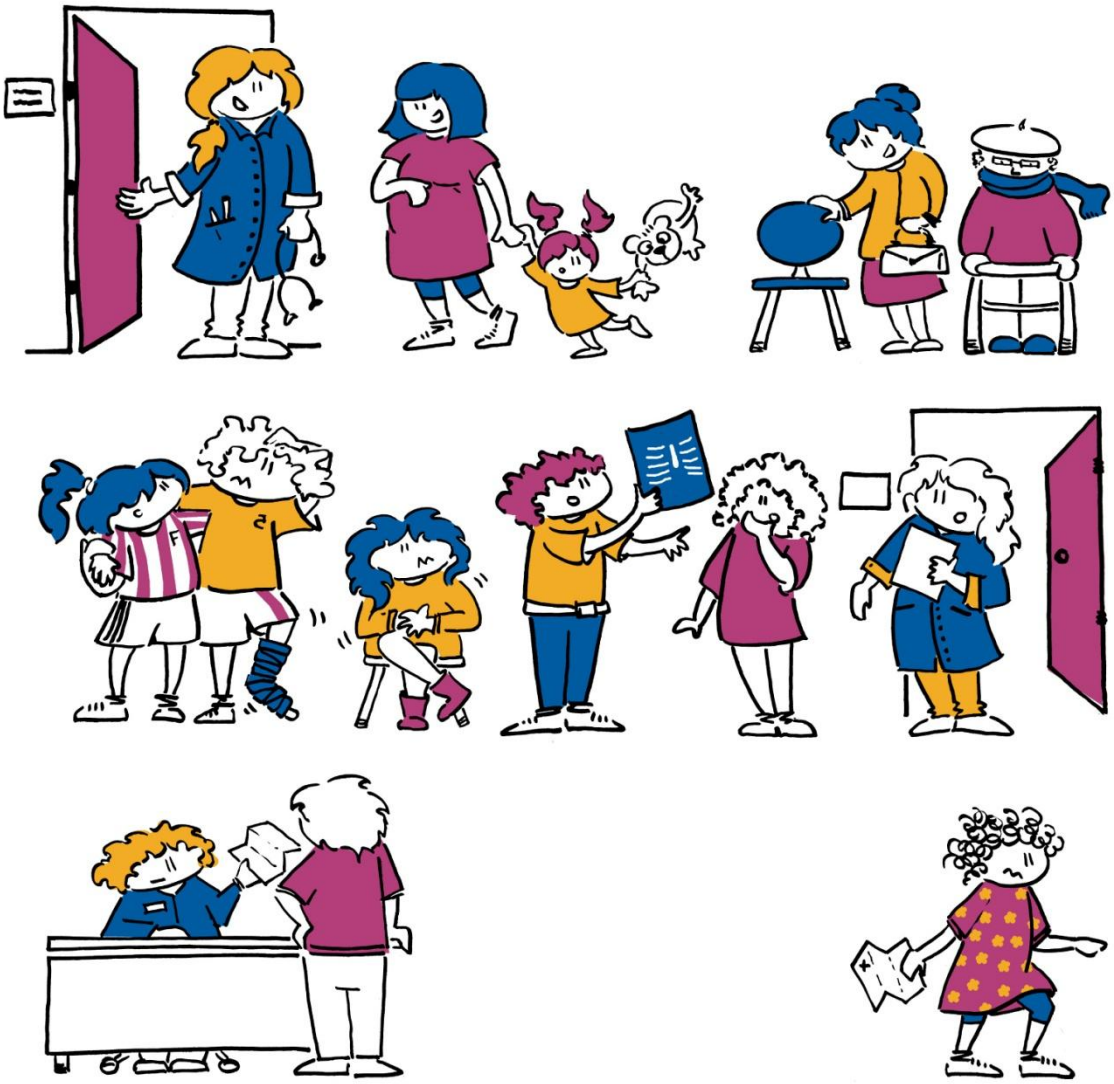
AMENAZAS AL DERECHO A LA SALUD EN EUSKADI

Desigualdades sociales y procesos de privatización en el sistema sanitario

medicusmundi



Amenazas al derecho a la salud en Euskadi.
Desigualdades sociales y procesos de privatización en el sistema sanitario.

Cita Sugerida:
Martín, U., Bacigalupe, A. Morteruel, M. Rodriguez, E. Font, R. Gonzalez E. Gonzalez-Rabago, Y. Mosquera I. Amenazas al derecho a la salud en Euskadi. Desigualdades sociales en salud y procesos de privatización en el sistema sanitario. Medicus Mundi. Diciembre 2016.

El curriculum de los autores puede consultarse en: www.ehu.eus/opik

El documento está publicado en:
http://www.medicusmundi.es/es/actualidad/publicaciones/publicaciones/278 y
http://www.ehu.eus/es/web/opik/privatizacion-desigualdad

Autorización de uso:
Se autoriza su reproducción total o parcial para uso no comercial, siempre que se haga referencia al documento.

ISBN: 978-84-697-4193-1
Depósito legal: D.L. VI 518-2017
Ilustración y maquetación: A. Elorza Pinedo

ÍNDICE

Presentación 5
1. Introducción y objetivos del estudio 7
2. La salud, sus determinantes y las desigualdades sociales en salud 9
2.1. La evolución de las concepciones de la salud y sus determinantes: desde el modelo biomédico a los modelos sociales 9
2.1.1. El modelo biomédico 9
2.1.2. Los modelos sociales de la salud 10
2.2. Los determinantes sociales de la salud y las desigualdades en salud 11
2.3. El papel del sistema sanitario como determinante de la salud y de las desigualdades en la salud 14
3. Desigualdad social y acceso a la atención sanitaria 17
3.1. Las diferentes concepciones del acceso a los servicios sanitarios 17
3.1.1. El acceso como ajuste 18
3.1.2. El acceso como utilización 18
3.2. La relevancia de la equidad en el estudio del acceso a la atención sanitaria 20
3.3. El acceso desigual a la atención sanitaria: revisión de la evidencia 21
3.3.1. Las desigualdades de acceso debidas al sistema de aseguramiento 22
3.3.2. Las desigualdades de acceso debidas a la posición socioeconómica 23
3.3.2.1 Atención Primaria y Especializada 23
3.3.2.2 Servicios preventivos 24
3.3.2.3. Otros servicios de salud 25
3.3.3. Las desigualdades de acceso debidas al género 27
3.3.4. Las desigualdades de acceso debidas al lugar de origen 29
4. La privatización sanitaria: concepto y dimensiones 31
4.1. El concepto de privatización 31
4.2. Medición de la privatización 32
4.2.1. La privatización de la financiación y el aseguramiento sanitario 32
4.2.2. La privatización de la planificación sanitaria 34
4.2.3. La privatización de la provisión sanitaria 35
4.2.4. La privatización de la formación y la investigación sanitaria 40
4.3. Posibles riesgos de la privatización sanitaria 41

5. Sistema sanitario público vasco: orígenes y estado actual 46
5.1. Orígenes del sistema sanitario público vasco en el contexto del Sistema Nacional de Salud 46
5.1.1. El final de la dictadura y la transición democrática 46
5.1.2. Primera etapa democrática: La Ley General de Sanidad y la ampliación de la cobertura sanitaria 47
5.1.3. Segunda etapa democrática: la llegada de la ideología neoliberal 48
5.1.3.1. El impacto del RD 16/2012 sobre la cobertura sanitaria 50
5.2. El sistema sanitario público vasco 52
5.2.1. Creación del sistema sanitario público vasco 52
5.2.1.1. La integración de recursos sanitarios en el sistema sanitario público vasco 53
5.2.2. La separación de funciones de financiación y provisión sanitarias 54
5.2.3. Hacia un modelo integrado de atención: la actual estructura del sistema sanitario vasco 56
5.2.4. El impacto del RD 16/2012 sobre la cobertura sanitaria en la CAV 58
5.3. La valoración social actual del funcionamiento del Servicio Vasco de Salud 59
6. Las desigualdades sociales en salud en la CAV 66
6.1. Desigualdades en la esperanza de vida 66
6.2. Desigualdades en la esperanza de vida en buena salud 68
6.3. Desigualdades en el estado de salud de la población adulta 69
6.4. Desigualdades en el estado de salud de la población infantil 74
7. Desigualdades sociales en el acceso a los servicios sanitarios en la CAV 79
7.1. Utilización de los servicios médicos y de enfermería de atención primaria 79
7.2. Utilización de los servicios de atención especializada 89
7.3. Utilización de los servicios de urgencias 94
7.4. Utilización de los servicios de hospitalización 100
7.5. Utilización de los servicios preventivos: cribado de cáncer de colon, mama y cuello de útero 105
7.6. Utilización de los servicios de dentista 107
7.7. Utilización de los servicios de fisioterapia 113
7.8. Utilización de los servicios de podología 118
7.9. Desigualdades en la cobertura sanitaria en la CAV 123
8. Privatización en el sistema sanitario público vasco 124
8.1. La privatización de la financiación y el aseguramiento sanitario 124
8.1.1. Gasto total en salud 125

8.1.2. Gasto público en salud 126
8.1.2.1. Volumen y evolución del gasto público en salud 126
8.1.2.2. Composición del gasto público en salud 128
8.1.2.3. Gasto público en salud en perspectiva estatal e internacional 130
8.1.2.4. Recortes y desfinanciación del sistema sanitario público: la precarización de sus recursos humanos 133
8.1.3. Gasto privado en salud 137
8.1.3.1. Volumen, características y peso del gasto privado en salud 137
8.1.3.2. Evolución de la financiación del gasto privado en salud 139
8.1.3.3. El gasto privado en salud en perspectiva estatal e internacional 142
8.1.4. Privatización del aseguramiento sanitario 143
8.1.4.1. Aseguramiento privado con financiación pública: las mutualidades del funcionariado 144
8.1.4.2. Seguros sanitarios privados 145
8.1.5. La privatización de la financiación de la salud como amenaza para la salud poblacional 151
8.1.5.1. La salud dental: un ejemplo de las amenazas de la privatización de la financiación sanitaria 153
8.2. La privatización de la provisión sanitaria 155
8.2.1. Introducción 155
8.2.2. Volumen de la contratación pública de proveedores sanitarios privados 156
8.2.2.1. La concertación de servicios sanitarios por el Departamento de Salud 159
8.2.2.2. Externalización de servicios no sanitarios por Osakidetza 169
8.2.3. Privatización de la provisión sanitaria: matices y luchas simbólicas 171
8.3. La privatización de la formación y la investigación sanitarias 175
8.3.1. Formación 175
8.3.2. Investigación 178
9. Resumen de resultados y conclusiones 182
9.1. Resumen de los principales resultados 182
9.2. Conclusiones 188
Anexo metodológico 190
Referencias bibliográficas 192

Presentación

La salud es un derecho humano fundamental, un bien global y un asunto de justicia social. En **medicus**mundi, después de más de 50 años de experiencia de trabajo en el ámbito del derecho a la salud en distintos contextos, estamos convencidas de que para hacer realidad ese derecho es necesario un sistema público de salud, universal y gratuito, basado, además, en la atención primaria. Un sistema que haga posible una cobertura sanitaria universal, que contribuya a la lucha contra la pobreza y que ayude a equilibrar las desigualdades.

Medicusmundi es una asociación de cooperación internacional que trabaja en el ámbito de la salud, tanto en países empobrecidos como en Euskadi, para lograr una salud gratuita, universal y de calidad para todas las personas. Y lo hace apoyando el fortalecimiento de los sistemas públicos de salud, con una visión holística y con especial incidencia en la atención primaria.

Consideramos que la universalidad de la salud como derecho humano pasa por mejorar los determinantes sociales y por garantizar sistemas públicos y universales. En los países en los que trabajamos (Perú, Ecuador, Guatemala, Honduras, Ruanda, República Democrática del Congo, Mozambique etc.) apostamos por sistemas públicos de salud, fortaleciéndolos tanto económicamente como con recursos humanos y realizando incidencia política para movilizar a la sociedad.

Nuestro trabajo en cooperación internacional estaría falto de coherencia si no defendiéramos también aquí, en nuestro entorno, esos principios. En Euskadi impulsamos iniciativas de educación para la transformación social, con acciones de sensibilización, formación, investigación, incidencia política y movilización social. Tal y como señala la Estrategia de Educación para la Transformación Social denominada "(H)ABIAN 2030", "buscamos con ello poner a las personas en el centro, promoviendo personas empoderadas y responsables respecto a la sociedad, a la propia vida y al entorno en el que habitan, configurando una ciudadanía global que aspira a transformar la realidad en la que vive". Compartimos la idea de que Euskadi es parte de un mundo globalizado y puede aportar, también desde lo local, a transformar la realidad de injusticia, desigualdad, exclusión y desesperanza, para que las personas y colectivos aspiren a la igualdad, la justicia y la solidaridad mediante, el desarrollo de sus capacidades, su toma de conciencia y el logro de su compromiso en dicha transformación.

En ese contexto se enmarca la presente investigación de **medicus**mundi Araba, **medicus**mundi Bizkaia y **medicus**mundi Gipuzkoa titulada ***Amenazas al derecho a la salud en Euskadi: desigualdades sociales y procesos de privatización en el sistema sanitario***, financiada por la Agencia Vasca de Cooperación al Desarrollo, y realizada en colaboración con el OPIK (Grupo de Investigación en Determinantes Sociales de la Salud y Cambio Demográfico) de la Universidad del País Vasco/ Euskal Herriko Unibertsitatea. La investigación pretende ser una herramienta de incidencia política que sirva para generar un debate, basado en información científica, en torno a la situación del derecho a la salud. Desde el contexto vasco, quiere ser el punto de partida para analizar la influencia que los determinantes sociales y los procesos de privatización en el sistema de salud pueden llegar a tener en la igualdad de acceso a la salud para todas y todos.

Osasuna oinarrizko giza eskubide bat da, ondasun global bat, eta justizia sozialeko gai bat. ***Medicus****mundin, osasunerako eskubidearen arloko hainbat testuingurutan 50 urteko esperientzia izan eta gero, sinetsita gaude beharrezkoa dela sistema publiko bat, unibertsala eta doakoa, eta lehen mailako arretan oinarritutakoa, gainera. Osasun-estaldura unibertsala posible egingo duen sistema bat, pobreziaren aurkako borrokan bere ekarpena egingo duen eta desparekotasunak orekatzen lagunduko duen sistema bat.*

Medicus*mundi nazioarteko lankidetzarako elkarte bat da, osasun-arloan lan egiten duena, hala herrialde pobretuetan nola Euskadin, pertsona guztientzat doako osasuna, unibertsala eta kalitateduna lortzeko xedez. Eta horretarako, osasun-sistema publikoak sendotzea bultzatzen dugu, ikuskera holistiko batekin eta lehen mailako arretan bereziki eraginez.*

Gure aburuz, osasunaren unibertsaltasuna giza eskubide gisa lortzeko, beharrezkoa da determinatzaile sozialak hobetzea eta sistema publiko eta unibertsalak bermatzea. Lan egiten dugun herrialdeetan (Peru, Ekuador, Guatemala, Honduras, Ruanda, Kongoko Errepublika Demokratikoa, Mozambike, etab.), osasun-sistema publikoen aldeko apustua egiten dugu, haiek ekonomikoki zein giza baliabideen bidez sendotuz, gizartea mobilizatzeko eragin politikoa eginez.

Nazioarteko lankidetzan egiten dugun lanak ez luke beharrezko koherentzia izango, printzipio horiek hemen ere, geure ingurunean, aldeztuko ez bagenitu. Euskadin eraldaketa sozialerako hezkuntza-ekimenak bultzatzen ditugu, sentsibilizazioaren, prestakuntzaren, ikerkuntzaren, eragin politikoaren eta mobilizazio sozialaren arloko hainbat ekintzarekin. "(H)ABIAN 2030" deritzon eraldaketa sozialerako hezkuntza-estrategian jasotzen den bezala, horren bidez "pertsonak erdigunean jarri nahi ditugu, pertsona ahaldunduak eta arduratsuak sustatuz, gizarteari, norberaren bizitzari zein bizi diren inguruneari begira, bizi den errealitatea eraldatzeko asmoa duen herritartasun global bat eraturik horrela". Gu ere bat gatoz Euskadi mundu globalizatu baten zati delako ideiarekin, toki-mailatik bere ekarpena egin dezakeela bidegabekeria, desberdintasuna, bazterketa eta etsipenezko errealitatea eraldatzeko, pertsona eta kolektiboek berdintasuna, justizia eta elkartasuna lortzeko helburua har dezaten, beren gaitasunak garatuz, kontzientzia hartuz, eta eraldaketa horretarako hartutako konpromisoa betez.

Testuinguru horren barruan kokatzen da ***medicus****mundi Arabaren,* ***medicus****mundi Bizkaiaren eta* ***medicus****mundi Gipuzkoaren ikerlan hau,* ***Osasunerako eskubidearen aurkako mehatxuak EAEn: desparekotasun sozialak eta osasun-sistemako pribatizazio-prozesuak*** *izenburuz. Garapenerako Lankidetzaren Euskal Agentziaren finantzaketa izan du, eta Euskal Herriko Unibertsitateko OPIK taldearekin (Osasunaren Gizarte Determinatzaile eta Aldaketa Demografikoari buruzko Ikerketa Taldea) lankidetzan egina da. Ikerlanaren helburua da eragin politikorako tresna bat izatea, informazio zientifikoan oinarrituriko eztabaida bat sortzeko modukoa, osasunerako eskubidearen egoeraren inguruan. Euskadiko testuingurutik, abiapuntua izan nahi du determinatzaile sozialek eta osasun-sistemaren arloko pribatizazio-prozesuek izan dezaketen eragina aztertzeko, denok osasuna eskuratzeko berdintasuna izateko garaian.*

Medicus Mundi Araba

Medicus Mundi Bizkaia

Medicus Mundi Gipuzkoa

1. Introducción y objetivos del estudio

En las últimas décadas, el incremento de la esperanza de vida y la disminución de la discapacidad y de buena parte de las enfermedades infecciosas han permitido dibujar un escenario esperanzador de la salud poblacional. Es cierto, sin embargo, que tales mejoras no han sido alcanzadas de igual forma por los diferentes grupos sociales, de forma que existe evidencia consistente acerca de la distribución no equitativa de la salud en la actualidad.

Multitud de estudios han descrito en los últimos años que el papel de los sistemas sanitarios en la definición de la salud poblacional es limitado, ya que el verdadero papel lo juegan las condiciones de vida en que las personas nacen y crecen, en las que trabajan y en las que envejecen, consecuencia de condicionantes estructurales y políticos de cada sociedad. Sin embargo, es evidente que la adecuada financiación, gestión y organización de la provisión de los sistemas sanitarios es indispensable para no aumentar la carga de enfermedad o asistir a la aparición de enfermedades ya erradicadas en nuestras sociedades. Sin embargo, en el contexto de la actual recesión económica, algunos gobiernos han aprovechado para realizar recortes presupuestarios e introducir lógicas privatizadoras en los sistemas sanitarios, que pueden poner en juego el buen funcionamiento de los mismos.

En este contexto, el objetivo general de este informe es realizar un diagnóstico de las principales amenazas para el ejercicio del derecho a la salud que existen actualmente en la Comunidad Autónoma Vasca (CAV). Para ello, en primer lugar, nos centraremos en una amenaza que está más allá de la naturaleza, funcionamiento y uso del propio Servicio Vasco de Salud, y que tiene que ver con la acción de factores o determinantes sociales que, situándose fuera del sistema sanitario, limitan el alcance del potencial máximo de salud que tienen las personas. Así, realizaremos una descripción de las desigualdades sociales en salud en nuestro contexto, visibilizando cómo la pertenencia a diferentes grupos sociales según el género, la clase social, o el lugar de nacimiento suponen una merma para el ejercicio pleno del derecho a la salud. En segundo lugar, nos centraremos en el sistema sanitario vasco, por una parte, analizando su potencial efecto reductor o generador de desigualdades sociales, para determinar si la pertenencia a esos grupos sociales supone o no diferentes oportunidades para el acceso a la atención sanitaria. Y, por otra parte, realizaremos un análisis de los procesos de privatización que en la actualidad se están produciendo en el sistema sanitario público vasco.

Concretamente, se han establecido los siguientes objetivos específicos:

Analizar las desigualdades sociales en salud en la CAV según la posición socioeconómica de la población adulta e infantil (apartado 6).

Analizar las desigualdades sociales en el uso del sistema sanitario en la CAV, en sus diferentes niveles asistenciales y prestaciones, según la posición socioeconómica de la población adulta (apartado 7).

Analizar los procesos de privatización que se han producido en el sistema sanitario público vasco, fundamentalmente en las dimensiones de financiación y provisión sanitaria (apartado 8).

El análisis de los objetivos anteriores se ha contextualizado en un detallado recorrido conceptual acerca de las dimensiones fundamentales a tener en cuenta a la hora de estudiar empíricamente los fenómenos descritos. Para ello, se ha abordado la realidad de los determinantes sociales de la salud y las desigualdades sociales en salud (apartado 2), la desigualdad social como determinante del acceso a la atención sanitaria (apartado 3), y la privatización sanitaria y sus dimensiones (apartado 4). Por último y de cara a una mejor comprensión de los procesos de privatización y desigualdades de acceso se ha llevado a cabo una descripción del origen histórico y el estado actual del sistema sanitario público vasco (apartado 5).

A partir de los principales hallazgos de cada uno de los apartados, en el apartado 9 se describen los resultados más relevantes del estudio y se plantean sus conclusiones, con vocación de incorporar algunas líneas de actuación para la superación de las problemáticas identificadas.

2. La salud, sus determinantes y las desigualdades sociales en salud

2.1. La evolución de las concepciones de la salud y sus determinantes: desde el modelo biomédico a los modelos sociales

La salud y su cuidado constituyen dos aspectos de enorme trascendencia social en la actualidad y, sin embargo, no es fácil hallar una definición clara y consensuada acerca de la salud y de los determinantes principales que permiten mejorarla. La transición desde la perspectiva biomédica más ortodoxa a los modelos sociales de la salud ha dibujado una trayectoria histórica compleja durante más de un siglo, dando lugar en la actualidad a visiones diversas acerca de los determinantes principales de la salud poblacional.

2.1.1. El modelo biomédico

El modelo biomédico ha sido el paradigma dominante en la ciencia médica occidental desde el siglo XIX y, a pesar de que durante las últimas décadas su predominancia se ha debilitado, la mayor parte de las creencias y conceptualizaciones de la población en torno a su salud, a los factores que la determinan y a las formas de tratarla están enormemente influenciadas por este modelo.

Los rasgos distintivos básicos del modelo biomédico (Hyde et al., 2004; Blaxter, 2010) apuntan a la enfermedad como una desviación de la normalidad, lo que se traduce en que el cuerpo, cuyo funcionamiento está determinado por las reglas científicas, es percibido como una máquina que debe ser reparada por la tecnología médica mediante tratamientos específicos en la parte dañada. Cada enfermedad tiene unos factores distintivos que son universales -al menos en la especie humana- y que no varían entre las diferentes culturas ni a lo largo del tiempo, salvo que su agente causante varíe (habitualmente, agentes identificables tales como gérmenes, bacterias o parásitos). Asimismo, la perspectiva biomédica entiende que existe un dualismo claro entre el cuerpo y la mente de forma que, a la hora de hacer frente a la enfermedad, el cuerpo y la mente son tratados como dos entes independientes. En relación al papel de la medicina, se entiende que éste se basa en principios científicos, objetivos y neutros, lo que le aporta una superioridad frente a otro tipo de conocimientos acerca del funcionamiento de los cuerpos y convierte a la enfermedad, a su diagnóstico y su tratamiento en fenómenos objetivos. El cuerpo y su estudio serían, por tanto, patrimonio prácticamente exclusivo de la medicina, que aplicaría el mejor conocimiento y medios disponibles (farmacología, métodos quirúrgicos, etc.) para su correcto funcionamiento. Bajo esta perspectiva, es de esperar que las inversiones en investigación biomédica produzcan mejoras profundas en la salud poblacional.

Por todo ello, el modelo biomédico, además de contribuir a la individualización y descontextualización social de la enfermedad, contribuyó al aumento del poder y de la creciente autonomía de la profesión médica que, si bien en épocas anteriores no contaba con un prestigio elevado entre las clases más educadas, a partir de 1900 pasó a adquirir un gran poder y reconocimiento social (Hyde et al., 2004). De esta forma, el modelo biomédico

conllevó un aumento de la capacidad de las y los médicos a la hora de decidir sobre cuestiones relacionadas con la persona, tanto en su vertiente biológica como social, bajo el supuesto de su neutralidad profesional, tecnicidad y ausencia de valores desde la cual se emitían sus conocimientos.

2.1.2. Los modelos sociales de la salud

A lo largo del siglo XX, las críticas vertidas sobre el modelo biomédico de entender la salud y sus determinantes han sido diversas desde multitud de disciplinas, incluida la propia medicina. Además de señalar el excesivo reduccionismo a la hora de describir la etiología de las enfermedades y sus determinantes, y su poca utilidad para comprender la aparición de las enfermedades crónicas, el propio concepto de enfermedad como entidad universal ha sido profundamente puesto en cuestión. Las críticas a este postulado se basan en la idea obvia de que las enfermedades son definidas de manera diferente en las diversas culturas y de que la definición médica de las mismas varía con el tiempo. Lo que es considerado como enfermedad en un momento y lugar concreto depende de las normas y de los valores sociales, así como de los discursos y de las relaciones de poder imperantes en ese momento. Por su parte, la práctica médica, al igual que cualquier otro cuerpo de conocimiento, debe ser entendida en el seno de un sistema de valores que la construye y que, por tanto, no puede ser neutra porque existen importantes fuerzas sociales, políticas y económicas que determinan lo que es o no una enfermedad y cómo hay que hacerla frente. Esta crítica ha ido más allá en aquellos autores que han afirmado que el conocimiento médico es un instrumento del sistema capitalista que ejerce funciones de apoyo al mismo de carácter ideológico, tratando de garantizar el mantenimiento del *status quo* o la privatización y despolitización del estado de salud, y de carácter económico, dirigidas a la generación de beneficios y la reproducción de las relaciones desiguales de clase (Navarro, 1986; Doyal y Pennell, 1979; Hyde et al.; 2004).

En relación al impacto de la práctica médica en la mejora de la salud poblacional, las visiones críticas con el modelo biomédico han cuestionado que los grandes avances de la biomedicina sean los responsables principales tanto del descenso de la mortalidad en las sociedades industriales como de las continuas mejoras en la esperanza de vida en las sociedades actuales (Mckeown, 1976). Este autor mostró que el descenso secular de la mortalidad a lo largo de los siglos XVIII y XIX se produjo, principalmente, gracias a las mejoras en las condiciones de vida de las poblaciones y no a los avances médicos que, aunque importantes, tuvieron una repercusión limitada. La consideración de los factores sociales y la relevancia de las características de la estructura social en la aparición y avance de las enfermedades ha tenido en los últimos años un importante desarrollo, fruto de las aportaciones de diferentes disciplinas entre las que se incluyen la sociología, la psicología, la epidemiología, la economía, la historia o la antropología. Estas aportaciones se engloban dentro de lo que se han denominado *modelos sociales de la salud,* que aglutinan un conjunto de aportaciones teóricas y empíricas que tienen como base común la consideración de la salud como un producto social en el que, por tanto, influyen diversos determinantes sociales.

2.2. Los determinantes sociales de la salud y las desigualdades en salud

Los factores que determinan la salud son múltiples y complejos, y, por lo tanto, aquellos enfoques basados únicamente en la atención sanitaria y los factores biomédicos se han mostrado insuficientes para comprender la salud de la población y mejorarla. Entre los modelos conceptuales que más claramente han descrito cuáles son los principales determinantes sociales de la salud, se encuentra el propuesto por Dahlgren y Whitehead (1993). Tal y como puede comprobarse en la figura 2.1, este modelo representa los diferentes determinantes de la salud como estratos o capas de influencia. En la parte central se sitúan los factores relativos a las personas y que en principio son inmutables, como la edad, el sexo o los factores hereditarios. Alrededor de estos, se encuentra un conjunto de factores modificables por la intervención de políticas diversas, desde las más micro a las más macro. Así, en la segunda capa, aparecen factores relativos a las conductas relacionadas con la salud, como fumar, beber o realizar actividad física. En una tercera capa, aparecen las influencias sociales y comunitarias, es decir, las relaciones interpersonales en forma de apoyo social y comunitario. En una cuarta capa, se incluyen aspectos como las condiciones de vida y trabajo, el sistema alimentario o el acceso a bienes y servicios básicos -como el sistema sanitario- que condicionan la posibilidad de las personas de mantener su salud. En último lugar, se muestran las condiciones socioeconómicas, culturales, políticas y medioambientales más generales, dentro de las cuales se sitúan las sociedades, y que condicionan la forma en que los determinantes sociales antes citados influyen sobre la salud de las personas y las comunidades.

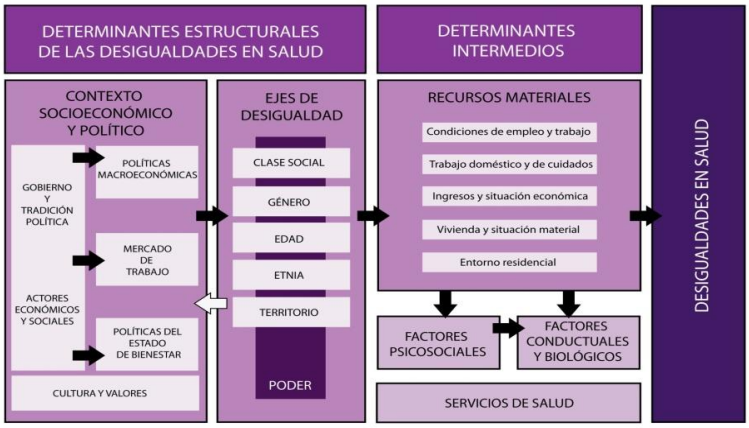
Figura 2.1. Modelo de los determinantes de la salud de Dahlgren y Whitehead

Fuente: Dahlgren y Whitehead, 1993

Diversos estudios han evidenciado que los determinantes de la salud se distribuyen de forma desigual entre los diversos grupos sociales, dando lugar a importantes desigualdades sociales en salud. En este sentido, los logros en salud que se han producido en las últimas décadas a nivel poblacional, como el aumento relevante de la esperanza de vida o la disminución de la discapacidad, no han llegado por igual a todos los grupos sociales ya que existen diferencias en

las oportunidades y recursos ligados a la salud que tienen las personas de distinta clase social, sexo, etnia o lugar de residencia, entre otros factores, que conllevan que los colectivos más desfavorecidos presenten sistemáticamente un peor estado de salud. Entre los modelos que han tratado de ordenar los factores principales que explican la aparición de las desigualdades sociales en salud se encuentra el que la Comisión Española para la Reducción de las Desigualdades Sociales en Salud adoptó y que se muestra en la figura 2.2. Así, puede observarse que la equidad en la salud está condicionada por los denominados determinantes estructurales y los determinantes intermedios. Los primeros incluyen los aspectos relacionados con el contexto socioeconómico y político, que hacen referencia a las características de la estructura social de una sociedad. Se trata de la tradición política de los gobiernos y sus consiguientes políticas macroeconómicas y sociales relacionadas con el mercado laboral, la vivienda, la educación y el bienestar social. Entre estos factores del contexto socioeconómico, se incluyen también la gobernanza, los valores sociales y las normas culturales imperantes en una sociedad, así como el valor colectivo dado a la salud. Todos estos factores contextuales ejercen una gran influencia sobre los patrones de estratificación social, que determinan la posición social que las personas ocupan en la sociedad según su nivel socioeconómico, género, nivel de estudios, lugar de nacimiento y otras dimensiones. Esta posición social desigual genera, a su vez, desigualdades en la distribución de los determinantes intermedios, que incluyen las condiciones de vida y de trabajo, los factores psicosociales -como la extensión y calidad de las redes sociales, el estrés y la percepción de control sobre la vida propia- y las conductas relacionadas con la salud -como el consumo de alcohol, tabaco, la dieta o la práctica de actividad física-.

Figura 2.2. Marco conceptual sobre los determinantes de las desigualdades en salud de la Comisión Española para la Reducción de las Desigualdades Sociales en Salud



Fuente: Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España, 2010

Durante los últimos años, se ha realizado un importante esfuerzo por incorporar la perspectiva de género en el estudio sobre las desigualdades que existen en la salud, la forma de enfermar o la utilización de los servicios sanitarios entre hombres y mujeres. Ello requiere, nuevamente, hacer un especial esfuerzo por superar la tradicionalmente hegemónica visión biomédica de la salud, que asignaba la mayor supervivencia de las mujeres (debido a una menor mortalidad a todas las edades) exclusivamente cuestiones relacionadas con sus características reproductivas

y otras variables fisiológicas que las expondrían en menor medida a determinados riesgos para su salud. Sin embargo, otros aspectos de mucha mayor relevancia como el desigual reparto de poder y recursos, las estructuras jerarquizadas en la asignación de espacios, y todo el conjunto de estereotipos, estigmas y valores desiguales asignados a hombres y mujeres, tienen una mayor influencia en las desigualdades en salud y en el uso de los servicios sanitarios entre hombres y mujeres. En este sentido, podría afirmarse que la salud de mujeres y hombres es *diferente* y es, al mismo tiempo, *desigual* (Rohlfs, Borrell y Fonseca, 2000). Según Rohlfs, "su salud es *diferente* porque hay factores biológicos (genéticos, hereditarios, fisiológicos, etc.) que se manifiestan de forma diferente en la salud y en los riesgos de enfermedad, que muchas veces siguen invisibles para los patrones androcéntricos de las ciencias de la salud. *Desigual* porque hay otros factores, que en parte son explicados por el género, y que influyen de una manera injusta en la salud de las personas"

A nivel internacional, han sido muchos los estudios que han puesto de relieve que la salud y la enfermedad se distribuyen de forma desigual según diferentes características. Las enormes desigualdades en la esperanza de vida entre países a nivel mundial han estado presentes en los medios de comunicación, destacando sobre todo la situación de especial vulnerabilidad de algunos países subsaharianos, con esperanzas de vida que apenas alcanzan los 50 años. En el extremo opuesto, se encuentran los países de renta alta de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), con esperanzas de vida que, en el caso de las mujeres, alcanzan prácticamente o superan los 80 años (Marmot, 2007), lo cual dibuja una desigualdad total de casi 30 años entre países.

Resulta más sorprendente, sin embargo, comprobar que las desigualdades en la esperanza de vida se observan también en el seno de las sociedades occidentales, con niveles de desarrollo económico elevados. En este sentido, por ejemplo, se ha mostrado que en la ciudad de Baltimore, en EEUU, la distancia entre los barrios con una mayor y menor esperanza de vida fue de 19 años en 2011 (Baltimore City Health Department, 2011). La tentación de pensar que la falta de un sistema sanitario público y de cobertura universal en EEUU explique tales desigualdades es grande, y no debería, por tanto, observarse en países con sistemas nacionales de salud, de acceso universal. Contrariamente, si observamos las desigualdades en la esperanza de vida de una ciudad como Glasgow, en el Reino Unido, se concluye que el origen de tales desigualdades no reside únicamente en las características del sistema sanitario. En Glasglow, la esperanza de vida de los hombres que viven en el barrio de Lenzie es de 82 años, mientras que la de aquellos que viven en Calton, no alcanza los 55 (Hanlon et al., 2006). En ambas ciudades, las razones fundamentales que explican la distribución tan brutalmente desigual de la esperanza de vida se relacionan con las condiciones de vida y trabajo de los habitantes de cada uno de sus barrios, que marcan desigualdades sociales de gran magnitud.

En términos de género, la mayor parte de los estudios disponibles ofrecen la siguiente conclusión: la esperanza de vida es superior en las mujeres (aproximadamente 7 u 8 años mayor en la mayor parte de los países de renta alta), pero su estado de salud es sistemáticamente peor. Los hombres, por su parte, tienen tasas de mortalidad más elevadas para las causas de muerte más importantes y padecen con mayor frecuencia problemas de salud potencialmente mortales como enfermedades cardiovasculares, diabetes, consumo de alcohol excesivo, úlceras o cáncer de pulmón. Las mujeres, en cambio, sufren en mayor

medida problemas de salud (musculoesqueléticos y otros problemas crónicos) y trastornos depresivos o de la alimentación, que no matan pero que no dejan vivir (Artazcoz, 2002).

2.3. El papel del sistema sanitario como determinante de la salud y de las desigualdades en la salud

Debido a la multiplicidad de determinantes de la salud, el papel del sistema sanitario en la comprensión de la salud poblacional es limitado desde la perspectiva de los modelos sociales de la salud. Sin embargo, los sistemas sanitarios, según sea su organización, la extensión de su cobertura y los servicios cubiertos, pueden potenciar las desigualdades en salud existentes o, por el contrario, ejercer sobre las mismas un efecto compensador o atenuador que logre disminuirlas.

Las principales vías por las que el sistema sanitario puede reducir las desigualdades en salud se basan en su capacidad de atenuar los impactos que los determinantes estructurales y de las condiciones de vida y de trabajo tienen sobre la salud de las personas. Si el acceso a los servicios de salud está garantizado de forma universal y gratuita a toda la población, se reducirá la vulnerabilidad que en determinados grupos sociales supone especialmente la exposición a diversos factores de riesgo. Además, será capaz de reducir las consecuencias de la enfermedad o la discapacidad en la vida de las personas y en su integración social, por lo que ejerce cierta influencia sobre cómo las personas pueden moverse a lo largo de la jerarquía social. Por último, puede tener un papel importante en el empoderamiento de las personas, otorgándoles un papel activo sobre su bienestar y su salud (Solar e Irwin, 2007).

Sin embargo, el sistema sanitario también tiene potencial para incrementar las desigualdades sociales en salud. La llamada “ley de atención inversa”, formulada por Tudor Hart en la década de los años 70, explica que la disponibilidad de los servicios sanitarios tiende a ser inversamente proporcional a la necesidad de la población asistida. Además, el cumplimiento de dicha ley será mayor cuanto mayor sea la exposición de la atención sanitaria a las fuerzas del mercado (Hart, 1971). La ley de atención inversa se produce porque el sistema orienta su atención a toda la población sin tener en cuenta la distribución social de las necesidades de salud, de tal manera que se acaban destinando más recursos a quien menos lo necesita. La persistencia de esta realidad se ha evidenciado también de manera más reciente (Watt, 2002).

Además de la atención sanitaria, los sistemas de salud pueden contribuir a generar o mantener las desigualdades en salud al enfocar sus políticas y programas de salud pública a toda la población por igual, sin considerar las barreras que existen a la hora de que los programas poblacionales alcancen de forma equitativa a los diferentes grupos sociales (Chivu y Reidpath, 2010).

Por último, si el sistema sanitario no trasciende su visión biologicista de la salud y continúa otorgándose un papel protagonista y desarrollando un rol paternalista en la salud de la población, difícilmente ocupará una posición directamente influyente en la reducción de las desigualdades, y sí, en cambio, probablemente, en el incremento de las mismas.

Para evitar la generación de desigualdades y potenciar el papel relevante que juega el sistema sanitario en su reducción, la Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España, emitió algunas recomendaciones (CRDSSE, 2010) que se recogen a continuación:

Como un primer paso estratégico, es necesario que el sistema sanitario incorpore entre sus objetivos el abordaje de las desigualdades sociales en salud en el estado de salud, en el acceso, en la calidad y en la efectividad. Una actuación estratégica puede ser priorizar, entre los objetivos de las políticas sanitarias, los problemas de salud más importantes en los grupos de población susceptibles de padecer desigualdad (esto es, en base al género, la edad, la clase social, el lugar de nacimiento o la diversidad funcional). Las políticas sanitarias deberían además incorporar la opinión de la población y de las personas usuarias del sistema, así como de las y los profesionales sanitarios. En base a esta priorización, deberían dotarse los presupuestos, el número y la calidad de los servicios.

Cualquier paso en este sentido debe venir precedido de una adaptación y mejora de los sistemas de información, que permita realizar los análisis y diagnósticos necesarios, así como evaluar posteriormente las iniciativas y monitorizar los impactos en la salud y en las desigualdades en salud. De esta manera, la equidad puede llegar ser inherente a cualquier actuación del sistema sanitario (Hernández-Aguado et al., 2012).

Las oportunidades que tienen las personas para realizar el primer contacto con el sistema sanitario resultan claves para hacer frente a las desigualdades y, en ese sentido, nuestro sistema sanitario es relativamente favorable. Sin embargo, la posibilidad de "acceder" debe estar presente en todo el proceso asistencial y ha de modularse en función de la necesidad y no en función de variables económicas, geográficas, culturales, ligadas al género o a la capacidad funcional. Este acceso en base a la necesidad debe extenderse para aquellos servicios o prestaciones de salud no cubiertos o solo financiados parcialmente, como la atención dental, la salud mental o la rehabilitación, así como a los medicamentos o las prestaciones orto-protésicas sujetos a copago.

Un sistema sanitario basado en la Atención Primaria (AP) alcanza mayores niveles de salud en la población y menos desigualdades, por ser puerta de entrada, por su ubicación local, por la capacidad de acción de su vertiente comunitaria y por las alianzas que puede establecer con otros actores del sistema (Hernández-Aguado et al., 2012).

Para ello, la AP debe incorporar la visión social de la salud y ofrecer una atención centrada en la persona y no en la enfermedad. El sistema sanitario debe apostar por una base sólida consistente en la AP, dotándole de recursos para ser puerta de entrada efectiva de manera especial en aquellas áreas más desfavorecidas; reorientando el enfoque basado en la atención asistencial y de cuidado hacia el de salud comunitaria y facilitando los recursos para ello; y promoviendo una relación y continuidad fluidas con otros niveles y sectores del sistema, así como alianzas a nivel institucional y entre profesionales, orientadas a empoderar a la AP.

El acceso a la Atención Especializada, el nivel donde se da el grueso de los diagnósticos y los tratamientos, esconde enormes desigualdades en favor de las clases sociales más aventajadas. El sistema sanitario debería priorizar aquellas intervenciones diagnósticas, curativas y preventivas que se han mostrado efectivas para reducir las desigualdades en salud. También

debería hacer esfuerzos por velar por un acceso a la especializada basado en la necesidad y eliminar los mecanismos por los cuales las personas de clases más aventajadas y con más poder para moverse en el sistema acceden con menos obstáculos a este tipo de atención.

Por su parte, las políticas y programas de salud pública deben reorientar sus objetivos a los determinantes sociales de la salud y desde una visión positiva de la salud, basada en las fortalezas de las comunidades. Sus actuaciones orientadas a modificar los determinantes de la salud deben dirigirse a toda la población y se deben enfatizar sobre las poblaciones más vulnerables los programas promotores de salud, aquellos de prevención primaria o secundaria y el empoderamiento comunitario.

Si el sistema sanitario ha de tomar un papel activo en la reducción de las desigualdades en salud no puede limitarse a cumplir estas características. Este objetivo requiere de intervenciones complejas que pasan por la actuación coordinada de sectores, dentro y fuera del sistema sanitario (Asaria et al., 2016). Además de asegurar el acceso y la provisión de atención en base a la necesidad, una tercera obligación que se le atribuye al sistema sanitario en materia de equidad es actuar como catalizador del cambio en las políticas públicas no sanitarias a nivel local y nacional, con el fin de mejorar sus impactos en la salud y la equidad en salud e impulsando la acción intersectorial para mejorar los niveles de salud y de equidad (WHO-CSDH, 2008).

3. Desigualdad social y acceso a la atención sanitaria

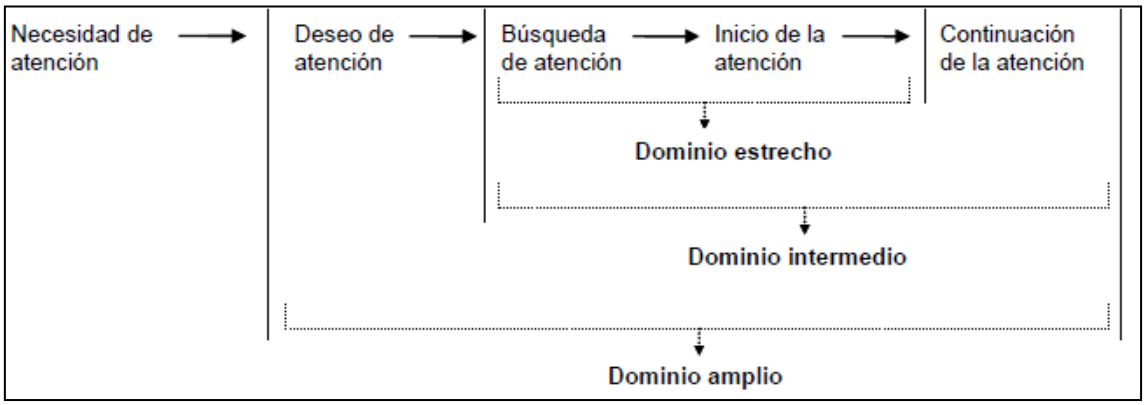
El acceso a los servicios sanitarios es un concepto complejo que ha estado influenciado por las políticas de salud predominantes en cada momento, lo que ha llevado a analizarlo a partir de definiciones y enfoques distintos, dependientes del contexto (García-Subirats, 2015).

Tradicionalmente y hasta los años 60 existió la creencia de que la oferta, distribución y organización de los recursos sanitarios eran los principales factores que determinaban el acceso de la población a la atención sanitaria. Sin embargo, en ese momento se constató que el incremento de la oferta de recursos por sí solo no incrementaba los niveles de equidad del sistema sanitario ni la salud de la población (Cernadas, 2008), y surgió la necesidad de considerar factores que trascendieran la mera disponibilidad de recursos.

3.1. Las diferentes concepciones del acceso a los servicios sanitarios

A lo largo de las últimas décadas ha tenido lugar un abundante desarrollo teórico acerca del acceso a la asistencia sanitaria, que se ha caracterizado por la ampliación del propio concepto. El esquema de los dominios de Frenk (1985), plasmado en la figura 3.1, provee una foto de los distintos enfoques desde los cuales se ha definido y estudiado el acceso. Éstos comprenden desde el momento en que la persona experimenta la necesidad de atención hasta el momento en que ésta se inicia y se extiende en el tiempo.

Figura 3.1. Dominios del acceso de Frenk (1985)



Fuente: García-Subirats, 2015

Dentro del "dominio estrecho" (aquel que va desde que la atención se solicita hasta que se inicia), el acceso es comprendido como la capacidad o la oportunidad de entrar en contacto con un determinado recurso sanitario (Frenk, 1985; Levesque et al, 2013) y las investigaciones se han centrado en identificar los factores que obstaculizan o facilitan los procesos de búsqueda y obtención de la atención.

Sin embargo, la concepción del acceso como fenómeno que va más allá de la mera disponibilidad de recursos es redundante en la literatura (Levesque et al, 2013). Desde esta

necesidad de considerar un rango más amplio de factores, las dos grandes corrientes en relación al concepto y estudio del acceso son:

1. El acceso como ajuste entre las características de los servicios y las de la población, y que comprende desde la búsqueda de atención por parte de la persona hasta que esta se inicia (situada en el dominio estrecho).

2. El acceso como utilización de los servicios, que comprende desde la necesidad de la atención a la utilización de los propios servicios (situada en el dominio amplio).

3.1.1. El acceso como ajuste

Uno de los principales autores que estudió el acceso como ajuste fue Donabedian (1973), quien otorgó un papel central a las características de los recursos sanitarios como facilitadores u obstaculizadores del uso de servicios. La Organización Mundial de la Salud (OMS) inspiró en este autor su definición de accesibilidad, a la que refiere como "la organización de una oferta de servicios que sea geográfica, financiera, cultural y funcionalmente alcanzable para toda la comunidad" (García, 2015).

El modelo de Penchansky y Thomas (1981), es uno de los que ha conceptualizado de manera más explícita el acceso en términos de ajuste entre las características de los proveedores y los servicios de salud, y las características y expectativas de las personas. Estos autores defendían la actuación sobre los elementos del acceso, que delimitaron bajo cinco dimensiones: 1) la asequibilidad económica de los servicios y recursos; 2) la disponibilidad de los recursos requeridos para cubrir las necesidades de las personas; 3) la accesibilidad geográfica y física; 4) la adaptación a las limitaciones y preferencias de las personas, en cuanto a horarios de atención y facilidades para la comunicación; y 5) la aceptabilidad mutua entre los y las profesional sanitarias y las personas usuarias.

Para Frenk la explicación del ajuste tenía que ver con el poder de las personas para utilizar los recursos sanitarios y, por otro lado, con las resistencias que éstas encontraban para alcanzarlo (Frenk, 1985). Así, introdujo una de las variables más utilizadas en el análisis del acceso: el de las "barreras" u obstáculos que emergen de los sistemas de salud y que dificultan el acceso efectivo, como son el precio de los servicios, el tiempo de espera o de desplazamiento.

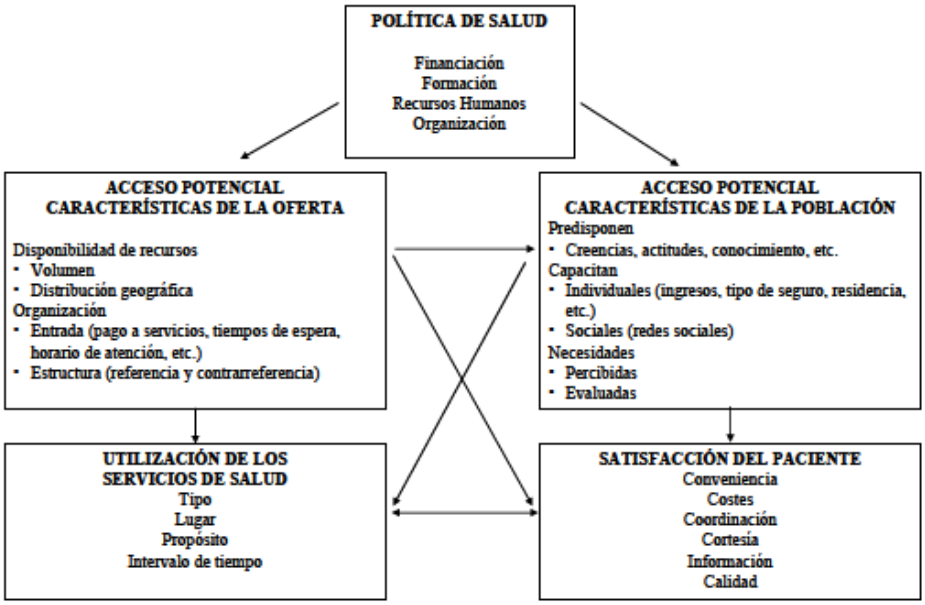
3.1.2. El acceso como utilización

La conceptualización del acceso como utilización ha sido la que más se ha tenido en cuenta en los estudios empíricos, por la mayor facilidad de acceder y analizar información referida a utilización de servicios, así como a la satisfacción. Éstos conciben la utilización y la satisfacción como producto de la relación establecida entre las características de la oferta y de la población potencialmente usuaria (Levesque y cols., 2013).

Uno de los marcos basados en esta perspectiva y de referencia en el estudio del acceso a servicios sanitarios, es el de Aday y Andersen (1974) (Figura 3.2). Estos autores consideraron, por un lado, la disponibilidad y organización de los recursos sanitarios y por otro, factores

relativos a la población potencialmente usuaria: 1) aquellos *predisponentes* al uso de los servicios de salud (como las creencias y actitudes sobre la salud, el conocimiento acerca del funcionamiento de los servicios de salud o las características socio-demográficas); 2) factores *capacitantes* para la utilización de servicios, tanto a nivel individual (el nivel de ingresos, el tipo de aseguramiento, el lugar de residencia, el lugar de procedencia, etc.), como comunitario (las redes de apoyo, la organización de los servicios en el territorio); y 3) *necesidades* de salud, que, a su vez, son percibidas y evaluadas por el sistema sanitario.

Figura 3.2. Modelo del comportamiento de utilización de servicios de salud de Aday y Andersen (1974)



Fuente: García-Subirats, 2015

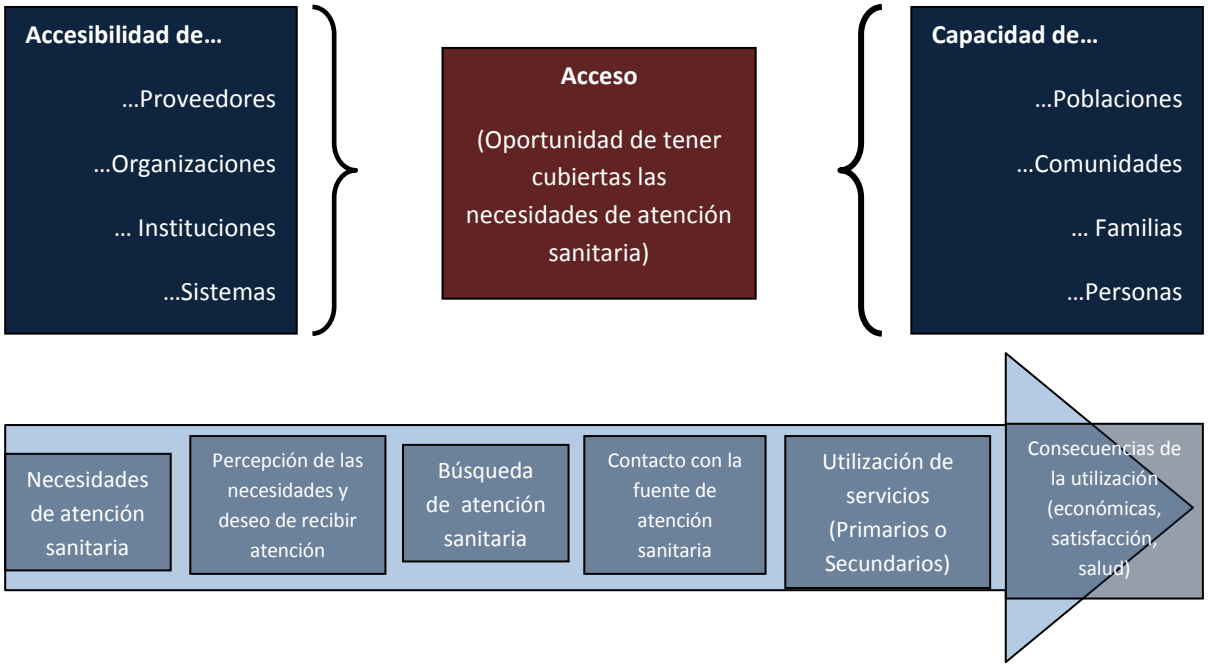
Por último, Levesque y autoras y autores colaboradores, propusieron uno de los marcos conceptuales más recientes y más comprehensivos del acceso entendido como utilización de servicios, incorporando las aportaciones anteriores (Figura 3.3). Definieron el acceso como la "oportunidad de identificar las necesidades de salud, buscar atención, alcanzar, obtener y de utilizar los servicios de salud para tener las necesidades de atención en salud" (Levesque et al., 2013). Defendían que esta visión integradora del acceso debiera considerar factores relativos a los sistemas sanitarios, a organizaciones y de proveedores, así como referidos a las personas y su entorno físico, social y comunitario, que estén presentes a lo largo del proceso de atención.

Con respecto a las instituciones, organizaciones y servicios sanitarios, las y los autores incluyeron factores como la facilidad para identificar, contactar y acceder a los recursos; la aceptabilidad cultural y de género, definida por los valores y normas del sistema; la disponibilidad y conciliación de acuerdo a las necesidades de horarios y localización geográfica de las personas; la asequibilidad económica; la pertinencia en cuanto a calidad técnica y de las relaciones interpersonales; la buena coordinación y continuidad asistencial.

En cuanto a las personas, consideraron factores relativos a habilidades individuales, como la percepción de la necesidad de salud de acuerdo a los conocimientos, creencias, expectativas y confianza; la habilidad para buscar atención de acuerdo a los valores individuales, sociales y culturales; la habilidad para acceder a los servicios en función de las condiciones de vida y el apoyo social, así como de las oportunidades para transportarse y trasladarse; la capacidad para costear los servicios en función de la renta y del tipo de aseguramiento sanitario; y la habilidad para adherirse al sistema, con la ayuda de la información y el empoderamiento recibidos por parte del sistema y del profesional sanitario y sanitaria.

El acceso permitiría, entonces, a las personas avanzar en las fases del proceso de atención, que se inicia con la percepción de la necesidad de salud y que continúa al contactar y recibir atención. Así, las variaciones en el acceso serían aquellas diferencias que pueden darse entre las personas en el avance a lo largo del proceso de atención. A su vez, en cada una de las distintas transiciones del proceso, las personas pueden experimentar barreras de acceso.

Figura 3.3. Definición de acceso al sistema sanitario de Levesque et al. (2013)



Fuente: Adaptado de Levesque et al., 2013

3.2. La relevancia de la equidad en el estudio del acceso a la atención sanitaria

Este recorrido por algunas de las concepciones y aproximaciones teóricas acerca del acceso nos da una idea de la complejidad que caracteriza al concepto y de la dificultad que supone su medida en base a cuestiones que van más allá de la mera disponibilidad de recursos sanitarios. Desde el punto de vista de los servicios, podemos centrarnos en aquellos factores determinantes del acceso, como las barreras físicas o económicas, susceptibles de ser

modificados a corto plazo por la política sanitaria. Sin embargo, como hemos visto, hay factores de la demanda o relativos a la población, que determinan el acceso y que a su vez dependen de factores de carácter estructural (como el nivel de renta, el nivel educativo, el entorno físico, etc.) y ajenos al ámbito sanitario (Frenk, 1992). Estos factores son determinantes sociales de las desigualdades en salud y según su distribución en la población, aumentan o disminuyen las oportunidades de acceder a los servicios sanitarios.

La equidad constituye, por tanto, una dimensión relevante para entender y analizar el acceso a la atención sanitaria. El objetivo de los sistemas sanitarios públicos y universales es asegurar la igualdad de acceso en función de las necesidades de salud de cada persona (Jané et al., 2002). En los contextos de sistemas sanitarios considerados universales, ocurre con frecuencia que la falta de accesibilidad o las barreras de acceso en estos contextos no es considerada un problema, asumiendo que no existe (Cernadas, 2008). Sin embargo, la consideración de la equidad como dimensión indiscutible del acceso apunta muchos retos a los que hacer frente todavía, incluso, desde los sistemas universales. Aunque en estos las desigualdades en el acceso a los servicios sanitarios públicos son menores, la universalización no garantiza una utilización equitativa de los mismos (Benach y Urbanos, 2000). Por tanto, para reducir las desigualdades en el acceso a la atención sanitaria deben considerarse otros factores que van más allá de la cobertura universal y que atañan a todo el proceso de atención, a los servicios sanitarios y a las personas, tal y como se ha descrito en el apartado anterior.

En los últimos años, ha tenido lugar una amplia producción científica acerca del acceso equitativo a los servicios sanitarios. Sin embargo, el significado de equidad, lejos de ser algo neutro u objetivo, es dependiente de los valores y los enfoques de sociedad y de justicia social que adopten los gobiernos (García-Subirats, 2015). Así, los sistemas de corte neoliberal, basados en las reglas del libre mercado, no conciben la salud o la asistencia sanitaria como un derecho, aceptan una intervención mínima del Estado y relacionan la capacidad de acceder a los servicios con la capacidad de pagarlos, procurando un servicio de beneficencia para los grupos de población con menos recursos. Por otro lado, los sistemas sanitarios universales, basados en la noción de justicia social distributiva, consideran la salud y la atención sanitaria como bienes primarios y a las instituciones, como proveedoras de la igualdad de oportunidades y de capacidades para acceder a ella (Padilla, 2014).

La adopción de uno u otro enfoque no está exento de una puesta en juego de valores e implica de manera inevitable a las diferentes esferas de toma de decisión. Así, un enfoque de equidad que implique en mayor medida la redistribución de los recursos, se enfrenta a mayores obstáculos relacionados con las fuerzas de poder y con valores predominantes contrarios a la justicia social, para incidir en las políticas (Barsanti y Nuti, 2014).

3.3. El acceso desigual a la atención sanitaria: revisión de la evidencia

La revisión de la literatura sobre el desigual acceso de la población a la atención sanitaria se basa en el modelo de Levesque et al. (2013) y en el concepto de equidad horizontal, que considera que el acceso a la atención sanitaria es equitativo si se recibe en función de las

necesidades de salud y no por la capacidad de pago, género, etnia o residencia de las personas (Andersen et al., 2002). De manera contraria, y en base al modelo conductual y de acceso al sistema sanitario de Andersen (1995), consideraremos que el acceso es inequitativo cuando los factores de posición social (género, clase social, lugar de origen y de residencia) son elementos explicativos de la utilización de los servicios sanitarios dando lugar a desigualdades sociales en el acceso a los mismos.

De acuerdo a la definición de acceso de Levesque y su marco conceptual para el análisis del acceso, esta revisión se centrará en el papel que pueden tener algunas características del sistema sanitario en la generación de inequidades de acceso, como la coexistencia de distintos tipos de aseguramiento, aspectos asociados a la descentralización sanitaria o medidas de restricción de la cobertura adoptadas en el periodo de crisis. Tras el análisis de estos factores estructurales, pasaremos a analizar aspectos correspondientes a la población, como los ejes de posición social.

3.3.1. Las desigualdades de acceso debidas al sistema de aseguramiento

El tipo de aseguramiento de la población parece condicionar el acceso a la atención sanitaria. Utilizando los datos de la Encuesta Nacional de Salud de 2011-2012, Urbanos muestra un acceso desigual entre la población cubierta por las mutualidades públicas y que se acoge a la provisión privada (por encima del 80% del colectivo mutualista), y el resto de la población (mutualistas que eligen Seguridad Social y resto de población asegurada) (Urbanos, 2016). Mientras que el colectivo mutualista con proveedor privado espera, de media, 30 días para conseguir cita para atención especializada, el resto de la población espera 54 días, es decir, casi el doble. El tiempo previo al ingreso hospitalario también difiere entre ambos colectivos (1,4 vs 5,8 meses de espera) (Urbanos, 2016).

También se han descrito diferencias en el acceso a atención primaria (AP) y atención especializada (AE) que se desencadenan por estas modalidades diferentes de aseguramiento. Para la población que dispone únicamente de aseguramiento sanitario público la probabilidad de acudir a AP es 2,8 veces mayor que la de acceder a AE, mientras que para la población con doble cobertura la razón es de 1,4 visitas a AP por cada visita a AE. Las personas mutualistas, por otra parte, muestran un patrón «invertido» al acudir en un 35% más a AE que a AP (Rodríguez, 2004). En relación con el nivel educativo, de renta y auto-percepción de salud, los dos últimos grupos (mutualistas y con «doble cobertura») superan notablemente al primero (sólo aseguramiento público), lo que sugiere un uso inadecuado (a más salud más consultas a AE) (Ordaz et al., 2005).

Estos resultados tienen implicaciones sobre la equidad que van más allá de las barreras de acceso a la atención sanitaria para ciertos grupos de población: la disposición de doble cobertura sanitaria por parte de un sector de la población puede suponer un perjuicio para el sistema sanitario público. Simó (2015) ha descrito dos mecanismos de generación de desigualdades a partir de esta realidad. Uno de ellos es la *selección de riesgos*, que consiste en el traslado de la mayor carga y gasto asistencial y farmacéutico al Sistema Nacional de Salud (SNS) mediante el juego de copagos: al ser mayor el copago farmacéutico en la mutua que en

el SNS para el colectivo pensionista, éste pasa a hacer uso de la receta del SNS, más barata, trasladándose la gran carga asistencial y farmacéutica de este colectivo al sistema público; la situación inversa ocurre con la población activa, para la cual el copago en la mutua es un 10% inferior con respecto al del SNS y que, por tanto, es más tendente a recurrir a la receta de la mutua. Al conllevar esta población una menor carga asistencial que la pensionista, la mutua hace así frente a un menor gasto en términos agregados.

El otro mecanismo de perjuicio del sistema público es la no utilización de este por parte de los sectores sociales más privilegiados, con mayor nivel educativo y de renta, que es por otra parte, la población de mayor peso e influencia política y con mayor acceso a los medios de comunicación, la cual no se ve afectada ni se siente concernida por los problemas del SNS.

3.3.2. Las desigualdades de acceso debidas a la posición socioeconómica

La cobertura universal de los sistemas sanitarios actúa como atenuante de las desigualdades socioeconómicas en el acceso a la atención sanitaria, si bien el nivel socioeconómico establece desigualdades en el acceso a las diferentes prestaciones y servicios de salud en todos los países enriquecidos (Van Doorsalen et al., 2006), incluso en aquellos con sistemas de cobertura sanitaria universal (Hanratty y Zhang, 2007).

3.3.2.1 Atención Primaria y Especializada

Con respecto a los servicios de AP existe una mayor probabilidad de utilización por parte de la población de menor renta, con menor nivel de estudios y en paro, teniendo en cuenta otros factores que pueden explicar dicha utilización, como la necesidad de atención. Estos resultados son consistentes en estudios internacionales, así como en aquellos desarrollados en el Estado español para el conjunto de la población (Regidor et al., 2008; Abásolo et al., 2014) y además, han mostrado ser estables en el tiempo (Deveaux y De Looper, 2012; Palència et al., 2013). Un argumento para esta mayor frecuentación de la AP por parte de la población más desfavorecida apunta al hecho de que esta población busca, en las consultas de AP, soluciones a necesidades no siempre relacionadas con la salud, sino con problemas sociales o económicos, así como información sobre procedimientos burocráticos para acceder a otros niveles de atención sanitaria (Regidor et al., 2008). Otro aspecto interesante es que, a pesar de acceder en mayor medida a las consultas de medicina de AP, los colectivos de menor nivel educativo presentan mayores tiempos de espera para utilizar este servicio que los de mayor nivel educativo. Estos resultados tienen que ver con lo que en el ámbito de la promoción de la salud se ha llamado “empoderamiento para la salud” y que se refiere a la capacidad que tienen las personas de tomar control acerca de las decisiones y actuaciones que afectan a su salud, así como acerca de los recursos para ello (WHO, 1998). Las personas que se sitúan en la escala más baja de la jerarquía social poseen una menor sensación de control sobre sus propias vidas, incluyendo un déficit relativo de recursos personales para mejorar su salud y su bienestar (Whitehead et al., 2016). Así, las personas socialmente más aventajadas y, en concreto, de mayor nivel educativo, están mejor posicionadas para disponer de mayores recursos para comprender y resolver por sí mismas sus problemas de salud, así como para acceder a la atención primaria de salud en el menor tiempo posible (mediante el sistema de cita previa por internet, de manera presencial o incluso sin solicitar cita previa) (Abásolo et al., 2014).

Por su parte, el acceso a la AE es más elevado entre los grupos sociales más aventajados, de forma consistente tanto en el ámbito internacional como del Estado español (Abásolo et al. 2014) existiendo, por tanto, desigualdades socioeconómicas en el acceso a este nivel asistencial. En el Estado español, el sistema sanitario privado provee principalmente de servicios de atención especializada, atendiendo el 30% de la demanda total de este nivel asistencial. La probabilidad de que esta demanda corresponda a población de nivel socioeconómico alto es de entre un 74-97% mayor con respecto a la población socioeconómicamente más desaventajada (Regidor et al., 2008). Teniendo en cuenta el acceso total a este nivel (tanto del sistema público como privado), las personas socialmente más aventajadas accederían a la AE en torno a un 40% más que las personas de menor nivel socioeconómico (Palència et al., 2013). Asimismo, se han mostrado desigualdades socioeconómicas en el tiempo de espera, de tal manera que, para las visitas diagnósticas, la espera disminuye en un 0,26% al aumentar la renta en 1%. Una situación similar se describe para las visitas de revisión: el aumento de un 1% de la renta disminuye el tiempo de espera en un 0,28%; las personas sin estudios o con estudios primarios esperan un 25,9% y un 18,2% más, respectivamente, que quienes tienen estudios universitarios (Abásolo et al., 2014). De nuevo, la explicación a este fenómeno se orientaría hacia las mejores condiciones de los colectivos beneficiados de moverse por el sistema y su mejor posicionamiento para demandar servicios sanitarios (Hirschman, 1970).

Una vez dentro del sistema y sin diferenciar entre la naturaleza pública o privada del servicio, el uso de tecnologías diagnósticas también se ha evidenciado inequitativo: la población situada en el decil superior de renta tiene un 57% más de probabilidad de ser sometida a alguna prueba diagnóstica que la perteneciente al decil inferior, a igualdad de salud auto-percibida, sexo y edad. En el caso de que la prueba sea una resonancia magnética, esta mayor probabilidad, en un rango de 1 a 100, asciende 95 veces (Ayala et al., 2015).

3.3.2.2 Servicios preventivos

En cuanto al acceso a los servicios preventivos, la evidencia parece mostrar resultados en este mismo sentido. Dryden et al. (2012) caracterizaron a aquellas personas con menos probabilidad de realizarse chequeos generales o preventivos para enfermedad cardiovascular, observando que se correspondían con hombres con menores ingresos, menor nivel socioeconómico, en desempleo o con menor nivel educativo. Adicionalmente, esta población es la que posee más factores de riesgo y más necesidades de salud, a la vez que valora en menor grado su salud, posee menos control sobre ella y siente más desconfianza hacia este tipo de intervenciones.

En el Estado español, se han descrito desigualdades por nivel socioeconómico en el acceso a actividades preventivas ginecológicas y de cáncer colorrectal. En el primer caso, se ha descrito que las mujeres de clase social baja tenían entre un 12 y un 20% menos de probabilidad que las de clase social alta de utilizar los servicios preventivos ginecológicos, así como de realizar visitas a ginecología, o realizarse pruebas como mamografías o citologías, esta última también constatada por Garrido-Cumbreras et al (Ayala et al., 2015; Garrido-Cumberas et al., 2010). Con respecto al cáncer colorrectal, un estudio en la CAV analizó las tasas de respuestas obtenidas del programa de cribado de cáncer colorrectal, así como los resultados de lesiones

por quintiles socioeconómicos, observándose que las mayores incidencias de lesiones no se daban en los grupos que más participaban, sino que, en el caso de los hombres, el grupo que menos participó, -el de nivel socioeconómico más desfavorecido- fue aquel que presentó la mayor tasa de lesiones. Estos resultados indican la importancia de orientar de manera equitativa los programas preventivos para una mayor efectividad (Hurtado et al., 2015).

3.3.2.3. Otros servicios de salud

La salud oral sigue un patrón socioeconómico claro, en parte debido a una mayor exposición a los factores de riesgo por parte de las personas con menor nivel educativo, menores ingresos, menor estatus laboral y con un área de residencia de menor nivel socioeconómico (Watt et al., 2015). A pesar de su mayor necesidad, esta población acude con menor frecuencia al dentista que la población más favorecida (Palència et al., 2014), hecho que agrava las desigualdades. Este patrón se da de manera sistemática a nivel internacional, aunque la magnitud de la desigualdad varía según el nivel de renta y de desarrollo de servicios de los países, siendo en los países empobrecidos donde se observan menores índices de cobertura y mayores desigualdades relativas entre grupos (Hosseinpoor et al., 2012). Por su parte, en los países enriquecidos también se han descrito diferencias en la utilización del dentista por nivel socioeconómico, aunque de menor magnitud que en los países de baja renta.

Los altos costes de la atención dental parecen limitar el acceso a la misma y, en este sentido, existen estudios llevados a cabo en diversos contextos que constatan que su financiación pública puede solventar la dificultad del acceso ante la necesidad de salud. De hecho, las desigualdades en el acceso al dentista son más pronunciadas en aquellos países en los que la atención dental no está cubierta públicamente frente a aquellos que la cubren en algún grado (Palència et al., 2013).

En el Estado español, también existe evidencia acerca de las desigualdades de acceso que, de forma mantenida, se han producido, al menos en el periodo 1993-2006 (Palència et al., 2013). En 1997, un estudio transversal también detectó inequidades en el acceso por nivel socioeconómico (Petrova, 2004). Más recientemente, en el 2º Informe sobre la Desigualdad Social en España, Urbanos y González (en Ayala et al., 2015) compararon datos de 2006 y 2011 y constataron que el 10% de la población más rica del país acude al dentista por motivos preventivos casi 3 veces más que el 10% de la población más pobre.

En el caso de la población infantil cabe mencionar que, a principios de los años 1990, la CAV y Navarra fueron comunidades pioneras en instaurar el Plan de Atención Dental Infantil (PADI) con el fin de incrementar las visitas al dentista de la población entre 7-15 años independientemente del nivel socioeconómico familiar. En otras Comunidades Autónomas (CCAA), el programa se extendió a lo largo de la primera década de 2000. Existen estudios que han analizado el acceso al dentista de los y las niñas por nivel socioeconómico comparando las CCAA con el programa instaurado y sin él. Éstos constataron que la probabilidad de visitar al dentista, independientemente del nivel socioeconómico del hogar, aumentó en aquellas comunidades donde se ofertaba el PADI. A nivel general, la probabilidad de no visitar nunca al dentista ha disminuido de un 49,5% en 1987 a un 8,4% en 2011. Sin embargo, a pesar de este incremento de las visitas en los últimos años, siguen manteniéndose desigualdades sociales

significativas que no remiten con el paso del tiempo. La proporción de no visitar al dentista es aproximadamente dos veces mayor en los/as niños/as de familias de clase baja que en los de clase social elevada (Pinilla et al., 2015). Los efectos de la crisis económica obviamente se trasladan a este tipo de atención y ya contamos con los primeros estudios que lo demuestran. Así, Calzón-Fernández et al. (2015) señalaron que las necesidades no cubiertas en relación a los servicios de salud dental entre los años 2007 y 2011 en el Estado español aumentaron de un 6,2% a un 7,2% y estas se asociaban con el desempleo- principalmente en el caso de los hombres- y el bajo nivel de renta- principalmente en el caso de las mujeres-.

Además de la salud bucodental, existen otros servicios que no están incluidos en la cartera de servicios financiada por el sistema sanitario público, como la atención podológica, o sólo lo están parcialmente, como la rehabilitación, en los que se producen importantes desigualdades de acceso. En cuanto a la podología, es la única profesión sanitaria que no figuraba en el sistema sanitario público a nivel estatal hasta su inclusión en el Catálogo General de Profesiones Sanitarias en el año 2015, a través del Real Decreto 184/2015 (2015). A pesar de esta situación de olvido por parte del SNS, los cuidados podológicos están incluidos en los protocolos internacionales para la prevención de complicaciones de la diabetes mellitus tipo 2 (DM-II), en concreto, la amputación de extremidades bajas (Rubio et al., 2014). La DM-II es una enfermedad cuya prevalencia va en aumento en los países enriquecidos y en el Estado español, se espera que aumente de un 10,6% en 2014, a aproximadamente un 14% en 2035. Su distribución poblacional varía según la zona geográfica y sigue un patrón socioeconómico claro, afectando más a la población con menor nivel socioeconómico (Stringhini et al., 2013).

López de Andrés et al. (2011) reportaron un aumento de la incidencia de amputaciones asociadas a la DM-II en el Estado español entre los años 2001 y 2008, exponiendo como posibles causas la no cobertura de los servicios de podología por parte el sistema sanitario público y el bajo número de unidades multidisciplinares de pie diabético (con 1 de cada 4 pacientes recibiendo los cuidados adecuados). Teniendo en cuenta la distribución poblacional de la DM-II y los factores socioeconómicos que median en la adopción de conductas de salud no favorables, las personas con menor nivel socioeconómico presentan una mayor incidencia de complicaciones y hospitalizaciones relacionadas con la diabetes, tal y como demuestran Chen et al. (2015). La no inclusión de los cuidados del pie diabético de manera integral en el sistema sanitario puede agravar estas desigualdades.

Otro servicio que sólo se encuentra parcialmente incluido en la cartera de servicios cubiertos por el sistema público es el de rehabilitación -y las actividades que abarca, como la atención médica de rehabilitación, fisioterapia, psicoterapia, terapia del lenguaje y terapia ocupacional, entre otros-. La OMS calcula que un 15% de la población mundial padece algún tipo de discapacidad y que esta tasa aumenta debido en parte al envejecimiento de la población y al aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas. Señala, además, que las personas con discapacidad tienen menos acceso a los servicios de asistencia sanitaria y que, en los países desarrollados, el porcentaje de personas con discapacidad que declaran tener necesidades no satisfechas asciende a un 15-30% (OMS, 2016). Una de las causas de las barreras a la asistencia sanitaria es la oferta limitada de servicios adecuados para estas personas.

El Real Decreto 1030/2006 (2006) define las prestaciones en el ámbito de la rehabilitación sobre aquellos y aquellas pacientes "con déficit funcional recuperable". En la práctica, esto se traduce en un enfoque de la rehabilitación en las personas enfermas en fase aguda y en mucha menor medida a las personas con enfermedades crónicas y a las personas con discapacidad, que suelen ser dadas de alta tras un breve periodo de rehabilitación. Como consecuencia, no se aprovecha el extraordinario potencial que tiene la rehabilitación para mejorar la capacidad funcional, prevenir lesiones, evitar o retrasar el deterioro de la salud y promover la autonomía de muchas personas. Por otra parte, en el caso de las discapacidades o enfermedades que provocan disfunciones no recuperables, la rehabilitación es un elemento orientado a prevenir el avance de la disfunción, a trabajar las potencialidades y, en definitiva, a mejorar la calidad de vida, y no se incorpora de forma integral ni con la intensidad necesaria desde el sistema sanitario público. De esta manera, estas necesidades son a menudo cubiertas por servicios privados, mediante el pago directo, lo que supone una sobrecarga económica para las personas o familias que en muchos casos no pueden afrontar (Federación Española de Enfermedades Raras, 2016). La situación ha empeorado tras la crisis económica y hay ejemplos que lo ilustran, como la campaña iniciada por el Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad para cambiar la actual Ley de Dependencia como consecuencia del copago al que deben hacer frente para costear los servicios de cuidado en atención a su situación[1].

En el caso de las necesidades de estos servicios por parte de la población mayor, las iniciativas para la potenciación de la rehabilitación como parte de las políticas de envejecimiento y atención a las personas mayores, se aplican de manera desigual entre CCAA y, en general, en fases tardías o de dependencia severa (Zafra et al., 2006).

3.3.3. Las desigualdades de acceso debidas al género

Las desigualdades en salud según el género se han descrito en relación con el estado de salud, con la utilización de servicios sanitarios y con el desempeño de los servicios sanitarios.

Con respecto a la utilización de los servicios sanitarios, el desajuste existente entre las necesidades de atención sanitaria y el acceso a la misma se ha descrito como una de las vías de generación de las desigualdades de género en salud. Los roles de género han mostrado ser influyentes en las pautas de utilización de los servicios sanitarios, de forma que, por ejemplo, en el Estado español se da, en términos generales, una mayor utilización de servicios hospitalarios por parte de los hombres (Ruiz-Cantero y Verdú-Delgado, 2004) a la par que una menor propensión a utilizar los servicios de atención primaria (Urbanos, 2011). Por su parte García-Altés et al. (2008), en un estudio por CCAA, describió desigualdades según género y clase social en la proporción de visitas a AP. Las mujeres declaraban haber acudido más que los hombres y el aumento de visitas a medida que descendía la clase social también fue mayor en las mujeres, con una diferencia de 22 puntos porcentuales, frente a 10 puntos de diferencia en los hombres.

[1] http://www.cermi.es/es-ES/Paginas/NOALCOPAGOCONFISCATORIO.aspx

Por su parte, la provisión efectiva de servicios sanitarios apropiados es una de las dimensiones adoptadas en la evaluación del sistema sanitario de Reino Unido y que conforma el estado de salud. Distintos estudios en el ámbito estatal han mostrado la existencia de desigualdades en la provisión de servicios dirigidos a hombres y mujeres ante un mismo diagnóstico clínico, que ocurren por dos vías (Ruiz-Cantero, 2009): por un lado, cuando se equipara el comportamiento de la enfermedad y su pronóstico en hombres y mujeres, cuando en realidad no se comporta de la misma forma en ambos sexos; y por otro lado, al valorarse el comportamiento de la enfermedad como distinto en hombres y mujeres, cuando no lo es.

En primer lugar, se han descrito sesgos de género en el diagnóstico de enfermedades, como en las cardiovasculares y en la enfermedad pulmonar obstructiva. En el primer caso, la mortalidad de las mujeres por problemas coronarios, ictus y otras enfermedades cardiovasculares es mayor que en los hombres (Stramba-Badiale et al., 2006) y se ha demostrado que estas diferencias no son debidas a factores biológicos, sino a un diagnóstico y tratamiento tardíos. Un ejemplo lo encontramos en la mortalidad asociada al infarto agudo de miocardio y las desigualdades en el acceso al tratamiento de revascularización precoz. Aldasoro et al. (2010) ilustraron, en el contexto de la CAV cómo, más allá de los factores de riesgo o el grado de gravedad de la insuficiencia cardiaca, el tiempo de demora en recibir atención sanitaria ante este evento explicaba las desigualdades en la aplicación del tratamiento, las cuales perjudicaban a las mujeres y especialmente a aquellas pertenecientes a los grupos sociales más desfavorecidos. En el caso del EPOC, se ha evidenciado un menor diagnóstico en mujeres y que, a los síntomas de estas, se les asigna una menor gravedad que a los hombres (Ruiz-Cantero et al., 2007).

Igualmente, existen sesgos en el esfuerzo terapéutico: ante las mismas necesidades de atención, las mujeres tienen un menor acceso a atención especializada y, en cambio, una mayor frecuentación de la atención primaria (Urbanos, 2011). También experimentan una mayor demora en la atención con respecto a los hombres (especialmente descrita en el infarto agudo de miocardio), y una actuación diferencial en algunos procedimientos terapéuticos y quirúrgicos, como la artroplastia de rodilla, por la que son intervenidas con menor intensidad que los hombres (Borkhoff et al., 2008).

Asimismo, existen diferencias con respecto a la prescripción y consumo de medicamentos: las mujeres tienen mayor probabilidad de consumir tres o más medicamentos (Redondo-Sendino et al., 2006). Por un lado, existe una tendencia a medicalizar a las mujeres en procesos vitales no patológicos, como el ciclo menstrual, la maternidad o la menopausia (Velasco, 2009). Además, el consumo de psicofármacos es más elevado para las mujeres (Velasco, 2009; Ruiz-Cantero, 2009). Conviene destacar que la tradicional exclusión de las mujeres de los ensayos clínicos puede conducir a una mayor aparición de efectos adversos tras el consumo de fármacos, como consecuencia de la extrapolación de resultados a hombres y mujeres cuando tradicionalmente sólo se ha conocido la respuesta terapéutica de los primeros (Ruiz-Cantero, 2009).

