

## MEMORIA DEL TRABAJO FIN DE GRADO

Desigualdades socioeconómicas en los tiempos de espera de atención  
primaria, antes y después de la COVID-19  
(Socioeconomic inequalities in waiting times for primary care, before and after  
COVID-19)

Autoría: Paula Hernández Rodríguez

Tutorizado por: Ignacio José Abásolo Alessón

Grado en ECONOMÍA  
FACULTAD DE ECONOMÍA, EMPRESA Y TURISMO  
Curso Académico 2022 / 2023

Convocatoria MAYO 2023  
En San Cristóbal de La Laguna, a 21 de mayo de 2023

## Resumen

El objetivo principal de este trabajo es analizar si hay desigualdades socioeconómicas en los tiempos de espera de atención primaria antes y después de la COVID-19 en España. Usando los datos del Barómetro Sanitario de 2019 y 2022 se estima, mediante un modelo de regresión lineal, la relación entre el nivel socioeconómico y el tiempo de espera en atención primaria, una vez controlado por necesidad sanitaria y otras características demográficas. Los resultados muestran desigualdades socioeconómicas en 2019 basadas en la educación (a favor de los individuos sin estudios), que desaparecen en 2022. Las diferencias en función del género, la edad, la región y el tipo de área de residencia están presentes en los dos años y los tiempos de espera aumentan considerablemente después de la COVID-19. Estos resultados resaltan la importancia de implementar políticas públicas destinadas a reducir tanto los tiempos de espera como las desigualdades que se han mantenido.

**Palabras clave:** tiempos de espera, desigualdades socioeconómicas, atención primaria, COVID-19.

## Abstract

The main objective of this paper is to analyze whether socioeconomic inequalities in waiting times in primary care exist before and after COVID-19 in Spain. Using data from the 2019 and 2022 Health Barometer, the relationship between socioeconomic status and waiting time in primary care is estimated using a linear regression model, after controlling for health care need and other demographic characteristics. The results show socio-economic inequalities in 2019 based on education (in favor of uneducated individuals), which disappear in 2022. Differences based on gender, age, region and type of area of residence are present in both years and waiting times increase considerably after COVID-19. These results highlight the importance of implementing public policies aimed at reducing both waiting times and the inequalities that have been maintained.

**Keywords:** waiting times, socioeconomic inequalities, primary care, COVID-19.

## ÍNDICE DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN .....	4
2. REVISIÓN DE LA LITERATURA .....	5
3. CONTEXTO .....	9
3.1. CONTEXTO INSTITUCIONAL: ATENCIÓN PRIMARIA .....	9
3.2. CONTEXTO TEMPORAL: LA COVID-19 EN ESPAÑA .....	10
4. MATERIAL Y MÉTODO .....	11
4.1. DATOS.....	11
4.2. VARIABLES.....	12
4.2.1. Variable dependiente.....	12
4.2.2. Variables independientes.....	12
4.2.2.1. Socioeconómicas .....	12
4.2.2.2. Variables de control.....	12
4.3. MÉTODO .....	15
5. RESULTADOS .....	16
6. DISCUSIÓN.....	21
7. CONCLUSIONES.....	23
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	25
REFERENCIAS JURÍDICAS.....	27

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Datos y variables (revisión de la literatura) .....	8
Tabla 2. Variables, definiciones y estadísticos descriptivos (proporciones y medias (d.s)) .....	14
Tabla 3. Media de días de espera para cada una de las variables .....	17
Tabla 4. Estimaciones MCO del tiempo de espera de atención primaria (2019 y 2022) .....	20

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Curva epidémica de casos de COVID-19 en población de 60 años y más.....	11
--	----

## ÍNDICE DE MAPAS

Mapa 1. Tiempo medio de espera por regiones (2019 y 2022).....	18
--	----

## 1. INTRODUCCIÓN

España está entre los países más afectados por la pandemia mundial de la COVID-19 y su impacto ha planteado un desafío sin precedentes para la sociedad (Pinilla & González, 2021). Desde la declaración del estado de alarma en marzo de 2020, se transformó en poco tiempo y de forma imprevista la atención médica. La situación de emergencia sanitaria repercutió en la gestión de las prestaciones de nuestro sistema de salud, incluyendo la atención primaria, especializada y hospitalaria (De Pablos & García, 2021). En particular, la atención primaria ha sufrido cambios significativos en los tiempos de espera y en la calidad del servicio debido a las restricciones de salud pública y las limitaciones de recursos (Fuentes, 2023). Según el Barómetro Sanitario (BS) del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) de 2022 el 43,08% de los encuestados creen que el problema de las listas de espera empeoró en los últimos 12 meses, frente al 23,87% de las respuestas de 2019.

Las listas de espera han constituido una de las mayores problemáticas de la política y gestión sanitaria (Peiró, 2000) y es una situación que incluso pone en duda la deseable equidad en el acceso a los servicios sanitarios (Prior & Solá, 2007). En todos los sistemas de salud de financiación pública y universal existen listas de espera, aunque estas son mayores en los países que tienen sistemas nacionales de salud, como es el caso español (De Pablos & García, 2021). Sin embargo, si bien el número de personas en lista de espera es relevante, lo que realmente importa es el tiempo de espera asociado a ese volumen. Este factor puede ser una barrera temporal para acceder a los servicios de atención médica (Costa i Font, 2001).

Los precios cumplen una función informativa en los mercados, tanto del valor del bien o servicio como de su coste de oportunidad. A pesar de ello, en el caso de la asistencia sanitaria se acepta que la distribución se realice al margen de las normas del mercado, esto es, sin tener en cuenta la capacidad de pago. La distribución, entonces, ha de depender de la necesidad sanitaria y no de los recursos económicos (González et al., 2021). Esto es lo que se denomina bienes preferentes: bienes o servicios considerados esenciales para el desarrollo de una vida digna y que el Estado subvenciona o provee gratuitamente (Albi et al., 2017). Por lo tanto, habrá que articular un mecanismo para asignar la asistencia sanitaria en condiciones de igualdad efectiva cuando el precio no interviene. Las listas de espera son ese mecanismo (González et al., 2021) y el tiempo de espera un coste intangible o un coste de oportunidad en términos de tiempo (que podría ser utilizado para otras actividades) por consumir determinados servicios de salud (Lindsay y Feigenbaum, 1984).

Sin embargo, en el Sistema Nacional de Salud español no se cumple el principal propósito de este mecanismo de racionamiento basado en la necesidad (Bernal et al., 2021), pues hay evidencia de existencia de desigualdades socioeconómicas en la asistencia sanitaria. Además, a raíz de la pandemia de la COVID-19 se pueden haber acentuado estas desigualdades (García & Jiménez, 2022).

De esta forma, el objetivo principal de este trabajo es analizar empíricamente las desigualdades socioeconómicas en los tiempos de espera de atención primaria, antes y después de la COVID-19, aportando así nueva evidencia a la literatura relacionada. En primer lugar, si bien existe una amplia cantidad de estudios sobre desigualdades socioeconómicas en los tiempos de espera en

atención especializada, es poco conocida la literatura referida a la atención primaria (Martin et al., 2020). En segundo lugar, dado el reciente impacto de la COVID-19, las consecuencias de la pandemia en el gradiente socioeconómico y en los tiempos de espera tampoco ha sido estudiada (aún) en la literatura.

El objetivo será abordado mediante técnicas estadísticas y econométricas, a partir de los datos del BS de 2019 y 2022 y de un modelo de regresión lineal en el que se utiliza Mínimos Cuadrados Ordinarios. Método que ha dado buenos resultados a la hora de estudiar las desigualdades socioeconómicas en los tiempos de espera (Siciliani, 2014).

El resto del trabajo está estructurado de la siguiente manera: en la sección 2 se presenta una revisión de la literatura basada en la relación de los tiempos de espera en servicios sanitarios y el estatus socioeconómico, así como de otros determinantes de relevancia. En la sección 3 se explica el contexto institucional y temporal en el que se sitúa el análisis. En la sección 4 se describe la metodología, la base de datos y las variables utilizadas. En la sección 5 se exponen los resultados. En la sección 6 se discuten los mismos. Por último, en la sección 7 se encuentran las conclusiones de esta investigación.

## **2. REVISIÓN DE LA LITERATURA**

La relación entre el tiempo de espera en los servicios sanitarios y el estatus socioeconómico de los pacientes ha sido objeto de numerosos estudios en una variedad de países. Sin embargo, la mayoría de la literatura científica se ha centrado en la atención especializada o en las cirugías, en lugar de hacerlo en la atención primaria.

A continuación, se revisan en detalle estudios sobre desigualdades socioeconómicas en los tiempos de espera en atención especializada o en cirugías, comenzando con la evidencia internacional y siguiendo con estudios individuales por países.

*Evidencia internacional.* Siciliani & Verzulli (2009) estudiaron la relación entre el tiempo de espera y el nivel socioeconómico de los individuos en atención especializada y en la cirugía no urgente a partir de los datos de Encuesta de Salud, Envejecimiento y Jubilación en Europa (SHARE) de nueve países europeos (Austria, Dinamarca, Francia, Alemania, Grecia, Italia, Países Bajos, España y Suecia). Los autores encontraron que las personas con educación superior experimentan una reducción significativa en los tiempos de espera para la consulta de especialistas en España (68%), Italia (67%) y Francia (34%) en comparación con aquellas con educación inferior. En Grecia, las personas con educación intermedia experimentaron una reducción del 74% en los tiempos de espera en comparación con aquellos con educación baja. En Dinamarca, los Países Bajos y Suecia, la educación superior se asoció con menores tiempos de espera para la cirugía no urgente, con una reducción del 66%, 32% y 48% respectivamente en relación con los individuos con baja educación. Además, se observó un efecto modesto pero significativo del ingreso en la reducción de los tiempos de espera.

