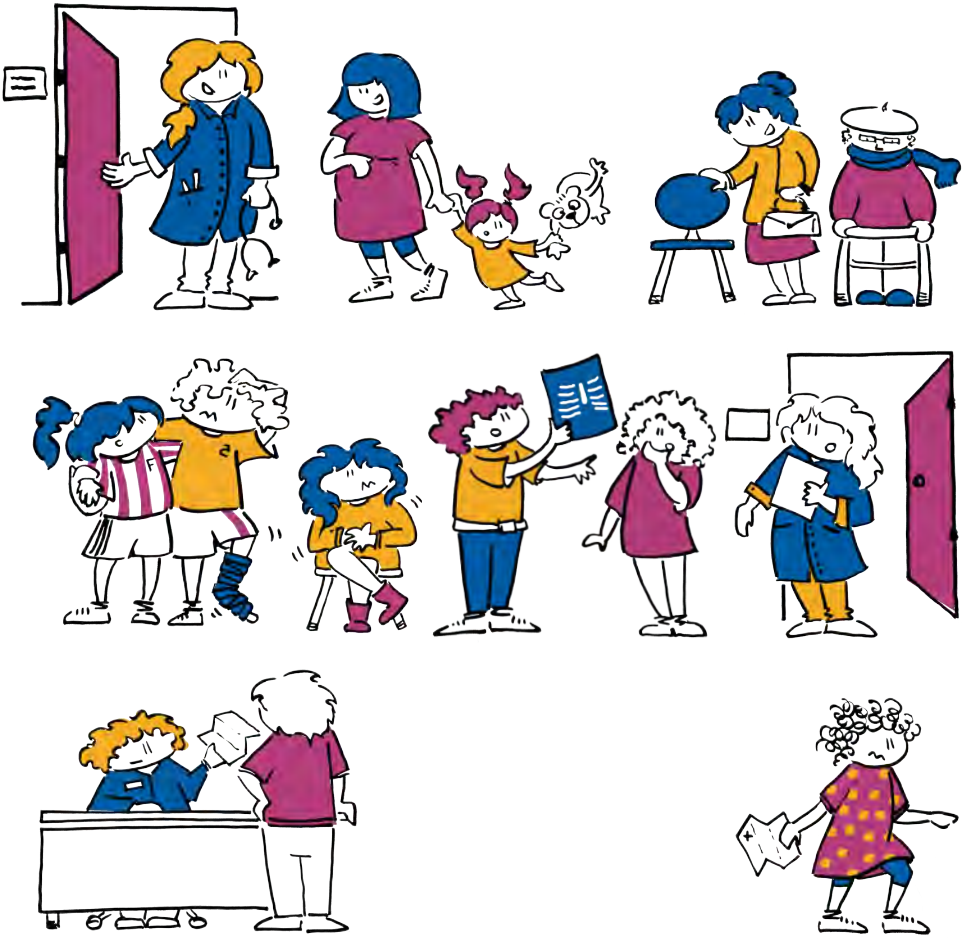
AMENAZAS AL DERECHO A LA SALUD EN EUSKADI

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.



El presente documento es un resumen del informe completo:
Martin 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. Julio 2017
El curriculum de los autores puede consultarse en : www.ehu.eus/opik

La versión completa puede consultarse 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
Impreso en Vitoria-Gasteiz. 2017

Financiado por:
GARAPENERAKO LANKIDETZAREN EUSKAL AGENTZIA
AGENCIA VASCA DE COOPERACIÓN PARA EL DESARROLLO
EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO

AMENAZAS AL DERECHO A LA SALUD EN EUSKADI

Desigualdades sociales y procesos de privatización en el sistema sanitario

medicusmundi

Resumen de resultados y recomendaciones

ÍNDICE

PRESENTACIÓN 7

RESULTADOS 16

LA DESIGUALDAD SOCIAL COMO AMENAZA AL DERECHO A LA SALUD 16

1. La salud de las personas está determinada por sus condiciones de vida 17

2. En la CAV existen importantes desigualdades sociales en salud según el nivel de estudios, el género, la clase social o el lugar de nacimiento 20

3. Las desigualdades sociales en salud se heredan.....26

4. Las características y actuación de los sistemas sanitarios pueden aumentar o reducir las desigualdades sociales en salud 29

5. En la CAV existen leves desigualdades de acceso a la atención especializada que aumentan en el caso de los servicios preventivos 32

6. Los servicios no cubiertos por el sistema público generan importantes desigualdades de acceso a la atención sanitaria en la CAV 34

LA PRIVATIZACIÓN SANITARIA COMO AMENAZA PARA EL DERECHO A LA SALUD 37

7. La privatización sanitaria constituye un riesgo para la salud de la población 38

8. En la CAV existe un amplio consenso social sobre la necesidad de mantener un sistema sanitario público, universal, de calidad y financiado por impuestos 44

9. La privatización de la financiación de la salud aumentó en la CAV durante los años de crisis 48

10. Uno de cada cuatro euros de gasto total en salud en la CAV es de financiación privada, porcentaje superior al de la media de países de su entorno 54

11. El número de personas que recurren a un seguro sanitario privado ha crecido en la CAV durante los últimos años 58

12. El aumento del gasto sanitario privado así como de los seguros privados también es responsabilidad de las administraciones públicas 61

13. El Gobierno Vasco destina uno de cada diez euros que invierte en asistencia sanitaria a la contratación de empresas u organizaciones privadas, cantidad que ha disminuido ligeramente en los últimos años 66

14. Los hospitales de agudos, el transporte sanitario y la salud mental suponen más de la mitad del gasto público concertado con empresas u organizaciones privadas en la CAV 70

15. Dos organizaciones privadas, Onkologikoa y Clínica de la Asunción, reciben anualmente más de 20 millones de dinero público 76

16. Osakidetza destinó 81 millones de euros anuales a la contratación de servicios no sanitarios con empresas privadas 80

17. El 40% de la concertación sanitaria con entidades no públicas se realiza con organizaciones sin ánimo de lucro 83

18. La privatización de la provisión genera posiciones contrapuestas sobre sus riesgos y beneficios para el sistema sanitario público vasco 86

19. Bizkaia es el Territorio Histórico con mayor porcentaje de personas con seguro privado de salud y Gipuzkoa donde más dinero público se destina a empresas u organizaciones privadas 90

20. En la actualidad, existen importantes riesgos hacia una mayor privatización de la formación e investigación sanitarias en la CAV 93

RECOMENDACIONES 97

ANEXO METODOLÓGICO 104

BIBLIOGRAFÍA 108

PRESENTACIÓN

La salud constituye uno de los derechos fundamentales de todo ser humano y Medicus Mundi lleva más de 50 años defendiendo este derecho en consonancia con la declaración *Salud para todos en el año 2000* firmada en Alma Ata por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1978.

Dicha declaración establece que los gobiernos y la comunidad internacional son los responsables de garantizar el derecho de todas las personas a la atención básica de la salud; al mismo tiempo, apuesta por la Atención Primaria en Salud, en la que la prevención es tan importante como la curación, como estrategia de intervención.

Alma Ata defiende, frente el modelo biomédico vigente, un modelo biopsicosocial que actúa sobre las causas económicas, sociales y políticas que afectan a la salud. Porque no es posible aislar la situación de salud de las poblaciones de los aspectos determinantes de sus condiciones de vida.

En los países empobrecidos los principales problemas de salud son consecuencia de la pobreza extrema. Como media, y según datos de la OMS, destinan a salud 20 dólares por persona/año mientras que un paquete básico de servicios sanitarios supone un coste mínimo de 34 dólares persona/año.

Por otra parte, únicamente el 1% de los nuevos medicamentos que se comercializan son para tratar las enfermedades más habituales (malaria, tuberculosis...) en estos países, que sufren además una preocupante falta de personal sanitario. África padece un 25% de todas las enfermedades mundiales pero en este continente sólo trabaja el 3% de personal sanitario mundial.

Las desigualdades sociales provocan más muertes que factores clásicos como el tabaquismo. Por ejemplo, la esperanza de vida de una niña es de 80 años si nace en determinados países, o de 45 años, si nace en otros. Dentro de cada país hay también grandes diferencias en salud estrechamente ligadas al grado de desfavorecimiento. En la Comunidad Autónoma Vasca (CAV) las diferencias en la esperanza de vida entre barrios pueden alcanzar los 10 años entre los hombres.

Es importante también subrayar las desigualdades por cuestiones de género. Las mujeres tienen una esperanza de vida mayor; sin embargo tienen índices más altos de morbilidad e incapacidad, debido a factores biológicos pero también sociales. Los patrones de socialización, roles familiares, obligaciones, expectativas laborales y tipos de ocupación generan situaciones de sobrecarga física y emocional en las mujeres; todo ello justifica su mayor morbilidad por trastornos crónicos.

La relevancia de estos datos lleva a la OMS a defender las políticas universales "proporcionales", es decir, las que se aplican teniendo en cuenta el nivel de desventaja de cada grupo social. Y añade que sólo será posible conseguir esto mediante "*un sólido sector público comprometido, capaz y dotado de suficiente financiación*".

Introducción de las reglas de mercado

Aunque, como hemos visto, el origen de las desigualdades sociales en salud es múltiple, existe un requisito esencial para garantizar el acceso universal a la salud: un sistema sanitario que asegure el acceso de todas las personas.

Sin embargo, el principio que establece la obligación de los Estados de brindar servicios de salud universales está siendo amenazado por un cambio sustancial en la estrategia de salud que aboga por someter ésta a las reglas del mercado. Las reformas se iniciaron en los años ochenta, cuando las ideas neoliberales se implantaron en las economías desarrolladas, la fe ciega en los mercados se impuso, y una ola de privatizaciones recorrió Europa.

La privatización es un concepto con límites difusos y sometido a un intenso debate en la actualidad, ya que a menudo el término de privatización englo-ba discursos diversos e incluso contrapuestos. En todo caso, los ámbitos del funcionamiento más susceptibles de ser privatizados son la

financiación y el aseguramiento sanitario, la planificación sanitaria, la provisión de servicios y la formación e investigación sanitarias[1].

La supuesta mayor eficiencia de los modelos privados ha sido el argumento para la apuesta por las políticas de privatización. El debate sobre si es más eficiente el modelo público o privado puede concebirse desde un punto de vista filosófico. Pero también puede ser y debe ser un debate basado en datos reales y contrastados. Y hay muchas afirmaciones sostenidas por economistas como si fueran verdades reveladas que no se mantienen a la luz de la realidad; una de las más repetidas es la que insiste en que la gestión privada es, por definición, más eficiente que la pública.

Rannan-Eliya, R. y Somantnan, A. aseguran en su libro *Access of the Very Poor to Health Services in Asia: Evidence on the role of health systems from Equitap,* que en los estudios realizados por el Fondo Monetario Internacional en 30 países empobrecidos se descubrió que las prestaciones totales del gasto gubernamental en salud redujeron la desigualdad.