Por otra parte, se ha descrito una amplia variabilidad en la utilización y desempeño de los servicios sanitarios según el sexo entre CCAA: las variaciones por patología en las tasas de

hospitalización entre CCAA pueden llegar a ser de hasta tres veces, como es el caso del EPOC en Catalunya o Asturias versus Canarias (García-Altés et al., 2008). Los estudios de variabilidad en la práctica médica también han explorado las desigualdades de género. Algunos de ellos, como el trabajo del Grupo de Variaciones en la Práctica Médica en el Sistema Nacional de Salud ratifican que las diferencias en las tasas de hospitalizaciones entre hombres y mujeres mayores "derivan de la distinta prevalencia por sexo de las enfermedades causantes del ingreso hospitalario" (Librero et al., 2010).

3.3.4. Las desigualdades de acceso debidas al lugar de origen

Durante la primera década del siglo XXI, en el Estado español se dio un aumento continuado de población inmigrante procedente de países de baja renta. La llegada de la crisis económica dio lugar a que en el año 2011 esta tendencia creciente comenzara a revertir ligeramente (García-Subirats et al., 2014). Sin embargo, la población inmigrante sigue constituyendo una parte importante de la población residente en el Estado español y un factor que ha modificado en gran medida sus características sociodemográficas. Este sea quizá uno de los factores que ha alimentado el interés por conocer el estado de salud de la población inmigrante. Así, se han descrito ya en bastante profundidad los determinantes sociales de la salud de este colectivo, entre los que destacan, fundamentalmente, los factores epidemiológicos y sociales del lugar de nacimiento, el proceso de desplazamiento o las condiciones de vida en la sociedad de destino (Rodríguez et al., 2014).

Habitualmente, la población inmigrante llega al país de acogida con un buen estado de salud. Sin embargo, la precariedad de las condiciones de vida y trabajo de estos colectivos hacen que, pasado un tiempo tras su llegada, su estado de salud tienda a asimilarse al de la población autóctona e incluso, a empeorar. Así, en general, se detecta una peor salud en la población inmigrante con respecto a la autóctona y sus niveles de salud tienden a disminuir una vez considerado el efecto de la desigual distribución de diversos factores socioeconómicos entre ambas (Rodríguez et al., 2014). Además de la exposición a unas peores condiciones de vida, las barreras existentes al acceso a la atención sanitaria también contribuyen a este empeoramiento de la salud. Ya el modelo de Aday y Andersen (1974), hacía referencia a barreras que tienen que ver, por un lado, con las características de la población inmigrante –unas que predisponen y otras que capacitan para el acceso- y, por otro, con factores relativos a los servicios de salud. Hoy por hoy, se han identificado, como barreras estructurales, la falta de aseguramiento sanitario y el elevado coste de los medicamentos –en aquellos sistemas sanitarios no universales- así como aspectos organizacionales del sistema sanitario –en aquellos universales- (Gil-González et al., 2015). Algunos estudios de base cualitativa han hecho referencia a barreras en la entrada, acceso y utilización de los servicios (como la insuficiente provisión de información, largas distancias y tiempos de espera y la actitud del personal), así como a aspectos concernientes a la población inmigrante (conocimiento limitado del sistema, dificultades para el pago de transporte o medicación, imposibilidad de acudir a los servicios por incompatibilidad horaria con respecto a la jornada laboral, debido a las condiciones precarias de empleo y desconocimiento del idioma) (Vázquez et al., 2014).

Otro factor identificado que actúa como barrera está relacionado con los prejuicios y la incertidumbre de los y las profesionales en el tratamiento de esta población usuaria. En esta línea se ha descrito una sensación extendida entre el colectivo profesional sanitario de que la población inmigrante hace un mayor uso de los servicios sanitarios, concretamente, de la atención urgente en AP (Esteva et al., 2006). De manera contraria, los estudios que han llevado cabo a este análisis refrendan que, en general, esta población realiza un menor uso del sistema sanitario del que teóricamente correspondería (Gimeno-Feliu et al., 2011)

A nivel europeo, una reciente revisión (Sarría-Santamera et al., 2016) de estudios desarrollados en 28 países europeos y 8 no europeos desveló que, en general, la población inmigrante utiliza los servicios sanitarios en menor medida que la población autóctona, aunque encontró diferentes patrones por nivel asistencial y lugar de origen. De manera consistente e independiente de la fuente de información utilizada, se observó que la población inmigrante accede en menor grado o de igual manera a AP y a AE que la población autóctona, en sistemas sanitarios universales e inclusivos con respecto a población indocumentada. Para otros servicios como salud mental, este patrón, se repetía, aunque con excepciones por grupos según lugar de origen. Estos patrones no se corresponderían con la necesidad, puesto que se trata de una población más expuesta a estresores y factores de riesgo de salud mental que la población autóctona. Más concretamente y en la línea de otros estudios a nivel nacional, Carmona et al. (2014) observó una utilización similar de los servicios de medicina de AP por parte de la población inmigrante y autóctona y, sin embargo, un uso menor de la atención especializada por parte de la primera. Esta situación se correspondía, en grandes términos, con la época previa a la llegada de la crisis económica y de su mano, el Real Decreto 16/2012. Si bien entonces el sistema sanitario avanzaba hacia una mejora de la protección de la salud de la población inmigrante y de su acceso a los servicios de salud (Vázquez et al., 2014; García-Subirats et al., 2014), es obvio que entonces también existían barreras para el acceso de esta población. Sin embargo, estas barreras han sido tradicionalmente estudiadas desde las características del colectivo inmigrante y pocos estudios han explorado los determinantes de acceso de esta población, entre los que se encuentran las características de los servicios de salud cuya importancia señalábamos anteriormente (Vázquez et al., 2014; Llop-Gironès et al., 2014).

En este sentido y con miras a la situación que nos ocupa actualmente, una barrera emergente propia del sistema con la llegada del RD 16/2012, cuyo impacto se requiere conocer y monitorizar, es la del estatus administrativo, que pone en grave peligro la equidad del sistema (García Subirats et al., 2014).

4. La privatización sanitaria: concepto y dimensiones

4.1. El concepto de privatización

La privatización es un concepto objeto de un intenso debate, tanto en el ámbito de la gestión sanitaria como en el científico-académico e incluso en la sociedad general, y es que a menudo bajo el término de privatización se engloban discursos, definiciones y posicionamientos diversos e incluso contrapuestos (Camprubí et al., 2010).

Esta multidimensionalidad hace que su definición sea poco clara y conflictiva entre los agentes implicados en el sistema sanitario (Powell y Miller, 2013), lo cual puede explicar, al menos en parte, la falta de indicadores disponibles para su correcta medición. Ciertamente, en el ámbito científico son escasos los estudios que evalúan la calidad y la eficiencia de los servicios sanitarios privados en comparación con los públicos (Minué y Martín, 2013), lo cual no ha colaborado en la clarificación del concepto de privatización y su utilidad real.

Una de las definiciones de privatización que cuenta con mayor aceptación es la del European Observatory on Health Systems and Policy según la cual la privatización consiste en la transferencia de la propiedad y funciones gubernamentales desde entidades públicas a entidades privadas, que pueden tener o no ánimo de lucro (Minué y Martín, 2013). Camprubí et al matizan esta definición, incorporando la multidimensionalidad del concepto, de forma que privatización sería toda aquella "transferencia o desplazamiento, parcial o total de un activo o capacidad pública al sector privado, pudiendo hacer referencia a cualquiera de las funciones o recursos que pertenecían a la esfera pública" (Camprubí et al., 2010).

De forma complementaria a estas definiciones, diversos autores/as han visto en la privatización una estrategia integral más profunda, que trasciende los aspectos concretos citados en estas definiciones, puesto que lo que pretende es la permanente reestructuración del estado de bienestar y de los servicios públicos conforme a los intereses del capital (Whitfield, 2001). Por ello, en ocasiones, el concepto de privatización va más allá y se encuentra en estrecha relación con el concepto de mercantilización, muy empleado en la esfera pública y que complejiza el debate en torno a la privatización. Se entiende la mercantilización como la introducción de criterios de mercado en el ámbito público que, aunque no configuran una privatización de hecho, sí pueden facilitarla (Camprubí et al., 2010). También se refiere a la adopción de criterios empresariales para medir la eficiencia y eficacia de los servicios públicos (de Lara et al., 2015). Aunque los criterios de mercado no tienen en todos los casos que desplazar funciones ni activos del sector público al privado (Saltman, 2003), se ha apuntado que la mercantilización se encarga de crear las condiciones económicas, ideológicas y de relaciones sociales a través de las cuales se puede facilitar la privatización (Whitfield, 2001).

La relación entre ambos conceptos es clara, aunque conviene diferenciarlos y no confundirlos. En este sentido, conviene tener claro que la mercantilización sanitaria es un proceso que puede producirse sin que existan procesos de privatización sanitaria, de manera que un sistema público también puede ser un agente de mercantilización de la salud. De esta forma, los procesos neoliberales que apoyan una visión de la salud y su tratamiento individual y biomédico pueden afectar al propio sistema, convirtiéndolo en un agente reproductor esos

procesos. Así, por ejemplo, el sistema sanitario público puede fomentar procesos de medicalización de la vida y aumentar también el número de tratamientos e intervenciones innecesarias o poco efectivas. A pesar de que resulta complejo dar respuesta individual a un problema global, el sistema sanitario público debería contribuir a la expansión de un modelo de salud y de atención más sociales y menos medicalizadores.

4.2. Medición de la privatización

Además de no contar con una definición clara y consensuada sobre qué debemos entender por privatización sanitaria, la medición de la misma se complica, ya que no existe una tipología consensuada y unificada de las fórmulas de titularidad y gestión de los servicios sanitarios que actualmente existen y que han dado lugar a una multitud de composiciones mixtas (Camprubí et al., 2010). En este contexto, una de las estrategias para poder analizar y monitorizar los procesos de privatización sanitaria es atender a la dimensión jurídica. De esta forma, podemos identificar diferentes formas (Sánchez, et al., 2013) o estadios en la privatización de los sistemas sanitarios:

- En primer lugar, podemos identificar la *privatización formal*, que es la gestión directa de los servicios de salud por parte de las administraciones públicas a través de entidades de titularidad pública sometidas al derecho privado. Entre las ventajas atribuidas a este modelo de privatización está el aumento de la flexibilidad y la desburocratización de los procesos de gestión de personal y los marcos de regulación.

- En segundo lugar, encontramos la *privatización funcional*, que se puede entender como la gestión indirecta de los servicios públicos mediante la contratación de su provisión con entidades privadas, con o sin ánimo de lucro, que pasan a participar en la producción de los mismos.

- Por último, encontraríamos la *privatización material*, que se correspondería con la transferencia plena al sector privado de la competencia en la prestación de los servicios, de forma que el aseguramiento y la provisión de la asistencia sanitaria pasan a manos de compañías privadas.

Otra de las estrategias para medir la privatización sanitaria consiste en analizar las diferentes dimensiones que configuran la prestación sanitaria, analizando las transferencias o desplazamientos de funciones, activos o recursos del ámbito público al privado en cada una de ellas. Hay diferentes dimensiones que pueden ser consideradas en este análisis, siendo quizá las más relevantes, la *financiación y aseguramiento*, la *planificación y provisión* de los servicios, así como la *formación* e *investigación* sanitaria.

4.2.1. La privatización de la financiación y el aseguramiento sanitario

La financiación es la dimensión de la prestación sanitaria definida por las diferentes fórmulas mediante las cuales se aportan el dinero y los recursos para mantener los servicios sanitarios y sufragar sus gastos en el estado español. Este gasto sanitario se clasifica en público y privado: el gasto público se divide en el que procede de la recaudación de impuestos y aquel que lo hace de la financiación por parte de la Seguridad Social.

La financiación del gasto sanitario público está incluida en la financiación general de cada Comunidad Autónoma (CCAA) desde la promulgación de la Ley 14/1986 General de Sanidad del 25 de abril de 1986. Esta ley sentó las bases para el traspaso de las competencias sanitarias a las CCAA; el paso de la financiación de la asistencia sanitaria a través de cotizaciones por parte de los/as trabajadores/as a su financiación a través de impuestos generales; y la universalización del sistema sanitario público, punto que ha sufrido diferentes variaciones desde que se promulgó esta ley hasta el momento actual con la introducción del Real Decreto 16/2012[2]. Existen además dos fondos adicionales, el Programa de Ahorro temporal en incapacidad Temporal y el de Cohesión, gestionado por el propio Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad[3].

Por su parte, el gasto sanitario privado está compuesto por el gasto de los aseguramientos privados y el que denominamos "gasto de bolsillo", y que se define como la aportación privada de las personas a los costes que tiene la atención sanitaria. Este gasto está compuesto, según la metodología de la OCDE[4], por el gasto realizado por las familias en los siguientes conceptos: medicamentos y otros productos farmacéuticos, aparatos y material terapéutico; servicios médicos y paramédicos; servicios extra-hospitalarios, como servicios de dentistas, análisis clínicos y centros de imagen médica; servicios hospitalarios; servicios de protección social; y servicios privados de seguros de enfermedad. Dentro de este gasto se incluyen los copagos, es decir, la participación directa de la persona usuaria en parte del coste de los servicios sanitarios en el momento de utilizarlos. La Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (Semfyc) en un documento sobre el copago (Solanas y Marzo, 2011), señala la existencia de tres tipos de copagos: sobre servicios de atención médica (atención primaria, hospitales, servicios de urgencias), sobre servicios hoteleros (hospitalizaciones) y sobre los medicamentos y farmacia.

En cuanto al aseguramiento sanitario de la población, el más común en el Estado español es el régimen de afiliación al Sistema Nacional de Salud (SNS). También conviven con el SNS otras modalidades de aseguramiento, siendo una de ellas el aseguramiento privado, al que cualquier persona podría acceder mediante el pago directo de un servicio o bien a través de una afiliación, pagando una cuota económica de acuerdo a las tarifas y cobertura de servicios que las diferentes aseguradoras privadas estipulan.

Otro caso particular de aseguramiento sanitario es el de la población cubierta por Regímenes Especiales de Seguridad Social de Funcionarios/as de la Administración Central que cuentan con sus propias Mutuas de Seguridad Social. Estas mutuas son MUFACE para funcionarios/as civiles (que prestaba servicio a 1.498.098 personas a 31 de Diciembre de 2015)[5], MUJEGU para funcionarios/as judiciales (que en Diciembre de 2015 contaba con 93.958 afiliados)[6] e ISFAS para funcionarios/as militares, de la Guardia Civil y personal estatutario (que en Diciembre de 2014 prestaba servicio a unas 621.300 personas)[7]. Se trata de un régimen de seguridad social

[2] http://www.aes.es/Publicaciones/sns2013_capitulo1.pdf
[3] http://www.msc.es/organizacion/sns/docs/financiacion08.pdf
[4] OECD. OECD Health Data 2001: A Comparative Analysis of 30 Countries. Paris; 2001
[5] http://www.muface.es/sites/default/files/MUFACE/Memorias/Memoria_MUFACE_2015.pdf
[6] http://www.mugeju.es/es/includes/documentos/mugeju/Memoria2015.pdf
[7] http://www.defensa.gob.es/isfas/Galerias/ficheros/Memoria/MEMORIA_2014.pdf

diferente al régimen general, ya que las personas mutualistas pueden elegir entre distintas opciones de provisión privada o pública y disponen de prestaciones orto-protésicas, dentales y oculares no incluidas en el SNS. Además, este colectivo en su conjunto, incluidas las personas que eligen provisión pública, difieren también en la participación normal (copago) de receta, copagando el 30% del precio del envase. Es decir, las personas mutualistas activas copagan menos, en algunos casos la mitad, que las activas del SNS, mientras que pensionistas mutualistas copagan mucho más que las personas pertenecientes al SNS. Además, la elección entre provisión pública o privada se puede realizar al comienzo de cada año, sin que se tenga en cuenta preexistencia alguna de enfermedad. La elección por la provisión privada no supone la ruptura de la persona mutualista con la asistencia del SNS, ya que ésta sigue siendo accesible a través de los servicios de urgencias, o mediante los cambios ordinarios -al comienzo de cada año- o extraordinarios -durante el resto del año- hacia el SNS, lo que puede suponer una vía a la selección de riesgos.

Si sumamos las personas afiliadas de las tres mutualidades, obtenemos más de 2.200.000 personas que se benefician de la posibilidad de elegir entre un seguro médico privado y uno público, ya que las tres mutualidades ofertan conciertos con aseguradoras privadas y son las personas afiliadas quienes deciden a qué régimen acogerse eligiendo entre las entidades privadas o los servicios públicos de salud de su respectiva CCAA (salvo la prestación farmacéutica en el caso de MUGEJU, que es gestionada por su propio colectivo de afiliación). Además, también existen grupos, como el de periodistas vinculados/as a la Asociación de Prensa, que tienen convenios especiales con la Seguridad Social que les permite recibir atención sanitaria en condiciones especiales, mediante centros privados concertados[8].

4.2.2. La privatización de la planificación sanitaria

La planificación sanitaria es aquella función del sistema sanitario que se realiza para alcanzar los objetivos de salud de una población determinada (Guix, 2012). Para que estos objetivos de salud se hagan realidad es necesaria una actuación voluntaria predeterminada que evite la falta de dirección en los procesos o la improvisación de los mismos.

Tradicionalmente, la planificación sanitaria, en especial en su nivel normativo y estratégico, ha sido realizada por las Administraciones Públicas, tanto de tipo estatal como regional. Sin embargo, al igual que otras funciones dentro del sistema sanitario, la planificación ha ido derivándose cada vez en mayor medida al ámbito privado, principalmente hacia grandes consultoras multinacionales. Estas empresas realizan el diagnóstico de la situación de salud, la priorización de necesidades y las propuestas de actuaciones, bajo criterios que, en ocasiones, son difíciles de calibrar dado el posible conflicto de intereses. La externalización de la planificación sanitaria supone llevar al ámbito de la empresa privada la decisión sobre las prioridades y líneas estratégicas de desarrollo del sistema sanitario (Sánchez-Bayle, 2014). Asimismo, el control y la evaluación, es decir, las últimas fases de la planificación sanitaria, son ejercidas en ocasiones por consultoras privadas, cuyo análisis, además de tener en cuenta la

[8] http://saludineroap.blogspot.com.es/2015/10/un-privilegio-que-desaparece-durante.html

consecución de los objetivos de salud, supone la posible asunción de una lógica empresarial por parte de los servicios de salud públicos (Sánchez-Bayle, 2014).

4.2.3. La privatización de la provisión sanitaria

La provisión de los servicios sanitarios es el ámbito en el que las fórmulas privatizadoras han tenido un mayor desarrollo, tanto en el Estado español como a nivel internacional, en los últimos años, generando gran inquietud al respecto. El diagnóstico actual dibuja un creciente abandono de la provisión por parte de un único ente público, dando paso a fórmulas combinadas de provisión.

La clasificación más utilizada para diferenciar la provisión pública de la privada, distingue dos categorías en la provisión pública -estatal y no estatal- y otras dos en la provisión privada -con y sin ánimo de lucro-. (Saltman, 2003). Sin embargo, esta clasificación de Saltman resulta insuficiente ante una realidad en la que la provisión de servicios es mucho más compleja. A modo de ejemplo, cabe señalar que en la mayoría de países europeos existen mercados privados en el sector de la salud, independientemente del tipo de sistema sanitario de cada país. Por lo general, este tipo de mercados no solo incluyen servicios clínicos, sino también servicios auxiliares y una prestación de servicios privada, normalmente enmarcada en una estricta regulación gubernamental del precio y la cantidad contratada (Fidler, 2009).

En el contexto español, uno de los mecanismos que ha propiciado la privatización de la provisión sanitaria ha sido la separación entre las funciones de financiación y provisión, recogida en el Real Decreto-Ley 10/1996 de 17 de Junio y la Ley 15/1997 de 25 de Abril de Habilitación de Nuevas Formas de Gestión del Sistema Nacional de Salud. Estas normativas abrieron la puerta a que las CCAA comenzaran a introducir diferentes modelos de gestión para la provisión de la atención sanitaria, en un contexto de debate creciente sobre la necesidad de modernizar y hacer más eficiente la gestión de la asistencia sanitaria pública (Menéndez-Rexach, 2008). Aunque estas fórmulas tienen características diferenciadas y han evolucionado de forma diversa, todas ellas coinciden en introducir criterios de mercado y de gestión empresarial dentro de la provisión sanitaria (Sánchez-Bayle, 2014). La introducción del principio de separación de las funciones de financiación, compra y provisión de los servicios propone que el sector público deje de ser quien simultáneamente financie los servicios sanitarios y provea de estos servicios a la ciudadanía, y pase a ser fundamentalmente el "administrador de los recursos" que financian el sistema. Para ello, una agencia pública (habitualmente, un Departamento o Consejería de Salud) se encarga de la función de compra de los servicios, mientras que la naturaleza de los centros proveedores es diversa, permitiendo la entrada de proveedores privados en el sistema sanitario público (Gregori, 2013).

Debido a que el ordenamiento constitucional español no da cabida a la privatización material, las dos estrategias llevadas a cabo en el Estado español son la privatización formal y la privatización funcional que, valiéndose de fórmulas diferentes, persiguen principalmente tres objetivos (Sánchez et al, 2013): introducir en el ámbito de los servicios sanitarios públicos técnicas de gestión propias de la empresa privada; la separación efectiva de las funciones de financiación y compra de las de gestión; y el sometimiento al derecho privado del régimen jurídico de contratación de personal y de contratación de bienes y servicios. Dentro de estos

procesos de privatización formal y funcional, se pueden distinguir entre dos modalidades de gestión: una directa, y otra indirecta (Minué y Martín, 2013), cuyas características se recogen en la siguiente tabla (Tabla 2.1):

Tabla 2.1. Características de los modelos de gestión sanitaria según tipo de organización

Modalidad de Gestión	**Tipos**		**Características**
Directa	**Empresas públicas**	**Entes de derecho público**	Organizaciones con personalidad jurídica pública, pero que actúan en la gestión de sus recursos conforme al ordenamiento jurídico privado
		Sociedades Mercantiles públicas	Sociedades reguladas por el derecho mercantil, basadas en títulos representativos del capital, cuya titularidad pertenece a la administración pública, o a alguno de sus organismos y que no pueden disponer de facultades que impliquen el ejercicio de autoridad pública
	Consorcios		Entidades dotadas de personalidad jurídica y patrimonio propio, creadas por diversas administraciones públicas pertenecientes a diferentes ámbitos territoriales (estatal, autonómico o local). La legislación local también admite que puedan integrarse en ellos entidades privadas sin ánimo de lucro
	Fundaciones público sanitarias		Organizaciones dotadas de personalidad jurídica, constituidas sin ánimo de lucro por personas físicas o jurídicas, públicas o privadas que, por voluntad de sus creadores, tienen afectado de modo duradero su patrimonio a la realización de fines de interés general
Indirecta	**Externalización** **(outsourcing)**		Consiste en la desintegración de una o varias de las actividades del proceso productivo público, que pasan a realizarse, total o parcialmente, por el sector privado bajo diferentes modalidades de contratación
	Partenariado público-privado (PPP)	**Concesiones de obra o PFI (private finance initiative)**	Se caracterizan por el establecimiento de un contrato entre la Administración Pública y una empresa, para la realización de una inversión y gestión de un conjunto de servicios asociados durante un largo período, permaneciendo los bienes en propiedad del sector privado, existiendo transferencia de riesgos del sector público al privado, y limitando la gestión privada a servicios no clínicos

		Concesiones administrativas sanitarias (Modelo Alzira)	Contratos mixtos de obra y servicio a largo plazo (15 o 30 años) mediante los cuales la administración pública cede la gestión de parte de la asistencia sanitaria o de toda ella (atención primaria, atención especializada, hospitales, urgencias, hospitalización domiciliaria y programas de prevención sanitaria obligatoria) a una empresa privada a cambio de una prima de seguro por persona adscrita, que incluye el pago de la inversión inicial para la construcción de hospitales y centros de salud, y la dotación y renovación de todo tipo de mobiliario y equipamiento tecnológico
		Entidades de base Asociativa (EBA)	Las EBA deben gozar de personalidad jurídica propia, según alguna de las siguientes fórmulas jurídicas: sociedad anónima, sociedad de responsabilidad limitada y sociedad laboral o cooperativa Al menos el 51% del capital social debe pertenecer al colectivo profesional sanitario que preste sus servicios en ella, para lo que debe contar con una relación laboral de prestación de servicios con la entidad, por un tiempo no inferior al de la vigencia del contrato para la gestión de servicios. El 49% restante puede estar en otras personas físicas o jurídicas. En el caso de personas jurídicas, estas han de tener como objeto social la gestión o prestación de servicios sanitarios

Fuente: Minué y Martín, 2013

Según la clasificación por tipos de gestión, entre las estrategias de gestión directa, las dos experiencias más extendidas han sido las empresas públicas y las fundaciones sanitarias, aunque también se han creado entes públicos y sociedades mercantiles públicas.

- **Las empresas públicas,** a menudo consideradas figuras no privatizadas, comenzaron en 1992 en Andalucía con la constitución de la empresa pública Hospital Costa del Sol, que incorpora principios de gestión privada en un centro que es de titularidad pública y que tiene personalidad jurídica diferenciada.
- Las **fundaciones sanitarias** comenzaron con la constitución por la Xunta de Galicia de la Fundación del Hospital de Verín en 1995, que es el primer caso de la puesta en marcha de un modelo de gestión privado, aprovechando la Ley de Fundaciones de 1994, extendido posteriormente a otras CCAA. El modelo no demostró ventajas sobre el sistema de gestión tradicional y además quedó obsoleto por el desarrollo de nuevas alternativas de gestión con un mayor componente privado (Sánchez-Bayle, 2014).

- Los **consorcios** son modelos híbridos de organización administrativa donde conviven administraciones territoriales que pueden ser de distinto ámbito (local, autonómico y estatal), con administraciones institucionales en las que pueden participar entidades privadas sin afán de lucro con intereses concurrentes (fundaciones, cajas de ahorro, órdenes hospitalarias, Cruz Roja, etc.)[9]. Las primeras experiencias se desarrollaron en Catalunya donde, a partir de la asunción de las competencias en materia de sanidad, se crearon consorcios de gestión entre la Generalitat, las administraciones locales y entidades privadas sin ánimo de lucro que habían tenido un protagonismo histórico en la gestión de los dispositivos sanitarios en los respectivos territorios. Así, los primeros consorcios que se crearon tuvieron lugar entre 1986 y 1988 y correspondieron a la Corporació de Salut Parc Taulí de Sabadell, el Consorci Hospitalari de Vic y el Consorci Sanitari de Terrassa.

Entre las fórmulas de gestión indirecta más importantes, encontramos la externalización (outsourcing) y los partenariados público-privados (PPP).

- La **externalización** hace referencia a los conciertos o convenios que la administración sanitaria pública realiza con empresas privadas, bajo distintas fórmulas jurídicas (Martín, 2003). En general, salvo en Catalunya, la concertación se reduce a servicios y pruebas complementarias como oxigenoterapia, tomografías y resonancias (Martín, 2003; Minué y Martín, 2013; Sánchez-Bayle, 2014;). A los anteriores habría que añadir la concertación que desde los centros públicos se realiza con entidades privadas para servicios no sanitarios como lavandería, limpieza, seguridad, mantenimiento o catering. Puig-Junoy y Pérez-Sust (2002) analizaron la contratación externa en los servicios generales (limpieza, lavandería, alimentación y seguridad y mantenimiento) de los hospitales públicos españoles, mostrando que más del 50% contratan al menos uno de los servicios, destacando el de limpieza (Martín, 2003).
- Dentro del **Partenariado Público Privado (PPP),** se encuentran las entidades de base asociativa (EBA), las Concesiones de obra o PFI (*Private Finance Initiative*) y las Concesiones Administrativas Sanitarias (modelo Alzira).

  Las EBAs surgen a mediados de la década de 1990 en Catalunya, en forma de sociedades limitadas de tipo cooperativa, consistentes en un grupo de profesionales de la medicina que gestionaban un centro de salud o una zona básica a cambio de un presupuesto anual. El grupo gestor se hacía responsable de la política de personal y también se repartía los beneficios que conseguían (Sánchez-Bayle, 2014). Así, son entidades privadas participadas mayoritariamente por el propio colectivo profesional sanitario, que prestan los servicios sanitarios y que pueden tener o no ánimo de lucro (Sánchez et al., 2013).

  Las Concesiones de obra o PFI son una fórmula de gestión en la que el ente concesionario construye una infraestructura sanitaria a cambio de la gestión de los servicios no asistenciales como limpieza, lavandería, aparcamiento o centralita (Sánchez et al, 2013). Esta fórmula se ha dado en varias CCAA: Valencia, Madrid,

[9] http://www.ajs.es/blog/el-triste-final-de-los-consorcios-sanitarios/

Castilla y León, Baleares y Castilla-La Mancha. En esta misma línea, otras CCAA (Asturias, Murcia, Catalunya, Castilla-La Mancha y Castilla y León) han buscado una fórmula de financiación a través de empresas públicas gestoras de infraestructuras sanitarias. Estas empresas actúan como un PFI, construyendo los hospitales con recursos propios y créditos obtenidos tanto de entidades privadas como del Banco Europeo de Inversiones (Minué y Martín, 2013).

Las Concesiones Administrativas Sanitarias (conocidas como modelo Alzira) otorgan a la entidad privada no sólo la función de construcción y gestión de la infraestructura (el centro) y de los servicios complementarios, sino que además asumen la prestación de los servicios sanitarios a una población (Sánchez et al., 2013). Este modelo se financia públicamente asignando una prima per cápita (a población protegida con profesional médico asignado) y además por primas de pacientes provenientes de otros centros, así como aquellos/as procedentes de otras CCAA. El contrato es de larga duración, de 15 años, prorrogable a 20 años (Caballer et al., 2009). Este modelo se inició en La Ribera Alta de la Comunidad Valenciana, extendiéndose posteriormente a otros centros (Denia, Torrevieja, Manises y Elx-Crevillent) y a otras CCAA como Madrid (Valdemoro, Torrejón, Móstoles, Collado Villalba) (Sánchez-Bayle, 2013).

El caso del Hospital de la Ribera (Alzira) es el primer y paradigmático ejemplo de este modelo. Se construyó en 1999 en la Comunidad Valenciana con la financiación de las cajas de ahorro valencianas Bancaja y Caja de Ahorros del Mediterráneo, a las que se asociaron la aseguradora sanitaria Adeslas y las constructoras Lubasa o Dragados. De esta forma, constituyeron una Unión Temporal de Empresas (UTE) para financiar, construir y gestionar el hospital de Alzira. Posteriormente, la fórmula se extendió al resto de nuevos hospitales incorporando nuevos socios (ASISA en Torrevieja, DKV en Denia; Sanitas en Manises, y ASISA en Elche)[10].

El modelo de financiación se basó en el criterio per cápita. Por cada habitante de la región de la Ribera se pagaron 224,58 euros/año hasta 2003 (Martín, 2003). Las importantes pérdidas económicas del Hospital de la Ribera hicieron que la Generalitat acudiera en su ayuda rescindiendo la concesión administrativa en el año 2003, seis años antes de lo previsto. El gobierno autonómico de Francisco Camps indemnizó a la unión de empresas con 69 millones (43 por el hospital y 25 por lo que iban a dejar de ganar por la rescisión anticipada, pese a sus elevadas pérdidas) y sacó a concurso una nueva concesión con unas condiciones más ventajosas. Posteriormente, el centro fue adjudicado a la misma UTE, ampliándose el periodo de concesión de 10 a 15 años, aumentando el pago por persona de 224 a al menos 571 euros al año y cediendo la gestión de la atención de los 35 centros de salud del área[11].

[10] http://www.nuevatribuna.es/articulo/sanidad/ribera-salud-y-acuerdo-gobierno-valencia/20150610092432116975.html
[11] http://www.nuevatribuna.es/articulo/sanidad/ribera-salud-y-acuerdo-gobierno-valencia/20150610092432116975.html

Este modelo creó gran controversia social, tanto por la opacidad de la gestión del gasto como por las acusaciones de selección adversa de riesgos: desviar los casos más complejos y por lo tanto más costosos a hospitales públicos (Caballer et al., 2009). Por otra parte, también generó respuesta la interferencia de criterios económicos en la atención médica: atender pacientes de otros centros o de otras CCAA porque reporta mayores beneficios económicos al hospital. Este hecho fue denunciado por Comisiones Obreras (CCOO) y por la diputada autonómica del PSPV, María José Mendoza[12].

4.2.4. La privatización de la formación y la investigación sanitaria

Una de las funciones fundamentales de los sistemas sanitarios es la formación, ya que capacita a sus futuros y futuras profesionales y provee de las herramientas de actualización necesarias al colectivo profesional que lo compone. Tradicionalmente se han considerado tres grandes ámbitos en la formación en ciencias de la salud: la formación universitaria, que es aquella adquirida en la facultad y las prácticas clínicas realizadas durante los años de carrera; la formación especializada o la que se adquiere durante el tiempo en el que una o un profesional se especializa en un ámbito de la salud determinado garantizando inicialmente una mejor atención a las personas usuarias; y la formación continua sanitaria (FCS), que es toda aquella formación que sigue a la universitaria o de especialización (Camprubí et al., 2010). Además de la mera transmisión de conocimientos, la FCS persigue el mantenimiento y desarrollo de las habilidades, las actitudes y la capacidad de relación con el fin de mejorar la calidad de la prestación asistencial y preventiva que las y los profesionales sanitarios ofrecen a las personas y a la población, en el marco del sistema sanitario (Pardell, 2000). Las fuentes de FCS son diversas, entre las que figuran la lectura científica, y la asistencia a congresos, reuniones científicas y cursos.

La introducción de lógicas privatizadoras en la formación sanitaria se materializa con la participación e influencia de empresas privadas (ya sean farmacéuticas o universidades y hospitales/clínicas privadas) en el proceso de formación de las y los profesionales sanitarios.

Los principales provisores de FCS en el Estado español, concretamente de formación a profesionales de la medicina, son las sociedades médicas y los sistemas sanitarios nacionales y regionales, junto con las asociaciones profesionales y las instituciones privadas. Al igual que en otros países europeos, la principal patrocinadora de dicha formación en el Estado español es la industria farmacéutica (Gual et al., 2005; Maisonneuve et al., 2009). Esta afectación de la formación sanitaria por causa de la privatización se ha observado, por ejemplo, en la subvención u organización de jornadas o congresos en el caso de las empresas farmacéuticas o en la impartición de cursos formativos sobre diferentes técnicas sanitarias a profesionales del sistema público de salud[13] en el caso de hospitales y/o clínicas privadas. En 2015 los laboratorios adheridos al código de buenas prácticas de Farmaindustria gastaron alrededor de 496 millones de euros en pagos a médicos/as y sociedades científicas. Esta cantidad se desglosa en 190 millones de euros en contratos con organizaciones y las y los profesionales

[12] http://elpais.com/diario/2001/09/16/cvalenciana/1000667899_850215.html
[13] http://www.nuevatribuna.es/articulo/sanidad/nueva-privatizacion-sanitaria-formacion-continuada-medicos-familia/20140820133243106355.html

sanitarios para proyectos de I+D, 119 millones en concepto de ayudas a las y los profesionales sanitarios para acudir a actividades científicas y reuniones profesionales, 66 millones para los y las organizadoras de esas actividades o reuniones, 88 millones por servicios de asesoramiento o consultoría (por ejemplo, ponencias en reuniones y realización de informes) y 33 millones como donaciones a organizaciones sanitarias que prestan servicios de asistencia sanitaria social o humanitaria (previa petición por parte de estas organizaciones)[14].

4.3. Posibles riesgos de la privatización sanitaria

La privatización del acceso a la salud supone una amenaza a la salud poblacional y la equidad en el acceso a la salud. La OMS subraya la importancia del sector público para alcanzar una atención sanitaria equitativa y universal, con el foco en la atención primaria, y defiende que la financiación y la provisión desde el sector público juegan un papel importante en el logro de la universalidad de la cobertura de salud (Commission of Social Determinants of Health, 2008).

El principal riesgo de la actividad privatizadora en el ámbito sanitario es quizá el derivado de la privatización de su financiación, ya que los sistemas sanitarios de financiación privada generan graves consecuencias para la salud y calidad de vida de sus poblaciones. De esta forma, aumentan las barreras de acceso, dejando a amplios colectivos sin cobertura sanitaria, introducen enormes desigualdades en salud y pueden hacer que la enfermedad se convierta en un elemento que provoque la pobreza de quien la padece, ya que puede suponer uno de los principales factores de dificultad económica de los hogares. Así, dentro de los países occidentales, aquéllos es en los que los sistemas sanitarios de financiación privada son más importantes presentan, en términos generales, peores indicadores de salud poblacional, por ejemplo menor esperanza de vida, y mayores desigualdades sociales en salud, que los países que cuentan son sistemas sanitarios de financiación fundamentalmente pública.

En los países en los que se cuenta con un sistema sanitario público de calidad, el incremento del sistema sanitario privado, ya sea por el aumento de la financiación o por el aumento del aseguramiento privado, puede tener también efectos sobre la salud poblacional y su distribución social. En primer lugar, la mayor presencia de los sistemas sanitarios privados provoca que la salud se convierta cada vez más en un negocio o mercancía, ya que el objetivo principal de estos es la obtención de beneficios, normalmente económicos. Según Dean (2015) que la medicina sea un negocio hace que las y los profesionales sanitarios tomen decisiones más basadas en el beneficio que en la necesidad real de los y las pacientes, creando la necesidad de vender o facturar más pruebas, tratamientos y/o actos médicos. Todo ello provoca una sobreutilización de la asistencia sanitaria, provocando una mayor medicalización de la vida, con importantes consecuencias negativas tanto para la salud poblacional como para el acceso equitativo a la misma.

Efectivamente, una de las consecuencias del exceso de pruebas diagnósticas es la medicalización de la población, esto es, la extensión de actuaciones sanitarias hacia procesos anteriormente no considerados como enfermedades (Márquez y Meneu, 2003) que hacen que haya un aumento del "consumo sanitario" no justificado por razones médicas. Cada vez son

[14] http://www.farmaindustria.es/web/prensa/notas-de-prensa/2016/07/01/4956/

más las fuentes que están alertando de que estamos viviendo una época de sobre-diagnóstico médico en la que las personas usuarias del sistema sanitario consumen innecesariamente servicios sanitarios que para las empresas médicas privadas son altamente lucrativos[15] y no redundan en una mejora de la salud.

Este aumento de las intervenciones y pruebas diagnósticas propiciado desde la sanidad privada tiene efectos también en el sistema público de salud. Por una parte, puede provocar que la población ejerza una mayor presión para que el sistema público modifique su práctica a favor de la realización de un mayor número de intervenciones o pruebas diagnósticas no justificadas. Además, puede provocar que la evaluación del sistema sanitario público por parte de la población, y por tanto su legitimidad social, se vea afectada por la no adopción por parte de éste de este tipo de prácticas.

La sostenibilidad del sistema público también es puesta en peligro por los sistemas sanitarios privados también mediante otros procesos. En primer lugar, cuando la contratación de un seguro de salud privado conlleva beneficios fiscales, como en el caso del Estado español, ello supone una pérdida en la recaudación fiscal que puede tener efectos sobre el gasto público en salud y, por tanto, sobre la sostenibilidad del sistema sanitario. Desde los sectores que defienden las bondades del sistema sanitario privado, principalmente desde la patronal de este tipo de empresas, se señala que los seguros privados tienen un efecto positivo sobre la sostenibilidad del sistema público ya que descongestiona la sanidad pública haciendo que ésta ahorre dinero. Sin embargo, no hay ningún estudio que lo pruebe ni que lo cuantifique. Es más, un estudio que analizó el comportamiento de personas que tenían doble aseguramiento en Catalunya llegó a la conclusión de que estas personas tenían una tendencia a llevar a cabo un mayor consumo de recursos públicos que quienes sólo tenían aseguramiento público (Vera-Hernández, 1999). En una revisión publicada en 2004 en la revista Journal of Health Politics, Policy and Law (Tuohy et al., 2004), se llegaba a la conclusión de que las listas y tiempos de espera en el sector público son mayores en los países con sectores privados paralelos, tales como Reino Unido y Nueva Zelanda, con respecto a los países que muestran una interacción público-privada diferente. La coexistencia del sector privado puede, en realidad, detraer recursos del sector público, y/o poner en juego incentivos que pueden tener el efecto de incrementar las listas de espera en el sector público. De hecho, las listas de espera en los servicios financiados con dinero público son tendentes a responder a la entrada de financiación pública, no privada[16].

En segundo lugar, más allá de la financiación, el crecimiento de los sistemas sanitarios tiene un importante efecto sobre la legitimidad social del sistema, que es un aspecto muy importante para su sostenibilidad. Los sistemas sanitarios privados son utilizados en mayor parte por las personas de mayor nivel socioeconómico y, por lo tanto, su crecimiento facilita la fuga de sectores socialmente bien posicionados hacia la red de atención privada de salud, lo que

[15] http://www.nogracias.eu/2015/05/16/la-unica-manera-de-proteger-a-los-pobres-y-a-los-sensatos-de-las-garras-del-negocio-de-la-salud-es-mediante-la-incompatibilidad-de-la-practica-medica-publica-con-la-privada/

[16] https://www.diagonalperiodico.net/blogs/javierpadillab/mitos-la-sanidad-privada-ii-la-privada-ahorra-dinero-la-publica.html

implica que tales sectores, con mayor capacidad de presión social, dejen de exigir una adecuada financiación y calidad de sus servicios, ya que han dejado de utilizarlos. De esta forma, los sistemas públicos de salud quedarán progresivamente relegados a la atención de los sectores más pobres. La consecuencia es evidente y Richard Titmuss (1958) la expresó con claridad: "Un servicio para los pobres se convierte inevitablemente en un pobre servicio cuando la clase media, políticamente activa, los abandona". Este proceso también es especialmente alarmante en el caso del aseguramiento privado con financiación pública, por ejemplo, las mutualidades de las y los funcionarios, ya que se trata de colectivos bien posicionados socialmente y en muchos casos con mucha influencia (mutualistas del estado, personas de la esfera política, funcionariado, periodistas, abogadas) (Freire, 2005; Simó, 2009).

Otra de las consecuencias de la privatización de la financiación de la sanidad y también de la provisión privada financiada con fondos públicos, es la falta de transparencia y de mecanismos de control, puesto que al ser empresas privadas responden a intereses privados. Con la introducción de los beneficios personales se hace más fácil la corrupción en el sistema sanitario (European Commission – Directorate-General Home Affairs, 2013) en forma de sobornos de los y las pacientes al personal médico hasta fórmulas mucho más complejas que implican a todo el sistema sanitario.

Con respecto a la externalización de servicios que pasan a ser provistos por empresas privadas, la predominancia del interés de ahorrar costes puede conllevar serias amenazas para la salud. Así se ha documentado en Inglaterra, donde desde los años 1990 se venía alertando de que la externalización del servicio de la limpieza en los hospitales de agudos había conllevado un mayor riesgo de brotes infecciosos en el ámbito hospitalario. La mejora de la calidad de los sistemas de información ha permitido constatar estas sospechas y se ha demostrado la relación de la externalización de este servicio una incidencia significativamente mayor de infección por MRSA, acompañada de una reducción del personal de limpieza por cama, peores valoraciones por parte de los y las pacientes acerca de la limpieza y del personal acerca de la disponibilidad de facilidades para realizar el lavado de manos de manera adecuada (Toffolutti et al., 2017)

La privatización de la formación e investigación también conlleva riesgos para la salud poblacional. En los últimos años se han publicado varios artículos que apuntan a la existencia de una serie de prácticas de la industria farmacéutica que ponen en cuestión que la medicina aplicada en la práctica se fundamente en la evidencia científica (The Plos Medicine Editors, 2009; Spielmans y Parry, 2010) por la existencia de conflicto de intereses (Ruano, 2011). Esto ha llevado a diversos organismos a trabajar para mejorar la transparencia en las relaciones entre la industria y los y las profesionales e instituciones sanitarias (Rothman et al., 2009; International Committee of Medical Journal Editors, 2015).

Respecto a los riesgos que constituye la presencia e importancia de la industria farmacéutica en la formación sanitaria, un primer punto que hay que considerar es que las características de independencia y objetividad que deberían regir la formación a lo largo de la carrera profesional sanitaria se ven cuestionadas cuando la industria apoya a los agentes provisores de formación (Council on Ethical and Judicial Affairs, 2010). Se ha de tener en cuenta que en la educación universitaria, la fase en la que se asientan muchos de los principios que

acompañarán a las y los profesionales sanitarios en su carrera, no se imparte una formación específica sobre cuestiones como los conflictos de intereses y la ética que debe regir las relaciones de las y los profesionales con la industria (Ruano, 2011); la valoración efectiva los resultados de ensayos clínicos; el reconocimiento de reacciones adversas a medicamentos; o cómo responder ante la promoción de productos farmacéuticos (House of Commons - Health Committee, 2005; Parliamentary Assembly – Council of Europe, 2015). También es preciso analizar los efectos de la cada vez mayor presencia de las universidades privadas en la formación universitaria en ciencias de la salud. En este sentido, la mayor presencia de esta formación genera una importante barrera de acceso a estas titulaciones según el nivel socioeconómico de las personas, creando además unas y unos profesionales sanitarios más lejanos del perfil de la sociedad a la que tienen que prestar asistencia. Además, el crecimiento de las universidades privadas genera efectos sobre la calidad de la formación en las universidades públicas, ya que puede afectar a las prácticas en centros de la Sanidad Pública, como ha sido el caso de la Universidad de Murcia tras la introducción de la Universidad Católica San Antonio de Murcia[17,18,19,20,21,22,23].

En cuanto a la formación especializada, varios estudios nacionales e internacionales han descrito la elevada exposición de los y las estudiantes y residentes de medicina a las actividades promocionales de la industria farmacéutica, aunque con diferencias en cuanto a la percepción de las implicaciones de esta interacción y las actitudes que genera (Vainiomäki et al.,2004; Martín-Aranda et al., 2007; Calderón y Rabanaque, 2014). Así, mientras las y los estudiantes consideran que no tiene influencia en su propia prescripción, sí identifican este efecto en sus compañeros y compañeras (Sierles et al., 2005; Calderón y Rabanaque, 2014). Por otra parte, las y los médicos residentes no parecen cuestionarse la validez moral de aceptar pequeños obsequios o la financiación de congresos o cursos por parte de las farmacéuticas, tal vez porque reproducen pautas de conducta observadas en el resto del colectivo médico o por estar éstas actitudes influenciadas por el profesorado (Lea et al., 2010). Hay que tener en cuenta que buena parte del profesorado, en general, carece de una formación adecuada en bioética (Martín-Aranda, 2007), aunque este es un tema que ya se incluye, por ejemplo, en la formación de especialización en medicina familiar y comunitaria (Orden SCO/1198/2005, 2005).

---

[17] http://www.nogracias.eu/2016/04/19/sanidad-publica-y-universidades-privadas-el-agua-y-el-aceite/

[18] http://www.diarioinformacion.com/opinion/2015/03/01/practicas-medicina-umu-ucam-conflicto/1604658.html

[19] http://www.redaccionmedica.com/noticia/expulsiones-puntuales-de-estudiantes-de-medicina-en-hositales-publicos-94513

[20] http://www.laverdad.es/murcia/201603/18/cede-cartagena-lorca-cambio-20160318013104-v.html

[21] http://www.laverdad.es/murcia/201606/21/ucam-sigue-aceptar-convenio-20160621013012-v.html

[22] http://www.laverdad.es/murcia/201606/06/exigen-sanidad-anulacion-concierto-20160606003159-v.html

[23] http://www.laverdad.es/murcia/201606/14/varias-asociaciones-llevaran-tribunales-20160614024434-v.html

En relación a la formación continuada, se ha descrito que los programas de FCS apoyados por la industria suelen abordar un rango más estrecho de temas, se centran más en terapias farmacológicas (Katz et al., 2002) y tratan de una manera más favorable los productos de la compañía (Bowman 1986; Wazana 2000) que aquellos programas no financiados por la industria. Además, varios estudios indican la influencia de dichos programas financiados por la industria farmacéutica en el patrón de prescripción de los y las profesionales participantes (Bowman y Pearle, 1988; Orlowski y Wateska, 1992; Wazana, 2000), algo que también perciben los y las pacientes (Blake y Early, 1995). Un hecho adicional es que la mayor interacción con la industria farmacéutica está relacionada con un menor conocimiento sobre prescripción basada en la evidencia (Austad et al., 2014) y con actitudes más proclives al marketing (Austad et al., 2011).

En cuanto a la privatización en la investigación, al igual que en la formación, tienen un papel relevante las multinacionales farmacéuticas, puesto que financian gran parte de la misma (Altisent, 2003). La industria farmacéutica participa en los institutos biomédicos de investigación creados en los hospitales públicos, de manera que controlan y dirigen la investigación[24].

Por lo tanto, en cuanto a su impacto, es preciso considerar que la presencia de empresas privadas en la toma de decisiones sobre los planes de investigación podría llevar a que la investigación no se dirija a mejorar el bienestar social (tecnología y conocimiento), sino que pase a estar dirigida por el mercado y las empresas, de manera que se busque la rentabilidad de la financiación de la investigación[25] (Federación de Asociaciones para la Defensa de la Salud Pública, 2014). Además, las empresas privadas tendrían acceso a los datos genéticos y otras informaciones sensibles sobre la salud de la población que normalmente se emplean para la planificación estratégica de los servicios, la administración de hospitales y centros de salud, y la gestión clínica en sectores como cardiología u oncología. El acceso al *big data* supone un filón económico para las empresas[26].

[24] http://www.elboletin.com/nacional/129733/marea-blanca-privatizacion-recursos-sanidad.html
[25] No a la privatización de la ciencia pública. Disponible en: http://www.aeet.org/Resources/HtmlRes/Files/EstrategialDi/No_privatizacion_cc_publica.pdf
[26] http://www.elboletin.com/nacional/129733/marea-blanca-privatizacion-recursos-sanidad.html

5. Sistema sanitario público vasco: orígenes y estado actual

El sistema sanitario público vasco es el ente responsable de la financiación, gestión y prestación de la atención sanitaria pública en la CAV. Como sistema de salud autonómico pertenece al SNS y por tanto, su evolución histórica y su conformación como ente autónomo con una estructura específica para ofrecer la asistencia sanitaria pública, están muy ligadas a los hitos y características de este último. Por ello, en este capítulo se hará un repaso a la historia del SNS para dar paso posteriormente a la descripción de la historia y estructura del sistema sanitario público vasco.

5.1. Orígenes del sistema sanitario público vasco en el contexto del Sistema Nacional de Salud

El SNS, tal y como hoy lo conocemos, se ha ido conformando a través de hitos –y un gran número de normativas- que se pueden englobar en diferentes etapas: los años del fin de la dictadura y la transición democrática, y los años de la democracia. Estas etapas coinciden también con el incremento de la cobertura de la Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social, un asunto clave para un sistema que se ha gestado como universal en la forma, pero también paradójico, puesto que el derecho a la asistencia sanitaria sigue pivotando legalmente en torno al sistema de Seguridad Social.

5.1.1. El final de la dictadura y la transición democrática

El actual sistema sanitario comienza a configurarse a partir de la Ley de 14 de diciembre de 1942 que estableció el Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE). El SOE, que se financiaba mediante las contribuciones de personas empresarias y trabajadoras, proporcionaba cobertura sanitaria a las personas trabajadoras y sus familias. Convivió con otros sistemas de asistencia privada y beneficencia, imponiéndose con gran rapidez a pesar de que en principio se limitaba a un colectivo concreto de personas aseguradas. La población sin recursos era atendida por la beneficencia, que se nutría de aportaciones económicas públicas o privadas.
La creación del SOE es clave para entender cómo se ha desarrollado la asistencia sanitaria en el Estado español (Sevilla, 2006), ya que su espíritu ha pervivido hasta la actualidad y se ha recuperado en cierta medida con el Real Decreto Ley 16/2012, de 20 de abril, que modifica los criterios de acceso a la cobertura sanitaria pública.

Más adelante, la extensión de la idea de protección social y asistencia sanitaria a finales de la década de los años 50 dio lugar a la Ley de Bases de la Seguridad Social de 1963, que es el origen de la Seguridad Social tal y como hoy la conocemos. Ésta nació siendo coherente con la fragmentación del sistema entre la beneficencia y la Seguridad Social, además de establecer la diferenciación, por un lado, de enfermedad profesional y accidente de trabajo y, por otro, de enfermedad común y accidente no laboral (Sevilla, 2006). La Ley de Bases de la Seguridad Social dio continuidad -si bien lo reformó- con el modelo del SOE basado en las cotizaciones sociales, e incrementó la cobertura sanitaria de un 53% a un 82%. Además, dio entrada a las

“empresas colaboradoras” de la Seguridad Social que prestaban atención al colectivo de personas trabajadoras y sus familias, y a la creación de los Regímenes Especiales de la Seguridad Social para los colectivos funcionarios Civiles (MUFACE), Judiciales (MUGEJU) y Militares (ISFAS).

Con la llegada de la Constitución Española de 1978, se reconoció el derecho a la protección de la salud y se sentaron las bases del Estado de las Autonomías, poniendo en marcha el proceso de transferencia de la gestión sanitaria a las CCAA. Como primer paso, repartió las responsabilidades entre el Estado y las CCAA (Constitución Española, 1978), estableciendo que, por un lado, el Estado establecería la normativa común en materia de sanidad, garantizando la igualdad en todo el territorio nacional y la regulación completa de la seguridad social y, por su parte, las CCAA asumirían la prestación de los servicios sanitarios y el gasto farmacéutico de las personas con derecho a la asistencia.

En 1981 comenzó el proceso de descentralización de la asistencia sanitaria, alargándose hasta el año 2002, de manera que fue otorgándose a las CCAA la gestión de la provisión de servicios, financiada por parte del Estado. Esta financiación, en términos de equidad, estuvo sujeta en primer lugar al criterio poblacional y, posteriormente, pasó a tener en cuenta otras variables relacionadas con la necesidad de gasto, como el envejecimiento poblacional o la insularidad (Urbanos, 2004).

En términos de acceso a la asistencia, a partir de 1982 los sucesivos gobiernos impulsaron el incremento de la cobertura sanitaria pública hacia la universalización de la misma, con medidas como la ampliación del derecho a colectivos de personas en paro y la inclusión de grupos vinculados a la Seguridad Social (cónyuges separados y separadas, hijos e hijas mayores de 26 años, etc.) (Freire, 2005).

5.1.2. Primera etapa democrática: La Ley General de Sanidad y la ampliación de la cobertura sanitaria

No es hasta el año 1986, con la Ley General de Sanidad (1986), cuando el sistema comienza a cambiar, modificándose sustancialmente los principios bajo los cuales se realizaba la cobertura sanitaria a la población. La Ley General de Sanidad creó el SNS con vocación de universalidad en la asistencia sanitaria, aunque matizaba que la extensión de la misma a toda la población sería progresiva y paulatina (Simó, 2015). La Ley General de Sanidad suponía dos procesos de integración paralelos: en primer lugar, el relativo a las diversas redes asistenciales, de titularidad y responsabilidad públicas en los Servicios de Salud de las CCAA; y en segundo lugar, el de los subsistemas de cobertura con financiación pública (empresas colaboradoras de la Seguridad Social y regímenes especiales de la Seguridad Social) en un único sistema de aseguramiento igual para todas las personas: el SNS (Simó, 2015). Aunque el primero de los procesos se ha ido realizando progresivamente con una descentralización hacia las CCAA que se culminó en 2001, el segundo relativo a la unificación del sistema de cobertura no se ha desarrollado en la medida prevista, conviviendo hasta la actualidad diversos subsistemas públicos. Así, según diferentes análisis, el desarrollo de la Ley carecía de la regulación del derecho como universal; vinculaba el acceso a las prestaciones sanitarias a las cotizaciones a la Seguridad Social mediante el trabajo; mantenía la financiación las cotizaciones sociales como

un elemento básico; y dejó en una disposición transitoria la integración de todos los sistemas de aseguramiento sanitario existentes (Freire, 2005).

A finales de la década de 1980 se publicó el Real Decreto 1088/89 (1989), como paso definitivo tras una década caracterizada por la ampliación paulatina de la cobertura sanitaria. Esta medida supuso la puerta de entrada al sistema sanitario para la población con recursos económicos insuficientes y concedió prestación de carácter no contributivo con la condición de "beneficiario" a los nuevos colectivos poblacionales, como viudas y familiares de personas fallecidas en la Guerra Civil, personas emigrantes retornadas, personas con discapacidad, personas desempleadas, pensionistas de clases pasivas, y personas sin recursos económicos (inferiores al salario mínimo interprofesional).

Este proceso hacia la ampliación del derecho de la cobertura sanitaria, culminó con la Ley 49/1998 de Presupuestos Generales del Estado (1998), por la que la asistencia sanitaria pública desvincula totalmente su financiación de la Seguridad Social y pasa a financiarse mediante impuestos. De esta manera, pasa a ser una prestación no contributiva, aunque legalmente sigue incluida en la acción protectora del Sistema de Seguridad Social.

5.1.3. Segunda etapa democrática: la llegada de la ideología neoliberal

A principios de los años 1990 el neoliberalismo ya se había consolidado en Europa, instalándose de manera creciente la interdependencia política de las naciones, producto de la globalización. Igualmente, existía un especial interés por controlar el déficit público mediante la reorganización de los servicios públicos, entre otras medidas. A esta situación se le añadía el incremento de la demanda, de los costes (tecnología, nuevos fármacos, etc.) y los efectos de la transición demográfica y epidemiológica hacia patrones propios de las sociedades desarrolladas.

Como respuesta a estas modificaciones estructurales en materia de sanidad, se elaboró en 1991 el Informe de la Comisión Abril Martorell para el análisis, evaluación y propuestas de mejora del SNS, conocido como el «Informe Abril». Dicha Comisión diagnosticó que el Sistema, tal y como estaba concebido y disponiendo de unos recursos cada vez más limitados, no podía hacer frente al aumento de la demanda social producida por fenómenos emergentes como el envejecimiento y la mejora del nivel de vida de la población y el desarrollo de los servicios y la tecnología disponible. El Informe priorizó una nueva organización del Sistema Sanitario orientada a la búsqueda de la eficiencia y, para ello, propuso incluir modificaciones en la articulación del Sistema, con un claro sesgo economicista (Rodríguez, 2015). Entre otras destacaron cuestiones como la aplicación de una organización descentralizada y competitiva para la financiación pública; la promoción de la conciencia de coste en el personal sanitario y usuario de los servicios; o la dotación de autonomía y flexibilidad a la gestión de los centros asistenciales, bajo responsabilidad personal de perfiles gestores. Hay que decir que sus recomendaciones no fueron aplicadas por el Gobierno estatal, aunque algunas de sus propuestas sí fueron recogidas por distintas CCAA de diverso signo político (Rubia, 2001). Así, las Leyes de Ordenación Sanitaria de las CCAA, en su gran mayoría establecieron las condiciones de separación de las funciones de financiación y provisión de servicios sanitarios,

lo que facilitaba en adelante la supuesta entrada de nuevos modelos de gestión de naturaleza privada o semiprivada (Sánchez-Bayle, 2014).

Las Leyes de Ordenación Sanitaria materializaron la transferencia de la competencia sanitaria a las CCAA, estableciendo la organización de los servicios sanitarios en las mismas. Se gestaron a lo largo de la década de 1990 y principios de la de 2000 y compartían principios genéricos como la concepción integral de la salud, la equidad, la universalización, la descentralización, la participación en la gestión, así como la eficiencia y eficacia de las prestaciones (Cabero, 2001). En este contexto facilitador en todo el territorio del Estado, los siguientes hitos legislativos dieron continuidad a la ampliación de la cobertura sanitaria iniciada en la transición democrática.

Un ejemplo importante en este sentido en materia de inmigración fue la Ley Orgánica sobre derechos y libertades de los extranjeros en España 4/2000 (2000) que otorgaba a las personas extranjeras empadronadas el derecho a la asistencia sanitaria en igualdad de condiciones que las españolas, y garantizaba a las personas no empadronadas la atención de urgencias y la asistencia para las mujeres embarazadas y personas menores de 18 años.

Por su parte, en 2003, la Ley de Cohesión y Calidad del SNS (2003) hizo un nuevo hincapié en la universalización de la cobertura sanitaria, que implicó no sólo que ésta alcanzase al 100% de la población, sino que el acceso a la misma se realizara a través de un mismo título de derecho.

La Ley General de Salud Pública (2011) supuso el último intento de plasmar legalmente la universalización de la asistencia sanitaria pública, poniendo especial énfasis en que ninguna persona española residente en el territorio nacional quedara sin la cobertura del SNS. Así, extendió expresamente la cobertura a las personas que hubieran agotado la prestación y el subsidio de desempleo.

Desde la Transición hasta este punto cabe decir que, a pesar de la continuidad en el avance de la extensión de cobertura sanitaria hasta la práctica totalidad de la población, existiendo una universalidad de facto, no podemos hablar de que el SNS sea un sistema universal. Debemos remitirnos a la Ley General de Sanidad de 1986, la cual sentó las bases para una universalidad de iure, pero esta fue truncada por la falta de continuidad de sus premisas. La universalidad nunca ha llegado a ser considerada como un título jurídico general (Abellán et al., 2013) y el paso de la financiación del sistema por las cotizaciones de las personas trabajadoras a una basada en la recaudación de impuestos de toda la población, no implicó una universalidad efectiva de la asistencia sanitaria ni del alcance de las prestaciones. Podemos destacar dos argumentos en esta línea: por un lado, ninguna ley ni movimiento jurídico han abordado la unificación bajo un único título de derecho de la asistencia sanitaria en igualdad de condiciones y acceso para todas las personas. Así, hoy día perviven “subsistemas” de sanidad pública más allá del SNS, como aquellos conformados por los regímenes especiales de la Seguridad Social, que dotan de ciertos privilegios a ciertos sectores de la población; y, por otro lado, hay personas que todavía quedan fuera de esa “práctica totalidad” a la que se extiende la cobertura sanitaria y no tienen derecho a recibir asistencia sanitaria (Simó, 2015).

5.1.3.1. El impacto del RD 16/2012 sobre la cobertura sanitaria

Si la Ley General de Salud Pública de 2011 supuso un paso adelante, aunque no definitivo, en la universalización de la cobertura sanitaria, el Real Decreto (RD) Ley 16/2012, de 20 de abril (2012), significó una vuelta abrupta al modelo anterior basado en la concepción de persona asegurada. Así se modificó el artículo 3 de la Ley de Cohesión y Calidad del SNS de 2003, de manera que "la asistencia sanitaria en España a través del SNS se garantizará a aquellas personas que ostenten la condición de aseguradas" (RD 16/2012, artículo 1). Dentro de la condición de persona asegurada, este RD diferencia dos tipos, para los cuales además existen diferentes condiciones de acceso y reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria (AES, 2014). Dentro del primer tipo de asegurado encontramos a aquellas personas a las que se les reconocerá el derecho de oficio en caso de que cumplan alguno de los siguientes supuestos:

a) Ser persona trabajadora por cuenta ajena o por cuenta propia, afiliada a la Seguridad Social y en situación de alta o asimilada a la de alta.
b) Ostentar la condición de pensionista del sistema de la Seguridad Social.
c) Ser perceptora de cualquier otra prestación periódica de la Seguridad Social, incluidas la prestación y el subsidio por desempleo.
d) Haber agotado la prestación o el subsidio por desempleo y figurar inscrita en la oficina correspondiente como demandante de empleo, no acreditando la condición de asegurada por cualquier otro título.

Por otro lado, existe un segundo tipo de persona asegurada que verá reconocida su condición previa solicitud de la persona interesada, e incluye a las personas de nacionalidad española o de algún Estado miembro de la Unión Europea, del Espacio Económico Europeo o de Suiza que residan en el Estado español y a las personas extranjeras titulares de una autorización para residir en territorio español. Todas ellas podrán ostentar la condición de persona asegurada siempre que acrediten que no superan el límite de ingresos determinado reglamentariamente, que asciende a 100.000 euros anuales.

Además, se establece de nuevo la figura de persona beneficiaria de la de asegurada, limitándose a aquellas personas que residan en el Estado español y "sean cónyuge o persona con análoga relación de afectividad, que deberá acreditar la inscripción oficial correspondiente, ex cónyuge a cargo de la persona asegurada, así como descendientes a cargo de la misma que sean menores de 26 años o que tengan una discapacidad en grado igual o superior al 65%" (RD 16/2012, artículo 1).

Este cambio en las condiciones de acceso a la asistencia sanitaria pública ha supuesto la exclusión de la cobertura pública de las personas extranjeras en situación irregular, salvo para las menores de 18 años, así como para aquellas mayores de edad que precisen de asistencia de urgencia, o durante el embarazo, parto y postparto. Así, a excepción de las situaciones mencionadas, las personas en situación irregular tienen, desde la entrada en vigor del RD 16/2012, como única vía de acceso al sistema sanitario, la suscripción de un convenio especial con el correspondiente abono de una contraprestación económica.

La recuperación de la figura de persona "asegurada" y "beneficiaria" supone un cambio de paradigma en la concepción de la universalización de la asistencia sanitaria, que retrotrae a la conceptualización de la cobertura que existía con anterioridad a la Ley General de Sanidad, a

pesar de las ya mencionadas limitaciones de dicha universalización. Sin embargo, el RD 16/2012 ha establecido en la propia norma, más allá de la aplicación práctica de la misma, la restricción de la cobertura sanitaria de colectivos de población que residen en el Estado español, con las implicaciones que ello supone, tanto en términos de igualdad de acceso a un derecho fundamental como es el derecho a la salud, como también desde una perspectiva de la salud pública (Médicos del Mundo, 2014).

El RD 16/2012 cambia el criterio de empadronamiento existente para el acceso a la asistencia sanitaria de las personas extranjeras residentes en el Estado español, establecido por la Ley Orgánica 4/2000. Por tanto, la novedad más relevante es la eliminación del empadronamiento como condición suficiente para el acceso a la cobertura pública. De hecho, este cambio del criterio de acceso a las personas inmigrantes en situación irregular supone que el Estado español haya pasado de ser el país europeo menos restrictivo en el reconocimiento del derecho a la asistencia a este colectivo, a ser parte del grupo de Estados que más limitan el acceso junto a Grecia, Alemania o Rumanía (AES, 2014).

La justificación de la promulgación del RD 16/2012 fue de tipo económico, en aras de la sostenibilidad del SNS, aunque aludiendo a cuestiones que nada tenían que ver con la cobertura del sistema sanitario a la población, ni en concreto a la población inmigrante irregular. Así, la exposición de motivos mencionaba que "la ausencia de normas comunes sobre el aseguramiento en todo el territorio nacional, el crecimiento desigual en las prestaciones del catálogo, la falta de adecuación de algunas de ellas a la realidad socioeconómica y la propia falta de rigor y énfasis en la eficiencia del sistema han conducido al Sistema Nacional de Salud a una situación de grave dificultad económica sin precedentes desde su creación" (RD 16/2012, Título I).

Más allá de la redacción del propio RD 16/2012, la restricción del acceso a las personas extranjeras sin autorización de residencia se ha justificado como medida para evitar el llamado "turismo sanitario", que parece suponer un gasto sanitario que hace peligrar la sostenibilidad del SNS. Diversas organizaciones sociales han denunciado la equiparación del turismo sanitario con la inmigración irregular, poniendo de relieve las diferencias significativas entre ambos fenómenos y la injustificada asimilación del gasto realizado por las personas usuarias de los servicios sanitarios en cada uno de los casos (REDER, 2015; Médicos del Mundo, 2014). Destacan asimismo la injusta situación que afecta al colectivo inmigrante irregular tras su exclusión, dada la contribución que realiza a la financiación del sistema sanitario mediante los impuestos (REDER, 2016).

A pesar de que el RD 16/2012 es una norma de carácter estatal, la respuesta por parte de las CCAA ha sido diversa, estableciéndose progresivamente diversas fórmulas de aplicación que han pretendido paliar la exclusión sanitaria de la población inmigrante irregular. Así, varias CCAA, incluyendo algunas gobernadas por el mismo partido político que puso en marcha el decreto, se opusieron a aplicar la normativa, estableciendo mecanismos para seguir atendiendo a la población excluida. Médicos del Mundo publicó un primer diagnóstico tres meses después de la entrada en vigor del decreto en el que se establecían ya las primeras diferencias en la aplicación, encontrando que cuatro comunidades se habían opuesto a la aplicación y dispuesto herramientas para asegurar la asistencia en todas las circunstancias, y

otras cuatro más también habían puesto en marcha algún tipo de mecanismo para no aplicar en su totalidad el Decreto (Médicos del Mundo, 2012).

Por otro lado, atendiendo a la aplicación de diferentes medidas de austeridad y privatización sanitaria hasta 2013, Bacigalupe et al. establecían tres niveles de CCAA. Así, cinco CCAA habían aplicado el RD restringiendo el acceso; nueve CCAA habían regulado el acceso a través de la tarjeta individual sanitaria, estableciendo además el cumplimiento de una serie de requisitos (diversos tiempos de empadronamiento fundamentalmente); y otras dos CCAA proveían acceso normalizado a las personas en situación irregular a través de la tarjeta individual sanitaria (Bacigalupe et al., 2016). Finalmente, según REDER, en 2016 ya 14 de las 17 CCAA cuentan con algún tipo de medida paliativa del decreto (REDER, 2016). Sin embargo, las CCAA no tienen la competencia para modificar esta norma por lo que revertir esta situación implica una reforma legislativa de carácter estatal, que, pese a diversos anuncios políticos, aún no se ha producido.

5.2. El sistema sanitario público vasco

El sistema sanitario público vasco está conformado por dos organizaciones: el Departamento de Salud y el Servicio Vasco de Salud-Osakidetza. El primero es el organismo planificador, financiador y regulador de todos los aspectos relacionados con la salud. El segundo, está adscrito al Departamento de Salud y tiene titularidad pública, pero posee personalidad jurídica propia y capacidad de desempeñar la provisión de servicios sanitarios mediante organizaciones públicas de servicios que dependen de él.

La organización de la gestión y provisión sanitarias pivota en las tres demarcaciones geográficas que, a su vez, constituyen las áreas de salud: Araba, Bizkaia y Gipuzkoa**.** Cada área gestiona la coordinación entre los niveles asistenciales de atención primaria, atención especializada y salud mental y de estos, con los servicios socio-sanitarios correspondientes gracias a una nueva estructura organizativa basada en las denominadas Organizaciones Sanitarias Integradas (OSI).

A continuación, se repasarán los hitos más relevantes que han llevado al sistema sanitario público vasco a conformarse como tal y a disponerse según una estructura integrada de atención.

5.2.1. Creación del sistema sanitario público vasco

Hasta la época de la transición democrática, la asistencia sanitaria era una prestación contributiva de la Seguridad Social, dispensada por el Instituto Nacional de Previsión. El proceso de descentralización sanitaria se inició con la transferencia de las competencias de Salud Pública a la CAV en 1981. Pocos años después, en base al Estatuto de Autonomía del País Vasco, se aprobó la Ley 9/1983 del Servicio Vasco de Salud-Osakidetza (1983), por la cual se configuró como organismo autónomo para gestionar la atención sanitaria integral a la ciudadanía vasca. Inspirado en un modelo de servicio nacional de salud, éste se financiaría

públicamente y asumiría un papel integrador de todos los recursos existentes, a nivel funcional y de niveles asistenciales.

5.2.1.1. La integración de recursos sanitarios en el sistema sanitario público vasco

La situación previa a la creación de Osakidetza y las diferentes estrategias tomadas en el momento de integración, constituyen un componente esencial para entender algunas de las características actuales del sistema, como la provisión privada en ciertos ámbitos o especificidades territoriales.

Al finalizar la dictadura, la carencia de servicios públicos que dieran respuesta a las necesidades sociales y sanitarias de la población era sustancial. Entre las décadas de 1970 y 1980, como producto de las reivindicaciones del movimiento vecinal y feminista por la igualdad entre hombres y mujeres y por los derechos sexuales y reproductivos a nivel asistencial y jurídico, se constituyeron entidades -en su mayoría financiadas por los ayuntamientos- que proveían este tipo de servicios, entre otros de carácter psicosocial a sectores en exclusión social.
La integración de estos centros a la estructura de Osakidetza se produjo en los años 1980, con la excepción de los módulos de atención psicosocial de Bilbao, pertenecientes a colectivos ciudadanos, con los cuales se acordó la concertación de servicios. Actualmente, son centros financiados por el Gobierno Vasco, la Diputación Foral de Bizkaia y el Ayuntamiento de Bilbao.
El proceso de integración de los recursos existentes a Osakidetza no estuvo exento de complejidad, ya que conllevó la voluntad y el esfuerzo de conciliar culturas y maneras de hacer distintas.

Otra línea de integración supuso la incorporación de los recursos existentes en el ámbito de la salud mental, de diferente titularidad según territorios, y que explica algunas diferencias hoy mantenidas.

Previamente a la formación de Osakidetza, la asistencia psiquiátrica pertenecía al ámbito de beneficencia de las Diputaciones Forales. Estos órganos contaban con su propio hospital psiquiátrico en los territorios, mientras que la Diputación Foral de Gipuzkoa contaba desde inicios de 1900 con un sanatorio psiquiátrico perteneciente a las órdenes religiosas de San Juan de Dios y las Hermanas Hospitalarias (Aita Menni), que posteriormente separaron sus centros, financiadas por las Diputaciones Forales de Gipuzkoa, Álava y Burgos. Estos hospitales siguieron ofreciendo sus servicios tras construirse en 1944 el módulo de atención psiquiátrica del Hospital de Gipuzkoa, perteneciente a la Diputación, acogiendo las derivaciones de las y los pacientes crónicos. Simultáneamente al nacimiento de Osakidetza, el Plan de Salud Mental facilitó la integración de la asistencia psiquiátrica y en el año 1990 todos los servicios psiquiátricos, extrahospitalarios y hospitalarios, formaban parte ya de la red sanitaria pública. Los Hospitales San Juan de Dios y Aita Menni concertaron las estancias de media y larga duración de sus pacientes con estas instituciones dependientes del Departamento de Sanidad. En la actualidad, junto con el Sanatorio de Usurbil, son los proveedores de este tipo de atención en Gipuzkoa, y supone más del 50% de la atención psiquiátrica en esta provincia.

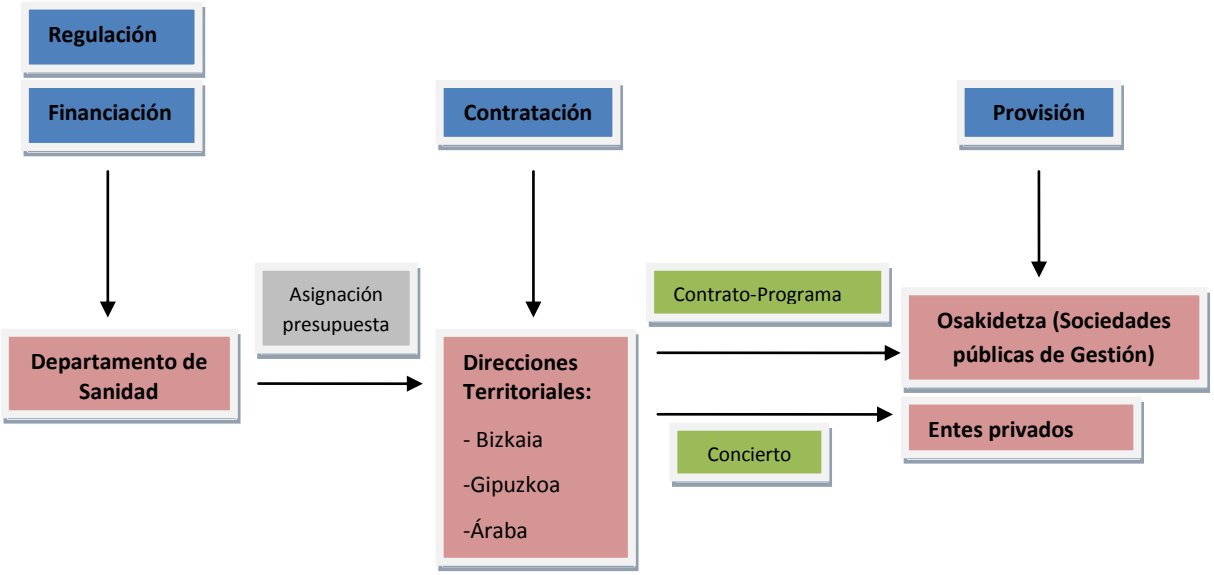
En definitiva, el origen histórico de algunos tipos de servicios sanitarios y las características del proceso de integración de los mismos a la estructura de Osakidetza, han determinado en gran parte la actual naturaleza -privada o pública- de los mismos.

5.2.2. La separación de funciones de financiación y provisión sanitarias

El principio de la década de 1990 se caracterizó por la llegada de la corriente ideológica neoliberal, que se materializó en el SNS con el encargo del Informe Abril. Como se ha mencionado con anterioridad, a pesar de que éste no fue oficialmente implementado tuvo reflejo en algunas CCAA como la CAV, donde se materializó en el Plan Estratégico del Sistema Vasco de Salud de 1993, conocido como Osasuna Zainduz (Departamento de Sanidad Gobierno Vasco, 1993).

Este Plan trajo de la mano toda una estrategia de cambio sobre el modelo de organización y gestión de la sanidad vasca, justificada por necesidad de reforzar los fundamentos ideológicos de un modelo sanitario público y de aumentar la autonomía para una mayor eficiencia en el empleo de los recursos públicos. En la nueva estructura funcional adoptada, que se representa en la figura 5.1, destaca la separación de funciones de financiación -siempre pública- y provisión -pudiendo ser pública o privada en grado variable-.

Figura 5.1. Estructura funcional del Sistema Vasco de Salud



Fuente: Adaptación de Departamento de Sanidad Gobierno Vasco, 1993

El Departamento de Sanidad asumió, pues, el papel regulador del sistema sanitario, que comprendía garantizar la cobertura sanitaria para toda la población en condiciones adecuadas de equidad, integración de cuidados, etc., y definir un marco general de funcionamiento del sistema, en cuanto a condiciones y modalidades de contratación. Este marco tenía el fin de

garantizar la homogeneidad en las relaciones entre las agencias de contratación y los proveedores de servicios en aspectos como el control económico-financiero, los sistemas de pago, las condiciones de acreditación, el contenido de las prestaciones, las condiciones de calidad, etc.

También pasó a ser objeto del Departamento de Sanidad la financiación, que implicaba la delimitación global y asignación de recursos a las agencias contratadoras de servicios sanitarios coincidentes con las delegaciones territoriales (de Bizkaia, Araba y Gipuzkoa), en base a criterios poblacionales de sexo, edad, dispersión, diferencia de dotaciones y de necesidad; el control y regulación de la actividad y flujos económicos del sistema; y la evaluación de los objetivos suscritos entre los organismos de contratación y provisión. Estos estamentos adoptaron, pues, la función de contratar tanto servicios públicos -mediante la suscripción de los contratos programa con Osakidetza-, como servicios privados -mediante la fórmula de la concertación de servicios-.

El contrato programa pasó a constituir el instrumento jurídico mediante el cual se articulaban las relaciones entre el Departamento de Sanidad y las organizaciones de Osakidetza para la provisión de servicios sanitarios. Se trata de un convenio de carácter especial que contiene los siguientes puntos mínimos, en relación con la actividad y financiación con cargo a los créditos presupuestarios públicos:

- Estimación del volumen global de actividad y previsión de las contingencias sanitarias objeto de cobertura.
- Determinación cuantificable y periódica de los requisitos de calidad que deberán cumplir los servicios sanitarios.
- Estimación finalista sobre cobertura económica de la actividad consignada con cargo a los créditos presupuestarios, periodicidad de los pagos y documentación justificativa para la realización de los mismos.
- Requisitos y procedimiento de control y auditoria sanitaria.

La prestación de servicios sanitarios se asignó a Sociedades públicas (hospitales o comarcas de Atención Primaria), con plena autonomía de gestión para actuar dentro del marco definido por el contrato programa que establecieran con la delegación territorial.

En definitiva, a diferencia de otras CCAA que vieron introducidas estas modificaciones de corte neoliberal mediante su correspondiente Ley de Ordenación Sanitaria, en la CAV fue el Plan Osasuna Zainduz el que se adelantó a la Ley Vasca de Ordenación Sanitaria de 1997. Este plan modificó la naturaleza de la gestión de la sanidad pública, que pasó a ser un Régimen Jurídico Privado, e introdujo criterios de gestión empresarial mercantilista, “comunes en el sector privado (…) y basadas en el acuerdo entre las partes y en el sometimiento al Derecho Laboral y Mercantil” (Departamento de Sanidad Gobierno Vasco, 1993).

5.2.3. Hacia un modelo integrado de atención: la actual estructura del sistema sanitario vasco

Tras una primera década del siglo XXI caracterizada por la continuidad político-administrativa en materia de sanidad, la IV legislatura de gobierno iniciada en 2009 y liderada por el gobierno socialista tuvo que hacer frente a dos retos importantes para Osakidetza: el envejecimiento de la población y la crisis económica. La Estrategia Vasca de Cronicidad introdujo un cambio en el modelo sanitario, que es el que existe actualmente y que está basado en la integración (Departamento de Sanidad Gobierno Vasco, 2012) a partir de la creación de las OSIs. Estas nuevas demarcaciones, delimitadas geográficamente y en torno a un centro hospitalario de referencia, agrupan a todos los agentes que proveen asistencia sanitaria a la misma población y que comparten responsabilidad sobre la salud de su población de referencia -atención primaria, atención especializada, salud mental, salud pública y agentes comunitarios (escuelas, ONG, asociaciones, sector privado, etc.)-. Los objetivos de este modelo son la mejora global de la eficiencia del sistema y la continuidad asistencial, con el objetivo intermedio de mejorar la coordinación asistencial (Vázquez, 2012). La apuesta del modelo responde a otorgar un mayor peso a la atención ambulatoria y domiciliaria, con respecto a la actividad hospitalaria, si bien sigue siendo el dispositivo hospitalario el que concentra el mayor peso de recursos.

