



CIRIEC-España, Revista de Economía Pública, Social y
Cooperativa, nº 4, junio-septiembre 1988, pp. 5-47

El sistema nacional de salud. La universalización de la asistencia sanitaria

Eduardo Arrojo
Secretario General de Asistencia Sanitaria

CIRIEC-España, revista de economía pública, social y cooperativa
ISSN: 0213-8093. © 1988 CIRIEC-España
www.ciriec.es www.uv.es/reciriec

EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. LA UNIVERSALIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA

EDUARDO ARROJO

Secretario General de Asistencia Sanitaria

- El Derecho Constitucional a la protección de la Salud
- Objetivos de la Reforma Sanitaria. La Ley General de Sanidad
- La universalización de la Asistencia Sanitaria
- La Encuesta de cobertura sanitaria
- La cobertura sanitaria pública en España
- Características generales de la cobertura sanitaria
- Perfil de los individuos que no disponen de cobertura sanitaria del sistema público
- Aproximación a una cuantificación de la población desprotegida. Conclusiones

El artículo que se presenta, refleja la situación de la cobertura sanitaria pública, en España, así como la líneas de actuación emprendidas por la Secretaría General de Asistencia Sanitaria a fin de alcanzar la universalización de la asistencia en el contexto del Sistema Nacional de Salud.

Dichas líneas de actuación, se pueden sintetizar en una serie de acciones tales como:

- Análisis de la cobertura sanitaria de la población en la actualidad.
- Puesta en marcha de medidas dirigidas a incorporar al colectivo de población protegida por el Sistema Público, nuevos efectivos.
- Estudio de los individuos sin cobertura sanitaria pública, de cara a su incorporación al Sistema Público.

La descripción de todas ellas, se realiza a lo largo de las siguientes páginas de acuerdo con la estructura que se detalla a continuación:

En primer lugar se estudi, desde el punto de vista legal, en qué contexto se inscribe la Universalización de la cobertura sanitaria pública, haciendo referencia a la Constitución y a la Ley General de Sanidad.

A continuación se describe cuál ha sido la evolución de la cobertura sanitaria durante los últimos años, incidiendo en qué se entiende por sistema Sanitario Público; qué modalidades de seguro comprende y cuál es la naturaleza del derecho a las prestaciones del mismo.

Seguidamente y evidenciada la necesidad de estudio de la cobertura sanitaria de la población española, se aportan las conclusiones más importantes de una encuesta realizada a tal efecto, a instancia de la S.G.A.S.

Por último, y en base a los datos de dicha encuesta, se presenta el perfil y características de la población sin cobertura junto con una aproximación a la cuantificación de los individuos que se encuentran en tal situación y son susceptibles de incorporación al Sistema Sanitario Público.

EL DERECHO CONSTITUCIONAL A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD.

El artículo 43 apartado 1 de la Constitución española,

La Ley General de Sanidad se inclina por el esquema de financiación y provisión pública de los servicios sanitarios

“reconoce el derecho a la protección de la salud”, y el apartado 2 del mismo artículo, señala que “compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios sanitarios. La Ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto”.

Hay por tanto en la Constitución tres ideas básicas recogidas en el citado artículo:

- a) *La primera*, el reconocimiento de la protección de la salud como un derecho de los ciudadanos, encuadrado en el Capítulo Tercero del Título I, y que se conforma como uno de los principios rectores de la política social y económica. Es por ello, uno de los derechos denominados sociales.
- b) *La segunda*, es la competencia de los poderes públicos para organizar y tutelar la salud pública, tanto en los aspectos de prevención, como de prestaciones y servicios necesarios.
- c) *La tercera*, es el mandato explícito, al decir “se establecerá”, de regular por Ley, la concreción de los derechos y deberes de todos, de tal modo que se permita el ejercicio efectivo del derecho social reconocido.

Fue la Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública junto con la Ley General de Sanidad 14/1986, de 25 de abril, las que vinieron a completar el desarrollo normativo aludido en el apartado anterior.

De entre los distintos esquemas existentes en nuestro entorno socioeconómico: financiación pública y provisión privada de los servicios (p. ej.: Bélgica, Francia o Alemania); financiación y provisión pública de los servicios sanitarios (cuyo ejemplo paradigmático es el Servicio de Salud Británico), la Ley General de Sanidad se inclina por este último esquema.

Así el artículo 3 de la Ley establece que “la asistencia sanitaria pública se extenderá a toda la población española”.

La elección realizada por la Ley General de Sanidad en favor de un servicio sanitario público al que puedan acceder todos los ciudadanos, no es casual. Por una parte

está impulsada por una administración socialista que inspiraba en el Servicio de Salud Británico su modelo de sistema sanitario (Resoluciones del XXVIII y XXIX Congresos del PSOE). Por otra parte, la prestación de asistencia sanitaria de la Seguridad Social tuvo, desde la formulación del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social (1974) una clara vocación universalizadora; en 1986, año en que se aprueba la Ley General de Sanidad, más del 90% de la población española gozaba de cobertura sanitaria pública. Por tanto, como se verá más tarde, parece más que razonable el mecanismo de «universalización» de la asistencia que la Ley General de Sanidad impulsa a través de la extensión de la cobertura de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social.

OBJETIVOS DE LA REFORMA SANITARIA

Como en su preámbulo señala la Ley General de Sanidad, esta norma ha supuesto una ruptura de la situación sanitaria existente al integrar todos los subsistemas sanitarios públicos en el Sistema Nacional de Salud, concebido como el conjunto de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas y la coordinación general sanitaria ejercida por el estado "fijando medios y sistemas de relación para facilitar la información recíproca, la homogeneidad técnica en determinados aspectos y la acción conjunta de las Administraciones Públicas sanitarias en el ejercicio de sus respectivas competencias, de tal modo que se logre la integración de actos parciales en la globalidad del Sistema Nacional de Salud" (Artículo 73 de la L.G.S. y Sentencias 32 y 42 de 1985 del Tribunal Constitucional).

La L.G.S. propone como objetivos a alcanzar por el Sistema Nacional de Salud:

- Protección efectiva de la salud que se extenderá a toda la población española. (artículo uno de la L.G.S.).
- Igualdad efectiva en el acceso y en las prestaciones (artículo 3).
- Participación de la comunidad en la formulación de la política sanitaria así como en el control de su ejecución (artí-

*La Ley General de
Sanidad integra
todos los
subsistemas
sanitarios públicos
en el Sistema
Nacional de Salud*

culo 5).

- Orientación prioritaria del sistema sanitario a la promoción y prevención de las enfermedades, fundamentalmente a través de una adecuada educación sanitaria de la población. Compatible con garantizar la asistencia sanitaria en los casos de pérdida de salud y con las acciones necesarias para la rehabilitación y reinserción social del paciente (artículo 6).

- Información a los usuarios de sus derechos y deberes, así como de los servicios sanitarios a que pueden acceder y de los requisitos necesarios (artículo 9).

- Superación de los desequilibrios territoriales y sociales, orientando el gasto público a corregir las desigualdades sanitarias (artículo 12).

- Gestión de los servicios sanitarios descentralizada e integrada, a través de las Áreas de Salud, que son las estructuras fundamentales de gestión de los Servicios de salud de las CC.AA. y la coordinación del Estado (Título III).

LA UNIVERSALIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA

DEFINICIÓN Y CONCEPTOS QUE ENGLOBA

Como se ha descrito, uno de los mecanismos establecidos por la L.G.S. para hacer efectivo el derecho constitucional a la protección de la salud, es la extensión de la cobertura de la asistencia sanitaria pública a toda la población española.

En el concepto de universalización, tal y como se puede interpretar de la lectura de la L.G.S., se engloban dos aspectos: uno de carácter cuantitativo referido a la extensión de la cobertura sanitaria pública a todos los españoles; y otro de carácter cualitativo que hace referencia al aumento de las prestaciones que el servicio da gratuitamente (en el momento del uso) a los ciudadanos.

Si bien este trabajo hace referencia a la universalización en su concepto cuantitativo, es necesario señalar que

Junto al objetivo de universalizar la asistencia sanitaria debe abandonarse la política de crecimiento irreflexivo de los servicios y prestaciones

la concepción cualitativa de la universalización es causa de que los propios ciudadanos no tengan una idea de cuáles son las prestaciones de la asistencia sanitaria pública, se desconoce el servicio que se da, más aún, su contenido (en la mayoría de los casos se piensa que lo cubre todo), se desconoce su financiación, y en estas circunstancias no es posible que el ciudadano establezca relación alguna entre el coste de su mantenimiento y el esfuerzo que como contribuyente, trabajador o empresario realiza.

Parece lógico, por tanto, intentar alcanzar el cumplimiento del derecho de asegurar a todos los españoles unos servicios de asistencia sanitaria pública y a la vez abandonar la política de crecimiento irreflexivo de los servicios y prestaciones, cada vez más marginales y sofisticados, ofrecidos al ciudadano.

Desde el punto de vista cuantitativo, objeto de ese análisis, la población española se divide en tres colectivos en relación con la Cobertura Sanitaria:

- a) Personas cubiertas por el Sistema de la Seguridad Social y por las Mutualidades Públicas del Estado.
- b) Personas sin cobertura sanitaria pública señalada en el apartado anterior y sin recursos económicos, en el que incluimos los actuales beneficiarios de Beneficencia.
- c) Personas no cubiertas por los subsistemas señalados en el apartado a) pero con recursos económicos suficientes.

Es el grupo de personas señaladas en el apartado b) a los que hace referencia la L.G.S. en sus artículos 79 y 80 al señalar que la financiación será con cargo a las transferencias estatales, siendo preciso abordar la coordinación de los dispositivos sanitarios de las Corporaciones Locales dentro del Sistema Nacional de Salud, pues ellas son las que tradicionalmente han venido realizando las prestaciones de Beneficencia.

EVOLUCIÓN DEL SISTEMA DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Sin duda, como hemos señalado, es el Sistema de la Seguridad Social el que mayor importancia ha adquirido en

Más del 96% de la población española tiene derecho a las prestaciones sanitarias de la Seguridad Social y de las Mutualidades Públicas

la cobertura sanitaria de la población española, tanto en cuanto a cantidad, número de personas protegidas, como en la calidad de los servicios prestados. En el aspecto cuantitativo, objetivo que ahora consideramos, tal es la importancia que como más adelante comprobaremos a lo largo de este artículo, más del 90% de la población española, tienen reconocido el derecho a las prestaciones sanitarias de la Seguridad Social, porcentaje al que si añadimos la cobertura por Mutualidades Públicas, alcanza a más del 96% de la población.