El caso de Vietnam en la década de los 80, por ejemplo, puso de manifiesto que la gestión pública puede ser eficaz y eficiente en el ámbito sanitario. El estudio *Rural health care in Vietnam and China: conflict between market reforms and social need', International Journal of Health Services* de Huong, D., Phuong, evidenciaba que el Gobierno de ese país asiático, aunque con pocos recursos y mal gestionados, garantizó el acceso universal a los servicios básicos. Como resultado, en sólo 40 años, la mortalidad infantil cayó un 90 por ciento y la esperanza de vida casi se duplicó. Desgraciadamente, en los últimos años el modelo público en este país ha quedado prácticamente desmantelado.

Otro ejemplo, en sentido inverso, lo constituye Estados Unidos, paradigma de la gestión privada, donde solo el 27 % de la población está cubierta por el sistema público. Partiendo de ese dato, cabría imaginar que si la gestión privada es más eficiente, el gasto en salud tendría que ser menor; sin embargo, la realidad es que el gasto es más elevado, tanto a

[1] Dentro de estos grupos, se encuentran la fragmentación del sistema en una parte que financia y otra que compra; las desgravaciones fiscales a los seguros complementarios de empresa; las creación de empresas para la gestión de hospitales; la participación privada en la construcción de infraestructuras sanitarias; la creación de cooperativas para gestionar la atención primaria; la cesión de la asistencia hospitalaria de algunas áreas a centros privados; la integración de servicios de Atención Primaria en estas áreas; el incremento de la concertación y subcontratación de servicios y el mantenimiento y potenciación de la asistencia al funcionariado público por aseguradoras privadas.

nivel per cápita como en porcentaje del PIB.

Si el gasto es más elevado, se presupone que los resultados en salud tendrían que ser mucho mejores. Sin embargo, este país se sitúa a la cola en el ranking de países enriquecidos en cuanto a mortalidad infantil y esperanza de vida.

Tampoco podemos olvidar que cada año, 150 millones de personas de todo el mundo se enfrentan a gastos sanitarios catastróficos y 100 millones se ven arrastradas a la pobreza por el pago directo de los servicios sanitarios. Esto sucede especialmente en los países empobrecidos, pero también en otros, como Estados Unidos.

Disponemos además de evidencias empíricas en relación al uso de fórmulas de concesión de obra pública o *Private Finance Initiative* (PFI[2]) en Reino Unido y en Italia. Una primera conclusión es que estas formas de colaboración público-privada suponen un coste total superior al que resultaría de recurrir al endeudamiento público directo para construir las nuevas infraestructuras sanitarias; ello es debido, principalmente, a los mayores costes financieros a los que se enfrentan los concesionarios privados y al margen de beneficio que aplican.

Existiendo en el Estado español ejemplos de centros gestionados de ambas formas, públicos, privados o mixtos, los datos enfrentados de cada uno de ellos podrían dar idea de cuál es más eficiente, y más rentable económica y socialmente. Pero, a día de hoy, esa información no está disponible. En este sentido, el Real Instituto Elcano denuncia que la falta de transparencia ha sido una característica propia de los procesos de privatización realizados en el Estado y añade que, pese a llevar dos décadas experimentando con distintas fórmulas, no existen evaluaciones independientes.

La Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública, FADSP, aporta, al respecto, algunos datos de la Comunidad de Madrid que llaman la atención. Así, por ejemplo, el número de personas en listas de espera cuando se derivan al sector privado consultas a especialistas o

[2] Las fórmulas de concesión de obra pública o Private Finance Initiative buscan la cooperación entre los sectores público y privado para desarrollar infraestructuras públicas y los servicios inherentes a las mismas. Como ejemplo, aquellas en las que las empresas construyen el edificio, gestionan la parte no sanitaria de restauración, limpieza, etc. y cobran un canon anual a la Administración.

pruebas diagnósticas pasa de 27.672 en 2005 a 77.689 en 2014.

La reducción del gasto y el Real Decreto Ley 16/2012, que supone de facto acabar con una de las características primordiales de los sistemas públicos, su universalidad, son factores que han marcado un antes y un después en la sanidad pública española. Entre 2009 y 2013, hubo una disminución del 20,3% del presupuesto sanitario público. Esto supone, según datos de la FADSP, entre 12.000 y 23.000 millones de euros y entre 45.000 y 55.000 trabajadores y trabajadoras menos.

Los sindicatos denuncian que para el personal sanitario estas cifras representan despidos, congelación de las retribuciones, falta de plazas de empleo público, restricciones en la contratación de personal temporal y trabajar con una mayor presión asistencial. Para la ciudadanía, más listas de espera, diagnósticos erróneos, cierre de centros médicos, exclusión sanitaria, copago farmacéutico; todo ello sin olvidarnos de la exclusión del sistema de salud de colectivos específicos, como son las personas inmigrantes sin papeles y las y los españoles que emigran.

Otra consecuencia, tal vez buscada, es que las y los pacientes con recursos medios se planteen contratar un seguro privado cuando ven que en el sistema público tienen que esperar meses para operarse, para una cita al especialista o para una prueba diagnóstica.

Un estudio del Ministerio de Sanidad de 2015 demuestra que mientras que la inversión en la sanidad pública cayó un 11% en tiempos de crisis, la privada creció un 16%. Por su parte, la Fundación Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (IDIS), que aglutina a las principales empresas sanitarias privadas, señala que desde 2010 ha crecido el volumen de personas aseguradas; y, precisamente, ese aumento se localiza en las comunidades autónomas donde más disminuyó el gasto público. Esta “huida” de las clases medias hacia el sector privado constituye un riesgo importante para el público, que podría derivar hacia un modelo similar al americano, con un sistema público únicamente para pobres. Dicho de otra manera, la presencia de un sistema privado en crecimiento puede ser una amenaza para la sostenibilidad del sistema público.

De cara al futuro

En un mundo globalizado, la salud es un bien global; la epidemia de ébola de 2014 demostró que tanto para la salud como para la enfermedad no hay fronteras.

La agenda 2030 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible[3] puede ser una oportunidad para conseguir avances en salud. Tiene carácter universal lo que significa que afecta tanto a los países enriquecidos como a los empobrecidos y todos deben comprometerse en la aplicación de políticas que permitan alcanzar los objetivos. El punto central en salud es la Cobertura Sanitaria Universal como estrategia de lucha contra la pobreza, pero el inconveniente es que deja en manos de cada Estado hacerlo a través de sistemas públicos o privados.

Otro aspecto a considerar es el efecto que tratados internacionales como el TTIP[4] y el CETA[5] puede tener en el ámbito de la salud. Entre otros, según indican personas expertas, la ausencia del principio de la precaución a la hora de aprobar y comercializar alimentos, fármacos y dispositivos médicos, con graves consecuencias para la salud de la población; el incremento de la mercantilización y de la utilización innecesaria de medicamentos y tecnologías; facilidades para la privatización de los servicios públicos e imposibilidad de nacionalizar los ya privatizados, etc.

Frente a estas amenazas, la experiencia de trabajo de más de 50 años permite a medicusmundi afirmar que únicamente con una intervención decidida sobre los determinantes sociales y a través de sistemas públicos de salud, universales y gratuitos, basados en la Atención Primaria, será posible alcanzar este objetivo. Y es que, pese a los años transcurridos, siguen vigentes los términos de la declaración de constitución de la OMS:

---

[3] Los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas (ODS) son fruto del acuerdo alcanzado por los Estados Miembros de las Naciones Unidas y se componen de una Declaración, 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible y 169 metas. Los Estados Miembros han convenido en tratar de alcanzarlos para 2030. La salud ocupa un lugar fundamental en el ODS 3 "Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades", articulado en torno a 13 metas que cubren un amplio abanico de la labor de la OMS. La mayoría de los ODS están relacionados directamente con la salud o contribuirán a la salud indirectamente. El nuevo programa, basado en los Objetivos de Desarrollo del Milenio, tiene por objeto ser pertinente a todos los países y se centra en mejorar la igualdad para responder a las necesidades de las mujeres, los niños y las personas más necesitadas y desfavorecidas. (http://www.who.int/topics/sustainable-development-goals/es/).

[4] TTIP: Tratado Transatlántico de Comercio e Inversiones (siglas en inglés: Transatlantic Trade and Investment Partnership)

[5] CETA: Acuerdo Integral sobre Economía y Comercio con Canadá (siglas en inglés: *Comprehensive Economic and Trade Agreement*)

"….*Los gobiernos son responsables de la salud de sus pueblos, la cual sólo puede ser alcanzada cuando se ofrecen servicios sociales y de salud adecuados*».

Algunos países tendrán que empezar por construir sistemas prácticamente de la nada; otros tendrán que reforzar y sostener lo que tienen. Y tanto unos como otros van a exigir políticas fiscales a nivel global que les permitan recaudar lo que hoy por hoy se marcha fuera de sus fronteras; para ello será necesario contar con la solidaridad y el compromiso de la comunidad internaciona.

Los sistemas deberán superar su incapacidad para que la atención sanitaria con financiación pública llegue a los sectores más desfavorecidos y los sistemas deberán basarse en la solidaridad cruzada a través de los impuestos, de manera que paguen más quienes más tienen. Para ello será preciso recuperar los aspectos de equidad y solidaridad en los servicios de la salud, que no se pueden gestionar como una empresa, movida por el beneficio a corto plazo.

Ello no quita que sea necesaria una revisión de sus costes y financiación para lograr un sistema más eficiente, pero bajo el prisma de la universalidad y la gratuidad como garantes de la igualdad de toda la ciudadanía. Y esto solo es posible si son los poderes públicos los que organizan y gestionan de forma directa la salud.

El presente estudio quiere aportar información contrastada y científica sobre estos aspectos, partiendo del análisis y evaluación de un sistema concreto de salud: el de la CAV. La investigación estudia los determinantes sociales que contribuyen a definir la salud de la población y revisa el funcionamiento del sistema sanitario público vasco a la hora de favorecer o no el acceso en igualdad de condiciones. Al mismo tiempo, analiza los procesos de privatización que están dándose en el sistema de salud de la CAV. Estas dimensiones no abarcan la totalidad de la política sanitaria y existen otras cuestiones que también son claves para la evolución del sistema sanitario, como la política de recursos humanos. Sin embargo, esperamos contribuir a favorecer un debate sosegado, serio y científico sobre las claves a tener en cuenta para el desarrollo y gestión de sistema que garanticen el derecho a la salud de todas las personas.

Medicus Mundi Álava/Araba
Medicus Mundi Bizkaia
Medicus Mundi Gipuzkoa

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. Como se ha indicado, 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.

Con el fin de facilitar la lectura, hemos ordenado el documento en 20 resultados divididos en dos dimensiones:

1. **LA DESIGUALDAD SOCIAL COMO AMENAZA AL DERECHO A LA SALUD.**
2. **LA PRIVATIZACIÓN SANITARIA COMO AMENAZA PARA EL DERECHO A LA SALUD**

En la parte final de esta publicación se incorpora un capítulo de recomendaciones que desde Medicus Mundi Álava, Medicus Mundi Bizkaia y Medicus Mundi Gipuzkoa dirigimos a las instituciones va¬cas con un claro objetivo: garantizar el derecho a la salud para todas y todos así como un sistema de salud vasco público, universal, gratuito y de calidad.