La financiación de las OSI por parte del Departamento de Sanidad se realiza mediante retribuciones de base capitativa en base a unos objetivos de salud, que se establecen en el contrato programa. Estos objetivos son comunes para todas las organizaciones sanitarias que conforman cada OSI y, en base a ellos, se diseñan los Planes de Intervención Poblacional. Estos comprenden intervenciones centradas en enfermedades crónicas, para las cuales se trata de favorecer la coordinación entre niveles asistenciales y la continuidad asistencial, en base a criterios de prevalencia de la patología e impacto en el gasto sanitario. Las intervenciones están adaptadas a los distintos niveles de morbilidad de las personas, según un modelo de clasificación conocido como la pirámide de Kaiser (Departamento de Sanidad Gobierno Vasco, 2010). Tras la evaluación del grado de consecución de los objetivos, el Departamento de Sanidad determina el porcentaje de las eficiencias logradas que serán revertidas a la OSI a modo de incentivos.

La reorganización del sistema ha sido paulatina, iniciándose en 2010 y finalizándose con el establecimiento de la última OSI en enero de 2016. Hoy en día, existen en total 13 OSIs (6 en Gipuzkoa, 5 en Bizkaia y 2 en Araba), las cuales en total incluyen 13 hospitales de agudos, 153 centros de salud y 160 consultorios. La red además cuenta con dos hospitales de media y larga estancia).

El resto de la red asistencial se completa con:

- **Salud Mental:** constituida por las tres redes territoriales de Salud Mental (de Bizkaia, Gipuzkoa y Araba) y 47 centros de salud mental.
  En Bizkaia y Araba, la red de salud mental está integrada en las Organizaciones Sanitarias Integradas correspondientes y todo el continuo de la atención se provee en centros públicos. En Gipuzkoa, en cambio, las hospitalizaciones de media y larga

duración son derivadas a hospitales privados de órdenes religiosas, como Aita Menni (San Juan de Dios) financiados mediante concierto con el Departamento de Salud.

- **Emergencias**: es la organización encargada de la coordinación de urgencias y la asistencia sanitaria de situaciones de emergencias.
- **Centro Vasco de Transfusión y Tejidos humanos**: es la organización encargada de atender las necesidades sanitarias de productos derivados de sangre humana y de tejidos humanos, en el marco de la red sanitaria pública y de la sanidad privada.
- **Osatek**: es una sociedad financiada públicamente y de derecho privado, dependiente del Departamento de Salud, encargada de la gestión, administración y explotación de servicios por imagen de tecnología puntera.
- **Dirección General**: constituye una estructura directiva con funciones de control, coordinación estratégica y apoyo de la gestión de las anteriores organizaciones de servicios (Figura 5.2)

Figura 5.2. Mapa del sistema sanitario vasco

Fuente: Web Osakidetza

5.2.4. El impacto del RD 16/2012 sobre la cobertura sanitaria en la CAV

La CAV forma parte del grupo de CCAA que han rechazado en mayor medida el RD desde su entrada en vigor. Ya en el Consejo Interterritorial de Sanidad que se celebró el 27 de junio de 2012, dos meses después de la aprobación del decreto, el entonces Consejero de Sanidad y Consumo, Rafael Bengoa, se opuso a la aplicación de la norma y mostró su intención de "compensar y reuniversalizar lo que se estaba quitando en el Real Decreto"[27], a través del Decreto 114/2012, de 26 de junio, sobre el régimen de las prestaciones sanitarias del SNS en el ámbito de la CAV. La posición del Gobierno Vasco fue claramente establecida partiendo de la "suficiencia financiera en la CAV, que supone no buscar el ahorro que se pretende en el resto del Estado con el RD"28. Así, el Decreto 114/2012 pretendía la complementación del estatus prestacional básico estatal, manteniendo los niveles de protección alcanzados en la CAV, previa aprobación del RD 16/2012. En su artículo 1 establecía regular en la CAV "el acceso a las prestaciones sanitarias contenidas en la cartera de servicios del Sistema Vasco de Salud a aquellas personas excluidas del ámbito de aplicación de la asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos a través del Sistema Nacional de Salud por no tener la condición de asegurados ni de beneficiarios del mismo, así como la complementación de las condiciones financieras básicas en que se desarrolla la prestación farmacéutica" (BOPV, 2012). Para ello establece que podrán recibir prestaciones de la cartera de servicios del Sistema Vasco de Salud las personas que cumplan tres requisitos: 1) Estar empadronadas en la CAV por un periodo continuado de al menos un año inmediatamente anterior a la solicitud de reconocimiento de la asistencia sanitaria; 2) ser persona perceptora de prestaciones económicas en el Sistema Vasco de Garantía de Ingresos e Inclusión o tener ingresos inferiores a la cuantía correspondiente a la renta básica para la inclusión y protección social; y 3) no tener acceso a un sistema de protección sanitaria pública por cualquier otro título.

Establecidas las condiciones de acceso al reconocimiento de la asistencia sanitaria a la población más vulnerable que quedaba excluida con la aplicación de la norma estatal, se fijó el procedimiento para solicitar el reconocimiento de la asistencia a través de la Orden de 4 de julio de 2013, del Consejero de Sanidad Jon Darpón, tras el cambio de gobierno que se produjo con las elecciones de octubre de 2012, y que continuó en la misma línea de actuación que el gobierno anterior.

Por su parte, el gobierno estatal recurrió el Decreto autonómico 114/2012 por considerarlo inconstitucional, alegando una extralimitación competencial de las autonomías, lo que supuso una suspensión cautelar del decreto y, por tanto, del reconocimiento del derecho a la atención sanitaria. En diciembre de 2012, el Tribunal Constitucional se pronunció a favor de la decisión del Gobierno Vasco de dar cobertura sanitaria a la población que no ostentaba la condición de asegurada o beneficiaria según el Real Decreto estatal bajo los criterios establecidos por el Decreto autonómico, aunque mantuvo la suspensión cautelar de las medidas relativas al copago farmacéutico que también establecía dicho decreto. En su resolución el Tribunal Constitucional recoge los argumentos del Gobierno Vasco reconociendo el derecho a la salud y

[27] Rueda de prensa del Consejero de Sanidad sobre el Consejo Interterritorial de Sanidad acerca de las reacciones al RD 16/2012, celebrada el 28 de junio de 2016. Disponible en: http://www.irekia.euskadi .eus/es/web_tv/3708-euskadi-ante-aplicacion-del-real-decreto-ley-2012
[28] Idem

a la integridad física de las personas inmigrantes irregulares, así como afirma "la conveniencia de evitar riesgos para la salud del conjunto de la sociedad […] que no puede verse desvirtuada por la mera consideración de un eventual ahorro económico que no ha podido ser concretado"29.

5.3. La valoración social actual del funcionamiento del Servicio Vasco de Salud

En base a los datos de varias fuentes de información (Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca, 2013), Sociómetro Vasco nº 59 y el Informe Ikuskerak nº8 del Gobierno Vasco), se ofrece a continuación una panorámica acerca de la opinión sobre el sistema sanitario vasco, la satisfacción de la población vasca con los servicios de salud (tanto públicos como privados), así como su opinión específica sobre la cobertura de sus necesidades por parte de Osakidetza.

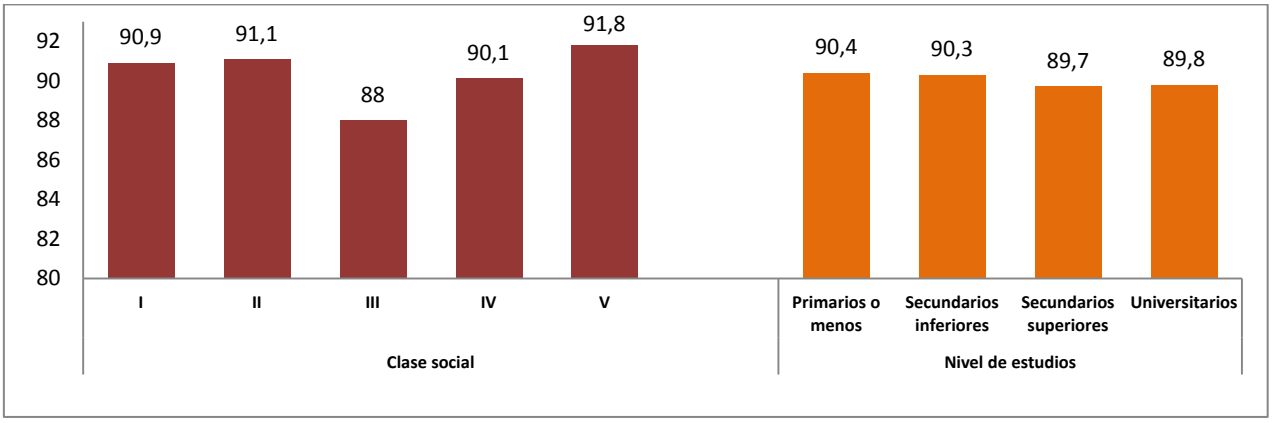
La opinión sobre el sistema sanitario vasco de la gran mayoría de la población es buena o muy buena, siendo el 91,7% de los hombres y el 88,6% de las mujeres quienes creen que la sanidad en la CAV funciona bien o muy bien. Esta opinión es muy similar en todos los grupos de edad, aunque ligeramente mejor entre las personas mayores, que son además las que en mayor medida utilizan el sistema sanitario. De hecho, únicamente el 6% de la población de la CAV señala la sanidad como uno de los tres problemas más importantes.

Según la Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca, existe una alta satisfacción con los servicios sanitarios, siendo el 90% de la población vasca la que afirma sentirse satisfecha, sin apenas diferencias entre hombres y mujeres, ni tampoco entre diferentes grupos de edad. Además, la satisfacción es muy similar entre la población de los tres territorios históricos, encontrándose diferencias de apenas dos puntos porcentuales, siendo Gipuzkoa el territorio con mayor porcentaje de personas satisfechas (91,4%) y Bizkaia el que cuenta con el menor (89,1%).

Es destacable también, que la satisfacción con los servicios de salud es muy similar entre diferentes niveles socioeconómicos (Figura 5.3). Así, las diferencias en la satisfacción de población vasca según su clase social (CS) no superan los cuatro puntos porcentuales, siendo la clase social intermedia (CS III) la menos satisfecha (88%) y la clase social baja (CS V) la más satisfecha (91,8%). Por otro lado, las personas con diferente nivel de estudios valoran de forma muy similar el sistema sanitario, encontrándose satisfechas prácticamente en la misma medida.

29 Pleno del Tribunal Constitucional. Auto 239/2012, de 12 de diciembre de 2012

Figura 5.3. Satisfacción con los servicios de salud según clase social y nivel de estudios de la población. CAV, 2013



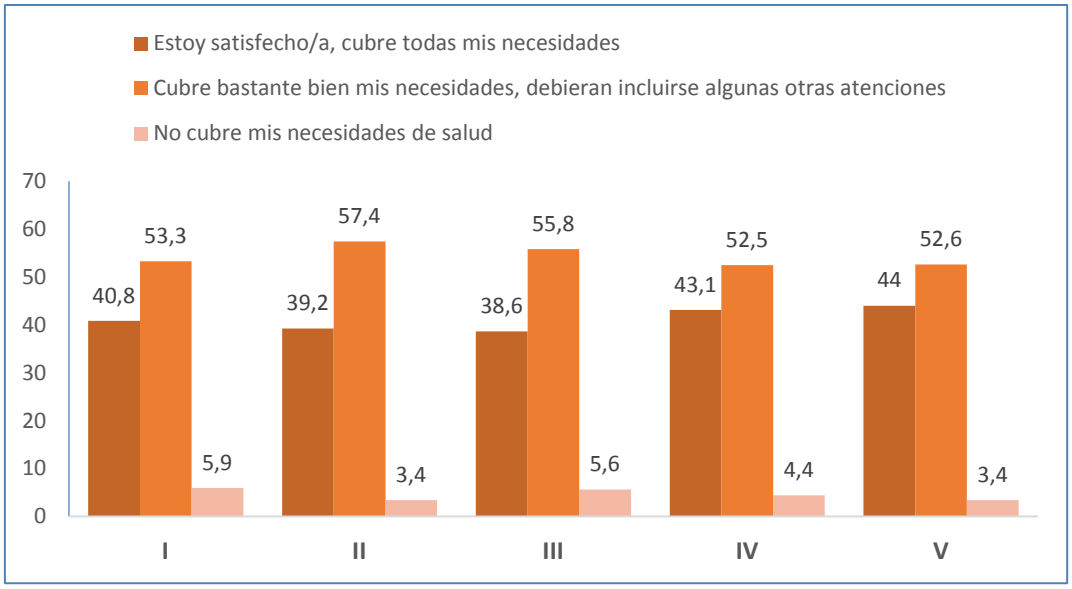
Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca, 2013

Respecto a la cobertura de las necesidades de salud por parte de Osakidetza, la gran mayoría de la población vasca declara sentirse cubierta, siendo sólo un 4,6% de la población la que opina que no se cubren sus necesidades. Este porcentaje es algo mayor entre las personas de 25 a 64 años, con un 5,1%, y con ligeras diferencias por territorio histórico, siendo el 5,1% las personas de Bizkaia que afirma no tener las necesidades cubiertas suficientemente por Osakidetza, mientras este porcentaje es del 4,4% en Araba y del 3,8% en Gipuzkoa. Es destacable que un porcentaje bastante alto apueste por que otras atenciones sanitarias actualmente no cubiertas pasen a serlo, en concreto un 53,8% del total de la población.

La opinión sobre la cobertura de necesidades es bastante similar por clase social (Figura 5.4) siendo únicamente un 5,9% la proporción de personas de clase social más alta (CS I) que no siente cubiertas sus necesidades de salud por Osakidetza, frente a sólo el 3,4% en el caso de las personas de clase más baja (CS V), y siendo bastante parecido el porcentaje de personas que opinan que deberían incluirse otras atenciones (que oscila entre un 53,3% entre la clase social más alta y un 52,6% entre la clase social más baja).

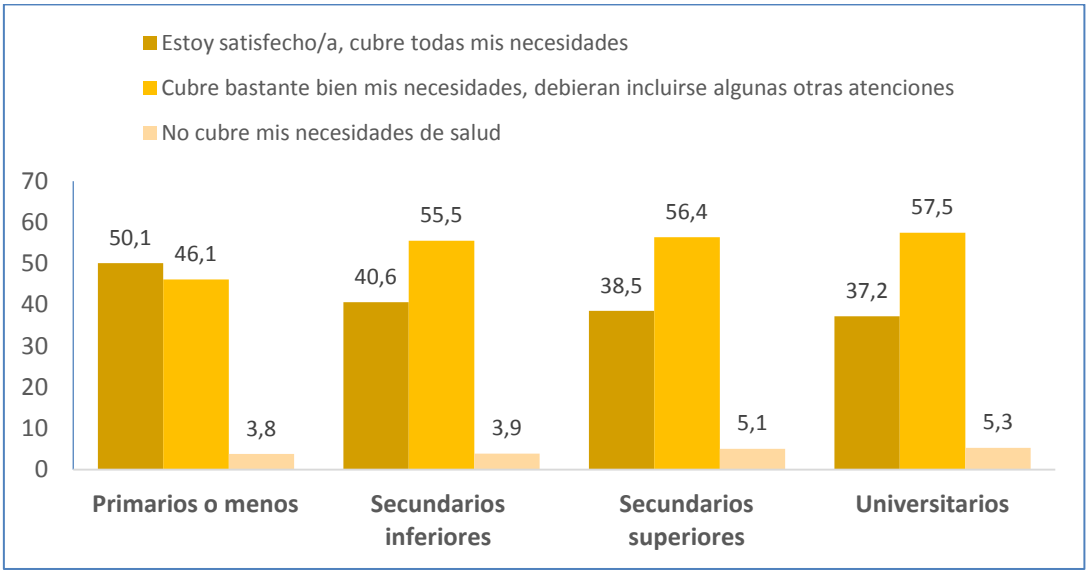
Por otro lado, las personas de diferente nivel de estudios tienen una opinión bastante similar sobre la cobertura de Osakidetza, siendo muy pequeña la diferencia entre ellas (Figura 5.5). Sí parece ser ligeramente mayor la demanda de que se incluyan otras atenciones en la cobertura pública entre aquellas personas de mayor nivel de estudios -universitarios- (57,5%) frente a los de menor nivel educativo- primarios o menos- (46,1%).

Figura 5.4. Opinión sobre la cobertura de Osakidetza de las necesidades de salud según clase social. CAV, 2013



Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca, 2013

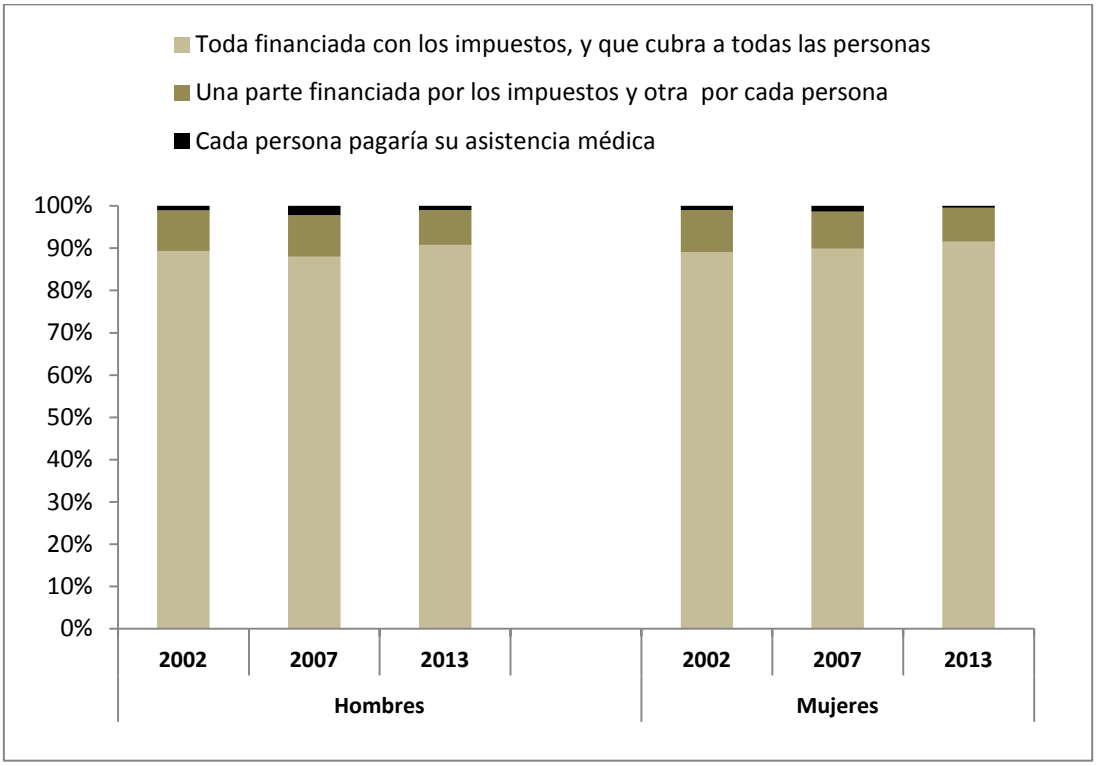
Figura 5.5. Opinión sobre la cobertura de Osakidetza de las necesidades de salud según nivel educativo. CAV, 2013



Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca, 2013

Además, el sistema de financiación del sistema sanitario vasco goza de gran apoyo por parte de la población. La opinión de la población vasca sobre cómo debería pagarse la asistencia sanitaria en el futuro es muy clara, siendo 9 de cada 10 personas favorables a que sea financiada por completo a través de impuestos y con cobertura universal. Esta opinión apenas ha variado con el paso de los años siendo, si cabe, en el 2013 ligeramente mayor, tanto entre los hombres (90,8%) como entre las mujeres (91,5%) (Figura 5.6).

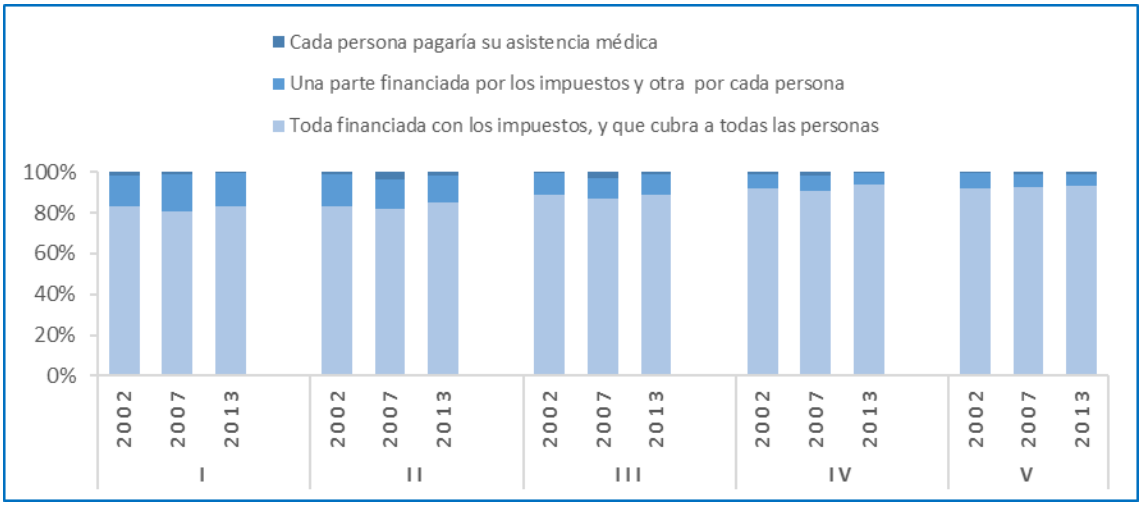
Figura 5.6. Evolución de la opinión sobre cómo deberían pagarse en el futuro la asistencia sanitaria según sexo. CAV, 2002, 2007 y 2013

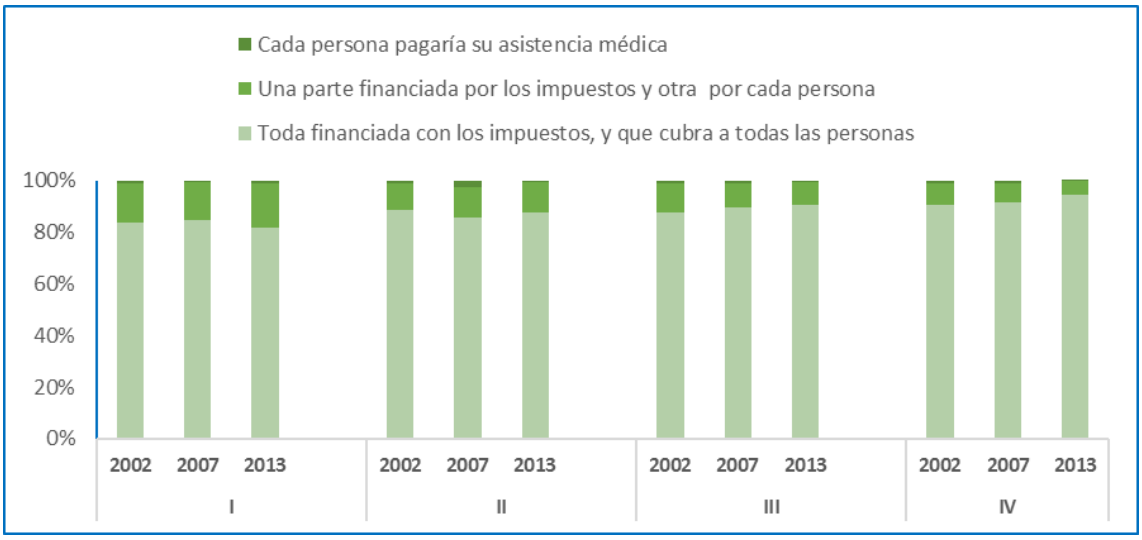


Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca, 2013

Si tenemos en cuenta la posición social de las personas a la hora de analizar esta cuestión (Figura 5.7) se puede apreciar que las diferencias por clase social son pequeñas, apenas de diez puntos porcentuales entre los hombres y de trece en el caso de las mujeres, siendo en todo caso muy mayoritaria a favor de la financiación exclusiva por impuestos. Así el 83% de los hombres y el 82% de las mujeres de clase social más favorecida (CS I) opinan que en el futuro la asistencia sanitaria debe financiarse en su totalidad por impuestos y debe cubrir a toda la población, mientras que este porcentaje aumenta al 93% y al 95% entre hombres y mujeres de clase social más desfavorecida (CS V). La evolución de esta opinión sobre cómo debe financiarse la asistencia sanitaria por clases sociales ha variado poco desde 2002, siendo en el año 2007 cuando las personas de clases sociales más favorecidas mostraban en mayor medida una opinión favorable a que cada persona pagara su asistencia médica, siendo en todo caso una opinión muy residual que no supera en ningún grupo el 4%. En 2013, y tras varios años de crisis económica y con la implantación de algunos recortes y reformas legales en el ámbito sanitario, parece que la población vasca vuelve si cabe aún más a reforzar su opinión favorable a una asistencia sanitaria universal y que debe ser financiada a través de impuestos.

Figura 5.7. Evolución de la opinión sobre cómo deberían pagarse en el futuro la asistencia sanitaria según sexo (arriba hombres; abajo mujeres) y clase social. CAV, 2002, 2007 y 2013

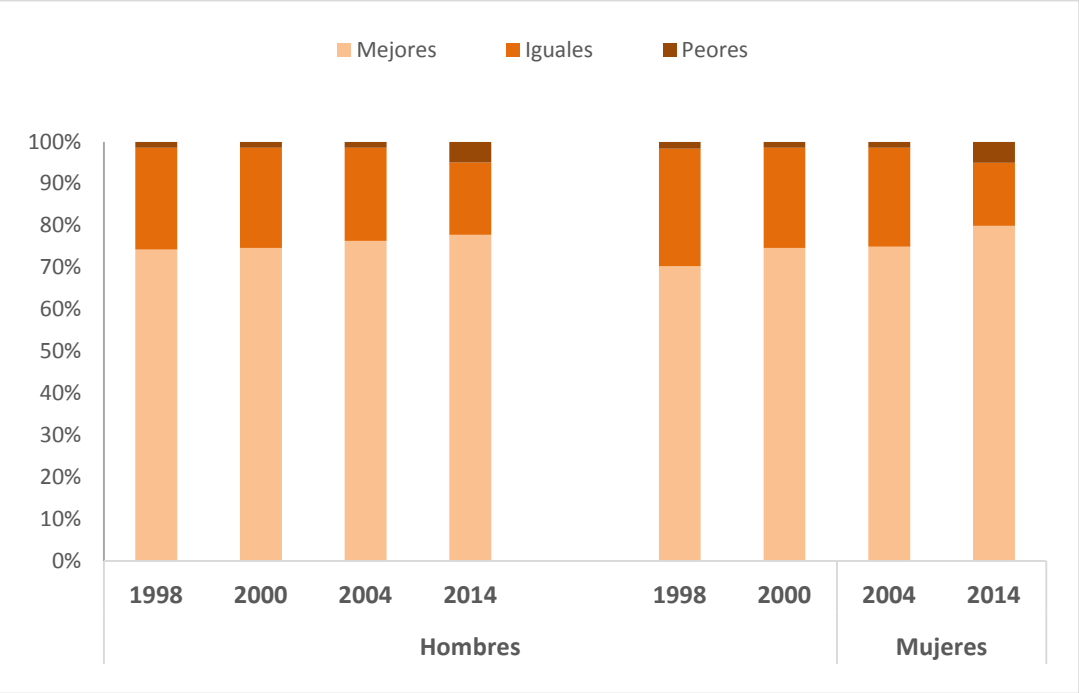




Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca, 2013

La valoración que hace la población vasca sobre la sanidad de la CAV en relación con la sanidad del Estado español es muy positiva y, de hecho, en los últimos años ha mejorado ligeramente (Figura 5.8). En el año 1998 el 70,3% de las mujeres y el 74,3% de los hombres creían que la sanidad de la CAV era mejor que la del resto del Estado y progresivamente esa proporción ha ascendido ligeramente, llegando a ser en la actualidad del 80% en las mujeres y del 77,8% en los hombres, la más alta de todos los años contemplados. De hecho, en 2014 sólo un 5% de la población vasca cree que en la CAV la sanidad es peor que en el resto del Estado.

Figura 5.8. Evolución de la comparativa de la valoración sobre la sanidad de la CAV respecto a la del Estado. CAV, 1998-2014



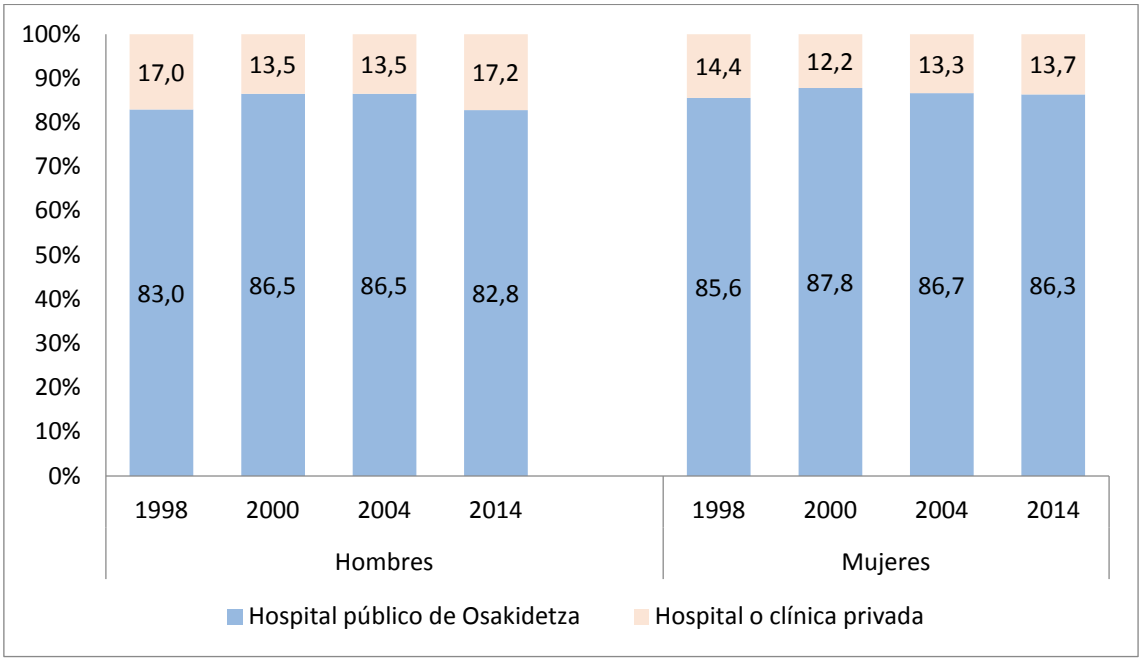
Fuente: Elaboración propia a partir de Ikuskerak – 8. Sanidad. Gabinete de Prospección Sociológica del Gobierno Vasco

Además, el estudio del Gabinete de Prospección Sociológica del Gobierno Vasco muestra que la población vasca valora positivamente la mayoría de los aspectos relacionados con el funcionamiento del sistema sanitario, en especial la profesionalidad del personal y las instalaciones y equipamientos. Solo el aspecto relativo a las listas de espera para consultas con especialistas e intervenciones suspende en la valoración de la población.

En relación a los recursos que se destinan a la sanidad por el Gobierno Vasco, la mayoría de la población entiende que son los justos (51% de las mujeres y 53% de los hombres), pero una gran parte considera que se debería invertir más ya que son menos de los necesarios (47% de las mujeres y 43% de los hombres), y en todo caso, solo un 2-3% opina que son demasiados. De hecho, la mayor parte de la población considera que en los últimos años los recursos han disminuido, en concreto el 65% de las mujeres y el 58% de los hombres.

A la hora de mostrar preferencia por la sanidad pública o la privada, la gran mayoría elige la primera. Así, en relación con la preferencia de una u otra para realizar una intervención quirúrgica (Figura 5.9) el 86% de las mujeres y el 82% de los hombres prefieren realizarla en un hospital público de Osakidetza frente a un hospital o clínica privada. Esta preferencia apenas ha cambiado desde el año 1998.

Figura 5.9. Evolución de la preferencia por la sanidad pública o privada para una intervención quirúrgica. CAV, 1998-2014



Fuente: Elaboración propia a partir de Ikuskerak – 8. Sanidad. Gabinete de Prospección Sociológica del Gobierno Vasco

Los motivos que explican esta preferencia por la sanidad pública son fundamentalmente los relativos a las garantías y seguridad que ofrece Osakidetza frente al sistema sanitario privado, siendo más de 3 de cada 4 personas las que indican esta razón. Además, este argumento parece ser compartido por diferentes grupos sociales, encontrándose pocas diferencias según diferentes niveles socioeconómicos. Así el 77% (hombres y mujeres) de las personas de clase alta que prefieren Osakidetza aluden a la seguridad y garantía que ofrece el sistema público, y ese porcentaje es del 82% entre las mujeres de clase media y del 76% entre los hombres, y del 73% y 74% respectivamente entre las personas de clase baja. Esta preferencia por la asistencia pública se repite en el caso de las consultas a especialistas, siendo el 74,2% de los hombres y el 76,6% de las mujeres las que prefieren acudir a un hospital público de Osakidetza frente a un hospital o clínica privada, refiriendo de nuevo la garantía de calidad como el principal motivo para esta preferencia.

Finalmente, la población vasca hace una valoración negativa sobre la implantación del copago farmacéutico, considerando en su mayoría que este sistema es malo o muy malo (60,8% de los hombres y 58,8% de las mujeres).

6. Las desigualdades sociales en salud en la CAV

En el caso de la CAV, numerosos estudios han mostrado que existen relevantes desigualdades en salud, en sus diferentes dimensiones. A continuación, se describen aquellos resultados que se han publicado más recientemente.

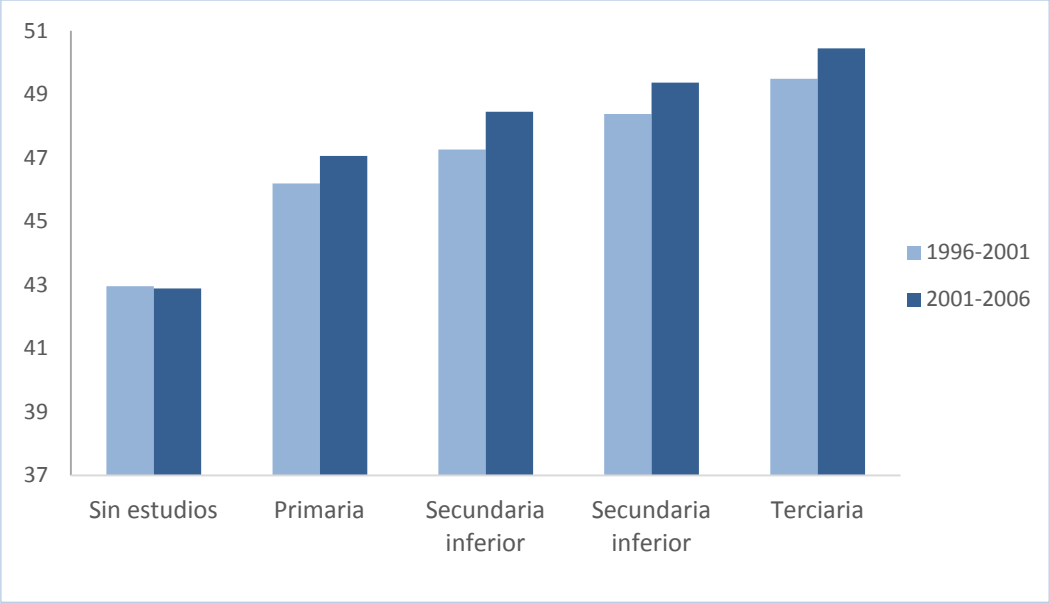
6.1. Desigualdades en la esperanza de vida

Comenzando por la esperanza de vida, los datos disponibles destacan que tanto las características individuales de las personas como las de la zona donde residen inciden de forma relevante en los años que esperan vivir. Comenzando por las diferencias geográficas, los datos más recientes disponibles indican que en la CAV la brecha entre las zonas básicas de salud (ZBS)[30] de mayor y menor esperanza de vida alcanzó los 10,5 años en los hombres y los 7 años en las mujeres en el quinquenio 2006-2010 (Calvo y Esnaola, 2015). En ambos sexos, la ZBS con menor esperanza de vida (71,5 años en los hombres y 81 años en las mujeres) fue Bilbao La Vieja, mientras que la de mayor fue Gasteiz Sur en los hombres (82,0 años) y Santa Lucía (Araba) en mujeres (88,0 años). Estas enormes diferencias en la esperanza de vida –superando los 10 años en el caso de los hombres- son equivalentes al número de años que, como promedio, se ha incrementado la esperanza de vida total en la CAV en los últimos 30 años, de lo cual podríamos concluir que, en la actualidad, existen poblaciones que, en términos de salud, viven en condiciones similares a las que vivía el conjunto de la población de la CAV 30 años atrás.

Según las características socioeconómicas individuales de las personas, las desigualdades en la esperanza de vida en la CAV también son llamativas: mientras que los hombres (Figura 6.1) y las mujeres (Figura 6.2) sin estudios formales tuvieron en el quinquenio 2001-2006 una esperanza de vida de 73 y 81 años respectivamente, aquéllas de nivel universitario alcanzaron prácticamente los 81 y 87. Sin embargo, las diferencias no se observaron únicamente entre grupos extremos, sino que la esperanza de vida descendió gradualmente a media que lo hizo el nivel de estudios. Asimismo, cabe destacar que la distancia en la esperanza de vida entre hombres y mujeres – siempre favorable a las segundas y, por tanto, denominado como déficit masculino-, fue más intensa entre la población con menor nivel educativo. En relación a la evolución de las desigualdades sociales entre los quinquenios 1996-2001 y 2001-2006, la esperanza de vida aumentó en los hombres en todos los niveles educativos, a excepción de aquéllos sin estudios formales finalizados. En las mujeres, la esperanza de vida también disminuyó entre aquéllas sin estudios, aunque también parece haberlo hecho entre las universitarias (Esnaola et al., 2014).

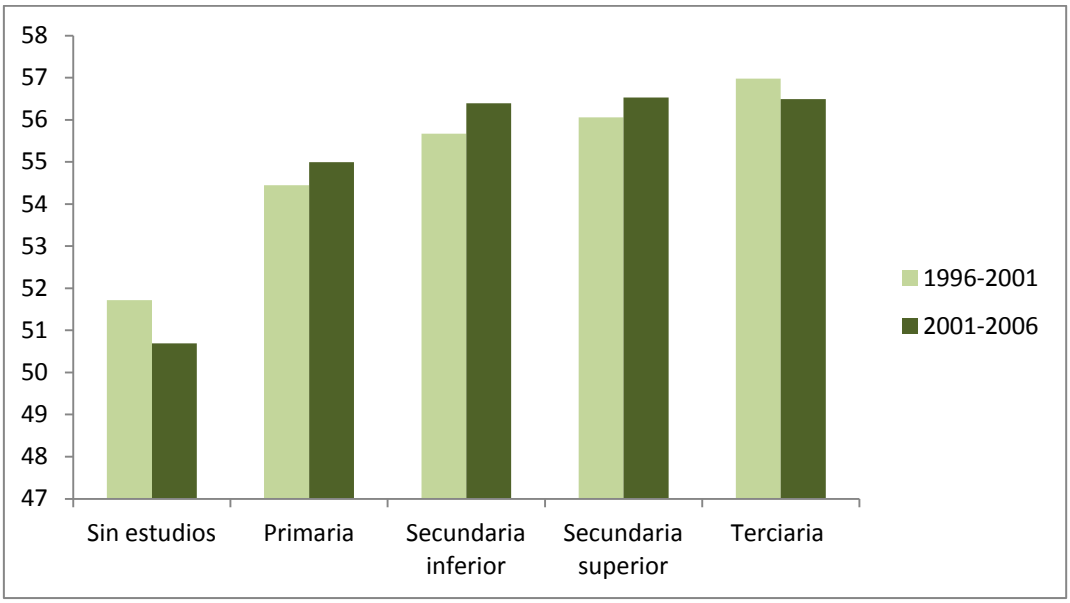
[30] La zona básica de salud es una delimitación geográfica que sirve de referencia para la actuación del equipo de atención primaria.

Figura 6.1. Esperanza de vida a los 30 años según nivel de estudios en hombres. CAV, 1996-2001 y 2001-2006



Fuente: Esnaola et al., 2014

Figura 6.2. Esperanza de vida a los 30 años según nivel de estudios en mujeres. CAV, 1996-2001 y 2001-2006

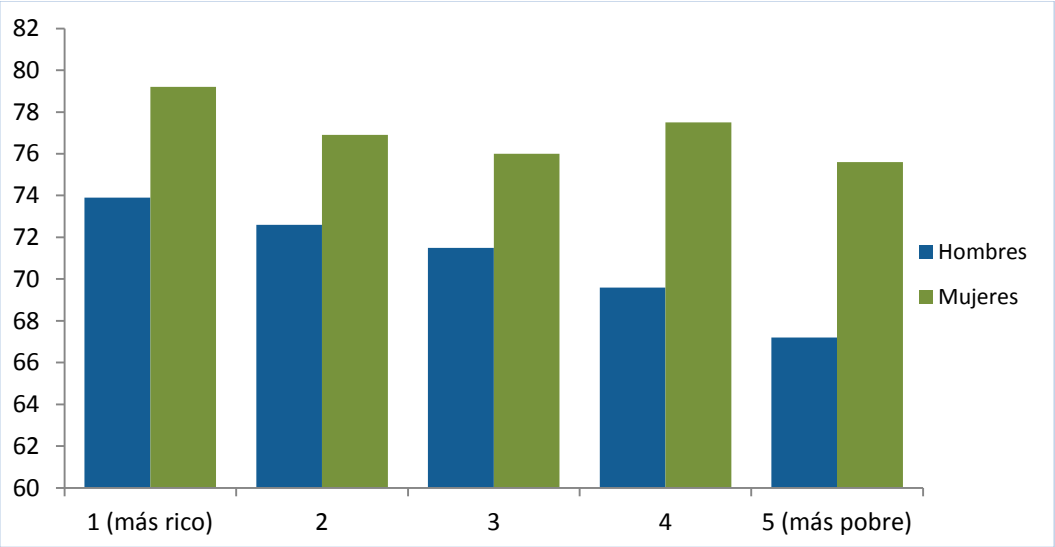


Fuente: Esnaola et al., 2014

6.2. Desigualdades en la esperanza de vida en buena salud

Al igual que sucede con la esperanza de vida, los datos disponibles muestran que la zona de residencia de las personas marca la esperanza de vida en buena salud (EVBS) en la CAV. En el periodo 2004-2008 la diferencia en la EVBS de las personas que residían en las zonas menos deprimidas respecto a las que vivían en las más deprimidas era muy relevante (Figura 6.3), siendo 6,7 años mayor en los hombres y 3,7 años en las mujeres (Martín y Esnaola, 2014). Así, las personas residentes en las áreas más favorecidas tenían una EVBS de 73,9 años entre los hombres y de 79,2 años entre las mujeres, frente a los 67,2 años de EVBS entre los hombres y los 75,6 entre las mujeres de las áreas más deprimidas.

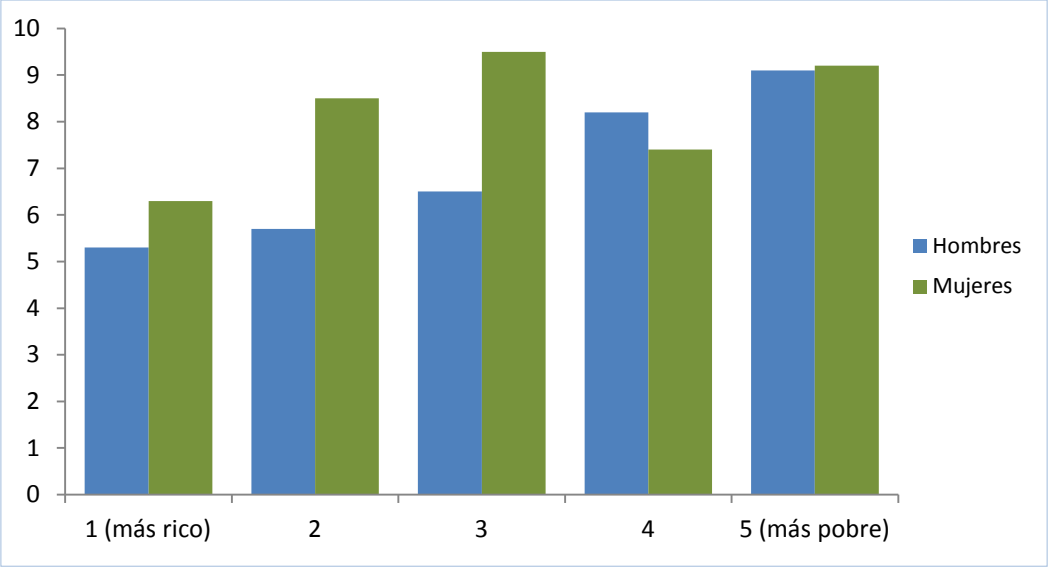
Figura 6.3. Esperanza de vida en buena salud según el índice de privación del área de residencia y sexo. 2013. CAV, 2004-2008



Fuente: Martín y Esnaola, 2014

Además, la esperanza de vida con discapacidad, es decir, los años que vive una persona con discapacidad, era mayor a medida que aumentaba la privación del área de residencia (Figura 6.4). Así, los hombres que residían en zonas pertenecientes al quintil más rico esperaban vivir 5,3 años con discapacidad, mientras que en el caso de aquéllos que vivían en las zonas del quintil más pobre, esta era de 9,1 años. Es decir, aquellos hombres residentes en las zonas más desfavorecidas vivían 3,8 años más con discapacidad que aquellos de las zonas de mayor privación. Entre las mujeres, también existían desigualdades entre áreas de residencia, aunque éstas fueron algo menores que entre los hombres (de 2,9 años) ya que las mujeres de las áreas más favorecidas vivían un mayor número de años con discapacidad que los hombres, 6,3 años frente a 5,3.

Figura 6.4. Esperanza de vida con discapacidad según el índice de privación del área de residencia y sexo. 2013. CAV, 2004-2008



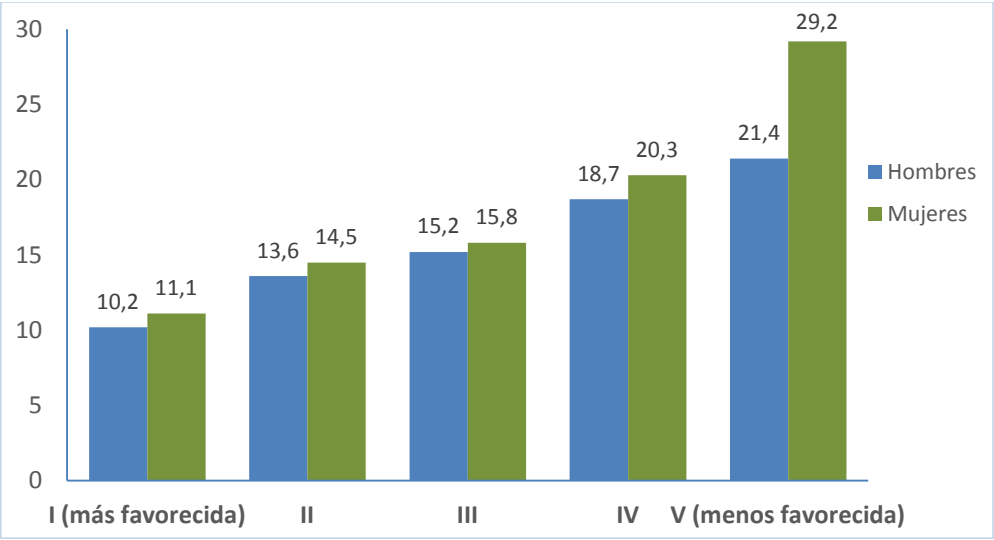
Fuente: Martín y Esnaola, 2014

6.3. Desigualdades en el estado de salud de la población adulta

En base a otros indicadores de salud como la autovaloración de la salud, la prevalencia de problemas crónicos, la calidad de vida relacionada con la salud, la salud mental o la limitación crónica de la actividad, el gradiente social en el estado de salud de la población adulta es también muy llamativo, tal y como muestran las siguientes figuras con datos de la Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca del 2013. En términos de género, destaca el hecho de que, de forma muy consistente, las mujeres muestran peores indicadores de salud en todos los indicadores anteriores.

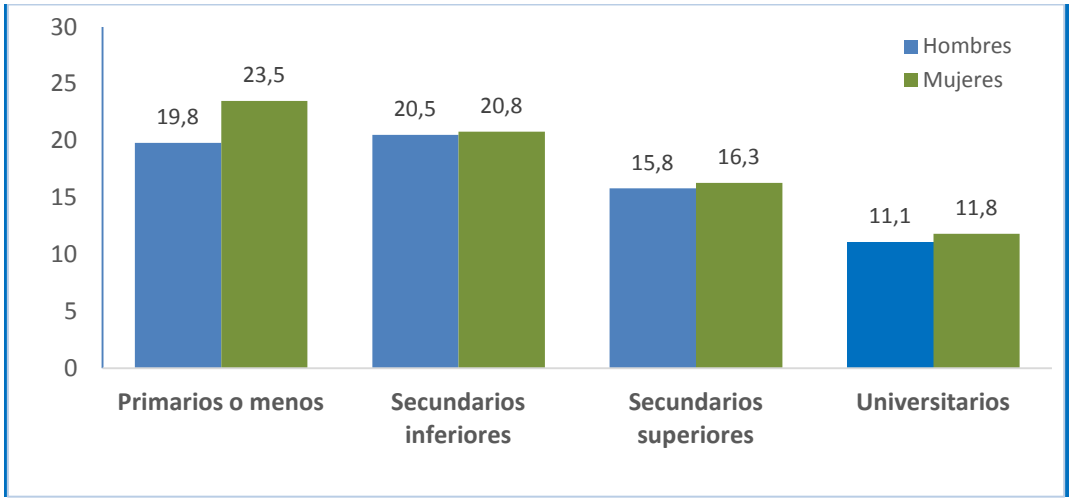
Comenzando por la mala salud percibida, tanto la clase social (Figura 6.5) como el nivel educativo (Figura 6.6) describen un claro gradiente, según el cual a medida que desciende la posición social aumenta el porcentaje de población que afirma que su salud no es buena. En todas las clases sociales y niveles educativos, se subraya la mayor proporción de mujeres que afirman que su salud no es buena y, en este sentido, destaca especialmente el alto porcentaje de mujeres de clase social más desaventajada (V) (casi un 30,0%) y de nivel educativo primario o inferior (23,5%) que declaró una mala salud percibida frente al 11,1% de mujeres de clase más alta o el 11,8% de estudios universitarios.

Figura 6.5. Mala salud percibida (% estandarizado por edad) según clase social, por sexo. CAV, 2013



Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca, 2013

Figura 6.6. Mala salud percibida (% estandarizado por edad) según nivel educativo, por sexo. CAV, 2013



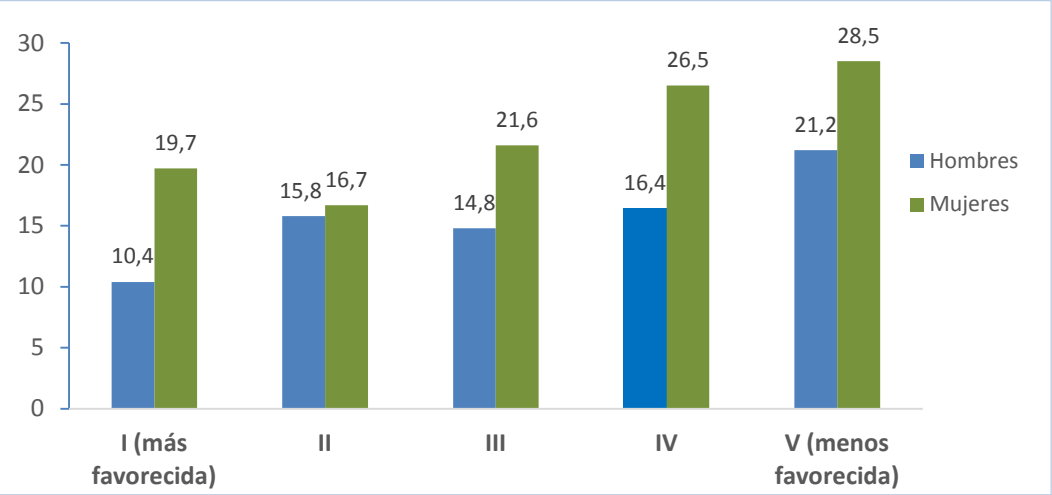
Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca, 2013

En relación a la calidad de vida relacionada con la salud (datos no mostrados), la realidad descrita es similar, ya que existe un evidente gradiente social por el cual la calidad de vida se deteriora claramente a medida que desciende la clase social. De manera similar a la clase social, las personas con un nivel de estudios más elevado mostraron una puntuación mayor que las de estudios inferiores, siendo especialmente relevante la pendiente de desigualdad en

las mujeres. En ambas variables, las mujeres obtuvieron sistemáticamente menores puntuaciones en todas las categorías socioeconómicas con respecto a los hombres.

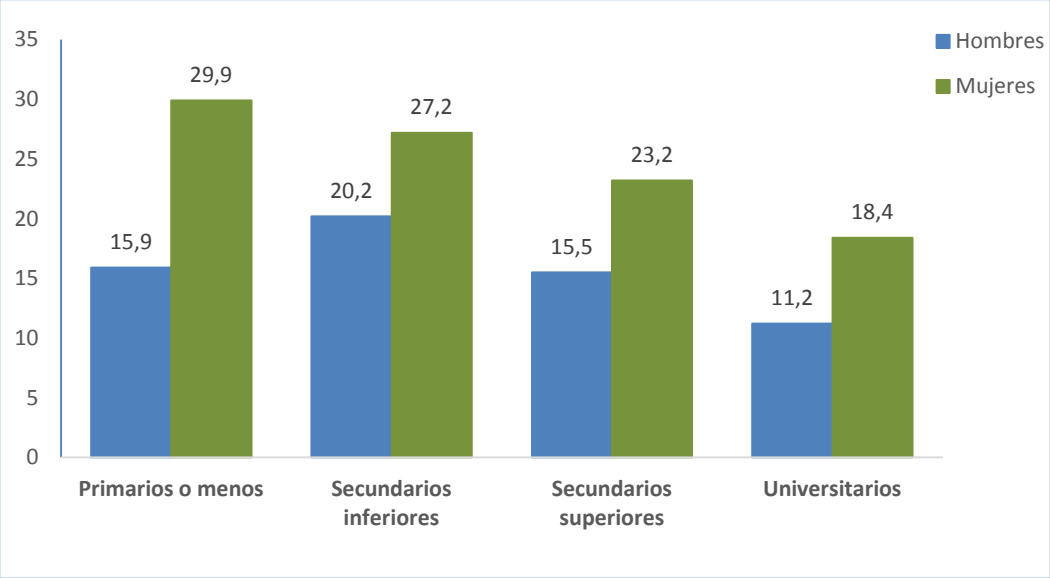
En relación a la salud mental, la posición social marca un gradiente social más claro entre las mujeres que entre los hombres, si bien en todos los casos, las personas de mayor clase social (Figura 6.7) o mayor nivel educativo (Figura 6.8) mostraron menores síntomas de ansiedad y depresión. Destaca el elevado porcentaje de mujeres de clase social más desfavorecida (V) y de nivel educativo más bajo (estudios primarios o menos) que afirmaron sufrir síntomas de ansiedad y/o depresión, que alcanzó el 28,5% y el 29,9% respectivamente. Por el contrario, únicamente el 10,4% de los hombres de clase social más favorecida (I) y el 11,2% de estudios universitarios afirmaron tener una mala salud mental.

Figura 6.7. Síntomas de ansiedad y/o depresión (% estandarizado por edad) según clase social, por sexo. CAV, 2013



Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca, 2013

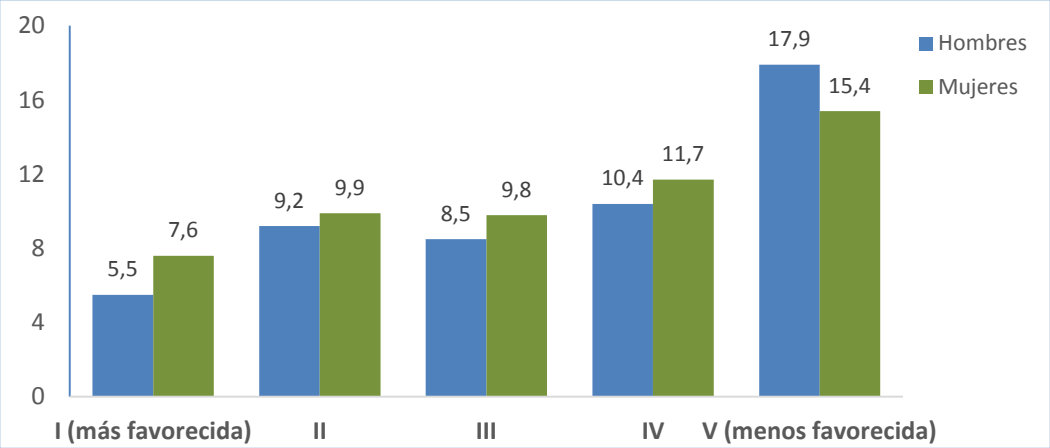
Figura 6.8. Síntomas de ansiedad y/o depresión (% estandarizado por edad) según nivel educativo, por sexo. CAV, 2013



Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca, 2013

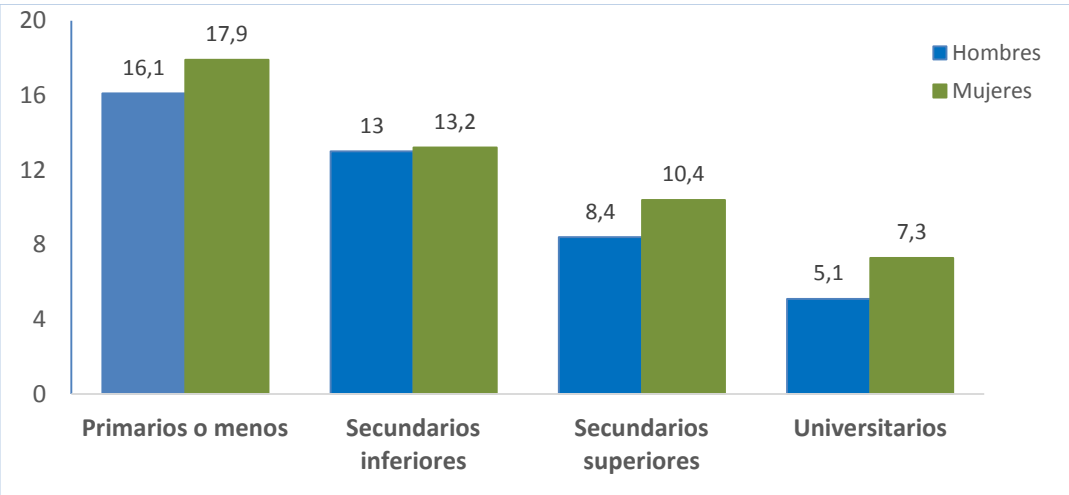
Siguiendo con la limitación crónica de la actividad, las siguientes figuras muestran que el aumento en el porcentaje de población que afirma sufrirla aumenta gradualmente a medida que su posición socioeconómica se deteriora. En relación a la clase social (Figura 6.9), su impacto es especialmente intenso en el caso de los hombres, con una distancia de 12,4 puntos entre clases sociales extremas (5,5% y 17,9% respectivamente). En relación al nivel educativo (Figura 6.10), la intensidad de la desigualdad fue similar en ambos sexos. Asimismo, cabe destacar que, a excepción de los hombres de clase social más desfavorecida (V), en el resto de grupos sociales, las mujeres mostraron mayores porcentajes de limitación crónica de la actividad.

Figura 6.9. Limitación crónica de la actividad (% estandarizado por edad) según clase social, por sexo. CAV, 2013



Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca, 2013

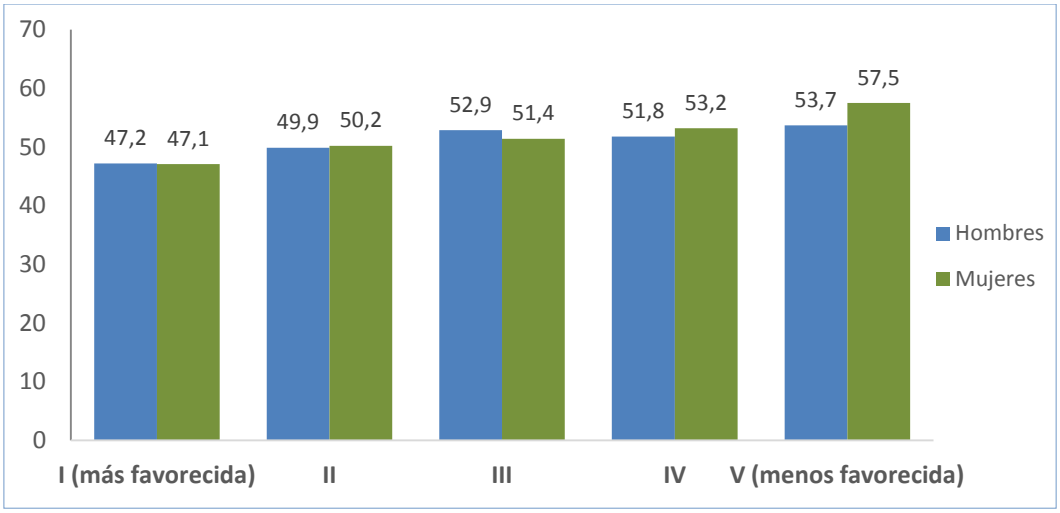
Figura 6.10. Limitación crónica de la actividad (% estandarizado por edad) según nivel educativo, por sexo. CAV, 2013



Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca, 2013

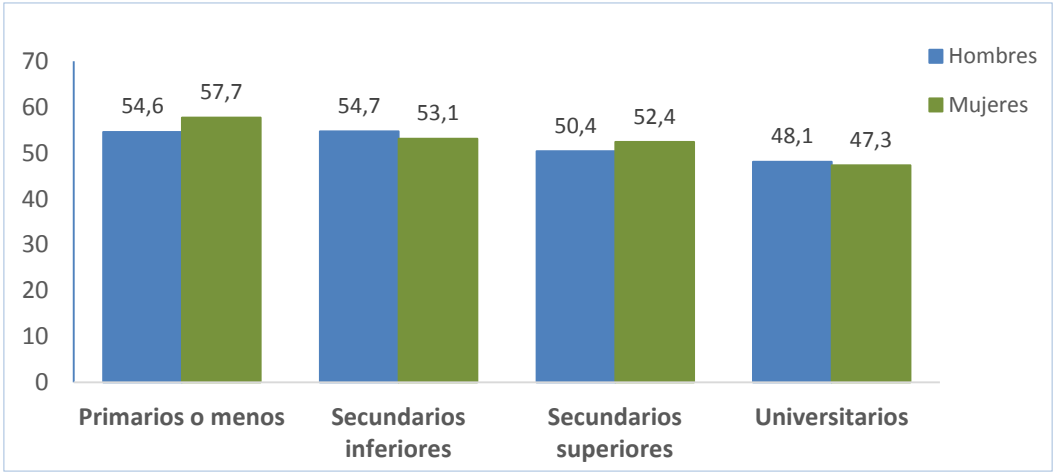
Para finalizar, a continuación, se muestran las figuras sobre las desigualdades en la prevalencia de problemas crónicos. De forma consistente con las variables anteriores, el gradiente social es evidente tanto al comparar las diferentes clases sociales (Figura 6.11) como los niveles educativos (Figura 6.12), con un descenso paulatino de la población que padece problemas crónicos a medida que aumenta su posición en la jerarquía social. A diferencia de lo que se observaba con anterioridad, los datos relativos a las mujeres muestran peores resultados únicamente en los grupos más desaventajados, es decir, en la clase V y el nivel educativo inferior, donde la distancia que separa a ambos sexos es reseñable (3,8 puntos y 3,1 puntos respectivamente).

Figura 6.11. Problemas crónicos (% estandarizado por edad) según clase social, por sexo. CAV, 2013



Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca, 2013

Figura 6.12. Problemas crónicos (% estandarizado por edad) según nivel educativo, por sexo. CAV, 2013



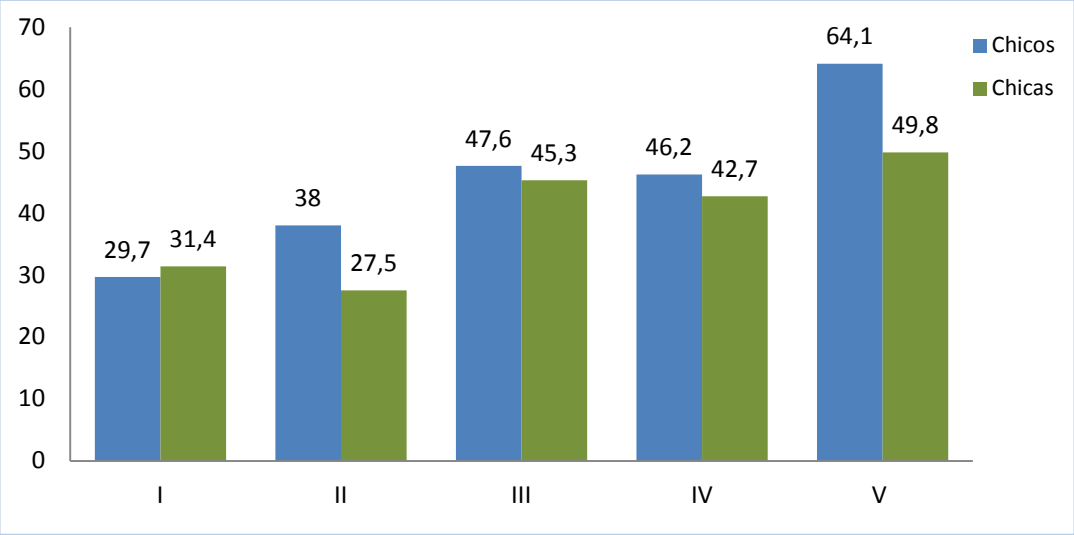
Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca, 2013

6.4. Desigualdades en el estado de salud de la población infantil

La salud de la población de 0 a 17 años también está claramente influida por ejes de desigualdad, como el género, las características socioeconómicas de sus progenitores y progenitoras o los hogares donde residen. En términos de género, la realidad en esta población es algo más compleja que en el caso de la población adulta, ya que mientras que la buena salud percibida es claramente superior en el caso de los niños que en el de las niñas, la frecuencia de problemas crónicos lo es en los niños. En cuanto a la clase social familiar, la

siguiente figura (6.13) muestra que la salud de la población infantil empeora a medida que la clase social desciende, tanto entre las chicas como entre los chicos, aunque el gradiente social parece ser más claro entre los segundos.

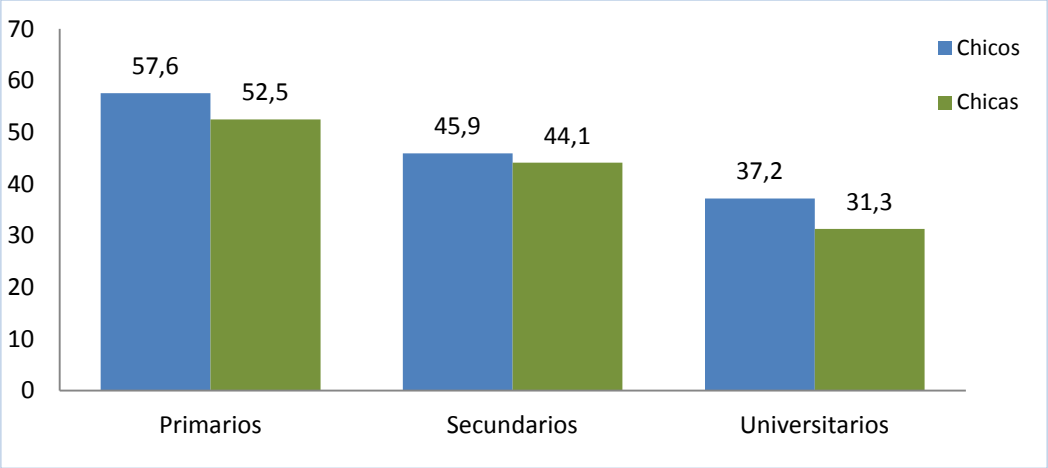
Figura 6.13. Ausencia de muy buena salud (%) de la población de 0 a 17 años según clase social familiar y sexo. CAV, 2013



Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca, 2013

Asimismo, el nivel de estudios de las y los progenitores estableció un claro gradiente social entre los hijos e hijas, por el cual la prevalencia de mala salud aumentó a medida que el nivel de estudios de las y los progenitores fue menor (Figura 6.14). De hecho, la distancia entre los y las hijas cuyos progenitores y progenitoras han alcanzado, como máximo, estudios primarios y las de aquellos y aquellas con estudios terciarios fue de 20,4 puntos entre los niños, y de 21,2 puntos entre las niñas.

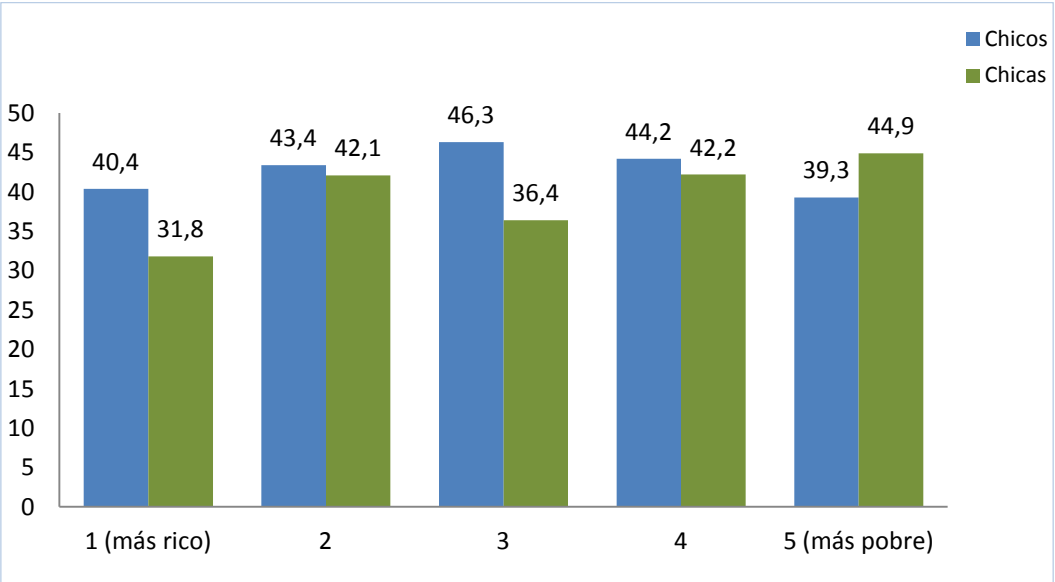
Figura 6.14. Ausencia de muy buena salud (%) de la población de 0 a 17 años según nivel de estudios máximo de progenitores y progenitoras y sexo. CAV, 2013



Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca, 2013

Por su parte, el nivel de privación del área de residencia no estableció desigualdades evidentes en el estado de salud percibido de la población infantil y adolescente, y solamente en el caso de las chicas, el vivir en un área de mayor privación socioeconómica marcó diferencias ligeras en el estado de salud (Figura 6.15).

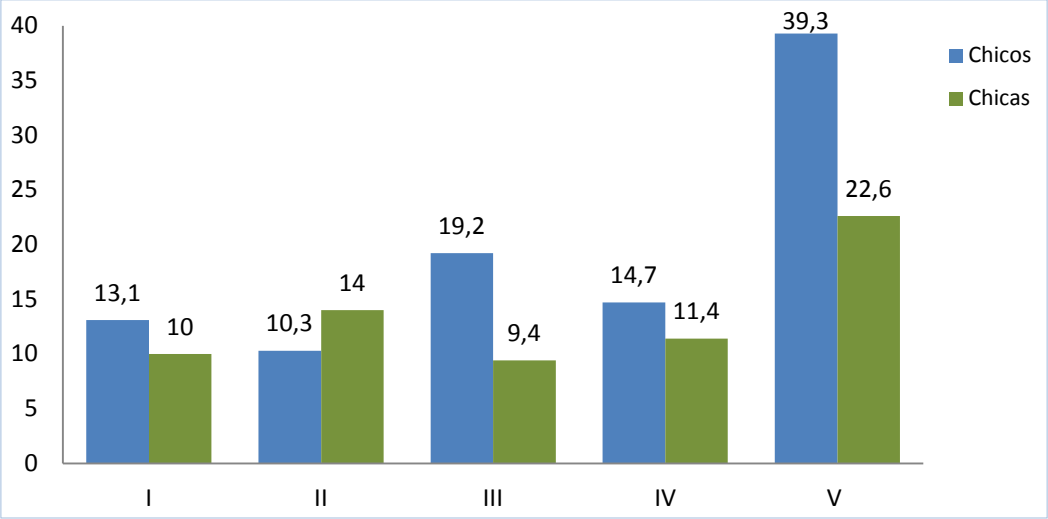
Figura 6.15. Prevalencia (%) de ausencia de muy buena salud de la población de 0 a 17 años según el índice de privación del área de residencia y sexo. CAV, 2013



Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca, 2013

Al analizar la existencia de problemas crónicos en la población infantil según la clase social familiar (Figura 6.16), se aprecia que son los niños y niñas de la clase social más baja (V) los y las que más padecen enfermedades crónicas, siendo mucho más llamativo en los chicos, con una prevalencia de un 39,3%, frente al 22,6% de las chicas. Por el contrario, la población infantil y adolescente de clase social más favorecida (I) es la que menor prevalencia de patologías crónicas presenta, con un 13,1% en el caso de los niños y un 10% en el de las niñas.

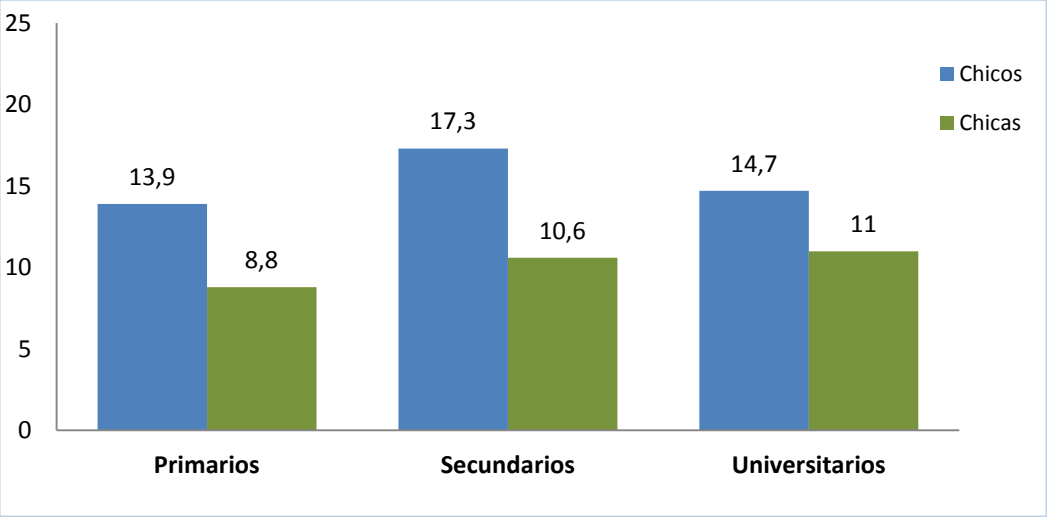
Figura 6.16. Prevalencia (%) de problemas crónicos de la población de 0 a 17 años según clase social familiar y sexo. CAV, 2013



Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca, 2013

En relación al nivel de estudios de las y los progenitores, no se encuentran diferencias claras en relación con los problemas de salud crónicos (Figura 6.17). En los niños, por ejemplo, la prevalencia de patologías crónicas es mayor entre aquellos cuyos progenitores y progenitoras han alcanzado estudios secundarios (17,3%). En el caso de las niñas, son aquellas de progenitores y progenitoras con estudios universitarios las que sufren de mayor prevalencia (11%).

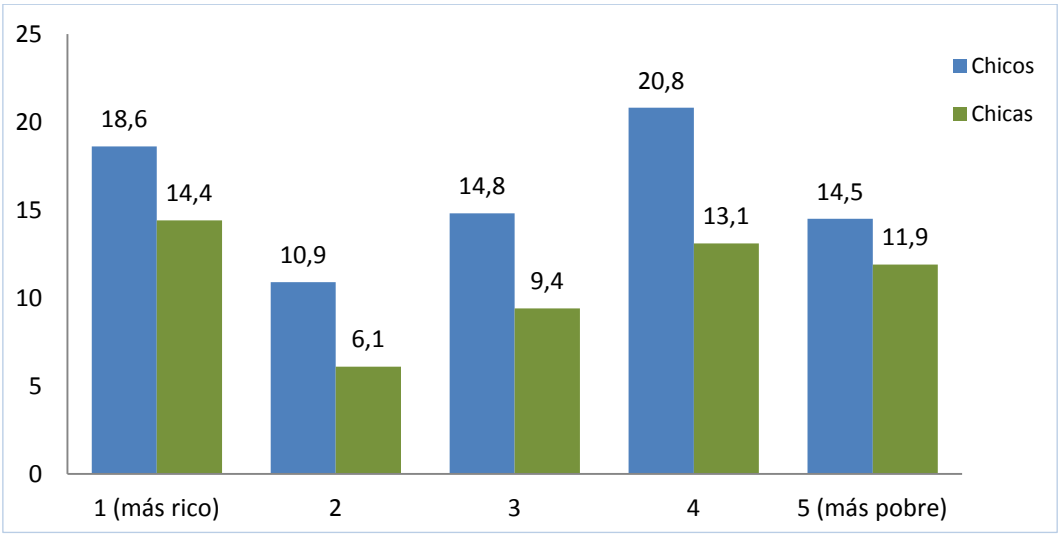
Figura 6.17. Prevalencia (%) de problemas crónicos de la población de 0 a 17 años según nivel de estudios máximo de los y las progenitoras y sexo. CAV, 2013



Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca, 2013

Finalmente, según el nivel de privación socioeconómica del lugar de residencia, la siguiente figura (6.18) muestra que tampoco se observan desigualdades reseñables.

Figura 6.18. Prevalencia (%) de problemas crónicos la población de 0 a 17 años según el índice de privación del área de residencia y sexo. CAV, 2013



Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca, 2013

7. Desigualdades sociales en el acceso a los servicios sanitarios en la CAV

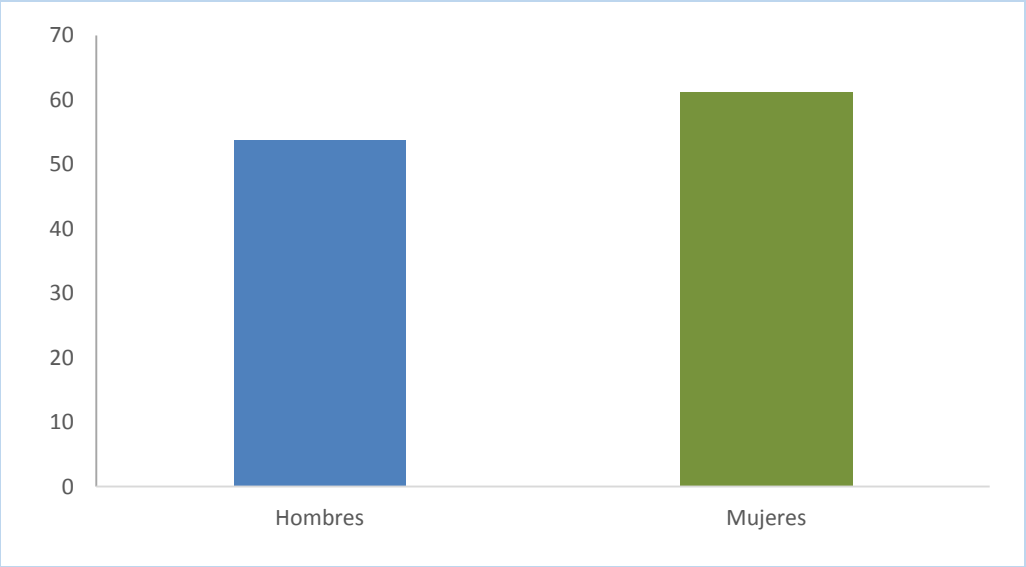
A continuación, se describe el estado de las desigualdades en el acceso a los servicios de salud en la población vasca, teniendo en cuenta el sexo, la clase social, el nivel educativo y el lugar de nacimiento. Este acceso a los servicios no distingue entre la provisión pública o privada. Los servicios analizados incluyen: 1) aquellas prestaciones cubiertas por el sistema sanitario público, como las consultas a los servicios de medicina y enfermería de atención primaria, atención especializada, servicios de urgencias, hospitalizaciones y prácticas preventivas; 2) los servicios que tienen una cobertura pública parcial, como los de dentista y fisioterapia; y 3) aquellos que no tienen ningún tipo de cobertura pública, como los servicios de podología.

7.1. Utilización de los servicios médicos y de enfermería de atención primaria

En este apartado se incluyen los datos correspondientes a la realización de consultas de Atención Primaria, tanto las consultas médicas como de enfermería (incluidas las visitas a la matrona) en la CAV en los 6 meses anteriores a la realización de la Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca.