Esta cobertura sanitaria de la Seguridad Social, se ha ido configurando a lo largo del tiempo, desde la Ley del Seguro de Enfermedad de 14-12 de 1942, a través de diversas normativas, que han dado lugar a la situación actual de la cobertura sanitaria pública. Entre estas medidas hay que destacar en el transcurso de los últimos años:

- a) El R.D. 43/1984 de 4 de enero, por el que se ampliaron, con carácter obligatorio, las prestaciones de asistencia sanitaria a los trabajadores autónomos y familiares.
- b) El R.D. 1377/84, de 4 de julio, que amplió hasta los 26 años de edad para ser beneficiario de las prestaciones por asistencia sanitaria de los descendientes, sea cual sea su condición legal, hijos adoptivos y hermanos.
- c) La Ley 31/1984 de 2 de agosto, que reconoció el derecho a seguir siendo beneficiarios de las prestaciones sanitarias a los trabajadores en paro y familiares, una vez agotadas las prestaciones o el subsidio de desempleo.
- d) La O.M. de 14 de septiembre de 1984, que permite mantener el derecho a las prestaciones de asistencia sanitaria a los trabajadores despedidos que tengan pendiente de resolución ante la jurisdicción laboral demanda por despido improcedente o nulo.
- e) El R.D. 1682/87 de 30 de diciembre, en el que se elimina el límite de edad fijado anteriormente en el R.D. 1377/84 a los descendientes, hijos adoptivos y hermanos.

Las medidas anteriormente señaladas, así como la equiparación entre el Régimen General, con las integraciones del R.D. 2621/1986, y los Regímenes Especiales a los efectos de la asistencia sanitaria, ha supuesto que de un modo paulatino se haya ido generalizando hasta alcanzar un por-

Por Sistema Sanitario Público se entiende el agregado de todas aquellas modalidades de seguro de protección sanitaria que se financian con recursos públicos

centaje de población tan importante como el anteriormente señalado. Sin abandonar la premisa de que el derecho a las prestaciones sanitarias de la Seguridad Social nace de las relaciones de trabajo.

EVOLUCIÓN DE LA COBERTURA SANITARIA PÚBLICA

Antes de analizar la evolución de la cobertura sanitaria pública, es preciso definir qué se entiende por Sistema Sanitario Público. Se entiende por tal, el agregado de todas aquellas modalidades de seguro de protección sanitaria que se financian con recursos públicos, es decir:

- Seguridad Social
- Mutualidades del Estado, en sus dos modalidades de provisión de servicios, Seguridad Social y Seguro Privado y
- Beneficencia.

La evolución de la cobertura sanitaria pública queda reflejada de la siguiente forma:

| AÑO | % COBERTURA SANITARIA PÚBLICA |
|------|-------------------------------|
| 1982 | 86,5% |
| 1983 | 87,5% |
| 1984 | 94,0% |
| 1985 | 96,0% |
| 1986 | 96,0% |

Las continuas integraciones de colectivos en el régimen de la Seguridad Social, a través del reconocimiento como beneficiarios a personas que tuvieran algún tipo de relación con los trabajadores titulares de la Seguridad Social, han dado lugar a que el número de personas que disponen de cobertura sanitaria a través del Sistema Público sea muy elevado; en estas condiciones, alcanzar la protección del 100% de la población constituye una tarea compleja máxime cuando se ha producido un agotamiento de la extensión de la cobertura vía inclusión de colectivos concretos.

Por tanto es necesario determinar quienes son los individuos que integran el colectivo de desprotegidos y cuales son los perfiles que les caracterizan, como paso previo a la toma de medidas conducentes a su integración en el Sistema de Salud Público, tal y como se configura en la L.G.S.

El conocimiento de dicha realidad, preocupación constante de las Administraciones Sanitarias, plantea la posibilidad de su análisis por una doble vía:

a) A través del recuento de las personas que tienen reconocido el derecho a prestaciones sanitarias públicas. Este método válido para sistemas organizados como los de Seguridad Social o de Mutualidades Públicas, a pesar de las dificultades derivadas de la multiplicidad de regímenes, se hace inviable para otro tipo de coberturas como la beneficencia, mutuas privadas, u otros tipos de cobertura sanitaria.

Este método es el seguido por la Seguridad Social para la determinación de la población protegida por la misma, a través de contar el número de titulares y multiplicarlos por un coeficiente (en base a encuesta realizada por la Dirección General de Régimen Económico de la Seguridad Social en 1985) para determinar el número de beneficiarios.

b) A través de la estimación mediante encuesta, que con una aproximación suficiente permite determinar los colectivos amparados por cada tipo de seguro obviando las dificultades anteriormente señaladas.

A las dificultades planteadas para cuantificar los distintos colectivos amparados por cada tipo de seguro y los distintos colectivos amparados por cada tipo de seguro y los colectivos desprotegidos, hay que añadir una nueva dificultad, esencial en el estudio que planteamos, cuál es conocer las características que conforman los colectivos aludidos. Estas características hacen referencia a la situación socioeconómica, familiar, hábitat de residencia, edad, sexo, etc... que son elementos fundamentales para la determinación y descripción de los colectivos desprotegidos.

Todo ello, conlleva el rechazo del método de recuento pues sí plantea dificultades en la determinación de los colec-

La Encuesta de Cobertura Sanitaria (E.C.S.) se diseñó y realizó con el objetivo de conocer y analizar la situación actual de la población española en relación con la cobertura sanitaria

tivos protegidos estas se hacen insuperables, cuando queremos analizar los desprotegidos pues éstos se caracterizan por la falta de información, como es obvio, existente sobre ellos.

De ahí que el esfuerzo se haya dirigido al análisis a través de encuesta que ha permitido introducir en el diseño de la misma conjuntamente con preguntas dirigidas a la determinación cuantitativa de los colectivos protegidos, por cada tipo de seguro y de los colectivos desprotegidos, otras encaminadas a detectar las características a que hacemos referencia especialmente en relación con la población desprotegida.

Con este fin se diseñó y realizó la encuesta que en adelante denominaremos Encuesta de Cobertura Sanitaria (E.C.S.) con el objetivo de conocer y analizar la situación actual de la población española en relación con la cobertura sanitaria.

LA ENCUESTA DE COBERTURA SANITARIA

PRESENTACIÓN Y METODOLOGÍA

El interés de la Administración Sanitaria por la situación de la población española en lo que a protección sanitaria se refiere se concreta, como se ha visto, en la realización de una encuesta que permita definir el perfil de la Cobertura Sanitaria en España.

La unidad de análisis es el hogar dado que en general en cada uno de ellos se impone una modalidad de seguro común a la mayoría de sus miembros, de ahí que la muestra se componga de 3.928 unidades. No obstante, y a fin de que el perfil de la Cobertura Sanitaria se refiriese a personas, la información relativa al tipo de seguro existente en el hogar se individualizó para cada uno de los miembros, lo mismo que los datos básicos del perfil sociodemográfico que permitiera caracterizar la cobertura.

La encuesta o más propiamente, la red de campo, se realizó en septiembre de 1987.

A partir de noviembre se fue disponiendo de resultados

La E.C.S. se realizó en septiembre de 1987 disponiéndose de resultados a partir de noviembre de dicho año

que se utilizaron en la puesta en marcha de medidas concretas tales como el R.D. 1682/1987, de 30 de diciembre.

En este sentido, la información proporcionada en la E.C.S. indicaba que uno de los grupos más claramente de desprotegidos estaba integrado por jóvenes entre 26 y 30 años que seguían dependiendo de la economía familiar que no se habían incorporado al mercado de trabajo, por lo que tampoco disponían de prestación alguna por desempleo.

A continuación se describen las características y diseño muestral de la Encuesta de Cobertura Sanitaria.

a) **Ámbito de la muestra**

La población objeto de estudio, utilizada en el diseño de la Encuesta de cobertura Sanitaria fue el conjunto de viviendas familiares utilizadas durante todo el año o la mayor parte del mismo, como residencia habitual o permanente. Se excluyeron hogares colectivos (hospitales, hoteles, cárceles, etc.) aunque se incluyeron las familias independientes que residen en ellos (conserjes, directores de centro, etc.). El ámbito geográfico, comprendió todo el territorio nacional a excepción de Ceuta y Melilla.

b) **Tipo de muestreo y unidades muestrales**

La muestra se obtuvo, mediante muestreo por conglomerados polietápico con estratificación de las unidades de primera etapa. Estas, están constituidas por las secciones censales y las de la segunda etapa por viviendas familiares. La estratificación de las secciones censales se realizó en dos direcciones: por Comunidad Autónoma y Nivel de hábitat del municipio. Se obtuvieron como resultado 68 estratos correspondientes al cruce de las 17 CC.AA. por los siguientes niveles de habitat:

- municipios de menos de 10.000 habitantes
- municipios de 10.000 a 50.000 habitantes (excluidas capitales de provincia con menos de 50.000 habitantes)
- municipios de 50.001 a 500.000 habitantes (incluidas las capitales de provincia con menos de 50.000 habitantes).
- municipios de más de 500.000 habitantes.

c) Tamaño muestral

Para realizar la afijación muestral por estrato, se consideró la variable «gasto anual medio por hogar en servicios médicos y conservación de la salud» que corresponde al epígrafe «LA COBERTURA SANITARIA PÚBLICA EN ESPAÑA» de la característica «gasto de consumo» recogida en la Encuesta de Presupuestos Familiares del I.N.E.

Para determinar la afijación global se partió del supuesto de que estuviéramos estimando el gasto anual medio en servicios médicos con el objetivo de un coeficiente de variación inferior al 10%, bajo muestreo estratificado por CC.AA. Para abordar el problema de la afijación muestral, se utilizó el método de Afijación Óptima: los tamaños muestrales se obtienen de forma proporcionada a $W_h S_h$, donde S_h^2 es el tamaño de la muestra en el estrato h y representa la varianza poblacional en el estrato h de la variable estudiada. Empleando esta fijación, un tamaño muestral de 3.061 entrevistas proporcionaba un coeficiente de variación del 6%.

La necesidad de que el nivel de desagregación de los resultados permitiera un análisis posterior de los datos por Comunidad Autónoma, y proporcionase información suficiente en las autonomías uniprovinciales, llevó a elevar el tamaño global de partida (3.061 entrevistas según el citado método de Afijación), en función del tamaño poblacional de la CC.AA. y de la magnitud de la varianza poblacional del gasto anual medio. De esta forma, se obtuvo una afijación global de 3.928 hogares cuya distribución se indica a continuación (Cuadro n.º 1).

d) Selección de las unidades muestrales

La selección de las secciones censales, dentro de cada uno de los 68 estratos, se realizó mediante muestreo proporcional al tamaño, donde cada sección tenía una probabilidad de selección igual al cociente de las viviendas familiares de la sección por las del estrato.