LA DESIGUALDAD SOCIAL COMO AMENAZA AL DERECHO A LA SALUD



1. La salud de las personas está determinada por sus condiciones de vida.

Las condiciones en las que las personas nacen, crecen, trabajan y envejecen constituyen importantes determinantes sociales de la salud y ejercen una influencia clara sobre la salud de la población.

Los factores que determinan la salud son múltiples y complejos, y debe entenderse que trascienden aquellos considerados por el modelo biomédico clásico, que apuntaba a la carga genética, las características biológicas de las personas en interacción con su entorno y la actuación de los servicios sanitarios como principales condicionantes de la salud poblacional. 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. Este paradigma de entender la salud ha sido 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.

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 concretos 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 hacerle 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 con el 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 ha 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.

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 1.1, este modelo representa los diferentes determinantes de la salud como estratos o capas de influencia. En la parte central se sitúan

los factores que poseen 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 vinculados con las conductas relacionadas con la salud, como fumar, beber o realizar ejercicio físico. En una tercera capa, aparecen las influencias sociales y comunitarias, es decir, las relaciones interpersonales de las personas 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 para 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 1.1. Modelo de los determinantes sociales de la salud de Dahlgren y Whitehead

Fuente: Dahlgren y Whitehead, 1993

2. En la CAV existen importantes desigualdades sociales en salud según nivel de estudios, género, clase social o lugar de nacimiento.

Dado que los determinantes sociales de la salud no están equitativamente distribuidos entre los diferentes grupos sociales existen importantes desigualdades sociales en la población de la CAV, según lugar de residencia, clase social, nivel de estudios o género.

Diversos estudios han evidenciado que los determinantes de la salud se distribuyen de forma desigual entre los diferentes 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 de oportunidades y recursos ligados a la salud entre 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 2.1. 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 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.

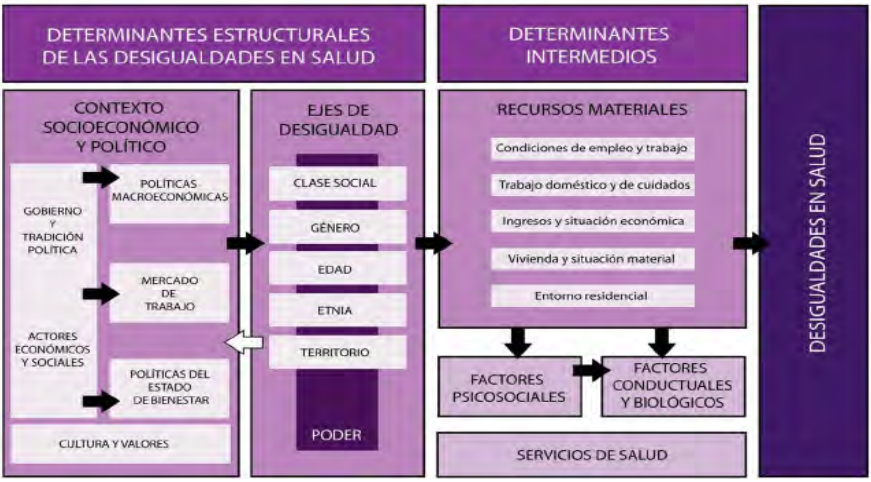


Figura 2.1. Marco conceptual sobre los determinantes de las desigualdades en salud de la Comisión Española para la Reducción de las Desigualdades Sociales en Salud

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 de 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 a las mujeres (debido a una menor mortalidad en todas las edades) por 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. En este sentido, podría afirmarse, por tanto, 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".

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).

A nivel internacional, han sido muchos los estudios que han puesto de relieve que la salud y la enfermedad se distribuyen de forma desigual. 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 (Marmot, 2007). 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 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[6] (ZBS) 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 comunidad autónoma 30 años atrás (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 (Vitoria-Gasteiz) en mujeres (88,0 años).

Las desigualdades en la esperanza de vida en la CAV también son llamativas por nivel educativo (figura 2.2): mientras que los hombres y las mujeres sin estudios formales tuvieron en el quinquenio 2001-2006 una esperanza de vida de 73 y 81 años respectivamente, aquellas/os de nivel universitario alcanzaron prácticamente los 81 y 87 respectivamente. Asimismo, cabe destacar que la distancia en la esperanza de vida entre hombres y mujeres – siempre favorable a las segundas y, por tanto, denominado déficit masculino-, fue más intensa entre la población con menor nivel educativo (Esnaola et al., 2014). Por su parte,

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

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 (Martín y Esnaola, 2014).

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. 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. Podría destacarse especialmente, el alto porcentaje de mujeres de clase social más desaventajada (casi un 30,0%) (Figura 2.3) 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.

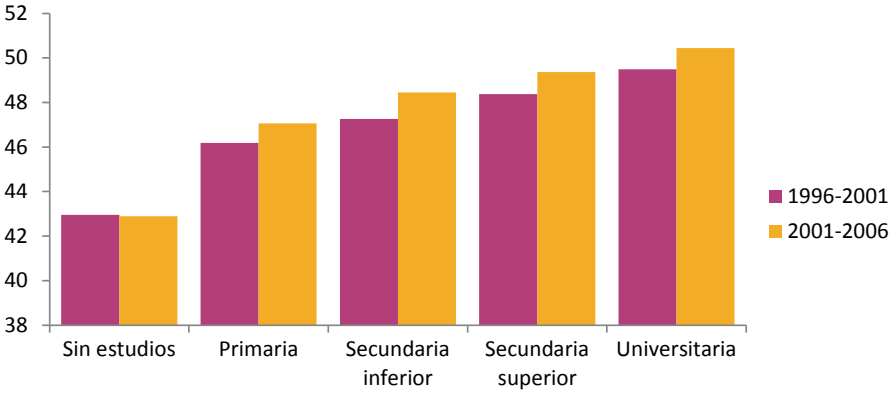


Figura 2.2. Esperanza de vida a los 30 años según nivel de estudios en hombres. CAV, 1996-2001 y 2001-2006

Fuente: Esnaola et al., 2014

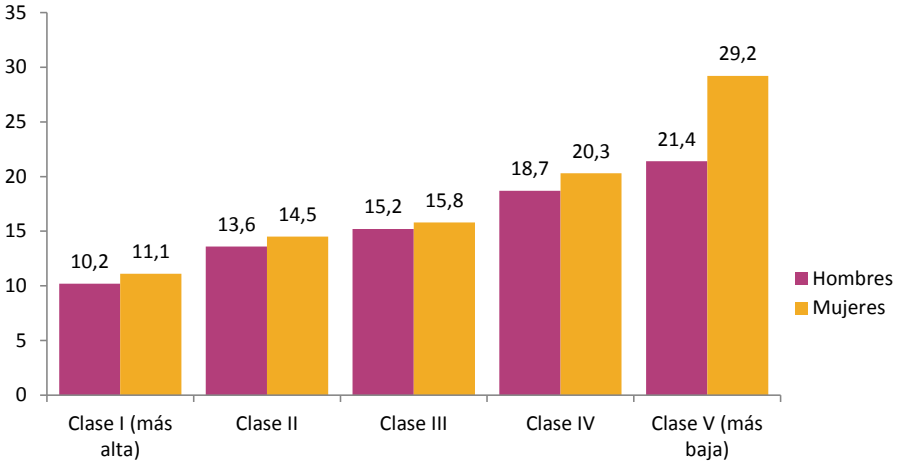


Figura 2.3. Mala salud percibida (% estandarizado por edad) según clase social, por sexo. CAV, 2013[7].

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

[7] La asignación en cada uno de los cinco grupos se realiza a partir de la codificación a tres dígitos de la Clasificación Nacional de Ocupaciones, que entró en vigor en 2011 (CNO-11), según la propuesta del Grupo de Trabajo de Determinantes Sociales de la Sociedad Española de Epidemiología (Domingo- Salvany A et al. 2012).Se ha utilizado la clasificación agrupada en 5 categorías: I. Directores/as y gerentes de establecimientos de 10 o más asalariados/as y profesionales tradicionalmente asociados/as a licenciaturas universitarias. II. Directores/as y gerentes de establecimientos de menos de 10 trabajadores/as, Profesionales tradicionalmente asociados/as a diplomaturas universitarias y otros/as profesionales de apoyo técnico. Deportistas y artistas. III. Ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia. IV. Supervisores/as y trabajadores/as en ocupaciones técnicas cualificadas y semicualificadas. V. Trabajadores/as no cualificados/as.

3. Las desigualdades sociales en salud se heredan.

Las desigualdades sociales en salud se heredan entre generaciones, ya que desde el nacimiento la posición social de las familias tiene una clara influencia en la salud de las criaturas.

Una de las características de las desigualdades sociales en salud es que éstas se heredan entre generaciones, ya que la salud de la población infantil y adolescente está claramente influida por las características socioeconómicas de sus progenitoras y progenitores y de los hogares donde residen, también en la CAV. Así, se observa cómo la ausencia de buena salud entre la población de entre 0 y 17 años empeora a medida que la clase social de la familia desciende, tanto entre las niñas como entre los niños, aunque el gradiente social parece ser más claro entre los segundos. Lo mismo se observó según el nivel de estudios de las progenitoras y progenitores, el cual 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. De hecho, la distancia entre los hijos e hijas cuyas progenitoras y progenitores habían alcanzado, como máximo, estudios primarios y los de aquellos y aquellas con estudios terciarios fue de 20,4 puntos entre los niños, y de 21,2 puntos entre las niñas.

Sin embargo, el nivel socioeconómico del área de residencia no estableció desigualdades evidentes en el estado de salud percibido de la población infantil y adolescente en la CAV, y solamente en el caso de las niñas, el vivir en un área de mayor privación socioeconómica marcó diferencias ligeras en el estado de salud.

En términos de género mientras que la buena salud percibida es claramente superior en el caso de los niños que en el de las niñas (Figura 3.1), la frecuencia de problemas crónicos es mayor en el caso de los niños.

Otros indicadores como la existencia de problemas crónicos en la población infantil según la clase social familiar también evidenciaron importantes desigualdades en salud, ya que, tal y como se aprecia en la figura 3.2, son los niños y niñas de la clase social más baja (V) quienes 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. En relación a otras variables sociales, las diferencias en la frecuencia de problemas crónicos no fueron reseñables entre niños y niñas de la CAV.