*Alemania.* Sundmacher & Kopetsch (2013) utilizaron datos de la Encuesta Representativa de 2010 realizada por la Asociación Nacional de Médicos del Seguro de Salud Estatutario (KBV) junto con datos regionales de la Oficina Federal de Construcción y Planificación regional con la intención de

conocer la influencia de los determinantes en los tiempos de espera de los pacientes crónicos en el sector ambulatorio en Alemania. Los autores sugirieron que los factores socioeconómicos tienen una influencia en la duración de espera, sin embargo, ésta es inesperada para ellos: un nivel más bajo de educación reduce el tiempo de espera.

*España.* Abásolo et al. (2014) a partir de la Encuesta Nacional de Salud de 2006 de España analizaron la equidad en los tiempos de espera de especialistas por grupos socioeconómicos. Con respecto a las visitas diagnósticas, los autores encontraron que un incremento del 1% en los ingresos se correlaciona con una disminución del 0,26% en los tiempos de espera, mientras que los individuos con estudios primarios tienen un tiempo de espera un 27,9% superior a los que tienen estudios universitarios. En relación con las visitas de revisión, encontraron que un 1% más de ingresos está asociado con una reducción de los tiempos de espera del 0,28%, mientras que las personas sin estudios o con estudios primarios tienen tiempos de espera un 25,9% o 18,2% superiores, respectivamente, a las que tienen estudios universitarios. En cuanto a estar empleado actualmente, no se observó un impacto relevante en los tiempos de espera. Además, García & Jiménez (2022) emplearon datos del Barómetro Sanitario desde 2011 hasta 2013 de atención especializada para analizar si los tiempos de espera dependen del estatus socioeconómico en España. Los autores encontraron la presencia de un gradiente socioeconómico en los tiempos de espera para atención especializada explicados por la educación (en contra de niveles inferiores de educación), situación laboral (en contra de los desempleados) e ingresos (en contra de menores niveles de ingresos).

*Canadá.* Jaakkimainen et al. (2014) para conocer los factores del paciente y del proveedor que influyen en los tiempos de espera desde que el médico de familia hace una derivación hasta que el paciente ve al médico especialista utilizaron los datos administrativos de 2008 y 2009 de Ontario, Canadá. Los autores encontraron que los pacientes en el quintil de ingresos más alto en comparación con el quintil más bajo tuvieron un tiempo de espera más largo para ver a un gastroenterólogo, pero tiempos de espera más cortos para una cita de cirujano plástico.

*Suecia.* Smirthwaite et al. (2016) con el fin de estudiar la inequidad en los tiempos de espera de la cirugía de cataratas en Suecia hicieron uso del Registro Nacional Sueco de Cataratas (NCR) y de la Base de Datos de Integración Longitudinal de Statistics Sweden para estudios de seguros de salud y mercado laboral (LISA) de los años 2010 y 2011. Los autores encontraron que los tiempos de espera más largos correspondieron a pacientes jubilados y con bajos ingresos y educación (sin estudios universitarios).

*Francia.* Ayrault-Piault et al. (2016) con el objetivo de saber si las desigualdades en los tiempos de espera para la atención del cáncer de mama diagnosticado en 2007 están relacionadas con factores socioeconómicos en Francia emplearon Bases de datos del Registro Francés de Cáncer y cuestionarios autoadministrados. Sin embargo, en el análisis no se encontró relación entre el tiempo de espera global y el nivel educativo. Pues mientras que para el diagnóstico del cáncer de mama un nivel educativo alto se asoció con un mayor tiempo de espera, para el tratamiento del mismo, un mayor nivel educativo se relaciona con una menor demora.

*Italia.* Landi et al. (2018) para conocer la relación entre el estatus socioeconómico y los tiempos de espera para los servicios de salud en Italia usaron la Encuesta nacional sobre Condiciones de

salud y recursos de los Servicios de Salud de 2013. Los autores encontraron resultados heterogéneos para diferentes tipos de servicio sanitario. Los pacientes con menor educación y recursos económicos tienen un mayor riesgo de experimentar tiempos de espera excesivos para el diagnóstico y visitas a especialistas. Para la cirugía electiva, las desigualdades socioeconómicas están presentes, pero parecen ser menores.

Por su parte, los estudios de desigualdades socioeconómicas en los tiempos de espera en atención primaria son limitados y escasos. A pesar de ello, destaca un reciente estudio internacional, además de uno realizado en Alemania y otro en España.

*Evidencia internacional.* Martin et al. (2020) con el objetivo de estudiar las desigualdades socioeconómicas en atención primaria en diez países de la OCDE (Alemania, Australia, Canadá, Francia, Países Bajos, Nueva Zelanda, Noruega, Suecia, Suiza y Reino Unido) hicieron uso del Fondo Internacional de Encuesta de Políticas de Salud de Adultos realizado por la Commonwealth Fund de los años 2010, 2013 y 2016. Los autores encontraron que los pacientes con menores niveles de ingresos tienen mayores tiempos de espera en Canadá, Suecia, Alemania y Noruega. Además, hay diferencias entre algunos grupos de ingresos en Australia, Nueva Zelanda, los Países Bajos, Suiza y Noruega, pero el gradiente es menos pronunciado (menos de 0,4 días con respecto a los individuos con ingresos muy por debajo de la media). Por su parte, en Australia y Francia existe una asociación negativa entre el nivel educativo y los tiempos de espera para la atención primaria, respectivamente igual a 0,3 y 0,9 días menos para pacientes con educación postsecundaria y terciaria en relación con aquellos con educación primaria y secundaria inferior. Al contrario, ocurre en Alemania y en Suiza.

*Alemania.* Roll et al. (2012) analizaron el impacto del nivel de ingresos, el tipo de seguro y la razón de la cita sobre el tiempo de espera para atención sanitaria en Alemania a través de la encuesta de pacientes del Bertelsmann Health Care Monitor en cinco olas entre 2007 y 2009. Los autores encontraron que un aumento de los ingresos tuvo un efecto negativo en el tiempo de espera para una cita con el médico de cabecera, mientras que un nivel educativo superior se relaciona con un mayor tiempo de espera. En cuanto a la situación laboral, hay diferencias significativas solo entre los empleados a tiempo completo y los individuos que están en formación en la empresa (quienes esperan más).

*España.* García & Jiménez (2022) usaron datos del Barómetro Sanitario del período 2011-2019 de atención primaria para analizar si los tiempos de espera dependen del estatus socioeconómico en España. En el estudio se evidenciaron disparidades socioeconómicas moderadas basadas principalmente en la situación laboral (a favor de los trabajadores cualificados), pero no en el nivel educativo. A pesar de ello, los autores afirman que el estudio de las desigualdades socioeconómicas en los tiempos de espera en atención primaria es de particular importancia en la actual crisis mundial –COVID-19 y económica– ya que podrían verse exacerbadas las disparidades.

En los estudios se utilizan, de manera general, dos tipos de datos: los provenientes de encuestas y de datos administrativos. El tiempo de espera se mide normalmente como los días, semanas o meses antes de recibir el servicio (Landi et al., 2018). Los indicadores de las condiciones socioeconómicas varían en función de la disponibilidad de los datos, pudiendo ser estos: los

ingresos, la situación laboral o el nivel educativo. Además del género y de la edad, otros factores han sido utilizados como determinantes por los autores: factores contextuales como el tipo de área de residencia, la región y los médicos por 100.000 habitantes, y factores individuales como el estado de salud, el seguro privado, la nacionalidad, la fluidez en el castellano, el tiempo de conducción al médico más cercano en minutos, el estado civil y el apoyo social (ver Tabla 1).

**Tabla 1. Datos y variables (revisión de la literatura)**

Tipo de datos	Encuestas		Datos administrativos				
		Abásolo et al. (2014), García & Jiménez (2022), Landi et al. (2018), Martin et al. (2020), Roll et al. (2012), Siciliani & Verzulli (2009), Sundmacher & Kopetsch (2013)		Ayrault-Piault et al. (2016), Jaakkimainen et al. (2014), Smirthwaite et al. (2016)			
Indicador socioeconómico	Nivel de ingresos		Situación Laboral		Nivel educativo		
	Abásolo et al. (2014), García & Jiménez (2022), Jaakkimainen et al. (2014), Landi et al. (2018), Martin et al. (2020), Roll et al. (2012), Siciliani & Verzulli (2009), Smirthwaite et al. (2016)		Abásolo et al. (2014), García & Jiménez (2022), Roll et al. (2012), Siciliani & Verzulli (2009), Smirthwaite et al. (2016), Sundmacher & Kopetsch (2013)		Abásolo et al. (2014), Ayrault-Piault et al. (2016), García & Jiménez (2022), Landi et al. (2018), Martin et al. (2020), Roll et al. (2012), Siciliani & Verzulli (2009), Smirthwaite et al. (2016), Sundmacher & Kopetsch (2013)		
Variables de control	Tipo de área de residencia		Nacionalidad		Estado de salud		
	Abásolo et al. (2014), Ayrault-Piault et al. (2016), García & Jiménez (2022), Jaakkimainen et al. (2014), Roll et al. (2012), Sundmacher & Kopetsch (2013)		García & Jiménez (2022), Landi et al. (2018), Roll et al. (2012), Smirthwaite et al. (2016), Sundmacher & Kopetsch (2013)		Abásolo et al. (2014), Ayrault-Piault et al. (2016), García & Jiménez (2022), Jaakkimainen et al. (2014), Landi et al. (2018), Martin et al. (2020), Siciliani & Verzulli (2009), Smirthwaite et al. (2016), Sundmacher & Kopetsch (2013)		
	Seguro privado		Fluidez en el castellano		Región		
	Abásolo et al. (2014), Martin et al. (2020), Sundmacher & Kopetsch (2013)		García & Jiménez (2022)		Abásolo et al. (2014), García & Jiménez (2022)		
	Médicos por 100.000 hab.		Minutos en coche al médico más cercano		Estado civil		Apoyo social
García & Jiménez (2022)		Sundmacher & Kopetsch (2013)		Landi et al. (2018)		Ayrault-Piault et al. (2016)	