CUADRO N.º 1

DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR
COMUNIDADES AUTÓNOMAS Y ESTRATOS DE HÁBITAT

| COMUNIDAD AUTÓNOMA | TOTAL HOGARES | Menos de 20.000 | 10.000 50.000 | 50.000 500.000 | Más 500.000 |
|--------------------|------------------|--------------------|------------------|-------------------|----------------|
| Andalucía | 501 | 141 | 140 | 130 | 90 |
| Aragón | 190 | 74 | 16 | 10 | 90 |
| Asturias | 158 | 25 | 41 | 92 | -- |
| Baleares | 142 | 39 | 42 | 61 | -- |
| Canarias | 146 | 30 | 41 | 75 | -- |
| Cantabria | 121 | 43 | 21 | 57 | -- |
| Castilla-León | 353 | 192 | 23 | 138 | -- |
| Castilla-La Mancha | 260 | 162 | 34 | 64 | -- |
| Cataluña | 414 | 76 | 83 | 120 | 135 |
| Extremadura | 143 | 92 | 29 | 22 | -- |
| Galicia | 254 | 100 | 68 | 86 | -- |
| La Rioja | 121 | 56 | 14 | 51 | -- |
| Madrid | 317 | 15 | 16 | 64 | 222 |
| Murcia | 136 | 18 | 45 | 73 | -- |
| Navarra | 121 | 61 | 18 | 42 | -- |
| País Vasco | 241 | 40 | 63 | 138 | -- |
| Valencia | 310 | 78 | 100 | 68 | 64 |
| TOTAL | 3.928 | 1.242 | 794 | 1.291 | 601 |

De acuerdo con los objetivos de la encuesta se considera como elemento muestral al hogar, definido como la persona o conjunto de personas que ocupan en común una vivienda familiar o parte de ella y consumen alimentos y otros bienes con cargo a un mismo presupuesto. Se entiende por presupuesto el fondo común que permite al ama de casa o persona encargada de la administración del hogar sufragar los gastos comunes a este.

La selección de las unidades de segunda etapa (viviendas), se realizó mediante muestreo sistemático con arranque aleatorio (de acuerdo al callejero existente para cada sección censal).

ESTRUCTURA MUESTRAL

A pesar de que la investigación se dirigió a estudiar las modalidades de seguro propias de los hogares españoles, dado que la cobertura sanitaria es algo individual, se introdujeron en el cuestionario un conjunto de preguntas destinadas a recabar la información correspondiente a cada uno de los miembros del hogar.

Es por esto que se obtuvieron datos correspondientes a los 13.378 individuos encontrados en la muestra de hogares seleccionada, de acuerdo con la siguiente distribución por CC.AA. (Cuadro n.º 2).

CUADRO N.º 2

| COMUNIDADES AUTÓNOMAS | TOTAL INDIVIDUOS |
|-----------------------|------------------|
| Andalucía | 1.943 |
| Aragón | 538 |
| Asturias | 514 |
| Baleares | 466 |
| Canarias | 556 |
| Cantabria | 434 |
| Castilla-León | 1.048 |
| Castilla-La Mancha | 845 |
| Cataluña | 1.297 |
| Extremadura | 449 |
| Galicia | 878 |
| La Rioja | 411 |
| Madrid | 1.135 |
| Murcia | 489 |
| Navarra | 445 |
| País Vasco | 853 |
| Valencia | 1.077 |
| TOTAL | 13.378 |

LA COBERTURA SANITARIA EN ESPAÑA

La cobertura de la población española, se definió a través de la oferta de seguros sanitarios existentes en el país, teniendo en cuenta que el nivel de desgregación

La cobertura de la población española se definió a través de la oferta de seguros sanitarios existentes en el país

fuese el suficiente como para detectar las modalidades existentes, pero sin fragmentar en exceso la distribución descendiendo por ejemplo a nivel de citar los tipos de mutua. En base a estos criterios, se seleccionaron nueve modalidades de seguro sanitario, representativas de la oferta disponible:

- Seguridad Social
- Beneficencia
- Mutualidades del Estado que prestan servicio por sí mismas o por contrato con sociedades o entidades públicas (MUFACE, ISFAS, MUMPAL,...) cuando la entidad aseguradora es la Seguridad Social.
- Mutualidades del Estado que prestan asistencia sanitaria por contrato con entidades privadas (MUFACE, ISFAS, MUNPAL,...) cuando la entidad aseguradora es una mutua privada.
- Seguros de asistencia sanitaria privados o particulares, contratados directa y voluntariamente.
- Seguros de asistencia sanitaria contratados a través de la empresa.
- Iguala médica.
- Otros seguros de asistencia sanitaria, no clasificados en ninguna de las modalidades anteriores.
- Ningún tipo de modalidad de seguro, no cobertura.

No se incluyó como categoría específica el acudir a la consulta de un médico, por tratarse de un mecanismo que no supone un gasto fijo del presupuesto familiar, por lo que difícilmente podrían evaluarse tendencias o regularidades.

ESTIMACIÓN DE LA COBERTURA DE LOS INDIVIDUOS

El Seguro Privado Particular, con un 7,0% de cobertura es el segundo mecanismo de cobertura sanitaria en España

A partir de los 13.378 individuos comprendidos en la muestra de 3.928 hogares seleccionados, se estimaron los siguientes porcentajes de cobertura sanitaria a nivel nacional para cada fórmula de seguro (Cuadro n.º 3).

La distribución, muestra la importancia de la Seguridad Social como mecanismo de cobertura sanitaria en España, con el 90,5%. Le sigue, aunque con un porcentaje mucho más bajo, el Seguro Privado Particular con un 7,0%. A con-

tinuación se sitúan con idéntico valor (1,8%), el Seguro Privado a través de la Empresa y la Igual. Por último, están la Beneficencia y la No cobertura o Ningún Seguro con 0,9% siendo el porcentaje de Otros de escasa relevancia, 0,4%.

CUADRO N.º 3

| MODALIDADES DE SEGURO | % COBERTURA | INTERVALO DE CONFINAZA |
|-----------------------|-------------|------------------------|
| Seguridad Social | 90,5 | (88,15-92,8) |
| Beneficencia | 0,9 | (0,73-1,07) |
| Muturas Estado S.Soc. | 2,8 | (1,49-4,00) |
| Mutuas Estado S.Priv. | 3,0 | (1,49-4,45) |
| Privado Particular | 7,0 | (5,40-8,60) |
| Privado (Empresa) | 1,8 | (1,55-2,05) |
| Iguala | 1,8 | (1,55-2,02) |
| Otros | 0,4 | (0,26-0,54) |
| Ninguno | 0,9 | (0,72-1,08) |

Respecto a la estimación para las Mutualidades del Estado (MUFACE, MUMPAL e ISFAS), supone a partir de la encuesta el 6% de la población española aproximadamente. Esta cifra presenta un sesgo a la baja dado que la estimación directa de la población protegida por las Mutualidades del Estado realizada por dichas instituciones, es del 7% de la población total. Este sesgo no influye en el análisis de las características y comportamiento de esta modalidad de seguro y se debe al escaso peso que presenta en ciertos estratos muestrales.

La cobertura sanitaria por modalidades de seguro y para las distintas Comunidades Autónomas es la reflejada en el Cuadro n.º 4.

Como se puede apreciar, en el cuadro n.º 4, en lo que a la Seguridad Social se refiere se pueden establecer los siguientes grupos de Comunidades Autónomas:

a) Cobertura inferior al 90% y de menor a mayor:

| | |
|----------|-------|
| Aragón | 85,17 |
| Canarias | 85,27 |

CUADRO N.º 4

COBERTURA SANITARIA POR MODALIDADES DE SEGURO Y COMUNIDADES AUTÓNOMAS

| MODALIDAD DE SEGURO | TOTAL | ANDALUCÍA | ARAGÓN | ASTURIAS | BALEARES | CATALUÑA | CANARIAS | CANTABRIA | CASTILLA-LEÓN | CASTILLA-LA MANCHA | EXTREMADURA | GALICIA | LA RIOJA | MADRID | MURCIA | NAVARRA | PAIS VASCO | PAIS VALENCIANO |
|---------------------------|-----------|-----------|--------|----------|----------|----------|----------|-----------|---------------|--------------------|-------------|----------|----------|----------|--------|---------|------------|-----------------|
| TOTAL INDIVIDUOS | 13.378,00 | 2.293,00 | 425,00 | 402,00 | 233,00 | 2.120,00 | 487,00 | 183,00 | 920,00 | 587,00 | 385,00 | 1.001,00 | 91,00 | 1.668,00 | 340,00 | 181,00 | 762,00 | 1.298,00 |
| SEGURIDAD SOCIAL | 90,48 | 91,82 | 85,17 | 93,40 | 92,45 | 92,82 | 85,27 | 93,74 | 89,65 | 91,60 | 92,04 | 87,58 | 90,83 | 85,31 | 88,59 | 97,10 | 93,70 | 92,46 |
| BENEFICENCIA | 0,87 | 1,20 | 1,60 | 0,70 | 0,40 | 1,10 | 2,90 | 0,10 | 1,00 | 0,90 | 0,10 | 0,10 | 1,10 | 1,00 | 0,30 | 0,10 | 0,50 | 0,20 |
| MUTUALIDADES (S. SOCIAL) | 2,75 | 1,85 | 4,13 | 1,77 | 2,55 | 1,13 | 8,46 | 1,88 | 3,23 | 3,89 | 0,68 | 6,16 | 3,06 | 2,01 | 6,13 | 0,68 | 1,89 | 2,78 |
| MUTUALIDADES (S. PRIVADO) | 2,97 | 2,54 | 5,17 | 0,64 | 0,68 | 1,94 | 1,01 | 1,88 | 5,37 | 2,37 | 5,86 | 3,48 | 4,24 | 4,92 | 3,54 | 2,02 | 0,71 | 2,78 |
| SEGURO PRIVADO PARTICULAR | 7,0 | 5,0 | 3,1 | 4,7 | 14,2 | 13,8 | 2,5 | 0,5 | 2,2 | 2,2 | 3,6 | 0,3 | 2,2 | 15,6 | 1,8 | 2,2 | 13,9 | 2,2 |
| SEGURO A TRAVÉS EMPRESA | 1,80 | 1,2 | 2,1 | 2,2 | 5,2 | 2,8 | -- | 1,6 | 0,7 | 0,3 | 1,3 | 0,7 | -- | 3,2 | 0,3 | 2,2 | 4,5 | 1,2 |
| IGUALAS | 1,80 | 0,1 | -- | 0,2 | 4,3 | 0,1 | -- | -- | 1,3 | 14,3 | 3,6 | 0,1 | 3,3 | 4,1 | -- | -- | 0,7 | 2,9 |
| OTROS | 0,40 | 1,0 | -- | -- | 0,9 | 0,6 | 0,4 | -- | -- | 0,2 | -- | -- | -- | 1,0 | -- | -- | 0,1 | -- |
| NINGUNO | 0,90 | 1,6 | 1,6 | 0,5 | 1,7 | 0,3 | 1,2 | 0,5 | 0,5 | 0,2 | 0,8 | 1,4 | -- | 1,3 | 1,2 | -- | 0,5 | 0,5 |

| | |
|---------------------|-------|
| Madrid | 85,17 |
| Galicia | 87,56 |
| Murcia | 88,59 |
| Castilla-León | 89,65 |

b) Cobertura entre el 90% y el 93%:

| | |
|--------------------------|-------|
| La Rioja | 90,83 |
| Castilla-La Mancha | 91,60 |
| Extremadura | 92,04 |
| Baleares | 92,45 |
| C.Valenciana | 92,46 |
| Cataluña | 92,82 |
| Andalucía..... | |

c) Cobertura superior al 93%:

| | |
|------------------|-------|
| Asturias | 93,40 |
| País Vasco | 93,70 |
| Cantabria | 93,74 |
| Navarra..... | 97,10 |