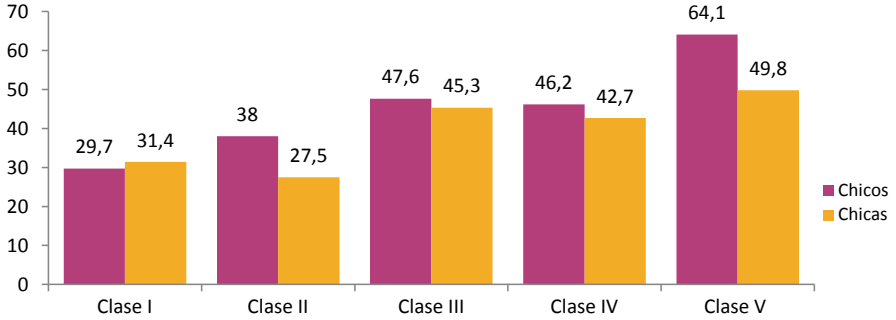


Figura 3.1. Ausencia de muy buena salud (%) de la población de 0 a 17 años según clase social familiar y sexo. CAV, 2013

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

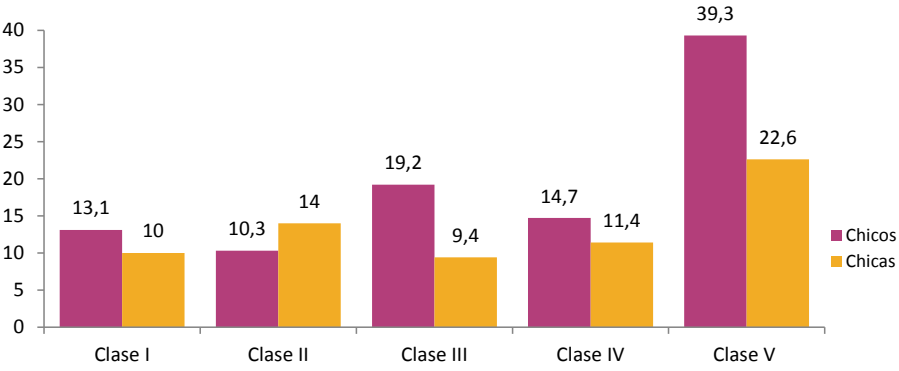


Figura 3.2. Prevalencia (%) de problemas crónicos de la población de 0 a 17 años según clase social familiar y sexo. CAV, 2013

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



4. Las características y actuación de los sistemas sanitarios pueden aumentar o reducir las desigualdades sociales en salud.

Los sistemas sanitarios tienen un papel limitado a la hora de generar las desigualdades sociales en salud, pero sus características pueden ayudar a reducirlas o, por el contrario, a aumentarlas como consecuencia de la "ley de atención inversa".

Los factores que determinan la salud son múltiples y complejos, y, por lo tanto, aquellos enfoques basados únicamente en la atención sanitaria se han mostrado insuficientes para comprender la salud de la población y mejorarla. De hecho, 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, los sistemas sanitarios, según sea su organización, la extensión de su cobertura y los servicios que cubran, 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 el contrario, el sistema sanitario también tiene potencial para incrementar las desigualdades sociales en salud. La llamada "ley de

atención inversa" explica que la disponibilidad de los servicios sanitarios tiende a ser inversamente proporcional a la necesidad de la población asistida, especialmente 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.

Además de las características de la organización 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 otra parte, 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.

Entre los factores que generan desigualdades en el acceso a los sistemas sanitarios, el género ha mostrado ser un factor influyente. Así, los hombres utilizan en mayor medida los servicios hospitalarios (Ruiz-Cantero y Verdú-Delgado, 2004) y, ante las mismas necesidades de atención, las mujeres tienen un menor acceso a atención especializada y una mayor frecuentación de la atención primaria (Urbanos, 2011). Además, existe una interacción con la clase social, al observarse que estas desigualdades de género en la utilización de la atención primaria se incrementan a medida que se desciende en la clase social (García-Altés et al., 2008).

Por otra parte, se han descrito sesgos de género en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades. Así, por ejemplo, la mortalidad de las mujeres por enfermedades cardiovasculares se ha mostrado mayor que en los hombres (Stramba-Badiale et al., 2006), debido a un diagnóstico y tratamiento tardío (Aldasoro et al., 2010). Por último, la mayor probabilidad por parte de las mujeres de prescripción y consumo de medicamentos -especialmente psicofármacos (Redondo-Sendino et al., 2006; Ruiz-Cantero, 2009)- y la medicalización de procesos vitales no patológicos (Velasco, 2009) son síntomas adicionales de estas desigualdades generadas por el sistema sanitario por razón de género.

Asimismo, el nivel socioeconómico es un factor explicativo de las desigualdades en la utilización de servicios sanitarios: por una parte, determina el tipo de aseguramiento de la población, siendo la población de mayor nivel educativo y de renta la que dispone en mayor grado de una doble cobertura sanitaria (Ordaz et al., 2005); y por otra, sitúa a las personas en una posición más o menos favorable para moverse por el sistema, favoreciendo el acceso al mismo por parte de los grupos más aventajados. Así, esta población accede antes a la atención especializada y en mayor grado que a la atención primaria, de manera inversa a la población que dispone únicamente de cobertura pública (Urbanos, 2016). La población de menor nivel socioeconómico tiene más probabilidad de utilizar la atención primaria y de hacer uso de diferentes pruebas preventivas (Dryden et al., 2012; Ayala et al., 2015; Hurtado et al., 2015). Estas desigualdades se acentúan en el caso de aquellos servicios y prestaciones no cubiertos por el sistema público, para cuya utilización es necesario el pago directo por parte de la persona usuaria, como la salud bucodental (Palència et al., 20140). Además, el pago por acto y la provisión privada constituyen barreras de utilización de servicios como la rehabilitación y fisioterapia (Snozzi et al., 2014; OMS, 2016; Schröder et al., 2016).

En tercer lugar, el lugar de origen es un factor determinante de las desigualdades en la utilización de servicios sanitarios debido a aspectos organizacionales del sistema sanitario (Gil-González et al., 2015), así como a aspectos concernientes a la población inmigrante y su exposición a condiciones de vida y trabajo precarias (Vázquez et al., 2014). En los sistemas universales se ha mostrado que esta población accede de igual manera a la atención primaria y en menor grado a la especializada con respecto a la población autóctona (Carmona et al., 2014), estando expuesta a mayores riesgos para la salud. La aprobación del RD 16/2012 en el Estado español impone la barrera del estatus administrativo, que pone en peligro la equidad de acceso por parte de la población inmigrante (García-Subirats et al., 2014). Por último, el conocimiento existente hasta ahora acerca del efecto del RD en estas desigualdades desvela numerosos casos de vulneración del derecho a recibir asistencia sanitaria de la población inmigrante (REDER, 2015).

5. En la CAV existen leves desigualdades de acceso a la atención especializada que aumentan en el caso de los servicios preventivos.

Las personas de menor clase social o nivel educativo accedieron menos a la atención especializada y realizaron menos prácticas preventivas, mientras que tuvieron un mayor acceso a la atención primaria.

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. Con relación a la atención primaria, las mujeres y las personas en posiciones más desventajadas acudieron con mayor frecuencia, así como aquellas con estudios primarios o inferiores en comparación con las poblaciones en situación más aventajada. Esta situación también se observó en las consultas de enfermería de atención primaria, donde las mujeres de las clases más desfavorecidas (clase V) tuvieron casi un 35% más de probabilidad de consultar que las de las clases más favorecidas. En el mismo sentido, las visitas a atención primaria fueron más frecuentes en las personas inmigrantes nacidas en países de renta baja. En relación con la atención especializada, su uso fue inferior que la atención primaria y el acceso menos frecuente, en términos generales, entre las clases sociales más y niveles educativos más bajos, especialmente entre las mujeres. Por lugar de nacimiento, el patrón que existe no parecía concluyente, al menos en el caso de los hombres.

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, sin embargo, existen claras desigualdades en los hombres, entre quienes la probabilidad de ser hospitalizados aumenta 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.

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 con el 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 más elevada entre ellos. En las mujeres, el patrón socioeconómico no fue tan evidente.

Existen claras desigualdades por clase social en la atención urgente entre las mujeres, ya que aquellas 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 acudir a asistencia urgente respecto a las mujeres autóctonas y los hombres inmigrantes casi un 50% más respecto a los autóctonos.

6. Los servicios no cubiertos por el sistema sanitario público generan importantes desigualdades de acceso a la atención sanitaria en la CAV.

Los servicios no cubiertos o sólo parcialmente cubiertos por el sistema sanitario público son una fuente importante de desigualdades en su uso. En el acceso al servicio de dentista, por ejemplo, se observaron claras desigualdades ya que fueron más frecuentes las consultas entre las personas con una posición socioeconómica más favorecida, tanto en hombres como en mujeres (Figura 6.1). En concreto, las personas pertenecientes a la clase social más desfavorecida (clase V) mostraron alrededor de un 35% menos de probabilidad de acudir a este servicio que aquellas más favorecidas. La situación observada comparando los diferentes niveles educativos fue muy similar a lo descrito por clase social. Por su parte, en cuanto a la utilización del servicio según el lugar de nacimiento, la proporción de consultas fue casi el doble entre las personas autóctonas que en las inmigrantes.



Figura 6.1. Porcentaje de personas que han consultado al servicio de dentista por clase social y sexo en el último año. CAV, 2013
Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca, 2013

En cuanto a la utilización de los servicios de fisioterapia por clase social, se observan de nuevo claras desigualdades, de forma que estas consultas son más frecuentes entre las personas de posiciones más favorecidas, tanto según su clase social, como su nivel educativo o el lugar de nacimiento. Así, por ejemplo, las mujeres y los hombres de clase social más desfavorecida tuvieron 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 6.2). La distancia por lugar de nacimiento en la frecuencia de uso de la fisioterapia fue mucho mayor ya que las personas inmigrantes de un país de renta baja mostraron un 70% menos de probabilidad, a igualdad de necesidad respecto a la población autóctona (Figura 6.3). Por último, en cuanto a la utilización de servicios de podología, la situación descrita es similar a los servicios no cubiertos anteriores (Figura 6.4).



Figura 6.2. Porcentaje de personas que han consultado los servicios de fisioterapia por clase social y sexo en el último año. CAV, 2013
Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca, 2013

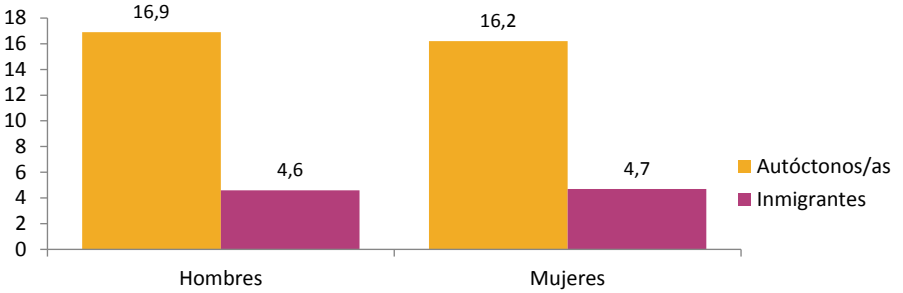


Figura 6.3. Porcentaje de personas que han consultado los servicios de fisioterapia por lugar de nacimiento y sexo en el último año. CAV, 2013
Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca, 2013

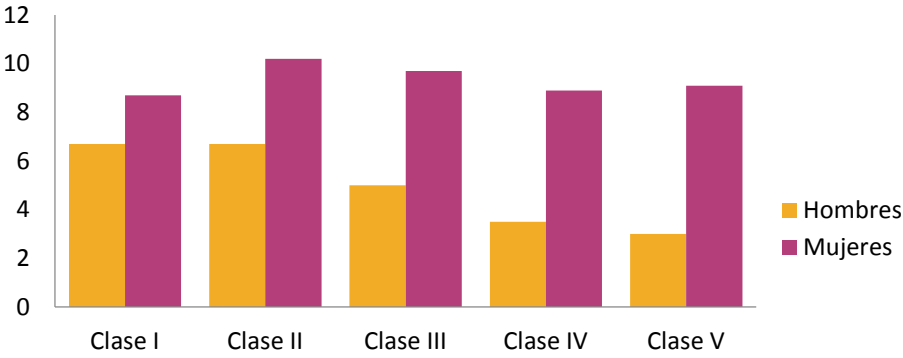


Figura 6.4. Porcentaje de personas que han consultado los servicios de podología por clase social y sexo en el último año. CAV, 2013
Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca, 2013

LA PRIVATIZACIÓN SANITARIA COMO AMENAZA PARA EL DERECHO A LA SALUD



7. La privatización sanitaria constituye un riesgo para la salud de la población.

El término privatización es un concepto cuya definición ha generado un intenso debate y bajo el que en ocasiones se engloban discursos diversos e incluso contrapuestos. Podría ser definida como 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).