Fuente: elaboración propia

### **3. CONTEXTO**

#### **3.1. CONTEXTO INSTITUCIONAL: ATENCIÓN PRIMARIA**

El sistema sanitario español es ampliamente reconocido a nivel internacional como un referente ejemplar por sus altos estándares de cobertura, equidad y satisfacción de los pacientes en comparación con otros países pertenecientes a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) (Rico et al., 2007). Este sistema es el resultado de un proceso histórico que empezó hace casi doscientos años (Farrerons, 2013) en el que la Constitución Española (CE) de 1978 estableció la obligación del Estado de garantizar el derecho a la protección de la salud de todos los ciudadanos. De este modo, el artículo 43 de la CE reconoce el derecho a la protección de la salud, así como la responsabilidad de los poderes públicos de organizar y velar por la salud pública mediante medidas preventivas y la provisión de los servicios y prestaciones necesarios.

En España, el Sistema Nacional de Salud (SNS) se creó en 1986 con la Ley General de Sanidad (LGS), que estableció el marco normativo para el sistema sanitario, luego completado con la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud de 2003 (LCCSNS). En este sentido, los principios generales que encuentran su expresión en el articulado de la LGS son: universalidad, solidaridad, accesibilidad, descentralización, financiación y participación ciudadana (Farrerons, 2011). El SNS está financiado con cargo a impuestos públicos regulados y gestionados principalmente por el Estado (Rico et al., 2007), aunque cuenta con la existencia de cierto sector privado y de copagos por parte de los usuarios (Cantarero, 2011). Además, la LGS y la LCCSNS conciben el SNS como un sistema descentralizado, en el que las Comunidades Autónomas tienen un amplio margen de autonomía con competencias en la gestión de los servicios sanitarios y son quienes decretan las políticas sanitarias, mientras que el Estado mantiene una función de coordinación y de fijación de los criterios generales para la organización del sistema (Marqués, 2003).

La estructura fundamental del sistema sanitario español son las Áreas de Salud. La norma general establece que cada Área de Salud debe prestar servicios a una población que oscile entre 200.000 y 250.000 habitantes. No obstante, existen dos excepciones a esta norma: en primer lugar, cada provincia debe contar con al menos un Área de Salud y, en segundo lugar, las Comunidades Autónomas insulares (Canarias y Baleares) y las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla pueden establecer una distribución que se adapte a sus características particulares, según lo dispuesto en el artículo 56.5 de la LGS. En cada una de las Áreas de Salud se ha de proveer la atención primaria y la atención especializada y debe estar conectada con, o tener a su disposición, al menos un hospital general (Farrerons, 2011). La atención primaria se refiere al primer nivel de atención médica que recibe una persona y se caracteriza por proporcionar una atención integral, continua y coordinada a lo largo de la vida del paciente (Ministerio de Sanidad, s.f.a). La atención especializada se refiere a un nivel de atención médica que comprende actividades asistenciales, diagnósticas, terapéuticas, de rehabilitación y cuidados que requieren de una mayor especialización y tienen como propósito garantizar una atención integral continua al paciente, una vez superadas las capacidades del nivel de atención primaria y hasta que el paciente pueda reintegrarse en dicho nivel (Ministerio de Sanidad, s.f.b). Además, para asegurar el mejor

funcionamiento posible de los servicios de atención primaria, las Áreas de Salud se dividen en Zonas Básicas de Salud. De esta manera, se busca lograr la mayor operatividad y eficacia en la prestación de los servicios de salud (Farrerons, 2011).

Los antecedentes de la atención primaria se remontan a la creación del Ministerio de Salud en 1976, sin embargo, las raíces de la especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria están en la reforma a la CE de 1978 y en la Declaración de Alma Ata del mismo año. Estos eventos impulsaron una adaptación de los servicios de salud a las necesidades de la población, la incorporación de nuevos profesionales, el avance de la tecnología médica y un cambio en el comportamiento de los usuarios, quienes demandaban una atención de mayor calidad y frecuencia (Jaramillo, 2010).

La atención primaria en salud se fundamentó en la Declaración de Alma Ata "Salud para todos en el año 2000", la cual estableció los aspectos históricos, ideológicos, sociales y políticos de la Reforma de la Atención Primaria. En diciembre de 1984 el Real Decreto 137/1984 sobre Estructuras Básicas de Salud (EBS) supuso el germen de lo que conocemos como Reforma de la Atención Primaria en España. La LGS y el RD de EBS detallan la organización del primer nivel de atención mediante la creación de Zonas Básicas de Salud (ZBS), un área geográfica determinada donde la población es atendida por el Equipo de Atención Primaria (EAP) en el centro de salud y los consultorios locales. Los EAP están conformados por médicos de familia, pediatras, personal de enfermería, personal auxiliar y personal de apoyo como matronas, trabajadores sociales, veterinarios y farmacéuticos titulares, entre otros, que pueden brindar sus servicios para una o varias ZBS (de Lorenzo-Cáceres, 2008). Según el RD 137/1984 los centros de salud son estructuras tanto físicas como funcionales que facilitan la prestación de servicios de atención primaria de salud de manera coordinada, integral, permanente y continuada, y con base en el trabajo en equipo de los profesionales sanitarios y no sanitarios que colaboran en su funcionamiento, los EAP llevan a cabo sus actividades y funciones en estos centros. Por su parte, los consultorios locales son centros sanitarios que, a pesar de no ser considerados centros de salud, brindan servicios de atención sanitaria no especializada en el ámbito de la atención primaria de salud. En España hay 2971 centros de salud y 9869 consultorios locales de gestión pública (Ministerio de Sanidad, s.f.c).

### **3.2. CONTEXTO TEMPORAL: LA COVID-19 EN ESPAÑA**

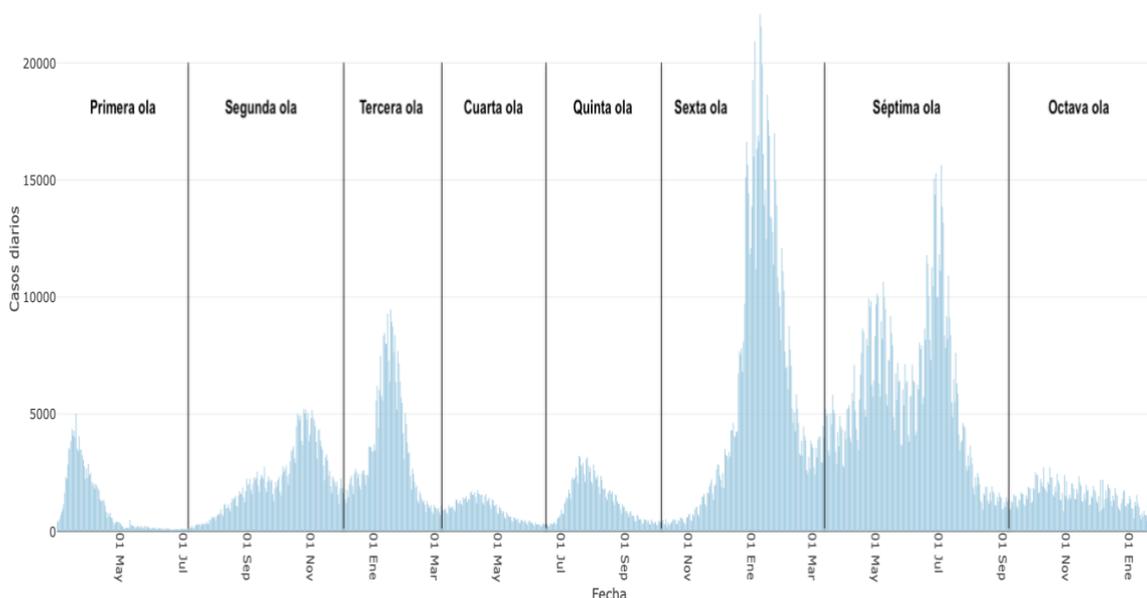
La COVID-19 es la enfermedad infecciosa ocasionada por el nuevo coronavirus conocido como SARS-CoV-2 (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2020).

El 31 de enero de 2020 el Centro Nacional de Microbiología confirmó el primer caso de coronavirus detectado en España. Se trató de un turista alemán que se encontraba en La Gomera y que había estado en contacto con un paciente diagnosticado de infección por coronavirus en su país de origen (Ministerio de Sanidad, 2020). Con fecha 9 de febrero, el Centro Nacional de Microbiología confirmó el segundo caso de coronavirus en España, un británico residente en Mallorca que se contagió en un viaje a los Alpes franceses (Bohórquez, 2020). Durante el mes de febrero irían surgiendo los primeros casos en el resto de las Comunidades Autónomas. El 11 de marzo la OMS declaró la pandemia mundial y el Gobierno español aprobó el Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declaró el estado de alarma para la gestión de la situación de emergencia

sanitaria originada por COVID-19. Esta situación se prolongó hasta el 21 de junio (Gobierno de España, 2023).

