilizó urgencias más de dos veces fue mayoritariamente de un nivel educativo bajo. Puede influir en esta frecuencia las demoras existentes en el acceso a la atención especializada no urgente³. Los días desde que se solicitó atención o el tiempo desde que se iniciaron los síntomas hasta que se recibió atención por los servicios de urgencias no mostraron diferencias, como se viene observando desde la universalización de los servicios sanitarios³¹. Si que se encontró diferencias al referirnos al lugar donde recibió esta atención, tanto si fue en el lugar donde se encontraban, en la unidad móvil o en los Servicios de Urgencias. La asistencia en el lugar donde se encontraba fue del doble en la población con un nivel educativo bajo respecto de las de un nivel educativo medio-alto, lo que nos puede indicar diferencias en cuanto a la accesibilidad a los servicios de salud. Al analizar la provisión observamos que el Servicio de Urgencias utilizado en la mayoría de la población con un nivel educativo bajo es el público, resultando inferior en el nivel educativo medio-alto. Por otro lado observamos que el tipo de cobertura público es prácticamente total en la población con un nivel educativo bajo, siendo menor en el nivel educativo medio-alto, población que disponía más de cuatro veces de doble cobertura (pública y privada), respecto del nivel educativo bajo. Estos resultados nos orientan a diferencias socioeconómicas y disponibilidad de recursos en salud. Estos resultados podrían encajar con la teoría de la Ley de cuidados inversos, propuesta por Hart³⁶ en 1971, en la que la atención médica de calidad es inversamente proporcional al grado de necesidad de la población a la que atiende, de manera que los grupos poblacionales más privilegiados tendrían un mayor acceso a la atención médica pese a tener de media mejor salud que los más desfavorecidos. Por otra lado, la mayoría de los países industrializados parecen mostrar una desigualdad vertical, no

proporcionando mayores recursos a las persona con mayores necesidades, especialmente las poblaciones con un menor nivel socioeconómico o desfavorecidas, que tienen menos acceso a los servicios especializados para atender a sus necesidades³⁷.

Los factores que generan desigualdad en salud son muchos y diversos. La mejora del nivel general de educación se ha considerado que podría influir en la lucha en contra de las desigualdades de salud en la población tanto en España y en Europa, como en todo el mundo.³⁸⁻³⁹.

Fortalezas y limitaciones

Las encuestas de salud como fuente de información son ampliamente utilizadas en el ámbito de la Salud Pública, proporcionando información representativa del conjunto de la población. No obstante, esta fuente de información no está exenta de limitaciones, como son las derivadas de la utilización de información referenciada por el propio sujeto.

La variable educación seleccionada para el trabajo, resulta un indicador que ofrece ventajas, ya que incluye también a la población que no trabaja, si la comparamos con otros indicadores como es la ocupación en las desigualdades en salud^{12 14}. Es una medida que resulta más sencilla de recoger que otros indicadores como el nivel socioeconómico en las encuestas. Por tanto el nivel educativo, en este sentido tiene menos limitaciones y muestra gran asociación como hemos visto con la clase ocupacional, los ingresos y el nivel de vida.

Entre las limitaciones, en los análisis bivariados para estudiar la relación entre dos o más variables en una población en un momento del tiempo, si se miden de forma simultánea o en un corto periodo, puede existir una ambigüedad temporal y dificultar la interpretación de una posible relación causa-efecto, ya que el valor de una variable en un individuo en el momento en que se realiza el estudio puede ser muy diferente, si bien en la variable educación puede que no tenga relevancia, pues no cambia de un día para otro, ni tampoco las características sociodemográficas evaluadas.⁴⁰.

Implicaciones de los resultados y líneas de investigación futuras

En este trabajo se aportan resultados que se añaden a la evidencia ya existente en desigualdades en salud. No obstante, sería necesario conocer los factores sociodemográficos que, además del nivel educativo, pueden estar influyendo en la utilización de los servicios de urgencias, siendo la edad uno de los más relevante a considerar. Para ello sería necesario plantear futuros estudios que tuvieran en cuenta el control de estas variables.