*La beneficencia
cubre la asistencia
sanitaria de un 0,9%
del total del país*

Respecto a la Beneficencia, estimada para el total del país en torno al 0,9%, destacan por su elevado porcentaje las Comunidades de:

| | |
|----------------|------|
| Cataluña | 1,10 |
| Andalucía..... | 1,20 |
| Aragón | 1,60 |

Y por su presencia mínima las Comunidades de:

| | |
|------------------|------|
| Extremadura..... | 0,10 |
| Galicia..... | 0,10 |
| Navarra..... | 0,10 |

En cuanto a la Mutualidades del Estado en general se aprecia un mayor porcentaje de la opción privado en aproximación mediante el 60% de las Comunidades, el resto ven incrementada la opción Seguridad Social debido a una mayor presencia del ISFAS cuyos servicios se asimilan a los de la Seguridad Social, tal es el caso de Murcia con un 6,13% de la opción de la Seguridad Social frente al 3,4% del privado; Canarias con el 8,46% frente al 1,01% y Galicia 6,16 frente al 3,48%.

La distribución del Seguro Privado que se estima en torno al 7% para la población total, presenta por Comunidades Autónomas un amplísimo espectro que va desde:

a) Cobertura por Seguro Privado Particular inferior al 3%

| | |
|--------------------------|-----|
| Galicia | 0,3 |
| Cantabria | 0,5 |
| Murcia | 1,8 |
| Castilla-León | 2,2 |
| Castilla-La Mancha | 2,2 |
| La Rioja | 2,2 |
| Navarra | 2,2 |
| C. Valenciana | 2,2 |
| Canarias | 2,5 |

b) Cobertura entre el 3% y el 5%:

| | |
|-------------------|-----|
| Aragón | 3,1 |
| Extremadura | 3,6 |
| Asturias..... | 4,7 |
| Andalucía..... | 5,0 |

c) Cobertura superior al 5%:

| | |
|------------------|------|
| Cataluña | 13,8 |
| País Vasco | 13,9 |
| Baleares | 14,2 |
| Madrid | 15,6 |

La conclusión más obvia es el hecho de que la implantación del Seguro Privado va ligada a la existencia en la Comunidad correspondiente de grandes núcleos de población con la excepción de la Comunidad Valenciana.

Excepto en la Comunidad Valenciana la implantación del Seguro Privado va ligada a la existencia de grandes núcleos de población

Cuanto al Seguro Privado a través de la empresa, destaca el hecho de que los porcentajes más altos corresponden a las CC.AA. que respecto al Seguro Privado Particular se incluyen en el grupo tercero, es decir, cuentan con grandes ciudades:

| | |
|------------------|-----|
| Cataluña | 2,8 |
| Madrid | 3,2 |
| País Vasco | 4,5 |
| Baleares | 5,2 |

Esto, si se tiene en cuenta que la estimación a nivel nacional para esta fórmula es del 1,8% da idea de hasta que punto el seguro a través de la empresa se encuentra implantado en las grandes ciudades.

Respecto a la Igualdad la distribución es enormemente desigual, destaca con el 14,3% la Comunidad de Castilla-La Mancha, hecho insólito si se observa que el porcentaje para el total nacional se estima en el 1,8%. Le siguen aunque muy lejos: Madrid 4,1%, Baleares 4,3%, Extremadura 3,6%, La Rioja 3,3% y Comunidad Valenciana con 2,9%.

La categoría Otros, incluida a fin de detectar algún tipo de cobertura no incluido explícitamente en las categorías fijadas tiene escasa relevancia, lo que indica que las nueve fórmulas recogen perfectamente la oferta de sistema de protección sanitaria existente en el mercado.

Por último respecto a la No Cobertura, destaca:

- a) No se da tal situación en La Rioja y Navarra.
- b) Están por encima de la estimación total media de 0,9%:

| | |
|----------------|-----|
| Canarias | 1,2 |
| Murcia | 1,2 |
| Madrid | 1,3 |
| Galicia | 1,4 |
| Andalucía..... | 1,6 |
| Aragón | 1,6 |
| Baleares | 1,7 |

- c) En el resto de las Comunidades Autónomas a penas tiene importancia el tanto % de ningún seguro, oscilando entre el 0,2% y el 0,5%.

SOLAPAMIENTOS ENTRE LAS DIFERENTES MODALIDADES DE SEGURO

Una vez estimada a nivel nacional la cobertura de cada uno de los tipos de seguro estudiados, es preciso establecer en qué medida está solapados, es decir, es preciso fijar cuantos individuos en cada seguro disponen además de otro/s. Para llegar a este dato, se filtro la cobertura por cada una de las modalidades consideradas, es decir, tomando como base los individuos que disponían de una fórmula, se estimaban las duplicidades o solapamientos que se producían con otros seguros.

La conclusión que sigue a la realización de tal tratamiento de los datos, es que el solapamiento se produce en la práctica totalidad de los casos entre sistemas públicos y privados. Siendo significativa la duplicidad que se da entre Seguridad Social y el resto de las modalidades de carácter privado, es decir, Seguro Privado Particular, a través de la Empresa, Iguala y también, aunque en menor medida, Mutualidades opción Seguro Privado y Otros.

El cuadro n.º 5 refleja el total de solapamientos entre modalidades así como en que medida una modalidad se dá en exclusiva.

Del análisis de la información que proporciona dicho cuadro, se deduce que en el 81,48% de los casos la Seguridad Social es la única modalidad de seguro de que disponen los individuos. Por el contrario, sólo en el 1,3% de los casos tienen un seguro privado particular exclusivamente, o lo que es igual si el 7% de la población española tiene un seguro privado, el 5,7% dispone a la vez de Seguridad Social.

La Beneficencia no presenta solapamientos con la Seguridad Social, ni con ninguna otra modalidad de seguro.

La Iguala es complementaria de la Seguridad Social en el 94,4% de los casos. Respecto al Seguro Privado a través de la Empresa, existe como modalidad única en sólo el 0,6% de los casos, lo que supone que en el 66% de las ocasiones está solapado con Seguridad Social fundamentalmente. Por lo que se refiere a la categoría «Otros», en el 75% de los casos está solapada con la Seguridad Social.

Por último destaca el hecho de que entre Seguridad Social y Mutualidades, opción seguro privado, aparece alguna duplicación, según se detectó en la revisión de los cuestionarios para este caso concreto, responde al caso de hijos de matrimonios de funcionario/a titular de Mutualidades opción privado y trabajador/a sujeto al Régimen General de la Seguridad Social.

De todos los españoles con seguro privado particular, el 81,4% dispone a la vez de Seguridad Social

CUADRO N.º 5

SOLAPAMIENTOS ENTRE LAS DIVERSAS FÓRMULAS DE COBERTURA SANITARIA

| MODALIDAD BASE | TOTAL INDIVIDUOS | % INDIVIDUOS (*) | SOLAPAMIENTOS O DUPLICIDADES EN % (**) | | | | | | | | MODALID. EXCLUSIV. | |
|--------------------|------------------|------------------|--|--------------|----------------------|--------------------|--------------------|-----------------|--------|-------|--------------------|---------------------|
| | | | SEGURIDAD SOCIAL | BENEFICENCIA | MUTUALIDAD SEG. SOC. | MUTUALIDAD PRIVADA | PRIVADO PARTICULAR | PRIVADO EMPRESA | IGUALA | OTROS | | TOTAL SOLAPAMIENTOS |
| Seguridad Social | 12.138 | 90,48 | | | | 0,3 | 5,6 | 1,1 | 1,7 | 0,3 | 9,0 | 81,46 |
| Beneficencia | 113 | 0,9 | | | | | | | | | 0,0 | 0,9 |
| Miudes. Seg. Soc. | 341 | 2,75 | | | | | 0,1 | | | | 0,1 | 2,6 |
| Miudes. Seg. Priv. | 391 | 2,97 | 0,3 | | | | | 0,1 | | | 0,4 | 2,5 |
| Privado Particular | 940 | 7,0 | 5,6 | | 0,1 | | | | | | 5,7 | 1,3 |
| Privado Empresas | 234 | 1,8 | 1,1 | | | 0,1 | | | | | 1,2 | 0,6 |
| Iguala | 228 | 1,8 | 1,7 | | | | | | | | 1,7 | 0,1 |
| Otros | 57 | 0,4 | 0,3 | | | | | | | | 0,3 | 0,1 |

(*) Porcentaje de Individuos que tienen una modalidad respecto al total de individuos de la muestra 13.378.

(**) Todos los % están referidos al total muestral.

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA COBERTURA SANITARIA

A fin de determinar qué elementos son los que determinan el que los individuos tengan un tipo u otro de seguro, así como qué variables inciden en que exista o no asociación entre diferentes modalidades y en qué porcentajes de cobertura sean mayores o menores, se introdujeron en la E.C.S. un conjunto de variables sociodemográficas que permitieran relacionar el perfil de los individuos con el tipo de cobertura que tienen.

Las variables sociodemográficas utilizadas, fueron:

Respecto a Individuos:

- ◊ Edad
- ◊ Sexo
- ◊ Situación Laboral (Trabajo a tiempo completo, Trabajo a tiempo parcial, Paro ganando algún dinero, Paro, Baja por enfermedad, Estudiando, Jubilado, Ama de casa, Otra, NS. NC.).
- ◊ Nivel de hábitat (menos de 10.000 hab., de 10.000 a 50.000, de 50.000 a 500.000 y más de 500.000 hab.).
- ◊ Comunidad Autónoma.
- ◊ Condición (sustentador principal del hogar, o no).
- ◊ Titularidad del Seguro (titular o beneficiario)
- ◊ Aporta o no ingresos al hogar.