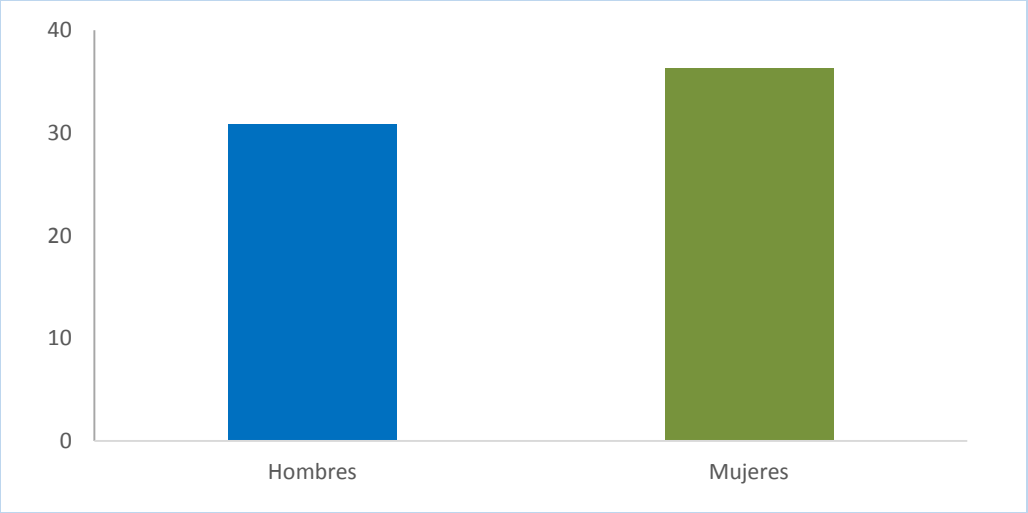
En relación a la utilización de las consultas médicas en los servicios de atención primaria según el sexo, algo más de la mitad de los hombres y el 61,1% de las mujeres realizaron alguna consulta a este dispositivo asistencial (Figura 7.1). Las consultas de enfermería también fueron realizadas en mayor proporción por las mujeres que por los hombres (36,3% y 30,8%, respectivamente) (Figura 7.2). Teniendo en cuenta la edad y la necesidad de atención, considerada a partir del padecimiento de problemas crónicos, la probabilidad de consultar a los servicios médicos de atención primaria en las mujeres fue un 11% mayor que en los hombres (RP=1,113; IC95% [1,11; 1,115]) y a los servicios de enfermería, un 12% mayor (RP=1,121; IC95% [1,117; 1,12]) con respecto a los hombres.

Figura 7.1. Personas que han consultado los servicios médicos de atención primaria por sexo (%). CAV, 2013



Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca, 2013

Figura 7.2. Personas que han consultado los servicios de enfermería de atención primaria por sexo (%). CAV, 2013



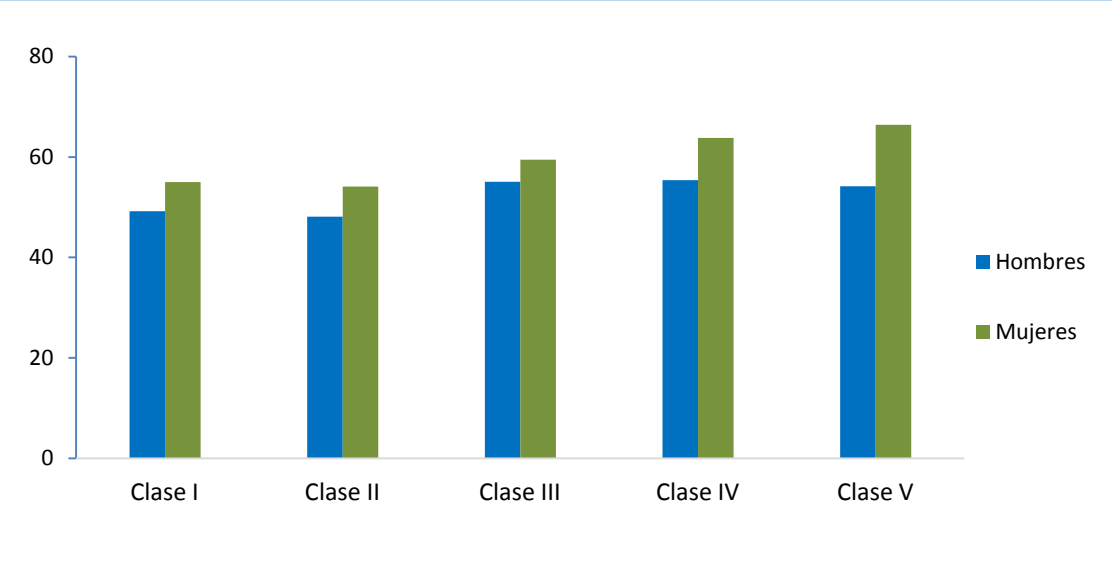
Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca, 2013

En la utilización de los servicios de atención primaria se observan diferencias según la clase social. Así, las consultas de atención primaria son más frecuentes en las personas de clase social más desfavorecida (IV y V) tanto en hombres como en mujeres (Figuras 7.3 y 7.4). La relación entre la clase social y las consultas médicas y de enfermería en este nivel asistencial es, además, gradual, en el sentido de que el porcentaje de personas que consultan se incrementa a medida que se desciende en la escala social. Entre los hombres existen menores diferencias por clase social, de hecho, en los hombres de las clases más desfavorecidas (IV y V)

no se observa un aumento en la proporción de consultas de medicina y enfermería de atención primaria.

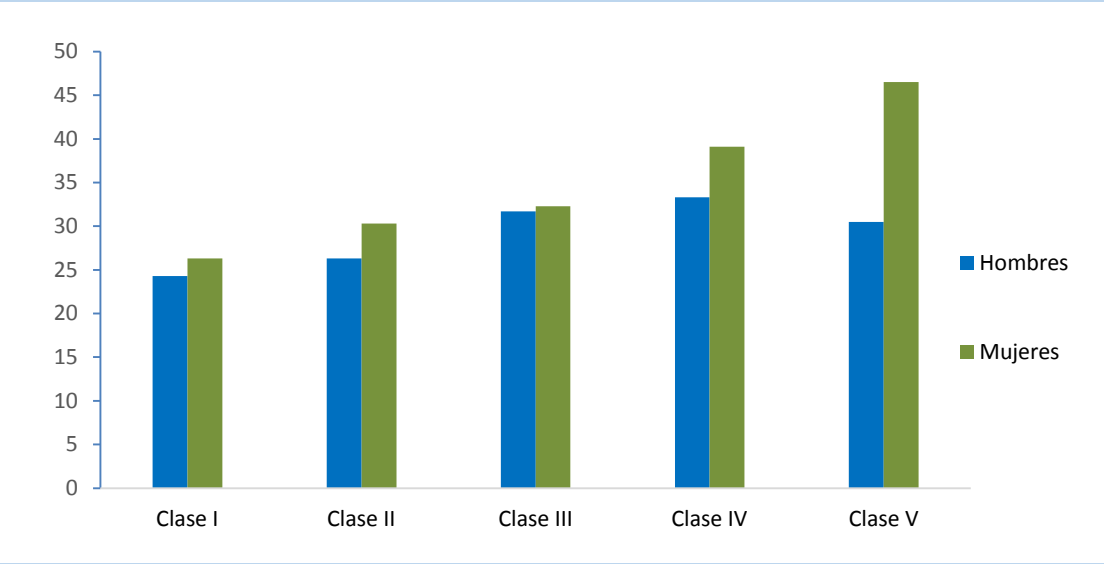
Teniendo en cuenta la edad y la necesidad de atención de salud (problemas crónicos), se observa que la probabilidad de consultar a medicina se incrementa a medida que se desciende en la escala social, tanto en hombres como en mujeres (Figura 7.5). Esta situación también se observa en las consultas de enfermería, donde las mujeres de las clases más desfavorecidas (clase V) tienen casi un 35% más de probabilidad de consultar que las de las clases más favorecidas (Figura 7.6). En el caso de los hombres pertenecientes al grupo menos favorecido (V) se observa una reducción en la proporción de consultas de enfermería.

Figura 7.3. Personas que han consultado los servicios médicos de atención primaria por clase social (%) y sexo. CAV, 2013



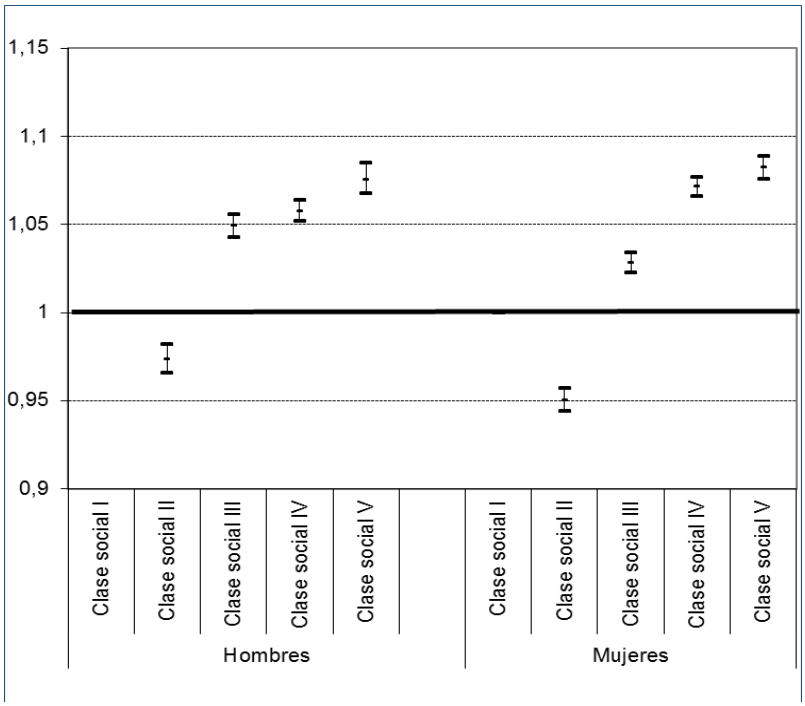
Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca, 2013

Figura 7.4. Personas que han consultado los servicios de enfermería de atención primaria (%) por clase social y sexo. CAV, 2013



Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca, 2013

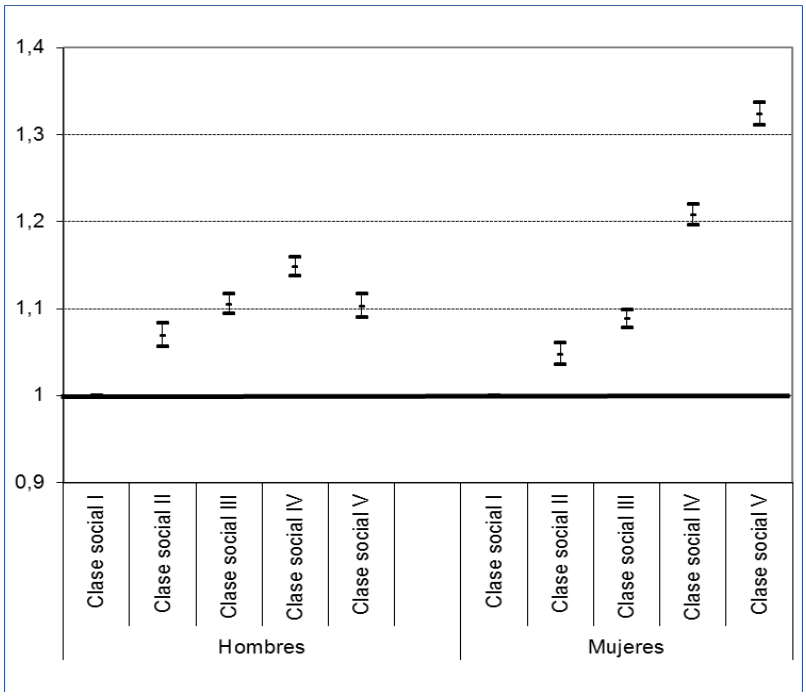
Figura 7.5. Razones de prevalencia de consulta a los servicios médicos de atención primaria por clase social, ajustado por edad y necesidad, en hombres y mujeres. CAV, 2013



Referencia: *Clase social I*

Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca, 2013

Figura 7.6. Razones de prevalencia de consulta a los servicios de enfermería de atención primaria por clase social, ajustado por edad y necesidad, en hombres y mujeres. CAV, 2013



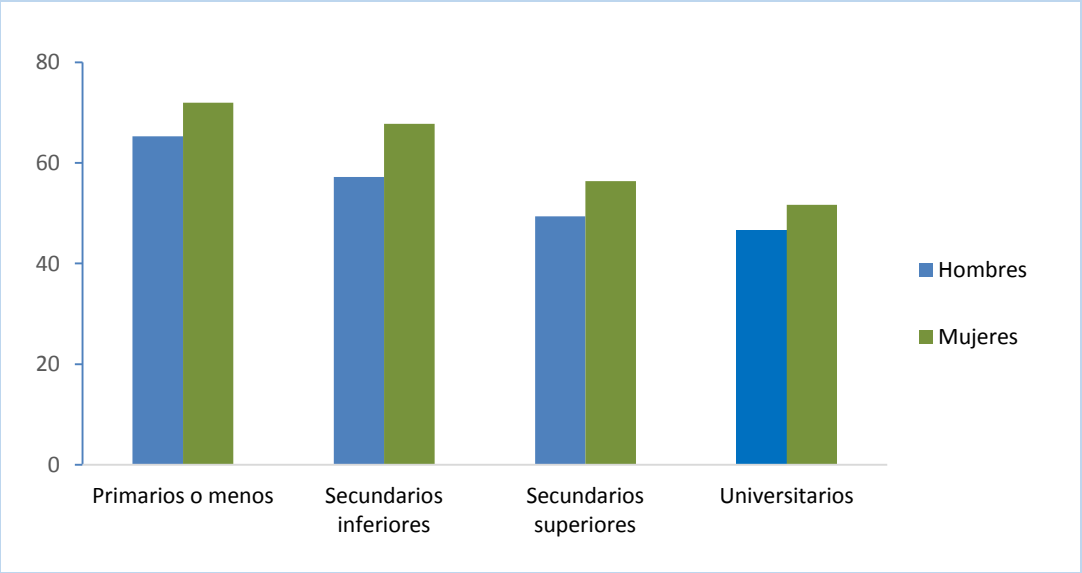
Referencia: *Clase social I*

Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca, 2013

Por otra parte, el nivel de estudios de la población de 25 y más años, también muestra una relación clara con la utilización de los servicios médicos y de enfermería de atención primaria (Figuras 7.7 y 7.8). Al igual que ocurre con la clase social, la proporción de personas, tanto hombres como mujeres, que han consultado a los servicios de atención primaria aumenta a medida que disminuye el nivel de estudios alcanzado. En el caso de los hombres, la relación entre el nivel de estudios y la utilización de los servicios de atención primaria es menos gradual.

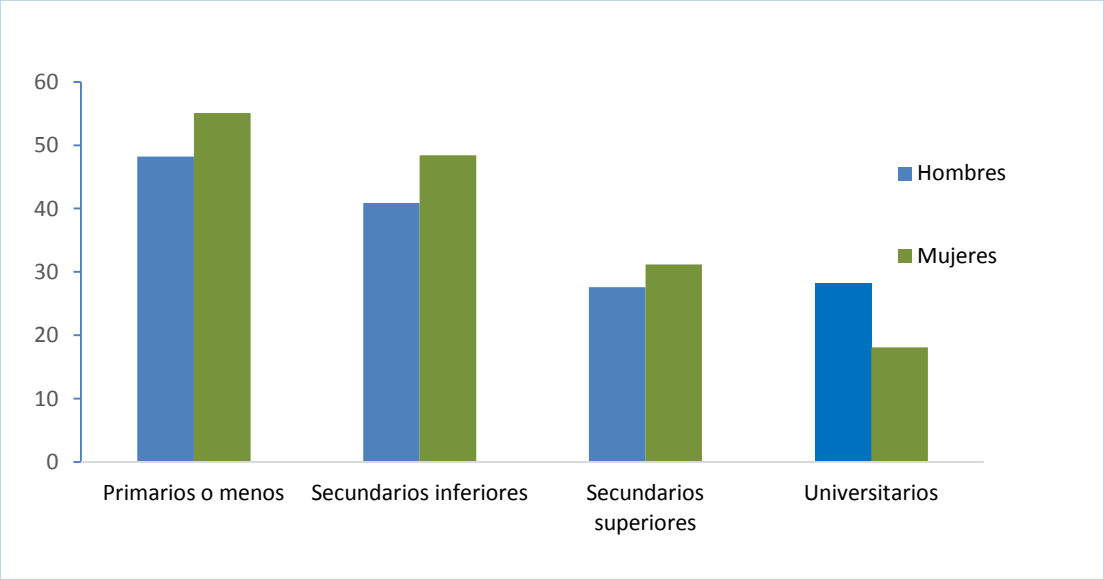
Teniendo en cuenta la edad y la necesidad de atención de salud (padecer problemas crónicos), se observa que, en los hombres, la probabilidad de consultar a medicina es gradual, es decir, se incrementa a medida que disminuye el nivel de estudios alcanzado (Figura 7.9), si bien no se observa este patrón para las consultas de enfermería. En las mujeres, la relación entre el nivel de estudios y las consultas médicas y de enfermería de atención primaria no muestra un patrón de gradiente. Las mujeres con estudios primarios o inferiores presentan una mayor probabilidad de utilizarlas respecto a la población con estudios universitarios, aunque menor que las de estudios secundarios inferiores (Figura 7.10).

Figura 7.7. Personas que han consultado los servicios médicos de atención primaria (%) por nivel de estudios y sexo. CAV, 2013



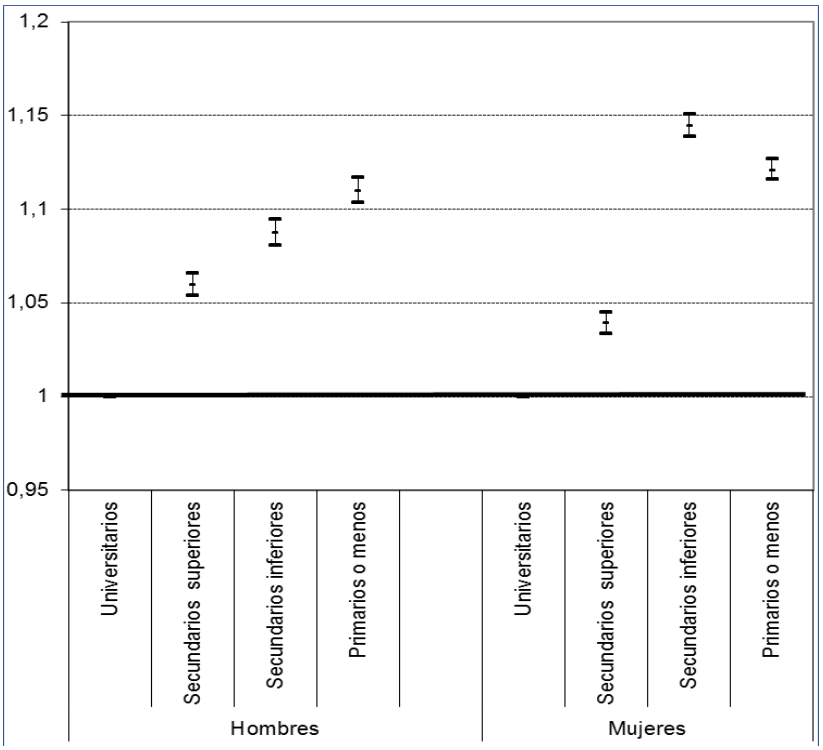
Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca, 2013

Figura 7.8. Personas que han consultado los servicios de enfermería de atención primaria (%) por nivel de estudios y sexo. CAV, 2013



Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca, 2013

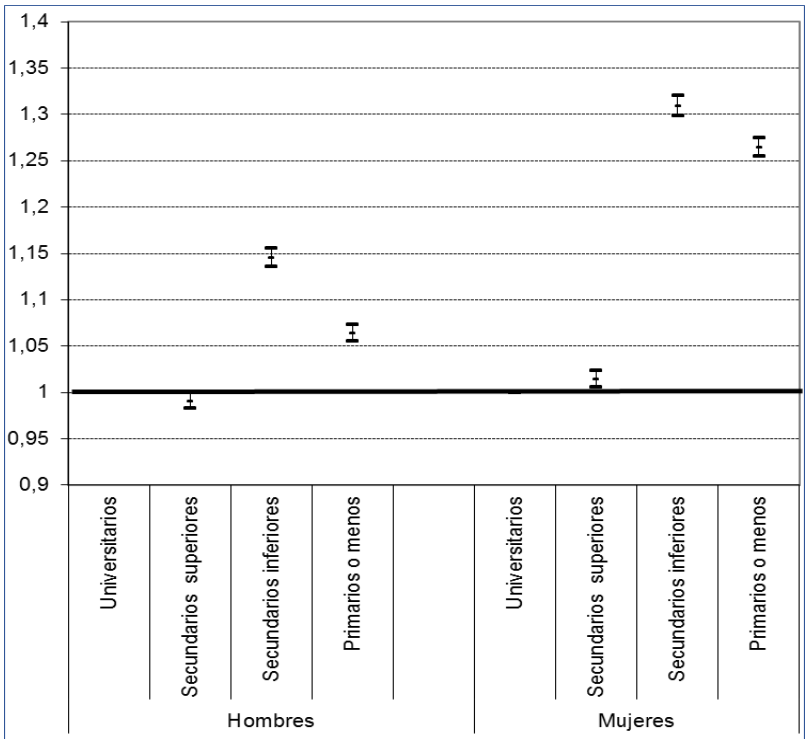
Figura 7.9. Razones de prevalencia consulta a los servicios médicos de atención primaria por nivel de estudios, ajustado por edad y necesidad, en hombres y mujeres. CAV, 2013



Referencia: *Universitarios*

Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca, 2013

Figura 7.10. Razones de prevalencia de consulta a los servicios de enfermería de atención primaria por nivel de estudios, ajustado por edad y necesidad, en hombres y mujeres. CAV, 2013



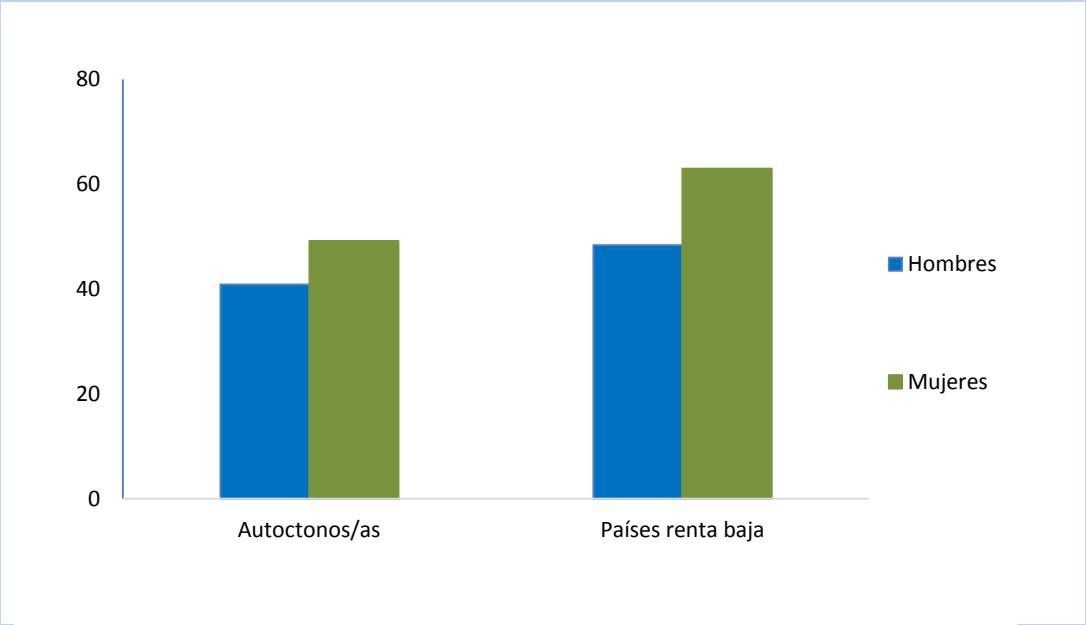
Referencia: *Universitarios*

Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca, 2013

Por último, se analiza la utilización de los servicios de atención primaria, según el lugar de nacimiento de la población entre de 25 y 50 años, autóctona o nacida en el Estado español o inmigrante procedente de países de renta baja. En este caso, se puede ver que la proporción de hombres y mujeres procedentes de países de baja renta que consultaron a medicina fue ligeramente superior que los hombres y mujeres autóctonas (7.11). Sin embargo, para las consultas de enfermería, los hombres inmigrantes de países de baja renta consultaron en menor proporción que los hombres autóctonos, si bien la situación es la contraria en el caso de las mujeres, con una mayor proporción de utilización en aquellas mujeres inmigrantes con respecto a las mujeres autóctonas (7.12).

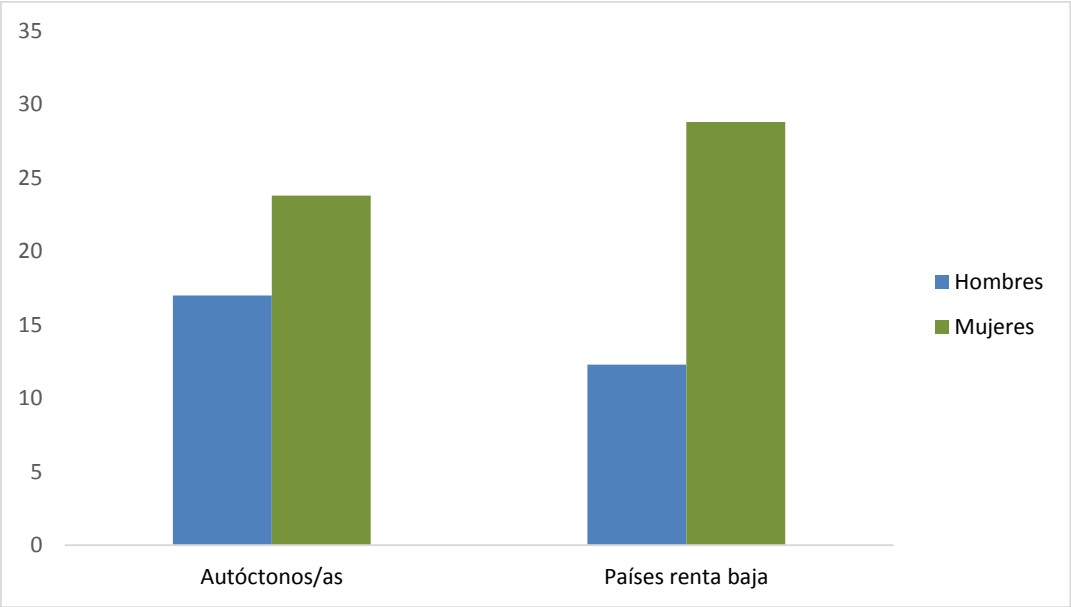
Teniendo en cuenta la edad y la necesidad de atención de salud (padecer problemas crónicos), se observa que los hombres y las mujeres inmigrantes presentan alrededor de un 25% más de probabilidad de consultar en los servicios médicos de atención primaria respecto a los hombres y mujeres autóctonas (Figura 7.13). Esta situación también se observa para las mujeres inmigrantes respecto a las autóctonas en las consultas de enfermería (Figura 7.14). Sin embargo, para los hombres inmigrantes se observa un 20% menos de probabilidad de consultar dichos servicios respecto a los hombres autóctonos.

Figura 7.11. Personas que han consultado los servicios médicos de atención primaria por lugar de nacimiento (%) y sexo. CAV, 2013



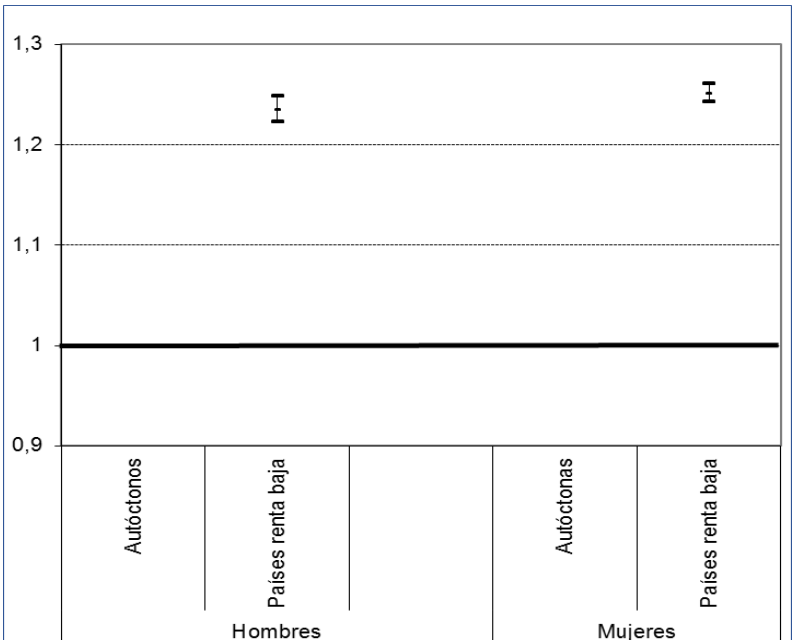
Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca, 2013

Figura 7.12. Personas que han consultado los servicios de enfermería de atención primaria (%) por lugar de nacimiento y sexo. CAV, 2013



Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca, 2013

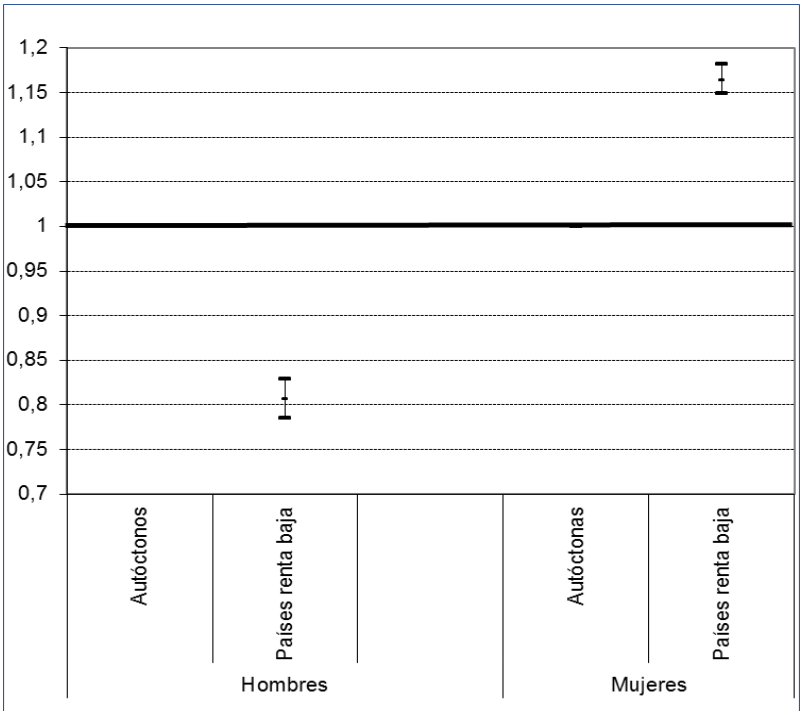
Figura 7.13. Razones de prevalencia de consulta a los servicios médicos de atención primaria por lugar de nacimiento, ajustado por edad y necesidad, en hombres y mujeres. CAV, 2013



Referencia: Personas autóctonas

Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca, 2013

Figura 7.14. Razones de prevalencia de visita al personal de enfermería de atención primaria por lugar de nacimiento, ajustado por edad y necesidad, en hombres y mujeres. CAV, 2013



Referencia: Personas autóctonas

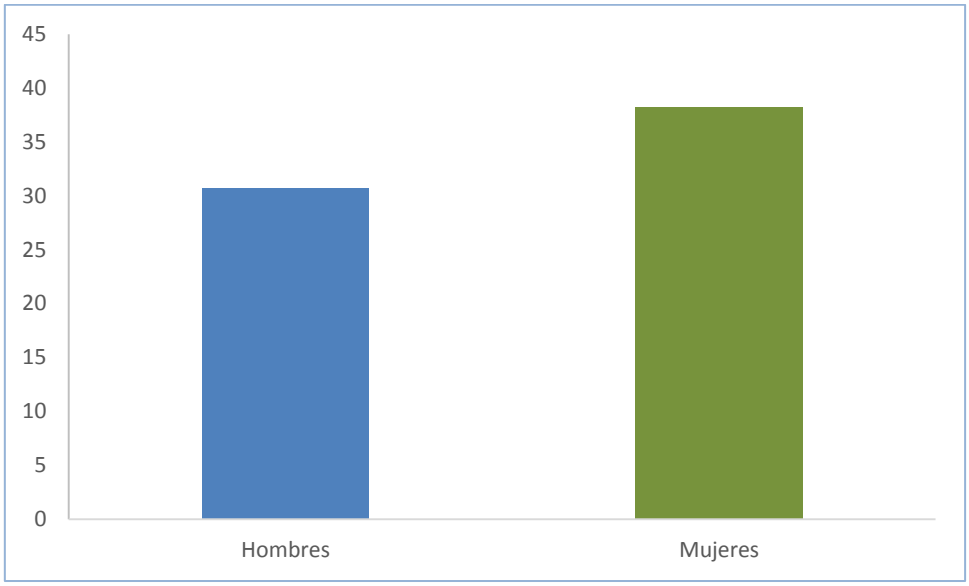
Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca, 2013

7.2. Utilización de los servicios de atención especializada

En este apartado se incluyen los datos correspondientes a la realización de consultas de medicina especializada, en los 6 meses anteriores a la realización de la encuesta, en la CAV.

Al analizar la utilización según el sexo, el 30,7% de los hombres y el 38,2% de las mujeres realizaron alguna consulta a medicina especializada (Figura 7.15). Teniendo en cuenta la edad y la necesidad de atención, la probabilidad de consultar en las mujeres es un 20% mayor que en los hombres [1,20 IC95% (1,12; 1,21)].

Figura 7.15. Personas que han consultado a medicina especializada por sexo (%). CAV, 2013

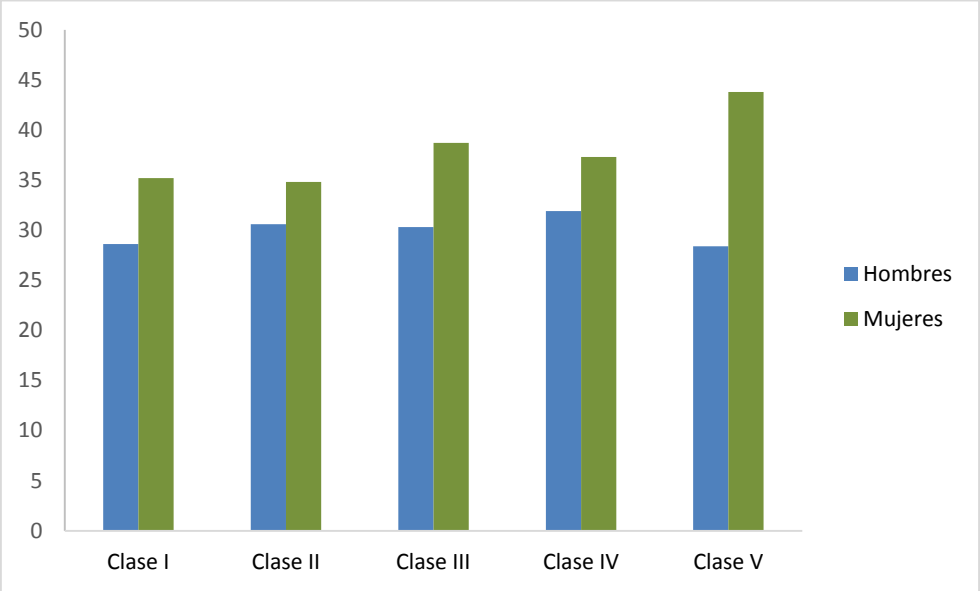


Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca, 2013

La utilización de los servicios de atención especializada está relacionada con la clase social, como muestra la figura 7.16, aunque con un patrón diferente en hombres y mujeres. En las mujeres, las consultas a medicina especializada son más frecuentes entre aquellas de clases sociales más desfavorecidas, con un patrón ascendente a medida que desciende la clase social, mientras que en hombres no hay un patrón claro marcado. En todas las clases sociales la proporción de mujeres que consultaron fue mayor que la de los hombres.

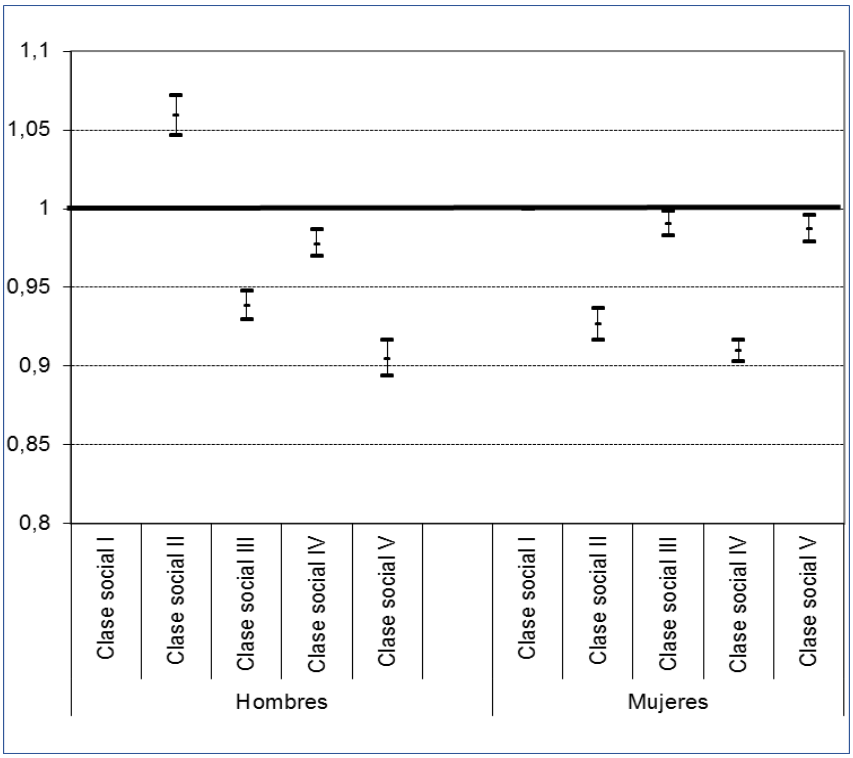
Al realizar el análisis teniendo en cuenta la edad y la necesidad de atención (padecer problemas crónicos), se observa que, tanto en hombres como en mujeres, la probabilidad de consultar es menor en las clases menos favorecidas, excepto en los hombres pertenecientes a la clase social II, que tienen un 5% más de probabilidades de utilizar estas consultas respecto a los hombres de la clase I (Figura 7.17).

Figura 7.16. Personas que han consultado a medicina especializada por clase social (%) y sexo. CAV, 2013



Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca, 2013

Figura 7.17. Razones de prevalencia de consulta a medicina especializada por clase social, ajustado por edad y necesidad, en hombres y mujeres. CAV, 2013



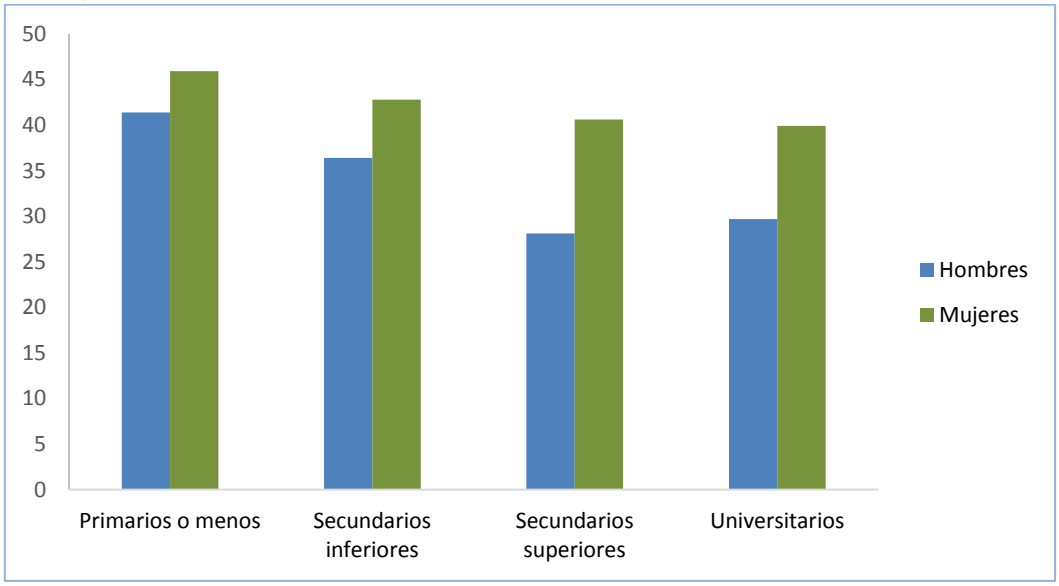
Referencia: Clase social I

Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca, 2013

Por otra parte, el nivel de estudios también muestra una relación con el uso de las consultas a medicina especializada, donde las personas con estudios primarios o inferiores consultaron con mayor frecuencia este nivel asistencial con respecto a las personas con estudios universitarios (Figura 7.18). En los hombres, las diferencias son mayores que en las mujeres. En todos los casos la proporción de mujeres que consultaron fue mayor que la de los hombres.

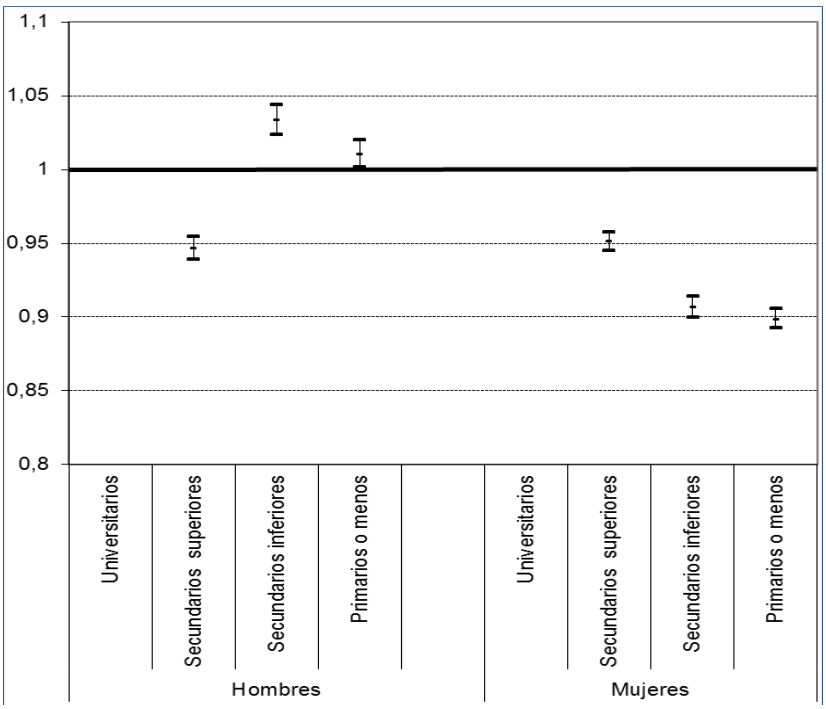
Teniendo en cuenta la edad y la necesidad de atención de salud (padecer problemas crónicos), se observa un patrón diferente en hombres y en mujeres. En las mujeres, la probabilidad aumenta de forma gradual a medida que aumenta el nivel de estudios alcanzado (Figura 7.19). Las mujeres con estudios primarios tienen un 10% menos de probabilidad de utilizar las consultas de medicina especializada respecto a las de estudios universitarios. Sin embargo, en los hombres no se aprecia una relación clara entre el nivel de estudios y la utilización de este nivel asistencial, no encontrándose diferencias en el uso de consultas a medicina especializada en el grupo de estudios primarios y de estudios universitarios.

Figura 7.18. Personas que han consultado a medicina especializada por nivel de estudios (%) y sexo. CAV, 2013



Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca, 2013

Figura 7.19. Razones de prevalencia de consulta a medicina especializada por nivel de estudios, ajustado por edad y necesidad, en hombres y mujeres. CAV, 2013



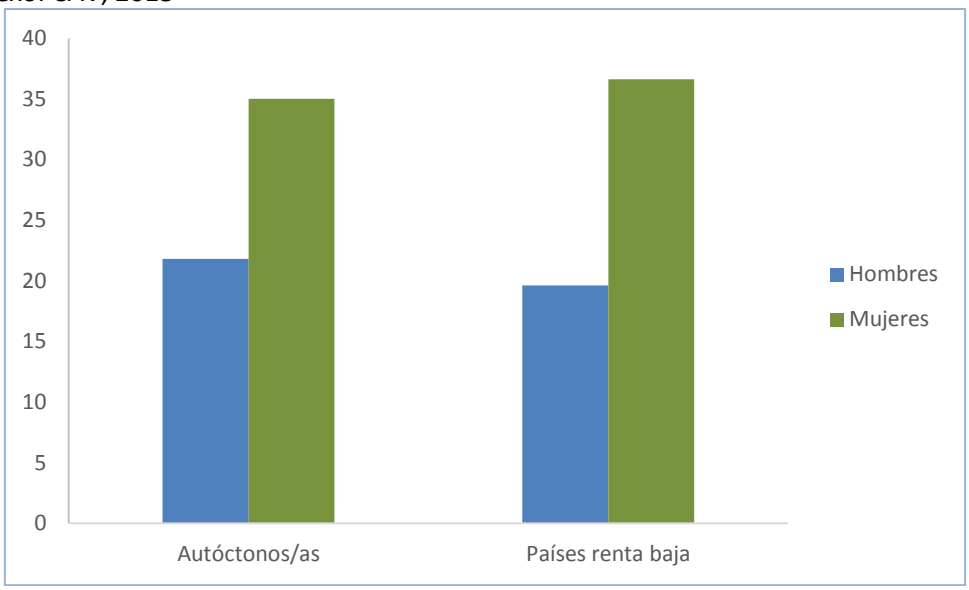
Referencia: Universitarios

Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca, 2013

Por último, se muestran los resultados acerca de la utilización de los servicios de atención especializada según el lugar de nacimiento, no encontrándose mayores diferencias entre la población autóctona y aquella procedente de países de baja renta (Figura 7.20). La proporción de consultas en las mujeres fue mayor que en los hombres en ambos casos.

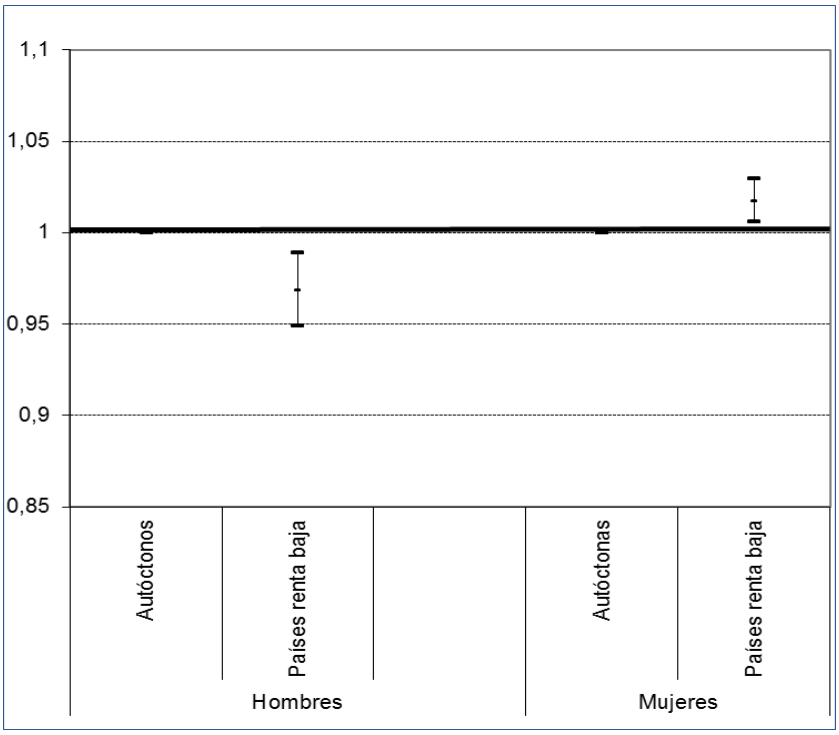
Teniendo en cuenta la edad y la necesidad de atención de salud (padecer problemas crónicos), se observan diferencias por sexo. Así, la probabilidad de acceder a medicina especializada en los hombres inmigrantes es ligeramente menor respecto a los autóctonos. Sin embargo, en las mujeres, la probabilidad de acceder a este nivel asistencial es ligeramente mayor en las mujeres inmigrantes respecto a las autóctonas (Figura 7.21).

Figura 7.20. Personas que han consultado a medicina especializada por lugar de nacimiento (%) y sexo. CAV, 2013



Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca, 2013

Figura 7.21. Razones de prevalencia de consulta a medicina especializada por lugar de nacimiento, ajustado por edad y necesidad, en hombres y mujeres. CAV, 2013



Referencia: Personas autóctonas

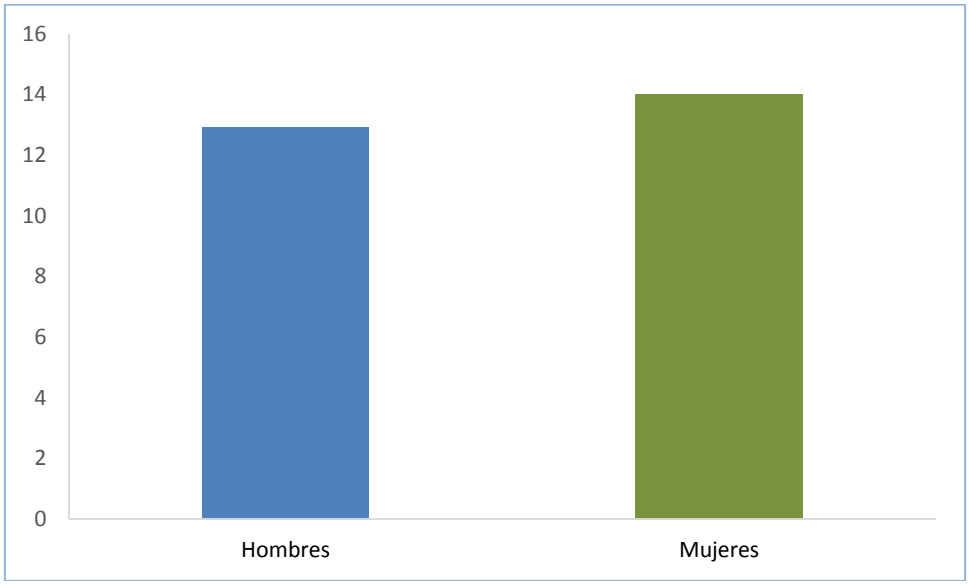
Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca, 2013

7.3. Utilización de los servicios de urgencias

En este apartado se incluyen los datos correspondientes a la realización de consultas a los servicios de urgencias, en los 6 meses anteriores a la realización de la encuesta, en la CAV.

Al analizar la utilización de este servicio por sexo se observó que el 12,9% de los hombres y el 14% de las mujeres habían solicitado atención sanitaria urgente (Figura 7.22). Tras ajustar por edad y necesidad de atención, la probabilidad de las mujeres de recibir asistencia urgente es un 6% superior que la de los hombres [RP=1,06; IC95% (1,05; 1,06)].

Figura 7.22. Personas que han recibido asistencia urgente (%) por sexo. CAV, 2013

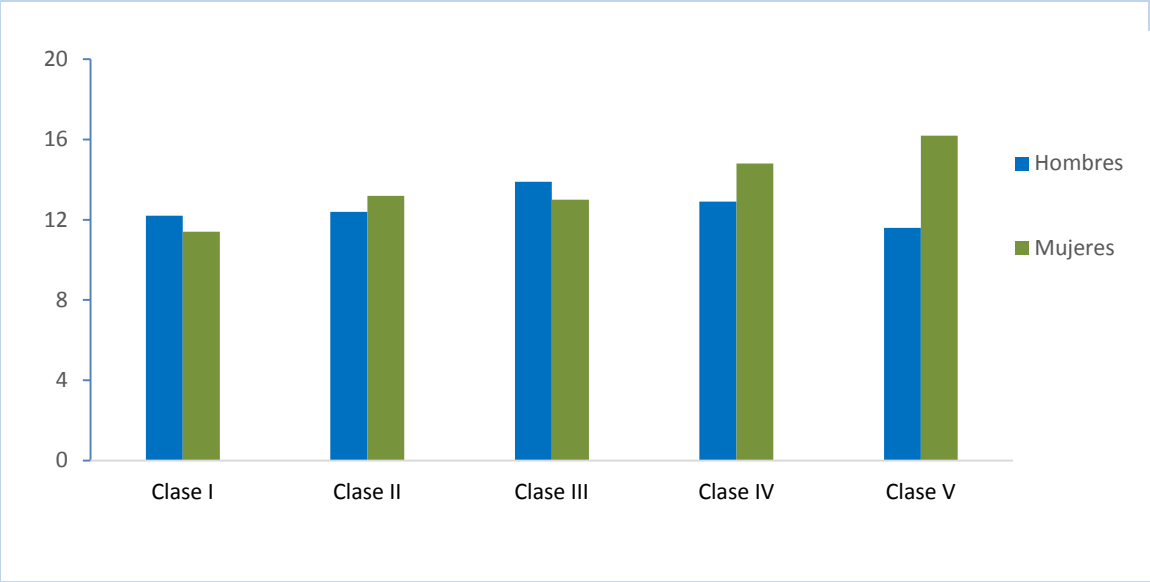


Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca, 2013

Al analizar el acceso a urgencias según la clase social observamos que existen diferencias, de forma que, entre las mujeres éste fue más frecuente en aquellas de clase social más desfavorecida (Clase V). En los hombres este patrón no es tan claro, aunque sí se observa un menor uso de este dispositivo asistencial por parte de aquellos de menor clase social respecto a los de la clase social más alta (Clase I). La proporción de consultas en las mujeres fue mayor que en los hombres en el extremo más desfavorecido de la clase social (Figura 7.23).

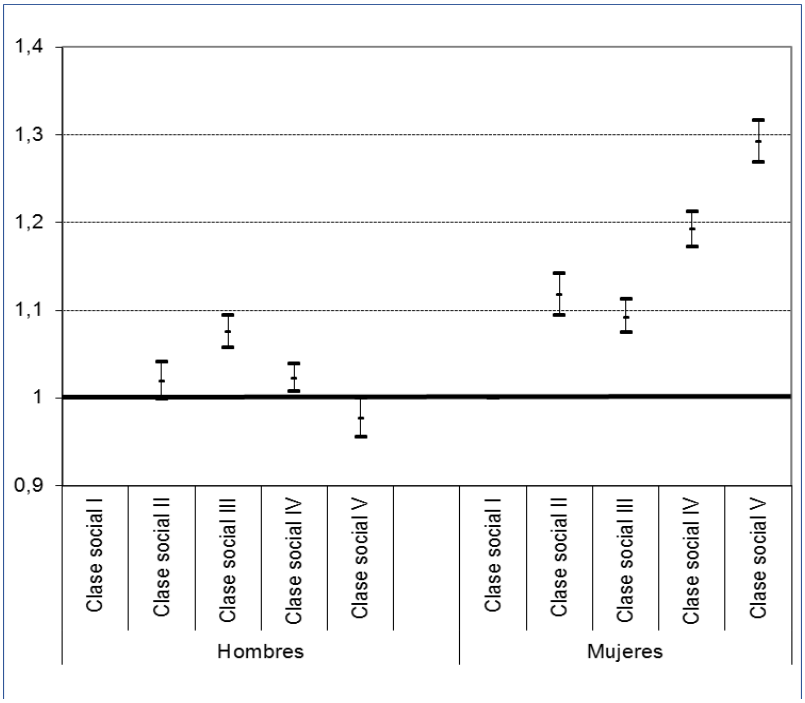
Teniendo en cuenta la edad y la necesidad, se observa que en las mujeres la probabilidad de utilizar los servicios de atención urgente aumenta a medida que desciende la clase social (Figura 7.24). Así, se observa un claro gradiente según clase social, con un 30% más de probabilidades de acceder a este dispositivo asistencial en las mujeres de clase social menos favorecida (clase V) frente a las más favorecidas (clase I). En los hombres, apenas existe relación entre la atención urgente y la clase social.

Figura 7.23. Personas que han recibido asistencia urgente por clase social (%) y sexo. CAV, 2013



Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca, 2013

Figura 7.24. Razones de prevalencia de asistencia urgente por clase social, ajustado por edad y necesidad en hombres y mujeres. CAV, 2013



Referencia: Clase social I

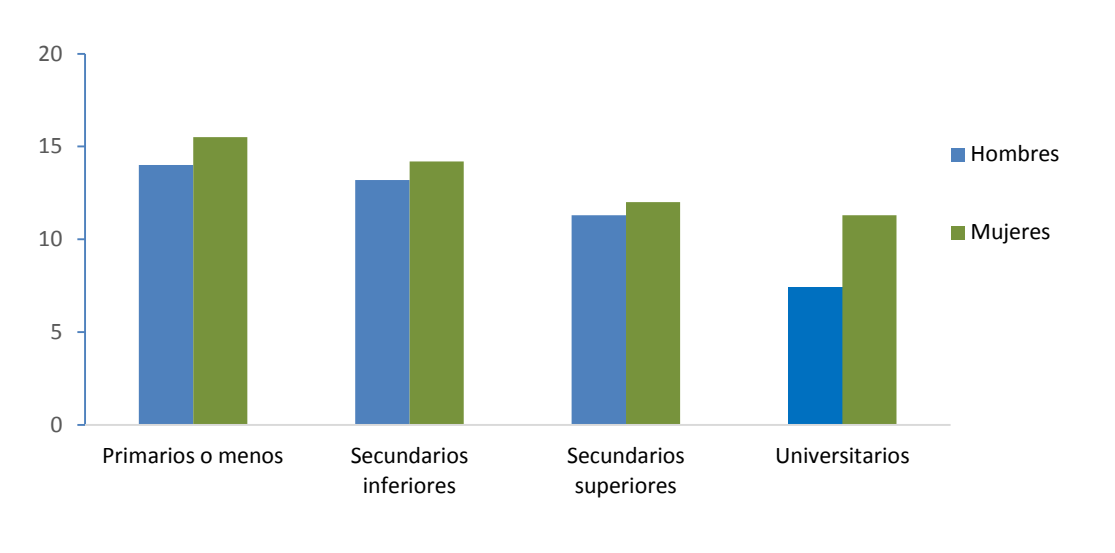
Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca, 2013

Según el nivel de estudios, existen diferencias en la distribución de personas que han utilizado los servicios de asistencia urgente. Así, a medida que aumenta el nivel de estudios, la

proporción de personas que han recibido asistencia urgente se reduce, tanto en hombres como en mujeres. En todos los casos la proporción de consultas en las mujeres fue mayor que en los hombres, aunque estas diferencias fueron mayores en las personas con estudios universitarios (Figura 7.25).

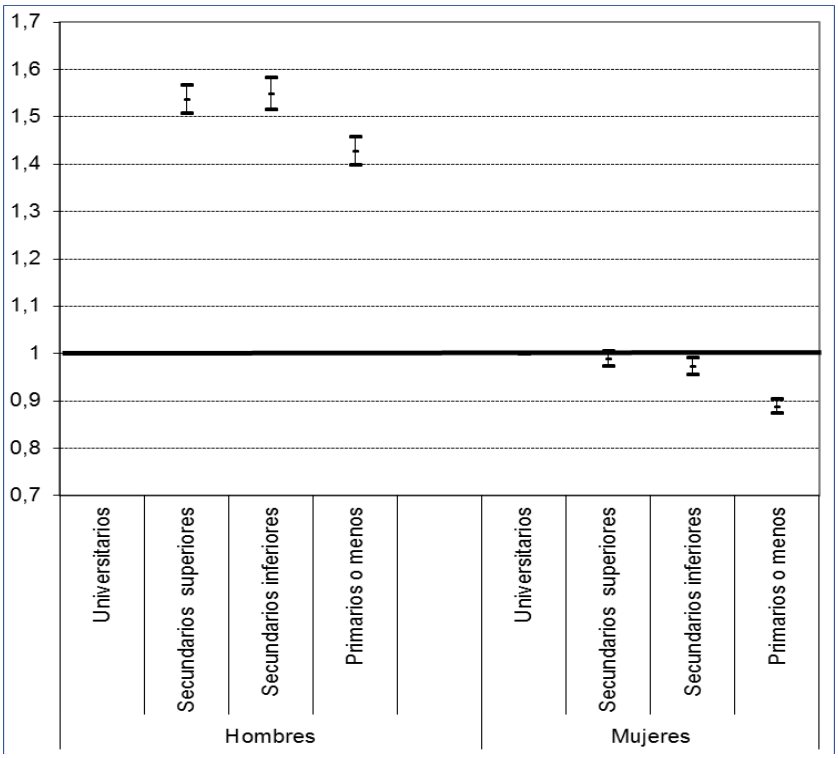
Tras haber ajustado por edad y necesidad, se observa un patrón diferente en hombres y mujeres. Entre los hombres, aquellos con estudios secundarios y primarios o inferiores, tienen mayor probabilidad de utilizar este dispositivo asistencial (54%, 55%% y 43% respectivamente) con respecto a aquellos que tienen estudios universitarios. En cambio, entre las mujeres, aquellas que tienen un nivel de estudios primarios o inferiores y secundarios inferiores, tienen, respectivamente, un 11% y un 3% menos de probabilidad de acceder a la asistencia urgente respecto a las que tienen estudios universitarios (Figura 7.26).

Figura 7.25. Personas que han recibido asistencia urgente por nivel de estudios (%) y sexo. CAV, 2013.



Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca, 2013

Figura 7.26. Razones de prevalencia de asistencia urgente por nivel de estudios, ajustado por edad y necesidad, en hombres y mujeres. CAV, 2013



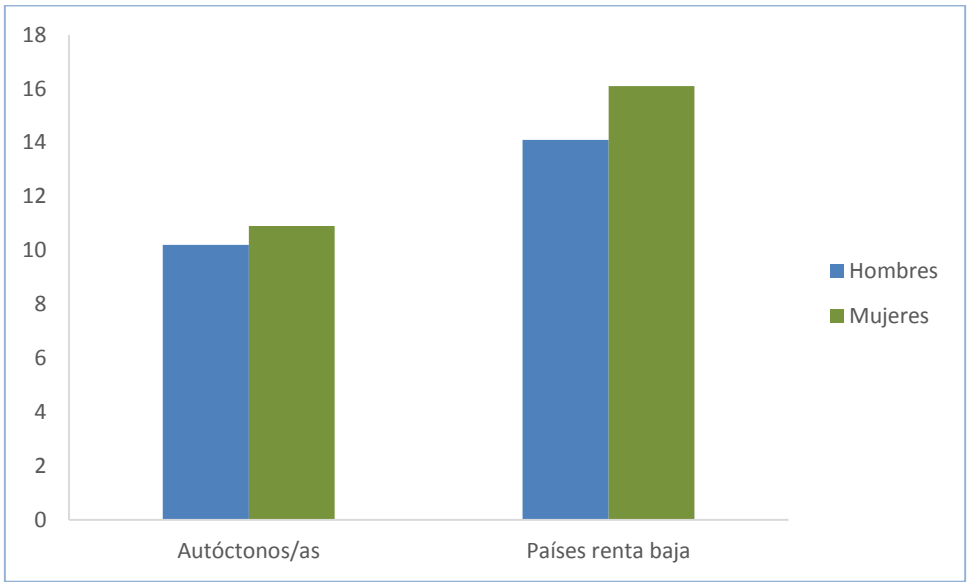
Referencia: Universitarios

Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca, 2013

Por último, se muestra la utilización de la atención urgente, según el lugar de nacimiento. La proporción de personas que habían recibido atención urgente fue más alta en los hombres y en las mujeres inmigrantes (Figura 7.27).

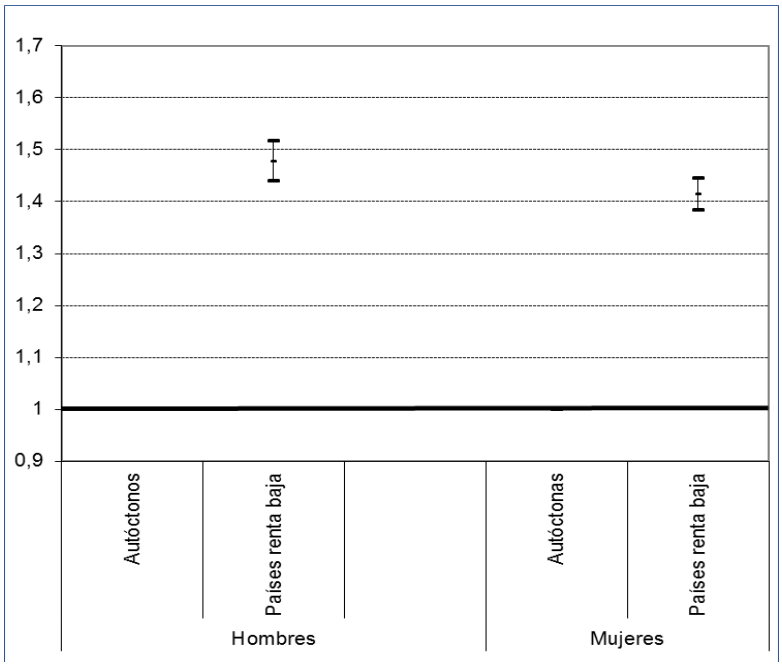
Al realizar el análisis teniendo en cuenta la edad y la necesidad, se observa que la probabilidad de recibir asistencia urgente es mayor en la población inmigrante con respecto a la población autóctona. Así las mujeres inmigrantes tienen un 42% más de probabilidades de recibir asistencia urgente respecto a las mujeres autóctonas y los hombres inmigrantes casi un 50% más respecto a los autóctonos (Figura 7.28).

Figura 7.27. Personas que han recibido asistencia urgente por lugar de nacimiento (%) y sexo. CAV, 2013



Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca, 2013

Figura 7.28. Razones de prevalencia de asistencia urgente por lugar de nacimiento, ajustado por edad y necesidad, en hombres y mujeres. CAV, 2013



Referencia: Personas autóctonas

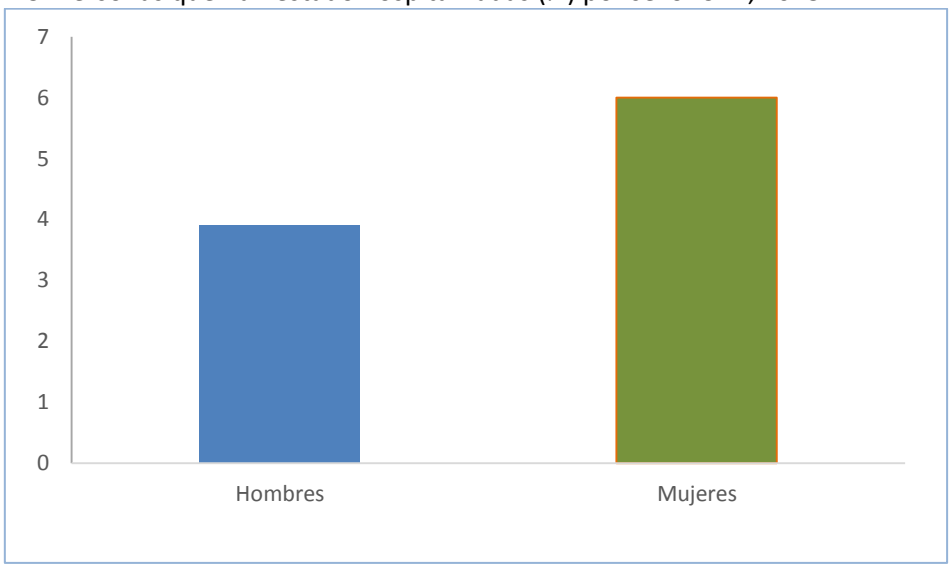
Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca, 2013

7.4. Utilización de los servicios de hospitalización

En este apartado se incluyen los datos correspondientes a la utilización de los servicios de hospitalización, en los 12 meses anteriores a la realización de la encuesta, en la CAV.

Al analizar la utilización según el sexo, se observó que el 3,9% de los hombres y el 6% de las mujeres refirieron haber sido hospitalizados/as en los 12 meses previos a la realización de la encuesta (Figura 7.29). Teniendo en cuenta la edad y necesidad de atención, la probabilidad de las mujeres de ser hospitalizadas es un 54% superior que la de los hombres [RP=1,54; IC95% (1,51; 1,57)] (datos no mostrados).

Figura 7.29. Personas que han estado hospitalizadas (%) por sexo. CAV, 2013

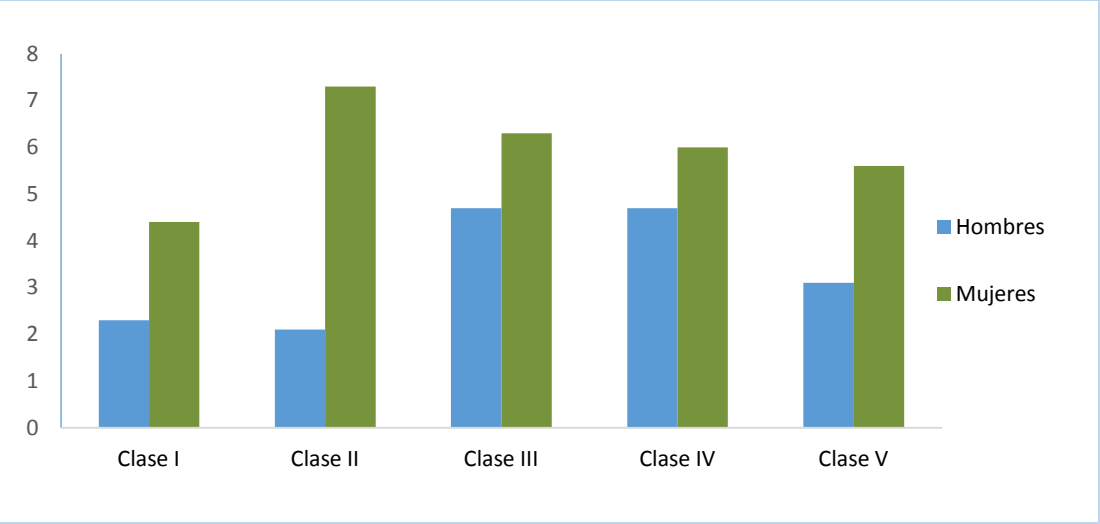


Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca, 2013

En la CAV las hospitalizaciones están relacionadas con la clase social, de forma que éstas son menos frecuentes entre las personas de clase social más aventajada (Figura 7.30). En todas las clases sociales, las hospitalizaciones son mayores en las mujeres que en los hombres.

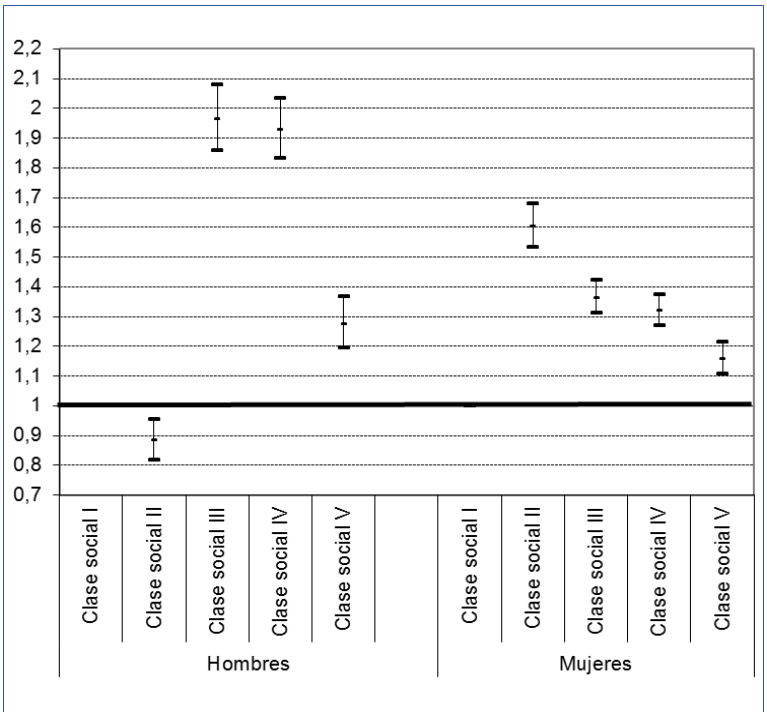
Al realizar el análisis por clase social teniendo en cuenta la edad y la necesidad de atención (padecimiento de enfermedad crónica), se observa que, en general, la probabilidad de ser hospitalizado u hospitalizada es menor en el caso de las personas de clase social más aventajada con respecto al resto de los grupos, si bien no existe un patrón de gradiente según esta variable de posición socioeconómica (Figura 7.31).

Figura 7.30. Personas que han estado hospitalizadas por clase social (%) y sexo. CAV, 2013



Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca, 2013

Figura 7.31. Razones de prevalencia de hospitalizaciones por clase social, ajustado por edad y necesidad, en hombres y mujeres. CAV, 2013



Referencia: Clase social I

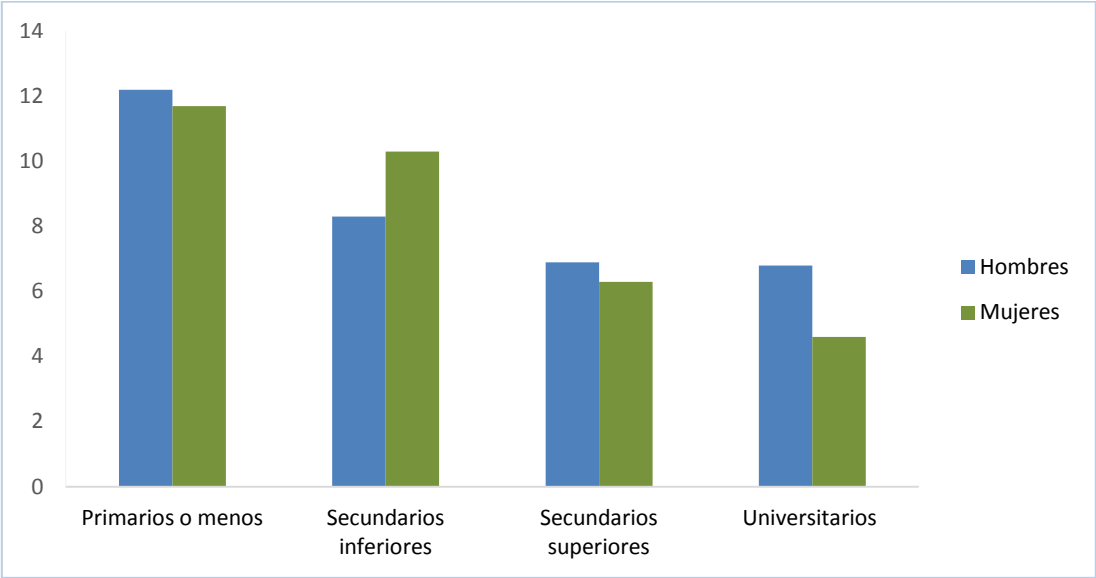
Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca, 2013

Por su parte, el análisis según el nivel de estudios muestra diferencias en la hospitalización, siendo ésta más frecuente a medida que el nivel de estudios disminuye, tanto en hombres

como en mujeres (Figura 7.32). Las diferencias por sexo son mayores entre las personas con estudios universitarios, mientras que entre las de estudios primarios y secundarios la proporción de hospitalizaciones es similar entre hombres y mujeres.

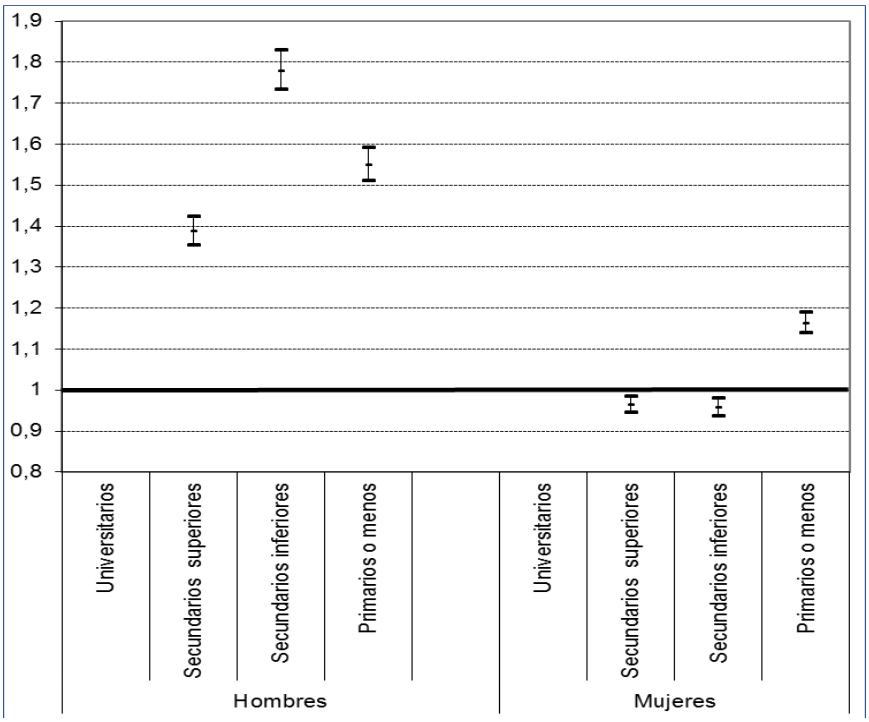
Teniendo en cuenta la edad y la necesidad de atención, se observa un patrón diferente en hombres y mujeres. En los hombres se observa un gradiente según el nivel educativo, siendo la probabilidad de ser hospitalizado un 60% mayor en los hombres con estudios primarios o menos y un 80%, en el caso de aquellos con estudios secundarios inferiores respecto a los que tienen estudios universitarios (Figura 7.33). En las mujeres, las diferencias son menores y son aquellas que tienen estudios primarios o inferiores las que tienen un 20% más probabilidad de ser hospitalizadas frente a aquellas que tienen estudios universitarios.

Figura 7.32. Personas que han estado hospitalizadas por nivel de estudios (%) y sexo. CAV, 2013



Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca, 2013

Figura 7.33. Razones de prevalencia de hospitalizaciones por nivel de estudios, ajustado por edad y necesidad, en hombres y mujeres. CAV, 2013



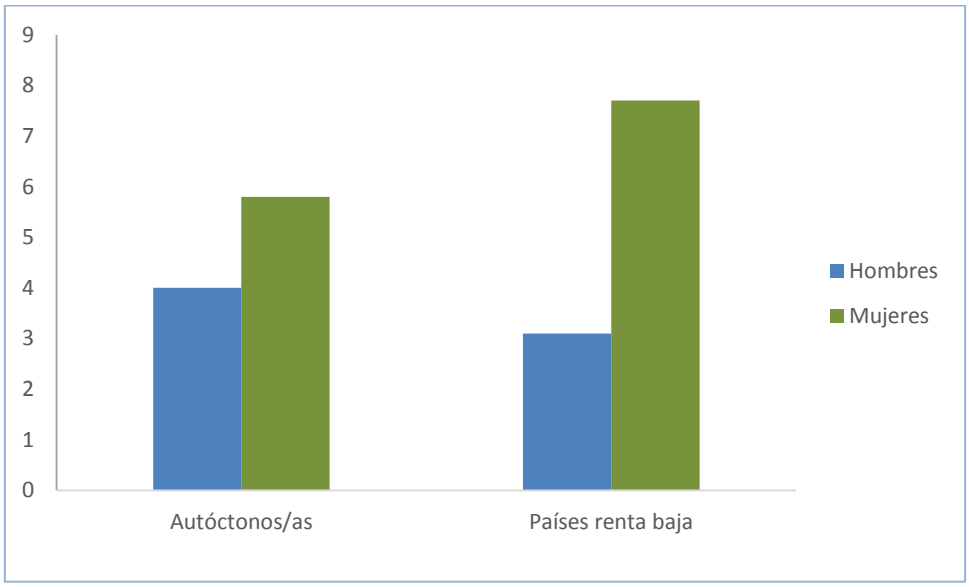
Referencia: Universitarios

Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca, 2013

Por último, se muestran los resultados para las hospitalizaciones, según el lugar de nacimiento. La proporción de personas que habían sido hospitalizadas fue más baja en los hombres inmigrantes con respecto a los autóctonos y superior en el caso de las mujeres inmigrantes con respecto a las autóctonas (Figura 7.34). En todos los casos, la proporción de hospitalizaciones en las mujeres fue mayor que en los hombres, especialmente en el caso de las personas inmigrantes.

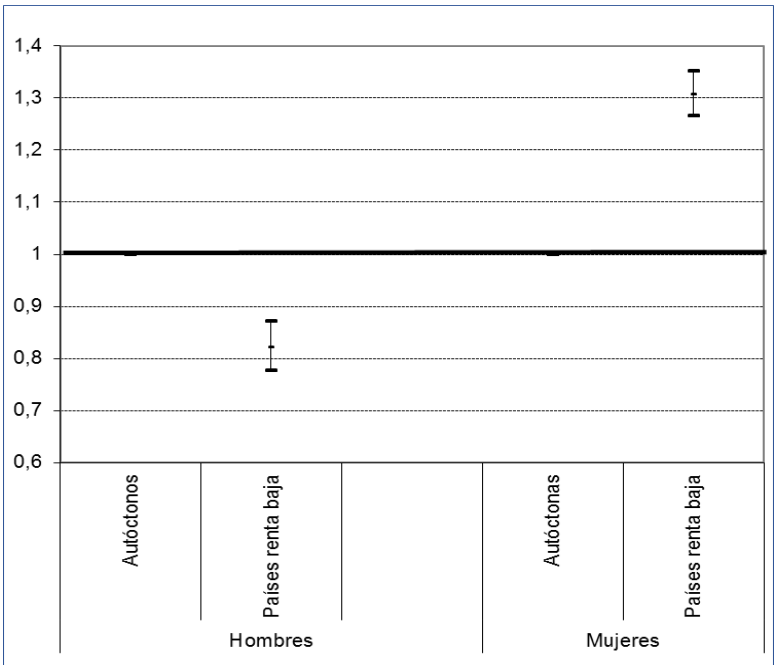
Teniendo en cuenta la edad y la necesidad de atención, se observan diferencias en hombres y mujeres. En los hombres inmigrantes, la probabilidad de hospitalización es un 20% menor respecto a los autóctonos. Sin embargo, en las mujeres inmigrantes, la probabilidad de hospitalización es un 30% mayor respecto a las autóctonas (Figura 7.35).