El conocimiento y la evidencia de las desigualdades en salud debe ir unida a la acción

política, como en el diseño de políticas públicas en ámbitos como el de la educación. Incluso en momentos de crisis, el abordaje de las desigualdades en salud es rentable, siendo necesaria tanto la participación de la sociedad como el compromiso político, apoyado en estudios que sean más persuasivo. Las desigualdades en salud, repercuten en nuestras sociedades, provocando una pérdida ímproba en la cantidad de ingresos consecuencia de la reducción de productividad unida a la enfermedad, una menor recaudación de impuestos y altos gastos sanitarios⁴¹ y estas pérdidas se van acumulando año tras año, mientras las desigualdades en salud persistan²⁰, como Marmot⁴² señala, “it is inaction that cannot be afforded, for the human and economic cost are too high”.

Conclusión

En España los servicios de urgencia están masificados, con una gran asistencia de población envejecida y con pluripatología. Se observan asociaciones positivas entre el nivel educativo bajo y una mayor edad, el sexo femenino, tener diagnósticos previos y una peor salud percibida. La población con un nivel educativo bajo acudió más a urgencias y en mayor número de veces y recibió mayor asistencia en el lugar donde se encontraba, en la unidad móvil y en el sistema sanitario público que los de nivel educativo medio-alto. El nivel educativo medio-alto mostró una menor asistencia a los servicios de urgencias, menor desigualdad de género, mejor salud percibida y menores diagnósticos previos, presentó una mayor cobertura sanitaria doble (pública y privada) y mayor asistencia a servicios sanitarios privados. Estos resultados de la encuesta podrían ser valorados en la orientación de futuras estrategias en la planificación de los servicios de urgencias.

Bibliografía

1. BOE 254 de 23/10/2003 Sec 1 Pág 37893 a. 37902 - A37893-37902. (Consultado el 29/02/2016). Disponible en <https://www.boe.es/boe/dias/2003/10/23/pdfs/A37893-37902>
2. Social M de S y P. Unidad de urgencias hospitalaria Estándares y recomendaciones. Madrid; 2010; 148.
3. Estudio conjunto de los Defensores del Pueblo. Las urgencias hospitalarias en el Sistema Nacional de Salud : derechos y garantías de los pacientes. Defensor del Pueblo. 2015;1-6.
4. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2013. 2014.
5. Benach J, Amable M, Menéndez M, Muntaner C. Occupational health policies in Spain : problems, actions and priorities. *TUTB Newsl.* 2004;22-23(1):32-41.
6. Peiró S, Librero J, Ridaó M, Bernal-Delgado E. Variability in Spanish National Health System hospital emergency services utilization. *Gac Sanit.* 2016;24(1):6-12.
7. Hoot NR, Aronsky D. Systematic review of emergency department crowding: causes, effects, and solutions. *Ann Emerg Med.* 2008;52(2):126-36.
8. Trzeciak S, Rivers EP. Emergency department overcrowding in the United States: an emerging threat to patient safety and public health. *Emerg Med J.* 2003;20(5):402-5.
9. Graff L. Overcrowding in the ED: an international symptom of health care system failure.

Am J Emerg Med. 1999;17(2):208-9.

10. Rivas Jiménez M. Manual de urgencias. 3ª ed. Madrid: Médica Panamericana; 2013.

11. Utilización de los servicios de urgencias en zonas rurales y urbanas. SEMERGEN - Medicina de familia. 2014;41(2):63-9.

12. Aguilar-Palacio I, Carrera-Lasfuentes P, Rabanaque MJ. Salud percibida y nivel educativo en España : tendencias por comunidades autónomas y sexo (2001-2012). Gac Sanit. 2015;29(1):37-43.

13. Krieger N, Chen JT, Ebel G. Can we monitor socioeconomic inequalities in health? A survey of U.S. health departments data collection and reporting practices. Public Health Rep. 1997;112(6):481-91.

14. Huisman M, Kunst AE, Bopp M, Borgan J-K, Borrell C, Costa G, et al. Educational inequalities in cause-specific mortality in middle-aged and older men and women in eight western European populations. Lancet. 2005;365(9458):493-500.