Algunos autores y autoras, sin embargo, consideran que las dinámicas privatizadoras trascienden esta definición ya que comprenden procesos de 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 se relaciona con el concepto de mercantilización, que hace referencia a la introducción de criterios de mercado en el ámbito público que indirectamente tiende a crear las condiciones económicas, ideológicas y de relaciones sociales a través de las cuales se puede facilitar la privatización (Whitfield, 2001). Sin embargo, aunque ambos conceptos están relacionados, conviene aclarar que la mercantilización sanitaria es un proceso que puede producirse sin que existan procesos de privatización sanitaria, de manera que un sistema público en su financiación y provisión también puede ser un agente de mercantilización de la salud, por ejemplo, apoyando procesos neoliberales que mantienen una visión de la salud y su tratamiento individual y biomédico, provocando procesos de medicalización de la vida y aumentando también el número de tratamientos e intervenciones innecesarias o poco efectivas.

La dificultad de definir la privatización conlleva desafíos en su medición. Una de las opciones para medir y describir la privatización constituye prestar atención a las transferencias o desplazamientos de funciones, activos

y recursos del ámbito público al privado en las diferentes dimensiones: **financiación, aseguramiento, provisión, formación e investigación**.

La primera de estas dimensiones haría referencia a la privatización de la **financiación y aseguramiento sanitarios.** El tipo de financiación viene definido por las fórmulas mediante las que se aportan los recursos económicos para mantener los servicios sanitarios y sufragar los gastos. El gasto realizado puede ser público, aportado por los gobiernos, y privado, compuesto principalmente por el gasto de las empresas aseguradoras privadas y el gasto directo de las familias.

En cuanto al **aseguramiento sanitario**, el más común y que cubría públicamente al total de la población en el Estado hasta las últimas reformas legislativas es el régimen de afiliación al SNS. Este convive con otras modalidades de aseguramiento, siendo una de ellas el aseguramiento privado, al que cualquier persona puede acceder mediante el pago directo de un servicio o bien a través de una afiliación. Un tercer tipo de aseguramiento lo constituyen los Regímenes Especiales de Seguridad Social del personal funcionario de la Administración General del Estado, quienes pueden elegir entre distintas opciones de aseguramiento y provisión privada o pública y disponen de prestaciones no cubiertas por el Sistema Nacional de Salud.

Además de la financiación, otro de los mecanismos relevantes es la privatización de la **provisión sanitaria**, por la cual las prestaciones de financiación pública se realizarían a través de empresas u organizaciones privadas. En el Estado español la separación entre las funciones de financiación y provisión recogida en el 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 supuso que el sector público dejara de ser quien simultáneamente financiaba los servicios sanitarios y los proveía, para pasar a ser fundamentalmente un “administrador de los recursos” que financia el sistema, permitiéndose la entrada de proveedores privados en el sistema sanitario público. Por último, otras de las dimensiones es la privatización de la planificación sanitaria o de las políticas de salud, mediante la cual empresas privadas en mayor o menor medida participan en la elaboración de los diagnósticos de salud, priorizan las necesidades, y establecen prioridades y líneas estratégicas al sistema sanitario.

Asimismo, se pueden establecer procesos de privatización en la **formación**, de grado, posgrado y formación de las y los profesionales, así como en la investigación en el ámbito de la salud.

La privatización sanitaria supone una amenaza para la salud poblacional y la equidad en el acceso a la salud, tal y como también reconoce la OMS, que subraya la importancia del sector público para alcanzar una atención sanitaria equitativa y universal (CSDH, 2008). El principal riesgo de la privatización sanitaria lo constituye la privatización de su financiación, ya que aumenta las barreras de acceso, genera desigualdades en salud y convierte a la enfermedad en un importante factor de pobreza. Así, en los países occidentales, los sistemas sanitarios de mayor financiación privada presentan en términos generales peores indicadores de salud poblacional que los sistemas de financiación pública. La mayor presencia del sistema sanitario privado, ya sea por el aumento de este tipo de financiación o del aseguramiento privado, provoca que la salud se convierta en un negocio o mercancía donde el interés es generar un mayor beneficio económico, lo cual provoca asimismo que las y los profesionales sanitarios y otras y otros profesionales implicados tomen decisiones basadas más en el beneficio que en la necesidad de los y las pacientes, generando, a menudo, la necesidad de vender o facturar más pruebas, tratamientos y/o actos médicos (Dean, 2015). Todo ello, provoca una sobreutilización de la asistencia sanitaria, una mayor medicalización de la vida, con importantes consecuencias sobre la salud poblacional y el acceso equitativo a la misma.

Por otra parte, la extensión de los sistemas sanitarios privados ponen en riesgo la sostenibilidad del sistema sanitario público. En primer lugar, porque su contratación lleva aparejados beneficios fiscales que suponen una reducción de la recaudación pública. Además, no se conocen estudios que demuestren que la contratación de un seguro privado suponga un ahorro para el sistema público, e incluso un análisis en Catalunya mostró que las personas con doble aseguramiento tenían un mayor consumo sanitario que aquellas con aseguramiento público exclusivamente (Vera-Hernández, 1999). En segundo lugar, el aumento del aseguramiento privado tiene un efecto importante sobre la erosión de la legitimidad social del sistema público, ya que la fuga de sectores socialmente bien posicionados hacia la red de atención privada de salud, 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. Este proceso también es especialmente alarmante en el caso del aseguramiento privado con financiación pública, por ejemplo, las mutualidades del funcionariado, 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 y abogados) (Freire, 2005; Simó, 2009).

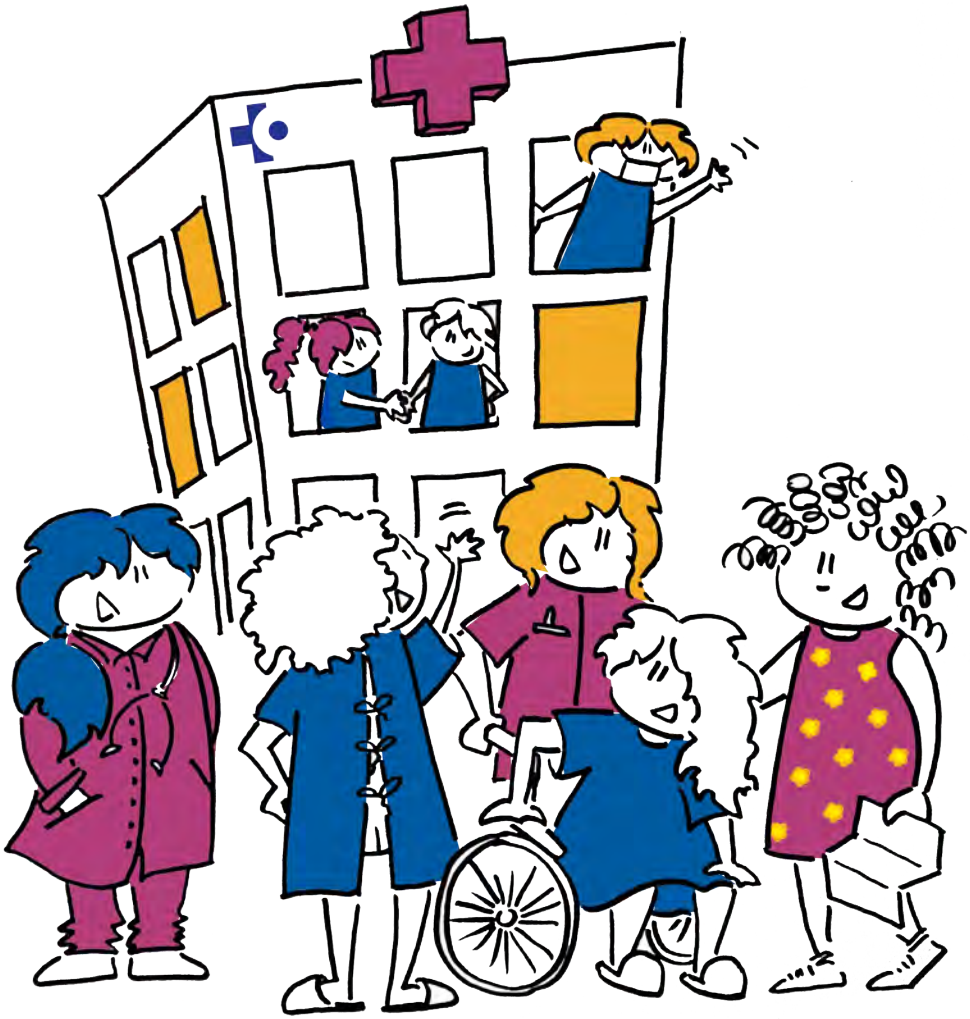
Otra de las consecuencias de la privatización de la financiación de la sanidad y también de la provisión privada financiada con fondos públicos es la falta de transparencia y de mecanismos de control sobre el uso de los recursos públicos. La introducción de la lógica del lucro personal o empresarial facilita los procesos de 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 no sanitarios que pasan a ser provistos por empresas privadas, la predominancia del interés de ahorrar costes puede conllevar serias amenazas para la salud tal y como, por ejemplo, ha sido documentado para el caso de los servicios de limpieza en Inglaterra (Toffolutti et al., 2017). Todos estos riesgos de la privatización de la provisión sanitaria ocurren sin que se conozcan ni estudios ni evaluaciones concluyentes sobre su mayor eficiencia.