Figura 7.34. Personas que han estado hospitalizadas por lugar de nacimiento (%) y sexo. CAV, 2013.



Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca, 2013

Figura 7.35. Razones de prevalencia de hospitalizaciones por lugar de nacimiento, ajustado por edad y necesidad, en hombres y mujeres. CAV, 2013



Referencia: Personas autóctonas

Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca, 2013

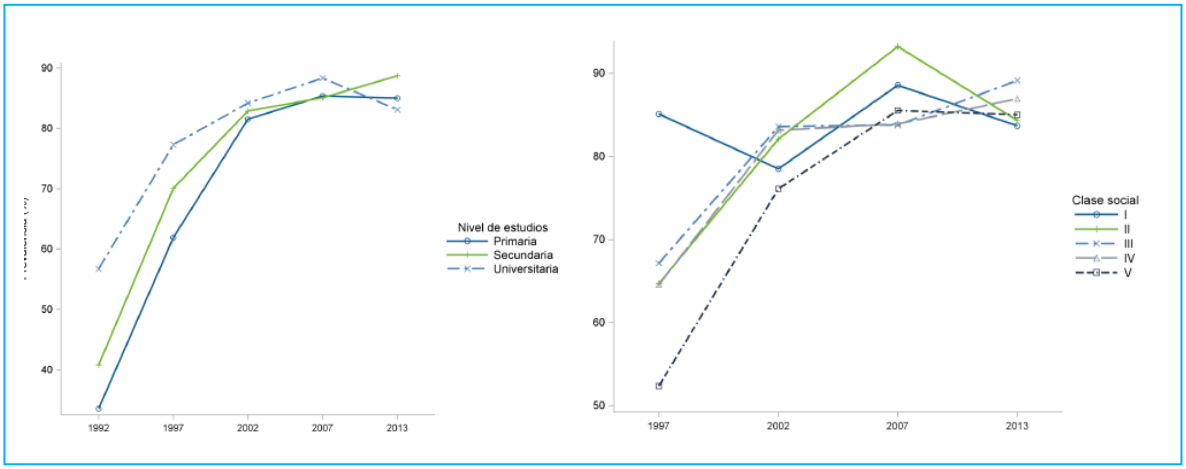
7.5. Utilización de los servicios preventivos: cribado de cáncer de colon, mama y cuello de útero

El diagnóstico precoz parece reducir la mortalidad del cáncer en algunas localizaciones, como es el caso del cáncer de colon (Kuipers et al. 2013), mama (Lauby-Secretan et al. 2015) y cérvix (Moyer 2012). Por ello, desde mediados de la década de los años 90 del siglo XX se han venido desarrollando programas de cribado de cáncer de mama de tipo poblacional, y de cuello uterino de tipo oportunista aprovechando las consultas por otros motivos de salud; y más recientemente se ha desarrollado el programa de cribado de cáncer de colon.

En primer lugar, respecto al programa de cribado de cáncer de mama en la CAV, la participación ha ido aumentando con los años, pasando de ser un 36% en 1992 al 86% en 2013. Además, al inicio del programa se producían importantes desigualdades por nivel de estudios, siendo en 1992 y 1997 claramente mayor la proporción de las mujeres que se habían hecho una mamografía entre aquéllas con estudios universitarios. Así, en 1997, la prevalencia del cribado en las mujeres con menor nivel de estudios era un 30% (IC 95%: 6 -48) menor que en aquellas con el mayor nivel de estudios. Posteriormente, la prevalencia del cribado aumentó entre las mujeres sin estudios universitarios, produciéndose una disminución progresiva de las desigualdades hasta casi desaparecer en el año 2013.

Asimismo, la evolución de la participación en el cribado de cáncer de mama según clase social en la CAV ha seguido el mismo patrón. Así, las desigualdades que en el año 1997 eran muy importantes, siendo la prevalencia del cribado un 31% (IC 95%: 11 -47) menor entre las mujeres de clase social más desfavorecida frente a las de clase social más alta, fueron disminuyendo hasta casi desaparecer en 2013 (Figura 7.36).

Figura 7.36. Evolución de la participación en el cribado de cáncer de mama (%) según el nivel educativo (izquierda) y la clase social (derecha). CAV, 1992-2013

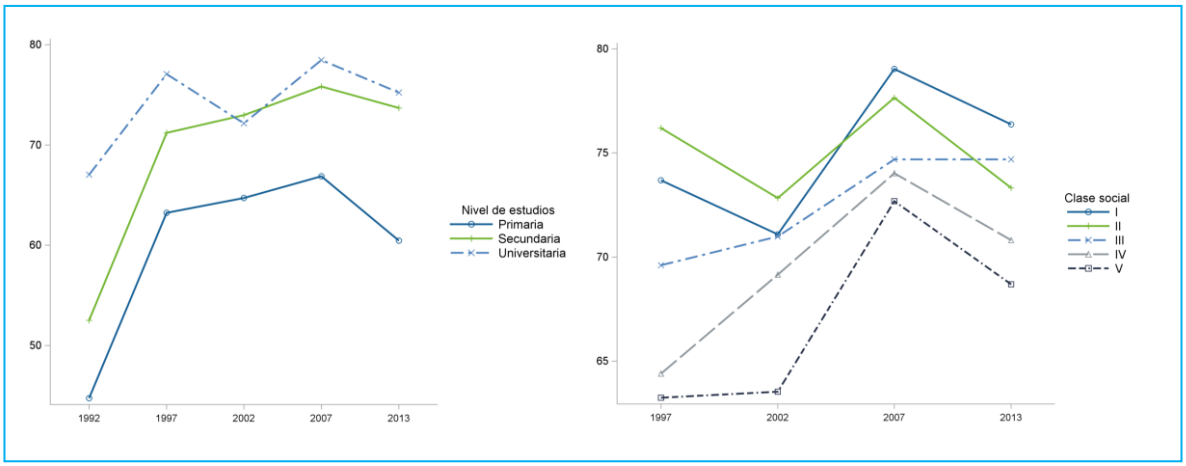


Fuente: Esnaola et al., 2015

En segundo lugar, respecto al cáncer de cuello de útero, la evolución de la proporción de mujeres que se habían hecho una citología ha sido ascendente también, pasando del 49% en 1992 al 73% en 2013 (Figura 7.37). A pesar de este incremento, la participación en el cribado

de cérvix seguía mostrando desigualdades sociales en 2013. Así, la frecuencia de cribado en 1992 era un 29% (IC 95%: 8 -42) menor entre las mujeres con nivel de estudios más bajo frente a aquellas con el máximo nivel de estudios y, aunque en años posteriores las diferencias son algo menores, aún en 2013 las desigualdades relativas entre ambos grupos fueron del 17% (IC 95%: 7 -26). Asimismo, el gradiente social en el cribado de cérvix se observa también por clase social y aun en el año 2013, aunque ha ido disminuyendo con el paso de los años. Si bien en 1997 la prevalencia de haberse realizado una citología era un 21% (IC 95%: 9 -31) menor entre las mujeres de clase social más desfavorecida frente a las de clase más favorecida, los datos de 2013 muestran que aún existe una diferencia del 8% (IC 95%: -1 - 17) entre ambos grupos.

Figura 7.37. Evolución de la participación en el cribado de cáncer de cuello de útero (%) según el nivel educativo (izquierda) y la clase social (derecha). CAV, 1997-2007



Fuente: Esnaola et al., 2015

Además, es destacable la desigualdad existente en la prevalencia del cribado según el aseguramiento sanitario. Así, las mujeres con seguro privado se realizaron las pruebas de cribado con más frecuencia que aquellas con aseguramiento público único, un 7% (IC 95%: 0 - 13) más en el caso de mamografías y un 12% (IC 95%: 8 - 16) más en el de citologías (Esnaola et al., 2015).

Por último, respecto al cribado de cáncer de colon, la tasa de participación en el programa fue del 67,1% entre las mujeres y del 61,4% entre los hombres entre los años 2009 y 2011 en la CAV. Los datos muestran la existencia de desigualdades sociales según el estatus socioeconómico, ya que, por ejemplo, entre las mujeres, el mayor porcentaje de participación en el cribado lo encontramos entre las de tercer quintil (71,5%) y el menor porcentaje entre las más favorecidas (65,7%) y entre las más desfavorecidas (66,1%). En los hombres, la participación también fue significativamente menor entre los más desfavorecidos (60,2%) y entre los más favorecidos (61,9%) en comparación con los hombres del resto de quintiles. Por tanto, en ambos sexos las personas con menor participación en el programa de cribado han sido aquellas más y menos favorecidas socioeconómicamente. Ello puede tener que ver con el

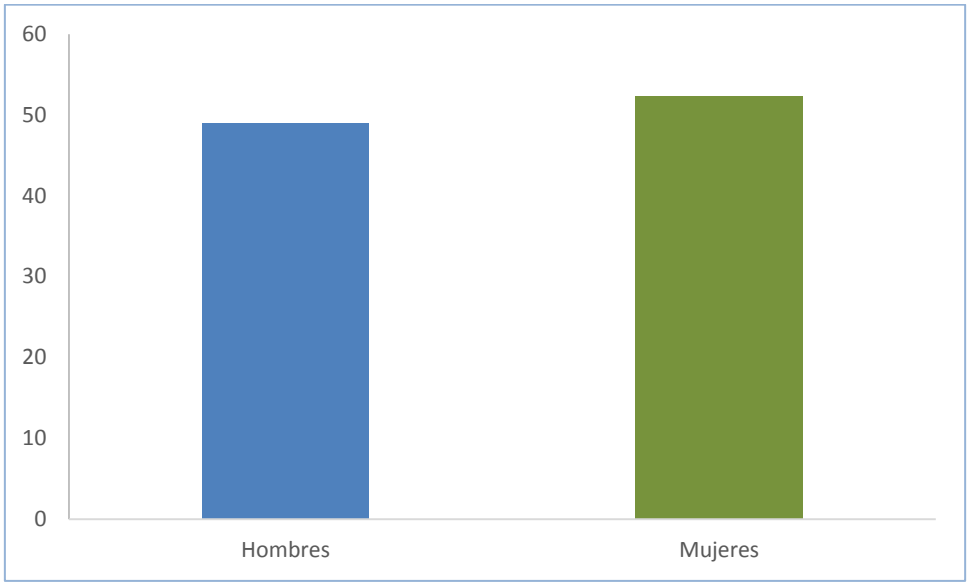
mayor acceso a la asistencia privada de las personas de clase social más alta y su menor participación en los programas de cáncer del sistema público (Hurtado et al., 2015).

7.6. Utilización de los servicios de dentista

En este apartado se incluyen los datos correspondientes a la utilización de los servicios de dentista públicos y privados, en los 12 meses anteriores a la realización de la encuesta, en la CAV.

Al analizar la utilización de este servicio por sexo, se observó que el 49% de los hombres y el 52,4% de las mujeres habían realizado alguna consulta al servicio de dentista (Figura 7.38). Teniendo en cuenta la edad y la necesidad de atención (padecimiento de enfermedad crónica), la probabilidad de consultar en las mujeres es un 8% superior que en los hombres.

Figura 7.38. Personas que han consultado al servicio de dentista (%) por sexo. CAV, 2013

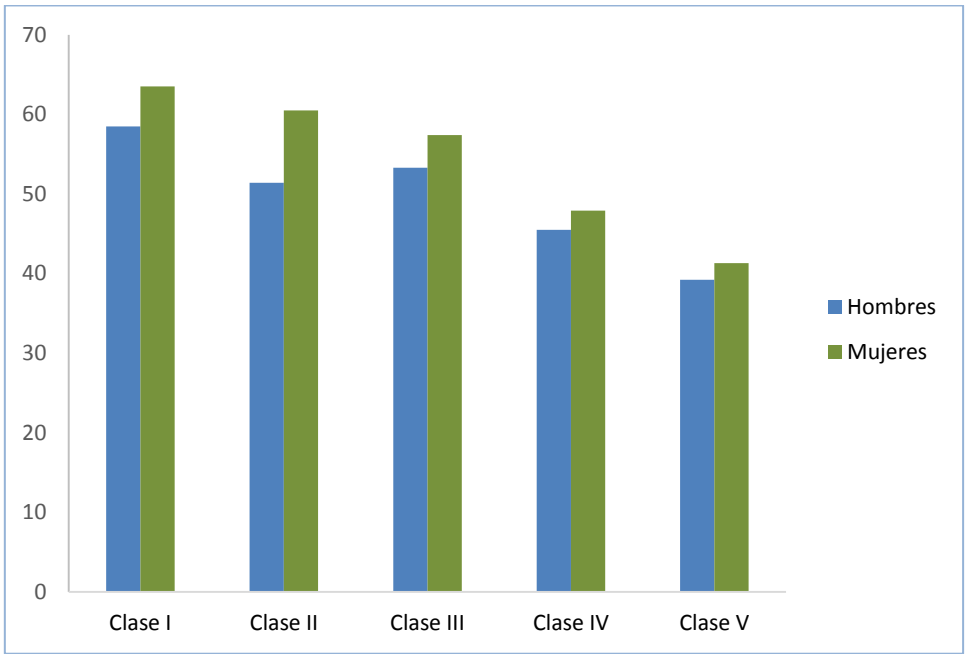


Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca, 2013

Según la clase social, se observa un claro gradiente social ascendente. Así, son más frecuentes las consultas entre las personas con una posición socioeconómica más favorecida, tanto en hombres como en mujeres (Figura 7.39). En general, en todos los grupos sociales, las mujeres acceden en mayor proporción a este tipo de consultas.

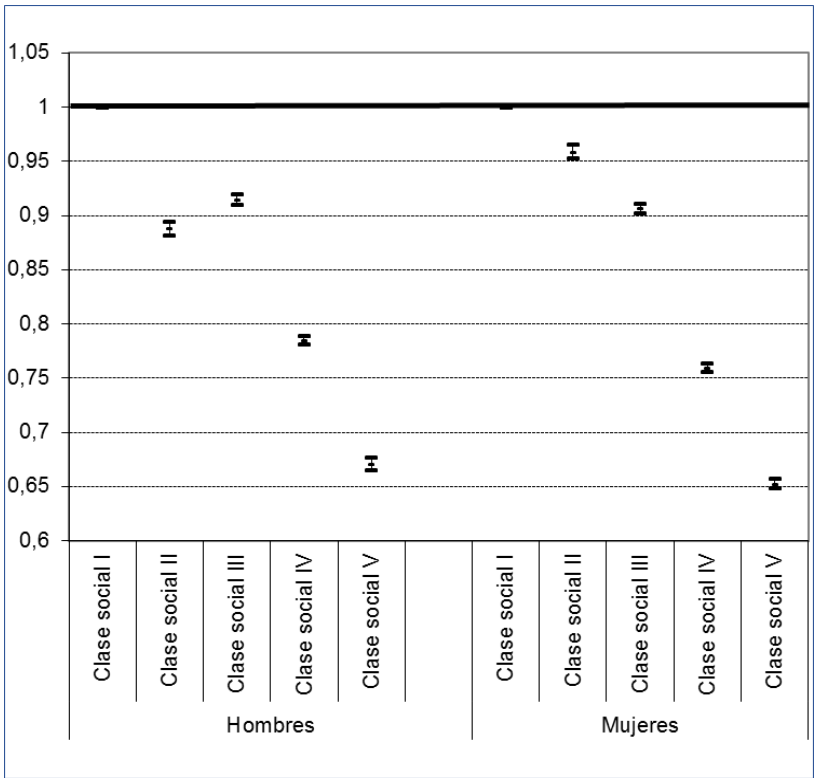
Teniendo en cuenta la edad y la necesidad de atención de salud, se observa que la probabilidad de consultar al servicio de dentista disminuye a medida que desciende la escala social, tanto en hombres como en mujeres (Figura 7.40). Las personas pertenecientes a la clase social más desfavorecida (clase V) tienen alrededor de un 35% menos de probabilidad de acudir al servicio de dentista que aquellas más favorecidas.

Figura 7.39. Personas que han consultado al servicio de dentista por clase social (%) y sexo. CAV, 2013



Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca, 2013

Figura 7.40. Razones de prevalencia de consulta al servicio de dentista por clase social, ajustado por edad y necesidad, en hombres y mujeres. CAV, 2013



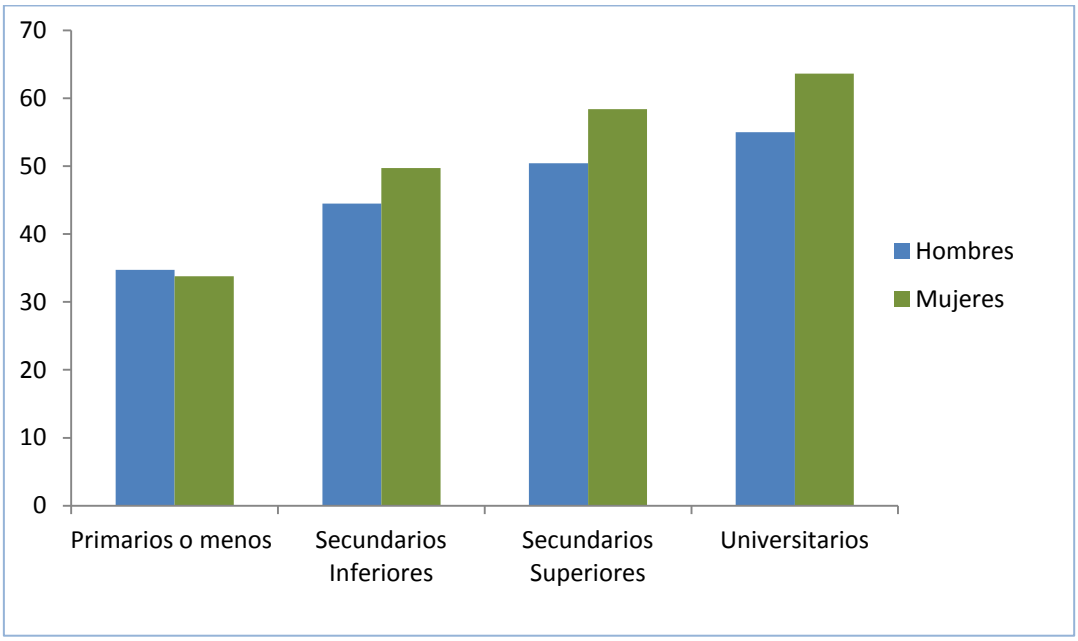
Referencia: Clase social I

Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca, 2013

Por otra parte, el nivel de estudios también muestra una relación clara con la utilización del servicio de dentista en los 6 meses anteriores a la encuesta (Figura 7.41). Al igual que ocurre con la clase social, la proporción de hombres y mujeres que habían consultado al servicio de dentista es mayor en las personas que tienen un mayor nivel de estudios, tanto en hombres como en mujeres. En todos los casos la proporción de mujeres que consultaron fue mayor que la de los hombres, excepto en el caso de las personas con estudios primarios.

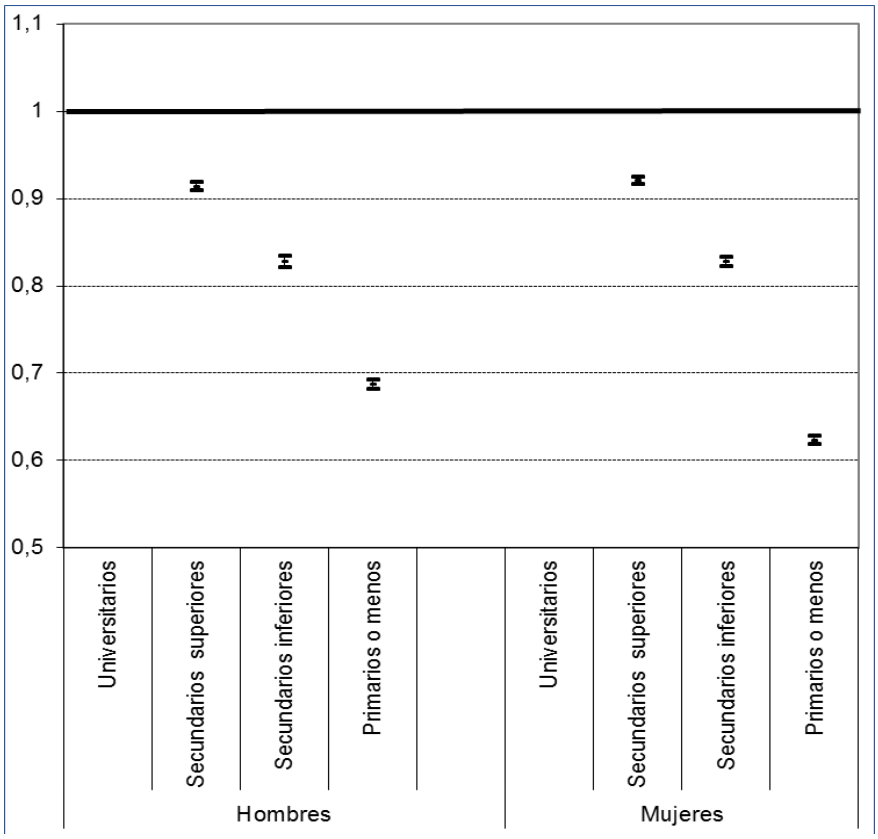
Teniendo en cuenta la edad y la necesidad de atención, la probabilidad de consultar disminuye de forma gradual a medida que disminuye el nivel de estudios alcanzado (Figura 7.42), siendo un 30% menos probable la utilización del servicio de dentista en los hombres con estudios primarios o menos que entre los que tienen estudios universitarios. En el caso de las mujeres, las diferencias en la probabilidad de uso del dentista alcanzan el 40%.

Figura 7.41. Personas que han consultado al servicio de dentista por nivel de estudios (%) y sexo. CAV, 2013



Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca, 2013

Figura 7.42. Razones de prevalencia de consulta al servicio de dentista por nivel de estudios, ajustado por edad y necesidad, en hombres y mujeres. CAV, 2013



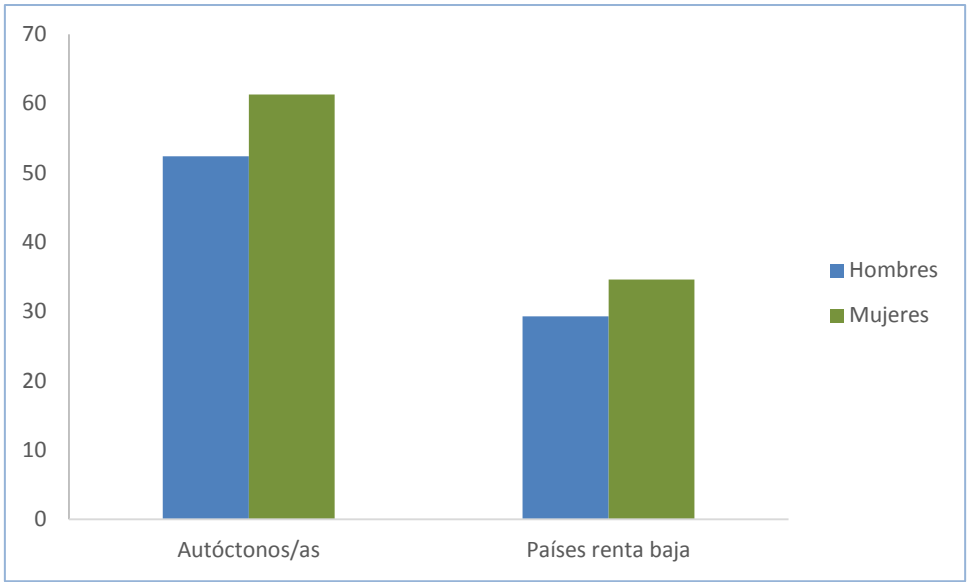
Referencia: Universitarios

Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca, 2013

En cuanto a la utilización del dentista según el lugar de nacimiento, la proporción de consultas fue casi el doble entre las personas autóctonas que en las procedentes de países de renta baja (Figura 7.43). La proporción de consultas en las mujeres fue mayor que en los hombres.

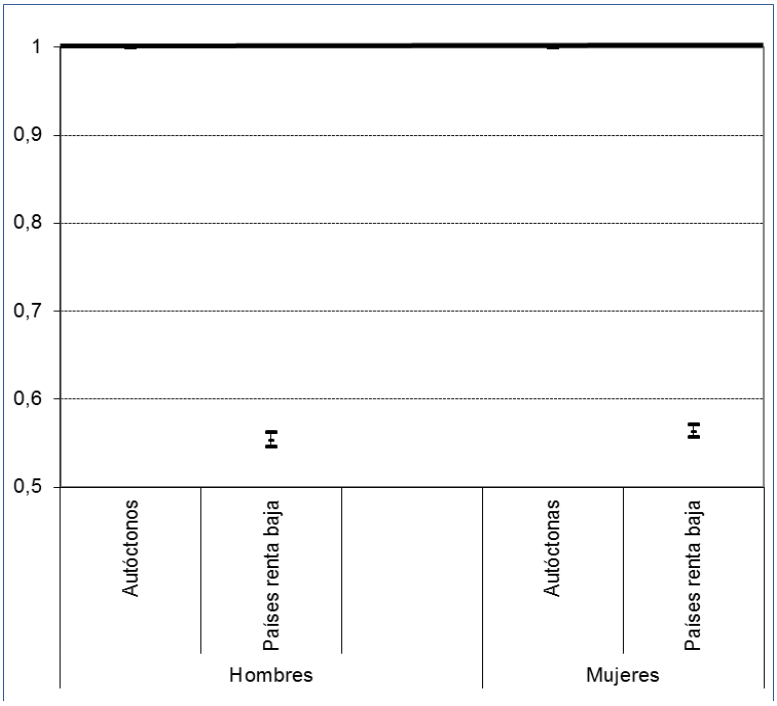
Teniendo en cuenta la edad y la necesidad de atención, se observa que las personas procedentes de países renta baja tienen alrededor de un 45% menos de probabilidad de consultar al servicio de dentista respecto a las autóctonas, tanto en hombres como en mujeres (Figura 7.44).

Figura 7.43. Personas que han consultado al servicio de dentista por lugar de nacimiento (%) y sexo. CAV, 2013



Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca, 2013

Figura 7.44. Razones de prevalencia de consulta al servicio de dentista por lugar de nacimiento, ajustado por edad y necesidad, en hombres y mujeres. CAV, 2013



Referencia: Personas autóctonas

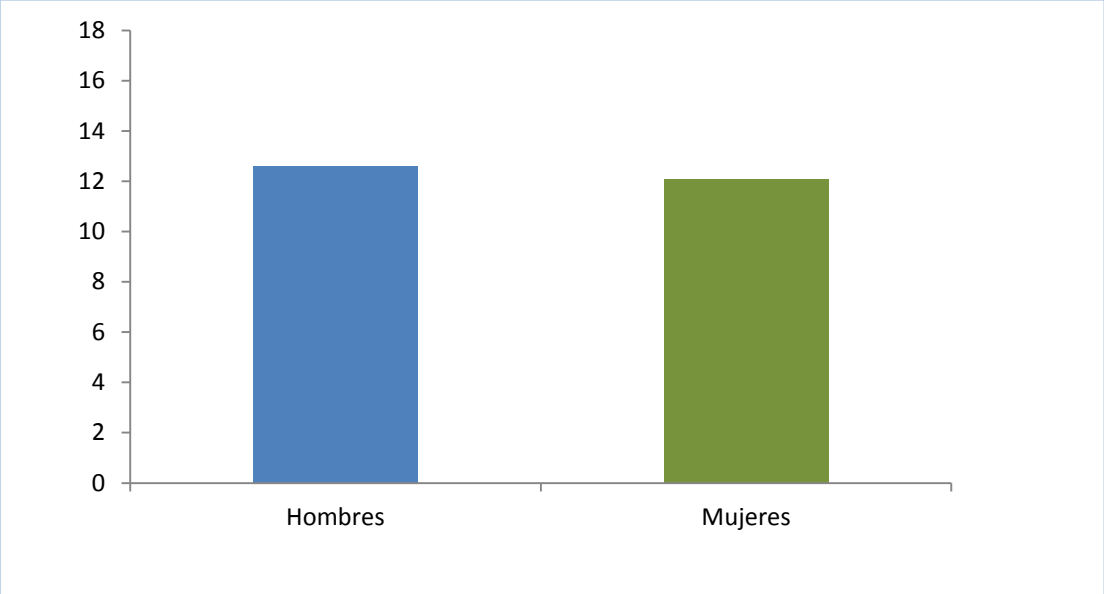
Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca, 2013

7.7. Utilización de los servicios de fisioterapia

En este apartado se incluyen los datos correspondientes a la utilización de los servicios de fisioterapia públicos y privados, en los 12 meses anteriores a la realización de la encuesta, en la CAV.

Analizando la consulta a estos servicios según el sexo se observó que el alrededor del 12% de los hombres y mujeres habían realizado alguna consulta (Figura 7.45), no existiendo diferencias por sexo para este tipo de servicios.

Figura 7.45. Personas que han consultado los servicios de fisioterapia por sexo (%). CAV, 2013

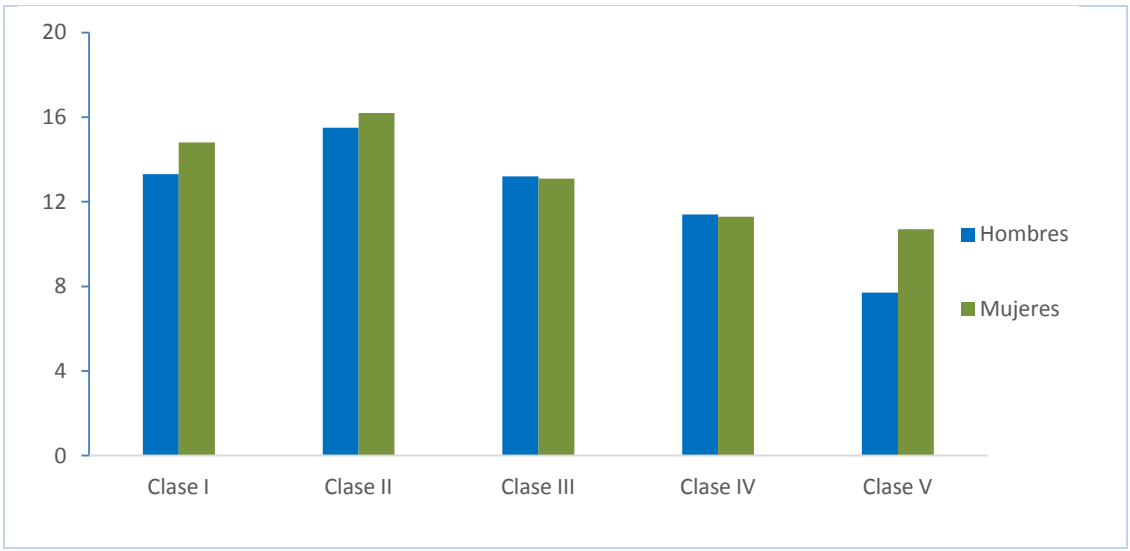


Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca, 2013

En cuanto a la utilización de los servicios de fisioterapia por clase social, se observan diferencias de forma que estas consultas son más frecuentes entre las personas de clase social más favorecida. Tanto en hombres como en mujeres, el uso de los servicios de fisioterapia desciende a medida que desciende la posición social. Las diferencias entre hombres y mujeres se aprecian en las clases sociales extremas y especialmente en la clase V (Figura 7.46).

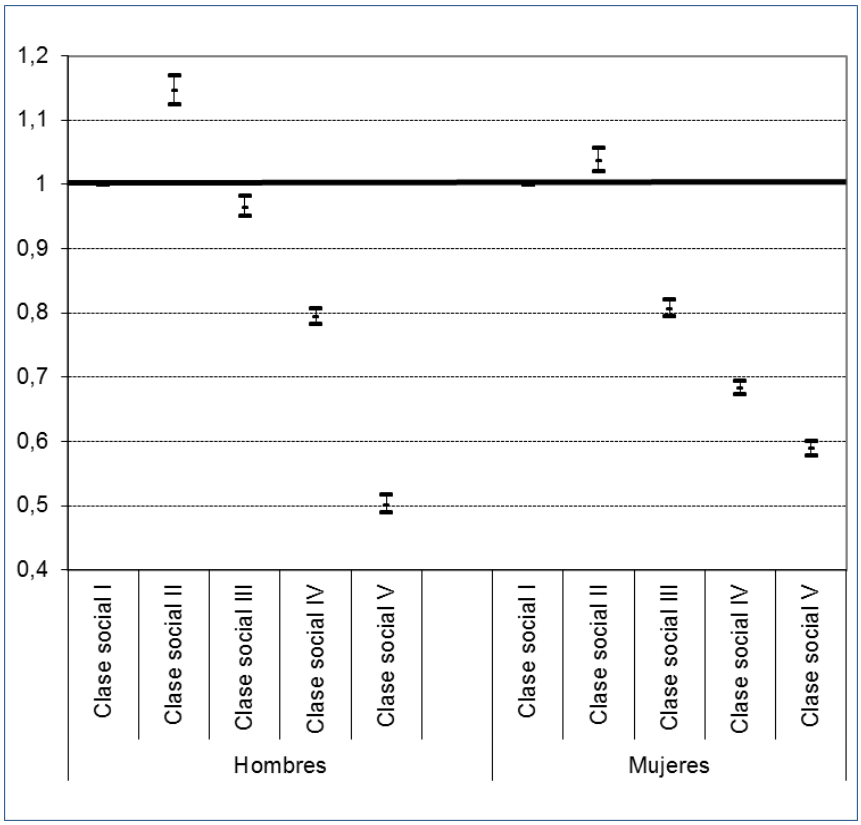
Teniendo en cuenta la edad y la necesidad de atención en salud (padecimiento de enfermedad crónica), se observa que la probabilidad de consultar disminuye a medida que desciende la escala social, tanto en hombres como en mujeres (Figura 7.47). Las mujeres y los hombres de clase social más desfavorecida (clase V) tienen un 40% y un 50% menos de probabilidad, respectivamente, de acudir a los servicios de fisioterapia frente a las mujeres y hombres de la clase más favorecida

Figura 7.46. Personas que han consultado los servicios de fisioterapia por clase social (%) y sexo. CAV, 2013



Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta de Salud del País Vasco, 2013

Figura 7.47. Razones de prevalencia de consulta a los servicios de fisioterapia por clase social, ajustado por edad y necesidad, en hombres y mujeres. CAV, 2013



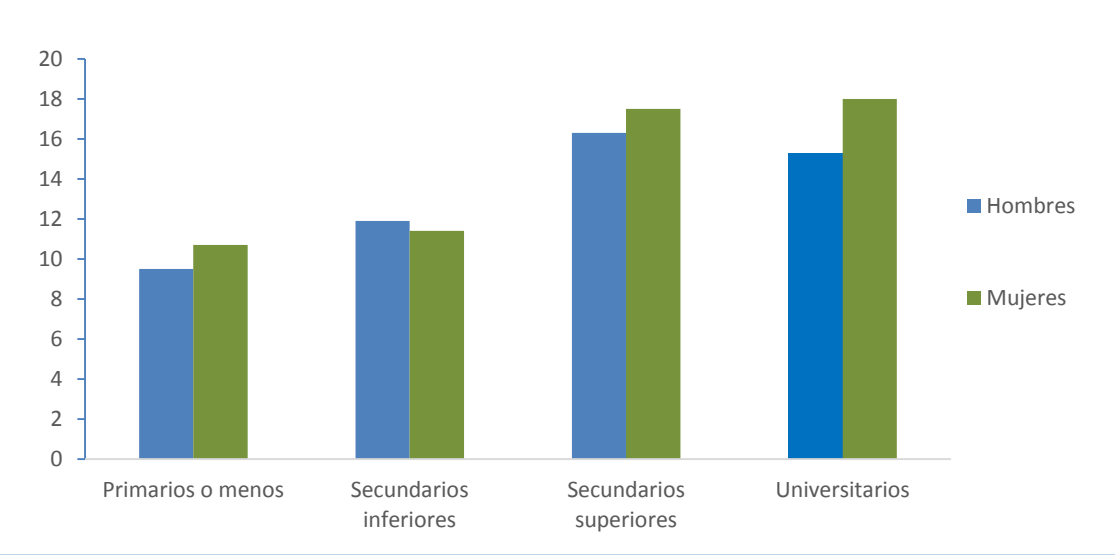
Referencia: Clase social I

Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca, 2013

Por su parte, el nivel de estudios también muestra una relación clara con la utilización de los servicios de fisioterapia en los 12 meses anteriores a la encuesta (Figura 7.48). Al igual que ocurre con la clase social, la proporción de hombres y mujeres que consulta estos servicios es mayor en las personas con mayor nivel de estudios. La proporción de mujeres es mayor que la de los hombres en los niveles de estudios superiores.

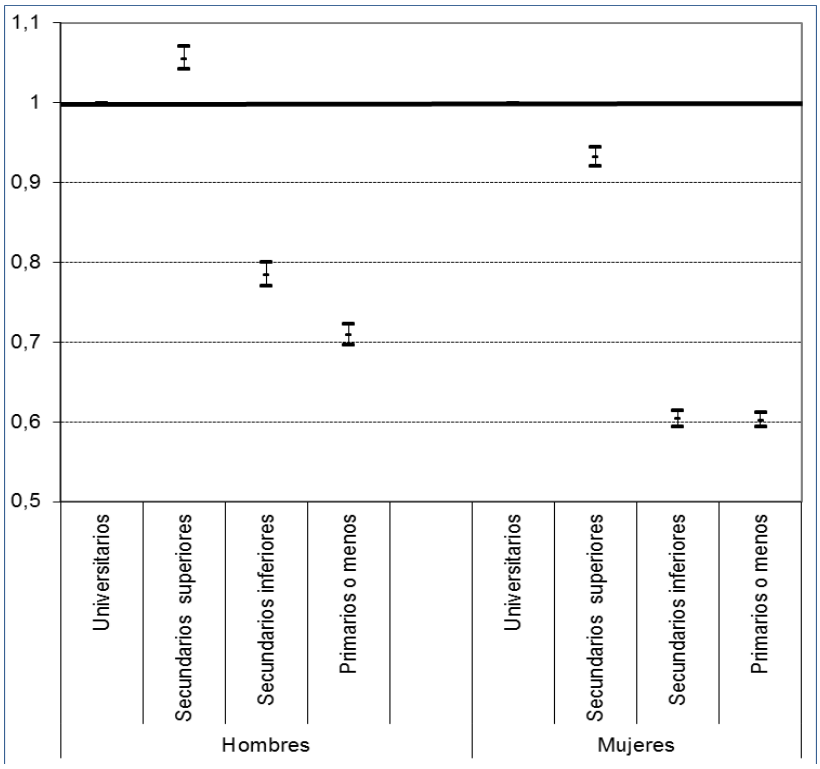
Teniendo en cuenta la edad y la necesidad de atención, se observa que la probabilidad de consultar es menor en los niveles de estudios inferiores respecto a los universitarios (Figura 7.49). En los hombres, esta probabilidad se reduce en un 30% y en las mujeres, en un 40%, aproximadamente.

Figura 7.48. Personas que han consultado los servicios de fisioterapia por nivel de estudios (%) y sexo. CAV, 2013



Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca, 2013

Figura 7.49. Razones de prevalencia de consulta a los servicios de fisioterapia por nivel de estudios, ajustado por edad y necesidad, en hombres y mujeres. CAV, 2013



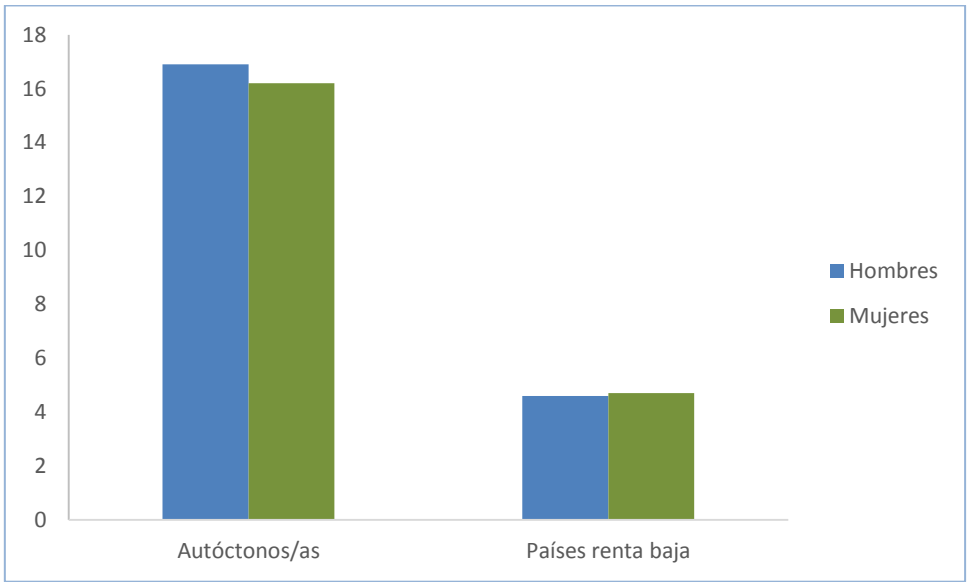
Referencia: Universitarios

Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca, 2013

Por último, se muestran los resultados para la utilización de los servicios de fisioterapia según el lugar de nacimiento. La proporción de personas que habían consultado estos servicios fue casi cuatro veces mayor entre las personas autóctonas que en las procedentes de países de baja renta (Figura 7.50).

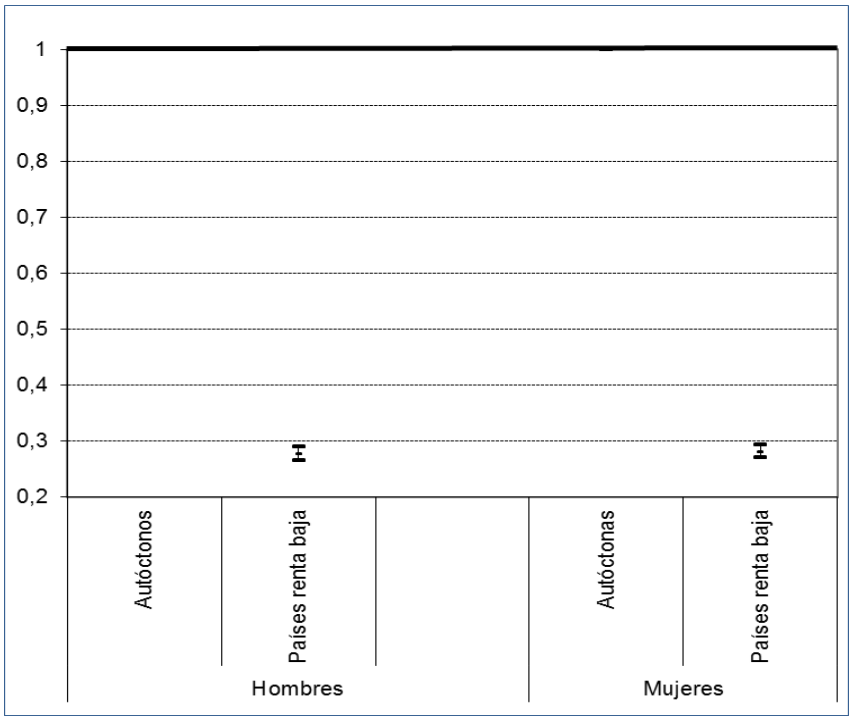
Teniendo en cuenta la edad y la necesidad de atención, se observa que existen diferencias según el lugar de nacimiento tanto en los hombres como en las mujeres, con una probabilidad de alrededor de un 70% menor por parte de las personas de países de baja renta de consultar a los servicios de fisioterapia respecto a las autóctonas (Figura 7.51).

Figura 7.50. Personas que han consultado los servicios de fisioterapia por lugar de nacimiento (%) y sexo. CAV, 2013



Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca, 2013

Figura 7.51. Razones de prevalencia de consulta a los servicios de fisioterapia por lugar de nacimiento y ajustado por edad y necesidad, en hombres y mujeres. CAV, 2013



Referencia: Personas autóctonas

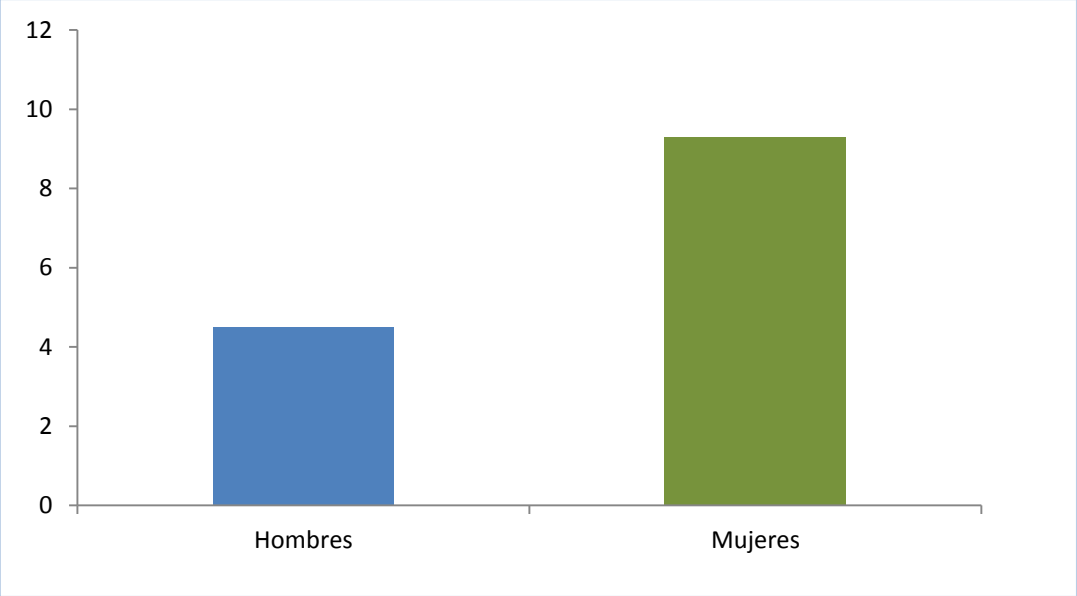
Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca, 2013

7.8. Utilización de los servicios de podología

En este apartado se incluyen los datos correspondientes a la utilización de los servicios de podología, en los 12 meses anteriores a la realización de la encuesta, en la CAV.

En relación a la utilización de las consultas de podología según el sexo, el 4,5% de los hombres y el 9,3% de las mujeres realizaron alguna consulta en estos servicios (Figura 7.52). Teniendo en cuenta la edad y la necesidad de atención (padecimiento de enfermedad crónica), la probabilidad de consultar en las mujeres es un 98% superior que en los hombres [RP=1,98; IC95% (1,962; 2,003)].

Figura 7.52. Personas que han consultado los servicios de podología por sexo (%). CAV, 2013



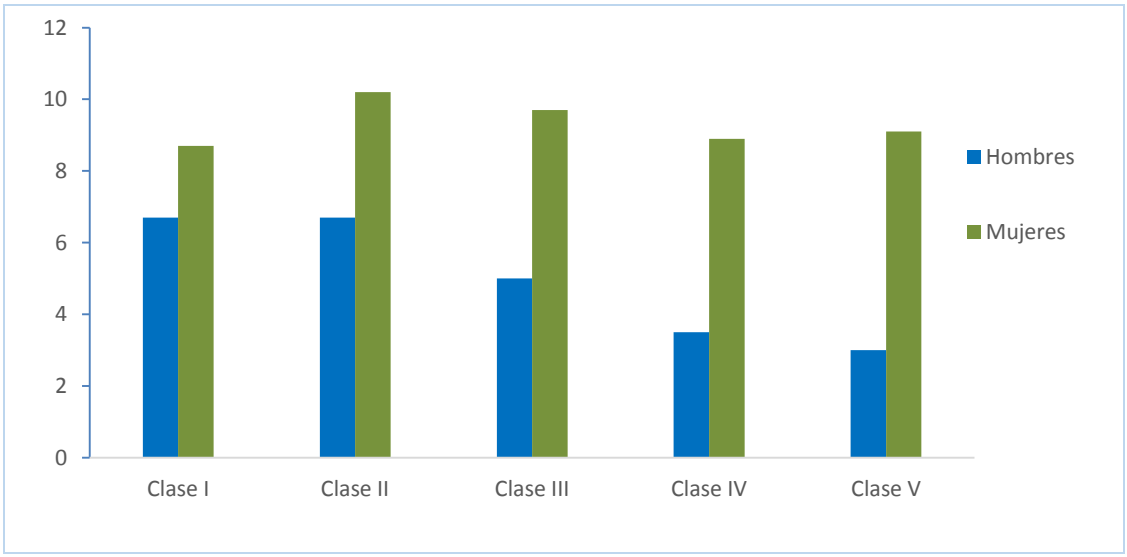
Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca, 2013

En cuanto a la utilización de este servicio según la clase social, se observa que las consultas son más frecuentes entre las personas de clases sociales más favorecidas (Figura 7.53). Las mayores diferencias las encontramos en el caso de los hombres, entre los que la utilización disminuye a medida que desciende la clase social.

Teniendo en cuenta la edad y la necesidad de atención en salud, se observa que la probabilidad de consultar disminuye a medida que se desciende en la posición social, tanto en hombres como en mujeres (Figura 7.54). Este gradiente es mayor en los hombres, con un 60% menos de probabilidad de uso de los servicios de podología en aquellos de clase social más desaventajada (clase V) respecto a los más aventajados.

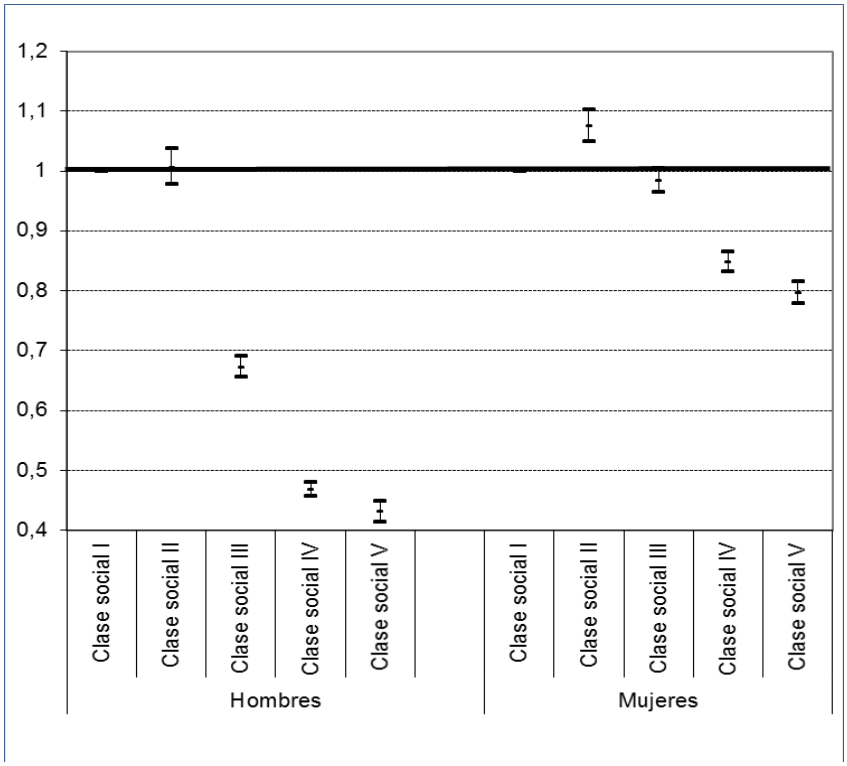
Figura 7.53. Personas que han consultado los servicios de podología por clase social (%) y sexo. CAV, 2013

.



Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca, 2013

Figura 7.54. Razones de prevalencia de consulta a los servicios de podología por clase social y ajustado por edad y necesidad, en hombres y mujeres. CAV, 2013



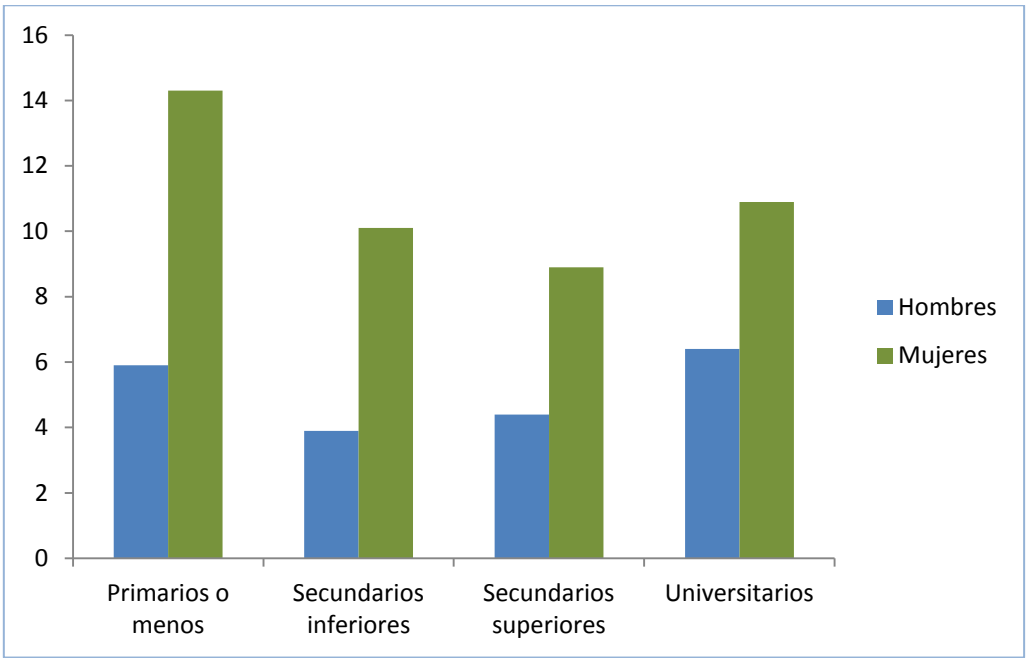
Referencia: Clase Social I

Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca, 2013

Por su parte, el nivel de estudios se relaciona con la utilización de los servicios de podología (Figura 7.55). En las mujeres, las consultas de podología son más frecuentes entre aquellas con menor nivel de estudios. En los hombres no aparecen diferencias en el uso de estos servicios entre los dos grupos extremos. En todos los casos la proporción de consultas en las mujeres fue mayor que en los hombres.

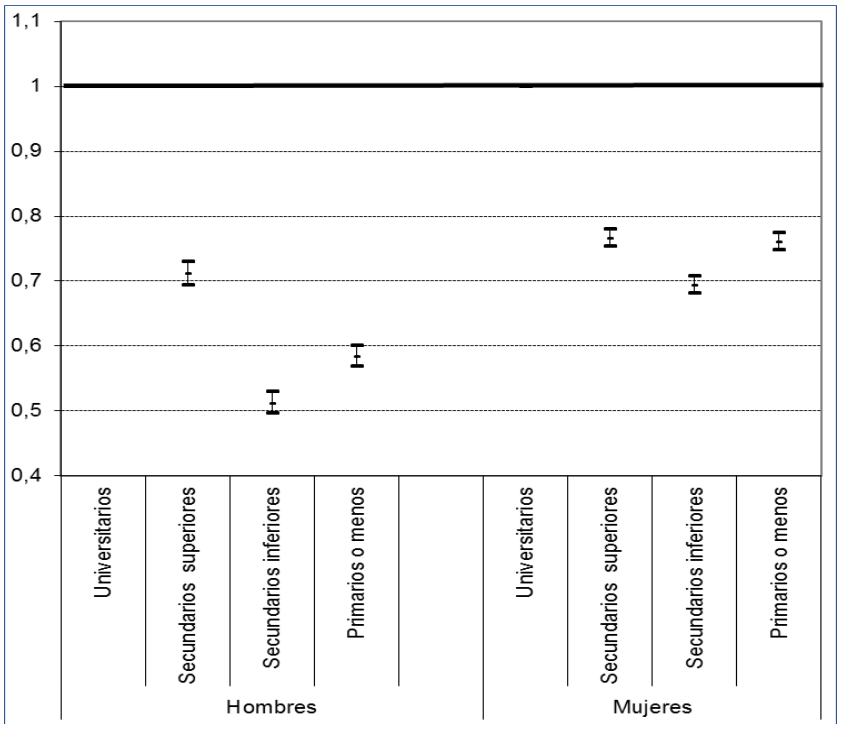
Teniendo en cuenta la edad y la necesidad de atención, se observa que la probabilidad de consultar es menor entre aquellas personas con menor nivel de estudios (Figura 7.56). Se puede percibir un gradiente ascendente en el uso de los servicios de podología conforme aumenta el nivel educativo, siendo casi un 50% menos probable su utilización en los hombres con estudios primarios o menos que entre los que tienen estudios universitarios. En el caso de las mujeres esta diferencia de probabilidad alcanza el 30%.

Figura 7.55. Personas que han consultado los servicios de podología por nivel de estudios (%) y sexo. CAV, 2013



Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca, 2013

Figura 7.56. Razones de prevalencia de consulta a los servicios de podología por nivel de estudios, ajustado por edad y necesidad, en hombres y mujeres. CAV, 2013



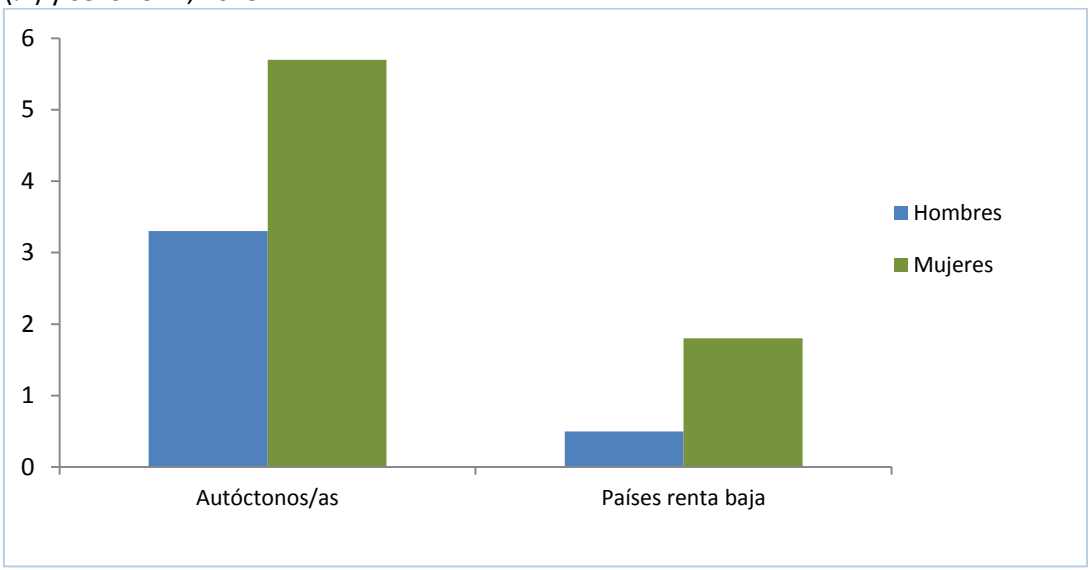
Referencia: Universitarios

Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca, 2013

Por último, se muestran los resultados para la utilización de los servicios de podología, según el lugar de nacimiento. La proporción de personas autóctonas que habían utilizado estas consultas fue tres veces mayor con respecto a las inmigrantes (Figura 7.57). En ambos casos la proporción de consultas en las mujeres fue mayor que en los hombres.

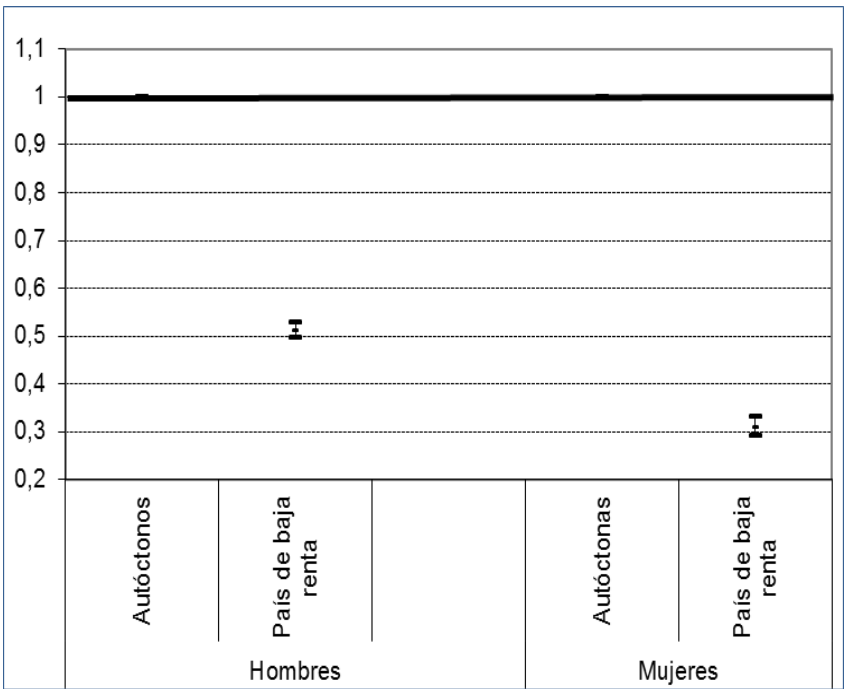
Teniendo en cuenta la edad y la necesidad de atención, se observa que existen diferencias en ambas poblaciones, con un 50% y 70% menos de probabilidad de utilizar este dispositivo asistencial en los hombres y mujeres inmigrantes respectivamente, respecto a las personas autóctonas (Figura 7.58).

Figura 7.57. Personas que han consultado los servicios de podología por lugar de nacimiento (%) y sexo. CAV, 2013



Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca, 2013

Figura 7.58. Razones de prevalencia de consulta a los servicios de podología por lugar de nacimiento, ajustado por edad y necesidad, en hombres y mujeres. CAV, 2013



Referencia: Personas autóctonas

Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca, 2013

7.9. Desigualdades en la cobertura sanitaria en la CAV

Las desigualdades en la cobertura sanitaria en la CAV, han venido, como en el resto de CCAA, marcadas en los últimos años por el impacto que ha tenido el RD 16/2012 de "Medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones", según el cual "la asistencia sanitaria en España a través del SNS se garantizará a aquellas personas que ostenten la condición de persona asegurada, poniendo en riesgo el modelo vigente hasta el momento de universalización de la cobertura sanitaria. En términos concretos, el cambio en las condiciones de acceso a la asistencia sanitaria pública recogida en el RD 16/2012 ha supuesto la exclusión de la cobertura pública de las personas extranjeras en situación irregular, salvo para las menores de 18 años, así como para aquellas mayores de edad que precisen de asistencia de urgencia, o durante el embarazo, parto y postparto.

Tras la respuesta del Gobierno Vasco, de mano del Decreto 114/2012, que amplió la cobertura a personas que quedaban excluidas, la CAV se ha situado como una de las CCAA en las que la universalidad de la asistencia sanitaria ha sido menos dañada por la normativa estatal. Cuatro años después de la llegada del RD 16/2012 hay evidencia suficiente acerca de la ineficacia de una legislación "parcheada" en cuanto a la reducción del impacto de la legislación estatal en las diversas CCAA. La Red de Denuncia y Resistencia al Real Decreto de reforma sanitaria (REDER) publicó en 2015 un informe titulado 'Radiografía de la Reforma Sanitaria: La Universalidad de la Exclusión' (REDER, 2015) que, en base a datos recogidos a lo largo del Estado entre enero de 2014 y julio de 2015, documentaba 109 casos de menores de edad a quienes se denegó la asistencia sanitaria, 232 incidencias en Urgencias, que incluían negación de atención e intentos de cobro, y 78 mujeres embarazadas con vulneración de su derecho de atención. Por otra parte, detectó 25 casos de personas que, con necesidad de seguimiento de su patología, estaban desatendidas. Un dato a tener en cuenta en contextos donde se han introducido reformas para ampliar las excepciones del RD, es que en ellos se daba al menos el 73% de los casos reportados. El informe también dejaba patente la desinformación existente entre la población afectada acerca de su derecho de atención, así como por parte de los y las profesionales del sistema sobre los trámites y requisitos. Es más, en estas comunidades, el 70% de las incidencias registradas correspondía a barreras administrativas y falta de información (REDER, 2015).

Ante la nueva situación jurídica en la CAV, que establece el periodo de un año de empadronamiento para igualar el derecho de la asistencia, la Defensoría del Pueblo del País Vasco-Ararteko (2013) emitió una Recomendación General en la que hacía conocer la existencia de quejas a título individual y por parte de organizaciones sociales ante la negativa de peticiones de tarjetas sanitarias a personas extranjeras en situación administrativa irregular que no pueden acreditar el requisito de un año de empadronamiento anterior. Ante esta realidad, el Ararteko denunció que, existiendo una exigencia devaluada de los requisitos del Decreto, debiera existir una adecuación normativa para establecer jurídicamente el derecho de estas personas a la asistencia sanitaria. También señalaba en su informe la falta de consistencia en el hecho de establecer en un año la limitación temporal para el derecho, cuando esta ampliación de la cobertura se basó estrictamente en criterios sanitarios.

8. Privatización en el sistema sanitario público vasco

En este capítulo se describirá el estado de privatización del sistema público de atención a la salud en la CAV siguiendo las dimensiones descritas en el capítulo 2. En primer lugar, se prestará atención a la privatización de la financiación de la salud. En concreto, además de describir las características del gasto público en salud y su evolución, se analizará la parte del gasto total en salud que corresponde a financiación privada.

En segundo lugar, y como complemento al análisis de la financiación, se describirá la privatización en el aseguramiento, prestando atención tanto a las mutualidades de funcionarios/as como a los seguros sanitarios privados.

El tercer apartado se centrará en la provisión de servicios, en la que se analizará la parte de la financiación pública que se destina a la contratación de servicios sanitarios y no sanitarios con empresas u organismos privados. Por último, se analizará el estado de la privatización en la formación de las y los profesionales sanitarios y la investigación en salud.

8.1. La privatización de la financiación y el aseguramiento sanitario

La privatización de la financiación de la salud alude fundamentalmente a la fracción del gasto total en salud que se realiza de forma privada. Esta corresponde en su gran mayoría a la aportación directa de los hogares en el momento de uso de los servicios o a la aportación de las empresas de seguros sanitarios privados. Esta financiación privada existe en todos los países, si bien su peso varía enormemente entre ellos, siendo más importante en términos generales en los países de menor desarrollo económico, y menos relevante en aquellos con sistemas sanitarios universales y de cobertura amplia de servicios.

La privatización de la financiación constituye una de las amenazas más importantes para el acceso equitativo y justo a la salud, debido, como ya se ha descrito en el capítulo 2, a su impacto sobre las desigualdades de acceso a la atención y sus efectos sobre la cobertura sanitaria. De esta forma, en las entrevistas realizadas en el presente estudio, la privatización de la financiación ha sido considerada como uno de los elementos más importantes entre los procesos de privatización sanitaria identificados. Así, incluso entre las personas entrevistadas que se han mostrado favorables a ciertas formas de privatización, la financiación ha mostrado ser un aspecto relevante e incluso definitorio de lo que es o no privatizar.

Describir la privatización de la financiación constituye una tarea compleja ya que exige contar con fuentes de información que recojan no solo el gasto público en salud, sino también el gasto que realizan empresas, instituciones sin ánimo de lucro y también los hogares. En el caso de la CAV, el Eustat-Instituto Vasco de Estadística publica la “Cuenta de la Salud” en la que, siguiendo la metodología de la OCDE, se puede obtener información sobre las fuentes de financiación del conjunto del gasto en salud. No obstante, el último dato corresponde a 2012 y la información la información que se ofrece no es tan extensa como la publicada por otros organismos como el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Todo ello dificulta

enormemente el análisis del proceso de privatización de la financiación en la CAV en perspectiva comparada y con la suficiente actualidad.

Existen, sin embargo, organizaciones privadas que, curiosamente, sí aportan información más actualizada sobre este aspecto. Sin embargo, el conflicto de interés de tales organizaciones -una de las más importantes, la Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (IDIS), formada por las aseguradoras privadas-, y su menor rigurosidad metodológica lleva a que en la presente descripción se utilice prioritariamente la información proveniente de la estadística pública oficial.

8.1.1. Gasto total en salud

En la CAV, los últimos datos oficiales disponibles sobre el gasto total en salud y sus fuentes de financiación hacen referencia a 2012 (Tabla 8.1). En ese año, el gasto en salud ascendió a 5.662.970.000 euros, es decir, a 2.578,3 euros por habitante, lo que supuso un 8,8% del PIB.

La mayor parte del gasto, el 73,2%, fue de financiación pública. En este tipo de financiación destacan las aportaciones del Gobierno Vasco que, junto con el resto de administraciones públicas, excluidas las de la seguridad social, supusieron el 97,4% del gasto público en salud y el 71,3% del gasto total en salud.

Respecto al gasto privado, éste supuso el 26,8% del total, destacando el gasto directo de los hogares, que supuso el 77,1% del gasto privado en salud y el 20,7% del gasto total en salud.

Tabla 8.1. Gasto en Salud por tipo de financiación. CAV, 2012

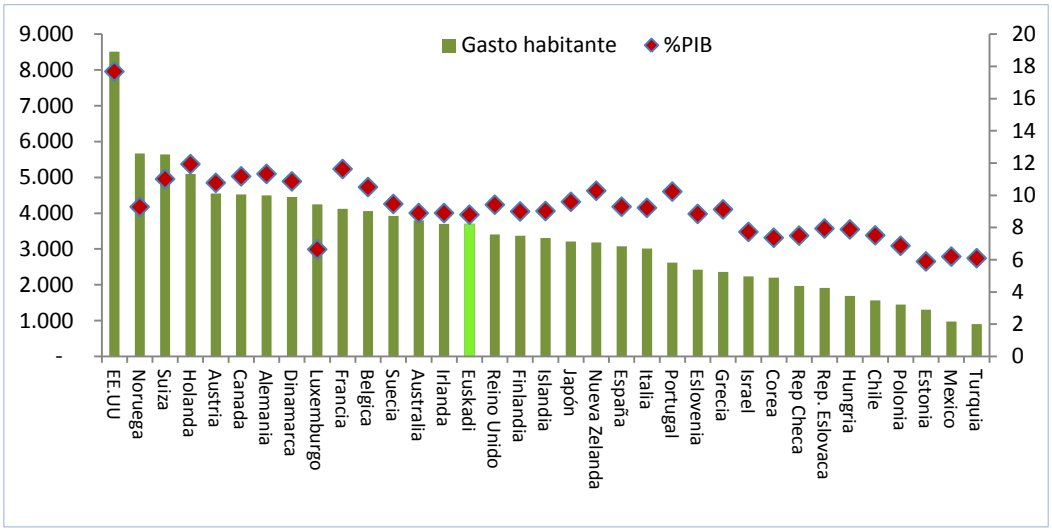
	Miles de Euros	% sobre total de gasto en salud	% sobre tipo de financiación
Financiación Pública	**4.143.089**	**73,2**	**100**
Administraciones públicas, excluidas administraciones de seguridad social	4.036.165	71,3	97,4
Administraciones de seguridad social	106.924	1,9	2,6
Financiación Privada	**1.519.881**	**26,8**	**100**
Seguros sociales privados. Empresas de seguro privadas	289.412	5,1	19,0
Pagos directos de los hogares	1.171.409	20,7	77,1
Instituciones sin fines de lucro al servicio de los hogares (excepto seguros sociales)+ Sociedades	59.060	1,0	3,9
Gasto Total en Salud	**5.662.970**	**100**	

Fuente: elaboración propia a partir de Eustat

En comparación con los otros países de la OCDE, la CAV presenta un nivel de gasto en salud intermedio (Figura 8.1). Sin embargo, el gasto por habitante es inferior a la mayor parte de países de la UE-15. Así, presenta diferencias notables con países como Holanda, Alemania o Dinamarca, así como con otros países no pertenecientes a la UE-15 como EEUU, Noruega, Suiza o Canadá. Sin embargo, esta inversión total en salud por habitante es notablemente

mayor que en países del sur de Europa, como España, Italia, Portugal y Grecia, u otros países como Turquía, México o Estonia.

Figura 8.1. Gasto total en salud. Gasto por habitante (PIB por habitante, en dólares americanos) (barras, eje izquierdo) y porcentaje del PIB (puntos, eje derecho). CAV y países OCDE, 2011 o dato más cercano



Fuente: elaboración propia a partir de Eustat

8.1.2. Gasto público en salud

Existen diferentes fuentes de información que nos ofrecen datos sobre el gasto público en salud. La Cuenta de la Salud elaborada por Eustat para el conjunto de la CAV ofrece información sobre el total del gasto público en salud, ya sea el realizado por administraciones estatales, autonómicas o locales. Sin embargo, esta información solamente está disponible hasta 2012. Atendiendo únicamente al gasto realizado por la administración autonómica, existen dos fuentes complementarias que ofrecen datos más desagregados y actualizados: por una parte, los datos del Departamento de Salud, que nos permiten conocer el gasto anual liquidado del Departamento hasta 2015 y, por otra parte, la Cuenta Satélite del Gasto Sanitario Público, que ofrece información desagregada hasta 2014, con posibilidad de ser comparada con el resto de CCAA.

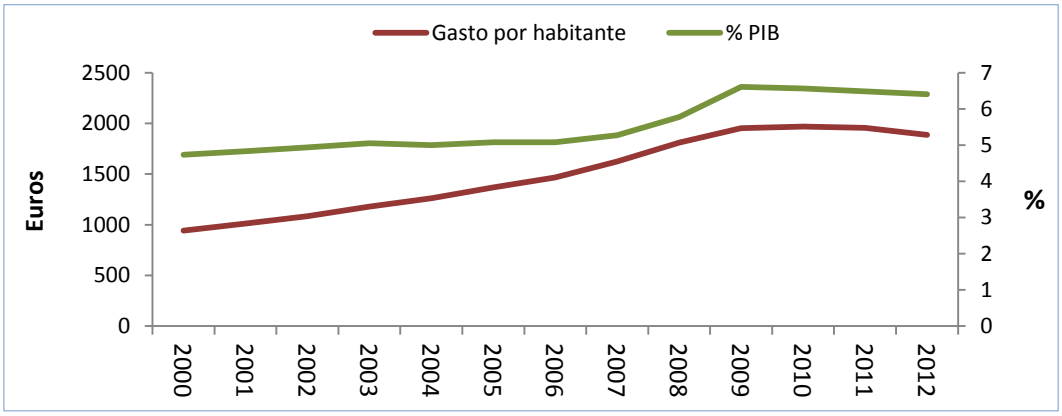
8.1.2.1. Volumen y evolución del gasto público en salud

Durante 2012, el gasto público en salud realizado en la CAV ascendió a 4.443.089.000 euros, de los cuales 106.924.000 correspondieron al gasto de la Seguridad Social y los restantes 4.036.165.000 al resto de administraciones, fundamentalmente el Gobierno Vasco. Este gasto supuso el 6,4% del PIB y un total de 1.886 euros por habitante.

Entre 2000 y 2009, el gasto público aumentó considerablemente, tanto en términos absolutos como en relación al PIB o en euros por habitante (Figura 8.2). Así, si en el año 2000 la financiación pública de la salud suponía el 4,7% del PIB -940 euros por habitante-, en 2009 el valor del gasto público sobre el PIB era del 6,6%, es decir, 1.953 euros por habitante. Sin embargo, en los últimos años analizados, el gasto público en salud se redujo levemente hasta

un 6,4% del PIB en 2012, es decir, 1.886 euros por habitante. El descenso desde 2009 fue mayor en el caso del gasto realizado por la Seguridad Social (8,4%) que en el realizado por el resto de administraciones (1,9%).

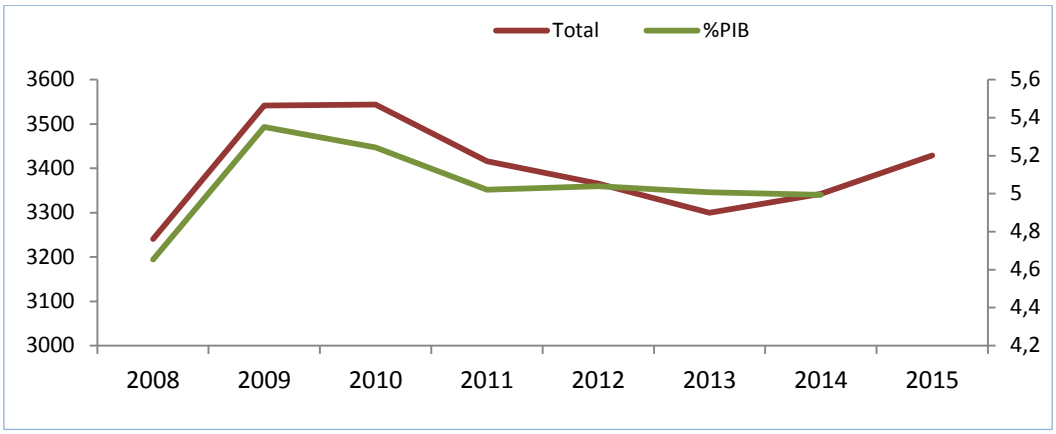
Figura 8.2. Evolución del gasto público en salud. Gasto por habitante (línea roja, eje izquierdo) y porcentaje sobre el PIB a precio de mercado (línea verde, eje derecho). CAV, 2000-2012



Fuente: elaboración propia a partir de Eustat

Según las cifras del Departamento de Salud sobre gasto anual liquidado, en 2015 el Departamento de Salud invirtió un total de 3.429.209.749 euros en salud. Del total del presupuesto, el 97,3% fue destinado a asistencia sanitaria, del cual el 14,9% correspondió a gasto de farmacia. Atendiendo al periodo de crisis, tras un considerable aumento en 2009, el gasto disminuyó notablemente a partir de 2010 y hasta 2013, año en el que el gasto comenzó una trayectoria nuevamente ascendente que continúo hasta 2015 (Figura 8.3). A pesar del aumento, el gasto no consiguió alcanzar los niveles de 2009, siendo aún en 2015 un 3,2% menor que en 2009, o un 11,2% al considerar la evolución del IPC.

Figura 8.3. Evolución del gasto anual liquidado del Departamento de Salud. Total en millones de euros (línea roja, eje izquierdo) y porcentaje sobre el PIB a precio de mercado (línea verde, eje derecho). CAV, 2008-2015

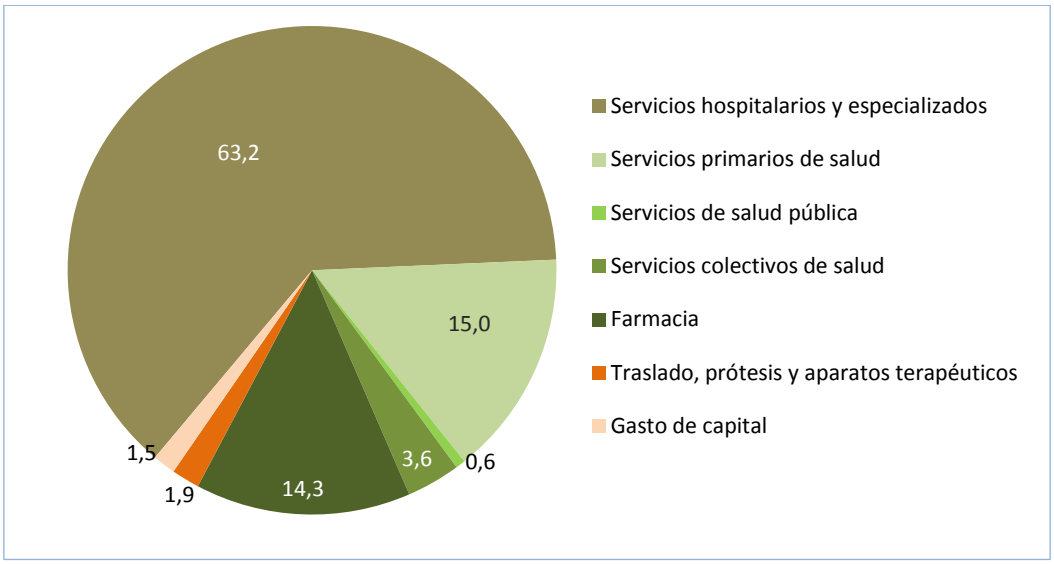


Fuente: elaboración propia a partir del Departamento de Salud y Eustat

8.1.2.2. Composición del gasto público en salud

Atendiendo a la clasificación funcional del gasto (Figura 8.4), durante 2014 la mayor parte del gasto público autonómico en salud se dedicó a la atención hospitalaria y especializada, que recibió el 63,2% del total del gasto público, mientras que los servicios de atención primaria se llevaron el 15,0% del total de la financiación pública. Destaca también el gasto en farmacia, que representó el 14,3% del gasto público en salud.

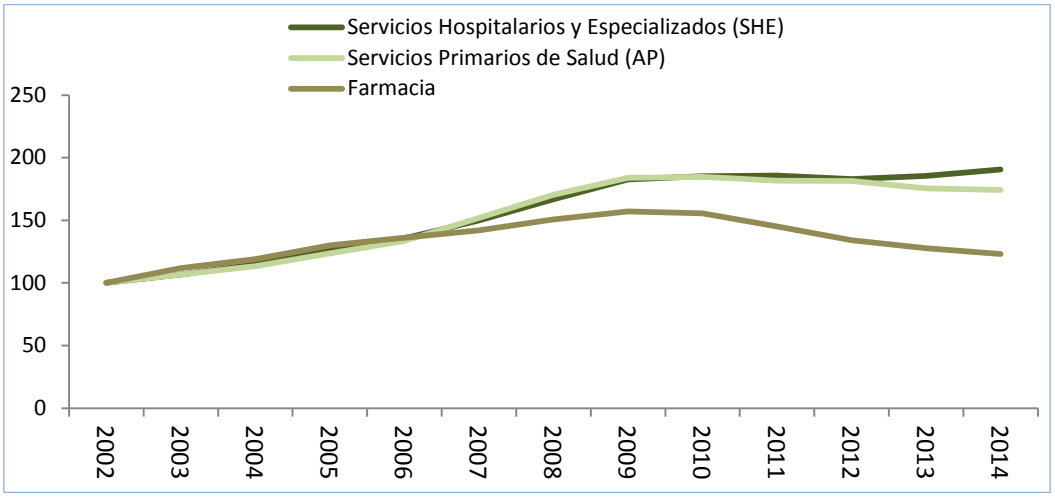
Figura 8.4. Gasto público autonómico por función. CAV, 2014.