Respecto a hogares:

- ◊ Ingresos del hogar (Nivel bajo = 50.000 pts./mes; Medio Bajo de 50.000 a 75.000 pts./mes; Medio de 75.000 a 100.000 pts./mes; Medio Alto de 100.000 a 150.000 pts./mes y Alto Acomodado más de 150.000 pts./mes.
- ◊ Estudios realizados por el sustentador principal del hogar.
- ◊ Ocupación del sustentador principal del hogar
- ◊ Número de miembros del hogar.

ANÁLISIS DE LA COBERTURA SANITARIA EN FUNCIÓN DE LAS VARIABLES SOCIOECONÓMICAS

Al desagregar la cobertura por las variables sociodemográficas indicadas, se obtuvieron los siguientes resultados con carácter general:

a) Por edades

Por edades, destaca el comportamiento del grupo de 26 a 30 años, respecto a la cobertura por Seguridad Social, que se caracteriza por tener la menor cobertura por Seguridad Social. Dicho grupo de edad presenta una cobertura del 84,3% frente a la estimación total del 90,5%. La detección de esta situación, llevó, entre otras razones, a la promulgación del R.D. 1682/1987, de 30-12, por el cual se amplió la asistencia sanitaria a individuos mayores de 26 años pertenecientes a hogares en los que el titular disponía de Seguridad Social. La puesta en vigor de dicha norma, supone aproximadamente el incremento del 6% en la cobertura para dicho grupo de edad. Por lo que se refiere al resto de las modalidades de seguro la distribución por edades resulta también estadísticamente significativo el comportamiento del grupo de 26 a 30 años con porcentajes superiores a la estimación total en Seguro Privado Particular y Privado a través de la Empresa.

Es también llamativo el descenso de la cobertura por Seguridad Social en los grupos de 26 a 40 y de 41 a 65 años compensados con los altos porcentajes que dichos grupos presentan en las Mutualidades del Estado.

b) Por sexo

Por lo que se refiere al sexo, no se dan diferencias cuando las modalidades de seguro son públicas, en cambio en el caso del Seguro Privado Particular y a través de la Empresa, se da una mayor cobertura de los varones.

La menor cobertura por Seguridad Social afecta a los españoles comprendidos entre 26 y 30 años de edad.

CUADRO N.º 6

COBERTURA POR EDADES

| MODALIDAD DE SEGURO | TOTAL | -14 | 15 a 17 | 18 a 21 | 22 a 25 | 26 a 30 | 31 a 40 | 41 a 50 | 51 a 60 | 61 a 65 | 66 a 75 | 75 y + |
|---------------------|-------|------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|--------|
| | | años | años | años | años | años | años | años | años | años | años | años |
| SEGURIDAD SOCIAL | 90,5 | 90,7 | 90,6 | 91,1 | 92,1 | 84,3 | 89,0 | 90,7 | 93,7 | 92,4 | 89,0 | 92,7 |
| BENEFICENCIA | 0,9 | 0,9 | 0,9 | 0,9 | 0,5 | 0,4 | 0,4 | 0,8 | 0,7 | 0,7 | 1,6 | 1,9 |
| MUTUA EST.SEG.SOC | 2,8 | 3,2 | 1,2 | 2,4 | 2,0 | 3,0 | 3,2 | 2,0 | 1,8 | 1,3 | 4,8 | 2,2 |
| MUTUA EST.SEG.PRIV. | 3,0 | 3,8 | 2,7 | 2,9 | 2,2 | 3,5 | 4,5 | 2,3 | 1,8 | 3,8 | 2,6 | 1,0 |
| PRIVADO PARTICULAR | 7,0 | 5,9 | 8,8 | 6,4 | 6,6 | 8,5 | 8,4 | 7,5 | 6,5 | 8,1 | 7,2 | 5,4 |
| PRIVADO EMPRESA | 1,8 | 1,6 | 1,2 | 1,9 | 2,6 | 2,7 | 1,9 | 1,2 | 2,3 | 1,4 | 0,6 | 1,4 |
| IGUALA | 1,8 | 1,4 | 1,9 | 1,1 | 1,9 | 1,6 | 1,2 | 1,8 | 1,9 | 1,1 | 2,7 | 2,7 |
| OTROS | 0,4 | 0,5 | 0,0 | 0,6 | 0,1 | 1,0 | 0,5 | 0,6 | 0,5 | 0,3 | 0,0 | 0,0 |
| NINGUNO | 0,9 | 0,3 | 0,7 | 0,8 | 1,2 | 4,4 | 1,2 | 1,2 | 0,4 | 0,3 | 0,6 | 0,4 |

CUADRO N.º 7

COBERTURA POR SEXO

| MODALIDAD DE SEGURO | HOMBRE | MUJER |
|-------------------------|--------|-------|
| Seguridad Social | 90,8 | 90,6 |
| Beneficencia | 0,7 | 1,0 |
| Mutua E. Seg. Social | 2,7 | 2,4 |
| Mutua E. Seguro Privado | 2,9 | 3,0 |
| Privado Particular | 7,1 | 7,0 |
| Privado Empresa | 1,9 | 1,6 |
| Iguala | 1,7 | 1,7 |
| Otros | 0,4 | 0,5 |
| Ninguno | 1,0 | 0,8 |

c) Por ingresos mensuales

El hecho de aportar ingresos al hogar, está muy ligado con la situación laboral, y mientras que en la Seguridad Social son mayoría quienes aportan dinero a la economía familiar, los que no aportan, destacan en el grupo de «Ningún seguro».

Los ingresos constituyen una variable muy determinante del tipo de cobertura sanitaria. A medida que aumenta el nivel de renta, disminuye la cobertura por Seguridad Social. No obstante esta tendencia, queda muy matizada al considerar conjuntamente las Mutualidades del Estado. Por el contrario el Seguro Privado, crece a medida que lo hacen los ingresos. La Beneficencia, es característica de los niveles de ingresos bajos y no se utiliza en el nivel Alto Acomodado. El Seguro Privado a través de la Empresa, es característico de los ingresos mientras que la Iguala se concentra en los niveles Bajo y Medio Bajo. Por último, la categoría Ninguno esta polarizada en los niveles de ingresos Bajo y Medio Alto junto con Alto Acomodado.

El nivel de renta es una variable muy determinante del tipo de cobertura sanitaria

CUADRO N.º 8

COBERTURA POR INGRESOS MENSUALES

| MODALIDAD SEGURO | NIVEL BAJO | MEDIO BAJO | MEDIO | MEDIO ALTO | ALTO ACOM. | NO DECLARADO |
|-------------------|------------|------------|-------|------------|------------|--------------|
| Seguridad Social | 93,7 | 94,1 | 91,8 | 87,1 | 74,5 | 90,9 |
| Beneficencia | 2,3 | 0,5 | 0,3 | 0,2 | 0,0 | 0,6 |
| Mutua E.Seg.Soc. | 0,3 | 1,5 | 2,6 | 4,6 | 8,6 | 2,7 |
| Mutua E. Seg. Pr. | 0,6 | 1,9 | 2,8 | 4,6 | 11,9 | 2,3 |
| Priv. Particular | 3,1 | 4,8 | 6,7 | 9,3 | 16,5 | 16,6 |
| Privado Empresa | 0,2 | 0,8 | 2,6 | 2,9 | 6,5 | 1,1 |
| Iguala | 2,0 | 2,2 | 1,1 | 1,5 | 1,7 | 1,6 |
| Otros | 0,0 | 0,6 | 0,3 | 0,6 | 0,9 | 0,7 |
| Ninguno | 1,5 | 0,7 | 0,4 | 1,2 | 1,1 | 0,9 |

d) Respecto a la situación laboral

Respecto a la situación laboral, se observa que la cobertura por Seguridad Social es máxima para las categorías: ocupados, jubilados y amas de casa. Para el Seguro Privado, presentan los porcentajes de cobertura más altos: trabajo a tiempo completo, ama de casa, jubilado y trabajo a tiempo parcial. Nutren el grupo de desprotegidos, los parados que presentan los valores más altos en «Ningún Seguro» y los más bajos en Seguridad Social y los jubilados que junto con los primeros, son categorías mayoritarias en el uso de la Beneficencia.

CUADO N.º 9

COBERTURA POR SITUACIÓN LABORAL

| MODALIDAD DE SEGURO | TOTAL | TRAB. TPO. COMP. | TAB. TPO. PARC. | PARO PERO GANA. | PARO | BAJA POR ENFERMEDAD | ESTU-DIANTE | JUBI-LADO | AMA DE CASA | OTRA | N/S N/C |
|---------------------|-------|------------------|-----------------|-----------------|------|---------------------|-------------|-----------|-------------|------|---------|
| Seguridad Social | 90,5 | 90,8 | 93,9 | 88,7 | 88,6 | 95,3 | 89,9 | 92,1 | 91,7 | 86,9 | 96,2 |
| Beneficencia | 0,9 | 0,2 | 0,6 | 4,2 | 2,2 | 0,0 | 0,5 | 1,3 | 0,7 | 1,8 | 3,8 |
| Mut.E.Seg.Social | 2,8 | 2,8 | 0,6 | 0,0 | 1,6 | 0,0 | 3,2 | 3,2 | 2,2 | 2,3 | 0,0 |
| Mut.E.Seg.Privado | 3,0 | 3,4 | 3,0 | 0,0 | 1,6 | 0,0 | 3,6 | 2,0 | 2,8 | 4,3 | 0,0 |
| Privado Particular | 7,0 | 7,9 | 6,5 | 8,0 | 5,1 | 2,6 | 0,8 | 6,2 | 7,0 | 5,5 | 7,7 |
| Privado empresa | 1,8 | 2,5 | 0,8 | 1,4 | 1,0 | 0,5 | 2,1 | 1,2 | 1,4 | 1,7 | 0,0 |
| Iguala | 1,8 | 2,0 | 1,9 | 0,5 | 1,2 | 2,1 | 1,5 | 1,9 | 1,9 | 1,2 | 3,8 |
| Otros | 0,4 | 0,7 | 0,2 | 0,0 | 0,3 | 0,0 | 0,5 | 0,0 | 0,3 | 1,0 | 0,0 |
| Ninguno | 0,9 | 0,5 | 1,3 | 3,8 | 4,5 | 2,6 | 0,4 | 0,3 | 0,7 | 1,8 | 0,0 |

e) Por nivel de hábitat

En lo que se refiere al Nivel de Hábitat, la Seguridad Social presenta los mayores porcentajes de cobertura, en municipios de menos de 10.000 habitantes, y los menores

La Seguridad Social presenta los mayores porcentajes de cobertura en municipios de menos de 10.000 habitantes

en los de más de 500.000. La Beneficencia no se da en el estrato inferior, menos de 10.000 hab. Las Mutualidades del Estado presentan diferentes comportamientos según sea la provisión de los servicios pública o privada. En el primer caso, crece la cobertura hasta el estrato de 50.000 a 500.000 disminuyendo significativamente después, téngase en cuenta que dicho estrato incluye las capitales de provincia.