15. Kerbo HR. Estratificación social y desigualdad. Madrid: Mcgraw-Hill; 2004.

16. Inequalities TH, Opportunities C, All FOR. Tackling High Inequalities. 2014.

17. Atkinson AB, Piketty T, Saez E. Top Incomes in the Long Run of History. J Econ Lit. 2011;49(1):3-71.

18. Marmot M, Wilkinson, RG. Social determinants of Health. 2nd de. Oxford University Press, Oxford. 2006.

19. Benach J, Vergara M, Muntaner YC. Desigualdad en salud: la mayor epidemia del siglo XXI. Papeles. 2008;103:29-40.

20. European Commission. Economic implications of socio-economic inequalities in health in the European Union. Contract. 2007.

21. Senterfitt JW, Long A, Shih SMT. How Social and Economic Factors Affect Health. Social Determinants of Health. Los Angeles Cty Dep Public Heal. 2013;1-24.

22. Von dem Knesebeck O, Verde PE, Dragano N. Education and health in 22 European countries. Vol. 63, Social Science and Medicine. 2006;1344-51.

23. González-Rábago Y, Cuartango I, Bacigalupe A. Desigualdad social y salud en España : ¿ Cómo influyen en la salud y en el uso de los servicios sanitarios la clase social , el nivel educativo y la situación laboral. Prax Sociológica. 2015;19:103-24.

24. Adler NE, Boyce T, Chesney MA, Cohen S, Folkman S, Kahn RL, et al. Socioeconomic status and health. The challenge of the gradient. Am Psychol. 1994;49(1):15-24.

25. Urbanos-Garrido RM, González López-Valcárcel B. 2º Informe sobre la Desigualdad Social en España. 2015.

26. Álvarez-Gálvez J, Rodero-Cosano M, García-Alonso C, Salvador-Carulla L. Changes in socioeconomic determinants of health: comparing the effect of social and economic

- indicators through European welfare state regimes. Vol. 22, Journal of Public Health. 2014;305.
27. Navarro López V, Benach-de-Rovira J. Desigualdades sociales de salud en España. Informe de la Comisión científica de estudios de las desigualdades sociales de Salud en España. Vol. 70, Rev Esp Salud Pública. 1996; 505-636.
28. Informe elaborado por : Observatorio de Salud de la Mujer. 2003.
29. Borrell C. Les desigualtats socials en la salut. Barcelona: Institut Municipal de la Salut; 1996.
30. Wagstaff A. Poverty and health sector inequalities. Bull World Health Organ. 2002;80(2):97-105.
31. Bacigalupe A, Mart HU. Desigualdades sociales en la salud de la población de la comunidad autónoma del país vasco. 2007.
32. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Europea de Salud en España 2014. (Consultado el 23/04/2016). Disponible en: http://www.mssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Enc_Eur_Salud_en_Esp_2014.htm
33. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. BOE nº 298; 14 de diciembre de 1999.
34. Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. BOE nº 17; 17 de enero de 2008.
35. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Avanzando hacia la equidad. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. 2015.
36. Hart JT. The inverse care law. Lancet (London, England). 1971;1(7696):405-12.
37. Starfield B. The hidden inequity in health care. Int J Equity Health. International Journal for Equity in Health. 2011.
38. Lasierra PE, Gimeno LA. No todo es clínica La historia de Pilar (lo socioeconómico en la consulta). 2013;9(7):373-80.
39. Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud. Los determinantes sociales de la salud: los hechos probados. 2003;1-33.
40. Argimon Pallás, Josep M^a, Jiménez Villa J. Métodos de investigación clínica y epidemiológica. 4^o ed. 2013. 402 p.
41. Aguilar Palacio I. Desigualdades en la distribución de salud y enfermedad: la influencia de factores socioeconómicos [tesis doctoral]. Zaragoza: Servicio de Publicaciones, Universidad de Zaragoza; 2015.

42. Marmot M, Allen J, Goldblatt P, Boyce T, McNeish D, Grady M, et al. Fair society, healthy lives: Strategic review of health inequalities in England post-2010, The Marmot Review. London: UCL; 2010.