Pese a que no hay una delimitación oficial sobre las fechas y el número de olas de COVID-19 que ha habido en España, a partir de trabajos como los de Alfaro et al. (2023) y Pilo et al. (2022) se pueden establecer los siguientes límites (Gráfico 1): primera ola desde el 2 de marzo de 2020 hasta el 30 de junio de 2020, segunda ola desde el 1 de julio de 2020 hasta el 30 de noviembre de 2020, la tercera ola desde el 1 de diciembre de 2020 hasta el 7 de marzo de 2021, la cuarta ola desde el 8 de marzo de 2021 hasta el 20 de junio de 2021, la quinta ola desde el 21 de junio de 2021 hasta el 12 de octubre de 2021, la sexta ola del 13 de octubre de 2021 hasta el 15 de marzo de 2022, la séptima ola del 16 de marzo de 2022 hasta el 31 de octubre de 2022 y la octava ola del 1 de septiembre de 2022 hasta la actualidad.

**Gráfico 1. Curva epidémica de casos de COVID-19 en población de 60 años y más.**



Fuente: elaboración propia a partir del ISCIII. Datos desde el 02/03/2020 hasta el 01/02/2023 (<https://cnecovid.isciii.es/covid19/#evolución-pandemia>)

## 4. MATERIAL Y MÉTODO

### 4.1. DATOS

Los datos empleados en este estudio provienen del total de las oleadas del Barómetro Sanitario de 2019 y 2022. En cada año hay tres oleadas, las de 2019 se realizaron en los meses de febrero/marzo, junio/julio y octubre/noviembre, las de 2022 se llevaron a cabo en marzo, junio y noviembre. El año 2019 fue el año previo al inicio de la COVID-19 y, por lo tanto, representa una línea de base adecuada para comparar los tiempos de espera en atención primaria antes y después de la pandemia. El año 2022 es el primer año posterior a la pandemia en el que se realizó el BS.

La encuesta del BS, llevada a cabo por el Ministerio de Sanidad en colaboración con el Centro de Investigaciones Sociológicas, se realiza a una muestra representativa de la población española mayor de 18 años, con un total de 7665 personas en el año 2019 y 7454 en el año 2022. Los datos recopilan información sobre la percepción de la salud, la calidad y satisfacción de la atención sanitaria, los hábitos de vida y la accesibilidad a los servicios sanitarios, entre otros aspectos de carácter demográfico y socioeconómico.

## **4.2. VARIABLES**

### **4.2.1. Variable dependiente**

El tiempo de espera para consulta del médico de familia en atención primaria en el BS se mide mediante los días que pasaron desde que el individuo u otra persona encargada pidió la cita (por cualquier medio) hasta que le atendió el médico de familia. Solo consideramos los casos de quienes han ido a la sanidad pública (independientemente de si también ha ido o no a la sanidad privada) para una verdadera consulta (no para pedir una cita, un análisis u otra prueba ni para acompañar a otra persona) en los últimos doce meses.

Además, dado el filtro proporcionado por el BS, del estudio se excluyen los individuos que fueron atendidos el mismo día o al día siguiente de solicitar la cita, los que esperaron más de un día porque no les interesaba o no les venía mejor, los que no pidieron cita en los últimos doce meses por estar programadas o los que en su centro de salud no hay que pedir cita.

### **4.2.2. Variables independientes**

#### **4.2.2.1. Socioeconómicas**

Siguiendo las aportaciones de Abásolo et al. (2014), García & Jiménez (2022), Landi et al. (2018), Martin et al. (2020), Siciliani & Verzulli (2009) y Smirthwaite et al. (2016) en este estudio el estatus socioeconómico de los pacientes se aproxima usando, principalmente, el nivel educativo. De manera complementaria se emplea la situación laboral de los individuos. El nivel de renta no se incluye en el análisis porque no están los datos para el año 2022.

La educación en el BS hace referencia a los estudios de más alto nivel oficial que el individuo ha cursado, con independencia de que los haya terminado o no, y está dividida en cuatro grupos categóricos: sin estudios, estudios primarios, estudios secundarios, formación profesional y estudios universitarios. Por su parte, la situación laboral en la que se encuentra el individuo actualmente (referida para cada uno de los años) está diferenciada en cuatro grupos categóricos: inactivo, empleado, desempleado y retirado. Se excluyen los datos de los individuos que declararon estar en “otra situación” distinta a las anteriores.

#### **4.2.2.2. Variables de control**

El pequeño tamaño de la muestra hace que agregar demasiadas variables de control en el análisis pueda llevar a que la estimación sea imprecisa (Siciliani, 2014). Por ello, las variables de control seleccionadas, en base a la atención dadas en la literatura (Abásolo et al., 2014; Ayrault-Piault et al., 2016; García & Jiménez, 2022; Jaakkimainen et al., 2014; Landi et al., 2018; Martin et al.,

2020; Siciliani & Verzulli, 2009; Sundmacher & Kopetsch, 2013) son: el género, la edad, la región, el tipo de área de residencia, el estado de salud autopercebido y la existencia de enfermedades crónicas.

El control del género se realiza mediante una variable dummy que toma valor igual a 1 si el individuo es mujer y 0 si es hombre; la edad mediante una variable categórica con seis grupos: 18-34, 35-44, 45- 54, 55-64 y más de 64 años. Por su parte, con el objetivo de recoger la posible variabilidad en los tiempos de espera en las regiones, dadas las desigualdades geográficas en el acceso a las prestaciones sanitarias (Urbanos-Garrido, 2016), se distingue por Comunidades Autónomas: Andalucía, Aragón, Asturias, Baleares, Canarias, Cantabria, Castilla la Mancha, Castilla y León, Cataluña, Comunidad Valenciana, Extremadura, Galicia, La Rioja, Madrid, Murcia, Navarra y País Vasco. Se excluyen las dos ciudades autónomas: Ceuta y Melilla. En el tipo de área se encuentran dos categorías, rural o urbano, en función de si el tamaño del municipio de residencia tiene menos o más 10.000 habitantes, respectivamente.

Por último, a razón de la posibilidad de que una mejor salud esté correlacionada con mayores tiempos de espera y con mejores condiciones socioeconómicas (García & Jiménez, 2022; Landi et al., 2018; Martin et al., 2020), se incluye como determinante el grado de necesidad de atención primaria. Para medirlo, además de la edad y el género, se utiliza el estado de salud autopercebido y la existencia de enfermedades crónicas. El estado de salud autopercebido se recoge mediante una variable categórica con cuatro grupos (muy buen estado de salud, buen estado de salud, regular estado de salud y mal/muy mal estado de salud) y la existencia de enfermedades crónicas a través de una variable dummy que toma valor 1 en caso de presencia de alguna enfermedad crónica y 0 en caso contrario.

En la Tabla 2 se recoge la definición de las variables y los descriptivos después de excluir todos los casos perdidos.

El tiempo medio de espera aumenta de 5,40 días en 2019 a 8,35 días en 2022. En relación con el estatus socioeconómico (variable central del estudio), hay diferencias en los porcentajes de los individuos de los distintos niveles educativos entre 2019 y 2022. En 2019, el 5,91% no tiene estudios, el 15,38% tiene estudios primarios, el 36,54% tiene estudios secundarios, el 19,38% tiene formación profesional y el 22,79% tiene estudios universitarios. Estos datos para 2022 son: 2,29%, 7,18%, 31,55%, 22,08% y 36,89%, respectivamente. En lo que concierne a la situación laboral, las proporciones entre los años considerados varían solo ligeramente. Por un lado, en 2019 el 48,85% de los individuos están empleados, el 24,47% están jubilados, el 13,89% están inactivos y el 12,79% están desempleados. Por otro lado, en 2022 el 54,43% de los individuos están empleados, el 22,05% están jubilados, el 11,29% están inactivos y el 12,23% están desempleados.

**Tabla 2. Variables, definiciones y estadísticos descriptivos (proporciones y medias (d.s))**

<b>Variable</b>	<b>Definición</b>	<b>2019 (N=2080)</b>	<b>2022 (N=3410)</b>
Tiempo de espera	Días que pasaron desde que el individuo u otra persona encargada pidió la cita hasta que le atendió el médico de familia	5,40 (5,27)	8,35 (8,57)
Hombre	Individuo hombre (ref.)	43,27%	43,96%
Mujer	Individuo mujer	56,73%	56,04%
Edad 18-34	Edad comprendida entre 18 y 34 años (ref.)	22,74%	19,09%
Edad 35-44	Edad comprendida entre 35 y 44 años	18,22%	19,24%
Edad 45-54	Edad comprendida entre 45 y 54 años	18,32%	21,32%
Edad 55-64	Edad comprendida entre 55 y 64 años	16,30%	17,86%
Más de 64	Edad mayor de 65 años	24,42%	22,49%
Andalucía	Individuo residente de Andalucía (ref.)	11,20%	13,40%
Aragón	Individuo residente de Aragón	3,99%	4,72%
Asturias	Individuo residente de Asturias	1,83%	3,46%
Baleares	Individuo residente de Baleares	7,16%	4,16%
Canarias	Individuo residente de Canarias	7,12%	5,95%
Cantabria	Individuo residente de Cantabria	4,81%	2,73%
Castilla-La Mancha	Individuo residente de Castilla- La Mancha	2,84%	5,40%
Castilla y León	Individuo residente de Castilla y León	3,37%	5,22%
Cataluña	Individuo residente de Cataluña	16,30%	9,56%
Comunidad Valenciana	Individuo residente de C. Valenciana	10,87%	8,50%
Extremadura	Individuo residente de Extremadura	3,17%	4,11%
Galicia	Individuo residente de Galicia	4,76%	6,60%
Madrid	Individuo residente de Madrid	10,34%	12,23%
Murcia	Individuo residente de Murcia	5,05%	5,48%
Navarra	Individuo residente de Navarra	1,25%	1,82%
País vasco	Individuo residente de País Vasco	5,00%	4,55%
La Rioja	Individuo residente de La Rioja	0,96%	2,11%
Urbano	Municipio con > 10000 habitantes (ref.)	86,54%	84,49%
Rural	Municipio con < 10000 habitantes	13,46%	15,51%
Sin estudios	Individuo con menos de 5 años de escolarización (ref.)	5,91%	2,29%
E. Primarios	Individuos con educación primaria	15,38%	7,18%
E. Secundarios	Individuos con educación secundaria de 1ª y 2ª etapa	36,54%	31,55%
F.P	Individuo con formación profesional	19,38%	22,08%
Universitario	Individuos con estudios universitarios	22,79%	36,89%
Empleado	Trabaja (ref.)	48,85%	54,43%
Jubilado	Jubilado o pensionista (anteriormente ha trabajado)	24,47%	22,05%