La privatización de los ámbitos de la formación e investigación también conlleva riesgos reseñables. Por ejemplo, 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 evidencia confiable (The Plos Medicine Editors, 2009; Spielmans y Parry, 2010) debido a la existencia de conflicto de intereses (Ruano, 2011). En el plano de la formación especializada de las y los profesionales de la salud, son también varios los estudios nacionales e internacionales que describen la elevada exposición de los y las estudiantes y residentes de medicina a las actividades promocionales de la industria farmacéutica (Vainiomäki et al., 2004; Martín-Aranda et al., 2007; Calderón y Rabanaque, 2014), lo cual se relaciona de forma peligrosa con un menor conocimiento sobre prescripción basada en la evidencia (Austad et al., 2014) y una actitud más positiva hacia el marketing (Austad et al., 2011). Por último, en relación a la formación continuada, varios estudios indican la influencia de la financiación de 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).

Por último, y en relación con la investigación en salud, es importante tener en cuenta que la presencia de la industria farmacéutica y otras empresas

privadas podría conducir 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[8] (Federación de Asociaciones para la Defensa de la Salud Pública, 2015).

[8] No a la privatización de la ciencia pública. Disponible en: http://www.aeet.org/Resources/HtmlRes/Files/EstrategialDi/No_privatizacion_cc_publica.pdf



8. En la CAV existe un amplio consenso social sobre la necesidad de mantener un sistema sanitario público, universal, de calidad y financiado por impuestos.

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.

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. De hecho, la opinión sobre la cobertura de necesidades por Osakidetza es bastante similar entre personas de diferentes clases sociales o entre personas de diferentes niveles educativos, siendo muy minoritaria la percepción de no cobertura de necesidades (Figura 8.1). Aún así, es destacable que más de la mitad de la población vasca, y de todos los niveles socioeconómicos, reclama que otras atenciones sanitarias actualmente no cubiertas pasen a serlo, en concreto un 53,8% del total de la población.

Por otro lado, el sistema de financiación de Osakidetza goza de gran apoyo social. 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 8.2).

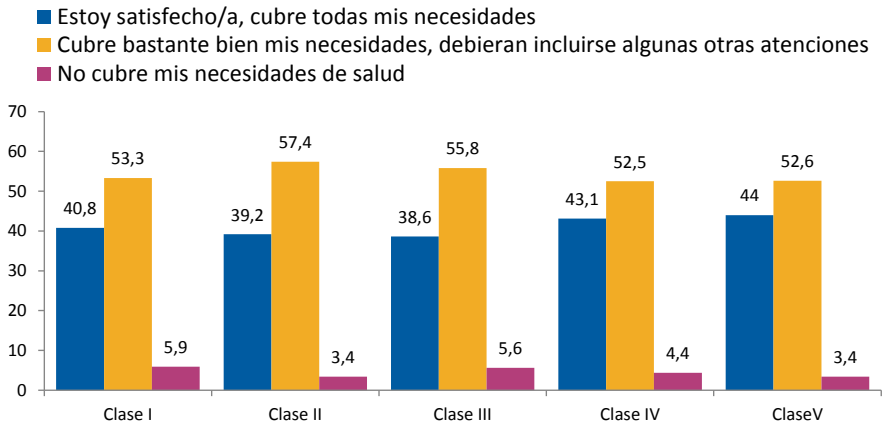


Figura 8.1. Opinión sobre la cobertura de Osakidetza de las necesidades de salud según clase social. CAV, 2013

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

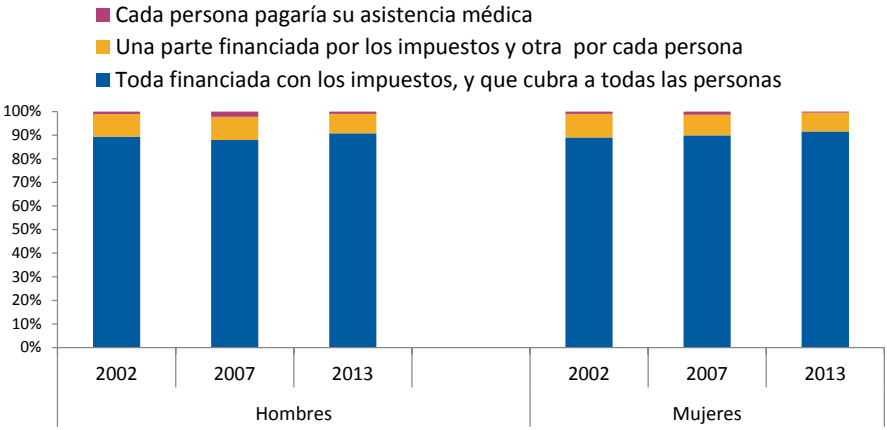


Figura 8.2. Evolución de la opinión sobre cómo debería pagarse en el futuro la asistencia sanitaria según sexo. CAV, 2002, 2007 y 2013

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 las diferencias que se pueden apreciar 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. En todo caso, 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.

Con relación a los recursos que se destinan a la sanidad por el Departamento de Salud del 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 8.3) 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. 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.

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 quienes 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.

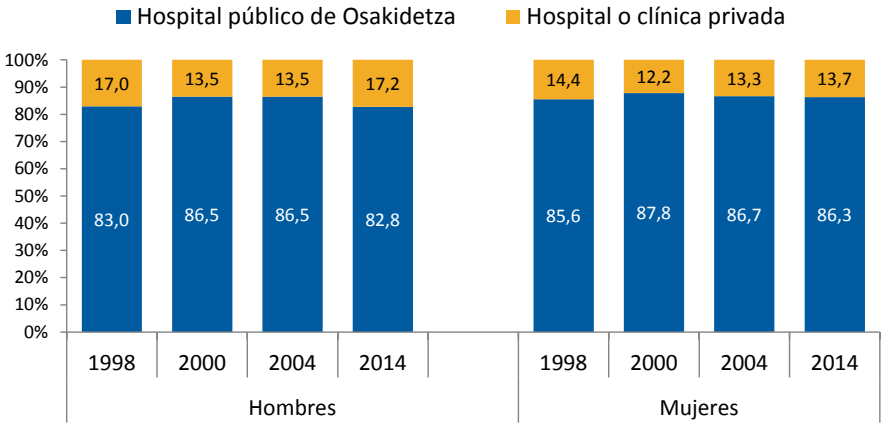


Figura 8.3 Evolución de la preferencia por la sanidad pública o privada para una intervención quirúrgica. CAV, 1998-2014

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

9. La privatización de la financiación de la salud aumentó en la CAV durante los años de crisis.

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.

Ésta constituye la dimensión de la privatización sanitaria con mayor riesgo para la salud poblacional y para el aumento de las desigualdades sociales en salud. Asimismo, tiene un impacto negativo para el sistema sanitario público ya que el crecimiento de una financiación privada del cuidado de la salud, lejos de mejorar la sostenibilidad del sistema público, constituye una amenaza para su sostenibilidad social. Además, diversos estudios han destacado el impacto de este tipo de privatización para la medicalización de la vida.

En el caso de la CAV, la privatización de la financiación ha aumentado durante los últimos años, aunque el último dato disponible para poder analizar esta cuestión en la CAV es el año 2012. Durante 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. De este gasto, el 26,8% fue de financiación privada, destacando dentro del mismo el que realizaron de manera directa los hogares, que supuso el 77,1% del gasto privado y el 20,7% del gasto total en salud. El gasto realizado por seguros sociales privados y empresas de seguros 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 (Tabla 9.1).

	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**	

Tabla 9.1. Gasto en salud por tipo de financiación. CAV, 2012
Fuente: elaboración propia a partir de Eustat

Atendiendo a las diferentes funciones del gasto sanitario, el gasto sanitario privado en la CAV es más relevante en el capítulo de "productos sanitarios dispensados a pacientes", en el que el gasto sanitario alcanzó el 30%, destacando la aportación del pago directo de los hogares. Destacan también el gasto en "asistencia sanitaria de media y larga estancia", la "asistencia sanitaria curativa" y los "servicios sanitarios auxiliares", en los que se engloban principalmente pruebas de laboratorios clínicos y de diagnóstico por imagen (Figura 9.1).

En relación a la financiación de consultas realizadas a profesionales sanitarios y sanitarias, la privatización de su financiación varió considerablemente según el nivel asistencial. Como se muestra en la figura 9.2, 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%, en el caso del servicio de dentista, por ejemplo, se sitúa en torno al 10%, siendo la mayor parte de las mismas financiadas directa mente por los hogares (85% de las visitas). La financiación a través de un seguro médico es más relevante en el caso de la medicina especializada, donde financia el 11,2% de las consultas, así como de las hospitalizaciones (7,8%) y las urgencias (5,6%).

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 9.3). Así, mientras que las personas de clase social más baja acudieron en un 91% de los casos 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%.

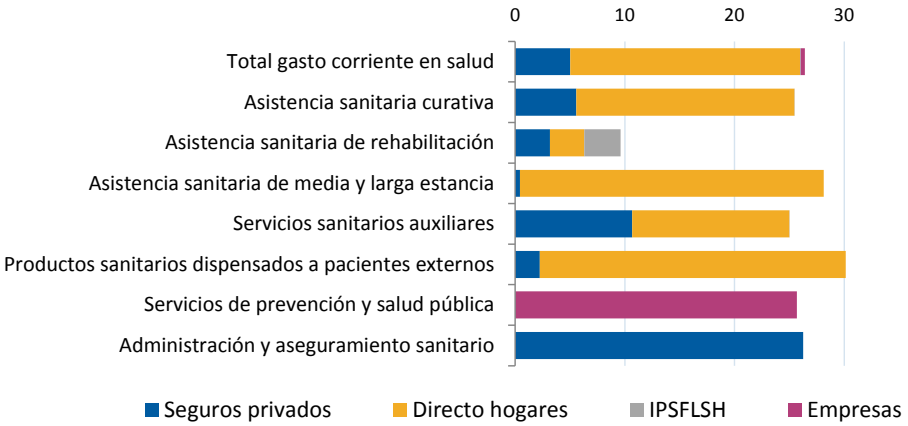


Figura 9.1. Porcentaje del gasto corriente en salud de financiación privada según tipo de agente (Seguros sociales privados y empresas de seguros privados; gasto directo de los hogares; instituciones sin fin de lucro al servicio de los hogares y empresas) y función. CAV, 2011
Fuente: elaboración propia a partir de Eustat

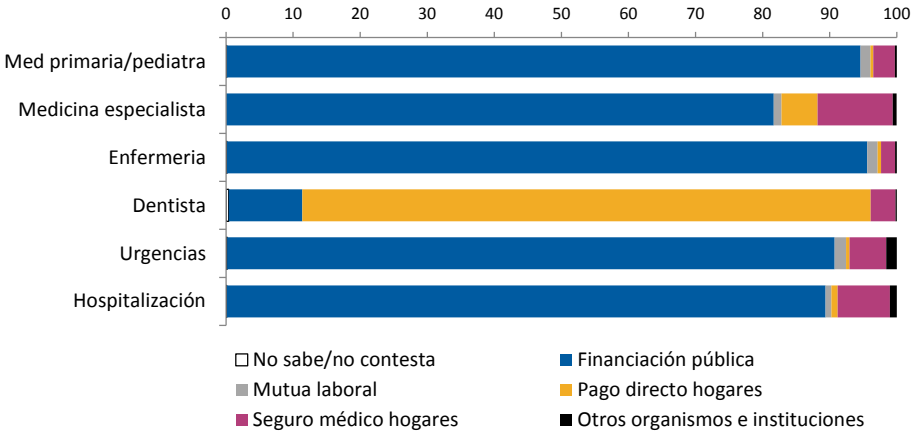


Figura 9.2. Fuente de financiación de las consultas según tipo. CAV, 2013
Fuente: elaboración propia a partir de Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca, 2013