En cambio en el segundo, es decir para la opción privado, la cobertura es creciente hasta alcanzar el valor máximo en el estrato de más de 500.000 habitantes, coincidiendo con el Seguro Privado particular. Este último junto con el Privado a través de la Empresa, se concentran en las ciudades de más de 500.000 habitantes. La Igualta esta muy implantada en el ámbito rural. Por último, destaca el hecho de que la categoría Ningún Seguro, se encuentra en el 50% de los casos en el estrato superior de habitat, es decir, en las ciudades de más de 500.000 habitantes.

CUADRO N.º 10

COBERTURA POR NIVEL DE HABITAT

| MODALIDAD SEGURO | MENOS DE 10.000 | 10.000 a 50.000 | 50.000 a 500.000 | MÁS DE 500.000 |
|--------------------|-----------------|-----------------|------------------|----------------|
| Cobertura Pública | 98,4 | 98,7 | 97,6 | 92,5 |
| Seguridad Social | 94,0 | 92,2 | 90,5 | 85,0 |
| Beneficencia | 0,4 | 1,2 | 0,8 | 1,1 |
| Mutua E. Seg. Soc. | 1,7 | 2,9 | 3,2 | 2,3 |
| Mutua E. Privado | 2,3 | 2,4 | 3,1 | 4,1 |
| Privado Particular | 5,1 | 3,9 | 6,2 | 14,4 |
| Privado Empresa | 0,9 | 1,3 | 1,9 | 3,2 |
| Iguala | 3,3 | 1,5 | 0,8 | 1,1 |
| Otros | 0,2 | 0,7 | 0,5 | 0,4 |
| Ninguno | 0,7 | 0,4 | 0,9 | 1,9 |

f) Por estudios del sustentador principal.

Otra variable con gran capacidad para discriminar comportamientos, en lo que a la modalidad de cobertura disponible se refiere, son los estudios del sustentador principal del hogar. El que el sustentador tenga estudios superiores, se traduce en diferencias significativas a la baja en la cobertura por Seguridad Social mientras que en las Mutualidades del Estado y en el Seguro Privado se da una cobertura creciente y exponencial cuanto mayor es el nivel de estudios del sustentador. En cambio la Iguala es mayor cuanto menor es el nivel de estudios mientras que la categoría Ningún Seguro se polariza entre «Primario o menos» y «Superiores», paralelamente a lo que sucediera con el nivel de ingresos, dado que ambas variables constituyen un indicador del status del hogar.

CUADRO N.º 11

COBERTURA POR ESTUDIOS

| MODALIDAD SEGURO | PRIMARIOS O MENOS | EGB, BUP BACH., etc. | UNIVERSI- TARIOS | NO SABE NO CONTS. |
|-----------------------|----------------------|-------------------------|---------------------|----------------------|
| Seguridad Social | 94,0 | 90,3 | 70,9 | 89,2 |
| Beneficencia | 1,1 | 0,3 | 0,3 | 1,3 |
| Mutua E. Seg. Soc. | 1,0 | 3,6 | 11,3 | 0,8 |
| Mutua E. Seg. Privado | 1,4 | 3,2 | 10,8 | 6,3 |
| Privado Particular | 3,9 | 12,4 | 18,1 | 7,0 |
| Privado Empresa | 1,0 | 2,3 | 5,9 | 0,2 |
| Iguala | 2,1 | 0,5 | 1,3 | 0,8 |
| Otros | 0,3 | 0,4 | 1,3 | 0,0 |
| Ninguno | 1,0 | 0,3 | 1,4 | 1,1 |

g) Por ocupación del sustentador principal

La observación de la relación de la relación existente entre cobertura y ocupación del sustentador principal, muestra que ya sea aquélla pública o privada, la población

más desprotegida la integran individuos en cuyos hogares los sustentadores son: Amas de casa, Jubilados y Trabajadores por su cuenta.

CUADRO N.º 12

COBERTURA POR OCUPACIÓN DEL SUSTENTADOR PRINCIPAL

| MODALIDAD DE SEGURO | SU CUENTA | CUENTA AJENA | PARADO/ DESMP. | ESTU- DIANTE | JUBILADO | AMA DE CASA | N.S. N.C. | TOTAL |
|---------------------|-----------|--------------|----------------|--------------|----------|-------------|-----------|-------|
| Seguridad Social | 93,8 | 89,8 | 93,5 | 100,0 | 89,8 | 71,7 | 91,4 | 90,5 |
| Beneficencia | 0,7 | 0,3 | 3,4 | 0,0 | 1,3 | 1,9 | 3,4 | 0,9 |
| Mutua Seg. Social | 0,8 | 3,4 | 0,0 | 0,0 | 3,0 | 1,9 | 0,0 | 2,5 |
| Mutua Seg. Privado | 0,2 | 4,7 | 1,3 | 0,0 | 1,9 | 17,0 | 0,0 | 3,0 |
| Privado Particular | 12,2 | 5,2 | 5,7 | 16,7 | 6,7 | 5,7 | 5,2 | 7,0 |
| Privado Empresa | 1,0 | 2,3 | 0,9 | 0,0 | 1,3 | 1,9 | 10,3 | 1,8 |
| Iguala | 3,4 | 1,0 | 0,7 | 0,0 | 1,9 | 0,0 | 0,0 | 1,8 |
| Otros | 0,9 | 0,5 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,4 |
| Ninguno | 1,1 | 0,6 | 1,5 | 0,0 | 1,4 | 1,9 | 0,0 | 0,9 |

ANÁLISIS DE LA COBERTURA SANITARIA EN FUNCIÓN DE LA TITULARIDAD DEL SEGURO

Con respecto a la Titularidad, cabe decir que es el tipo de seguro del Titular el que, obviamente, condiciona la cobertura del hogar. Los Titulares son fundamentalmente trabajadores a tiempo completo y jubilados, mientras que los Beneficiarios básicamente amas de casa y estudiantes. Por edades se aprecia que la cobertura es más alta en los grupos comprendidos entre 41 a 65 y 26 a 40 años tanto para unos como para otros. En las Mutualidades se aprecia

un desplazamiento hacia los mayores de 65 años de la opción Seguridad Social, junto con otro de sentido contrario hacia los de 36 a 40 años de la opción Seguro Privado. Se aprecia también una relación significativa entre el Seguro de que dispone el Titular y la actividad profesional que realiza. Por último en cuanto a Titularidad y habitat, mientras que el comportamiento de los Titulares presenta fluctuaciones, los Beneficiarios presentan un porcentaje de cobertura creciente hasta los niveles de 50.000 a 500.000 habitantes para disminuir en las ciudades de más de 500.000 habitantes.

Una vez descrita la cobertura sanitaria de la población española y sus características, conviene recuperar el hilo argumental de este trabajo. Desde la perspectiva de la equidad, principio básico sobre el que se asienta la reforma sanitaria inspirada por la Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad, es objetivo a medio plazo, de la Administración Sanitaria alcanzar la universalización de la cobertura asistencial del Sistema Sanitario Público. El primer paso hacia la consecución de tal objetivo, es la generalización del derecho a las actuales prestaciones de la asistencia sanitaria Pública a toda la población, tal como se indicó al comienzo de estas páginas. Desde un punto de vista pragmático-técnico, antes de ampliar la cobertura al cien por cien de la población, es preciso determinar quiénes son los individuos que carecen de cobertura sanitaria pública y cuál es su perfil.

La E.C.S. constituye un mecanismo capaz de proporcionar un perfil de la desprotección, en lo que a cobertura sanitaria pública se refiere, a continuación se realiza un análisis en este sentido, a partir de los datos de dicha encuesta.

RESUMEN DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN ESPAÑOLA EN RELACIÓN A LA COBERTURA SANITARIA

Como conclusión general destaca el elevado porcentaje de cobertura por el Sistema Público, 97,07%, existente en España. Por CC.AA la estimación oscila entre

La cobertura del Sistema Sanitario Público oscila entre el 93,24% de la población en Madrid y el 99,9% en Navarra

el 93,24% correspondiente a Madrid y el 99,9% de Navarra. Esto hace que analizada la cobertura en relación a las variables socioeconómicas características de la población española se refleje la estructura de ésta última.

De las características analizadas se deduce que el colectivo que presenta los mayores porcentajes de cobertura sanitaria pública se compone de individuos que independientemente de su edad y sexo, pertenecen a los niveles de ingresos bajo, medio-bajo y medio; viven en estratos de habitat rurales o intermedios; pertenecen a la categoría de ocupados o jubilados, en lo que a la situación laboral se refiere o bien son descendientes de ellos (amas de casa, estudiantes), por lo que reespecta a los hogares en los que se integran, pertenecen a niveles de status bajo y medio lo que se manifiesta en que los sustentadores principales son trabajadores que cursaron estudios primarios en su mayoría.

En contrapartida los efectivos de población que dispone de modalidades de seguro privado, se caracterizan por incluirse en los niveles de ingresos superiores a medio, es decir medio alto, alto acomodado y no declarado; pertenecen a los niveles de habitat urbanos en especial ciudades de más de 500.000 habitantes; respecto a la situación laboral en general son ocupados incluyéndose gran número de trabajadores por su cuenta (empresarios, profesionales liberales, etc.) junto con sus descendientes (estudiantes). En cuanto al status del hogar es para estos individuos en general alto lo que se deduce de que la mayor parte de los sustentadores principales cursaron estudios superiores y son trabajadores autónomos.

En definitiva el Sistema Sanitario Público proporciona cobertura sanitaria a la mayor parte de la población española. El Seguro Privado constituye un mecanismo no sustitutorio sino complementario de la cobertura pública de tal manera que las rentas altas disponen, además, de un Seguro Privado particular y las bajas de una Iguala. Lo que supone que hoy por hoy es el Sistema Público el que satisface mayoritariamente las necesidades, en materia de asistencia sanitaria, de la población española.