Inactivo	Estudiantes, trabajo doméstico no remunerado y pensionista (anteriormente no ha trabajado)	13,89%	11,29%
Desempleado	En paro y ha trabajado antes, en paro y busca su primer empleo	12,79%	12,23%
No enfermedad crónica	Individuo sin enfermedad o problema de salud crónico (ref.)	58,41%	46,86%
Enfermedad crónica	Individuo con enfermedad o problema de salud crónico	41,59%	53,14%
Muy buen estado de salud	Individuo con muy buen estado de salud autopercebido (ref.)	11,44%	16,60%
Buen estado de salud	Individuo con buen estado de salud autopercebido	58,08%	55,37%
Regular estado de salud	Individuo con regular estado de salud autopercebido	24,90%	23,40%
Mal/muy mal estado de salud	Individuo con mal o muy mal estado de salud autopercebido	5,58%	4,63%

Fuente: elaboración propia

### 4.3. MÉTODO

En este estudio el análisis se elaboró para los años 2019 y 2022. En primer lugar, se llevó a cabo un análisis bivariante para describir la relación entre el tiempo de espera y cada una de las variables independientes, que incluyen el género, la edad, la región, el nivel educativo, el tipo de área de residencia, la situación laboral, el padecimiento de enfermedades crónicas y el estado de salud autopercebido. Para ello, además de calcular la media del tiempo de espera de atención primaria de las variables, se hizo uso de tests no paramétricos (dada la falta de normalidad en el tiempo de espera) con el fin de determinar si existen diferencias en la distribución de la variable dependiente (tiempo de espera) entre los grupos categóricos de las variables independientes. Para el caso de variables con dos categorías (el género, el tipo de área de residencia y la existencia de enfermedades crónicas), se empleó el test U de Mann-Whitney. Mientras que para el caso de variables con más de dos categorías (la edad, la región, el nivel educativo, la situación laboral y el estado de salud autopercebido) se utilizó el test de Kruskal-Wallis. El objetivo de este análisis fue identificar patrones y tendencias en las relaciones entre estas variables.

En segundo lugar, con el objeto de obtener información que el método bivariante es incapaz de incorporar, se realizó un análisis multivariante -en ambos años- para examinar las desigualdades socioeconómicas en los tiempos de espera en atención primaria. Para ello se especificó el siguiente modelo de regresión:

$$TE_i = \alpha + \beta_1 \text{género}_i + \beta_2 \text{edad}_i + \beta_3 \text{educación}_i + \beta_4 \text{situación laboral}_i + \beta_5 \text{región}_i + \beta_6 \text{rural}_i + \beta_7 \text{estadodesalud}_i + \beta_8 \text{enfermedades crónicas}_i + \varepsilon_i$$

donde el subíndice  $i$  identifica al individuo,  $TE$  es el tiempo de espera,  $\alpha$  es el término constante, las  $\beta$  son los parámetros de las distintas variables categóricas (dicotómicas) y la  $\varepsilon$  es la perturbación aleatoria.

Se estima mediante Mínimo Cuadrados Ordinarios (MCO) con errores estándares robustos (dada la existencia de heterocedasticidad). Los coeficientes de interés son  $\beta_3$  y  $\beta_4$ , que proporcionan una estimación del efecto del nivel socioeconómico sobre los tiempos de espera después de controlar

por género, edad, región, tipo de área de residencia y necesidad sanitaria (estado de salud y presencia de enfermedades crónicas).

Como alternativa se empleó el mismo modelo de regresión lineal, pero con la variable dependiente en logaritmo para lidiar con la asimetría hacia la derecha que presenta la distribución del tiempo de espera. Sin embargo, en línea con Martin et al. (2020) los resultados son similares a los obtenidos en la regresión original en términos de significación estadística y, por lo tanto, omitidos.

## **5. RESULTADOS**

El análisis bivalente de los tiempos de espera de atención primaria por características de los individuos y por año se proporciona en la Tabla 3.

En todas las variables los tiempos de espera de 2022 han aumentado notoriamente con respecto a 2019. En la Tabla 2 se apreció como el tiempo medio de espera pasa de 5,40 días en 2019 a 8,35 días en 2022. Por nivel socioeconómico hay algunas diferencias antes y después de la COVID-19. En 2019 y por orden de mayor a menor tiempo de espera se encuentran: individuos con estudios de formación profesional (6,02 días), con estudios universitarios (5,38 días), con estudios secundarios (5,22 días), con estudios primarios (5,17 días) y sin estudios (5,07 días). Mientras que en 2022 por orden de mayor a menor espera están: individuos sin estudios (8,81 días), con estudios secundarios (8,56 días), con estudios de formación profesional (8,49 días), con estudios universitarios (8,15 días) y con estudios primarios (7,84 días). Sin embargo, las diferencias entre estos grupos categóricos no son estadísticamente significativas ni en 2019 ni en 2022. En cuanto a la situación laboral, en los dos años los individuos desempleados son los que más esperan seguidos de los empleados. No obstante, solo en 2022 las diferencias son significativas.

Por otra parte, los hombres tienen significativamente menos tiempos de espera que las mujeres para los dos años (2019 y 2022). También para ambos años, los pacientes más jóvenes (18-34 años) son los que más esperan, mientras que los más mayores (más de 64 años) son los que menos esperan, diferencias que son estadísticamente significativas. Además, en 2019 y 2022, los individuos de las zonas rurales esperan significativamente menos que en las urbanas.

En relación con el grado de necesidad sanitaria, para ninguno de los dos años hay diferencias estadísticamente significativas en la distribución del tiempo de espera entre los individuos con enfermedades crónicas y los que no padecen alguna de ellas. Sin embargo, para 2019 y 2022, el estado de salud autopercebido por el individuo presenta diferencias significativas entre los grupos, el patrón general indica que cuanto peor es el estado de salud autopercebido, mayor es el tiempo de espera.

**Tabla 3. Media de días de espera para cada una de las variables**

Variable	2019 (N=2080)		2022 (N=3410)			
	Media	Valor-p (*)	Media	Valor-p (*)		
Hombre	5,23	0,012	7,69	0,000		
Mujer	5,52		8,87			
Edad 18-34	5,99	0,007	9,47	0,000		
Edad 35-44	5,30		8,80			
Edad 45-54	5,19		8,17			
Edad 55-64	5,45		7,76			
Más de 64	5,04		7,65			
Andalucía	5,45		0,000		9,51	0,000
Aragón	3,55	7,50				
Asturias	3,76	5,59				
Baleares	5,54	9,22				
Canarias	5,36	9,51				
Cantabria	4,91	6,58				
Castilla y León	3,23	5,62				
Castilla-La Mancha	3,88	6,48				
Cataluña	8,92	11,71				
Comunidad Valenciana	6,42	10,08				
Extremadura	4,05	6,76				
Galicia	3,96	6,07				
Madrid	3,76	8,98				
Murcia	5,26	8,55				
Navarra	3,73	7,05				
País vasco	2,98	5,37				
La Rioja	2,60	7,58				
Urbano	5,51	0,000		8,64	0,000	
Rural	4,67			6,76		
Sin estudios	5,07	0,322		8,81	0,502	
E. Primarios	5,17		7,84			
E. Secundarios	5,22		8,56			
F.P	6,02		8,49			
E. Universitarios	5,38		8,15			
Empleado	5,49	0,266	8,46	0,009		
Jubilado	5,45		7,78			
Inactivo	4,74		8,17			
Desempleado	5,65		9,03			
Enfermedad crónica	5,55	0,253	8,27	0,791		
No enfermedad crónica	5,29		8,43			