Fuente: elaboración propia a partir del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

La evolución del gasto público no ha sido homogénea durante los últimos años (2002-2014) (Figura 8.5). La financiación pública de la atención hospitalaria y especializada creció durante el periodo analizado, tanto en términos absolutos, como en relación a su peso sobre el total de la financiación. El aumento fue especialmente intenso en los años anteriores a la crisis, pero se produjo cada año, a excepción de 2012. La atención primaria tuvo un comportamiento similar salvo en el último periodo que, lejos de aumentar como en el caso de la especializada, descendió. Por último, el gasto en farmacia, a pesar de aumentar durante los primeros años, a partir de 2009 inició una tendencia descendente que continuó hasta 2014.

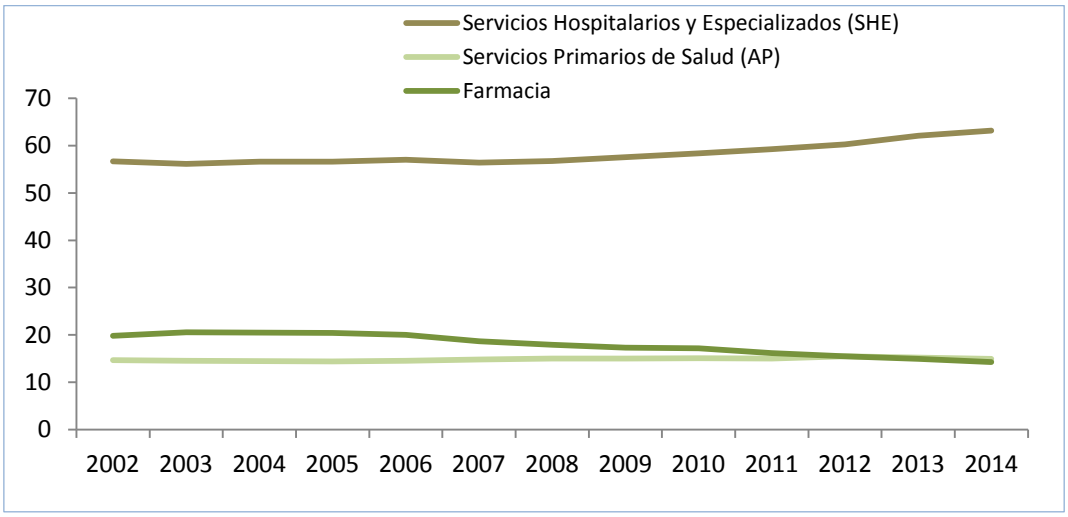
Figura 8.5. Evolución relativa (2002=100) del gasto público en servicios hospitalarios y especializados (SHE), servicios primarios de salud (AP) y farmacia. CAV, 2002-2014



Fuente: elaboración propia a partir del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

Como consecuencia de la desigual evolución de estos tres tipos de gasto, su peso en el conjunto del gasto público en salud se ha modificado, sobre todo en los años de crisis económica (Figura 8.6). Así, mientras que el porcentaje de gasto que se dedica a atención primaria se mantiene más o menos estable durante el conjunto del periodo, el peso del gasto en farmacia ha descendido considerablemente desde 2007. Justo lo contrario que el gasto en atención hospitalaria y especializada, cuyo porcentaje ha aumentado considerablemente, sobre todo en los años de crisis, pasando de representar el 56,8% del total en 2008 al 63,2% en 2014.

Figura 8.6. Evolución del porcentaje que el gasto en servicios hospitalarios y especializados (SHE), servicios primarios de salud (AP) y farmacia representa respecto al gasto público total. CAV, 2002-2014

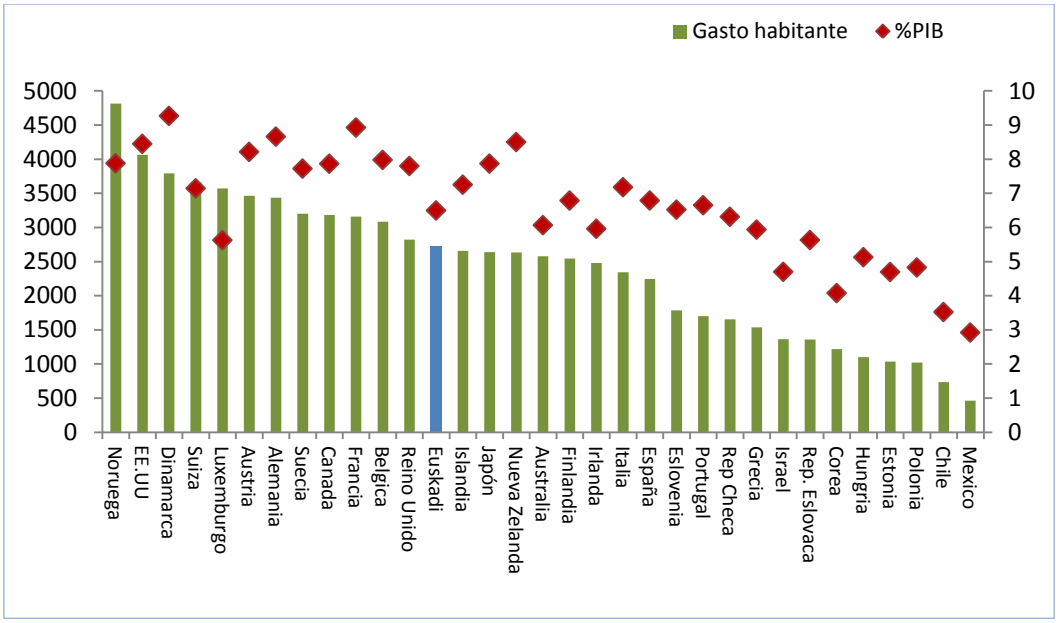


Fuente: elaboración propia partir del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

8.1.2.3. Gasto público en salud en perspectiva estatal e internacional

En comparación con los países del entorno, la CAV presenta un gasto público en salud medio-alto en el marco de países de la OCDE, pero más bajo que la mayor parte de países de la UE-15 (Figura 8.7). Así, el gasto en salud en la CAV está lejos de países como Noruega, EEUU, Dinamarca o Suiza, y de algunos países de la UE-15 como Alemania o Suecia, pero es superior a países del sur de Europa. Sin embargo, atendiendo al porcentaje que el gasto público representa sobre el PIB, la CAV presenta valores inferiores a la mayor parte de países de la UE-15 e incluso a países del sur de Europa como España o Italia.

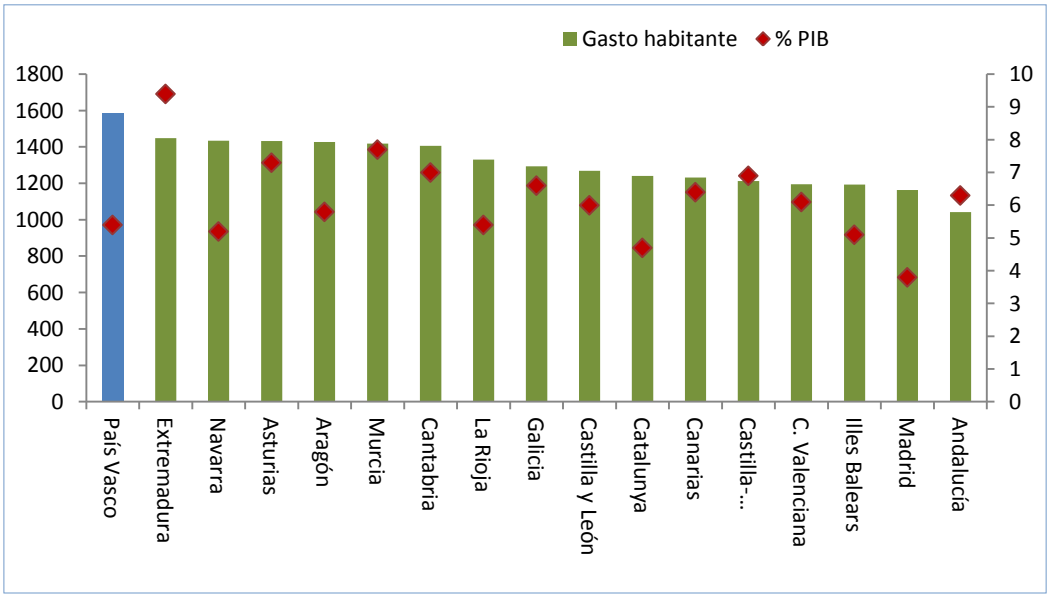
Figura 8.7. Gasto público en salud. Gasto por habitante (PPC, US$; barras eje derecha) y porcentaje del PIB (puntos eje izquierda). CAV y países OCDE, 2011 o dato más cercano



Fuente: elaboración propia a partir de Eustat y ECO-SALUD OCDE 2013

En comparación con el resto de CCAA, la CAV presentó en 2014 un gasto sanitario por habitante superior (Figura 8.8). Concretamente, la administración autonómica vasca invirtió por habitante un 9% más que la segunda comunidad que más invirtió (Extremadura), y un 50% más que la comunidad que menos lo hizo (Andalucía). Atendiendo al gasto respecto al PIB, la posición de la CAV es intermedia.

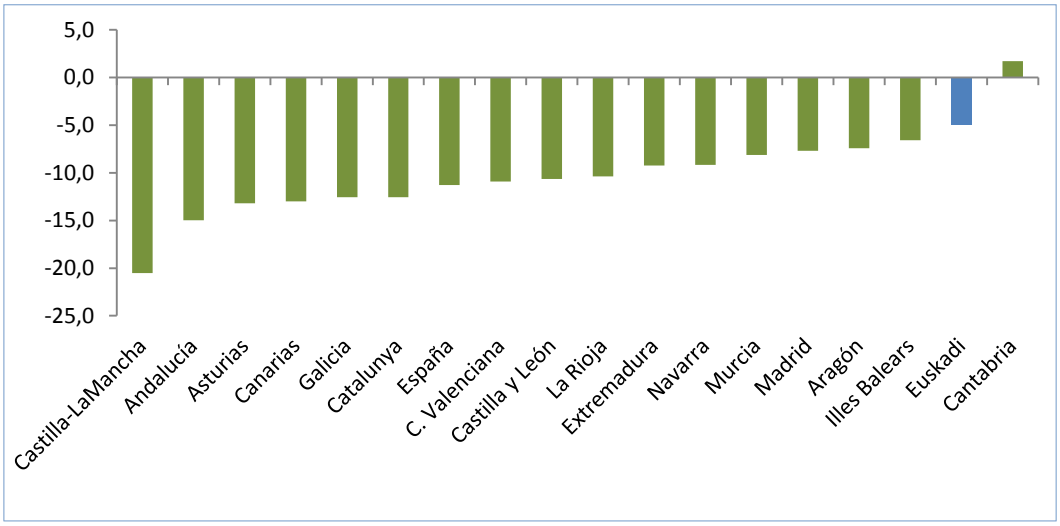
Figura 8.8. Gasto público en salud consolidado. Porcentaje sobre el PIB y euros por habitante. CAV y resto de CCAA, 2014



Fuente: elaboración propia a partir del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

Atendiendo a la evolución del gasto entre 2009 (primer año en el que de forma generalizada disminuyó el gasto público en salud) y 2014, éste descendió menos en la CAV (4,9%) que el promedio del Estado español (Figura 8.9). Destacaron, como posiciones extremas Castilla-La Mancha, con un descenso de un 20,5%, y Cantabria, donde el gasto sanitario público aumentó un 1,7% entre 2009 y 2014.

Figura 8.9. Evolución del cambio (%) en el gasto sanitario público total sin corporaciones locales por CCAA. 2009-2014

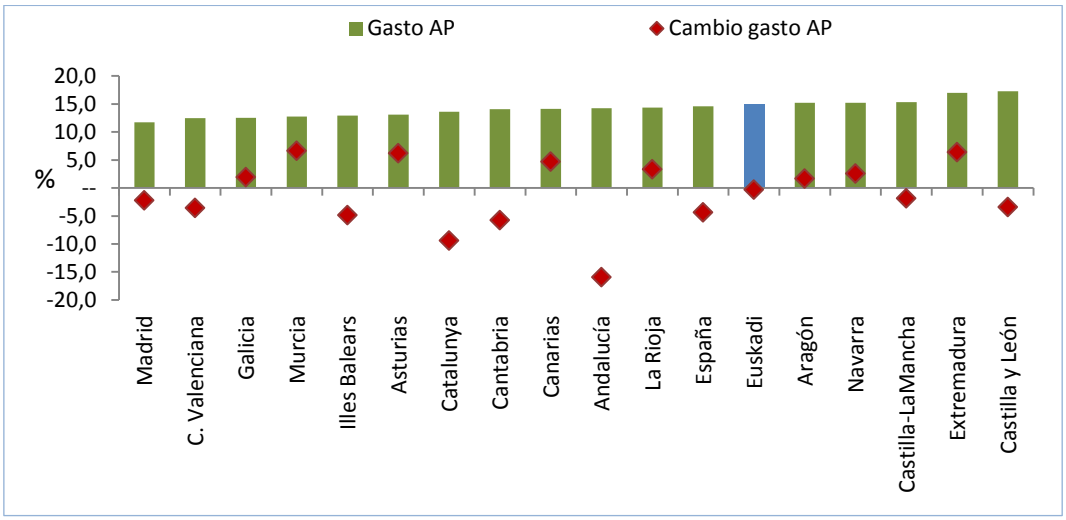


Fuente: elaboración propia a partir del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

Atendiendo a la composición del gasto público en salud, la CAV destaca por ser, junto a Castilla La Mancha, la comunidad autónoma que destina un mayor porcentaje del gasto público en salud a la remuneración del personal. Concretamente, en la CAV el 52,2% del gasto se destina a este concepto, mientras que el dato para el conjunto de las CCAA se sitúa en el 46,0%. El porcentaje destinado a los servicios hospitalarios y especializados, sin embargo, se sitúa en la media del conjunto de CCAA, mientras que el gasto en farmacia es ligeramente menor. En relación al gasto público en atención primaria, la CAV se situó en una posición relativamente aventajada (15,0%), si bien cinco CCAA, especialmente Extremadura (17,0%) y Castilla y León (17,3%), gastaron un porcentaje superior. En el extremo opuesto se situaron Madrid, Comunitat Valenciana, Galicia y Murcia, con los gastos en atención primaria más bajos del conjunto del Estado, que no llegaron al 13,0% del total de gasto público en salud.

La variación que durante la época de crisis ha tenido el porcentaje de la financiación pública dirigido a la atención primaria en la CAV ha sido mínima en comparación con otras CCAA. Así, el siguiente gráfico (Figura 8.10) muestra que, mientras que en CCAA como Andalucía y Catalunya, el gasto público en atención primaria se ha reducido un 15,9% y un 9,4% respectivamente, en otras CCAA como Murcia, Extremadura y Asturias, la financiación como porcentaje del conjunto del gasto público ha aumentado más de un 6,0%.

Figura 8.10. Gasto público destinado a servicios de atención primaria (AP) en 2014 (barras) y variación porcentual del porcentaje del gasto total entre 2009 y 2014 por CCAA (diamantes)



Fuente: elaboración propia a partir del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

8.1.2.4. Recortes y desfinanciación del sistema sanitario público: la precarización de sus recursos humanos

Las condiciones de empleo y trabajo de las y los profesionales del sistema sanitario público han sido habitualmente esgrimidas como cuestiones relevantes a la hora de comprender, de forma de integral, los factores favorecedores de la privatización sanitaria. De esta forma, un progresivo deterioro en tales condiciones, así como una reducción de las plantillas, conllevaría a un deterioro progresivo del sistema sanitario público que, en última instancia, favorecería el crecimiento y desarrollo de sistemas sanitarios privados.

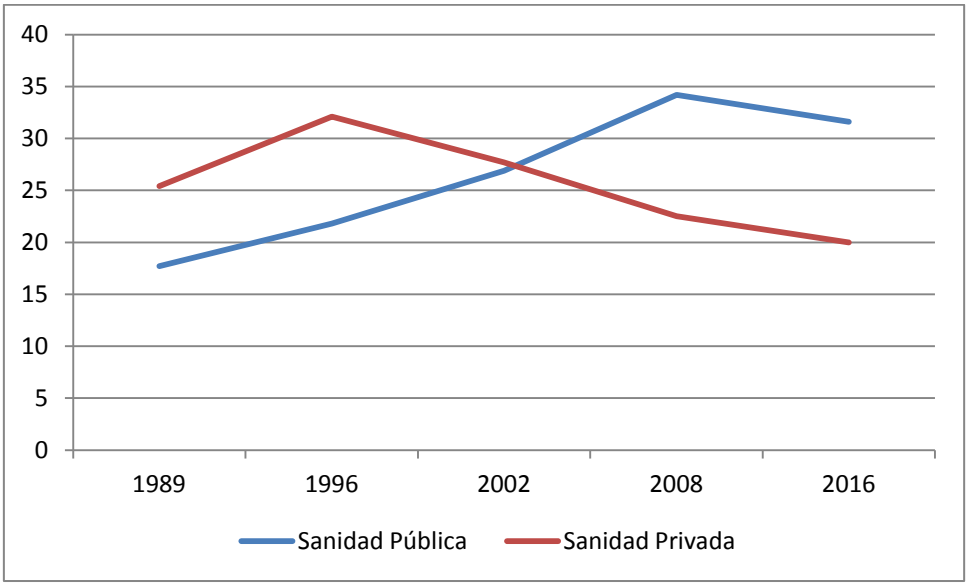
Como se ha descrito en los apartados anteriores, los últimos años de crisis económica han supuesto una reducción del presupuesto sanitario público que también se han producido en el caso de la CAV, aunque éste haya sido de menor intensidad que en el resto del estado. Esta política de austeridad ha tenido, entre otras consecuencias, un impacto en los recursos humanos del sistema sanitario público, cuyo nivel de precariedad ha sido denunciado por diferentes sindicatos o incluso por parte del Colegio de Médicos de Bizkaia[31].

El objetivo inicial de este apartado consistía en realizar un análisis de la evolución de la plantilla del sistema sanitario público y el impacto de la crisis tanto en su tamaño como en el nivel de precarización de la misma. Sin embargo, no se ha tenido acceso a los datos necesarios para poder realizar dicho análisis, a pesar de tratarse de trabajadoras y trabajadores públicos. Por ello, se ha recurrido como principal fuente de información a informes publicados por diversos sindicatos con información, a menudo, de ámbito estatal. La necesidad de transparencia en este ámbito es, por tanto, una de las principales conclusiones al respecto.

[31] http://www.naiz.eus/es/actualidad/noticia/20170110/el-colegio-de-medicos-de-bizkaia-denuncia-precariedad-laboral-en-osakidetza

Según los datos analizados, los niveles de temporalidad en el conjunto del SNS se sitúan en torno al 31,6%, una tasa superior a la del sector sanitario privado (20,0%), al resto del sector público (19,9%) y al conjunto de general de personas trabajadoras (25,9%) del mercado laboral español. La temporalidad del SNS ha crecido sustancialmente durante los últimos años, al contrario de lo que ha ocurrido con el sector sanitario privado, en el que la precariedad ha disminuido (Puig-Samper 2016).

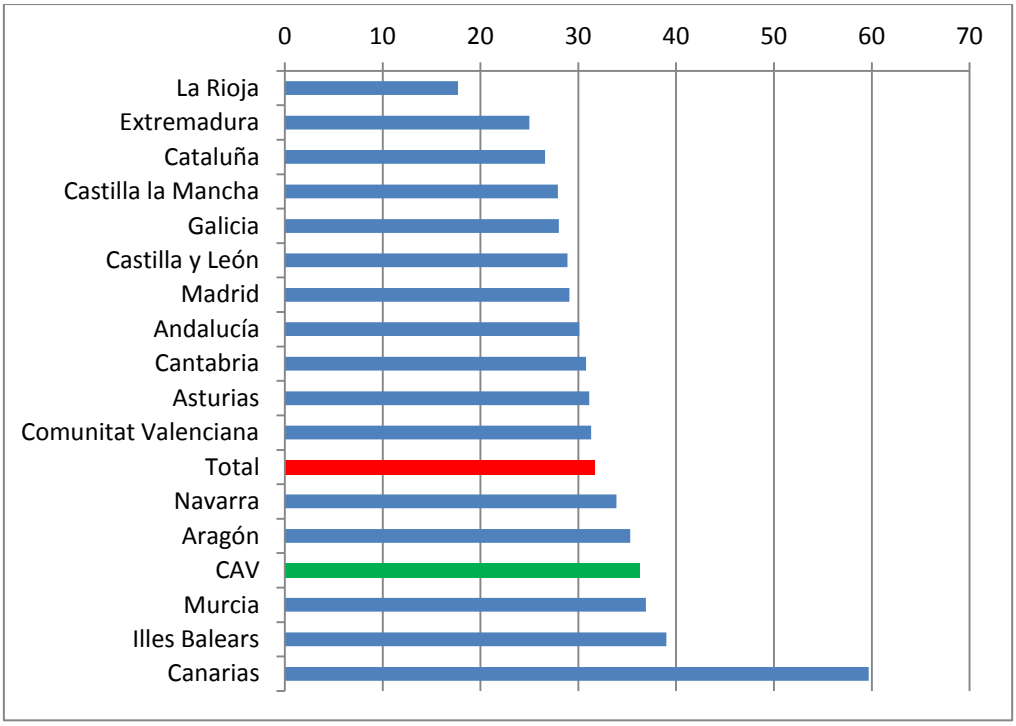
Figura 8.11. Tasa de temporalidad (% respecto al total del empleo) en el sector sanitario público y sector sanitario privado. Estado español, 1989-2016



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de Puig-Samper, 2016

En el caso concreto de la CAV, un estudio que analizó la temporalidad en el SNS, y que ofrece datos comparativos para el conjunto de CCAA, recoge que los niveles de temporalidad en la CAV son mayores que la media del Estado, situándose como la cuarta CCAA en cuanto a niveles de temporalidad dentro del sistema sanitario público (Figura 8.12).

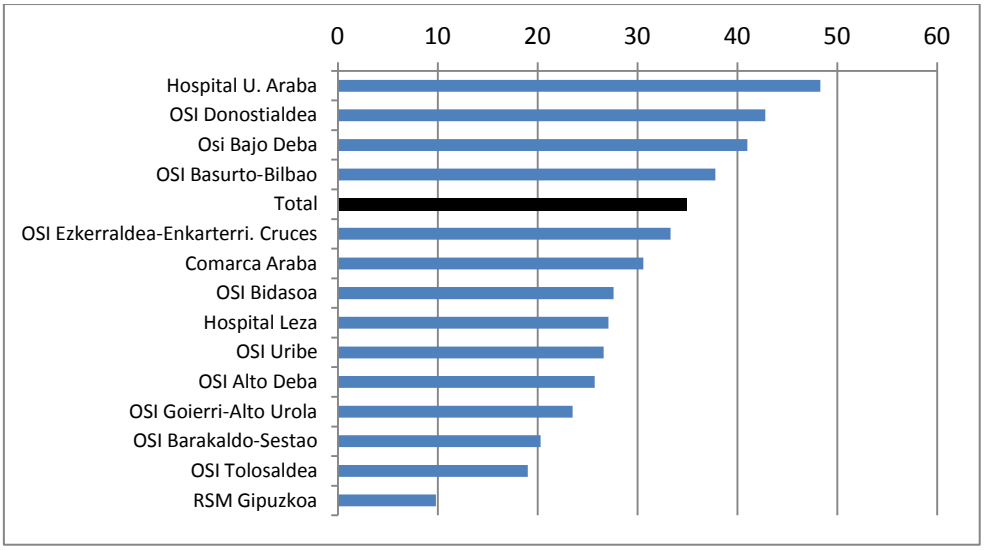
Figura 8.12. Tasa de temporalidad (% respecto al total del empleo) en el sector sanitario público por CCAA. 2016.



Fuente: elaboración propia a partir de Puig-Samper, 2016

Centrándonos en Osakidetza, datos recogidos por el Sindicato ELA (citando a Osakidetza), señalaban que en 2015 la precariedad alcanzaba el 34,9%. Este dato sitúa la temporalidad en el sistema sanitario público vasco 15 puntos por encima de la media del empleo total en la CAV, y 20 puntos por encima de la media de la Unión Europea (ELA, 2015). Estos niveles de precariedad variaron, sin embargo, sustancialmente entre organizaciones sanitarias.

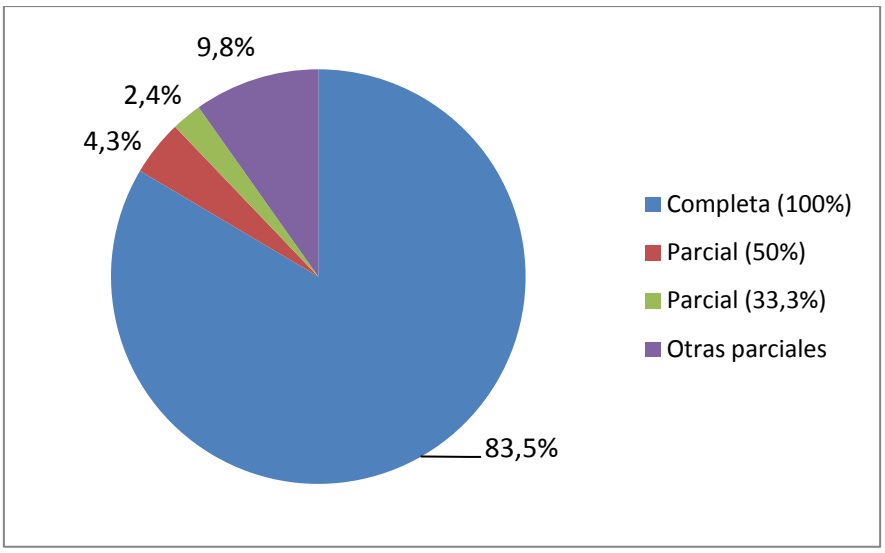
Figura 8.13. Proporción de eventualidad en Osakidetza/Sistema Vasco de Salud, total y por organización sanitaria. 2015.



Fuente. Elaboración propia a partir de (ELA, 2015)

Respecto a los contratos a jornada parcial, el 16,5% del total de contratos de Osakidetza en 2015 fueron de este tipo (ELA, 2015), y se han incrementado durante los últimos años. De esta forma, mientras el número de contratos a jornada completa se redujo un 11,7% en el periodo de enero de 2012 a abril de 2014, en ese mismo periodo los contratos al 33,3% de jornada aumentaron un 16,1%, y los contratos parciales de más del 50% un 32,7%.

Figura 8.14. Contratos de la plantilla de Osakidetza/Sistema Vasco de Salud por porcentaje de jornada. 2015.



Fuente. Elaboración propia a partir de ELA, 2015

8.1.3. Gasto privado en salud

8.1.3.1. Volumen, características y peso del gasto privado en salud

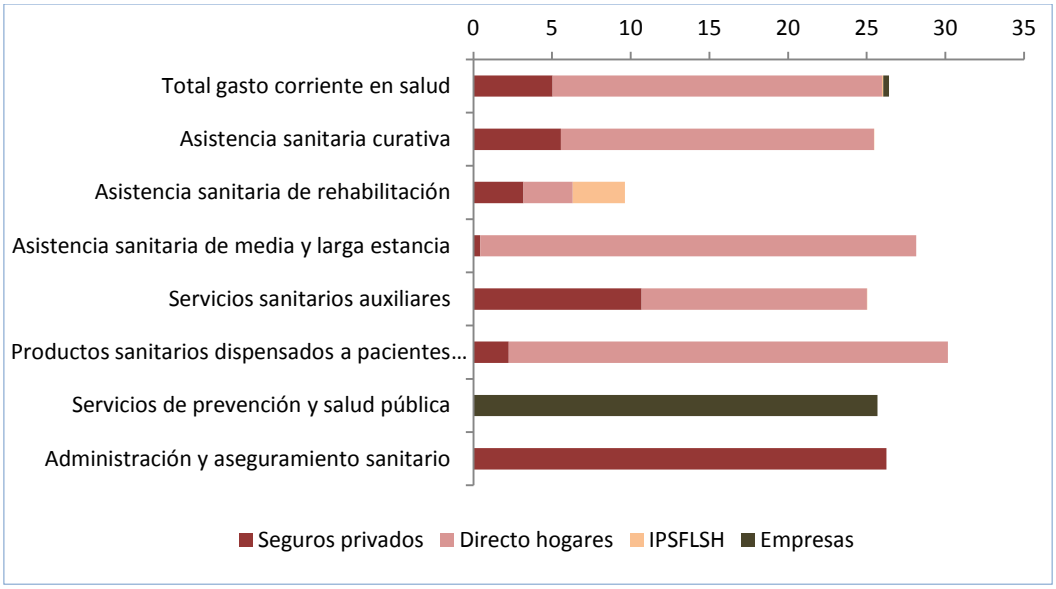
En la CAV, del total del gasto en salud durante 2012 (5.662.970.000 euros), el 26,8% (1.519.881.000 euros) fue de financiación privada, es decir, 692 euros por habitante.

La mayor parte del gasto privado se debió a pagos directos de los hogares, que supusieron el 77,1% del gasto privado en salud y el 20,7% del gasto total en salud. El gasto realizado por seguros sociales privados y empresas de seguro privadas ascendió a 289.412.000 euros, es decir, un 19,0% del gasto de financiación privada y un 5,1% del gasto total en salud.

Atendiendo a las diferentes funciones (Figura 8.15), el gasto privado es especialmente importante en partidas como los "productos sanitarios dispensados a pacientes externos", que hacen referencia fundamentalmente a los productos farmacéuticos. En este apartado el gasto privado alcanza el 30%, sobre todo mediante el pago directo de los hogares. Asimismo, destaca la "asistencia sanitaria de media y larga estancia", con un elevado porcentaje de gasto privado total y de pago directo de los hogares.

En el caso de la "asistencia sanitaria curativa", destaca el mayor peso que tienen los seguros sociales privados y las empresas aseguradoras, especialmente en la financiación de los servicios odontológicos, si bien el gasto directo realizado desde los hogares sigue siendo el fundamental. Asimismo, el peso de los seguros privados es elevado en el pago de servicios auxiliares, principalmente en relación de las pruebas de laboratorios clínicos y pruebas diagnósticas por imagen.

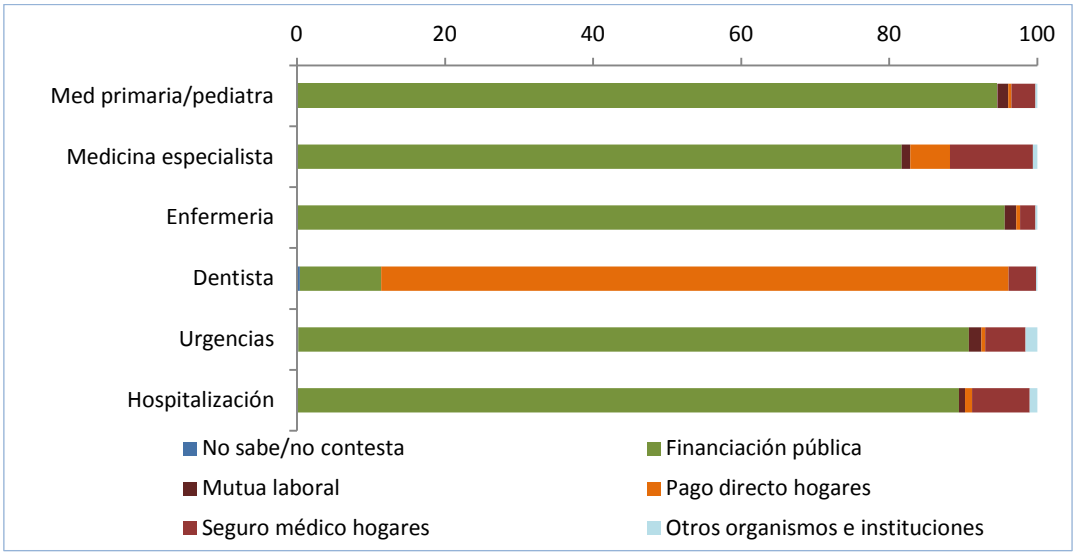
Figura 8.15. Porcentaje del gasto corriente en salud de financiación privada según tipo de agente (Seguros sociales privados y empresas de seguros privados; gasto directo de los hogares; instituciones sin fin de lucro al servicio de los hogares y empresas) y función. CAV, 2011



Fuente: elaboración propia a partir de Eustat

Atendiendo a la financiación de las consultas realizadas a profesionales sanitarios (Figura 8.16), según los datos de la Encuesta de Salud del País Vasco de 2013, la privatización de su financiación varió considerablemente según el nivel asistencial. Mientras que en la atención primaria (medicina de familia, pediatría y enfermería) el porcentaje de consultas financiadas de manera pública es de alrededor del 95%, el caso del dentista, por ejemplo, se sitúa en torno al 10%, siendo la mayor parte de las mismas financiadas directamente por los hogares (85% de las visitas). La financiación a través de un seguro privado es más relevante en el caso de la medicina especializada, que financia el 11,2% de las consultas, así como el de las hospitalizaciones (7,8%) y las urgencias (5,6%).

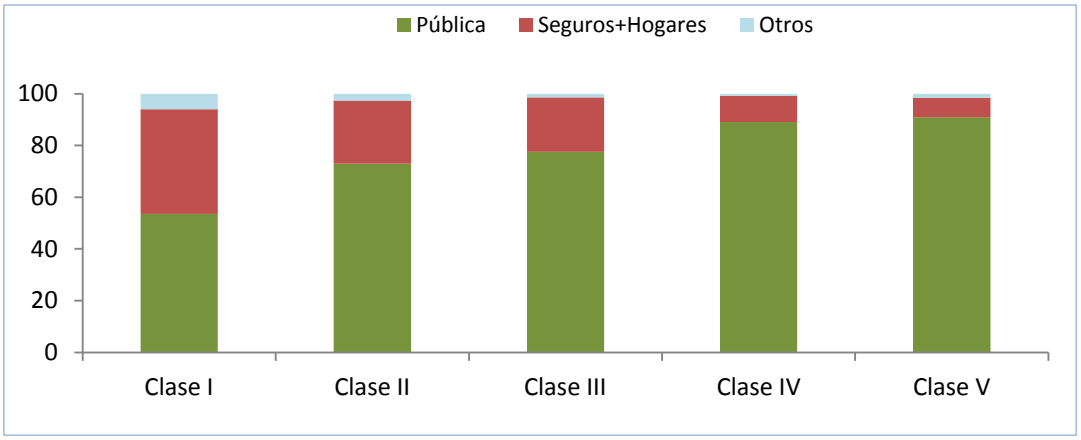
Figura 8.16. Fuente de financiación de las consultas según tipo. CAV, 2013



Fuente: elaboración propia a partir de Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca, 2013

Centrándonos en la atención especializada, el nivel socioeconómico de las personas tuvo una relación clara con el tipo de financiación de las consultas realizadas (Figura 8.17). Así, mientras que las personas de clase social más baja acudieron en un 91% a las consultas de atención especializada financiadas públicamente, entre las de clase más alta el porcentaje que acudió a consultas financiadas de manera pública alcanzó el 53,8%.

Figura 8.17. Fuente de financiación de las consultas a medicina especializada según clase social. CAV, 2013

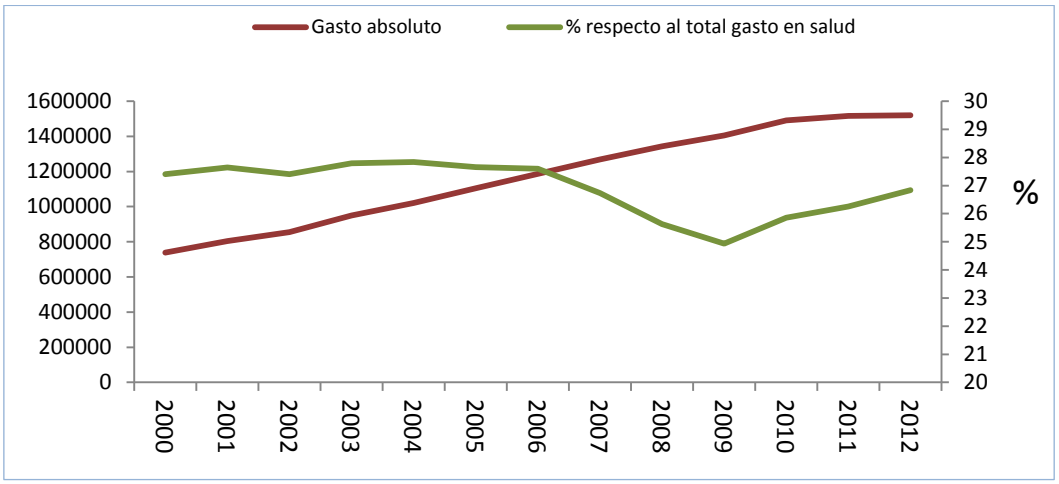


Fuente: elaboración propia a partir de Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca, 2013

8.1.3.2. Evolución de la financiación del gasto privado en salud

En lo que respecta a la evolución de la privatización de la financiación durante los últimos años, se pueden distinguir varios periodos (Figura 8.18). Entre 2000 y 2006, el gasto en salud de financiación privada aumentó, si bien su peso relativo respecto al gasto total en salud se mantuvo estable, debido al aumento paralelo del gasto de financiación pública. A partir de 2006 y hasta 2009, sin embargo, a pesar de que el gasto privado continuó aumentando en términos absolutos, su peso respecto al gasto total descendió levemente (2,7 puntos porcentuales). A partir de 2009 y hasta el último dato disponible en 2012, el porcentaje de gasto en salud que corresponde a una financiación privada aumentó en casi dos puntos porcentuales, debido en gran parte a que mientras el gasto de financiación pública descendió un 2,1% el gasto de financiación privada aumentó un 8,2%.

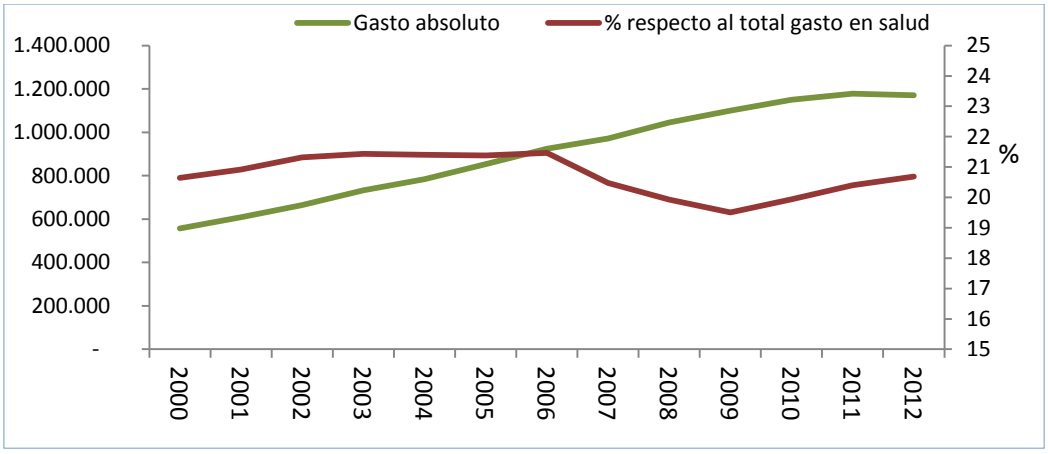
Figura 8.18. Evolución del gasto total en salud de financiación privada en términos absolutos (miles de euros) y en porcentaje (%) respecto al gasto total en salud. CAV, 2000-2012



Fuente: elaboración propia a partir de Eustat

Centrándonos en las dos fuentes principales de la financiación privada (el gasto directo de hogares y el realizado por seguros sociales privados y empresas de seguro privadas) en el primero de ellos, la evolución fue muy similar a la descrita para el conjunto de la financiación privada (Figura 8.19). Debido al gran peso que el gasto directo de los hogares tiene sobre el total de la financiación, ésta se ve altamente influenciada por lo que ocurra con el gasto directo de los hogares. De esta forma, se reproduce básicamente lo descrito anteriormente para los tres periodos: de 2000 a 2006, el gasto absoluto directo de los hogares aumentó, pero no el peso del mismo en el gasto total, que se mantuvo constante. A partir de 2006 y hasta 2009, el gasto total de los hogares siguió aumentando, aunque a menor ritmo que el gasto total en salud y, por lo tanto, descendió su peso sobre el conjunto. Por último, a partir de 2009 y hasta el último año disponible, a pesar de que el crecimiento del gasto de los hogares se ralentizó e incluso descendió en el último año, su peso respecto al gasto total aumentó un 6,0%.

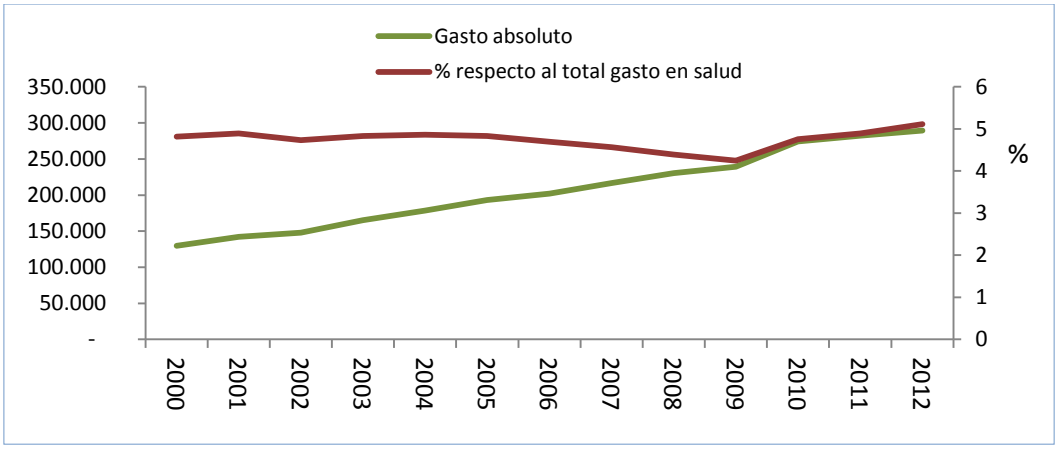
Figura 8.19. Evolución del gasto directo de hogares en términos absolutos (miles de euros) y en porcentaje (%) respecto al gasto total en salud. CAV, 2000-2012



Fuente: elaboración propia a partir de Eustat

En el caso del gasto realizado a través de seguros sociales privados y empresas de seguros privados, su evolución difirió ligeramente de lo descrito para el gasto directo de los hogares. Así, su peso se mantuvo más estable durante la primera etapa de la década de 2000 y comenzó a descender antes (2005) respecto a lo descrito para el gasto privado total (Figura 8.20). Además, este descenso fue menor que el experimentado por el gasto privado total y el gasto directo de los hogares. Por último, a partir de 2009, tanto el gasto absoluto como su peso respecto al total, aumentaron en mayor medida que el gasto privado total o el gasto directo de los hogares. Así, de 2009 a 2012, mientras que el gasto total de financiación privada aumentó un 8,2% y el gasto de los hogares un 6,5%, el gasto realizado por seguros y empresas privadas aumentó un 20,9%.

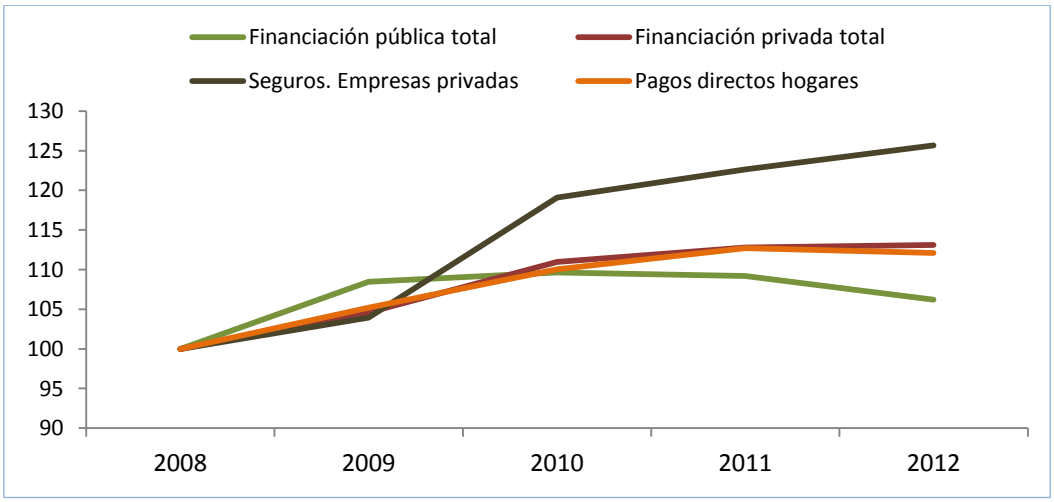
Figura 8.20. Evolución del gasto de seguros sociales privados y empresas de seguro privadas en términos absolutos (miles de euros) y en porcentaje (%) respecto al gasto total en salud. CAV, 2000-2012



Fuente: elaboración propia a partir de Eustat

Centrándonos en el periodo de crisis económica, el gráfico siguiente (Figura 8.21) muestra la evolución del gasto en salud en la CAV según los tipos de financiación considerada: gasto público total, gasto privado total, gasto directo de los hogares y gasto de seguros privados. El gasto público total aumentó durante los primeros momentos de la crisis, principalmente en el periodo 2008 a 2009, si bien se redujo a partir de 2010-2011. Durante el conjunto del periodo, este gasto aumentó solamente un 6,2%. En cuanto al gasto privado, si bien durante el primer año de la crisis éste creció menos en términos relativos que el gasto público, a partir de 2009 se incrementó en mayor medida que el primero. En el total del periodo, el gasto privado total en salud aumentó un 13,1%. Especialmente reseñable es el caso del gasto de los seguros sociales privados y empresas de seguros privadas, que aumentó un 25,7% durante dicho periodo.

Figura 8.21. Evolución respecto a 2008 (2008=100) del gasto de financiación pública total, de financiación privada total, de seguros sociales y empresas aseguradoras privadas y del gasto directo de los hogares. CAV, 2008-2012



Fuente: elaboración propia a partir de Eustat

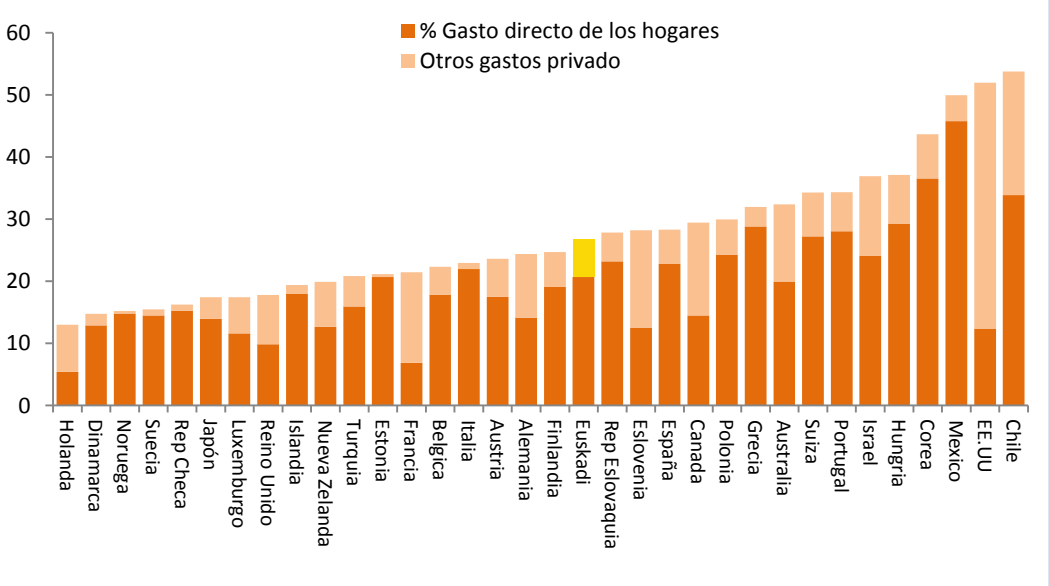
8.1.3.3. El gasto privado en salud en perspectiva estatal e internacional

En la CAV, el porcentaje que la financiación privada representa en el total del gasto en salud (26,8%) está muy por encima de la mayor parte de países del norte de Europa, como Holanda, Dinamarca o Noruega, donde este porcentaje se sitúa en torno al 15% (Figura 8.22). También es mayor que en gran parte de países continentales como Francia, Bélgica, Austria, Alemania o incluso países del sur como Italia, donde el porcentaje se sitúa en el 20-24%. De esta forma, la CAV presenta un porcentaje de privatización de la financiación inferior únicamente a países como España (28%), Grecia (31%) o Portugal (34%).

Respecto al resto de países de la OCDE, la CAV presenta una situación intermedia entre países con un bajo porcentaje de privatización como Japón, Islandia o Nueva Zelanda, y muy lejos de

sistemas sanitarios altamente privatizados en su financiación como México, EEUU o Chile, donde el porcentaje de gasto privado supone alrededor de la mitad del gasto total en salud.

Figura 8.22. Porcentaje de financiación privada según tipos de gasto (gasto directo de hogares y resto) respecto al total de gasto en salud. CAV y diferentes países de la OCDE, 2011 o dato más cercano



Fuente: elaboración propia a partir de Eustat y OCDE

Atendiendo únicamente al porcentaje que representa el gasto directo de los hogares sobre el gasto total en salud, la CAV presenta un porcentaje aún mayor respecto al resto de países que en el caso del gasto privado total. Así, el porcentaje de la CAV (20,7%) es considerablemente mayor que el de países como Holanda (5,4%), Francia (6,9%) o Reino Unido (9,9%) y es casi únicamente menor que en países del sur de Europa como Italia (22,0%) España (22,9%), Portugal (28,1%) y otros países con un alto grado de privatización como Mexico (45,8%) o Chile (33,9%).

8.1.4. Privatización del aseguramiento sanitario

La privatización del aseguramiento, que alude a la gestión privada del aseguramiento y a su fragmentación, puede considerarse en los países como el nuestro un factor complementario a la privatización de la financiación. Tal y como se ha comentado en el capítulo 2, la existencia de un aseguramiento privado es un factor que favorece las desigualdades de acceso a los servicios sanitarios y tiene importantes consecuencias para el sistema sanitario público.

A la hora de describir las desigualdades en el aseguramiento privado en la CAV abordaremos dos cuestiones. Por una parte, las mutualidades de funcionariado, ya que la posibilidad de elección por parte de las personas pertenecientes a este colectivo entre recibir asistencia en el sistema público o a través de una aseguradora privada supone un claro ejemplo de privatización del aseguramiento y un trasvase de recursos del sistema público a empresas

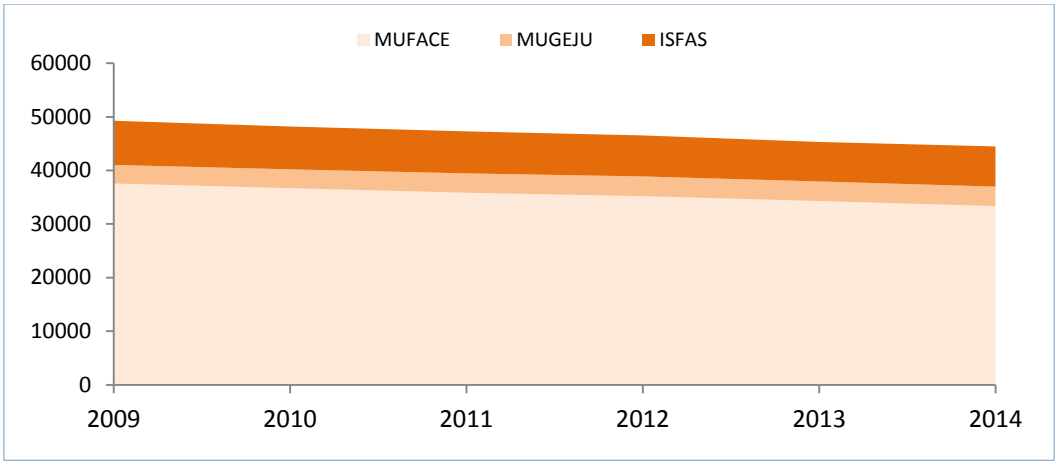
privadas. Por otra parte, y aunque también se ha abordado en el apartado de financiación, este apartado también describirá la existencia de seguros privados sanitarios. En este caso, no será un análisis desde la perspectiva del gasto, sino desde la perspectiva de las personas aseguradas, y de los mecanismos de subvención pública de estos seguros privados, como las desgravaciones fiscales de los mismos.

8.1.4.1. Aseguramiento privado con financiación pública: las mutualidades del funcionariado

En el año 2014 había en la CAV 44.455 personas pertenecientes a una de las tres mutualidades de funcionariado principales: la Mutualidad de Funcionarios/as Civiles del Estado (MUFACE), la Mutualidad General Judicial (MUGEJU) o el Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS). De ellas, el 75% pertenecía a MUFACE, el 8% de MUGEJU y un 17% a ISFAS.

La evolución de este colectivo no ha sufrido variaciones reseñables en los últimos años, con una sostenida tendencia a la baja, que le hizo perder un 9% en 2014 respecto a 2009 (Figura 8.23). Esta pérdida en el tamaño del colectivo se debe principalmente al descenso del colectivo MUFACE, que se redujo un 11% en el periodo 2009 a 2014, y también ISFAS, con un 9%. El colectivo MUGEJU, por el contrario, incrementó su tamaño en un 5%.

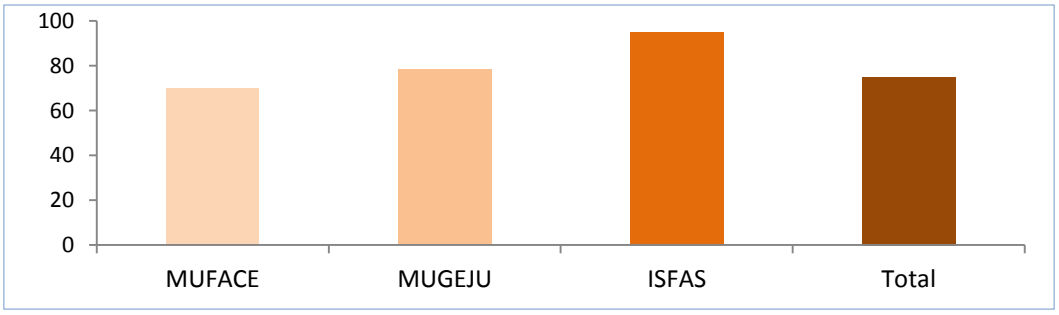
Figura 8.23. Evolución del número de personas pertenecientes a una mutualidad de funcionariado, según mutualidad. CAV, 2009-2014



Fuente: elaboración propia a partir de memorias anuales de MUFACE, MUGEJU e ISFAS

En base a los datos de las memorias de las diferentes mutualidades, en la CAV el 75% de las personas funcionarias pertenecientes a estas mutualidades seleccionaron un aseguramiento sanitario privado. Es decir, 33.928 personas tuvieron asistencia sanitaria proporcionada por una aseguradora privada financiada con fondos públicos (Figura 8.24). El porcentaje que optó por el aseguramiento privado varió entre las diferentes mutualidades, siendo el colectivo perteneciente a MUFACE el que seleccionó en menor proporción la asistencia sanitaria a través de una aseguradora privada, mientras que el colectivo ISFAS la eligió en mayor proporción.

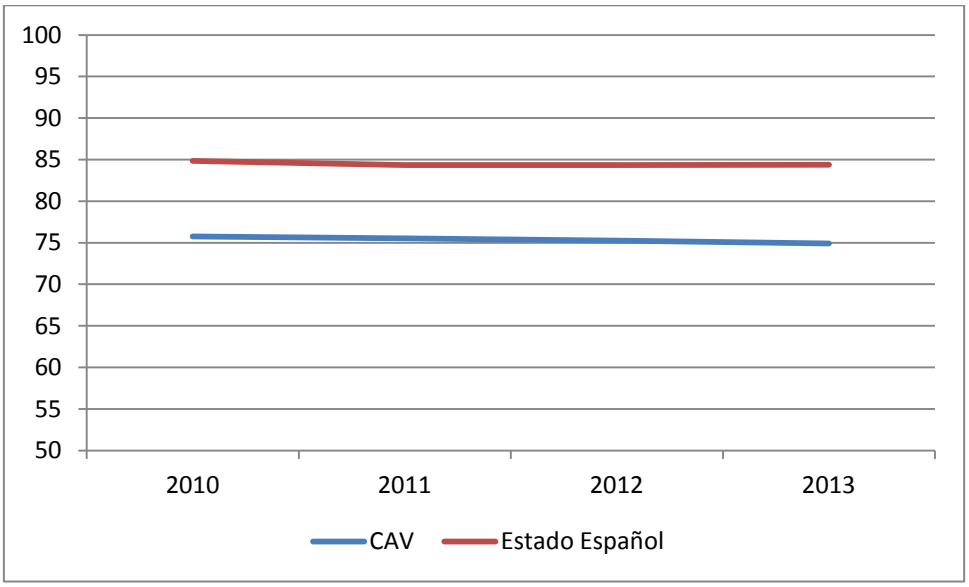
Figura 8.24. Porcentaje de personas pertenecientes a las mutualidades de funcionariado que optaron por el aseguramiento sanitario privado, según mutualidad. CAV, 2013



Fuente: elaboración propia a partir de memorias anuales de MUFACE, MUGEJU e ISFAS

El porcentaje de personas funcionarias que seleccionó una aseguradora sanitaria privada se ha mantenido constante durante los últimos años con una leve tendencia descendente (Figura 8.25). En comparación con el conjunto del Estado, en la CAV este porcentaje es casi 10 puntos porcentuales menor. Así, mientras que en la CAV el 75% de las personas funcionarias optaron por la asistencia privada, en el conjunto del Estado ese porcentaje fue del 84%.

Figura 8.25. Porcentaje de personas pertenecientes a las mutualidades de funcionarios que optaron por el aseguramiento sanitario privado según mutualidad. CAV y Estado español, 2010-2013



Fuente: elaboración propia a partir de memorias anuales de MUFACE, MUGEJU e ISFAS

8.1.4.2. Seguros sanitarios privados

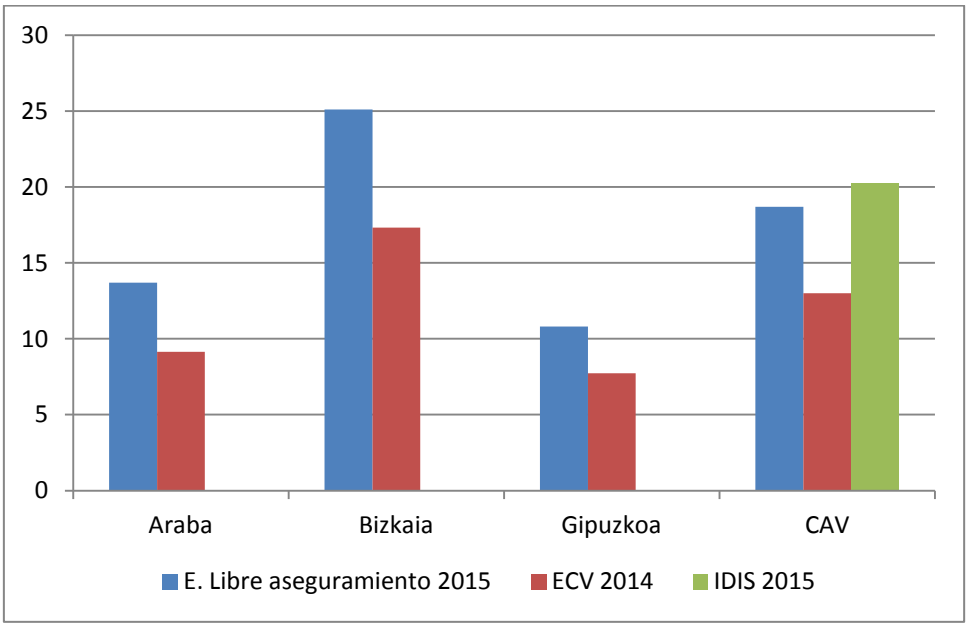
Teniendo en cuenta el estado de las fuentes de información disponibles, resulta complicado realizar una descripción de la cobertura y características de los seguros sanitarios privados en la CAV. No existe una fuente de datos que ofrezca información completa y actualizada sobre el tema, y es necesario recurrir a varias fuentes complementarias.

Comenzando con la estadística oficial, la fuente más completa es la Encuesta de Entidades de Libre Aseguramiento llevada a cabo por Eustat, que permite conocer los recursos y actividad

de las entidades de seguro libre de asistencia médico-farmacéutica que operan en la CAV, bien sean de ámbito estatal como comunitario. Sin embargo, las limitaciones de esta fuente de información son varias. Por una parte, su base es la información suministrada por empresas de seguros con sede en la CAV, lo que puede subestimar el fenómeno. La estadística es, en consecuencia, altamente dependiente de la voluntariedad de las mismas por ofrecer la información de forma adecuada y, además, no se recogen apenas características de las personas aseguradas. Además, el último dato disponible de la serie anual es de 2011, habiéndose publicado recientemente el dato de 2015 pero no los datos de años intermedios. Es por ello que la información ha sido completada con la de otras fuentes de datos. Por una parte, la Encuesta de Condiciones de Vida, realizada por Eustat, recoge la tenencia de un seguro sanitario privado, por lo que permite obtener una estimación, con una metodología distinta a la Encuesta de Entidades de Libre Aseguramiento, del número de personas con seguro privado en 2009 y 2014 para mayores de 16 años. Por último, la Fundación Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (IDIS), formada por el sector sanitario privado, publica en sus memorias anuales información sobre el número de primas y personas aseguradas.

En base a las diferentes fuentes comentadas, el porcentaje de personas con seguro sanitario privado se situaría en la CAV en torno al 15-20% de las personas. Este porcentaje varía sustancialmente entre territorios históricos (Figura 8.26). Así, la mayor proporción de doble aseguramiento se sitúa en Bizkaia, entre el 17 y el 25%, y la menor en Gipuzkoa, donde entre el 8-11% de las personas cuentan con un seguro sanitario privado. Araba se sitúa en una posición intermedia con un porcentaje de doble aseguramiento entre el 9 y el 14%.

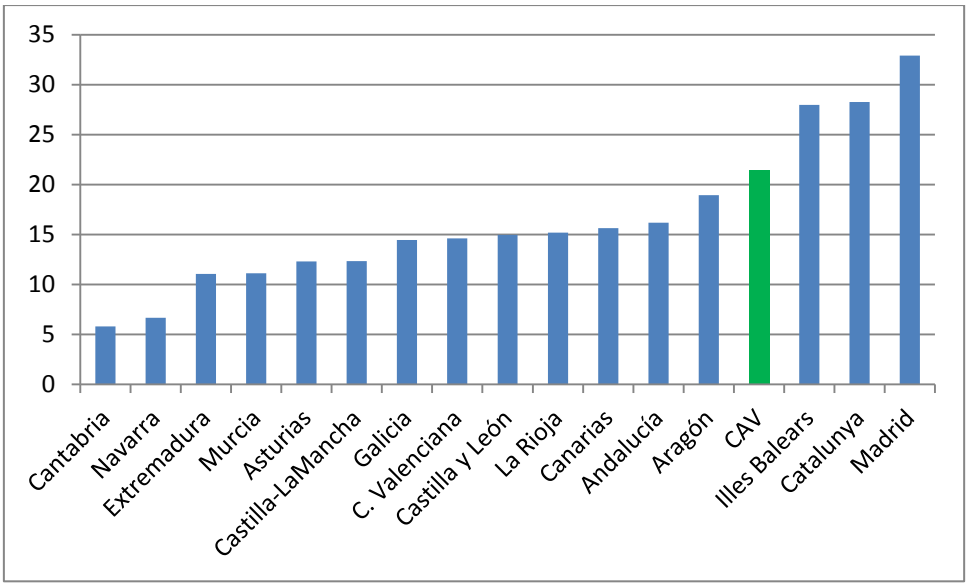
Figura 8.26. Porcentaje de personas con seguro sanitario privado por Territorio Histórico, según varias fuentes. Encuesta de Condiciones de Vida 2014, Encuesta de Libre Aseguramiento 2015 e IDIS 2015. CAV, 2014-2015



Fuente: elaboración propia a partir de Eustat y Fundación IDIS

En comparación con el resto de CCAA, la CAV muestra una presencia del seguro privado mayor, junto con Madrid (33,0%), Catalunya (28,3%) y Baleares (21,4%), y lejos de otras como Cantabria (5,8%).

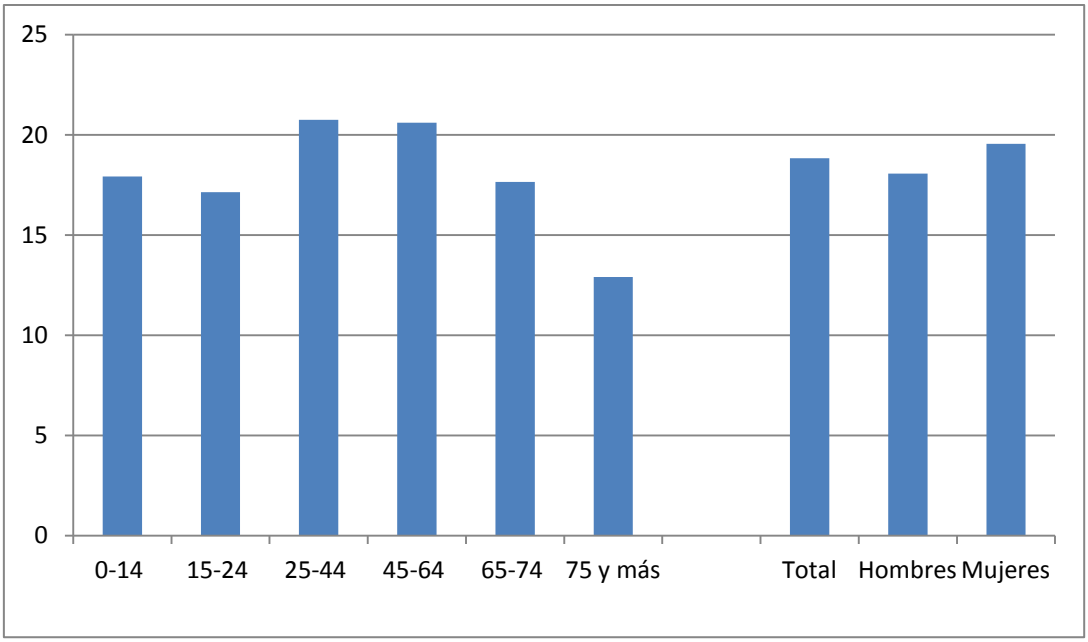
Figura 8.27. Porcentaje de personas con seguro privado de prestaciones sanitarias por CCAA. Estado Español 2015



Fuente: elaboración propia a partir de UNESPA. Memoria Social 2015

El porcentaje de personas con seguro privado varió sustancialmente con la edad, como se aprecia en la figura 8.28. Así, fue el grupo de 25 a 64 años el de mayor porcentaje de aseguramiento sanitario privado. El grupo de más edad, sin embargo, fue el de un porcentaje menor, de forma que entre los mayores de 74 años la frecuencia de personas con un seguro privado de salud es 7 puntos porcentuales menor que entre la población de 25 a 44 años. Las diferencias entre hombres y mujeres fueron poco relevantes, si bien entre las mujeres el porcentaje de personas con seguro privado fue un punto y medio superior que en los hombres.

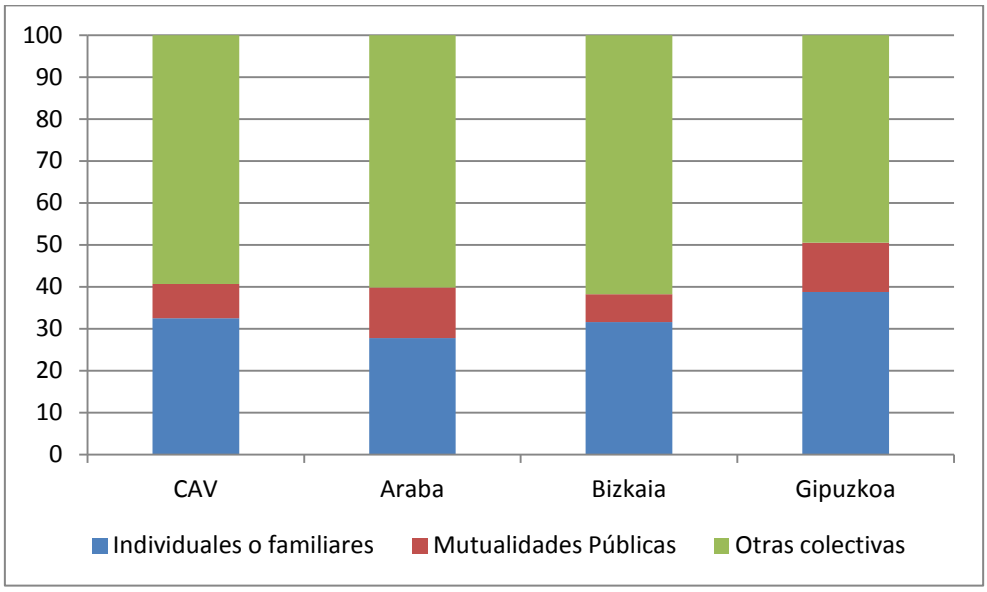
Figura 8.28. Porcentaje de personas con seguro sanitario privado por edad y sexo, Encuesta de Libre Aseguramiento. CAV, 2015



Fuente: elaboración propia a partir de Eustat e INE

Del total de 407.171 personas aseguradas en la CAV en el año 2015, más de la mitad (59,3%) correspondía a seguros colectivos, es decir, los concertados directamente por la empresa a favor de las personas empleadas. Los seguros suscritos por personas individuales o familias suponían el 32,5%, mientras que el 8,2% restante correspondía a mutualidades públicas de funcionariado. El porcentaje de cada modalidad se mostró diferente en cada territorio histórico (Figura 8.29). De esta forma, el peso de los seguros suscritos colectivamente fue sustancialmente mayor en Bizkaia y Araba (61,8% y 60,2%) respecto a Gipuzkoa (49,5%), mientras que en Gipuzkoa mostraron tener más peso los seguros suscritos individualmente o por familias.

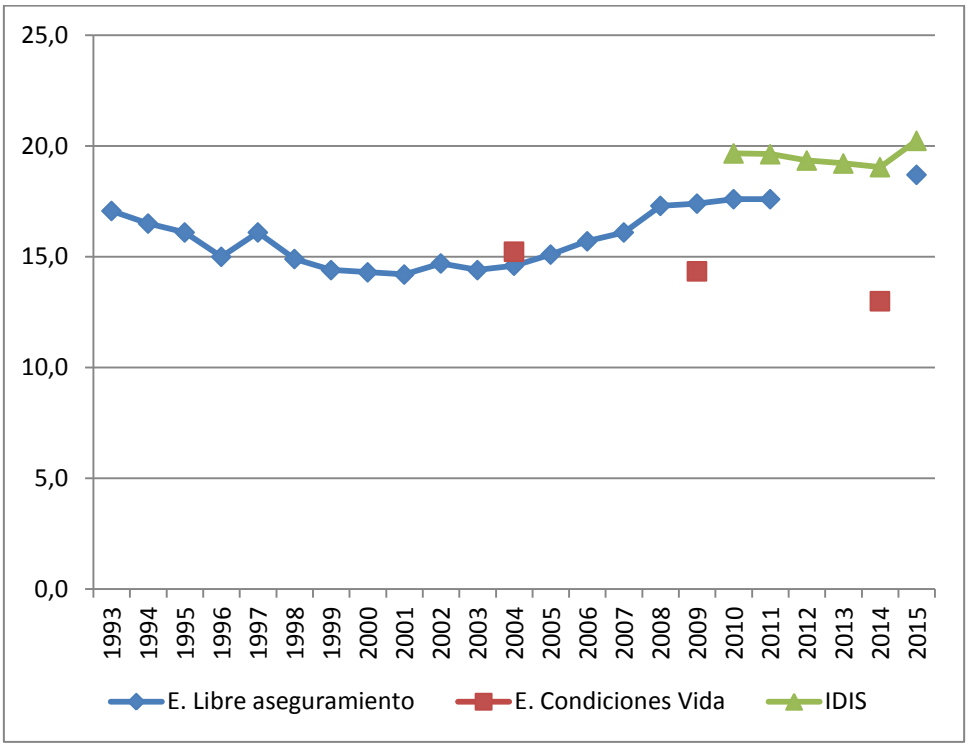
Figura 8.29. Distribución de las personas con seguro sanitario privado según modalidades de aseguramiento. CAV y Territorios Históricos, 2015



Fuente: elaboración propia a partir de Eustat

El porcentaje de personas con doble aseguramiento no ha sufrido grandes cambios en las últimas décadas. Sin embargo, a partir de 2003, este porcentaje inició una moderada pero constante tendencia ascendente, que después de un periodo de ralentización del crecimiento entre 2008-2011, ha iniciado nuevamente una tendencia claramente ascendente en los últimos años (Figura 8.30). De esta forma, en 2015 el número de personas con seguro privado en la CAV ha aumentado un 33,3% desde 2003. Es decir, en 2015 10 mil personas más que en 2003 cuentan con un seguro privado. Este aumento ha sido también intenso durante los últimos años, de manera que desde 2011 a 2015 el número de personas aseguradas ha aumentado un 6,4%, es decir, en 24.561 personas.

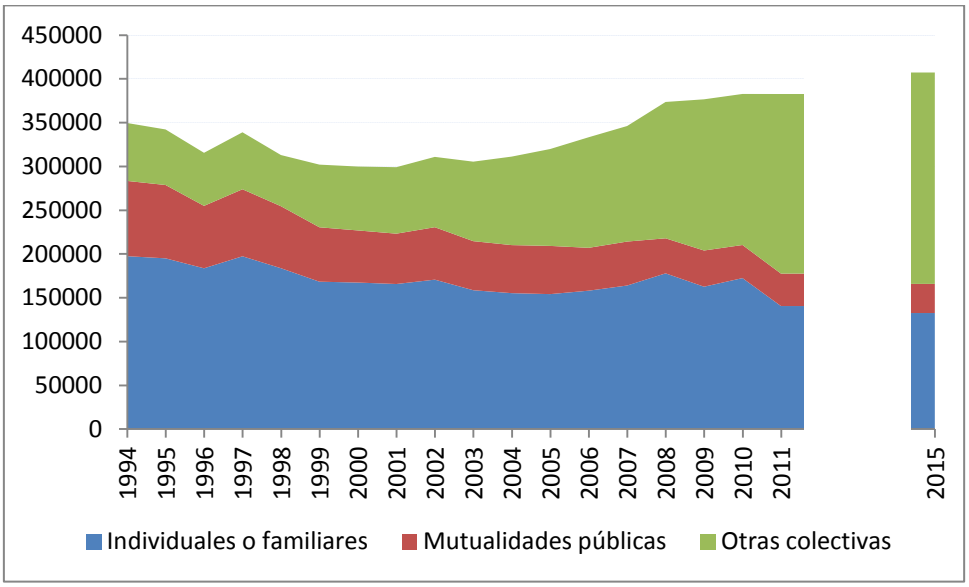
Figura 8.30. Evolución del porcentaje de personas con seguro sanitario privado según varias fuentes. Encuesta de Condiciones de Vida, Encuesta de Libre Aseguramiento y Fundación IDIS. CAV, 1993-2015



Fuente: elaboración propia a partir de Eustat y Fundación IDIS

El aumento producido en el periodo de 2003 hasta 2015, se debe al incremento del aseguramiento colectivo, es decir, a los seguros concertados por las empresas para las personas trabajadoras. Así, el número de este colectivo creció un 165%, pasando de representar a más de 90 mil personas a 240 mil. Este aumento también fue considerable en el periodo de 2011 a 2015, en el que aumentó un 17,7%, es decir, en 36.333 personas. El resto de tipos de aseguramiento descendieron, sobre todo las mutualidades de funcionariado (un 40,6% en el periodo de 2003 a 2011) y el de seguros contratados por particulares (16,4%). (Figura 8.31).

Figura 8.31. Evolución del número de personas con seguro sanitario privado según modalidad de aseguramiento. CAV, 1994-2015



Fuente: elaboración propia a partir de Eustat

8.1.5. La privatización de la financiación de la salud como amenaza para la salud poblacional

En el apartado anterior se han descrito los principales datos sobre la privatización de la financiación de la salud en la CAV, centrándose en las magnitudes de la misma. Este último apartado tiene como objetivo complementar esta visión cuantitativa con los resultados derivados de las entrevistas realizadas, así como el análisis de los recientes debates académicos y políticos en torno a la privatización sanitaria. Con ello, se pretende aportar información complementaria que escapa a la realidad cuantitativa de la privatización de la financiación pero que ayuda a describirla y comprenderla de forma más adecuada.

La financiación de la salud constituye la dimensión de la privatización que supone un mayor riesgo para la salud poblacional y para el aumento de las desigualdades sociales en salud. Asimismo, tal y como se ha descrito en el capítulo 4, puede tener un impacto negativo para el funcionamiento del sistema sanitario público.

Además, si bien no existe un consenso claro en la literatura internacional y el debate político en torno a la definición de privatización sanitaria y qué se puede considerar un proceso de privatización, en el caso de la privatización de la financiación existe un consenso bastante amplio en señalar que éste es un elemento claro de privatización sanitaria y en torno a sus efectivos negativos.

Sin embargo, la privatización de la financiación no suele ser protagonista ni en las reivindicaciones de los diferentes agentes contrarios a la privatización, ni en los debates en torno a la misma. De la misma forma, este tipo de privatización tampoco representó la mayor

preocupación entre las personas entrevistadas en esta investigación. Este hecho es especialmente llamativo en el caso de la CAV ya que, en comparación con el contexto internacional, existe un importante margen de mejora al respecto. La CAV presenta un porcentaje de gasto privado en salud mayor que gran parte de países de su entorno, habiendo, además, aumentado en los últimos años tanto el porcentaje de gasto sanitario privado como el de personas con seguro sanitario privado.

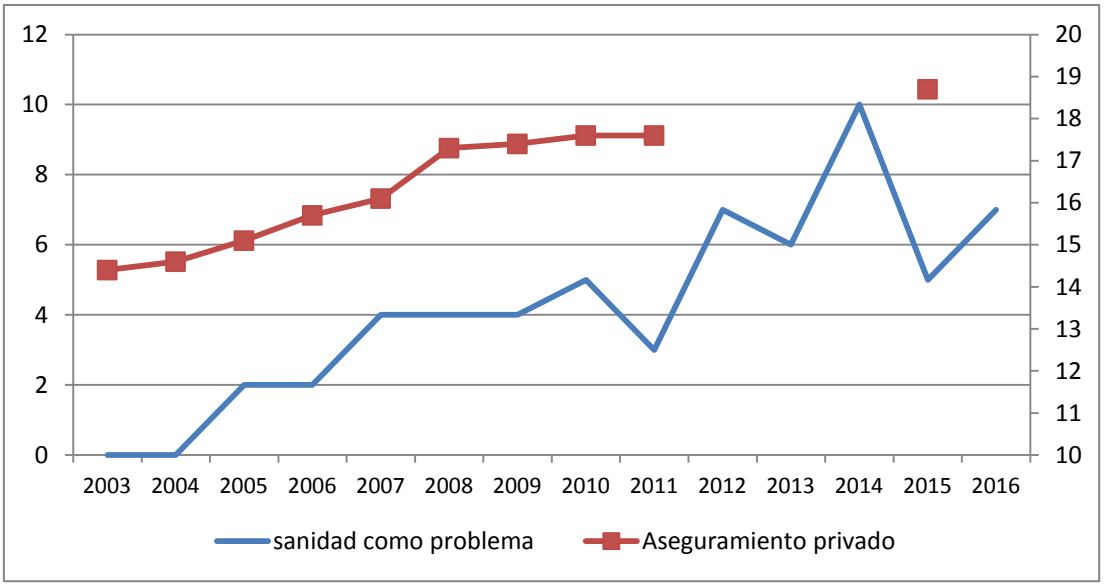
Varias pueden ser las razones que expliquen esta menor presencia de la privatización de la financiación en los debates actuales. En primer lugar, una parte importante del gasto sanitario privado se explica por la existencia de servicios no cubiertos o cubiertos sólo parcialmente por el sistema público. De esta forma, existe una cierta naturalización del hecho de que determinados servicios sanitarios no estén cubiertos por el sistema público, estén parcialmente cubiertos o estén sujetos a copagos, como, por ejemplo, el caso de la salud dental. Sin embargo, la falta de cobertura o cobertura parcial de determinados servicios por parte del sistema sanitario público es, en ocasiones, fruto de coyunturas históricas o decisiones políticas determinadas que no se explican por el resultado esperable en términos de impacto en la salud de la población. Por tanto, la modificación de la cartera de servicios es, lógicamente, una cuestión política, lo que supone que la inclusión de servicios no cubiertos esté únicamente sujeta a decisiones de esta naturaleza. Así lo muestra, por ejemplo, la inclusión dentro de la financiación pública de la atención dental infantil en 1990 en la CAV a través del programa PADI, o de las interrupciones voluntarias del embarazo tras la entrada en vigor de la Ley Orgánica 2/2010 en el conjunto de CCAA.

En segundo lugar, y en referencia al aumento de los seguros sanitarios privados, su posible relación con las características de las políticas públicas de salud no suele reconocerse con tanta claridad como en el caso de otras dimensiones de la privatización sanitaria. Ello conlleva que, habitualmente, no se atribuya la responsabilidad de la evolución de la cobertura sanitaria privada a la actuación de la administración pública. Un ejemplo puede encontrarse en el siguiente extracto de la entrevista realizada al consejero de salud del Gobierno Vasco en el diario Deia el 3 de enero de 2017. A la pregunta "*Que más de 400.000 vascos tengan un seguro sanitario privado, ¿significa que no se fían de Osakidetza?*", el consejero contesta: "*Yo creo que significa que hay un nivel de riqueza suficiente para que haya gente que, por una atención especializada más personal o por una habitación privada o por una demora un poco inferior, no le importe pagar ese seguro privado. (….)*". Sin embargo, se ha comprobado que las características del sistema sanitario público determinan enormemente la evolución del aseguramiento privado. Así, los procesos de debilitamiento del sistema sanitario, a través de recortes presupuestarios o precarización de sus profesionales, tienen una influencia directa en el crecimiento del aseguramiento privado. En este sentido, el aumento que este aseguramiento ha experimentado en los últimos años en la CAV puede estar relacionado con las respuestas políticas a la crisis y sus consecuencias en el sistema sanitario. Así, la figura 8.32 muestra el considerable aumento durante la crisis de la preocupación social por la sanidad, especialmente en los años de mayores recortes sanitarios (2012-2014), y cómo, además, este aumento se acompaña de un incremento del aseguramiento privado.