No se mencionan aquí los colectivos desprotegidos por ser objeto de un capítulo posterior a este artículo

PERFIL DE LOS INDIVIDUOS QUE NO DISPONEN DE LA COBERTURA DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO

En la línea argumental de este artículo, si bien la beneficencia es una modalidad de cobertura financiada con recursos públicos, como señala la Ley de Bases de Sanidad de 1944, incluida por tanto en lo que se denomina Sistema Sanitario Público, de cara al objetivo de universalización, tal como se ha definido a lo largo de estas páginas (generalización de las actuales prestaciones sanitarias a toda la población, con carácter de derecho), conviene determinar el perfil de sus usuarios dado que son susceptibles de incorporarse a la población protegida por el Sistema Sanitario Público, en resumen, desde la perspectiva de este trabajo, al analizar la «no cobertura», se incluirá la Beneficencia.

Refuerza esta idea, el hecho de que la información facilitada por la E.C.S., indica que la Beneficencia es una modalidad de seguro que se utiliza en exclusiva, es decir, sus usuarios no disponen de ningún otro seguro.

En términos generales, el Sistema Sanitario Público proporciona cobertura sanitaria a la gran mayoría de la población (97,07%). Dada esta situación, el análisis del, aproximadamente, 3% de individuos que no disponen de una modalidad pública para resolver sus problemas de salud, resulta complejo ya que se reduce al perfil de 392 individuos del total de 13.378 que componen la muestra.

El 3% de la población española carece de cobertura

Del análisis general de la cobertura cuyas conclusiones más significativas han quedado reflejadas en el apartado «Características generales de la cobertura sanitaria», se deduce que el 3% de la población española carece de cobertura. Este colectivo se nutre de quienes disponen de algún tipo de seguro privado exclusivamente, junto a los que declararon no tener ningún seguro o son usuarios de la Beneficencia.

Si se analizan los tres grupos de individuos mencionados, se deduce lo siguiente:

1 Los individuos que disponen exclusivamente de un

seguro privado (1,3%) pertenecen a los altos niveles de renta y ejercen en multitud de ocasiones como profesionales liberales o empresarios, por lo que su inclusión dentro de la población protegida por el Sistema Sanitario Público, no va a suponer cambio alguno en sus hábitos, en lo que a la atención sanitaria se refiere, es decir, van a continuar acudiendo al Sistema Privado.

2. Los individuos que no tienen ningún seguro son quienes más urgentemente requieren su inclusión entre la población protegida por el Sistema Público, es decir, aquellos a quienes más directamente van a afectar las medidas tendentes a la universalización de la Asistencia Sanitaria Pública.

3. Por último, respecto a los usuarios de la Beneficencia, que como se vio, no disponen de ningún otro seguro, si bien están protegidos por el Sistema Público «de hecho», son susceptibles de cobertura en términos de «derecho».

A continuación se presentan los resultados del análisis descriptivo de los grupos 2 y 3, incidiendo en las variables ingresos y situación laboral por tramos de habitat, ya que proporcionan la información más relevante en lo que al perfil de la «no cobertura» se refiere y desde la perspectiva que nos ocupa, la universalización.

INDIVIDUOS SIN NINGÚN SEGURO

La mayor parte de los individuos que declararon no disponer de ningún seguro, residen en ciudades pertenecientes a los niveles de habitat altos, 50.000 a 500.000 habitantes (28%) y más de 500.000 (44%). Por Comunidades Autónomas, más del 60% se concentra en Andalucía (29,8%), Madrid (18,2%) y Galicia (11,6%). Del resto de las Comunidades, sólo Aragón (5,8%) aporta más del 5% de individuos sin ningún tipo de seguro.

El 60% de los epañoles sin ningún tipo de seguro se concentra en Andalucía

Al analizar la distribución de los individuos sin seguro en función de los ingresos mensuales del hogar y por niveles de habitat (cuadro n.º 13), con la excepción del estrato de menos de 10.000 habitantes, en el que la presencia de los niveles de ingresos alto acomodado y no declarado es nula,

se aprecia una tendencia creciente a la polarización de la no cobertura entre los ingresos bajos y altos que se consolida en el estrato de más de 500.000 habitantes donde la no cobertura en el nivel bajo de ingresos es del 4,1% frente a los 2,5% y 3,2% de los niveles alto acomodado y no declarado respectivamente.

CUADRO N.º 13

INDIVIDUOS SIN NINGÚN SEGURO POR
ESTRATO DE HABITAT E INGRESOS MENSUALES

| NIVEL HABITAT | INGRESOS MENSUALES | | | | | | TOTAL |
|------------------|--------------------|---------------|----------------|---------------|--------------|-----------------|-------|
| | BAJO | MEDIO BAJO | MEDIO MEDIO | MEDIO ALTO | ALTO ACO. | NO DE- CLAR. | |
| Menos de 10.000 | 1,0 | 0,8 | 0,3 | 0,8 | -,- | -,- | 0,7 |
| 10.000 a 50.000 | 0,7 | -,- | 0,4 | -,- | 0,7 | 0,9 | 0,4 |
| 50.000 a 500.000 | 1,7 | 0,5 | 0,3 | 2,2 | 0,3 | 0,4 | 0,9 |
| Más de 500.000 | 4,1 | 1,5 | 0,4 | 0,8 | 2,5 | 3,2 | 1,9 |

En cuanto a la desagregación por situación laboral y nivel de hábitat (cuadro n.º 14), destaca la importancia de la categoría «parado» sea percibiendo o no algún dinero, entre los individuos sin cobertura. En el estrato de menos de 10.000 habitantes, dichas categorías son las únicas en las que el ítem ningún seguro tienen importancia (3,7% y 2,3% respectivamente). En el siguiente estrato de hábitat, se cifran en 3,6% y 2,1% lo cual en contraste con el 0,4% que constituye la estimación total en dicho estrato, reproduce la situación descrita en el nivel de hábitat de menos de 10.000 habitantes.

A medida que crece el nivel de hábitat, se incrementa la presencia del colectivo en paro entre la población sin seguro, así en el estrato de 50.000 a 500.000 habitantes, son 3,5% los parados ganando algún dinero, y 4,0% los parados sin más frente a la estimación total de 0,9% en dicho estrato. Por último, en las ciudades de más de

La categoría «ningún seguro» está muy asociada a los jóvenes 500.000 habitantes, los valores correspondientes son 4,4% y 10,1% respectivamente, frente a una estimación global de 1,9%.

CUADRO N.º 14

INDIVIDUOS SIN COBERTURA POR ESTRATO DE HABITAT Y SITUACIÓN LABORAL

| HABITAT | SITUACIÓN LABORAL % | | | | | | | | | | |
|------------------|---------------------|---------------------|--------------------|---------------|------|------|-------------|-----------|-------------|-------|-----------|
| | TOTAL | TRAB. TPO. COMPLETO | TRAB. TPO. PARCIAL | PARO PEROGANA | PARO | BAJA | ESTU-DIANTE | JUBI-LADO | AMA DE CASA | OTROS | N.S. N.C. |
| Menos de 10.000 | 0,1 | 1,0 | -,- | 3,7 | 2,3 | -,- | -,- | -,- | 0,5 | 2,6 | -,- |
| 10.000 a 50.000 | 0,4 | 0,2 | -,- | 3,6 | 2,7 | -,- | 0,1 | -,- | 0,2 | 0,5 | -,- |
| 50.000 a 500.000 | 0,9 | 0,2 | 2,8 | 3,6 | 4,0 | 5,9 | 0,4 | 0,6 | 0,8 | 1,2 | -,- |
| Más de 500.000 | 1,9 | 0,8 | 3,0 | 4,4 | 10,1 | 5,4 | 1,3 | 0,3 | 1,4 | 4,8 | -,- |

En resumen y teniendo en cuenta los resultados fundamentales del análisis de la no cobertura, así como las conclusiones del conjunto de la investigación, se aprecia la asociación existente entre el no disponer de seguro alguno y estar parado. Respecto a los ingresos, el ningún seguro se concentra en los niveles de ingresos bajo, Medio Bajo y No Declarado, con cierta importancia en el nivel Alto Acomodado en ciudades de más de 500.000 habitantes. Aunque por edades el colectivo está muy distribuido en cada nivel de habitat, en general la categoría ningún seguro, está muy asociada a los jóvenes, sea cual sea su sexo, que en general no aportan ingresos al hogar y que con mucha frecuencia está en paro, les siguen en presencia amas de casa, estudiantes y jubilados apareciendo también en algunas Comunidades Autónomas, como Canarias, los individuos que trabajan a tiempo parcial.

INDIVIDUOS ACOGIDOS A LA BENEFICENCIA

CUADRO N.º 15

INDIVIDUOS CON BENEFICENCIA POR ESTRATO DE HABITAT E INGRESOS MENSUALES

| NIVEL HABITAT | INGRESOS MENSUALES | | | | | | TOTAL |
|------------------|--------------------|------------|-------|------------|-----------|-------------|-------|
| | BAJO | MEDIO BAJO | MEDIO | MEDIO ALTO | ALTO ACO. | NO DE-CLAR. | |
| Menos de 10.000 | 0,5 | 0,2 | 0,3 | 1,2 | -,- | 0,2 | 0,4 |
| 10.000 a 50.000 | 3,4 | 0,7 | 0,2 | -,- | -,- | 1,1 | 1,2 |
| 50.000 a 500.000 | 3,4 | 0,5 | 0,4 | -,- | -,- | 0,4 | 0,8 |
| Más de 500.000 | 4,3 | 0,5 | 0,4 | -,- | -,- | 0,9 | 1,1 |

En general y con excepción del nivel de habitat bajo, menos de 10.000 habitantes, donde la escasa representatividad estadística de los datos aconseja no hacer valoración alguna, la beneficencia concentra en el nivel de ingresos bajo en todos los estratos de habitat a partir de 10.000 habitantes, (cuadro n.º 15) de tal manera que en el estrato de 10.000 a 50.000 habitantes la beneficencia supone el 72% que en términos globales se traduce en un 3,4% en el nivel de ingresos bajo frente al 1,2% del total. En el siguiente, de 50.000 a 500.000 habitantes, se mantiene el 72% suponiendo también el 3,4% pero frente a una estimación total en dicho estrato de habitat del 0,8%. En el caso de más de 500.000 habitantes, la beneficencia alcanza el 80,6% en el nivel de ingresos bajo, lo que se traduce en un 4,3% respecto al conjunto de la cobertura que es el 1,1%, en dicho estrato.