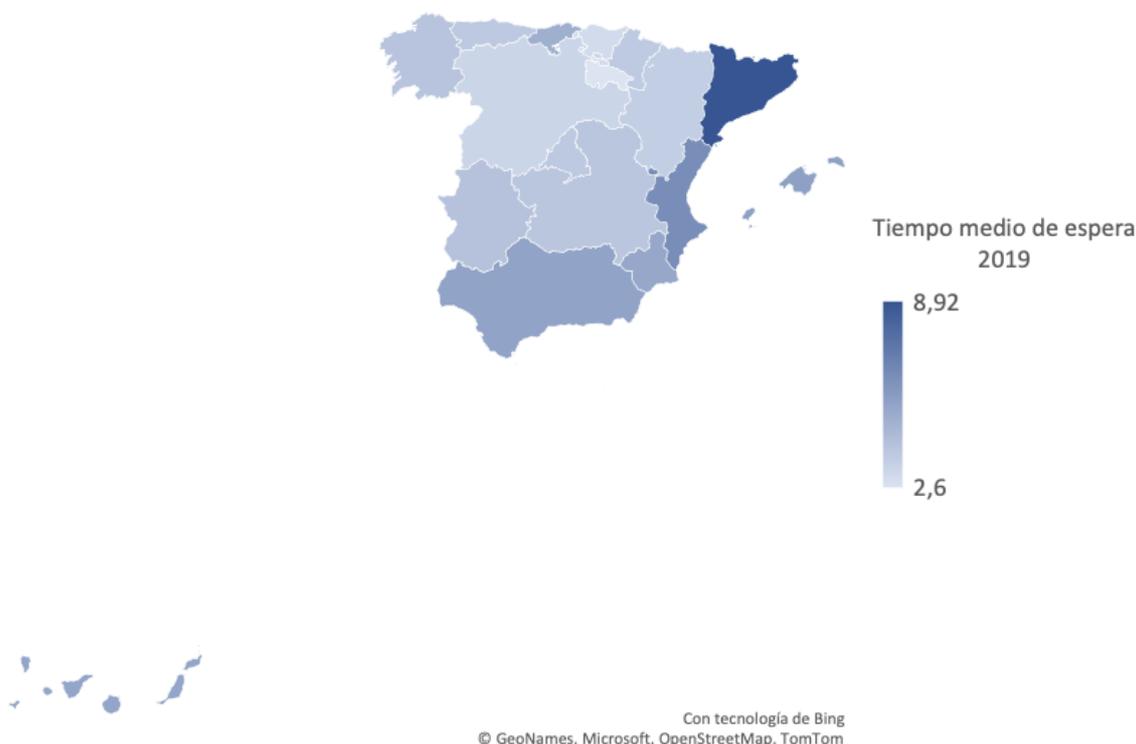
Muy buen estado de salud	5,28		8,48	
Buen estado de salud	5,25	0,001	7,99	0,034
Regular estado de salud	5,59		8,91	
Mal/ muy mal estado de salud	6,26		9,40	

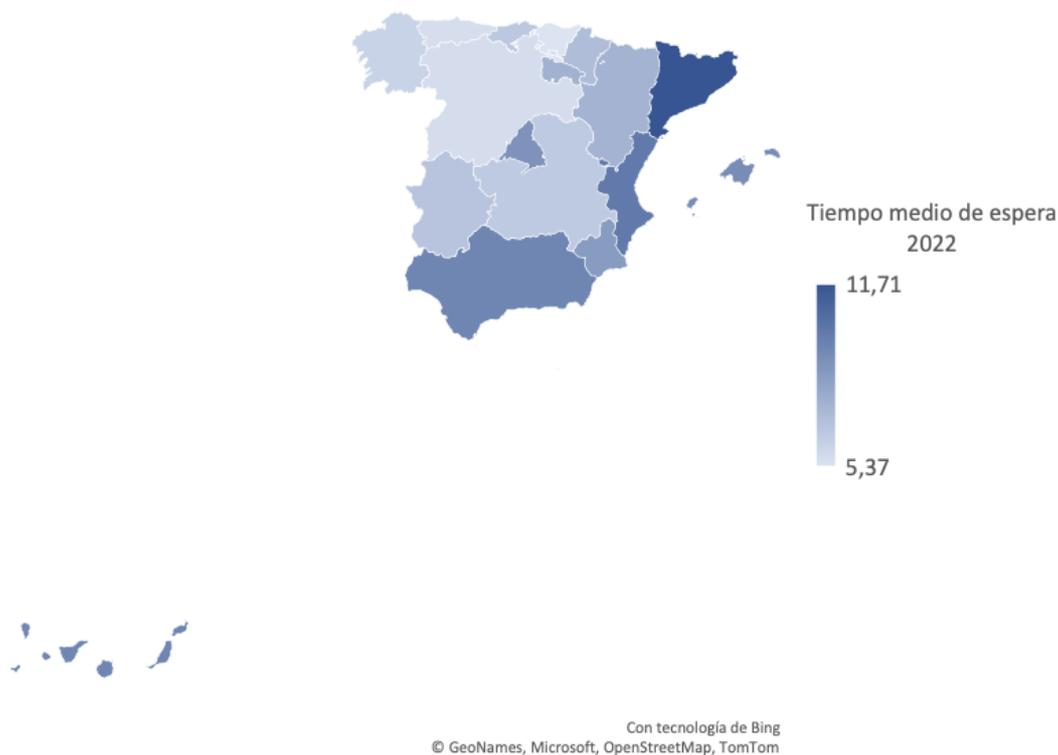
(\*) Valor-p del test U de Mann-Whitney para las variables con dos categorías y del test de Kruskal-Wallis para variables con tres o más categorías.

Fuente: elaboración propia

Por regiones también se aprecian diferencias significativas en ambos años (Mapa 1): Cataluña, la Comunidad Valenciana, Andalucía y los dos archipiélagos (Canarias y Baleares), son los que tienen mayores tiempos de espera tanto en 2019 como en 2022. Por su parte, mientras que en 2019 los menores tiempo de espera lo tienen (por orden) La Rioja, el País Vasco y Castilla y León, en 2022 son el País Vasco, Asturias y Castilla y León.

**Mapa 1. Tiempo medio de espera por regiones (2019 y 2022)**





Fuente: elaboración propia con datos del BS

La Tabla 4 presenta las estimaciones por MCO obtenidas para los tiempos de espera en atención primaria. Con respecto a la bondad del ajuste del modelo, los  $R^2$  son relativamente bajos, sobre todo el segundo año (14,15% para 2019 y 6,58% para 2022). Sin embargo, estos valores son propios de estimaciones con datos de corte transversal como los del Barómetro Sanitario referidos para un solo año. Además, hay que considerar la complejidad intrínseca del fenómeno que se quiere modelar y el no incluir otras variables de control (que pueden ser relevantes), lo que hace que el modelo pueda omitir factores importantes que influyen en los tiempos de espera en atención primaria. Por su parte, el resultado del test F indica la significación conjunta de los parámetros del modelo ( $p=0,000$ ).

Los resultados muestran ciertas disparidades respecto a las tendencias que se adelantaron en el análisis bivalente. En 2019, las estimaciones revelan diferencias significativas en la espera de acuerdo con el género, la edad, la región, el tipo de área de residencia y el nivel de estudios. En 2022, las divergencias significativas en las demoras están relacionadas con el género, la edad, la región y el tipo de área de residencia.

En relación con las principales variables objeto de este estudio (nivel educativo y situación laboral), en 2019 los resultados muestran desigualdades socioeconómicas basadas en la educación, a favor de las personas sin cualificación. Son significativos los mayores tiempos de espera de los individuos con estudios primarios (0,78 días más, al 10% de significación estadística), estudios secundarios (0,89 días más, al 5%), formación profesional (1,68 días más, al 1%) y estudios universitarios (1,43 días más, al 1%), con respecto a los individuos sin estudios. En 2022, el nivel

educativo no es estadísticamente significativo, tampoco la situación laboral del paciente presenta diferencias significativas para ninguno de los dos años considerados.

Con respecto a las variables de control, se encontró una brecha de género: las mujeres esperan más tiempo que los hombres tanto en 2019 (0,46 días más) como en 2022 (1,12 días más), con una significación estadística del 10% y del 1%, respectivamente. Además, hay un patrón sistemático entre los grupos de edad y los tiempos de espera: a mayor edad, menor espera. Los mayores (más de 64 años) esperan 1,37 días menos que los más jóvenes (entre 18 y 34 años) en 2019 y 2,01 días menos en 2022. No hay, sin embargo, una clara asociación entre la existencia de enfermedades crónicas y los tiempos de espera, ni tampoco diferencias significativas entre el estado de salud autopercebido y los tiempos de espera. Resulta interesante el efecto del tipo del área de residencia y de la región. Los individuos de las zonas rurales esperan menos tiempo que los de las urbanas: 0,74 días menos en 2019 (significación estadística del 5%) y 1,43 días menos en 2022 (significación estadística del 1%). Con Andalucía como referencia, la mayoría de las CC.AA. (Aragón, Asturias, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Extremadura, Galicia, Madrid, Navarra, País Vasco y La Rioja) esperan menos tiempo y presentan diferencias estadísticamente significativas en 2019. En 2022 ocurre lo mismo con Aragón, Asturias, Cantabria, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Extremadura, Galicia, País Vasco y La Rioja. Por otro lado, solo dos regiones (Cataluña y la Comunidad Valenciana) tienen tiempos de espera significativamente superiores a los de Andalucía en 2019 y en 2022 solo Cataluña.