Este tipo de momentos históricos, en los que habitualmente existe una deslegitimación social del sistema sanitario público, suponen una de las mayores amenazas para el mismo y, por

extensión, para la salud poblacional y la evolución de las desigualdades sociales en salud. De ello se deriva que las amenazas más importantes para el futuro del sistema sanitario público no están tanto en procesos como el envejecimiento poblacional, sino en estas otras dinámicas favorecedora del deterioro de la calidad del sistema que conllevan su progresiva deslegitimación social y la consiguiente huida hacia sistemas de aseguramiento privado por parte, sobre todo, de las capas sociales más favorecidas.

Figura 8.32. Evolución del porcentaje de la población que menciona la sanidad como uno de los principales problemas de la CAV del porcentaje de personas con seguro sanitario privado*. CAV, 2003-2016.



Fuente: elaboración propia a partir de Eustat y Gabinete de Prospección Sociológica

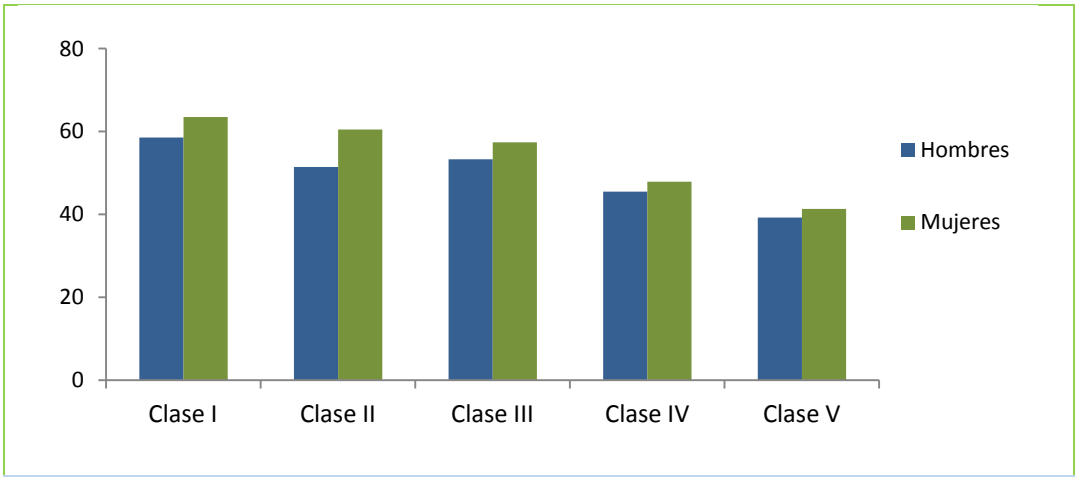
* No existen datos para el periodo 2012-2014

8.1.5.1. La salud dental: un ejemplo de las amenazas de la privatización de la financiación sanitaria

La salud dental constituye uno de los ámbitos en los que más claramente se aprecia la privatización de la financiación sanitaria en nuestro contexto, así como sus efectos. El sistema público solamente incluye prestaciones mínimas en atención dental, salvo en el caso de las y los menores, para quienes existe un plan específico que financia públicamente la asistencia a través de un sistema de provisión mixta, mayoritariamente privada.

Tal y como se observa en la figura 8.33, este sistema de financiación de la salud dental genera importantes desigualdades de acceso, mayores que las descritas para otros niveles asistenciales especializados.

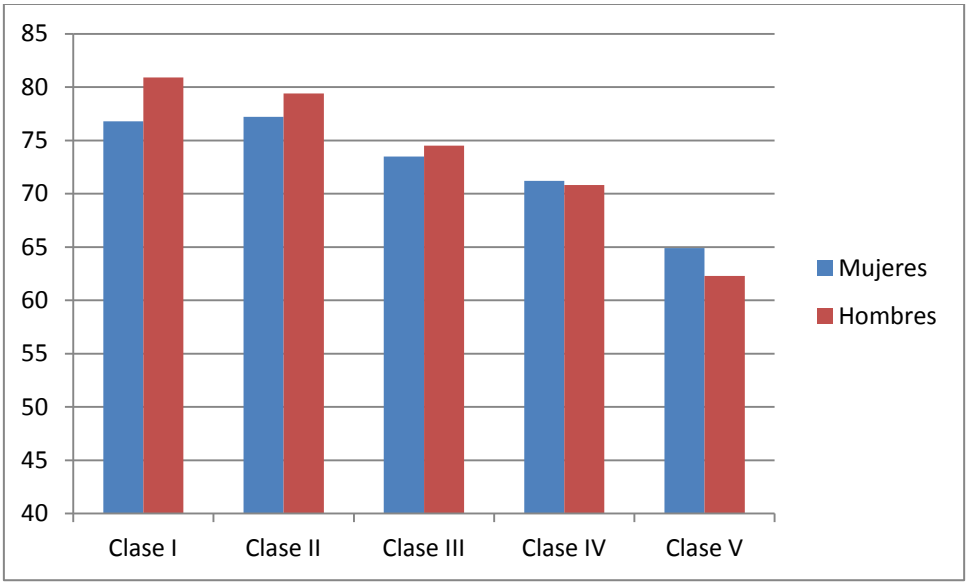
Figura 8.33. Porcentaje de personas que han consultado al dentista el último año por clase social y sexo. CAV, 2013



Fuente: elaboración propia a partir de los microdatos de la Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca, 2013

Las desigualdades no sólo son evidentes en el acceso a los servicios, sino en sus consecuencias directas, es decir, en el estado de la salud dental de la población. Tal y como muestra la figura 8.34, el porcentaje de personas con buena salud dental fue, en los hombres, 19 puntos porcentuales mayor en la clase más favorecida respecto a la más desfavorecida, siendo esta distancia de 11 puntos en mujeres.

Figura 8.34. Porcentaje de personas con buena salud dental percibida por clase social y sexo estandarizado por edad. CAV, 2013



Fuente: elaboración propia a partir de los microdatos de la Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca, 2013

El abandono de la salud dental por parte del sistema público, la ha dejado casi exclusivamente en manos del sector privado. De esta forma, la salud dental se ha convertido en un elemento altamente mercantilizado. Los casos recientemente mediáticos de *Vitaldent* y *Funnydent* han puesto en evidencia los peligros que puede conllevar esta mercantilización para la salud de la población. La ocurrencia de estos casos ha llevado incluso a varios colegios de profesionales de la odontología a reaccionar y denunciar lo que han denominado como "mercantilización de la salud dental". Sin embargo, a pesar de la relevancia mediática de estos casos, la presencia del sector privado en la atención dental no es nueva, ya que la salud dental era ya un sector tradicionalmente mercantilizado antes de la llegada de estas empresas, como consecuencia de la exclusión de su provisión por parte del sistema sanitario público en la gran mayoría de los casos.

Por el contrario, la salud dental constituye un ejemplo positivo acerca de la posibilidad de que un servicio tradicionalmente de financiación privada pueda pasar a ser financiado públicamente, generando así importantes beneficios para la salud poblacional y la reducción de las desigualdades sociales en salud. En concreto, durante los años 1990, se instauró en la CAV el Plan de Atención Dental Infantil (PADI), un programa de financiación pública y provisión mixta (pública/concertada) que tuvo como función regular, asegurar, financiar y proveer atención dental a toda la población vasca de entre 7 y 15 años. El PADI, con una cobertura más o menos estable del 66% de la población de dicha franja de edad, ha conseguido importantes resultados en salud dental infantil, asimilando las tasas de población infantil de 12 años libres de caries a las de otros países avanzados (Salazar y Aguirre, 2015). En términos de equidad, aunque existan patrones sociales en el uso del programa, es innegable el efecto beneficioso que ha tenido como elemento clave reductor de las desigualdades en salud dental infantil en la CAV (Salazar y Aguirre, 2015).

8.2. La privatización de la provisión sanitaria

8.2.1. Introducción

La concertación pública de servicios sanitarios con entidades privadas y la externalización de servicios no sanitarios son los procesos que más atención generan al hablar de privatización sanitaria. Incluso en algunos casos cuando se alude a la privatización sanitaria, se hace referencia casi exclusivamente a este tipo de contrataciones con el sector privado.

Esta dimensión de la privatización sanitaria es la que genera asimismo las posiciones más enfrentadas entre las personas entrevistadas en este estudio. Así, si bien en el caso de la privatización de la financiación existía un acuerdo sobre los potenciales problemas, aunque con matices, en el caso de la provisión los matices son mayores. Las discrepancias son tales que en algunos casos no existe acuerdo sobre qué es privatización. En opinión de algunas personas entrevistadas, la mera introducción de lógicas de mercado en la gestión sanitaria constituiría ya privatización de la misma, incluso aunque la financiación y el organismo que provee el servicio sean de carácter público. Aún más, en el caso de algunas organizaciones, no existe un acuerdo entre las personas entrevistas respecto a su carácter de organización pública, como en el caso de organizaciones como Osatek o BIOEF. Otras personas, sin

embargo, no consideran que exista privatización a pesar de que el proveedor de servicios no sea una entidad pública. Así, por ejemplo, destacan la diferencia que existe entre concertar servicios sanitarios con una organización sin ánimo de lucro, respecto a cuando se hace con una organización con ánimo de lucro, asimilando en la práctica las primeras a una organización pública. Otras personas entrevistadas van más allá, e incluso han señalado que no se puede hablar de privatización sanitaria cuando la financiación de la misma es totalmente pública, independientemente del tipo de provisión.

En el caso de la externalización de servicios no sanitarios, las diferencias de opinión son aún mayores, y los matices que han introducido las personas entrevistadas, más complejos. Así, existe un discurso muy presente, fundamentalmente entre las personas que ocupan o han ocupado cargos de gestión, que aboga por que la externalización de servicios no sanitarios no se aborde como privatización sanitaria. Así, algunas de ellas hablaban de ese tipo se servicios como algo que queda "lejos de nuestro negocio", "lejos de lo que sabemos hacer" que es "la bata blanca".

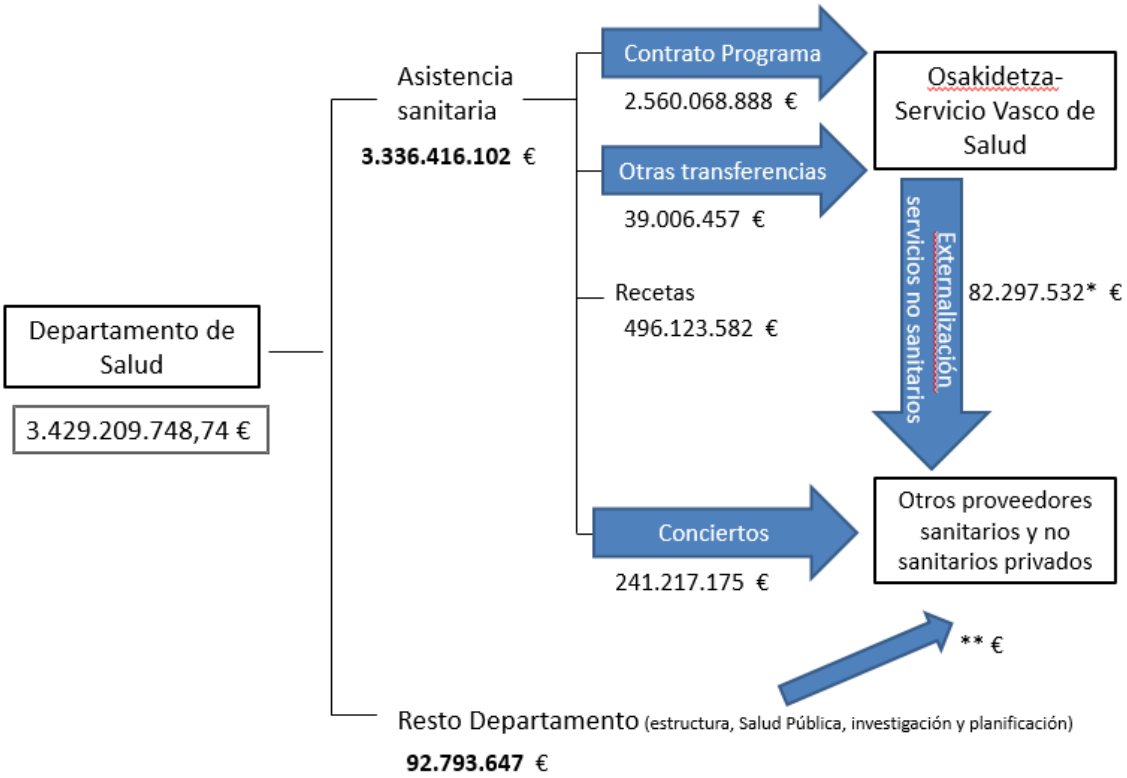
La dimensión simbólica, política y mediática que ha adquirido el término "privatización sanitaria" explica gran parte de todas estas discrepancias, y es que se trata de un concepto del que la mayor parte de las personas entrevistadas quiere huir. Esta dimensión negativa del concepto de privatización conlleva no querer etiquetar bajo esta denominación procesos que creen justificados o que estiman deban llevarse a cabo para un correcto funcionamiento del sistema, aunque estos conlleven la intervención del sector privado.

8.2.2. Volumen de la contratación pública de proveedores sanitarios privados

Al igual que en los sistemas sanitarios del resto del Estado, en la CAV la separación entre financiación y provisión sanitaria pública permitió la entrada de proveedores privados en la asistencia sanitaria financiada por fondos públicos. Concretamente, el Departamento de Salud financia la asistencia sanitaria pública pudiendo concertar ésta tanto con el proveedor público, Osakidetza, como con proveedores privados, con o sin ánimo de lucro. Asimismo, Osakidetza en el ejercicio de su actividad, contrata servicios considerados no estrictamente sanitarios con empresas privadas, es el caso de servicios como la cocina, la limpieza o la gestión de las historias clínicas. Esto último se conoce comúnmente con el término externalización de servicios.

La figura 8.35 resume estos flujos de contratación. En ella, se puede comprobar cómo del total del presupuesto del Departamento de Salud durante el año 2015 alrededor del 9,4% se destinó al pago de conciertos y externalizaciones con empresas distintas a Osakidetza, lo que supone algo más de 320 millones de euros. Es decir, si excluimos el gasto en farmacia, el dinero destinado a estos conciertos de servicios sanitarios y externalizaciones de servicios no sanitarios alcanzaría algo más de un euro de cada diez destinados a asistencia sanitaria pública en la CAV.

Figura 8.35. Partidas presupuestarias del Departamento de Salud. CAV, 2014.



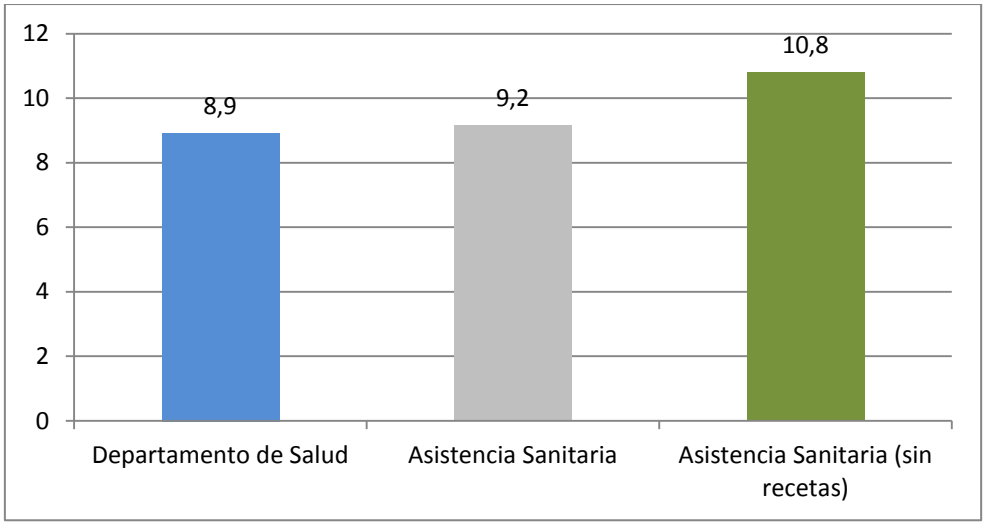
* Importe Estimado
** No se ha podido estimar esta cantidad

Fuente: elaboración propia a partir de datos Departamento de Salud y Parlamento Vasco

Sin embargo, no todos los conciertos realizados desde el Departamento de Salud, ni todas las externalizaciones llevadas a cabo desde Osakidetza pueden considerarse privatización de la provisión. Así, dentro de las primeras podrían excluirse aspectos como la compra de prótesis, los reintegros de gastos, y los convenios socio-sanitarios que se suscriben con las Diputaciones Forales. De la misma forma, entre las fuentes utilizadas para cuantificar las externalizaciones de Osakidetza, se incluye el gasto en servicios religiosos, cuyo debate en todo caso no debería ser tanto si éste es de provisión privada, como si debe ser financiado en sí mismo.

A partir de estas consideraciones, en 2014 la asistencia sanitaria de financiación pública y provisión privada ascendería a 299 millones de euros, es decir, el 8,9% del presupuesto del Departamento de Salud, y el 10,8% del gasto en asistencia sanitaria excluyendo el gasto en recetas (Figura 8.36).

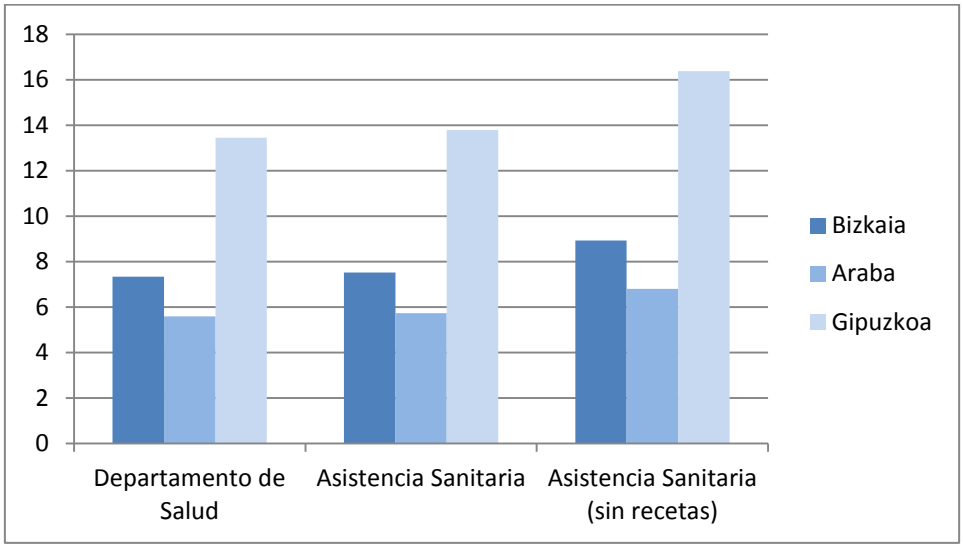
Figura 8.36. Porcentaje de la provisión privada de financiación pública respecto a diferentes gastos totales públicos. CAV, 2014



Fuente: elaboración propia a partir de datos Departamento de Salud y Parlamento Vasco

El porcentaje que la provisión privada representa en el total de gasto público fue diferente en los tres territorios históricos (Figura 8.37). Así, Gipuzkoa presentó un mayor porcentaje de gasto, alcanzando la provisión privada el 16,4% del gasto en asistencia sanitaria (excluyendo recetas). Por el contrario, Araba fue la que presentó una menor proporción, concretamente un 6,8%.

Figura 8.37. Porcentaje de la provisión privada de financiación pública respecto a diferentes gastos totales públicos por Territorio Histórico. 2014



Fuente: elaboración propia a partir de datos Departamento de Salud y Parlamento Vasco

Las dos partidas utilizadas para los cálculos anteriores, los conciertos y las externalizaciones, tienen características diferentes y merecen, por tanto, un análisis diferenciado.

8.2.2.1. La concertación de servicios sanitarios por el Departamento de Salud

Comenzando con los conciertos sanitarios realizados por el Departamento de Salud con organismos distintos a Osakidetza, este gasto engloba una serie de servicios más o menos heterogéneos y muy diferentes desde el punto de vista del estudio de la privatización sanitaria.

Concretamente, en 2014 el 34,3% correspondió a la concertación de servicios de hospitales de agudos y media y larga estancia (Tabla 8.2). El 16,6% del gasto fue destinado a la salud mental, mientras que la atención ambulatoria supuso el 15,3%. Dentro de esta última, se engloban la contratación de servicios diversos como pruebas diagnósticas, terapias respiratorias, hemodiálisis, PADI, rehabilitación, etc. El transporte sanitario, tanto urgente como concertado, también supuso una importante parte de la concertación, concretamente el 23,7% del total de gasto. Por último, existen otros conceptos como el pago de prótesis (2,1%), el reintegro de gastos (1,1%) y los convenios socio-sanitarios (6,8%), que también se realizan a través de la concertación sanitaria.

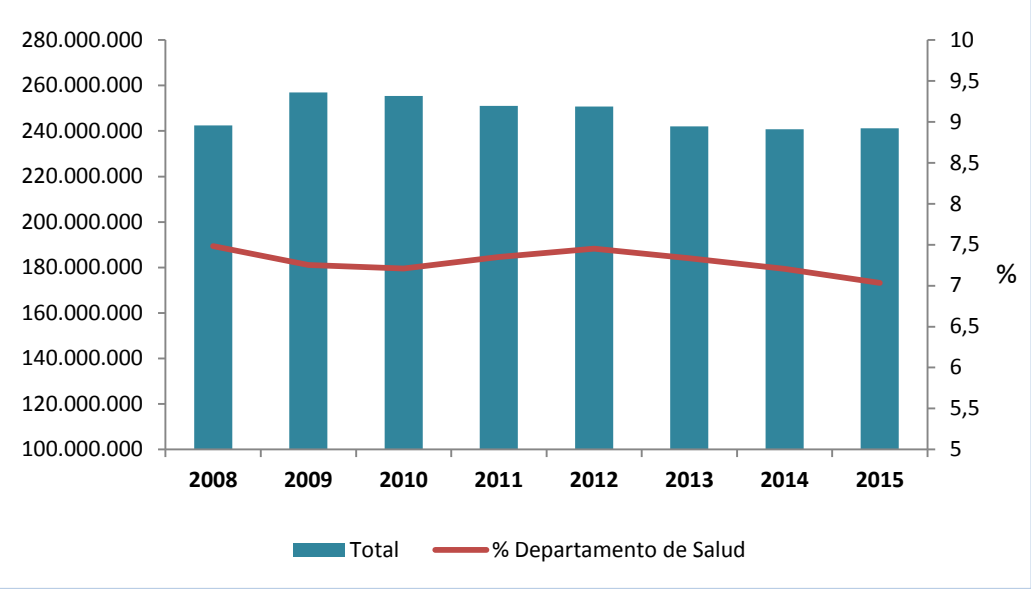
Tabla 8.2. Conciertos sanitarios con proveedores distintos a Osakidetza del Departamento de Salud por tipos. Euros totales y % respecto al total. CAV, 2014.

	Euros	%
Ambulatorios	36.914.568	15,3
Hospitales de agudos	68.313.182	28,4
Prótesis	5.154.384	2,1
Hospitales de m/l estancia	14.298.595	5,9
Salud mental	39.999.550	16,6
Transporte sanitario	57.011.838	23,7
Reintegro de gastos	2.737.862	1,1
Convenios sociosanitarios	16.372.929	6,8
Total	**240.802.908**	**100**

Fuente: elaboración propia a partir de datos Departamento de Salud

El gasto total en este tipo de conciertos se ha mantenido estable en el periodo 2008-2015, si bien entre 2008 y 2009 aumentó casi un 6% (Figura 8.38). Sin embargo, a partir de ese año, y hasta 2015 este gasto inició una tendencia ligeramente descendente que se traduce en una reducción del 6% en 2015 respecto a 2009 y, por lo tanto, en 2015 se alcanza un valor similar al de 2008. Su peso respecto al total del presupuesto del Departamento de Salud, sin embargo, descendió ligeramente y, si bien en 2008 representaba el 7,5% del total de gasto del Departamento, en 2015 supone el 7,0%.

Figura 8.38. Evolución del gasto realizado en conciertos sanitarios con proveedores distintos a Osakidetza por parte del Departamento de Salud. Gasto total y porcentaje respecto al total del presupuesto del Departamento. CAV, 2008-2015



Fuente: elaboración propia a partir de datos Departamento de Salud

En comparación con el resto del Estado, la CAV presenta un porcentaje de concertación por encima de la media, con valores muy inferiores a Catalunya, y ligeramente inferiores a Illes Balears, Madrid o Canarias, pero superiores a otras CCAA como Cantabria, Aragón o Castilla y León, donde el porcentaje del presupuesto destinado a conciertos es tres puntos inferior (Tabla 8.3). Respecto a la evolución de esta concertación, la CAV es una de las diez CCAA en las que éste se redujo entre 2008 y 2014, si bien fue la que presentó una menor disminución.

Tabla 8.3. Conciertos sanitarios por CCAA, diferencia porcentual entre 2014 y 2008 y porcentaje sobre el total de gasto en 2014.

	Diferencia en gasto 2008-2014		Porcentaje de Gasto 2014
Illes Balears	155,4	Catalunya	24,8
Madrid	88,2	Illes Balears	11,7
Cantabria	69,8	Madrid	11,7
La Rioja	28,3	Canarias	10,4
Navarra	20,2	La Rioja	8,6
Extremadura	16,7	Navarra	7,1
Canarias	0,4	**País Vasco**	**7,0**
País Vasco	**-1,5**	Murcia	6,8
Andalucía	-4,1	Asturias	6,3
Aragón	-4,2	Galicia	5,8
Galicia	-6,7	Comunitat Valenciana	5,4
Asturias	-11,4	Castilla la Mancha	5,3
Murcia	-17,1	Andalucía	4,9
Comunitat Valenciana	-17,5	Extremadura	4,6
Castilla y León	-20,3	Castilla y León	4,1
Catalunya	-21,7	Aragón	4,0
Castilla la Mancha	-23,1	Cantabria	3,7

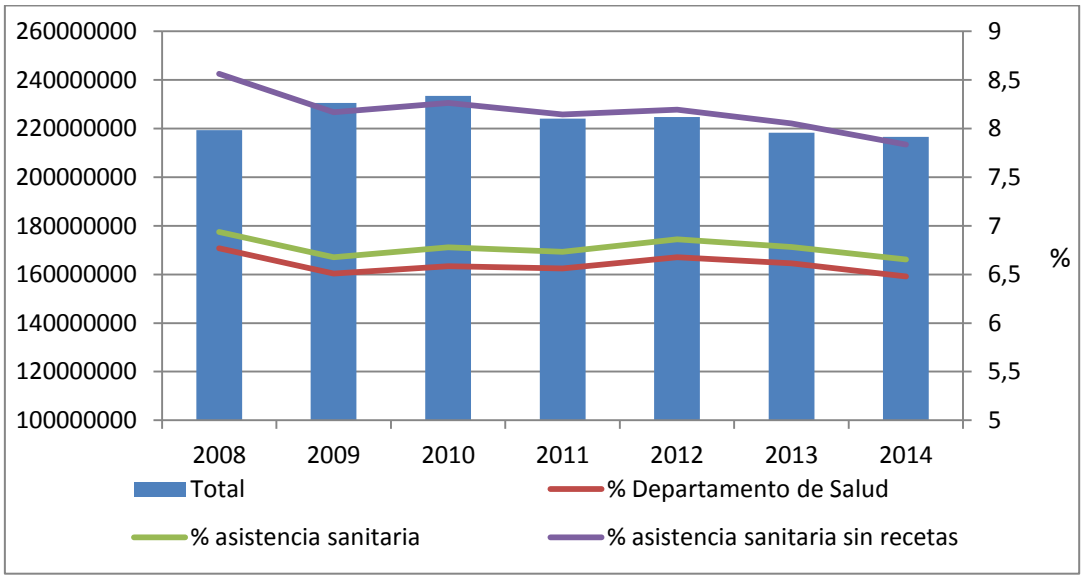
Fuente: elaboración propia a partir de datos Ministerio de Sanidad y Política Social

Tal y como ya hemos comentado, la concertación varió considerablemente entre los tres territorios históricos, siendo en Gipuzkoa mayor que en el resto. En este sentido, siguiendo una metodología similar a la que calcula el porcentaje de concierto para el total de las CCAA, podríamos estimar que Gipuzkoa tendría un 12,7% de presupuesto destinado a conciertos, es decir, solo superado por Catalunya, mientras que Araba y Bizkaia tendrían un 4,2% y un 4,9% respectivamente, es decir, se situarían en el grupo de comunidades con menor porcentaje de concertación.

Sin embargo, como ya comentábamos anteriormente, no todas las partidas destinadas a conciertos pueden considerarse estrictamente privatización sanitaria. Por ello, a partir de ahora la descripción que haremos de la concertación no tendrá en cuenta las partidas relativas a la compra de prótesis, el reintegro de gastos y los convenios socio-sanitarios suscritos con las Diputaciones Forales.

Sustrayendo dichas partidas, la evolución del dinero destinado a conciertos aumentó hasta 2010 en un 6,4% (Figura 8.39). Sin embargo, el descenso posterior fue superior, de un 7,2%, hasta 2014. Como resultado, en 2014 el volumen destinado a este tipo de conciertos era ligeramente menor que en 2008 (1,3%). En relación al peso sobre el presupuesto del Departamento de Salud, este gasto también se redujo ligeramente durante el periodo, pasando de representar el 6,8% en 2008 al 6,5% en 2014. El descenso fue mayor en el caso del peso que este gasto representaba respecto al gasto en asistencia sanitaria excluyendo recetas, ya que este tipo de conciertos pasaron de representar el 8,6% a representar el 7,8%.

Figura 8.39. Evolución del gasto realizado en conciertos sanitarios con proveedores distintos a Osakidetza por parte del Departamento de Salud (excluyendo prótesis, reintegro de gastos y convenios con Diputaciones Forales). Gasto total y porcentaje respecto al total del presupuesto del Departamento. CAV, 2008-2014



Fuente: elaboración propia a partir de datos Departamento de Salud y Parlamento Vasco

Un análisis más en detalle por tipo de asistencia, indica que los conciertos ambulatorios supusieron en el año 2014 un total de 36.914.568 euros, es decir, el 15,3% del total de conciertos (Tabla 8.4). Por partidas, las de mayor relevancia fueron las terapias respiratorias (36,4% del total), así como la hemodiálisis (21,0%), y las urgencias domiciliarias (11,1%).

Tabla 8.4. Conciertos sanitarios ambulatorios con proveedores distintos a Osakidetza por parte del Departamento de Salud. Euros totales y % respecto al total de conciertos ambulatorios. CAV, 2014

	Euros	%
Terapias respiratorias	13.421.552	36,4
Hemodiálisis	7.737.057	21,0
PADI	4.896.237	13,3
Resonancias magnéticas	2.312.667	6,3
TAC	1.302.540	3,5
PET	683.880	1,9
Urgencias domiciliarias	4.095.812	11,1
Rehabilitación ambulatoria	316.119	0,9
Otra Rehabilitación	1.277.609	3,5
Otros	871.098	2,4
Total conciertos ambulatorios	**36.914.568**	**100,0**

Fuente: elaboración propia a partir de datos Departamento de Salud y Parlamento Vasco

Las terapias respiratorias se concertaron con grandes empresas. Es el caso de la multinacional Linde Médica, grupo que engloba a más de 600 empresas presente en 100 países, que recibió en 2013 6,3 millones de euros, o la empresa de ámbito estatal Gasemedi, que concertó en 2013 por 7 millones de euros (Tabla 8.5). En el caso de la hemodiálisis, la concertación se produce tanto con empresas multinacionales, como Baxter y Fresenius que concertaron 2,5 y 1,9 millones de euros respectivamente, como con empresas de carácter local en algunos casos vinculadas con centros de asistencia privados.

Tabla 8.5. Conciertos sanitarios en terapias respiratorias y hemodiálisis con proveedores distintos a Osakidetza por parte del Departamento de Salud. Euros totales. CAV, 2013

Terapias respiratorias	Euros	Hemodiálisis	Euros
Gasmedi	7.047.655	Dialbilbo	1.469.481
Linde Medica SLU	6.269.492	Hemobesa	1.474.952
Total	**13.317.147**	Baxter	2.540.414
		Fresenius	1.981.304
		Nefro-Rioja,SL	26.709
		Total	**7.492.860**

Fuente: elaboración propia a partir de datos Departamento de Salud y Parlamento Vasco

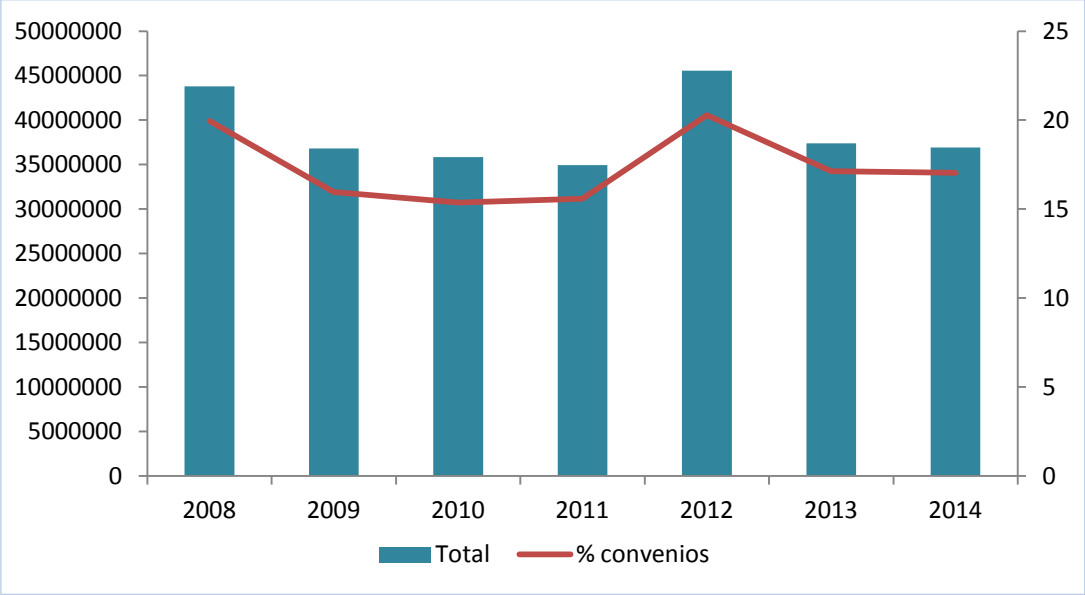
En el caso de las resonancias, PET y TAC, éstas se conciertan con empresas o uniones temporales de empresas (UTE) con ánimo de lucro que en algunos casos, conciertan cantidades cercanas al millón de euros anuales. En ocasiones se trata de empresas del entorno de centros asistenciales privados o seguros privados que tienen al Departamento de Salud como uno más de sus clientes

El Programa de Atención Dental Infantil (PADI) tuvo un coste en su provisión privada de 4.896.237 euros. Éste se trata de un programa de asistencia dental infantil puesto en marcha en 1990 a través del Decreto 118/1990, de 24 de abril, del Gobierno Vasco. El programa supuso que un servicio, hasta el momento financiado de manera privada, pasara a ser de financiación pública con el consiguiente impacto beneficioso sobre la salud dental infantil. La provisión de este programa se realiza en su mayor parte de manera privada: en 2015, mientras que 8.474 menores fueron atendidas y atendidos dentro del programa por personal facultativo de Osakidetza, 115.551 lo fueron por las y los dentistas privados concertados por el programa, es decir el 93,2%. Este porcentaje ha aumentado en los últimos años y varía considerablemente en las diferentes OSI: mientras que en OSI-Tolosa, en OSI-Bidasoa o en OSI-Goierri, el porcentaje de menores atendidas y atedidos por Osakidetza fue considerable (30,4%, 26,9% y 23,8% respectivamente), en OSI-Uribe este porcentaje fue del 0,2%.

Tal y como se puede observar en la figura 8.40, en 2014, el gasto destinado a conciertos ambulatorios descendió un 15,4% respecto al que se realizó en 2008, a pesar de que en 2012 el volumen de este tipo de concertaciones experimentó un importante ascenso. El descenso de este tipo de concertaciones fue mayor que el de los conciertos generales por lo que su peso respecto a estos últimos se redujo, pasando de representar un 20,0% en 2008 a un 17,0% en

2014. Por partidas, la reducción fue mayor en la partida destinada a las resonancias magnéticas, TAC y PET. El descenso fue también considerable en la rehabilitación ambulatoria, aunque se explica casi en su totalidad por el cambio de 2009 respeto a 2008, ya que a partir de ese año la partida se mantiene estable. El PADI y las terapias respiratorias, sin embargo, aumentaron su partida en más del 20%.

Figura 8.40. Evolución de los conciertos sanitarios ambulatorios con proveedores distintos a Osakidetza por parte del Departamento de Salud. Euros totales y % respecto al total conciertos (excluyendo prótesis, reintegros y convenios diputaciones). CAV, 2008-2014



Fuente: elaboración propia a partir de datos Departamento de Salud y Parlamento Vasco

La concertación con hospitales de agudos y media/larga estancia ha sido un tema recurrente en las entrevistas realizadas, tanto por lo elevado de su concierto como por las características e historia del propio servicio contratado. De hecho, la mayor relevancia mediática y de contestación a la privatización sanitaria se ha focalizado en gran parte hacia este tipo de concertaciones. Durante 2014, la partida destinada fue de 8.2611.776 euros, es decir, un 38,2% del total de la concertación sanitaria y un 3,3% de la asistencia sanitaria de financiación pública.

En 2013, fueron varios los centros con los que el Departamento de Salud concertó esta asistencia. Sin embargo, tal y como se recoge en la tabla 8.6, dos centros concertaron más de la mitad del presupuesto total del Departamento para esta materia y siete de ellos cerca del 97% del total.

De estos centros, destaca el Instituto Onkologikoa y la Clínica Asunción, que durante 2013 recibieron del Departamento de Salud 23,1 millones y casi 20,7 millones de euros respectivamente. Además de estos, otros dos centros superaron los 10 millones de concierto:

Matia Fundazioa, con casi 12 millones de euros, y la Policlínica Gipuzkoa, con 10 millones de euros. Destacan también dos centros situados en Bizkaia, cuya concertación es superior a 5 millones de euros al año: Cruz Roja, con 6,5 millones de euros, San Juan de Dios, con 5,6 millones de euros, y dos centros que se sitúan por encima de un millón de euros anuales, el Hospital San Onofre y el Sanatorio Bilbaíno, que recibieron en 2013 1,6 y 1,3 millones de euros respectivamente. Por último, Quirón recibió 406.499 euros en 2013.

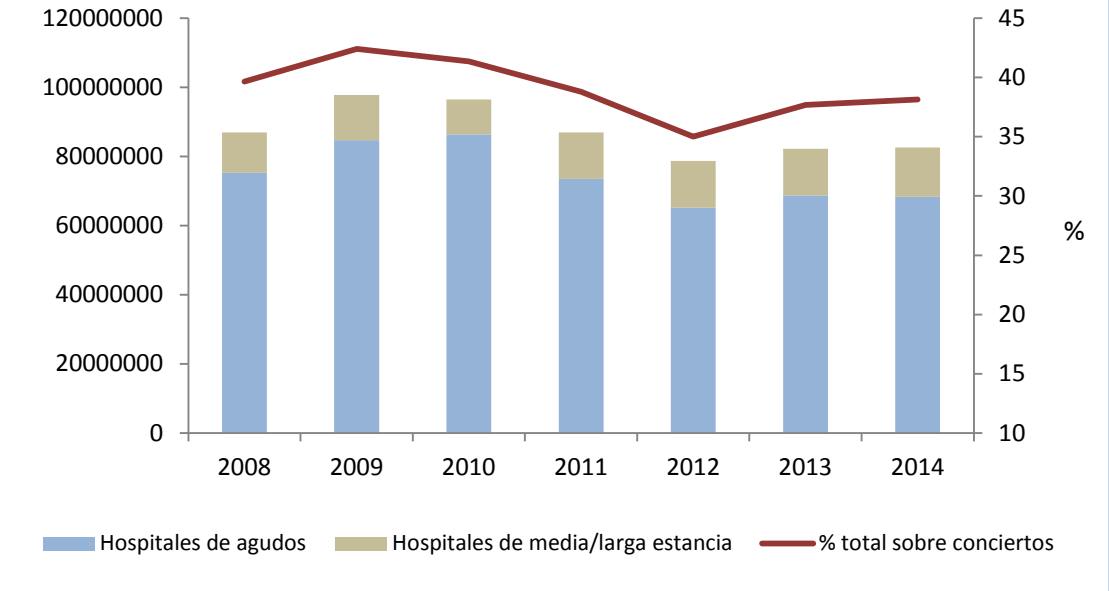
Tabla 8.6. Centros de agudos y media/larga estancia no públicos concertados por el Departamento de Salud. Cantidad concertada en euros y % respecto al total. CAV, 2013

	Total euros	**%**
Instituto Onkologikoa	23.142.781	28,2
CS Mª Asunción	20.722.195	25,2
Matia Fundazioa	11.883.589	14,5
Policlínica	10.025.509	12,2
Cruz Roja	6.480.018	7,9
San Juan de Dios	5.579.319	6,8
Hospital San Onofre	1.624.937	2,0
Sanatorio Bilbaíno	1.332.266	1,6
Quirón	406.499	0,5
Mutualia – Pakea	391.601	0,5
Virgen Blanca	252.209	0,3
CSV del Pilar	95.854	0,1
Hospital San José	70.706	0,1
Inst.Val.Onc./F.J.Díaz/I Leonor	14.120	0,0
Organización Médica Vitoria CL Álava	10.027	0,0
USP La Esperanza	9.352	0,0
Fundación Jiménez Díaz	8.575	0,0
Otros	79.923	0,1
Total	**82.129.480**	**100**

Fuente: elaboración propia a partir de datos Departamento de Salud y Parlamento Vasco

Las cantidades destinadas a conciertos hospitalarios fueron un 5,0% menor en 2014 respecto a 2008 (Figura 8.41). Así, después de un aumento en 2009 y 2010, el gasto destinado a este tipo de conciertos descendió hasta 2012, año en el que inicia una leve recuperación que no hace, sin embargo, que la cantidad de 2014 alcance los valores de 2008. Como resultado, el volumen que este tipo de concertación supuso sobre la concertación general descendió levemente, ya que, si en 2008 suponían el 39,7% del total de conciertos, en 2014 el porcentaje fue del 38,2%. Sin embargo, el comportamiento fue diferente en los hospitales de agudos, cuya concertación descendió un 9,3% en el periodo respecto a los de media y larga estancia que ascendieron en su volumen de concertación un 22,3%.

Figura 8.41. Evolución de los conciertos hospitalarios con proveedores distintos a Osakidetza por parte del Departamento de Salud. Euros totales y % respecto al total de conciertos (excluyendo prótesis, reintegros y convenios diputaciones). CAV, 2008-2014



Fuente: elaboración propia a partir de datos Departamento de Salud y Parlamento Vasco

La atención a la salud mental también supuso un volumen considerable de concertación. En 2014, el Departamento de Salud concertó asistencia en salud mental por un total de 39.999.550 euros, es decir, el 16,6% del total de conciertos sanitarios con organizaciones distintas a Osakidetza. La salud mental es uno de los ámbitos en los que la provisión con organizaciones distintas a Osakidetza tiene una mayor importancia, ya que en torno al 28% de la asistencia sanitaria psiquiátrica financiada públicamente se provee a través de organismos privados.

Esta concertación de la salud mental, como se observa en la Tabla 8.7, se produce tanto con hospitales psiquiátricos, residencias como con otro tipo de organizaciones que trabajan en el ámbito de la salud mental con diferentes dispositivos asistenciales (comunidades terapéuticas, módulos y pisos tutelados, etc). Destacan los convenios con centros gestionados por dos órdenes religiosas: Aita Meni, que en 2013 recibió 12,1 millones de euros, y San Juan de Dios, que recibió 13,3 millones de euros. Además de la concertación con otros centros como el Sanatorio de Usurbil, con 3,1 millones de euros, destaca la concertación con organizaciones como Argia, con 1,6 millones de euros.

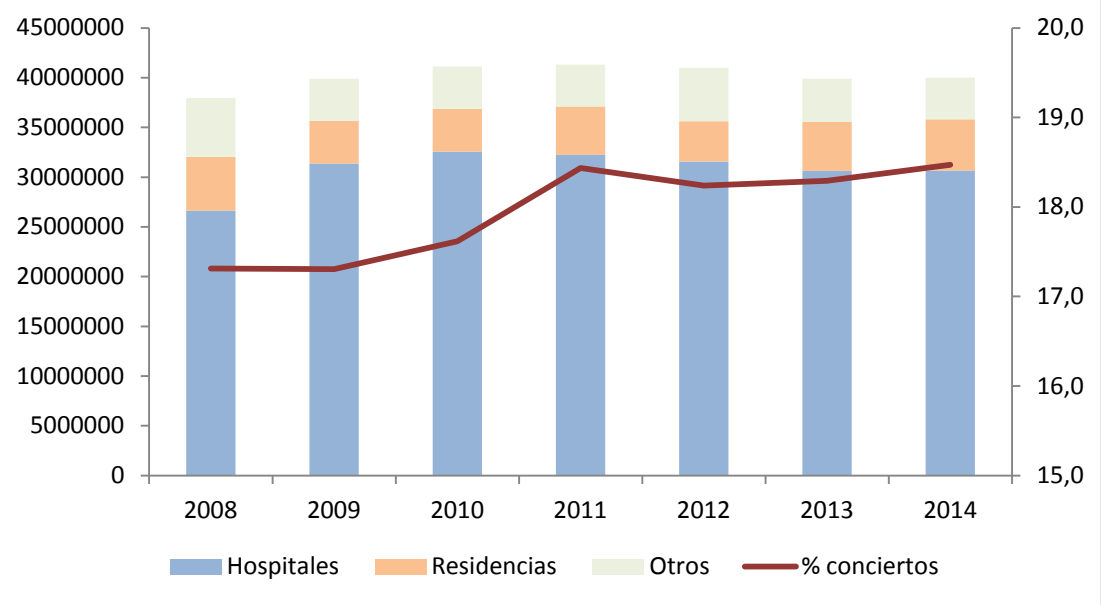
Tabla 8.7. Conciertos en el ámbito de salud mental con centros distintos a Osakidetza por parte del Departamento de Salud. Cantidad concertada en euros y % respecto al total. CAV, 2013

	Total euros	%
Aita Menni	12.175.414	34,2
H San Juan de Dios Arrasate	8.244.483	23,2
H San Juan de Dios Donostia	4.808.900	13,5
Sanatorio Usurbil	3.145.080	8,8
Argia	1.612.528	4,5
S. Corazón (Arrasate)	1.430.294	4,0
Bizitegi	832.310	2,3
Avifes	532.708	1,5
S.I. Loyola-Sánchez Ruiz	515.625	1,4
Izarra	488.593	1,4
Oizpe Munitibar	483.251	1,4
Haurrentzat	299.192	0,8
Apnabi	291.760	0,8
Gautena	281.463	0,8
S. Juan de Dios Palencia	230.822	0,6
Alegría	95.145	0,3
El Pilar Elizondo - Benito Menni	79.419	0,2
Hogar Izarra	10.452	0,0
Gautena	3.965	0,0
Total	**35.561.404**	**100**

Fuente: elaboración propia a partir de datos Departamento de Salud y Parlamento Vasco

Así, desde 2008 a 2011, el gasto en este tipo de concertaciones tuvo una tendencia ascendente, aunque a partir de ese año descendió ligeramente hasta 2014, si bien esta caída no consiguió compensar el aumento anterior (Figura 8.42). Como consecuencia, el peso que la concertación en salud mental tiene en el conjunto de la concertación aumentó, pasando de representar un 17,3% en 2008 a un 18,5% en 2014. Por tipos de dispositivos, la evolución fue diferente, ya que mientras que en los hospitales se produjo un aumento del 15,1%, en el resto de dispositivos el volumen concertado se redujo.

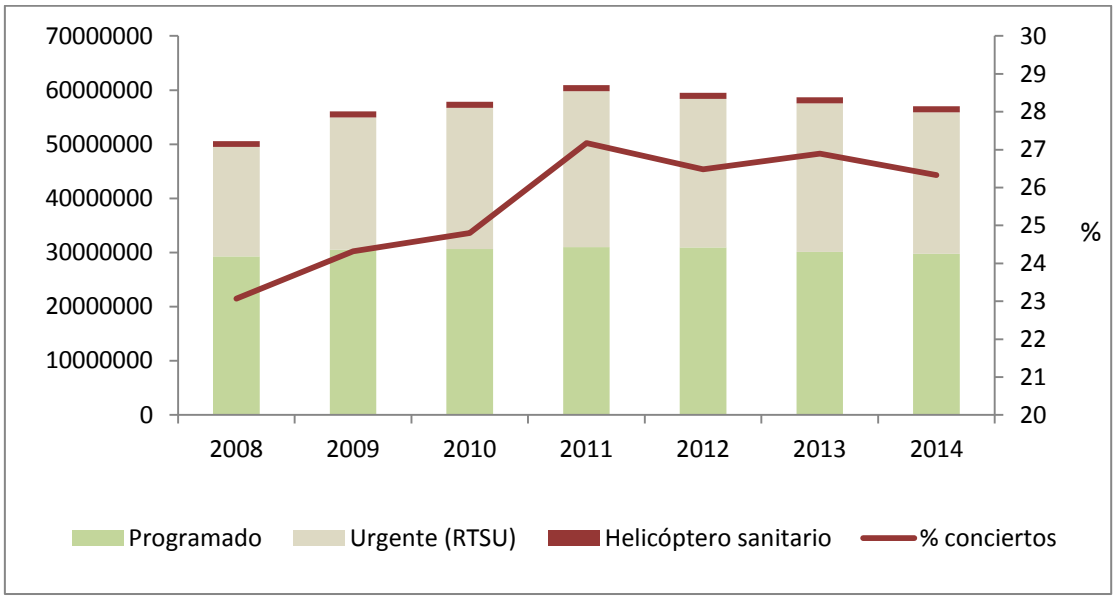
Figura 8.42. Evolución de los conciertos de salud mental con proveedores distintos a Osakidetza del Departamento de Salud. Euros totales y % respecto al total conciertos con otros proveedores (excluyendo prótesis, reintegros y convenios diputaciones). CAV, 2008-2014



Fuente: elaboración propia a partir de datos Departamento de Salud y Parlamento Vasco

El transporte sanitario, ya sea programado, urgente o mediante helicóptero, fue otra de las partidas relevantes de la concertación sanitaria con organizaciones privadas. De esta forma en 2014, se concertó un total de 57.011.838 de euros en transporte sanitario, es decir, el 26,3% del total de los conciertos (figura 8.43). Casi la totalidad de entidades con las que se concertó el servicio fueron empresas o UTEs, aunque también una parte de lo concertado (alrededor del 12% en 2013) se realizó con entidades sin ánimo de lucro, fundamentalmente DYA y Cruz Roja.

Figura 8.43. Evolución de los conciertos de transportes sanitarios con proveedores distintos a Osakidetza del Departamento de Salud por tipo de transporte. Euros totales y % respecto al total de conciertos con otros proveedores (excluyendo prótesis, reintegros y convenios diputaciones). CAV, 2008-2014



Fuente: elaboración propia a partir de datos Departamento de Salud y Parlamento Vasco

En 2014 el dinero destinado a estos conciertos sanitarios para el transporte fue un 12,7% mayor que en 2008 (Figura 8.43). Este aumento se produjo mayoritariamente en el periodo de 2008 a 2011 en el que la cantidad dedicada a estos conciertos aumentó un 20,4%. Posteriormente, esta cantidad descendió, pero en menor medida. De esta forma, el peso que el transporte sanitario tiene en el total de conciertos aumentó, pasando de representar el 23,1% en 2008 al 26,3% en 2014. El aumento se debe casi exclusivamente al transporte urgente, ya que el programado y el helicóptero se mantuvieron constantes.

8.2.2.2. Externalización de servicios no sanitarios por Osakidetza

Osakidetza, en el ejercicio de su actividad, contrata con empresas privadas servicios considerados no estrictamente sanitarios. De esta forma, durante 2016 se contrató por un valor de 82.297.532 de euros con empresas privadas, 81.732.084 excluyendo los servicios religiosos (Tabla 8.8). Esto supone que alrededor del 3,2% del presupuesto de Osakidetza se destina a la contratación de servicios con empresas privadas.

Tabla 8.8. Servicios externalizados por Osakidetza con empresas privadas. CAV, 2016

	Total Euros	%
Limpieza	53.210.725	64,7
Mantenimiento de edificios e instalaciones	17.933.136	21,8
Cocina	9.210.007	11,2
Historias clínicas (archivo, gestión) y custodia de muestras	1.378.216	1,7
Servicios Religiosos	565.449	0,7
Total	82.297.532	
Total (sin servicios religiosos)	**81.732.084**	

Fuente: elaboración propia a partir de datos Departamento de Salud y Parlamento Vasco

Son varios los servicios que se contratan bajo esta fórmula, pero la mayor parte corresponde a los servicios de limpieza, que supusieron 53 millones de euros (64,7% del total) que se repartieron entre poco más de diez empresas (Tabla 8.9). Una de ellas, recibió durante 2016 cerca de 29 millones de euros, y empleó dentro de Osakidetza a más de 800 personas. Se calcula que más de 1.700 personas trabajan en labores de limpieza de Osakidetza contratadas por una empresa privada.

Tabla 8.9. Empresas contratadas por Osakidetza para servicios de limpieza, según € contratados y número de trabajadoras y trabajadores en Osakidetza. CAV, 2016

	Total euros	Trabajadores/as en Osakidetza
GARBIALDI, S.A.L.	28.602.079	862
UTE FERROSER-ASASER	6.254.287	230
UNIÓN INTERNACIONAL LIMPIEZAS (UNI2)	6.065.569	203
EULEN, S.A.	3.121.475	96
FERROSER SERVICIOS AUXILIARES, S.A.	2.912.790	87
LIMPIEZAS Y MANTENIMIENTO IMPACTO, S.L.	1.749.522	125
MASTERCLIN, S.A.	1.556.078	51
ISS FACILITY SERVICES	1.138.152	38
AUZOLAGUN, S. COOP.	939.156	30
COMERCIAL LIMPIEZA VILLAR, S.A.	527.629	26
ETXEGAR, S.L.	322.936	30
Total	**53.189.674**	**1.748**

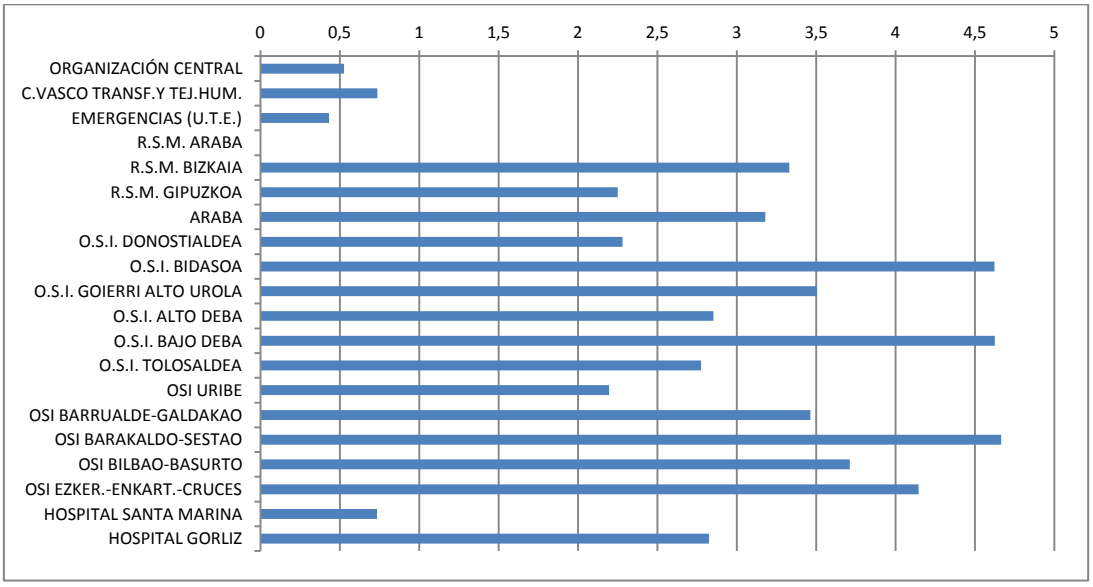
Fuente: elaboración propia a partir de datos Departamento de Salud y Parlamento Vasco

La segunda partida corresponde al mantenimiento de edificios e instalaciones, que englobó el 21,8% del total de presupuesto externalizado. Salvo en el caso del mantenimiento electromecánico, la concentración de empresas fue menor en este concepto respecto a los servicios de limpieza. La cocina supuso 9 millones de euros (11,2%) y el archivo y gestión de historias clínicas, así como la custodia de muestras, supusieron el 1,7% de lo externalizado.

El nivel de privatización varió entre las diferentes organizaciones de Osakidetza. Según las estimaciones realizadas, mientras que en organizaciones como la Red de Salud Mental de

Araba el nivel de externalización es casi inexistente, en algunas OSIs como Bidasoa, Alto Deba o Barakaldo-Sestao es superior al 4,5% (Figura 8.44).

Figura 8.44. Porcentaje estimado de presupuesto dedicado a la externalización de servicios con empresas privadas en diferentes organizaciones de Osakidetza. CAV, 2016



Fuente: elaboración propia a partir de datos Departamento de Salud y Parlamento Vasco

8.2.3. Privatización de la provisión sanitaria: matices y luchas simbólicas

Al igual que en el apartado de la privatización de la financiación sanitaria, una vez descritos los principales datos cuantitativos sobre privatización de la provisión sanitaria, en este último apartado se utilizarán los resultados de las entrevistas, así como del análisis de los debates académicos y políticos en torno a la privatización sanitaria, para aportar información complementaria que sirva para matizar esa descripción cuantitativa y comprender mejor la privatización de la provisión en la CAV.

La privatización de la provisión sanitaria de financiación pública es uno de los aspectos que más presencia tiene tanto en los debates en torno a privatización sanitaria como en las reivindicaciones de los diferentes agentes contrarios a la privatización. Esto es así hasta el punto de que, en la actualidad, parece existir cierta asimilación entre los conceptos de privatización sanitaria y privatización de la provisión sanitaria. En las entrevistas realizadas en esta investigación, la privatización de la provisión ha ocupado la mayor parte del debate en torno a la privatización.

Al contrario de lo que ocurre con la privatización de la financiación, sobre la que parece existir un cierto acuerdo en torno a los riesgos que su extensión puede generar sobre la salud poblacional y las desigualdades en salud, en el caso de la provisión sanitaria no existe una visión compartida, ni siquiera en lo que debe considerarse o no como privatización de la

provisión, ni mucho menos en torno al balance entre sus riesgos y beneficios para la salud poblacional. La polarización acerca de esta dimensión de la privatización es evidente: mientras que, en algunos casos, las posiciones son totalmente contrarias a estos procesos y reclaman una provisión completamente pública de los servicios (tanto sanitarios como auxiliares), en otros, se defienden y promueven colaboraciones público-privadas en el sector sanitario, que se expresan fundamentalmente en la participación de empresas privadas en la provisión a partir de su financiación pública.

Varios son los aspectos que han de ser tenidos en cuenta a la hora de considerar los riesgos o retos que plantea este tipo de privatización. Los que a continuación se señalan hacen referencia, fundamentalmente, al caso de la CAV y han sido extraídos de las entrevistas realizadas, de los debates en torno a la privatización, así como de los diferentes documentos elaborados por los agentes implicados, tanto favorables a esta colaboración (empresas del sector) como contrarios (sindicatos y asociaciones de defensa de la sanidad pública).

Una de las ideas más recurrentes, sobre todo entre las personas con una opinión menos polarizada, es que los riesgos que puede conllevar la privatización de la provisión dependen, en gran medida, del tipo de proveedor implicado. Así, a menudo, se recurre al argumento de que las empresas u organizaciones sin ánimo de lucro tienen un carácter especial, y que, por tanto, la concertación con las mismas es menos perniciosa. En el caso de la CAV, la parte de la concertación sanitaria realizada con empresas sin ánimo de lucro alcanza el 40% del total, englobándose entre ellas variados tipos de organizaciones, entre las que destacan organizaciones religiosas y fundaciones, así como asociaciones de pacientes o familiares u otro tipo de ONGs. Así, desde algunas posiciones se ha defendido que la provisión sanitaria por parte de una empresa sin ánimo de lucro se asemeja a una provisión totalmente pública. Se destaca que, dado que no existe un ánimo de lucro por parte de la organización, tampoco se produce ninguna mercantilización o negocio, y por tanto, no se trataría estrictamente de una privatización de la provisión.

La voluntad de diferenciar entre proveedores con ánimo y sin ánimo de lucro es recurrente en la literatura en torno a la provisión de servicios y privatización. Asimismo, en el caso catalán, los procesos de desprivatización sanitaria que se han puesto en marcha recientemente han establecido una distinción clara entre ambos tipos de proveedores, marcándose en ocasiones como objetivo reducir la concertación con empresas mercantiles pero no con organizaciones sin ánimo de lucro. Existen, por el contrario, varios argumentos que matizan estas posiciones favorables a la concertación con organizaciones sin ánimo de lucro: En primer lugar, desde el punto de vista del control y transparencia de las relaciones entre los agentes financiadores públicos y este tipo de proveedores, algunas de las entrevistas realizadas en esta investigación pusieron de relieve que el control a este tipo de agentes proveedores no es similar al que se puede realizar sobre proveedores públicos. Es más, en algunas ocasiones el grado de transparencia en las concertaciones y funcionamiento de las entidades sin ánimo de lucro que prestan asistencia sanitaria pública es incluso menor que el que se puede realizar con las empresas mercantiles. Es el caso, por ejemplo, de las organizaciones dependientes de órdenes religiosas, con gran peso en la concertación sanitaria vasca, y también con algunas otras entidades que tienen la forma jurídica de asociación. En estos casos, las actividades realizadas con dinero público son incluso más difíciles de controlar por organizaciones y sociedad civil

que en el caso de empresas privadas mercantiles. Esto es así debido a la regulación específica que existen en torno a las entidades del sector no lucrativo, que establece menores exigencias en la rendición de cuentas que las exigidas para las entidades de negocios. Este es el caso, por ejemplo, de las entidades dependientes de órdenes religiosas.

En segundo lugar, aunque en estas organizaciones no exista un ánimo de lucro, no todas ellas son de interés general, ya que a menudo defienden intereses particulares que pueden conllevar peligros similares a las concertaciones con empresas mercantiles privadas. Así, en algunas ocasiones se trata de organizaciones que conciertan la asistencia con la administración pública por grandes cantidades de dinero, lo que ha conllevado la creación de grandes estructuras con gran número de personas trabajadoras, cuyo mantenimiento, puestos de trabajo y salarios dependen directamente de la magnitud de la concertación. Los intereses de la organización, de las personas trabajadoras, así como la adopción de técnicas de gerencia similares a las empresas mercantiles acercan a menudo las pautas de comportamiento de este tipo de organizaciones a las de las empresas puramente privadas. Además, a pesar de no perseguir un lucro económico, estas organizaciones pueden tener un fin o una misión basada en la transmisión de valores que entran en conflicto con el interés general y como consecuencia, puede poner en peligro la calidad de la asistencia, de igual forma que lo hace el lucro en las empresas mercantiles. Asimismo, el carácter sin ánimo de lucro de algunas de estas organizaciones debe ser parcialmente relativizado al considerar las propias características de su actividad. El propio ordenamiento jurídico contempla la posibilidad de que las entidades sin ánimo de lucro realicen actividad mercantil que les permita obtener recursos que completen su financiación. Así, en ocasiones, se trata de instituciones que, además de la actividad derivada de su concertación pública, ofrecen asistencia sanitaria a pacientes particulares previo pago, o a seguros sanitarios privados, lo que acerca su actividad a una empresa mercantil y lo aleja de instituciones con un fin social.

Por último, desde el punto de vista de las personas trabajadoras, el control del reclutamiento de los recursos humanos por parte del financiador público es nulo, lo que pone en cuestión los principios de igualdad, mérito y capacidad en puestos de trabajo que, en ocasiones, son financiados públicamente en su totalidad.

Por otra parte, en las entrevistas realizadas a personas con discursos menos favorables a la privatización de la provisión, se han destacado diferentes riesgos potenciales de este tipo de privatización. Uno de los más relevantes se deriva de la incorporación de criterios de negocio y beneficio económico en la gestión de la asistencia sanitaria al introducir la participación de empresas u organismos privados en su provisión. Según los resultados de estas entrevistas, estos criterios de negocio podrían, en primer lugar, conllevar el que la priorización de criterios economicistas y de búsqueda de beneficio se antepusieran a la propia salud de los y las pacientes. En segundo lugar, se ha destacado que en ausencia de los controles necesarios, la concertación de servicios sanitarios facilita sobremanera la aparición de prácticas corruptas en diverso grado. Así lo han mostrado diferentes casos ocurridos a lo largo del Estado español relacionados con procesos de privatización de la provisión sanitaria. En el caso de la CAPV, existen indicios de que la concertación sanitaria también puede haber sido utilizada para el enriquecimiento personal, tal y como pone de manifiesto el conocido como Caso Margüello en

el que ya existe un auto de apertura de juicio oral aunque en el momento de redacción de este documento no existe una sentencia al respecto.

Otro aspecto que se ha destacado como potencial riesgo de la concertación privada es que, en ocasiones, funciona como una vía de financiación que permite la existencia y mantenimiento de un sistema sanitario privado. En el caso de la CAV, una parte de la financiación pública se concierta con empresas sanitarias cuya finalidad principal es ofrecer servicios sanitarios a clientes privados particulares o seguros sanitarios privados. Esta financiación permite la existencia y crecimiento de este tipo de empresas y, por tanto, la presencia de la sanidad privada en nuestro contexto, lo que a largo plazo puede conllevar, entre otros riesgos, un debilitamiento del sector público. Asimismo, se ha destacado el peligro que supone este tipo de concertaciones ya que pueden conllevar un desvío de fondos públicos para la asistencia privada, por ejemplo, mediante la financiación pública de tecnología o profesionales que, en paralelo, es utilizada para la asistencia de clientes privados en un mismo edificio físico.

Uno de los argumentos más recurrentes a la hora de justificar y explicar la existencia de este tipo de privatización es el de la eficiencia económica, sobre todo, en el caso de la externalización de servicios no sanitarios. Este criterio, especialmente esgrimido por las personas cercanas a la gestión en las entrevistas de esta investigación, destaca el supuesto ahorro que supone la compra de servicios a empresas especializadas. A pesar de la seguridad con la que se esgrimen este tipo de argumentos, no existe una clara evidencia que sustente o rechace este tipo de afirmaciones. La mayor o menor eficiencia económica de la externalización de servicios constituye un aspecto sin una clara resolución, tanto según muchas de las personas entrevistadas como según la literatura sobre el tema, ya que no parecen existir evaluaciones claras y concisas sobre los beneficios en términos de eficiencia económica que suponen estas externalizaciones.

Además de la eficiencia económica, otro argumento recurrente por parte de las personas cercanas a la gestión de servicios sanitarios es que los servicios no sanitarios forman parte de un campo lejano a su experiencia. En este sentido, se señala que los servicios que no están relacionados directamente con la asistencia sanitaria pueden ser externalizados a empresas, ya que éstas tienen un mayor conocimiento. Es decir, se señala que servicios como la limpieza, o la cocina quedan lejos del conocimiento de los y las gestoras expertas en gestión sanitaria, y que, por tanto, resulta más lógico contratar a las personas o empresas con conocimientos y experiencia en el campo. En este sentido, se señala como poco razonable y poco eficiente que desde el servicio de salud se pretenda asumir de manera directa la realización de todos los servicios relacionados con la asistencia, cuando muchas veces estos son servicios muy ajenos a la misma e incluso de realización esporádica.

En el caso de la concertación de servicios sanitarios, los argumentos centrales que suelen sustentarla son habitualmente dos: en primer lugar, se plantea la colaboración público-privada como un complemento necesario para el sistema sanitario público, ya que le permite modular su oferta para adaptarse a las variaciones de la demanda de una manera eficiente. De esta forma, por ejemplo, en el caso de la concertación de pruebas complementarias, ésta permite dar cobertura a picos de necesidad o complementar las realizadas desde los servicios de provisión pública sin necesidad de hacer frente a grandes inversiones añadidas en tecnología

que terminaría infrautilizándose. El segundo gran argumento lo constituye la herencia histórica. Así, se destaca cómo gran parte de la concertación se produce con instituciones existentes previamente a la creación de Osakidetza, de forma que la concertación actual sería fruto, en alguna medida, de decisiones históricas tomadas en un momento concreto en el que se priorizó esta fórmula, aprovechando los recursos ya existentes, en lugar de la creación de unos nuevos. Según esta lógica argumental, por tanto, en la actualidad existiría poco margen de actuación para los equipos de gobierno, ya que la publificación de la totalidad de dichos servicios resultaría problemática, tanto desde el punto de vista legal como económico, y la generación de infraestructuras públicas constituiría una alternativa económicamente inviable. Este tipo de argumentos han resultado recurrentes para argumentar la existencia de concertaciones de gran envergadura, como la red de salud mental en Gipuzkoa o la Clínica de la Asunción. Otro argumento favorable a las concertaciones es el hecho de que, en ocasiones, éstas permiten contar con servicios que de otra forma no existirían por el escaso tamaño de población a la que asisten. Sin embargo, desde las opiniones más contrarias a los procesos de privatización de la provisión se destaca que, a pesar de la herencia histórica, la reversión de estas concertaciones es solamente una cuestión de voluntad política, como lo muestran otros procesos de publificación ocurridos tanto en el ámbito sanitario como en otros ámbitos como el educativo.

Una característica importante de la privatización de la provisión sanitaria es el carácter simbólico que algunas personas entrevistadas han atribuido a los últimos procesos ocurridos. Es el caso del nuevo hospital de Urduliz, donde se ha desatado una importante confrontación entre las organizaciones contrarias a la privatización sanitaria y el Departamento de Salud, fruto de la decisión por parte de este último de externalizar determinados servicios no sanitarios. Según los primeros, la privatización de estos servicios responde a una apuesta estratégica, a largo plazo, por parte del Departamento de Salud y Osakidetza, por afianzar un proceso de privatización paulatina del sistema sanitario público. Sin embargo, desde el Departamento de Salud, se ha destacado que esta decisión no responde a un cambio de estrategia política, sino que reproduce lo que ya ocurre en otros centros en los que los servicios no sanitarios están externalizados. En cualquier caso, parece evidente que la construcción de un nuevo hospital con financiación pública constituye una buena noticia para la sanidad pública vasca. Sin embargo, es cierto que resulta difícil entender que se opte por externalizar servicios como la limpieza o la cocina sin que se muestren evaluaciones que, tanto en términos económicos o de impacto en la salud, justifiquen claramente dicha opción. Más si cabe cuando esta decisión supone un elemento de confrontación con sindicatos y organizaciones de defensa de la sanidad pública.

8.3. La privatización de la formación y la investigación sanitarias

8.3.1. Formación

Al igual que en el Estado español, en el ámbito de la formación universitaria y especializada es preciso considerar que la industria farmacéutica promueve y patrocina gran parte de las actividades docentes y formativas de la Organización Médica Colegial, como la preparación del

examen MIR, además de cursos y congresos universitarios, y cátedras de universidades españolas[32].

Comenzando con la formación universitaria, en la CAV ésta es en su mayor parte pública. Sin embargo, existen ejemplos de la presencia de empresas privadas en la formación universitaria. Un ejemplo de ello es el convenio entre dos empresas privadas, el Igualatorio Médico Quirúrgico (IMQ) y el Athletic Club, con la Universidad del País Vasco (UPV/EHU), Así, desde la temporada 98/99 el IMQ garantiza la cobertura sanitaria de los equipos de la citada entidad y presta la asistencia al público en los partidos que se juegan en San Mamés, a través de la colaboración de IMQ con la Facultad de Medicina y Odontología y la Escuela de Enfermería de la UPV/EHU, por medio de su prácticas voluntarias tuteladas[33]. Todo ello supone, que la universidad pública aporte su alumnado para el patrocinio de una aseguradora privada y presente servicios de asistencia sanitaria en San Mames. Asimismo, el alumnado de la universidad pública también realiza prácticas de asistencia sanitaria en centros privados como los gestionados por el IMQ.

A pesar de que en este momento la formación universitaria se imparte en la universidad pública, es posible que se incorpore próximamente una universidad privada, la Universidad de Deusto. Dentro de su plan estratégico 2015-2018 se incluye el proyecto de incluir una facultad de ciencias de la salud en su campus de Bilbao. En esta facultad se impartirían los grados de medicina, enfermería y fisioterapia, entre otros. La Universidad de Deusto no señala la alta demanda de estos estudios como factor determinante para este proyecto, sino el hecho de que en los próximos años se producirá un relevo generacional de la Sanidad Pública. Para formar una red de alianzas, esta universidad ha establecido contactos con el Ayuntamiento de Bilbao, el Gobierno Vasco, el Colegio de Médicos de Bizkaia y el IMQ, y señala la necesidad de contar con hospitales públicos donde se realizarían las prácticas de los distintos grados a través de convenios[34]. Resulta llamativo que el relevo generacional no sea afrontado mediante la ampliación del número de plazas de acceso a la UPV/EHU.

La necesidad de afrontar este relevo generacional también ha justificado un convenio público-privado para la realización del Máster en Gestión Sanitaria, título propio de la Escuela de Negocios de la Universidad de Deusto. Este máster surgió a raíz del primer convenio de colaboración entre el Departamento de Sanidad y Consumo y Deusto Business School Health para impulsar un programa en Dirección Sanitaria con el fin de "capacitar en la gestión de un nuevo modelo asistencial basado en la *Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi*". El entonces consejero de Sanidad y precursor del máster, Rafael Bengoa, justificaba esta necesidad, señalando la importancia de instaurar "nuevas formas de liderazgo, más participativo, más horizontal y más distribuido, de canalizar las aportaciones de cada nivel asistencial y de gestión para consolidar este nuevo modelo de sistema sanitario hacia el que estamos avanzando"[35]. En 2015 el Departamento de Salud, Osakidetza, la Fundación Vasca de Innovación e Investigación Sanitarias (BIOEF) y la Universidad de Deusto firmaron un segundo

[32] http://www.farmacriticxs.com/nosotros/; http://www.actasanitaria.com/aumenta-la-controversia-sobre-la-financiacion-privada-de-la-formacion-pregrado-en-medicina/
[33] http://sanidadprivada.publicacionmedica.com/noticia/imq-forma-a-100-alumnos-de-la-universidad-del-pais-vasco-sobre-pautas-para-la-asistencia
[34] http://www.diariovasco.com/sociedad/201607/16/deusto-quiere-abrir-facultad-20160716001109-v.html
[35] http://www.irekia.euskadi.eus/es/news/3655-convenio-colaboracion-entre-departamento-sanidad-consumo-deusto-business-school

convenio por el cual el Departamento de Salud abonaría 60.000 euros "como contribución al desarrollo y puesta en marcha de la segunda edición del Máster, para la financiación de hasta un máximo del 50 % de la matrícula de las personas inscritas" (Anexo IV a la Resolución 43/2015, 2015). Esta edición incluía un periodo de seis meses de prácticas en estructuras centrales del Departamento de Salud y de Osakidetza[36]. Es decir, el Departamento de Salud financia a una escuela de negocios privada para impartir un máster de gestión sanitaria, prestando asimismo instalaciones y profesionales para dicha formación.

En cuanto a la FCS, a nivel estatal la industria también juega un papel importante puesto que financia gran parte de la misma (90%)[37]. Utiliza los mecanismos formativos para dar a conocer sus productos mediante el patrocinio en el ámbito de las reuniones científicas, anuncios en publicaciones médicas y verbalmente de manera personalizada –en la visita médica tradicional (Gómez Córdoba et al., 2007). Además, participa en la FCS prestada por las asociaciones profesionales, que tienen una labor importante en la formación de sus socios y socias profesionales y son referentes de información sanitaria tanto para profesionales como para la población general. Las asociaciones profesionales no cuentan con vías relevantes de financiación y muchas de sus actividades son financiadas por la industria, especialmente en el caso de aquellas con un perfil eminentemente asistencial, ligadas a la prescripción o compra de tecnología (Ruano, 2011).

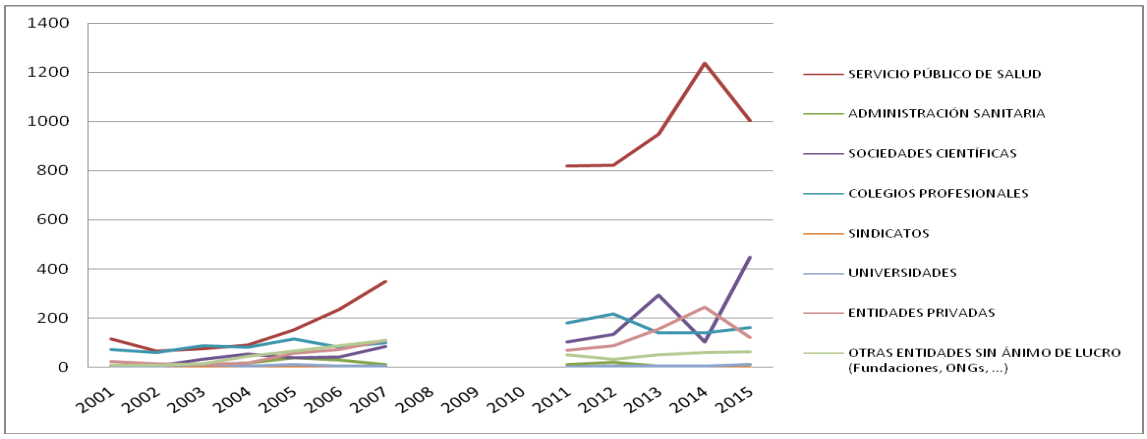
Un tipo de formación que nos permite realizar un análisis o monitorización aproximada de los agentes proveedores de la FSC es la formación acreditada, al quedar registrada más o menos de forma sistemática. La FCS acreditada es aquella reconocida por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias y sus órganos específicos en las CCAA, en el ámbito de sus competencias[38], siendo en la CAV el Consejo Vasco de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias. La FCS se rige por la LOPS (Ley 44/2003, 2003) y el Real Decreto 1142/2007 (Real Decreto 1142/2007, 2007), y es la única formación que tiene valor en la carrera de las y los profesionales sanitarios. Pueden solicitar acreditación aquellas entidades proveedoras de actividades de FCS dirigidas a las y los profesionales sanitarios, con personalidad jurídica propia, capacidad y experiencia formativa demostrable (al menos 5 años), realizadas y organizadas en la CAV[39].

La industria puede participar en la financiación de la FCS acreditada, siempre y cuando la entidad proveedora de la formación se haga responsable de que el patrocinio comercial no condicione la independencia de contenidos y ponentes, el control de la publicidad y la presencia de logotipos comerciales[40]. Para la acreditación y con el fin de garantizar la transparencia de las relaciones entre las entidades patrocinadora y proveedora, esta última debe firmar la declaración de conflicto de intereses propuesta por el consejo, obtener de las personas docentes una declaración similar y mencionarla en el programa[41].

[36] http://www.irekia.euskadi.eus/es/news/18792-consejero-salud-abre-nuevo-master-gestion-sanitaria-impulsado-por-departamento-deusto
[37] http://www.nogracias.eu/manifiesto/
[38] http://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/formacionContinuada/acreditacion.htm
[39] http://www.osakidetza.euskadi.eus/r85-ekinad01/es/contenidos/informacion/formacion_continua/es_1265/for04_c.html
[40] http://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/formacionContinuada/procedimiento.htm
[41] http://www.osakidetza.euskadi.eus/r85-ekinad01/es/contenidos/informacion/formacion_continua/es_1265/for04_c.html

Pese a que en la solicitud de acreditación las entidades proveedoras de formación aportan datos acerca de la financiación de su oferta formativa, estos datos no están públicamente disponibles. Sin embargo, por medio del Consejo Vasco acreditador, sí disponemos del número de actividades acreditadas por tipo de proveedor en la última década (excepto de los años 2008, 2009 y 2010, para los cuales no se aportó la información). En la figura 8.45 se observa que la oferta de actividades formativas acreditadas ha aumentado, principalmente a partir de mediados de la década pasada. Osakidetza es el principal proveedor de la actividad de FCS acreditada en la CAV, mientras que otras entidades proveedoras destacadas son los colegios profesionales, las sociedades científicas y el sector privado. Este último fue, en 2014, el segundo proveedor de FCS en la CAV (Figura 8.45). Al hilo de esto, cabe señalar que una de las acciones incluidas en el Plan de Salud 2013-2020 para fomentar el uso adecuado de fármacos es la incentivación de FCS no financiada por las industrias de productos y servicios sanitarios (Departamento de Salud Gobierno Vasco, 2014).

Figura 8.45. Evolución del número de actividades acreditadas de FCS por tipo de proveedor. CAV, 2001-2015.