Si se analizan los usuarios de la beneficencia por tramos de habitat y situación laboral, (cuadro n.º 16) se observa que en el estrato de menos de 10.000 habitantes los valores más altos corresponden a jubilados, trabajado-

res a tiempo parcial y amas de casa con porcentajes del 0.6% para los dos primeros y 0,5% para las últimas. En los dos siguientes estratos 10.000 a 50.000 y 50.000 a 500.000 habitantes son los parados sea cobrando o no algún dinero quienes mayor presencia tienen (9,1% y 3,8% junto con 7,0% y 2,7% respectivamente) lo que supone que la implantación de la beneficencia resuelve la situación de los parados en ciudades comprendidas entre 10.000 y 500.000 habitantes. En el nivel de habitat superior, se mantiene la importancia de la categoría «paro» (2,1%) desapareciendo «paro pero gana».

CUADRO N.º 16

INDIVIDUOS CON BENEFICENCIA
POR ESTRATO DE HABITAT Y SITUACIÓN LABORAL

| HABITAT | SITUACIÓN LABORAL % | | | | | | | | | | |
|------------------|---------------------|----------------------------|--------------------------|----------------------|------|------|-----------------|---------------|----------------|-----------|--------------|
| | TOTAL | TRAB.TPO. COMPLE- TO | TRAB. TPO. PARCIAL | PARO PERO GANA | PARO | BAJA | ESTU- DIANTE | JUBI- LADO | AMA DE CASA | OTRO S | N.S. N.C. |
| Menos de 10.000 | 0,4 | 0,1 | 0,6 | -,- | 0,4 | -,- | 0,1 | 0,6 | 0,5 | 1,0 | -,- |
| 10.000 a 50.000 | 1,2 | 0,3 | -,- | 9,1 | 3,8 | -,- | 0,7 | 1,6 | 0,7 | 3,0 | 12,5 |
| 50.000 a 500.000 | 0,8 | 0,2 | 0,9 | 7,0 | 2,7 | -,- | 0,7 | 1,3 | 0,8 | 0,4 | -,- |
| Más de 500.000 | 1,1 | 0,2 | 1,0 | -,- | 2,1 | -,- | 0,5 | 2,1 | 1,0 | 4,0 | -,- |

Como resumen general se puede decir que los usuarios de la beneficencia, tienen en común una serie de rasgos: en pocas ocasiones pertenecen a niveles de habitat inferiores a 10.000 habitantes. Respecto al nivel de ingresos, pertenecen a los estratos bajo y medio bajo, es decir, aquéllos en los que el dinero que entra en el hogar por todos los conceptos, no supera las 75.000 pts. En cuanto a la edad, el uso de la beneficencia se acentúa a medida que aumentan los años del individuo. Desde el punto de vista de la situación laboral, las categorías jubilado/parado y ama de casa/estudiante, son las que con mayor frecuencia aparecen. La mitad del colectivo son

hombres y la otra mujeres, aproximadamente, es decir, el sexo no resulta discriminante en lo que al uso de la beneficencia se refiere. Por último, los estudios son prácticamente en el 100% de los casos primarios para el sustentador principal del hogar y su ocupación con frecuencia encuadra en alguna de las categorías siguientes: parados, jubilados, por su cuenta sin asalariados o por cuenta ajena.

PERFIL DE LA POBLACIÓN SIN COBERTURA SANITARIA PÚBLICA

Como conclusión a lo visto a lo largo de este apartado, se deduce que el análisis descriptivo muestra que la no cobertura se polariza dando lugar a tres tipos de individuos desprotegidos:

Los primeros, pertenecen a los niveles más altos de renta, se dan un gran número de estudiantes y amas de casa entre sus efectivos, residen en estratos de habitat altos en especial más de 500.000 habitantes y en multitud de ocasiones los estudios del sustentador principal del hogar al que pertenecen son superiores.

Los segundos, pertenecen a las bolsas de marginación de las grandes ciudades, son parados o jóvenes en busca de su primer empleo, pertenecen a los niveles de ingresos bajos, y viven también en ciudades de más de 500.000 habitantes.

Los terceros, pertenecen a los niveles de ingresos bajo y medio bajo, viven en ciudades de más de 10.000 habitantes y utilizan la beneficencia, perteneciendo fundamentalmente a la categoría de jubilados de la variable situación laboral.

Con objeto de profundizar en el análisis descriptivo de la «no cobertura» y de evaluar la significación estadística de los resultados expuestos, se procedió a realizar un análisis discriminante en base a las variables más significativas en relación con la población desprotegida.

A partir de dicha técnica se obtuvieron tres funciones que confirmaron la existencia de los tres grupos de individuos sin cobertura descritos al comienzo de este apartado.

*El Seguro Privado
está más
implantado entre
individuos no
asalariados o
personas a su cargo*

La primera función, viene definida por la residencia en Madrid, Cataluña y país Vasco; y por qué la profesión del sustentador principal sea por cuenta propia. La función sólo presenta valores positivos en los grupos que tienen cobertura mixta o privada exclusivamente. La mayor significación se obtiene para aquellas CC.AA. donde se obtuvo una mayor tasa de cobertura por Seguro Privado. Se puede concluir, también, que el Seguro Privado, está más implantado entre individuos no asalariados o personas a su cargo.

La segunda función, viene definida por la categoría de «parados» de la variable situación laboral del individuo, la categoría «trabajadores por cuenta ajena» de la variable «ocupación del sustentador principal» en negativo y el habitat de residencia; aparecen también como significativas las CC.AA. de Canarias y Aragón, que presentaban como se recordará, los menores porcentajes de cobertura por Seguridad Social. Al comparar entre grupos, se obtienen los mayores valores para esta función en los grupos de «no cobertura» y «beneficencia», fundamentalmente, lo que supone que ambos tipos de cobertura se dan con mayor incidencia entre los parados, en los estratos altos de habitat y en hogares donde el «sustentador principal» no trabaja por cuenta ajena (signo negativo de la variable «ocupación del sustentador principal» en la categoría «trabajadores por cuenta ajena»).

Por último en *la tercera función*, entran como variables: las CC.AA. con menor cobertura de seguro privado: Galicia y Murcia, la edad, la categoría ocupados de la variable situación laboral del individuo, el sexo, el nivel de ingresos y con signo negativo, las categorías amas de casa y parados de la variable ocupación del sustentador principal. Esta función presenta los valores más altos en los grupos de beneficencia (con signo negativo) y no cobertura. Estaríamos ante el otro grupo de individuos donde la no cobertura es mayor: individuos ocupados con niveles altos de ingresos, o sus descendientes. En contraposición a lo dicho para la función segunda, en este caso la presencia de la Beneficencia sería nula.

APROXIMACIÓN A UNA CUANTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN DESPROTEGIDA. CONCLUSIONES

A la vista de los perfiles de las categorías «ningún seguro» y «beneficencia», de las características generales expuestas a lo largo del apartado «Características generales de la cobertura sanitaria» y de los resultados del análisis discriminante se consolida la polarización de la población desprotegida por el Sistema Sanitario Público en dos grupos siendo especialmente acuciante la situación de aquéllos que carecen de recursos suficientes para disponer de un Seguro Privado.

Hoy por hoy, la protección sanitaria continúa vinculada a la actividad productiva

Se constata también el hecho de que hoy por hoy la protección sanitaria y por tanto los ciudadanos de salud continúan vinculados a la actividad productiva por lo que aquéllos que por cualquier razón no acceden al mercado de trabajo o alcanzan la jubilación sin haber resuelto su condición de pensionista de la Seguridad Social, así como las personas a su cargo, son quienes más comprometida ven su situación desde el punto de vista sanitario asistencial.

La situación de la población como cobertura sanitaria pública se plantea bajo dos hipótesis:

- a) Excluyendo la beneficencia como cobertura sanitaria pública. La situación queda reflejada en el cuadro n.º 17.

CUADRO N.º 17(*)

| <i>Estratos por nivel de ingresos</i> | <i>% Población sin cobertura sanitaria dentro cada estrato</i> | <i>% Población sin cobertura s/pobl.total</i> |
|---------------------------------------|--|---|
| Nivel bajo, medio bajo y medio | 3,16 | 2,07 |
| Nivel medio alto y alto acomodado | 4,58 | 0,96 |
| No declarado | 4,50 | 0,61 |
| TOTAL | 3,64 | 3,64 |

(*) Datos referidos a septiembre de 1987, anteriores a la ampliación de la Cobertura Sanitaria por el R.D. 1682/1987 de 30 de diciembre

- b) Incluyendo la beneficencia dentro de la cobertura sanitaria pública. La situación queda reflejada en el cuadro n.º 18

CUADRO N.º 18(*)

| <i>Estratos por nivel de ingresos</i> | <i>% Población sin cobertura sanitaria dentro cada estrato</i> | <i>% Población sin cobertura s/pobl.total</i> |
|---------------------------------------|--|---|
| Nivel bajo, medio bajo y medio | 2,10 | 1,37 |
| Nivel medio alto y alto acomodado | 4,43 | 0,93 |
| No declarado | 3,94 | 0,53 |
| TOTAL | 2,83 | 2,83 |

Para dar cumplimiento a lo dispuesto en los artículo 79 y 80 de la Ley General de Sanidad, hay que reconocer el derecho a la asistencia sanitaria al 2,07% de la población, siempre de acuerdo con las estimaciones de la E.C.S. a septiembre de 1987. Teniendo en cuenta la promulgación del aludido R.D. 1682/1987 de 30 de diciembre, tal porcentaje se reduce al 1,8%.

El grupo de desprotegidos por el Sistema Sanitario Público se identifica con la población socialmente marginada

(*) Datos referidos a septiembre de 1987, anteriores a la ampliación de la Cobertura Sanitaria por el R.D. 1682/1987 de 30 de diciembre

A la vista de la información expuesta a lo largo de estas páginas, se puede concluir que no existen colectivos claramente diferenciados susceptibles de medidas específicas que permitan el reconocimiento de su derecho a las prestaciones del Sistema Sanitario Público, tal como se hiciera con los desempleados o más recientemente con los mayores de 26 años, al eliminar el límite de permanencia en la cartilla de la Seguridad Social de sus padres o ascendientes. La única característica común a la población sin cobertura es el hecho de pertenecer a los niveles de renta bajos, lo que supone que las acciones a emprender en el futuro inmediato deberán orientarse en tal sentido.

Las características del perfil de la «no cobertura» por el Sistema Sanitario Público muestran que el grupo de desprotegidos lo es, no sólo desde el punto de vista

sanitario, sino que se identifica con la población socialmente marginada. La constatación de esta realidad pone de manifiesto la necesidad de un enfoque multidisciplinar así como una actuación coordinada de diferentes departamentos dado que se trata de los individuos que viven al margen del Sistema Social y que en tanto no dispongan o conozcan mecanismos de inserción, no sólo no verán resueltos sus problemas de salud sino, y más importante, no alcanzaran el nivel mínimo que en términos socioeconómicos debe tener todo ciudadano en un estado que aspira al bienestar social.