**Tabla 4. Estimaciones MCO del tiempo de espera de atención primaria (2019 y 2022)**

Variable	2019 (N=2080)		2022 (N=3410)	
	Coefficiente	Valor-p	Coefficiente	Valor-p
Hombre	Ref.		Ref.	
Mujer	0,4571*	0,055	1,1172***	0,000
Edad 18-34	Ref.		Ref.	
Edad 35-44	-0,6882*	0,077	-0,5834	0,254
Edad 45-54	-0,8763***	0,009	-1,2763***	0,007
Edad 55-64	-0,7361*	0,064	-1,7667***	0,001
Más de 64	-1,3686**	0,010	-2,0103***	0,005
Andalucía	Ref.		Ref.	
Aragón	-1,7668***	0,000	-1,8737***	0,002
Asturias	-1,6201***	0,001	-3,6890***	0,000
Baleares	0,0637	0,889	-0,3310	0,729
Canarias	-0,1405	0,720	-0,1422	0,844
Cantabria	-0,3647	0,436	-2,6657***	0,000
Castilla-La Mancha	-1,4004***	0,007	-2,8052***	0,000
Castilla y León	-2,3362***	0,000	-3,5392***	0,000
Cataluña	3,5166***	0,000	2,2877***	0,006
Comunidad Valenciana	1,0137**	0,049	0,5713	0,410
Extremadura	-1,2280***	0,005	-2,3224***	0,000

Galicia	-1,4559***	0,000	-3,2532***	0,000
Madrid	-1,8139***	0,000	-0,6002	0,225
Murcia	-0,0362	0,964	-1,1925	0,113
Navarra	-1,6066***	0,005	-2,1532	0,212
País vasco	-2,6198***	0,000	-4,1190***	0,000
La Rioja	-2,9608***	0,000	-1,8034**	0,012
Urbano	Ref.		Ref.	
Rural	-0,7380**	0,014	-1,4283***	0,001
Sin estudios	Ref.		Ref.	
E. Primarios	0,7772*	0,055	-0,9814	0,427
E. Secundarios	0,8881**	0,048	-0,7655	0,508
F.P.	1,6797***	0,007	-0,8051	0,500
Universitario	1,4345***	0,006	-1,2820	0,275
Empleado	Ref.		Ref.	
Jubilado	0,4796	0,227	0,2090	0,740
Inactivo	-0,2465	0,412	-0,6895	0,235
Desempleado	-0,0135	0,971	0,1513	0,756
No enfermedad crónica	Ref.		Ref.	
Enfermedad crónica	0,3277	0,239	-0,0817	0,781
Muy buen estado de salud	Ref.		Ref.	
Buen estado de salud	0,4400	0,370	-0,1980	0,640
Regular estado de salud	0,8482	0,152	0,8783*	0,094
Mal/muy mal estado de salud	1,0494	0,126	1,5843	0,132
Constante	4,1725***	0,000	11,0401***	0,000
R <sup>2</sup>	0,1415		0,0658	
Valor F (33, 2046)	11,64***	0,000		
Valor F (33, 3376)			8,28***	0,000

El individuo de referencia es un hombre de entre 18 y 34 años, de Andalucía, de una zona urbana, sin estudios, empleado, sin enfermedad crónica y con muy buen estado de salud.

\*Significativo al 10%; \*\*Significativo al 5%; \*\*\*Significativo al 1%

Fuente: elaboración propia

## 6. DISCUSIÓN

El tiempo medio de espera de atención primaria aumentó un 54,63% de 2019 a 2022, lo que supone una situación de sobrecarga asistencial que puede llegar a ser especialmente crítica por dos razones. La primera es que al ser la atención primaria el primer nivel asistencial, la demora en la misma puede producir retrasos tanto en el diagnóstico como en el tratamiento de enfermedades de alto riesgo o de urgencia vital que requieren de atención inmediata como son las enfermedades cardiovasculares o los cánceres. La segunda es que los mayores tiempos de espera en atención

primaria pueden incentivar a los pacientes a acudir directamente a los servicios de urgencias, con lo que se produciría una situación de saturación asistencial preocupante, sobre todo para aquellos con problemas de salud más delicados.

El principal objetivo del trabajo era estudiar empíricamente las desigualdades socioeconómicas en los tiempos de espera de atención primaria en el Sistema Nacional de Salud español, antes y después de la COVID-19. Con el uso de los microdatos del BS de los años 2019 y 2022 y con un modelo de regresión lineal múltiple, se encontró evidencia en el año 2019 de desigualdades socioeconómicas basadas en la educación, en contra de los grupos de mayor nivel educativo, una vez ajustado por género, edad, región de residencia, tipo de área de residencia y necesidad sanitaria. Estos resultados contrastan con los obtenidos para Australia y Francia por Martin et al. (2020), en los que hay una asociación negativa entre el nivel educativo y los tiempos de espera para la atención primaria. También difieren de los resultados del estudio de García & Jiménez (2022), quienes encontraron que no hay desigualdades socioeconómicas en atención primaria en España en el período 2011-2019, la diferencia de resultados puede deberse a aspectos metodológicos (e.g. los autores consideraron los datos del período 2011-2019 y tuvieron en cuenta, además, otras variables como la renta, la nacionalidad, la fluidez en el castellano o la utilización de servicios privados de atención primaria). Sin embargo, los resultados son consistentes con Roll et al. (2012), quienes encontraron que aquellos individuos con bajo nivel de estudios o sin estudios esperan menos que los de más alto nivel educativo. Lo anterior también coincide con los resultados de Martin et al. (2020) para Alemania y Suiza, en los que los pacientes con estudios de nivel superior están más asociados a mayores tiempos de espera. Del mismo modo, Sundmacher & Kopetsch (2013) encontraron que un nivel más bajo de educación reduce los tiempos de espera de acceso a los médicos en el sector ambulatorio. Una posible explicación a los resultados obtenidos puede ser la existencia de desajustes entre la oferta y la demanda por ZBS. Desde el punto de vista de la oferta, puede ser que exista una dotación distinta del número de médicos de familia per cápita por ZBS, siendo mayor para las zonas más deprimidas económicamente. Incluso desde el punto de vista de la demanda, cabría la posibilidad de que en las zonas de mayor nivel socioeconómico (aunque con individuos de todos los estatus), las personas de mayor nivel socioeconómico tengan una mayor propensión a pagar por servicios de medicina general privados, no utilizando los servicios de atención primaria pública, de manera que los tiempos de espera se reduzcan relativamente más para las personas con menor estatus socioeconómico. En cualquier caso, y aunque se trate de una desigualdad, el hecho de que ésta beneficie a los individuos con menor nivel socioeconómico puede ser menos preocupante desde el punto de vista de la política sanitaria, que si hubiese sido del signo contrario. Por su parte, para el año 2022, no se encontró evidencia de desigualdades socioeconómicas basadas en el nivel educativo, en consonancia con García & Jiménez (2022). Es posible que, tras la pandemia, se haya producido un reequilibrio de la oferta-demanda, sobre todo, por el lado de la oferta (con un aumento del número de médicos de familia en las zonas con mayores tiempos de espera). En todo caso, en este estudio no se ha contado con datos para explorar estas hipótesis por lo que más investigaciones serán necesarias. Además, una vez que se cuente con los BS de 2023 y siguientes años, será interesante saber si en los años posteriores vuelven a aparecer las desigualdades socioeconómicas en los tiempos de espera que había antes de la pandemia o si se trató de un hecho puntual en 2022 (hecho que podría tener relación con el menor valor del  $R^2$  de la estimación por MCO de este año, en comparación con el de 2019). En cuanto a la situación laboral, no se

encontró evidencia de existencia de desigualdades socioeconómicas para ninguno de los dos años de forma distinta a los hallazgos de Roll et al. (2012), quienes encontraron que los individuos que están en formación en la empresa esperan significativamente más tiempo que los empleados a tiempo completo; y también de García & Jiménez (2022), quienes encontraron un efecto moderado a favor de los trabajadores cualificados, que esperan menos.

En relación con las variables de control, el análisis proporciona evidencia de desigualdades en los dos años basadas en el género a favor de los hombres y en el tipo de área de residencia a favor de las zonas rurales, la razón detrás de este último hallazgo puede deberse a que en las áreas rurales existan relativamente más centros de atención primaria y más dotación per cápita y, por tanto, el tiempo de espera sea menor. Los resultados con respecto a estas dos variables (género y tipo de área) son consistentes con los obtenidos por Roll et al. (2012) y con los de García & Jiménez (2022). Sin embargo, en el estudio reciente de Martin et al. (2020) se encontró que, excepto en Canadá, los pacientes hombres no se asocian generalmente con tiempos de espera relativamente más cortos.

Por último, el análisis presenta limitaciones. El tamaño muestral es relativamente pequeño para la inclusión de otras variables de control (como, por ejemplo, la fluidez del castellano o la nacionalidad, como han hecho otros estudios relacionados). Además, a diferencia de lo que pasa con las consultas al especialista y con las intervenciones quirúrgicas, no hay datos administrativos sobre los tiempos de espera en atención primaria con los que se pudiera contrastar (o completar) los hallazgos encontrados en esta investigación (los datos administrativos generalmente tienen acceso a muestras mucho más grandes (Martin et al., 2020)). Aunque también es cierto que los datos administrativos tendrían dificultad a la hora de relacionar los tiempos de espera y las variables socioeconómicas (Siciliani, 2014). Otro aspecto a destacar es que en 2022 se produce una rotura de serie, habiendo preguntas y opciones de respuesta diferentes a las de años anteriores, en particular, el BS de 2022 no tiene información sobre la disponibilidad de seguro médico privado (que podría ayudar a explicar algunas hipótesis como se mencionó antes), ni tampoco sobre ingresos económicos de los entrevistados (un indicador importante a la hora de evaluar el nivel socioeconómico).

## **7. CONCLUSIONES**

En este trabajo concluimos que en 2019 había desigualdades socioeconómicas en los tiempos de espera en atención primaria del Sistema Nacional de Salud español, que favorecían a los niveles socioeconómicos inferiores. Tras la pandemia de la COVID-19, en 2022, el tiempo medio de espera para acceder al médico de familia aumentó significativamente, a la vez que desaparecieron las desigualdades socioeconómicas detectadas antes de la pandemia. Sin embargo, sí que se mantuvieron las diferencias en los tiempos de espera por otras características como el género, la edad, la región y el tipo de área de residencia. Nuevos análisis con los datos del Barómetro Sanitario en los siguientes años podrán indicar si vuelve o no el efecto nivel socioeconómico sobre los tiempos de espera y si se mantiene el resto de las desigualdades detectadas.