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del Consejo Vasco de Formación Continuada de la Profesiones Sanitarias

8.3.2. Investigación

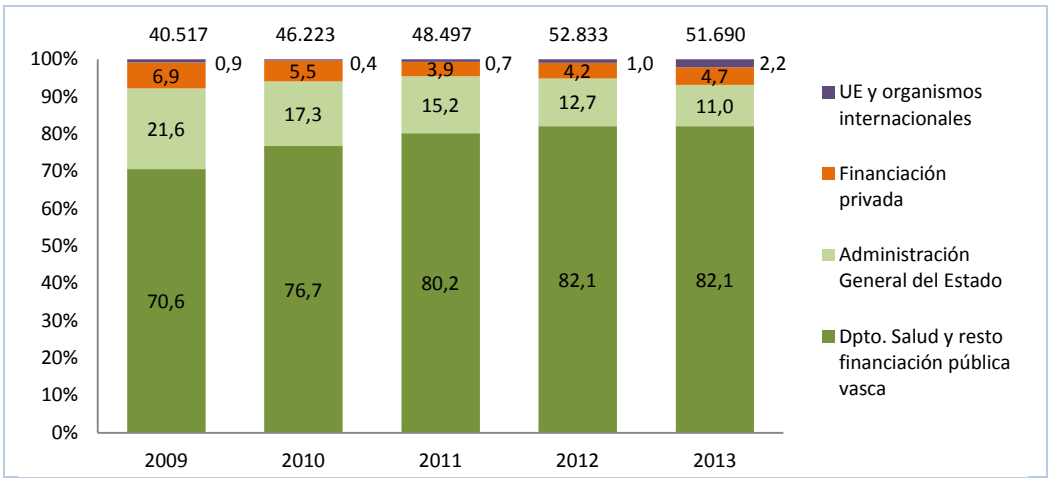
La industria farmacéutica es el sector industrial que más financiación destina a actividades de I+D en el Estado español[42]. En la última década ha incrementado el gasto en investigación clínica a un ritmo medio anual del 4,6% (pasando de 324 millones de euros en 2005 a 486 millones en 2014). Además, en la actualidad están cobrando relevancia las fórmulas de colaboración público-privada en investigación sanitaria. Prueba de ello, es que en estos años, Farmaindustria ha aumentado ligeramente los contratos de investigación con hospitales, universidades y centros públicos. Este gasto que Farmaindustria invierte fuera de las compañías farmacéuticas es lo que se conoce como gasto extramuros, y en 2014 constituyó el 40,2 % de su gasto total en I+D (382 millones de euros, de los que 9,5 se invirtieron en la CAV)

[42] http://www.farmaindustria.es/web/prensa/notas-de-prensa/2016/05/20/la-inversion-de-la-industria-farmaceutica-en-ensayos-clinicos-crece-un-63-en-espana-en-la-ultima-decada/

(Farmaindustria, 2016). En el periodo de 2002 a 2012, el gasto extramuros de Farmaindustria creció hasta más que duplicarse (de 201 a 434,4 millones de euros), aunque el porcentaje de gasto en la CAV se redujo del 6,1% al 2, % (Departamento de Salud Gobierno Vasco, 2016).

En la CAV la inversión en I+D sanitaria supera los 52 millones de euros anuales, correspondiendo la mayor parte de esta inversión (71%) a la financiación que el Departamento de Salud aporta a Osakidetza a través del contrato programa. El porcentaje de financiación que corresponde al sector privado queda por detrás de la aportación de la Administración General del Estado, y ha descendido de 2009 (6,9%) a 2013 (4,7%) (Figura 8.46) (Departamento de Salud Gobierno Vasco, 2016).

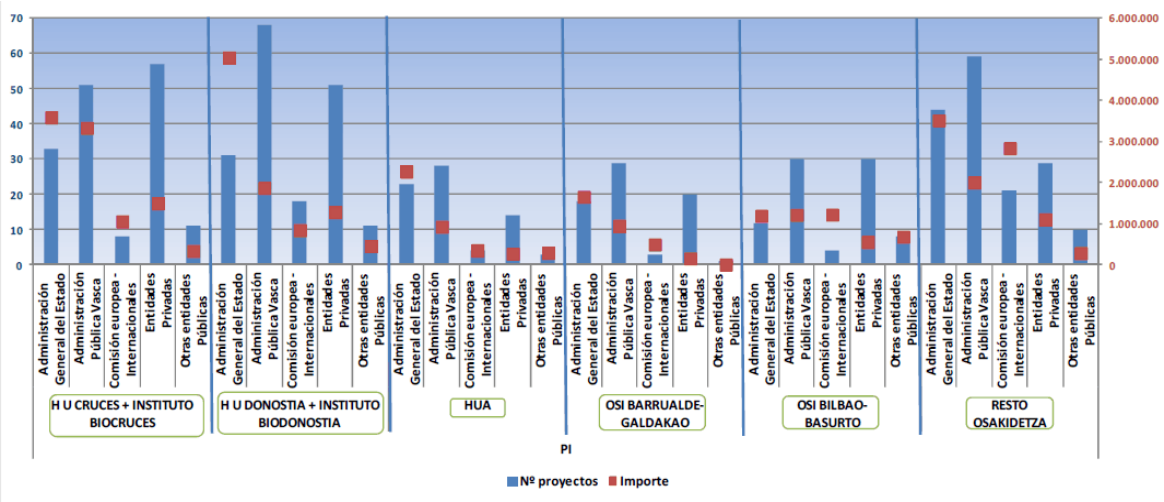
Figura 8.46. Financiación de la actividad de I+D+i en salud (miles de euros y porcentaje). CAV, 2009-2013



Fuente: Estrategia de Investigación e Innovación en Salud 2020 (Departamento de Salud Gobierno Vasco, 2016) y BIOEF

Según datos de BIOEF, que se encarga de la gestión de la investigación sanitaria en la CAV, en 2014, de los 915 ensayos clínicos activos, 798 estaban financiados por entidades privadas, con un gasto que ascendía a 14,6 millones de euros (98,3 % del total) (Figura 8.47). Además, había 729 proyectos de investigación activos, de los cuales 201 estaban financiados por entidades privadas con el 11,8 % del gasto respecto del total (4,9 millones de euros). Analizando la financiación de los proyectos activos en función de la entidad financiadora por centro de ejecución del investigador o investigadora principal, destaca el número de proyectos procedentes de entidades privadas en los Hospitales Universitarios de Cruces y Donostia (con sus respectivos institutos) y la OSI Bilbao-Basurto (BIOEF, 2015).

Figura 8.47. Financiación obtenida en los proyectos de investigación en función de la entidad financiadora por centro de ejecución de la persona investigadora principal. CAV, 2015



Fuente: BIOEF (BIOEF, 2015).

En la nueva Estrategia de Investigación e Innovación en Salud 2020 se reconoce como una amenaza el descenso de recursos captados del sector privado, lo que explica que uno de los objetivos estratégicos sea incrementar el volumen de financiación privada para actividades de I+D+i. Para ello propone trabajar en aumentar la captación de ensayos clínicos hasta un porcentaje proporcional al peso poblacional y/o del PIB, estudiar y en su caso implantar plataformas o infraestructuras que faciliten o aumenten la realización de ensayos clínicos, y definir e implantar un plan de mecenazgo (Departamento de Salud Gobierno Vasco, 2016). En relación directa con esto está la participación de la CAV en el proyecto BEST, una iniciativa promovida por Farmaindustria. Se trata de un proyecto estratégico que pretende integrar a todos los agentes implicados, públicos y privados, para crear una plataforma de excelencia en investigación clínica de medicamentos en el Estado español. En este proyecto participan 46 laboratorios, 13 CCAA, 3 sociedades científicas, la Clínica Universidad de Navarra y 50 centros adheridos. Entre estos últimos se encuentran cinco hospitales públicos vascos (Araba, Cruces, Basurto, Galdakao y Donostia) y uno privado (Onkologikoa) (Farmaindustria, 2016).

Otro de los objetivos de la citada estrategia es aumentar la colaboración con empresas y agentes científico-tecnológicos para que el sistema sanitario sea un socio de referencia. Una de las principales actuaciones para lograrlo es el despliegue completo del programa Innosasun (Departamento de Salud Gobierno Vasco, 2016), que fomenta la cooperación público-privada. En este programa una red formada por profesionales de Osakidetza, Institutos de Investigación Sanitaria (IIS), BIOEF, Departamento de Salud, Kronikgune y espacio sociosanitario trabajan en el asesoramiento de empresas y otras entidades en el planteamiento, diseño, ejecución y/o validación, y en su caso, co-desarrollo, de proyectos de innovación relacionados con el entorno sanitario y sociosanitario[43]. Además, Biocruces y Biodonostia, junto con la OSI Barrualde-Galdakao son miembros de la Plataforma ITEMAS[44]. Asimismo, Biocruces[45] y Biodonostia

[43] Gobierno Vasco. PCTI Euskadi 2020. Instrumentos de policy mix. Disponible en: http://www.irekia.euskadi.eus/uploads/attachments/5539/instrumentos_pcti_euskadi_2020.pdf
[44] http://www.itemas.org/quienes-somos/
[45] http://www.biocruces.com/web/biocruces/presentacion

tienen acuerdos con agentes biotecnológicos y Biodonostia está integrado en el Parque Científico y Tecnológico de Gipuzkoa, en el que se incluye, entre otros, el Onkologikoa[46].

[46] http://www.biodonostia.org/quienes-somos/presentacion/.

9. Resumen de resultados y conclusiones

Este informe ha realizado un diagnóstico de los principales retos a los que se enfrenta el acceso universal a la salud en la CAV, en base a la descripción de varias dimensiones: la relevancia de los determinantes sociales para comprender el estado de salud y de las desigualdades en salud de la población vasca; la historia y configuración del sistema sanitario público vasco así como sus principales características y valoración social actuales; las características de la privatización sanitaria y su presencia en el sistema sanitario público vasco y, por último, las desigualdades en el acceso al sistema sanitario. A partir de la descripción de los resultados más reseñables en cada uno de los apartados, se describirán las conclusiones finales más importantes derivadas del estudio.

9.1. Resumen de los principales resultados

Determinantes sociales de la salud y desigualdades sociales en la salud de la población vasca:

1. Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, con una influencia clara sobre su salud. Estos determinantes van desde aspectos muy cercanos al individuo, como las conductas o los hábitos de vida, hasta las condiciones de vida y trabajo, las características de los servicios a los que las personas tienen acceso (educativos, de salud, servicios sociales, etc.), y factores más estructurales como las características del contexto socioeconómico y político o el mercado laboral.
2. La distribución no equitativa de los determinantes sociales de la salud entre los grupos sociales explica la existencia de desigualdades en la salud, que se definen como aquellas diferencias en salud injustas y evitables entre grupos, consecuencia de las diferentes oportunidades y recursos para lograr una buena salud que tienen las personas debido a su clase social, género, etnia o lugar de nacimiento/residencia.
3. Al igual que se han mostrado a nivel internacional, en la CAV existen relevantes desigualdades en la salud, que se reflejan en diversos aspectos: La brecha en la esperanza de vida entre zonas básicas de salud alcanza los 10,5 años en los hombres y los 7 años en las mujeres, lo cual es equivalente a lo que, como promedio, se ha incrementado la esperanza de vida total en la CAV en los últimos 30 años. De ello, podríamos concluir que, en la actualidad, existen poblaciones que, en términos de salud, viven en condiciones similares a las que vivía el conjunto de la población de la CAV 30 años atrás. Por nivel educativo, las desigualdades en la esperanza de vida son también relevantes: mientras que los hombres y mujeres sin estudios en la CAV tienen una esperanza de vida de 73 y 81 años, en aquéllas de nivel universitario ésta aumenta en 8 y 6 años respectivamente. Por su parte, la esperanza de vida en buena salud o libre de discapacidad también es superior entre las personas que ocupan posiciones sociales más favorecidas, alcanzando una diferencia de 6,7 años en los hombres y 3,7 años en las mujeres según el nivel de privación del barrio en el que residen.

4. En otros indicadores de salud como la autovaloración de la salud, la prevalencia de problemas crónicos, la calidad de vida relacionada con la salud, la salud mental o la limitación crónica de la actividad, el gradiente social en la población adulta es también muy llamativo, de forma que todos los indicadores empeoran a medida que desciende la clase social o el nivel educativo en la población adulta. Destaca especialmente el alto porcentaje de mujeres de clase social más desaventajada (casi un 30,0%) y de nivel educativo primario o inferior (23,5%) que declaró una mala salud percibida frente al 11,1% de mujeres de clase más alta o el 11,8% con estudios universitarios.
5. Las desigualdades sociales en salud se heredan entre generaciones ya que éstas se reproducen también entre la población infantil y adolescente, cuya salud está claramente influida por las características socioeconómicas de sus progenitores y de los hogares donde residen. Cabe destacar, por ejemplo, que la distancia entre una valoración muy buena de la salud de sus hijos/as que realizan aquellos progenitores que han alcanzado, como máximo, estudios primarios y los de estudios universitarios es de 20,4 puntos porcentuales entre los niños, y de 21,2 puntos entre las niñas.

Desigualdades en el acceso al sistema sanitario público vasco:

6. El acceso al sistema sanitario está determinado por diversos factores que conciernen al propio sistema de salud, como las barreras físicas o económicas, así como por factores relativos a la población, relacionados con el nivel de renta, el nivel educativo o el entorno físico. Estos factores son determinantes sociales de las desigualdades en salud y según su distribución en la población, aumentan o disminuyen las oportunidades de acceder adecuadamente a los servicios sanitarios.
7. Por ello, el sistema sanitario también juega un papel subrayable en la magnitud de las desigualdades sociales en salud, ya que puede tanto reducir las desigualdades en salud generadas por otros determinantes como, por el contrario, aumentarlas, debido al efecto de la “ley de cuidados inversos”, es decir, el que la disponibilidad de una buena atención tiende a variar inversamente a las necesidades de salud de la población. En términos generales, parece que en los sistemas sanitarios públicos con vocación de cobertura universal, el acceso a la Atención Primaria (AP) se distribuye bastante equitativamente entre los grupos sociales o es incluso más frecuente entre los grupos más desfavorecidos, mientras que el acceso a la Atención Especializada (AE) es claramente mayor entre los grupos de mayor nivel socioeconómico. Como resultado, la utilización total de la consulta médica suele tener un patrón pro-rico, tanto en los sistemas sanitarios públicos de acceso universal y gratuito como, especialmente, en aquéllos modelos con más presencia del aseguramiento privado.
8. La falta de cobertura pública de las prestaciones sanitarias también determina las desigualdades de acceso. Así, la utilización de servicios no cubiertos por el sistema sanitario (como la salud bucodental, la rehabilitación, la salud mental o la podología), muestra patrones de mayor desigualdad con respecto a los servicios cubiertos, reduciéndose las posibilidades acceder a ellos a medida que se desciende en la escala de posición social.
9. Al igual que en otros países, a pesar de la gratuidad de las prestaciones incluidas y el carácter a priori universal de su cobertura, el acceso al sistema sanitario no se produce

de forma homogénea entre los diversos grupos sociales. En relación a la AP, las mujeres y las personas en posiciones más desventajadas acudieron con mayor frecuencia, con casi un 35% de diferencia entre la clase social más alta y la más baja. De forma similar, las personas con estudios primarios o inferiores consultaron más los servicios médicos de AP que aquellas con estudios universitarios. En el mismo, sentido, las visitas a la AP fueron más frecuentes en las personas inmigrantes, nacidas en países de renta baja.

10. En relación a la Atención Especializada, su uso fue inferior que la AP y, de forma similar a esta, su acceso es superior en el caso de las mujeres. Sin embargo, a diferencia de la AP, el acceso al nivel especializado es menos probable, en términos generales, entre las clases sociales más desfavorecidas y disminuye también de forma gradual a medida que lo hace el nivel de estudios alcanzado, especialmente entre las mujeres. Por lugar de nacimiento, el patrón que existe no es concluyente.
11. Existen pocas diferencias según la clase social en la hospitalización, aunque ésta es ligeramente más frecuente entre las personas de clase social más desfavorecida, tanto en hombres como en mujeres. Por nivel educativo, existen claras desigualdades en los hombres, entre quienes la probabilidad de ser hospitalizados aumentan a medida que desciende su nivel educativo. Por su parte, se observa que las mujeres nacidas en los países de renta baja tienen más probabilidad de ser hospitalizadas que las autóctonas.
12. La realización de prácticas preventivas o la participación en programas de detección precoz de enfermedades como el cáncer de mama, cérvix o colon también está socialmente determinada. En relación al cribado de cáncer de mama, el aumento que durante los últimos años ha experimentado la participación en el mismo ha conllevado que, las desigualdades por clase social y nivel educativo que se observaron durante los primeros años de implantación, no sean ya apreciables. Por el contrario, persisten desigualdades sociales relevantes en la realización de la citología, especialmente por nivel de estudios. Cabe destacar que las mujeres con seguro privado se realizaron las pruebas de cribado con más frecuencia que aquellas con aseguramiento público único. La diferencia entre los dos grupos es especialmente relevante para la citología. En el cribado de cáncer de colon, la participación fue muy inferior entre los hombres de nivel socioeconómico más desventajado, mientras que la tasa de detección de lesiones fue la más elevada entre ellos. En las mujeres, el patrón socioeconómico no fue tan evidente.
13. Existen claras desigualdades por clase social en la atención urgente entre las mujeres, ya que aquéllas de clase social más desfavorecida tienen un 30% más de probabilidades de usar este dispositivo asistencial que las más favorecidas. Asimismo, las mujeres inmigrantes tienen un 42% más de probabilidades de recibir asistencia urgente respecto a las mujeres autóctonas y los hombres inmigrantes casi un 50% más respecto a los autóctonos.
14. Los servicios no cubiertos o sólo parcialmente cubiertos por el sistema sanitario público son una fuente importante de desigualdades en su uso. El acceso al dentista, por ejemplo, es un 50% menor entre las personas que se sitúan en el extremo más desfavorecido de la jerarquía social (según clase social, nivel educativo y estatus migratorio) frente a las más favorecidas. Las desigualdades en el acceso son muy relevantes también en los servicios de fisioterapia y de podología.

Privatización y mercantilización sanitarias: conceptos y debates

15. La privatización es un concepto con límites difusos y sometido a un intenso debate en la actualidad, ya que a menudo bajo el término de privatización se engloban discursos, definiciones y posicionamientos diversos e incluso contrapuestos. Una de las definiciones existentes lo describe como la transferencia o desplazamiento, parcial o total de un activo o capacidad pública al sector privado pudiendo hacer referencia a cualquiera de las funciones o recursos que pertenecían a la esfera pública. Los ámbitos del funcionamiento de los servicios sanitarios que en la actualidad son más susceptibles a ser privatizados son la financiación y el aseguramiento sanitario, la planificación sanitaria, la provisión de servicios y la formación/investigación sanitarias.
16. La mercantilización, por su parte, hace alusión a la introducción de criterios de mercado en el ámbito público que, aunque no configuran una privatización de hecho, sí pueden facilitarla, ya que a menudo genera las condiciones económicas, ideológicas y de relaciones sociales a través de las cuales se puede facilitar la privatización final de los servicios sanitarios.
17. Considerando todos los ámbitos con potencial de ser privatizados, los principales riesgos de la privatización tienen que ver con el aumento de las barreras de acceso, la generación de desigualdades en salud, el aumento innecesario del consumo sanitario –o medicalización de la vida-, la detracción indirecta, por ejemplo a través de ventajas fiscales, de recursos a los sistemas sanitarios públicos, la debilitación de la legitimidad social del sistema sanitario público, la falta de transparencia y de mecanismos de control del sector privado, así como la generación de conflictos de interés en profesionales si realizan su actividad en la red pública y privada, con el consiguiente efecto en los y las pacientes.

Configuración histórica del sistema sanitario público vasco:

18. Tras la conformación constitucional del Estado de las Autonomías, la gestión y prestación de la asistencia sanitaria pasaron a ser competencia autonómica. En 1983 se creó Osakidetza-Sistema Vasco de Salud, tras un proceso de integración de los servicios de salud existentes, en su mayoría pertenecientes a las Diputaciones Forales y algunos provenientes de iniciativas privadas. La Ley General de Sanidad de 1986 crea el Sistema Nacional de Salud (SNS), del que Osakidetza pasa a formar parte, y deja para un futuro la integración en el SNS de los regímenes especiales del Sistema de Seguridad Social (MUFACE, MUJEGU, IFSAS) que ofrecían asistencia sanitaria a ciertos colectivos.
19. Desde la transición democrática y hasta 2011, sucesivas leyes dieron lugar a la extensión de la cobertura sanitaria a la práctica totalidad de la población, en respuesta a la conformación de un SNS de vocación universal y financiado con impuestos. A pesar de ello, la pervivencia de una asistencia sanitaria vinculada a la Seguridad Social y de los regímenes especiales de asistencia sanitaria ponen en cuestión la universalidad del SNS.
20. A partir de la década de los 90, las corrientes ideológicas neoliberales en el ámbito de la gestión de los sistemas sanitarios públicos se plasmaron en las sucesivas Leyes de Ordenación Sanitaria autonómicas. En la CAV fue el Plan Osasuna Zainduz, en 1993, el

que introdujo en Osakidetza criterios de competencia y una nueva organización del sistema en base a la separación de las funciones de financiación y provisión. Así, el Departamento de Sanidad (actualmente de Salud) pasó a asumir la financiación y regulación del sistema y, mediante las direcciones territoriales, comenzó a concertar la provisión de servicios, la cual puede ser con entidades de naturaleza pública (con Osakidetza) o privada.

21. En el contexto de la última crisis económica, el gobierno estatal aprobó el Real Decreto 16/2012 de reforma para la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud que limitó, por primera vez, el derecho de asistencia sanitaria a las personas extranjeras mayores de 18 años no autorizadas para residir en el Estado. En respuesta a esta medida, el Gobierno Vasco limitó el alcance de la medida, estableciendo únicamente el requisito de un año continuado de empadronamiento para las personas afectadas, siendo la CAV una de las CCAA en las que la exclusión sanitaria se ha producido en menor grado.

Valoración actual del sistema sanitario público vasco:

22. En la actualidad, el modelo vigente de sistema sanitario público vasco cuenta con una amplia legitimación social, tanto en lo relativo a los servicios que presta, la confianza que genera y al modelo de financiación sobre el que se sustenta. Así, la población de la CAV muestra alta satisfacción con la cobertura de necesidades que realiza Osakidetza, siendo superior al 95% la población que se encuentra satisfecha. La percepción sobre la adecuada cobertura de necesidades es bastante similar por clase social y nivel educativo, así como entre hombres y mujeres.
23. A la hora de mostrar preferencia por la sanidad pública o la privada, la gran mayoría de la población opta por la primera. Así, en relación con la preferencia para realizarse una intervención quirúrgica, el 86% de las mujeres y el 82% de los hombres prefiere realizarla en un hospital público de Osakidetza frente a un hospital o clínica privada. Esta preferencia apenas ha cambiado desde el año 1998 y es muy similar entre diferentes niveles socioeconómicos.
24. El sistema actual de financiación del sistema sanitario vasco goza de gran apoyo por parte de la población, ya que el 90% de las personas son favorables a que sea financiado por completo a través de impuestos y con cobertura universal. Esta opinión apenas ha variado con el paso de los años siendo, si cabe, en 2013 ligeramente mayor. La opinión acerca de esta cuestión es muy similar entre los diferentes niveles socioeconómicos. En relación a las prestaciones sanitarias actualmente no cubiertas por Osakidetza, más de la mitad de la población opina que éstas deberían pasar a ser cubiertas por el sistema sanitario público.
25. La mayoría de las dimensiones relacionadas con el funcionamiento del sistema sanitario son valoradas de forma positiva -en especial la profesionalidad del personal y las instalaciones y equipamientos-, si bien las listas de espera para consultas con especialistas e intervenciones suspende en la valoración de la población.
26. En comparación con el resto del Estado, la valoración que hace la población vasca sobre la sanidad de la CAV es muy positiva y, de hecho, en los últimos años ha mejorado ligeramente, siendo el 80% de las mujeres y el 77,8% de los hombres que opinan que el sistema sanitario público vasco es de mayor calidad que los del resto del

Estado. Sólo un 5% de la población vasca cree que en la CAV la sanidad es peor que en el resto del Estado.

Privatización del sistema sanitario público vasco:

27. En relación a la financiación, en 2012 el gasto total en salud en la CAV ascendió a 2.578 euros por habitante (8,8% del PIB), de los cuales 1.953 euros correspondieron a gasto de financiación pública (6,6% del PIB). En comparación con los países del entorno, la CAV presenta un nivel de gasto medio-bajo en salud. En relación al gasto público, la CAV presenta un nivel de gasto medio-alto en comparación con los países de la OCDE, pero inferior a la mayor parte de países de la UE-15, solo superior a los países del Sur de Europa. Atendiendo al gasto sobre el PIB, el gasto público vasco es menor a algunos países del Sur de Europa. En relación a las CCAA del Estado, el gasto público en la CAV es el más alto atendiendo al gasto por persona, pero intermedio atendiendo a lo que representa sobre el PIB.
28. La mayor parte del gasto público se dedica a la atención hospitalaria y especializada, partida que aumentó durante la crisis. De esta forma, mientras que el peso del gasto en especializada sobre el total se ha incrementado durante la crisis, el de atención primaria se ha mantenido constante.
29. Durante los años de crisis, el gasto público se redujo y a pesar del aumento de los últimos años todavía en 2015 el gasto fue menor que en 2009. El gasto privado aumentó en el periodo 2008 a 2012, especialmente el gasto realizado por las empresas de seguros privados, que aumentó un 25,7%.
30. La financiación privada comprende el 27% del gasto total en salud, con una importante presencia del gasto directo de las familias. Este porcentaje es más elevado que el de la mayor parte de países del entorno, en gran medida por la importancia del gasto directo de las familias.
31. En la CAV, 44.455 personas tenían cobertura a través de una mutualidad de funcionarios, de los cuales el 75% tuvieron asistencia sanitaria a través de una aseguradora privada financiada por fondos públicos.
32. EL 15-20% de los habitantes de la CAV tiene un seguro sanitario privado, porcentaje que es superior en Bizkaia (17-24%). El 54% correspondía a seguros concertados directamente por las empresas a favor de las personas empleadas, porcentaje que ha crecido considerablemente en los últimos años.
33. Teniendo en cuenta el gasto en conciertos sanitarios y las externalizaciones de servicios no sanitarios, en 2014 el 8,9% del presupuesto del Departamento de Salud se utilizó para contratar empresas privadas de provisión. Atendiendo únicamente al gasto en asistencia sanitaria (sin recetas) el porcentaje de gasto destinado a la provisión privada fue del 10,6%. Este porcentaje de gasto fue mayor en Gipuzkoa (16,4%).
34. La concertación sanitaria con empresas privadas se realiza fundamentalmente con hospitales de agudos (28,4% del total del presupuesto), transporte sanitario (15,3%), salud mental (16,6%) y conciertos ambulatorios (15,3%). La concertación sanitaria mantiene una tendencia de ligero descenso en los últimos años.
35. Dentro de los hospitales concertados durante 2013, destaca el Instituto Onkologikoa, con 23 millones de euros, Clínica Asunción, con 21 millones, Matia Fundazioa, con 12 millones y Policlínica, con 10 millones. Destacan asimismo los conciertos con

hospitales de salud mental, Aita Meni, con 12 millones, o San Juan de Dios, con 13 millones.

36. Durante el año 2016, Osakidetza externalizó servicios a empresas privadas por un valor del 3,2% de su presupuesto. Las mayores partidas fueron para limpieza (64,7%) y mantenimiento (21,8%). El porcentaje de externalización tuvo una variabilidad importante entre las diferentes organizaciones de Osakidetza.
37. No fue posible analizar la evolución de la externalización de servicios por no haber podido contar con datos al respecto
38. La formación universitaria en ciencias de la salud es mayoritariamente pública pero existen ejemplos de presencia de empresas privadas. La formación continuada muestra una importante participación de empresas privadas.

9.2. Conclusiones

En la actualidad, el sistema sanitario público vasco goza de una alta legitimación social, debido a una percepción generalizada sobre una adecuada cobertura de sus necesidades y una elevada elección del mismo (frente a la sanidad privada) como sistema sanitario preferido. Asimismo, el modelo vigente basado en su financiación completa a través de impuestos y con cobertura universal es compartido por la inmensa mayoría de la ciudadanía.

Sin embargo, a la luz de los datos recogidos en este informe, parece evidente que existen varios desafíos que pueden amenazar el acceso a la salud en la CAV. El primero de ellos, se encuentra fuera del propio sistema sanitario ya que tiene que ver con la existencia de los determinantes sociales de la salud y su impacto en la salud de los diversos grupos sociales, impidiendo que las personas puedan alcanzar su máximo potencial de salud y, por tanto, generando importantes desigualdades sociales en salud, definidas como aquellas diferencias en salud injustas y evitables entre grupos que están social, económica, demográfica o geográficamente definidos. El énfasis sobre estas dimensiones sociales requiere que las políticas dirigidas a mejorar la salud poblacional excedan los límites que tradicionalmente ha tenido la política sanitaria, para incluir actuaciones sobre otros ámbitos sociales, encaminadas a modificar la incidencia y distribución de los determinantes sociales de la salud. Una aproximación eficaz, recogida en diversas estrategias de países europeos para disminuir el gradiente social de la salud y, por tanto, reducir las desigualdades sociales en salud, es aquélla que se basa en la implementación de políticas universales, pero cuya intensidad sea proporcional al nivel de desventaja social de cada grupo social, es decir, una estrategia de "universalismo proporcional" (Marmot et al, 2010).

Pero además, las amenazas al derecho a la salud en la actualidad también están relacionadas con la naturaleza y el tipo de modelo de sistema sanitario vigente, en concreto, con cuestiones relacionadas con su grado de cobertura y provisión públicas, así como con las características de su acceso y utilización por parte de los diversos grupos sociales. En este sentido, parece evidente, por una parte, que el acceso a la salud se verá mermado por parte de grupos socioeconómicamente más desaventajados en relación a todas aquellas prestaciones, como la salud bucodental, la fisioterapia etc., que no estén completamente cubiertas por el sistema

sanitario púbico. Sin embargo, las desigualdades en el acceso también se producen en aquellas prestaciones cubiertas por Osakidetza, de lo cual se deduce que la simple vocación universal del sistema sanitario público no evita que el acceso y uso del mismo sea desigual según características como la clase social, el nivel educativo, el lugar de origen o el género.

Por último, la privatización del sistema sanitario público también puede suponer una amenaza para el acceso a la salud. La CAV dispone de un sistema sanitario que cubre adecuadamente una cartera de servicios relativamente amplia. Sin embargo, existe una serie de servicios no cubiertos por el sistema que provocan que el gasto privado en salud sea elevado en comparación con los países del entorno. La existencia de un porcentaje reseñable de gasto privado en salud supone una amenaza para la equidad en salud y también para la salud poblacional. La presencia de un sistema privado en crecimiento puede suponer una amenaza para la sostenibilidad del sistema público, y en este sentido el 50% de las consultas de especialista realizadas por una persona de clase alta se realizan fuera del sistema sanitario público. Resulta necesario que el sistema sanitario público sea el referente para la población vasca en general y también para las clases más favorecidas, lo que asegurará su sostenibilidad.

Si bien la privatización de la financiación es una clara amenaza para la salud poblacional, la relevancia de la privatización de la provisión es un aspecto más controvertido y cuestionado. En la CAV, un euro de cada diez invertidos en asistencia sanitaria (excluidas las recetas) se destina al pago de una empresa privada. Además de analizar el efecto de esta provisión privada para la salud y su equidad, resulta necesario establecer un debate social e informado sobre este tipo de concertaciones que permita, en última instancia, tomar las decisiones relativas a las concertaciones/externalizaciones en base a criterios de adecuación económica y de efectos en la equidad de acceso.

Anexo metodológico

El estudio se ha basado en un diseño mixto, en base a metodología cuantitativa y cualitativa. La descripción de cada una de ellas se muestra a continuación:

Metodología cuantitativa

El análisis de (a) las desigualdades en salud, (b) las desigualdades en el acceso al sistema sanitario, (c) la valoración del sistema sanitario y (d) los procesos de privatización sanitaria se realizaron a partir de la explotación directa de fuentes de datos secundarias y de la utilización de datos previamente publicados, tal y como se señala a lo largo del texto.
En relación a las fuentes de información utilizadas, el diseño y el tipo de análisis realizados, su descripción se realiza a continuación:

(a) **Análisis de las desigualdades sociales en salud**: a excepción de los resultados provenientes de estudios publicados, debidamente referenciados a lo largo del informe (como, por ejemplo, Esnaola et al., 2014; Martín y Esnaola, 2014), la explotación de datos realizada para esta investigación partió de un diseño transversal, con datos referidos a la población residente en la CAV a partir de la información proporcionada por la Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca (ESCAV) de 2013. La ESCAV es una encuesta periódica que proporciona información sobre la utilización de los servicios de salud y cuenta con una muestra representativa de 12.995 personas. La población analizada fue estratificada en dos grupos de edad (hasta 16 años y mayores de 16) para el análisis específico de las desigualdades en la población adulta e infantil.

(b) **Análisis de las desigualdades en el acceso al sistema sanitario**: a excepción de los resultados provenientes de estudios publicados, debidamente referenciados a lo largo del informe (como, por ejemplo, Hurtado et al. 2015; Esnaola et al. 2015), se realizó un diseño transversal, con datos referidos a la población residente en la CAV a partir de la información proporcionada por la ESCAV (anteriormente descrita) de 2013. Para este estudio se utilizaron tres grupos de edad: (a) la población de 16 años y más; (b) la población de 25 y más años para evitar errores en la clasificación según el nivel educativo en aquellas personas que todavía no han finalizado su periodo formativo; (c) la población entre 16 y 50 años, que es la franja de edad en la que se encuentra fundamentalmente la población inmigrante.

(c) **Valoración del sistema sanitario**: se realizó un análisis transversal de tendencia temporal a partir de los datos de la ESCAV (anteriormente descrita) de 2002, 2007 y 2013, así como a partir de los resultados del Sociómetro Vasco nº 59 y el Informe Ikuskerak nº8 del Gabinete de Prospección Sociológica del Gobierno Vasco para los años 1998-2014.

(d) Los procesos de privatización sanitaria: se analizó información proveniente de diferentes fuentes: por una parte, para evaluar el gasto sanitario tanto público como privado se utilizaron datos de la Cuenta de la Salud de Eustat para el caso vasco y las Cuentas Económicas del Sistema Sanitario Español del Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales e Igualdad para el caso estatal. Esta información fue complementada con datos extraídos de Eurostat y OCDE. Por otra parte, para analizar el aseguramiento

se utilizaron otras fuentes de información: por una parte, la Estadística de Libre Aseguramiento y la Encuesta de Condiciones de Vida, ambas de Eustat, y, por otra, información extraída de memorias de diferentes organizaciones. En relación al análisis del presupuesto destinado a salud, así como de las concertaciones y externalizaciones, se contó con información obtenida del Departamento de Salud que fue complementada con información obtenida gracias a las preguntas parlamentarias realizadas en el Parlamento Vasco por diferentes grupos políticos.

Metodología cualitativa

De forma complementaria al estudio cuantitativo, se llevó a cabo una investigación cualitativa, basada en 30 entrevistas semiestructuradas. Los perfiles de las personas entrevistadas se recogen en la siguiente tabla:

Tabla 10.1. Perfiles de las personas entrevistadas

Perfil	Nº de entrevistas
Cargos directivos institucionales de Osakidetza/Dto. de Salud (actuales o anteriores) o personal técnico	10
Profesionales de Atención Primaria y Especializada	9
Personas pertenecientes a sindicatos, ONG y otras asociaciones	9
Personal investigador/profesorado universitario	2

El guión utilizado para las entrevistas fue orientado a conocer las percepciones, creencias y valores en torno a la privatización del sistema sanitario vasco, así como a las desigualdades en el acceso al mismo. La mayoría de las entrevistas fueron llevadas a cabo por dos investigadoras del grupo de investigación OPIK (Grupo de investigación en Determinantes Sociales de la Salud y Cambio Demográfico). Fueron entrevistas en profundidad, con una duración media de entre 40 minutos y una hora y media. La recogida de datos se llevó a cabo de diciembre de 2015 a junio de 2016 principalmente en Bizkaia, aunque también se realizaron entrevistas en Araba y Gipuzkoa. Todas las entrevistas se realizaron en castellano. El protocolo de investigación del diseño cualitativo obtuvo la aprobación del Comité de Ética para las Investigaciones relacionadas con Seres Humanos de la UPV/EHU.

Aunque se utilizó un guión semiestructurado de temas, en la práctica las entrevistas se asemejaron más una conversación fluida en el que las personas entrevistadas comentaron los temas que consideraron de interés y/o les preocupaban en torno a la privatización. Posteriormente, esta información fue tratada a partir de un análisis temático, cuyo objetivo es explorar las percepciones de las personas entrevistadas sobre los procesos de privatización.

Referencias bibliográficas

Abásolo, I., Negrín-Hernández, & M.A., Pinilla, J. (2014). Utilization and Waiting Times: Two Inseparable Aspects of the Analysis of Equity. Revista Hacienda Pública Española, 208(1), 11–38. doi: 10.7866/HPE-RPE.14.1.1

Abellán, J.M., Sánchez, F.I., Martínez, J.E., & Méndez, I. (2013). El sistema sanitario público en España y sus comunidades autónomas: sostenibilidad y reforma. Bilbao: Fundación BBVA.

Aday, L., & Andersen, R. (1974). A framework for the study of access to medical care. Health Services Research, (9), 208–220. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&pid=S0102-311X201400050107900029&lng=en

Albreht, T. (2009). Privatization process in health care in Europe –a move in the right direction, a 'trendy' option, or a step back? European Journal of Public Health, 19(5), 448-51.

Aldasoro, E., Calvo, M., Martínez, M., Esnaola, S., Audicana, C., Rico, R., & Martín, U. (2010). Desigualdades de género y clase social en el tratamiento del infarto agudo de miocardio. Monogràfic de Salut Cardiovascular i gènere. Viure en Salut. Valencia: Direcció General de Salut Pública, Conselleria de Sanitat, Generalitat Valenciana.

Alfonso-Sánchez, J.L. (1991). Servicios de Salud. Técnicas avanzadas de marketing y planificación sanitaria. Barcelona: Ediciones Doyma.

Altisent, R. (2003). La relación con la industria farmacéutica: una cuestión ética de alta prevalencia en medicina de familia. Atención Primaria 32(2), 106-9.

Álvarez-Dardet, C., Umaña, R., Cantero, J., Cantarero, D., Escolar, A., & Marcilla, G. (2015). TTIP y salud. Posicionamiento completo SESPAS. Barcelona. Disponible en: http://www.sespas.es/adminweb/uploads/docs/Posicionamiento completo SESPAS TTIP nov2015.pdf.

Andersen, R.M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? Journal of Health and Social Behaviour, (36), 1–10.

Andersen, R.M., Yu, H., Wyn, R., Davidson, P.L., Brown, E.R., & Teleki, S. (2002). Access to Medical Care for Low-Income Persons: How do Communities Make a Difference? Medical Care Research and Review, 59(4), 384–411. doi:10.1177/107755802237808

Anexo IV a la Resolución 43/2015, de 30 de octubre, del Director de la Secretaría de Gobierno y de Relaciones con el Parlamento, por la que se dispone la publicación de convenios celebrados por el Gobierno Vasco (2015). Boletín Oficial del País Vasco nº 212, de 6 de noviembre de 2015.

Artazcoz, L. (2002). Género y Salud. Documentación Social, 127, 181-205

Asaria, M., Ali, S., Doran, T., Ferguson, B., Fleetcroft, R., Goddard, M., Goldblatt, P., Laudicella, M., Raine, R., & Cookson, R. (2016). How a universal health system reduces inequalities: lessons from England. Journal of Epidemiology and Community Health, 70(7), 637–643. doi:10.1136/jech-2015-206742

Asociación de Economía de la Salud (AES). (2014). Sistema Nacional de Salud: diagnóstico y propuestas de avance. Edición electrónica. Recuperado de: http://www.aes.es/Publicaciones/SNS_version_completa.pdf

Austad, K.E., Avorn, J., Franklin, J.M., Campbell, E.J. & Kesselheim, A.S. (2014). Association of Marketing Interactions with Medical Trainees' Knowledge About Evidence-Based Prescribing Results From a National Survey. JAMA Internal Medicine, 174(8), 1283-1290.

Austad, K.E., Avorn, J., & Kesselheim, A.S. (2011). Medical students' exposure to and attitudes about the pharmaceutical industry: a systematic review. PLoS Medicine, 8(5), e1001037.

Ayala, L., Calero, J., Díaz de Sarralde, S., Freire, J.M., García, M.A., Gimeno J.A., González, B., Granado, O., López, J.M., Onrubia, J., Rico, A., Ruiz-Huerta, J., Tiana, A., Trilla, C., & Urbanos, R.M. (2015). 2º Informe sobre la desigualdad en España 2015. Madrid: Fundación Alternativas. Recuperado de: http://www.fundacionalternativas.org/las-publicaciones/informes/2o-informe-sobre-la-desigualdad-en-espana-2015

Bacigalupe, A., Martín, U., Font, R., González-Rábago, Y., & Bergantiños, N. (2016). Austeridad y privatización sanitaria en época de crisis: ¿existen diferencias entre las Comunidades Autónomas? Gaceta Sanitaria, 30(1), 47-51. Doi: 10.1016/j.gaceta.2015.10.003

Baltimore City Health Department. How much variation exists between Baltimore neighborhoods? (2011). Recuperado de: http://www.baltimorehealth.org/neighborhood.html

Barsanti, S., & Nuti, S. (2014). The equity lens in the health care performance evaluation system. The International Journal of Health Planning and Management, 29(3), 233–46. doi: 10.1002/hpm.2195

Basu, S., Andrews, J., Kishore, S., Panjabi, R., & Stuckler, D. (2012). Comparative performance of private and public healthcare systems in low- and middle-income countries: a systematic review. PLoS Medicine, 9(6): e1001244. doi: 10.1371/journal.pmed.1001244

Benach, J., & Urbanos, R.M. (2000). Lograr equidad en salud. En Álvarez-Dardet, C. & Peiró, S (Eds). (2000). La salud pública ante los desafíos de un nuevo siglo. Informe SESPAS 2000. Granada: SESPAS/ Escuela Andaluza de Salud Pública.

Berendes, S., Heywood, P., Oliver, S., & Garner, P. (2011). Quality of private and public ambulatory health care in low and middle income countries: systematic review of comparative studies. PLoS Medicine 8(4): e1000433.

BIOEF (2015). Informe sobre la investigación activa en el sistema sanitario público vasco en 2014. Informe de la Fundación Vasca de Innovación e Investigación Sanitarias (BIOEF). Recuperado de: http://oiker.bioef.org/LinkClick.aspx?fileticket=nbYtlsuxOg4%3d&tabid=284&mid=800

Black, N., Barker, M., & Payne, M. (2004). Cross sectional survey of multicentre clinical databases in the United Kingdom. British Medical Journal, 328(7454), 1478.

Blake, R.L., & Early, E.K. (1995). Patients' attitudes about gifts to physicians from pharmaceutical companies. Journal of the American Board of Family Medicine 8(6), 457-64.

Blaxter, M. (2010). Health. (2nd Edition). Cambridge: Polity Press.

Borkhoff, C.M., Hawker, G.A., Kreder, H.J., Glazier, R.H., Mahomed, N.N., & Wright, J.G. (2008). The effect of patients' sex on physicians' recommendations for total knee arthroplasty. Canadian Medical Association Journal, 178(6), 681–687. doi: 10.1503/cmaj.071168

Bosch, X., Moreno, P., & López-Soto, A. (2014). The painful effects of the financial crisis on the Spanish health care. International Journal of Health Services 44(1), 25-51.

Bowman, M.A. (1986). Impact of drug company funding on the content of continuing medical education. Journal for Continuing Education in the Health Professions 6(1), 66-9.

Bowman, M.A., & Pearle, D.L. (1988). Changes in drug prescribing patterns related to commercial company funding of continuing medical education. Journal of Continuing Education in the Health Professions 8(1), 13-20.

Caballer, M., Vivas, C., & Moya, I. (2009). Financiación pública, provisión privada: la medida de la eficiencia comparada. Revista Administración Sanitaria,7, 521-36. Recuperado de: http://www.elsevier.es/es-revista-revista-administracion-sanitaria-siglo-xxi-261-articulo-financiacion-publica-provision-privada-medida-13141999

Cabero, L. (2001). Las Sociedades Científicas y las Leyes de Ordenación Sanitaria. Recuperado de: http://www.elmedicointeractivo.com/ap1/emiold/documentos/anuario01/54-57.pdf

Calderón, S., & Rabanaque, M.J. (2014). Estudiantes de medicina y marketing farmacéutico. Atención Primaria, 46(3), 156-66.

Calvo, M., & Esnaola, S. (2015). Desigualdades en la esperanza de vida en las zonas básicas de salud de la CAPV, 2006-2010. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Salud, Servicio de Estudios e Investigación Sanitaria.

Calzón-Fernández, S., Fernández-Ajuria, A., Martín, J.J., & Murphy, M.J. (2015). The impact of the economic crisis on unmet dental care needs in Spain. Journal of Epidemiology and Community Health, 69(9), 880-5. Recuperado de: http://jech.bmj.com/content/69/9/880

Camprubí, L. (2010). Caracterización e indicadores de la privatización de los sistemas sanitarios: una aproximación al sistema sanitario de Cataluña. Tesina de Máster sin publicar. Universidad Pompeu Fabra/Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona.

Carmona, R., Alcázar, R., Sarría, A., & Regidor, E. (2014). Frecuentación de las consultas de medicina general y especializada por población inmigrante y autóctona: una revisión sistemática. Revista Española de Salud Pública, 88, 135-155.

Cernadas, A. (2008). Desigualdades en salud e inequidades en el acceso a los sistemas sanitarios públicos. (Tesis Doctoral). Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona. Departament de Ciència Política i Dert Públic. Recuperado de: http://www.fbofill.cat/sites/default/files/1579.pdf

Cervero, R.M., & Gaines, J.K. (2014). Is there a relationship between commercial support and bias in continuing medical education activities? An updated literature review. Accreditation Council for Continuing Medical Education. Disponible en: http://www.accme.org/sites/default/files/651_20141104_Is_There_a_Relationship_between_Commercial_Support_and_Bias_in_CME_Activities_Cervero_and_Gaines.pdf.

Comisión de las Comunidades Europeas (2001). El futuro de la asistencia sanitaria y de la atención a las personas mayores: garantizar la accesibilidad, la calidad y la sostenibilidad financiera. Comunicación de la Comisión al Consejo, al Parlamento europeo, al Comité económico y social y al Comité de las regiones. COM (2001) 723 final. Bruselas.

Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. (2010). Avanzando hacia la equidad. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Madrid. Recuperado de: http://web.ua.es/es/iudesp/documentos/publicaciones/comision-para-reducir-lhttps-vuala-ua-es-index-php-as-desigualdades-en-salud-en-espana-2010.pdf

Commission of Social Determinants of Health. (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization.

Constitución Española (1978). BOE, no 311.

Coulter, A. (1995). Evaluating general practice fundholding in the United Kingdom. European Journal of Public Health 5(4), 233-9.

Council on Ethical and Judicial Affairs (2010). Financial relationships with industry in Continuing Medical Education. Report 1-A-10. Recuperado de: http://policymed.typepad.com/files/ama-hod---ceja-i---v.4.0-5-18-10.pdf.

Chen, P.C., Tsai, C.Y., Woung, L.C., & Lee, Y.C. (2015). Socioeconomic disparities in preventable hospitalization among adults with diabetes in Taiwan: a multilevel modelling approach. International Journal for Equity in Health, 14, 31. doi: 10.1186/s12939-015-0160-4

Chivu, M.C., & Reidpath, D.D. (2010). Social deprivation and exposure to health promotion. A study of the distribution of health promotion resources to schools in England. BMC Public Health 10, 473. Recuperado de: http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-10-473

Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1993). Tackling inequalities in health: what can we learn from what has been tried? Working paper prepared for the King's Fund International Seminar on Tackling Inequalities in Health, Oxfordshire. London: King's Fund. Recuperado de: https://www.kingsfund.org.uk/

De Lara, L., Camprubí, L., Guareschi, N.M.F, & Borrell, C (2015). Discursos de movimientos sociales sobre privatización de los servicios de salud catalanes. Athenea Digital 15(2), 51-80.

Dean. (2015). Private practice is unethical—and doctors should give it up. BMJ, 350, h2299

Decreto 114/2012, de 26 de junio, sobre régimen de las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Euskadi. (2012). Boletín Oficial del País Vasco. Recuperado de: https://www.euskadi.eus/y22-bopv/es/bopv2/datos/2012/06/1202973a.pdf

Defensoría del Pueblo del País Vasco-Ararteko (2013). Recomendación General del Ararteko 8/2013, de 24 de setiembre. Limitación derivada del empadronamiento previo, en el acceso a la asistencia sanitaria a las personas que no tienen la condición de aseguradas en el Sistema Nacional de Salud. Recuperado de: http://www.ararteko.net/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/0_3141_3.pdf

Departamento de Salud Gobierno Vasco (2014). Políticas de Salud para Euskadi 2013-2020. Vitoria-Gasteiz. Recuperado en: http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_informes_estudio/es_pub/adjuntos/plan_salud_2013_2020.pdf

Departamento de Salud Gobierno Vasco (2016). Estrategia de investigación e innovación en salud 2020. Vitoria-Gasteiz. Recuperado de: http://www.osakidetza.euskadi.eus/docs/estrategias_salud_2020_es.pdf.

Departamento de Sanidad Gobierno Vasco. (1993). Plan Estratégico del Sistema Vasco de Salud Ekonomiaz: Revista vasca de economía, 25, 118-143. Recuperado de: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1319683

Departamento de Sanidad Gobierno Vasco (2010). Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi. Vitoria-Gasteiz. Recuperado de: http://www.osakidetza.euskadi.eus/r85-skorga01/es/contenidos/informacion/estrategia_cronicidad/es_cronicos/estrategia_cronicidad.html

Departamento de Sanidad Gobierno Vasco (2012). Nuevo modelo de provisión en Euskadi: Sistemas Locales Integrados de Salud-Microsistemas y su gobernanza. Vitoria-Gasteiz. Recuperado de: http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/estrategia_cronicidad/es_cronicos/adjuntos/gobernanza_web_oficina.pdf

Deveaux, M., & De Looper, M. (2012). Income-Related Inequalities in Health Service Utilisation in 19 OECD Countries, 2008-2009, OECD Health Working Papers number 58. Recuperado de: http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/5k95xd6stnxt.pdf?expires=1438278366&id=id&accname=guest&checksum=FE7B1A5CD80B84B050EEA926945451B7

Donabedian, A. (1973). Aspects of medical Care administration. Cambridge: Harvard University Press.

Doyal, L., & Pennell, I. (1979). The Political Economy of Health. London: Pluto Press.

Dryden, R., Williams, B., McCowan, C., & Themessl-Huber, M. (2012). What do we know about who does and does not attend general health checks? Findings from a narrative scoping review. BMC Public Health, 12, 723. doi: 10.1186/1471-2458-12-723

ELA (2015). Informe sobre precariedad en Osakidetza. Precariedad y disciplina: cuarto oscuro de Osakidetza. Noviembre 2015.

European Commission – Directorate-General Home Affairs (2013). Study on Corruption in the Healthcare Sector. Disponible en: http://ec.europa.eu/dgs/home-affairs/what-is-new/news/news/docs/20131219_study_on_corruption_in_the_healthcare_sector_en.pdf

Esnaola, S., Elorriaga, E., Aldasoro, E., Bacigalupe, A., de Diego, M., Sarriugarte, G., & Portillo, I. (2015). Evolución de la participación y las desigualdades sociales en los cribados de cáncer de mama y de cáncer de cuello uterino en la CAPV, 1992-2013. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Salud, Servicio de Estudios e Investigación Sanitaria.

Esnaola, S., Martín, U., & Bacigalupe, A. (2014). Desigualdades sociales en la esperanza de vida en Euskadi. Magnitud y cambio 1996-2006. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Salud. Servicio de Estudios e Investigación Sanitaria.

Esteva, M., Cabrera, S., Remartínez, D., Díaz, A., & March, S. (2006). Percepción de las dificultades en la atención sanitaria al inmigrante económico en medicina de familia. Atención Primaria, 37,154–159.

Farmaindustria (2014). Código de Buenas Prácticas de la Industria Farmacéutica. Recuperado de: http://www.codigofarmaindustria.org/servlet/sarfi/codigo/codigo.html.

Farmaindustria (2016). Proyecto BEST. BD Metrics. Datos y análisis 19ª publicación. Recuperado de: http://www.medicamentos-innovadores.org/sites/default/files/medinnovadores/Espa%C3%B1ol/Informe%20BEST/Informes%20semestrales/2014/Resultados%20BDMetrics-19publicaci%C3%B3n.pdf.

Feachem, R.G.A, Sekhri, N.K., & White, K.L. (2002). Getting more for their dollar: a comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente. British Medical Journal, 324(7330), 135-41.

Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (2015). La privatización sanitaria de las CCAA. 2º informe. Recuperado de: http://www.actasanitaria.com/wp-content/uploads/2015/04/la-privatizacion-sanitaria-de-las-comunidades-autonomas.pdf.

Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria-FENIN. (2009). Código de buenas prácticas. Madrid. Disponible en: http://www.autocontrol.es/pdfs/pdfs_codigos/Codigo_buenas_practicas_FENIN_2009.pdf.

Federación Española de Enfermedades Raras (2016). FEDER alerta de que existen prestaciones sanitarias no cubiertas de forma integral por el sistema de Seguridad Social. Recuperado de: http://www.enfermedades-raras.org/index.php/actualidad/2850-feder-constata-que-existen-prestaciones-sanitarias-no-cubiertas-de-forma-integral-por-el-sistema-de-seguridad-social

Fidler, A.H. (2009). The role of the private sector in health financing and service delivery. European Journal of Public Health 19(5), 450-1.

Freire-Campo, J. (2005). La cobertura poblacional del Sistema Nacional de Salud: Importancia y retos de la universalización y la equidad en el aseguramiento. En: Repullo, J.R., & Oteo, L.A. (2005). Un Nuevo Contrato Social Para Un Sistema Nacional de Salud Sostenible. Barcelona: Ariel.

Frenk, J. (1985). El concepto y la medición de accesibilidad. Salud Pública de México, 27(5), 438-53. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000146&pid=S0102-311X200400080002200015&lng=pt

Gaffney, D., Pollock, A.M., Price, D., & Shaoul, J. (1999). NHS capital expenditure and the private finance initiative –expansion or contraction? British Medical Journal, 319(7201), 48-51.

García-Altés, A., Rodríguez-Sanz, M., Borrell, C., & Pérez, G. (2008). Desigualdades en salud y en la utilización y el desempeño de los servicios sanitarios en las Comunidades Autónomas. Cuadernos Económicos de ICE, (75), 115–128.

García-Subirats, I. (2015). Acceso a la atención en los sistemas de salud de Colombia y Brasil. Un análisis de las barreras, los factores determinantes y la equidad en el acceso. (Tesis Doctoral). Barcelona: Universitat Pompeu Fabra. Departament de Ciències Experimentals i de la Salut. Recuperado de: http://repositori.upf.edu/handle/10230/24941

García-Subirats, I., Vargas, I., Sanz-Barbero, B., Malmusi, D., Ronda, E., Ballesta, M., & Vázquez, M.L. (2014). Changes in Access to Health Services of the Immigrant and Native-Born Population in Spain in the Context of Economic Crisis. International Journal of Environmental Research and Public Health, 11, 10182-10201. Recuperado de: http://www.mdpi.com/1660-4601/11/10/10182

Garrido-Cumbrera, M., Borrell, C., Palència, L., Espelt, A., Rodríguez-Sanz, M., Pasarín, M.I., & Kunst, A. (2010). Social class inequalities in the utilization of health care and preventive services in Spain, a country with a national health system. International Journal of Health Services, 40(3), 525–542. doi: 10.2190/HS.40.3.h

Gil-González, D., Carrasco-Portiño, M., Vives-Cases, C., Agudelo-Suárez, A. A., Castejón Bolea, R., & Ronda-Pérez, E. (2015). Is health a right for all? An umbrella review of the barriers to health care access faced by migrants. Ethnicity & Health, 20(5), 523–41. doi: 10.1080/13557858.2014.946473

Gómez-Córdoba, A.I., Latorre-Santos, C., & Carreño, J.N. (2007). Dilemas éticos en las relaciones entre la industria farmacéutica y los profesionales de la salud. Persona y bioética 11(1), 23-8.

Goold, S.D., & Campbell, E.G. (2008). Industry support of continuing medical education: evidence and arguments. Hastings Center Report 8(6), 34-7.

Gregori, A. (2013). La provisión de servicios sanitarios en el ámbito público: una revisión crítica en torno al concepto de cuasimercado. Revista Internacional de Organizaciones, 11, 191–212.

Gual, A., Palés, J., Pardell, H., & Oriol-Bosch, A. (2005). Doctors in Spain. An old country, old and new structures, and a new future. The Clinical Teacher 2(1), 59-63.

Guix, J. (2012). Organització dels sistemes sanitaris. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili.

Hanlon, P., Walsh, D., & Whyte, B. (2006). Let Glasgow Flourish. Glasgow: Glasgow Centre for Population Health.

Hanratty, B., & Zhang, T.W.M. (2007). How close have universal health systems come to achieving equity in use of curative services? A systematic review. International Journal of Health Services, (37), 89–109. Doi: 10.2190/TTX2-3572-UL81-62W7

Hart, J.T. (1971). The inverse care law. Lancet, 1(7696), 405-412.

Hernández-Aguado, I., Santaolaya, M., & Campos, P. (2012). Las desigualdades sociales en salud y la atención primaria. Informe SESPAS 2012. Gaceta Sanitaria, 26, 6–13. Doi: 10.1016/j.gaceta.2011.09.036

Hosseinpoor, A.R., Itani, L., & Petersen, P.E. (2012). Socio-economic inequality in oral healthcare coverage: results from the World Health Survey. Journal of Dental Research, 91(3), 275–81. Doi: 10.1177/0022034511432341

House of Commons Health Committee (2005). The Influence of the Pharmaceutical Industry. Fourth Report of Session 2004–05. Volume I. Report, together with formal minutes. The House of Commons, London. Recuperado de: https://www.publications.parliament.uk/pa/cm200405/cmselect/cmhealth/42/42.pdf

Hurtado, J.L., Bacigalupe, A., Calvo, M., Esnaola, S., Mendizabal, N., Portillo, I., Idigoras, I., Millán, E., & Arana-Arri, E. (2015). Social inequalities in a population based colorectal cancer screening programme in the Basque Country. BMC Public Health, 15, 1021.

Hyde, A., Lohan, M., & McDonnell, O. (2004). Sociology for health professionals in Ireland. Dublin: Institute of Public Administration.

International Committee of Medical Journal Editors (2015). Recommendations for the conduct, reporting, editing, and publication of scholarly work in medical journals. Recuperado de: http://www.icmje.org/icmje-recommendations.pdf.

Jané, E., Vázquez, M.L., & Lizana, T. (2002). Sistemas de salud. Desarrollo, concepto, objetivos, funciones y agentes. Barcelona: UB Virtual, Master en Gestión de Centros y Servicios de Salud.

Katz, H.P., Goldfinger, S.E., Fletcher, S.W. (2002). Academia-industry collaboration in continuing medical education: description of two approaches. Journal of Continuing Education in the Health Professions 22, 43-54.

Kuipers, E.J., Rösch, T., & Bretthauer, M. (2013). Colorectal cancer screening–optimizing current strategies and new directions. Nature Reviews Clinical Oncology, 10(3), 130-42. Doi: 10.1038/nrclinonc.2013.12

Lauby-Secretan, B., Scoccianti, C., Loomis, D., Benbrahim-Tallaa, L., Bouvard, V., Bianchini, F., & Straif, K., for the International Agency for Research on Cancer Handbook Working Group. (2015). Breast-cancer screening--viewpoint of the IARC Working Group. New England Journal of Medicine, 372, 2353-2358.

Lea, D., Spigset, O., & Slordal, L. (2010). Norwegian medical students' attitudes towards the pharmaceutical industry. European Journal of Clinical Pharmacology 66, 727–733.

Levesque, J.F., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. International Journal for Equity in Health, 12(1), 18. Doi: 10.1186/1475-9276-12-18

Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. (2003). BOE, nº 128. Recuperado de: https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-10715

Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. Madrid: BOE, nº 240. Recuperado de: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2011-15623

Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias (2003). BOE núm. 280, de 22 de noviembre de 2003.

Ley 49/1998, de 30 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado. (1998). BOE, no 313. Recuperado de: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1998-30154

Ley 9/1983, del 19 de mayo, del “Servicio Vasco de Salud Osakidetza” (1983). BOPV, nº77. Recuperado de: http://bopv.vlex.es/vid/ley-servicio-vasco-salud-osakidetza-15093246

Ley General de Sanidad (1986). BOE, no 102. Recuperado de: http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/l14-1986.html

Ley Orgánica 4/2000, de 12 de enero, sobre Derechos y Libertades de los Extranjeros en España. (2000). BOE, nº10. Recuperado de: https://www.boe.es/buscar/pdf/2000/BOE-A-2000-544-consolidado.pdf

Librero, J., Ibáñez, B., Peiró, S., Bernal-Delgado, E., Suárez, F., Jiménez, F., Martínez-Lizaga, N., Seral-Rodríguez, M., Ridao, M. & Grupo VPM-SNS. (2010). Las hospitalizaciones de las personas mayores según sexo. Patrones comunes y discrepantes. Atlas de Variabilidad de Práctica Médica Del Sistema Nacional de Salud, 1(5), 287–97. Recuperado de:

http://www.atlasvpm.org/documents/10157/22356/Original_Hospitalizaciones_personas_mayores_segun_sexo_Patrones.pdf

López de Castro, F., & Rodríguez Alcalá, F.J. (2003). Planificación sanitaria (I). SEMERGEN – Medicina de Familia, 29(5), 244-254.

López-Casasnovas, G., & González-López-Valcarcel, B. (2016). El sistema sanitario en España, entre lo que no acaba de morir y lo que no termina de nacer. Papeles de Economía Española (147), 190-211.

López-de Andrés, A., Martínez-Huedo, M. A., Carrasco-Garrido, P., Hernández-Barrera, V., Gil-de-Miguel, A., & Jiménez-García, R. (2011). Trends in lower-extremity amputations in people with and without diabetes in Spain, 2001-2008. Diabetes Care, 34(7), 1570–6. doi: 10.2337/dc11-0077

Llop-Gironés, A., Vargas Lorenzo, I., Garcia-Subirats, I., Aller, M.-B., & Vázquez Navarrete, M. L. (2014). Immigrants' access to health care in Spain: a review. Revista Española de Salud Pública, 88(6), 715–34. Doi: 10.4321/S1135-57272014000600005

Maisonneuve, H., Matillon, Y., Negri, A., Pallarés, L., Vigneri, R., Young, H.L. (2009). Continuing medical education and professional revalidation in Europe: five case examples. Journal of Continuing Education in the Health Professions 29(1), 58-62.

Marmot, M. (2007). Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. Lancet, 370, 1153-63.

Marmot, M., Allen, J., Goldblatt, P., Boyce, T., McNeish, D., Grady, M., et al. (2010). Fair Society, Healthy Lives: Strategic Review of Health Inequalities in England Post-2010 – the Marmot Review. London.

Márquez, S., & Meneu, R. (2003). La medicalización de la vida y sus protagonistas. Gestión Clínica y Sanitaria, 5, 47-53. Recuperado de: http://www.iiss.es/gcs/gestion16.pdf

Martín, J.J. (2003). Nuevas fórmulas de gestión en las organizaciones sanitarias. Documento de trabajo 14/2003. Fundación Alternativas, Madrid. Recuperado de: http://www.fundacionalternativas.org/public/storage/laboratorio_documentos_archivos/xmlimport-kUKdUu.pdf

Martín, U., & Esnaola, S. (2014). Changes in social inequalities in disability-free life expectancy in Southern Europe: the case of the Basque Country. International Journal of Equity in Health, 13(1), 74.

Martín-Aranda, P., Vázquez, I., & Rodriguez de Cossio, A. (2007). Médicos residentes e industria farmacéutica. Atención Primaria, 39, 510-511.

McKeown, T. (1976). The modern rise of population. London: Edward Arnold.

Médicos del Mundo. (2012). Médicos del Mundo denuncia el caos existente tres meses después de la entrada en vigor de la reforma sanitaria. Nota de prensa. Recuperado de: http://www.medicosdelmundo.org/index.php/mod.documentos/mem.descargar/fichero.documentos_NP_Presentacion_mapa_semaforo_de_la_salud_4eb7ab68%232E%23pdf

Médicos del Mundo. (2014). Dos años de reforma sanitaria: más vidas humanas en riesgo. Recuperado de:
https://www.medicosdelmundo.org/index.php/mod.documentos/mem.descargar/fichero.documentos_Impacto-Reforma-Sanitaria-Medicos-del-Mundo_3ec0bdf9%232E%23pdf

Menéndez-Rexach, A. (2008). La gestión indirecta de la asistencia sanitaria pública. Reflexiones en torno al debate sobre la privatización de la sanidad. Revista de Administración Sanitaria, 6(2), 269-296.

Minué, S., & Martín, J.J. (2013). Gestión privada: ¿más eficiente? Actualización en Medicina de Familia 9(1), 15-23.

Moyer, V.A. on behalf of U.S. Preventive Services Task Force. (2012). Screening for cervical cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. Annals of Internal Medicine,156(12), 880-

91. Recuperado de: http://annals.org/aim/article/1183214/screening-cervical-cancer-u-s-preventive-services-task-force-recommendation

Navarro, V. (1986). Crisis, Health and Medicine: a social critique. London: Tavistock.

Ordaz, J.A., Murillo, C., & Guerrero, F.M. (2005). Análisis empírico de la demanda de seguros privados de enfermedad en España. Estudios de Economía Aplicada, 23, 161-171. Recuperado de: http://www.redalyc.org/pdf/301/30123115.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2016). Discapacidad y salud. Recuperado de: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/es/

Orlowski, J.P., Wateska, L. (1992). The effects of pharmaceutical firm enticements on physician prescribing patterns. Chest 102, 270-3.

Padilla, J. (23 de junio de 2014). Teorías de la justicia y equidad en salud: comenzando un trabajo. Médico crítico. Recuperado de: http://medicocritico.blogspot.com.es/2014/06/teorias-de-la-justicia-y-equidad-en.html

Palència, L., Espelt, A., Cornejo-Ovalle, M., & Borrell, C. (2014). Socioeconomic inequalities in the use of dental care services in Europe: what is the role of public coverage? Community Dentistry and Oral Epidemiology, 42(2), 97–105. Doi: 10.1111/cdoe.12056

Palència, L., Espelt, A., Rodríguez-Sanz, M., Rocha, K. B., Pasarín, M. I., & Borrell, C. (2013). Trends in social class inequalities in the use of health care services within the Spanish National Health System, 1993-2006. The European Journal of Health Economics, 14(2), 211–219. Doi:10.1007/s10198-011-0362-7

Pardell, H. (2000). ¿Qué podemos esperar de la formación médica continuada? Mitos y realidades. Medicina Clínica 114(11), 419-30.

Parliamentary Assembly - Council of Europe. (2015). Public health and the interests of the pharmaceutical industry: how to guarantee the primacy of public health interests? Resolution 2071. Recuperado de: http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-en.asp?fileid=22154&lang=en

Pellisé, L. (1996). Regulación de la competencia en el sistema sanitario de seguros español. Captación y selección de riesgo en el modelo MUFACE. En: Política y gestión sanitaria. La agenda explícita. pp.301-320. Barcelona: SG Editores. Recuperado de: http://tinyurl.com/o6vy73p

Penchansky, R., & Thomas, J. W. (1981). The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. Medical Care, 19(2), 127–40. Recuperado de: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7206846

Petrova, A. (2014). Equity and Utilisation of Primary, Specialist and Dental Health Services in Spain. (Tesis Doctoral). Universitat de Barcelona. Department of Economic Theory.

Pinilla, A., Negrín-Hernández, M.A., & Abásolo, I. (2015). Time trends in socio-economic inequalities in the lack of access to dental services among children in Spain 1987-2011. International Journal for Equity in Health, 14, 9.

Pollock, A.M., & Price, D. (2012). PFI hospitals bear the cost of Libor manipulation. British Medical Journal, 345, e5095.

Powell, M., & Miller, R. (2013). Privatizing the English National Health Service: an irregular verb? Journal of Health Politics, Policy and Law 38(5), 1051-9.

Puig-Junoy, J., & Pérez-Sust, P. (2002). Integración vertical y contratación externa en los servicios generales de los hospitales españoles. Gaceta Sanitaria, 16 (2), 145-55. Recuperado de: http://www.gacetasanitaria.org/es/integracion-vertical-contratacion-externa-los/articulo-resumen/S0213911102716464/

Puig-Samper, F. (2016). Alta temporalidad en la contratación e intensa rotación laboral en la sanidad pública. Fundación 1º de mayo. Colección informes, 127.

Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización (2006). Recuperado de: https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-16212

Real Decreto 1088/1989, de 8 septiembre. (1989). España: BOE no 216. Recuperado de: http://www.empleo.gob.es/es/Guia/leyes/RD108889.html

Real Decreto 1142/2007, de 31 de agosto, por el que se determina la composición y funciones de la Comisión de Formación continuada de las Profesiones Sanitarias y se regula el sistema de acreditación de la formación continuada (2007). BOE núm. 221, de 14 de septiembre de 2007.

Real Decreto 184/2015, de 13 de marzo, por el que se regula el catálogo homogéneo de equivalencias de las categorías profesionales del personal estatutario de los servicios de salud y el procedimiento de su actualización. (2015). BOE. Recuperado de: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2015-3717

Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios (2015). BOE núm. 177, de 25 de julio de 2015.

Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. (2012). BOE nº 98; Sec. I: 31278-312. Recuperado de: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2012-5403

Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones (2012). BOE núm. 98, de 24 de abril de 2012.

Red de Denuncia y Resistencia al RD 16/2012 (REDER). (2015). Radiografía de la reforma sanitaria. La universalidad de la exclusión. Madrid. Recuperado de: https://www.medicosdelmundo.org/index.php/mod.documentos/mem.descargar/fichero.documentos_Radiografia_de_la_reforma_sanitaria_37bb13b5%232E%23pdf

Redondo-Sendino, A., Guallar-Castillón, P., Banegas, J. R., & Rodríguez-Artalejo, F. (2006). Gender differences in the utilization of health-care services among the older adult population of Spain. BMC Public Health, 6, 155. doi: 10.1186/1471-2458-6-155

Regidor, E., Martínez, D., Calle, M. E., Astasio, P., Ortega, P., & Domínguez, V. (2008). Socioeconomic patterns in the use of public and private health services and equity in health care. BMC Health Services Research, 8, 183. Doi: 10.1186/1472-6963-8-183

Reidpath, D.D., Olafsdottir, A.E., Pokhrel, S., & Allotey, P. (2012). The fallacy of the equity-efficiency trade off: rethinking the efficient health system. BMC Public Health 12(Suppl 1), S3. doi: 10.1186/1471-2458-12-S1-S3

Reynolds, L., & McKee, M. (2012). Opening the oyster: the 2010-11 NHS reforms in England. Clinical Medicine, 12(2), 128-32. Recuperado de: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22586786

Rivadeneyra, A., Minué, S., Artundo, C., & Márquez, S. (2014). Lecciones desde fuera. Otros países en esta y otras crisis anteriores. Informe SESPAS 2014. Gaceta Sanitaria 28(S1):12-17. Doi: 10.1016/j.gaceta.2014.03.006

Rodríguez, E., González, Y., Bacigalupe, A., Martín, U., & Lanborena, N. (2014). Inmigración y salud: desigualdades entre la población autóctona e inmigrante en el País Vasco. Gaceta Sanitaria, 28(4), 274–280. doi: 10.1016/j.gaceta.2014.01.010

Rodríguez, R. (2015). ¿Profesionalización psicosanitaria o psicologización de la cultura? Un análisis socio-histórico de las reformas psicológicas españolas contemporáneas. (Tesis Doctoral). Universidad Complutense de Madrid: Departamento de Sociología V. Recuperado de: http://eprints.ucm.es/33145/1/T36395.pdf#page=3&zoom=auto,-107,458

Rohlfs, I., Borrell, C., Fonseca, MC. (2000). Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos. Gaceta Sanitaria,14 Supl 3:60-71

Rothman, D.J., McDonald, W.J., Berkowitz, C.D., Chimonas, S.C., DeAngelis, C.D., Hale, R.W., Nissen, S.E., Osborn, J.E., Scully Jr, J.H., Thomson, G.E., & Wofsy, D. (2009). Professional medical associations and their relationships with industry. JAMA 301(13), 1367-1372.

Ruano, A. (2011). El conflicto de intereses económico de las asociaciones profesionales sanitarias con la industria sanitaria. Informe monográfico SESPAS. Barcelona. Recuperado de: http://www.sespas.es/adminweb/uploads/docs/Conflicto_de_Intereses.pdf.

Rubia, F.J. (2011). Libro Blanco sobre el Sistema Sanitario Español. Madrid: Academia Europea de Ciencias y Artes.

Rubio, J. A., Aragón-Sánchez, J., Jiménez, S., Guadalix, G., Albarracín, A., Salido, C., Sanz-Moreno, J., Ruiz-Grande, F., Gil-Fournier, N., & Álvarez, J. (2014). Reducing major lower extremity amputations after the introduction of a multidisciplinary team for the diabetic foot. The International Journal of Lower Extremity Wounds, 13(1), 22–6. Doi: 10.1177/1534734614521234

Ruiz-Cantero, M.T. (2009). Sesgos de género en la atención sanitaria. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública. Recuperado de: https://www.easp.es/?wpdmact=process&did=ODYuaG90bGluaw==

Ruiz-Cantero, M.T., & Verdú-Delgado, M. (2004). Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico. Gaceta Sanitaria, 18 (Supl. 1), 118-125. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000400019&lng=es&tlng=es

Ruiz-Cantero, M.T., Ronda, E., & Álvarez-Dardet, C. (2007). The importance of study design strategies in gender bias research: the case of respiratory disease management in primary care. Journal of Epidemiology and Community Health, 61 (S2), 11–16. doi: 10.1136/jech.2007.060301

Salazar S. Aguirre JM. (2015) 25 años del PADI en el País Vasco (1990-2014) RCOE. Revista del Ilustre Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España. 20(3):165-180.

Saltman, R.B. (2003). Melting public-private boundaries in European health systems. European Journal of Public Health 13(1), 24-9.

Sánchez, F.I., Abellán, J.M., & Oliva, J. (2013). Gestión pública y gestión privada de servicios sanitarios públicos: más allá del ruido y la furia, una comparación internacional. Documento de Trabajo 4/2013. Madrid: Real Instituto Elcano. Recuperado de: https://www.researchgate.net/profile/Jose_Abellan-Perpinan/publication/235967003_Gestion_publica_y_privada_de_servicios_sanitarios_publicos/links/02e7e514ede46bc39a000000.pdf

Sánchez-Bayle, M. (2008). La privatización y los nuevos modelos de gestión en sanidad. Revista de Economía Crítica (6), 103-18.

Sánchez-Bayle, M. (2014). La privatización de la asistencia sanitaria en España. Documento de trabajo 182/2014. Fundación Alternativas, Madrid. Recuperado de: http://www.fundacionalternativas.org/public/storage/laboratorio_documentos_archivos/24bb33c2b5a6aca0f1ea50a199da5de7.pdf.

Sarría-Santamera, A., Hijas-Gómez, A.I., Carmona, R., & Gimeno-Feliú, L.A. (2016). A systematic review of the use of health services by immigrants and native populations. Public Health Reviews, 37, 28. Doi: 10.1186/s40985-016-0042-3

Segura, J. No olvides que habías venido a desecar la ciénaga (VI): La época de expansión de la salud pública española y madrileña. 2013. Recuperado de: https://saludpublicayotrasdudas.wordpress.com/2013/02/17/no-olvides-que-habias-venido-a-desecar-la-cienaga-vi-la-epoca-de-expansion-de-la-salud-publica-espanola-y-madrilena/

Sevilla, F. (2006). La universalización de la atención sanitaria. Sistema Nacional de Salud y Seguridad Social. Documentos de Trabajo 86/2006. Laboratorio de Alternativas, Madrid. Recuperado de: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2047838

Sierles FS, Brodkey AC, Cleary LM, McCurdy FA, Mintz M, Frank J, et al. (2005). Medical Students' exposure to and attitudes about drug company interactions: a national survey. Journal of the American Medical Association 294(9):1034-42.

Simó, J. (2015). Aseguramiento sanitario público en España, situación actual y tareas pendientes. Actualización en Medicina de Familia, 9(11), 504–511. Recuperado de: http://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=1470

Solanas, P., & Marzo, M. (2011). Copago: conclusiones desde la evidencia científica. Atención Primaria, 43, 1–2

Solar, O., & Irwin, A. (2007). A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. (Discussion paper). Recuperado de: http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf

Spielmans, G.I., & Parry, P.I. (2010). From evidence-based medicine to marketing-based medicine: evidence from internal industry documents. Bioethical Inquiry 7(1), 13-29.

Starfield, B. (2005). Why is the grass greener? British Medical Journal, 330, 727-9.

Stramba-Badiale, M., Fox, K.M., Priori, S.G., Collins, P., Daly, C., Graham, I., Jonsson, B., Schenk-Gustafsson, K., & Tendera, M. (2006). Cardiovascular diseases in women: a statement from the policy conference of the European Society of Cardiology. European Heart Journal, 27(8), 994–1005. doi: 10.1093/eurheartj/ehi819

Stringhini, S., Batty, G. D., Bovet, P., Shipley, M. J., Marmot, M. G., Kumari, M., Tabak, A.G., & Kivimäki, M. (2013). Association of lifecourse socioeconomic status with chronic inflammation and type 2 diabetes risk: The Whitehall II prospective cohort study. PLoS Medicine, 10(7). doi: 10.1371/journal.pmed.1001479

Stuckler, D., King, L., & McKee, M. (2009). Mass privatization and the post-communist mortality crisis: a cross-national analysis. Lancet, 373(9661), 399-407.

The PLoS Medicine Editors (2009). Ghostwriting: the dirty little secret of medical publishing that just got bigger. PLoS Medicine 6(9), e1000156.

Titmuss, R. (1958). Essays on the welfare state. London: Unwin Hyman.

Toffolutti, V., Reeves, A., McKee, M., Stuckler, D. (2017). Outsourcing cleaning services increases MRSA incidence: Evidence from 126 english acute trusts. Social Science & Medicine 174, 64-69. doi: 10.1016/j.socscimed.2016.12.015

Trivedi, A.N., Matula, S., Miake-Lye, I., Glassman, P.A., Shekelle, P., & Asch, S. (2011). Systematic review: comparison of the quality of medical care in Veterans Affairs and non-Veterans Affairs settings. Medical Care 49(1), 76-88.

Tuohy, C.H., Flood, T.M., & Stabile, M. (2004). How Does Private Finance Affect Public Health Care Systems? Marshaling the Evidence from OECD Nations. Journal of Health Politics, Policy and Law, 29 (3), 359-396.

UNESPA/Asociación Empresarial del Seguro. Memoria Social 2015. Disponible en http://www.unespa.es/adjuntos/fichero_4174_20160602.pdf

Urbanos, R. (2004). El impacto de la financiación de la asistencia sanitaria en las desigualdades. Gaceta Sanitaria, 18(4), 90–95. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000400015&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Urbanos, R. (2011). Determinantes de salud y utilización de servicios sanitarios: un análisis de desigualdad desde la perspectiva de género. Presupuesto y Gasto Público, (64), 117–130. Recuperado de: http://www.ief.es/documentos/recursos/publicaciones/revistas/presu_gasto_publico/64_Urbanos.pdf

Urbanos, R. (2016). La desigualdad en el acceso a las prestaciones sanitarias. Propuestas para lograr la equidad. Informe SESPAS 2016. Gaceta Sanitaria, 30 (S1), 25-30. doi: 10.1016/j.gaceta.2016.01.012

Vainiomäki, M., Helve, O., & Vuorenkoski, L. (2004). A national survey on the effect of pharmaceutical promotion on medical students. Mediccal Teacher, 26(7), 630-4.

Van Doorslaer, E., Masseria, C., & Koolman, X. (2006). Inequalities in access to medical care by income in developed countries. CMAJ 174(2), 177–183.

Vázquez, M. L., Vargas, I., Nuño, R., & Toro, N. (2012). Integrated delivery systems and other examples of collaboration among providers. Informe SESPAS 2012. Gaceta sanitaria / S.E.S.P.A.S, 26 (S1), 94–101. doi: 10.1016/j.gaceta.2011.09.031

Vázquez, M.L., Vargas, I., & Aller, M.B. (2014). Reflexiones sobre el impacto de la crisis en la salud y la atención sanitaria de la población inmigrante. Informe SESPAS 2014. Gaceta Sanitaria, 28(S1), 142–146.

Velasco, S. (2009). Recomendaciones para la práctica clínica con enfoque de género. Madrid: Observatorio de Salud de la Mujer. Ministerio de Sanidad y Política Social. Recuperado de: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/recomendVelasco2009.pdf

Vera-Hernández, A.M. (1999). Duplicate coverage and demand for healthcare. The case of Catalonia. Health Economics, 8, 579-598.

Watt, G. (2002). The inverse care law today. Lancet, 360(9328), 252-254.

Watt, R., Listl, S., Peres, M., & Heilmann, A. (2015). Social inequalities in oral health: from evidence to action. Copenhage: International Centre for Oral Health Inequalities Research & Policy. Recuperado de: http://media.news.health.ufl.edu/misc/cod-oralhealth/docs/posts_frontpage/SocialInequalities.pdf#page=36

Wazana, A. (2000). Physicians and the pharmaceutical industry: is a gift ever just a gift? JAMA 283(3), 373-80.

Whitehead, M., Pennington, A., Orton, L., Nayak, S., Petticrew, M., Sowden, A., & White, M. (2016). How could differences in 'control over destiny' lead to socio-economic inequalities in health? A synthesis of theories and pathways in the living environment. Health &Place, 39, 51–61.

Whitfield, D. (2001). Private finance initiative and public private partnerships: what future for public services? European Services Strategy Unit. Recuperado de: http://www.european-services-strategy.org.uk/publications/public-bodies/pfi/pfi-and-ppp/

World Health Organisation (WHO). (1998). Health Promotion Glossary. Geneva: WHO.

World Health Organisation (WHO). (2016). Disability and rehabilitation. Recuperado de: http://www.who.int/disabilities/care/en/

Zafra, E., Peiró, R., Ramón, N., Álvarez-Dardet, C., & Borrell, C. (2006). Análisis de la formulación de las políticas sobre envejecimiento en los planes autonómicos sociosanitarios y de atención a las personas

mayores en España. Gaceta Sanitaria, 20(4), 295–302. Recuperado de: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16942717