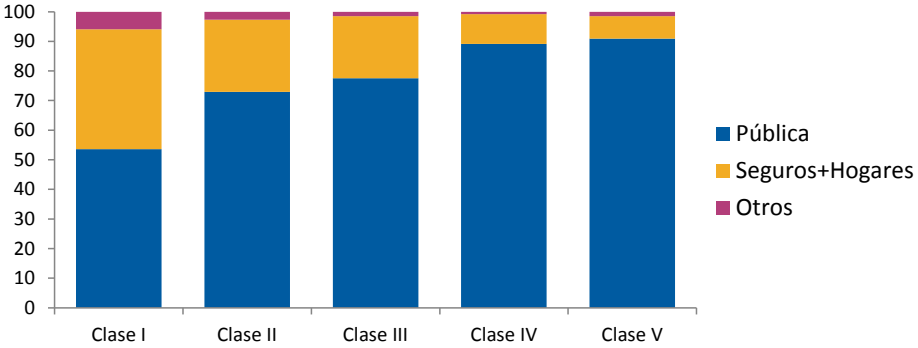


Figura 9.3. Fuente de financiación de las consultas a medicina especializada según clase social. CAV, 2013
Fuente: elaboración propia a partir de Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca, 2013

La privatización de la financiación sanitaria ha aumentado en los últimos años en la CAV: así, desde 2009 a 2012 (último dato disponible), el porcentaje de gasto en salud que corresponde a una financiación privada aumentó en casi dos puntos porcentuales. Este aumento se produjo por dos factores: en primer lugar, debido a que el gasto sanitario privado aumentó durante el periodo, principalmente el gasto de seguros sanitarios privados. En segundo lugar, debido a que el gasto sanitario público creció en menor medida. Así, durante el inicio de la crisis y hasta 2012, el gasto público aumentó un 6,2%, gracias a un crecimiento en el periodo 2008 a 2009 que consiguió compensar el descenso posterior. El gasto sanitario de financiación privada, sin embargo, aumentó el doble que el gasto público, concretamente un 13,1%. Especialmente reseñable es el caso del gasto en seguros sociales privados y empresas de seguros privadas, que aumentó un 25,7% durante dicho periodo (Figura 9.4).

En el caso del gasto sanitario de financiación pública, es posible conocer su evolución más allá de 2012. Así, según los datos obtenidos sobre gasto anual liquidado del Departamento de Salud del Gobierno Vasco, principal financiador del gasto sanitario público en la CAV, éste invirtió en 2015 un total de 3.429.209.749 euros en salud. 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. A pesar del aumento, el gasto no consiguió alcanzar los niveles de 2009, siendo aún en 2015 un 3,2% menor que en 2009 y un 11,2% menor al considerar la evolución del IPC (Figura 9.5).

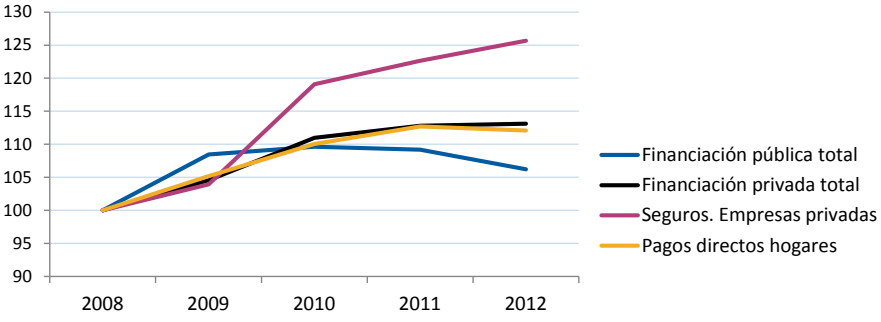


Figura 9.4. Evolución respecto a 2008 (2008=100) del gasto de financiación pública total, de financiación privada total, de seguros sociales y empresas aseguradoras privadas y del gasto directo de los hogares. CAV, 2008-2012
Fuente: elaboración propia a partir de Eustat

La evolución del gasto público no ha sido, sin embargo, homogénea durante los últimos años (2002-2014). 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 financiación de la atención primaria, sin embargo, a pesar de que tuvo un comportamiento similar hasta 2012, ha descendido desde entonces (Figura 9.6).

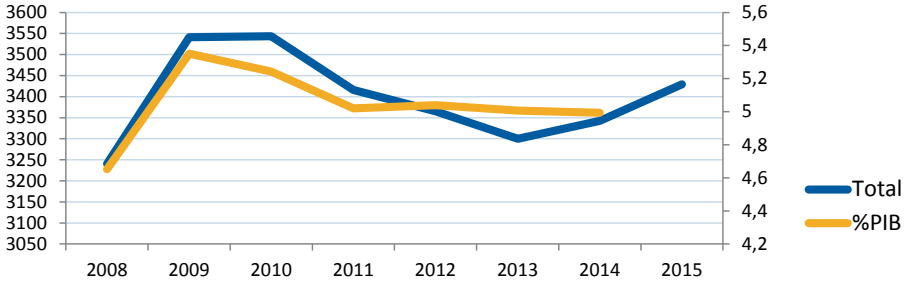


Figura 9.5. Evolución del gasto anual liquidado del Departamento de Salud. Total en millones de euros (línea roja, eje izquierdo) y porcentaje sobre el PIB a precio de mercado (línea verde, eje derecho). CAV, 2008-2015
Fuente: elaboración propia a partir del Departamento de Salud y Eustat

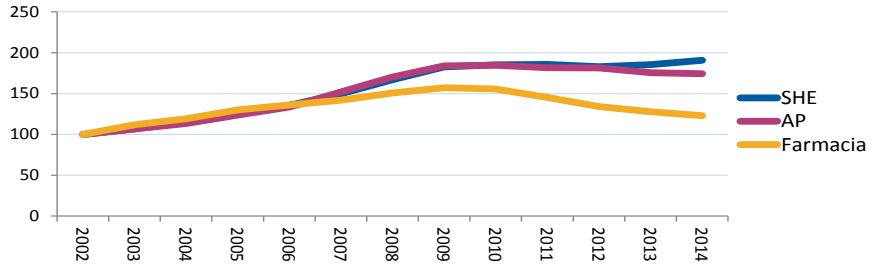


Figura 9.6. Evolución relativa (2002=100) del gasto público en servicios hospitalarios y especializados (SHE), servicios primarios de salud (AP) y farmacia. CAV, 2002-2014
Fuente: elaboración propia a partir del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

10. Uno de cada cuatro euros de gasto total en salud en la CAV es de financiación privada, porcentaje superior al de la media de países de su entorno.

El grado de privatización de la financiación sanitaria de la CAV está por encima de la mayor parte de países de su entorno. El porcentaje que la financiación privada representa en el total del gasto en salud se sitúa en la CAV en el 26,8%, 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%. 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 Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (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 10.1).

El mayor grado de privatización de la CAV respecto a los países del entorno europeo se explica por el porcentaje que representa el gasto directo de los hogares en la financiación sanitaria. Atendiendo únicamente al porcentaje que representa este tipo de gasto, la CAV presenta un porcentaje comparado con el resto de países todavía mayor que el del gasto privado total. Así, el porcentaje en 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 México (45,8%) o Chile (33,9%).

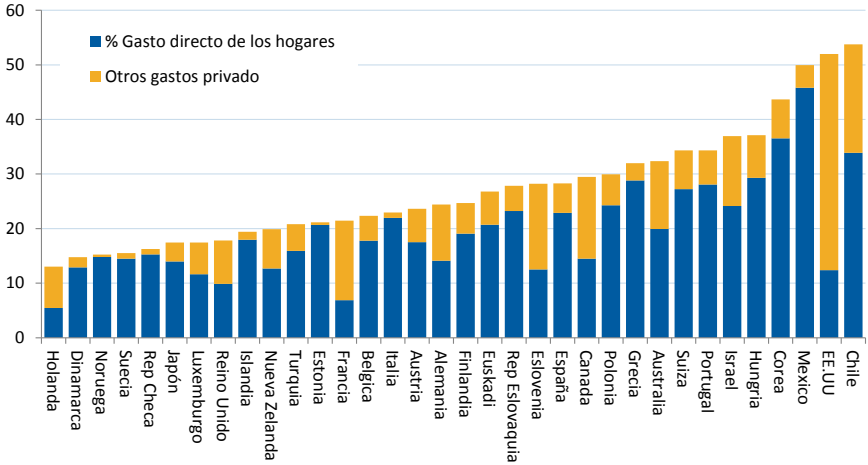


Figura 10.1. Porcentaje de financiación privada según tipos de gasto (gasto directo de hogares y resto) respecto al total de gasto en salud. CAV y diferentes países de la OCDE, 2011 o dato más cercano
Fuente: elaboración propia a partir de Eustat y OCDE

Además del peso que la financiación privada tiene en el conjunto del gasto sanitario, a la hora de comparar la situación de la privatización sanitaria conviene tener en cuenta, también, el gasto público en salud. Atendiendo a este gasto sanitario público, la CAV ocupa una posición favorable en comparación con el resto de comunidades autónomas, y relativamente favorable al compararla con los países de la OCDE, pero desfavorable si la comparamos con los países europeos de su entorno. 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 10.2).

En comparación con el resto de Comunidades Autónomas (CCAA), la CAV presentó en 2014 un gasto sanitario por habitante superior. Concretamente, la administración autonómica vasca invirtió en salud por habitante un 9% más que la segunda comunidad que más invirtió (Extremadura), y un 50% más que la que menos (Andalucía). Atendiendo al gasto respecto al PIB, la posición de la CAV es intermedia (Figura 10.3).