Estos hallazgos evidencian la necesidad de implementar medidas que contribuyan, por un lado, a reducir los tiempos de espera en el primer nivel de asistencia sanitaria de modo que se vuelva a

garantizar un acceso temprano al sistema sanitario que evite pérdidas de salud a la población y, por otro lado, a eliminar las diferentes desigualdades que se mantengan en el tiempo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abásolo, I., Negrín Hernández, M. A., & Pinilla, J. (2014). Equity in specialist waiting times by socioeconomic groups: evidence from Spain. *The European Journal of Health Economics*, 15(3), 323-334.
- Albi Ibáñez, E., González Páramo, J.M., Urbanos, R.M., & Zubiri, I. (2017). *Economía Pública I* (4ª edición renovada). Ariel Economía.
- Alfaro Martínez, J. J., García del Pozo, J. S., Quílez Toboso, R. P., García Blasco, L., & Rosa Felipe, C. (2023). Estudio de la incidencia de COVID-19 en España y su relación geográfica provincial. *Journal of Healthcare Quality Research*.
- Ayrault-Piault, S., Grosclaude, P., Daubisse-Marliac, L., Pascal, J., Leux, C., Fournier, E., Tagri, A.D., Métais, M., Lombrail, P., Woronoff, A.S. & Molinié, F. (2016). Are disparities of waiting times for breast cancer care related to socio-economic factors? A regional population-based study (France). *International Journal of Cancer*, 139(9), 1983-1993.
- Bohórquez, L. (9 de febrero de 2020). El segundo caso de coronavirus en España es un británico que se contagió en los Alpes. *El País*. [https://elpais.com/sociedad/2020/02/09/actualidad/1581239494\\_728623.html](https://elpais.com/sociedad/2020/02/09/actualidad/1581239494_728623.html)
- Bernal Delgado, E., & González López-Valcárcel, B., Peiró, S., & Pinilla Domínguez, J. (2021). Revisitando las listas de espera sanitarias (1): el retorno de un problema crónico. *Nada es gratis*. <https://nadaesgratis.es/beatriz-gonzalez-lopez-valcarcel/77801>
- Cantarero Prieto, D. (2011). Descentralización y financiación del gasto sanitario en España y en la experiencia comparada. *Cómo reformar las Administraciones Territoriales*, 97-126.
- Costa i Font, J. (2001). Listas de espera en sanidad ¿Por qué son estables?. *Farmacia Profesional*, 15(3), 22-27.
- De Lorenzo-Cáceres Ascanio, A. (2008). *Evaluación de resultados publicados de la reforma de la Atención Primaria en España (1984-2004)*. [Tesis doctoral, Universidad Autónoma de Madrid]. [https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/3138/5270\\_lorenzo\\_caceres\\_ascanio\\_lorenzo.pdf?sequence=1](https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/3138/5270_lorenzo_caceres_ascanio_lorenzo.pdf?sequence=1)
- De Pablos Escobar, L., & García Centeno, M.C. (2021). Impacto de la COVID-19 sobre las listas de espera quirúrgicas. *Revista Española De Salud Pública*, (95).
- Farrerons Noguera, M. L. (2011). *La Ley general de sanidad: historia de un modelo*. [Tesis doctoral, Universidad de Las Palmas de Gran Canaria]. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=154132#:~:text=El%20trabajo%20defendido%20bajo%20el%20t%C3%ADtulo%20La%20Ley,torno%20a%20la%20Ley%20General%20de%20Sanidad%3F%2C%20etc%3%A9tera.>
- Farrerons Noguera, M.L. (2013). *Historia del sistema sanitario español: Debates parlamentarios, 1812-1986*. Ediciones Díaz de Santos.
- Fuentes, I. (9 de enero de 2023). Las listas de espera en Atención Primaria se agravan en toda España, con Cataluña y la Comunidad Valenciana a la cabeza. *20minutos*. <https://www.20minutos.es/noticia/5089777/0/las-listas-de-espera-en-atencion-primaria-se-agravan-en-toda-espana-con-cataluna-y-la-comunidad-valenciana-a-la-cabeza/>
- García Corchero, J. D., & Jiménez Rubio, D. (2022). Waiting times in healthcare: equal treatment for equal need?. *International Journal for Equity in Health*, 21(184), 1-14.

- Gobierno de España (2 de enero de 2023). *Crisis sanitaria COVID-19: Normativa e información útil*. [https://administracion.gob.es/pag\\_Home/atencionCiudadana/Crisis-sanitaria-COVID-19.html](https://administracion.gob.es/pag_Home/atencionCiudadana/Crisis-sanitaria-COVID-19.html)
- González López-Valcárcel, B., Oliva Moreno, J., & Jiménez, J.L. (2021). Las listas de espera hospitalarias en España. *Nada es gratis*. <https://nadaesgratis.es/beatriz-gonzalez-lopez-valcarcel/las-listas-de-espera-hospitalarias-en-espana>
- Jaramillo, M. C. (2010). El Sistema de Salud Español: la importancia de la Atención Primaria en Salud. *Boletín POLIS Observatorio de Políticas Públicas (Publicación semestral)*, 13-15.
- Jaakkimainen, L., Glazier, R., Barnsley, J., Salkeld, E., Lu, H., & Tu, K. (2014). Waiting to see the specialist: patient and provider characteristics of wait times from primary to specialty care. *BMC family practice*, 15(16), 1-13.
- Landi, S., Ivaldi, E., & Testi, A. (2018). Socioeconomic status and waiting times for health services: An international literature review and evidence from the Italian National Health System. *Health Policy*, 122(4), 334-351.
- Lindsay, C., & Feigenbaum B. (1984). Rationing by waiting lists. *American Economic Review*, 74(3), 404-417.
- Marqués Fernández, F. (2003). El Sistema Nacional de Salud después de las transferencias sanitarias. *Revista de administración sanitaria siglo XXI*, 1(4), 543-554.
- Martin, S., Siciliani, L., & Smith, P. (2020). Socioeconomic inequalities in waiting times for primary care across ten OECD countries. *Social Science & Medicine*, 263, 113230.
- Ministerio de Sanidad. (31 de enero de 2020). *El Centro Nacional de Microbiología confirma un caso de coronavirus en La Gomera*. <https://www.sanidad.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=5036>
- Ministerio de Sanidad. (s.f.a). *Cartera de servicios comunes de atención primaria*. <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/CarteraDeServicios/ContenidoCS/2AtencionPrimaria/home.htm>
- Ministerio de Sanidad. (s.f.b). *Cartera de servicios comunes de atención especializada*. <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/CarteraDeServicios/ContenidoCS/3AtencionEspecializada/home.htm>
- Ministerio de Sanidad. (s.f.c). Información estadística en el Catálogo de Centros de Atención primaria. <https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/centros.do?metodo=modalidadGestion>
- Organización Mundial de la Salud. (10 de noviembre de 2020). *Información básica sobre la COVID-19*. <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19>
- Peiró, S. (2000). Listas de espera: mucho ruido, poca información, políticas oportunistas y mínima gestión. *Gestión Clínica y Sanitaria*, 2(4), 115-116.
- Pilo De La Fuente, B., González Martín-Moro, J., Martín Ávila, G., Méndez Burgos, A., Ramos Barrau, L., Thuissard, I., Torrejón Martín, M., & Aladro Benito, Y. (2022). Risk and prognostic factors for SARS-CoV-2 infection in Spanish population with multiple sclerosis during the first five waves. *Frontiers in Neurology*, 13.
- Pinilla Domínguez, J., & González López-Valcárcel, B. (2021). Impacto de la COVID-19 sobre la sanidad y la economía en España. *Ekonomiaz: Revista vasca de economía*, (100), 42-59.

- Prior Jiménez, D. & Solá Tey, M. (2007). Listas de espera en los hospitales públicos españoles y acciones estratégicas para su control. *Oikos: Revista de la Escuela de Administración y Economía*, (24), 9-29.
- Rico, A., Freire, J. M., & Gervas, J. (2007). El sistema sanitario español (1976-2006): factores de éxito en perspectiva internacional comparada. En A. Espina (coord.). *Estado de bienestar y competitividad. La experiencia europea* (pp. 401-444). Fundación Carolina-Siglo XXI.
- Roll, K., Stargardt, T., & Schreyögg, J. (2012). Effect of type of insurance and income on waiting time for outpatient care. *The Geneva Papers on Risk and Insurance-Issues and Practice*, 37, 609-632.
- Siciliani, L., & Verzulli, R. (2009). Waiting times and socioeconomic status among elderly Europeans: evidence from SHARE. *Health Economics*, 18(11), 1295–1306.
- Siciliani, L. (2014). Inequalities in waiting times by socioeconomic status. *Israel journal of health policy research*, 3(38), 1-3.
- Smirthwaite, G., Lundström, M., Wijma, B., Lykke, N., & Swahnberg, K. (2016). Inequity in waiting for cataract surgery-an analysis of data from the Swedish National Cataract Register. *International journal for equity in health*, 15(10), 1-9.
- Sundmacher, L., & Kopetsch, T. (2013). Waiting times in the ambulatory sector-the case of chronically ill patients. *International Journal for Equity in Health*, 12(77), 1-10.
- Urbanos-Garrido, R. M. (2016). La desigualdad en el acceso a las prestaciones sanitarias. Propuestas para lograr la equidad. *Gaceta sanitaria*, 30(S1), 25-30.

## REFERENCIAS JURÍDICAS

- Constitución Española. Boletín Oficial del Estado, núm.311, de 29 de diciembre de 1978.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado, núm. 102, de 29 de abril de 1986.
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado, núm. 128, de 29 de mayo de 2003.
- Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud. Boletín Oficial del Estado, núm. 27, de 1 de febrero 1984.
- Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. Boletín Oficial del Estado, núm. 67, de 14 de marzo de 2020, 25390 a 25400.