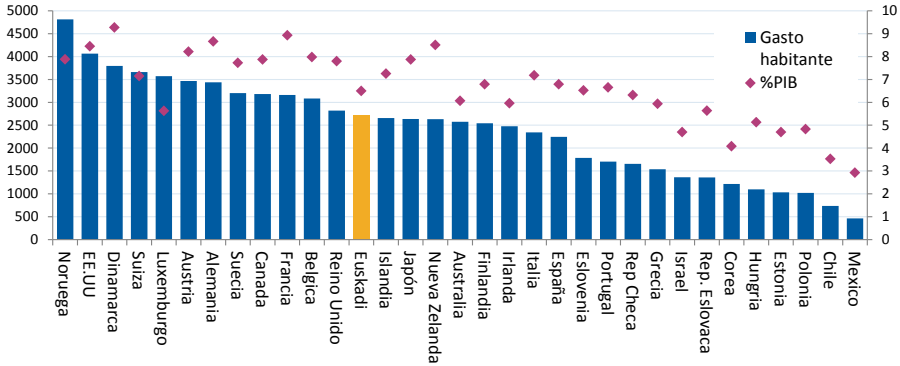


Figura 10.2. Gasto público en salud. Gasto por habitante (PPC, US$; barras eje derecha) y porcentaje del PIB (puntos eje izquierda). CAV y países OCDE, 2011 o dato más cercano

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

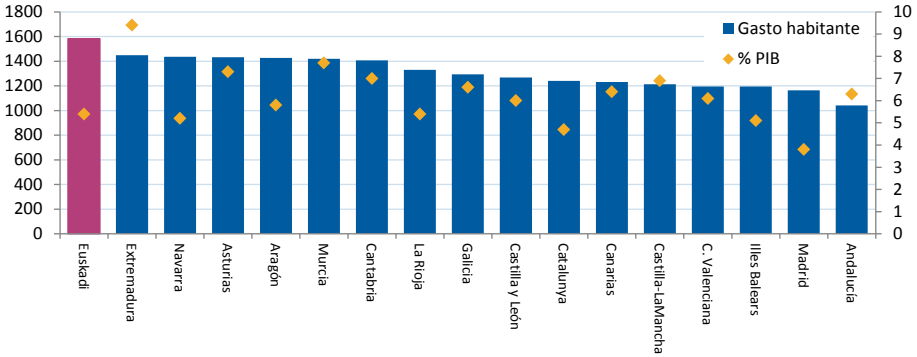


Figura 10.3. Gasto público en salud consolidado. Porcentaje sobre el PIB y euros por habitante. CAV y resto de CCAA, 2014

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

Atendiendo a la evolución de ese gasto entre 2009 (primer año en el que de forma generalizada disminuyó el gasto público en salud) y 2014, el gasto público descendió menos en la CAV (4,9%) que el promedio del Estado español y el descenso fue el menor de todas las CCAA excluyendo únicamente a Cantabria, donde el gasto sanitario público aumentó un 1,7% entre 2009 y 2014 (Figura 10.4).

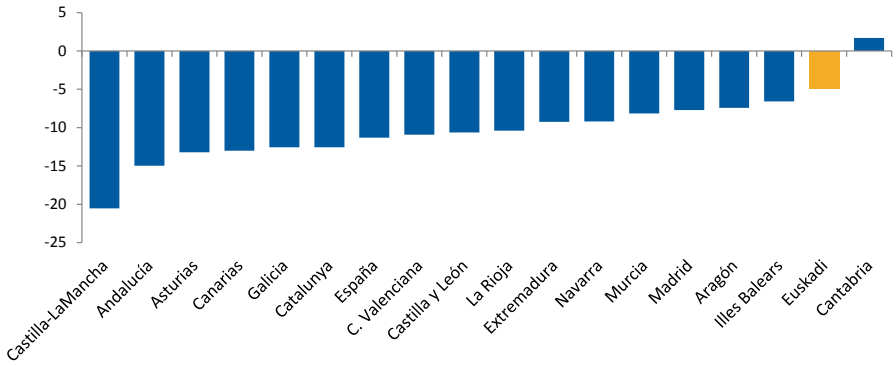


Figura 10.4. Evolución del cambio (%) en el gasto sanitario público total sin corporaciones locales por CCAA. 2009-2014
Fuente: elaboración propia a partir del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

11. El número de personas que recurren a un seguro sanitario privado ha crecido en la CAV durante los últimos años.

En torno al 20% de la población vasca cuenta con un seguro sanitario privado.

La privatización del aseguramiento puede considerarse en los países como el nuestro un factor complementario a la privatización de la financiación sanitaria. En el caso de la CAV, la privatización del aseguramiento se concreta en la existencia de seguros privados de salud así como de mutualidades del personal funcionario. Comenzando con los seguros sanitarios privados, en la CAV en torno al 20% de la población cuenta con un seguro privado, es decir, unas 407.171 personas. El porcentaje de personas con seguro privado varió sustancialmente con la edad. Así, fue el grupo de 25 a 64 años el que mostró un mayor porcentaje de aseguramiento sanitario privado. El grupo de más edad, sin embargo, fue el de un porcentaje menor, de forma que entre las personas mayores de 74 años el porcentaje con un seguro privado de salud es 7 puntos porcentuales menor que entre la población de 25 a 44 años (Figura 11.1). Las diferencias entre hombres y mujeres, sin embargo, fueron menores, si bien entre las mujeres el porcentaje de personas con seguro privado fue un punto y medio superior que en los hombres.

En comparación con el resto de CCAA, la CAV tiene una alta presencia de aseguramiento privado (Figura 11.2), junto con Madrid (33,0%), Catalunya (28,3%) y Baleares (21,4%), y lejos de otras como Cantabria (5,8%).

El porcentaje de personas con doble aseguramiento mostró en el periodo de 1993 a 2003 una leve tendencia descendente. Sin embargo, a partir de 2003, este porcentaje inició una moderada pero constante tendencia ascendente, que después de un periodo de ralentización entre 2008 y 2011, ha iniciado nuevamente una tendencia claramente ascendente en los últimos años. De esta forma, en 2015 el número de personas con seguro

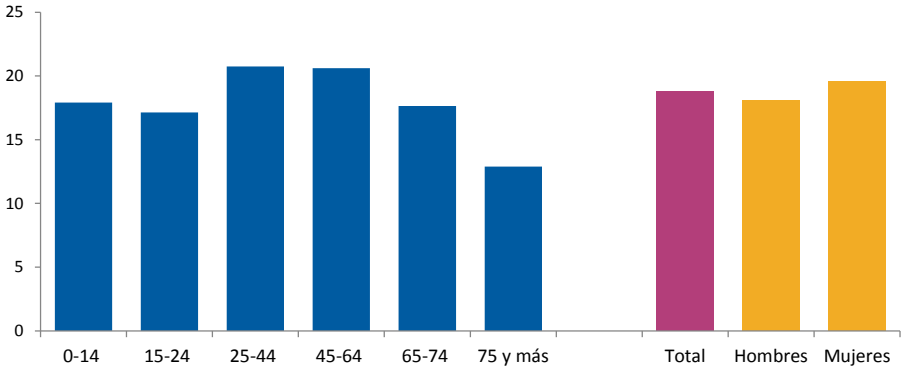


Figura 11.1. Porcentaje de personas con seguro sanitario privado por edad y sexo, Encuesta de Libre Aseguramiento. CAV, 2015
Fuente: elaboración propia a partir de Eustat e INE

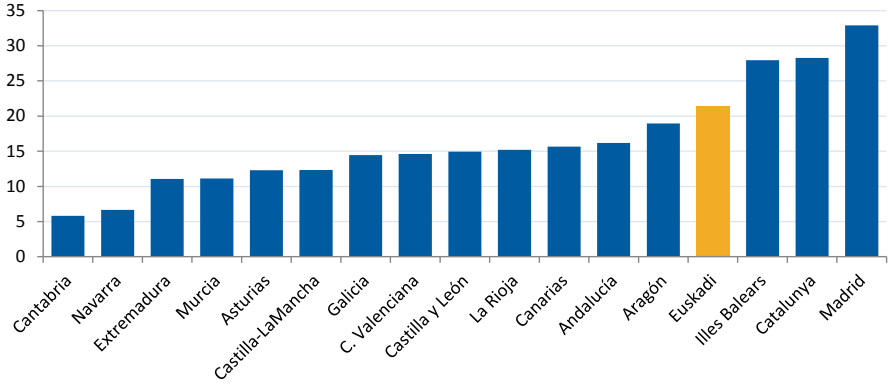


Figura 11.2. Porcentaje de personas con seguro privado de prestaciones sanitarias por CC.AA. Estado Español 2015.
Fuente: elaboración propia a partir de UNESPA. Memoria Social 2015

privado en la CAV ha aumentado un 33,3% respecto a 2003. 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, 24.561 personas más (Figura 11.3).

Este aumento del aseguramiento privado se produce como consecuencia del incremento del aseguramiento colectivo, es decir, de los seguros concertados por las empresas para las personas trabajadoras, que crecieron un 165% entre los años 2003 y 2015, pasando de ser de poco más de 90.000 personas a 240.000. Este aumento también fue considerable en el periodo 2011-2015, en el que creció un 17,7%, es decir, 36.333 personas. El resto de tipos de aseguramiento descendieron, sobre todo en el caso de las mutualidades de funcionariado, que descendieron un 40,6% en el periodo 2003-2011 y el de seguros contratados por particulares, que lo hicieron en un 16,4%. De esta forma, en la actualidad algo más de la mitad (53%) de personas cuenta con seguro sanitario privado en la CAV gracias a un seguro colectivo.

Por último, respecto a las mutualidades del personal funcionario, en el año 2014 había en la CAV 44.455 personas pertenecientes a una de las tres mutualidades principales de funcionariado: la Mutualidad de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE) (75%), la Mutualidad General Judicial (MUGEJU) (8%) o el Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS) (17%). De ellas, el 75% seleccionaron un aseguramiento sanitario privado, 10 puntos por debajo de la media estatal.

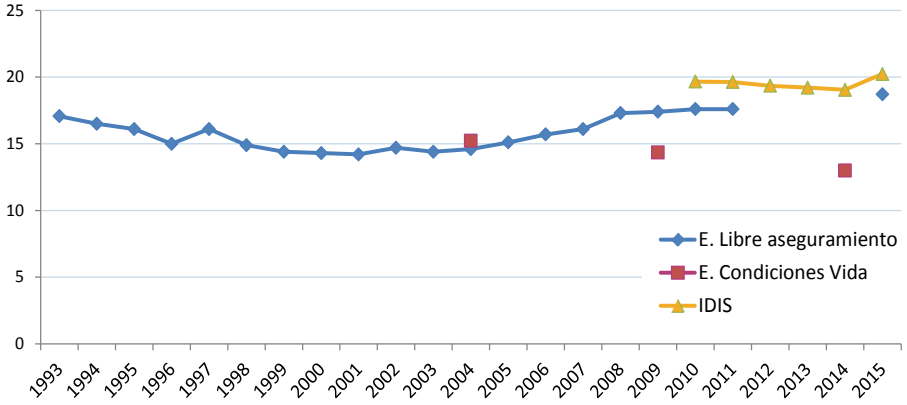


Figura 11.3. Evolución del porcentaje de personas con seguro sanitario privado según varias fuentes. Encuesta de Condiciones de Vida, Encuesta de Libre Aseguramiento y Fundación IDIS.
Fuente: elaboración propia a partir de Eustat y Fundación IDIS

12. El aumento del gasto sanitario privado así como de los seguros privados también es responsabilidad de las administraciones públicas.

Tal y como hemos señalado anteriormente la privatización de la financiación de la salud y del aseguramiento sanitario constituyen dimensiones de la privatización con un mayor riesgo para la salud poblacional y para el aumento de las desigualdades sociales en salud. Asimismo, tiene un impacto negativo para el sostenimiento del sistema sanitario público.

Sin embargo, la privatización de la financiación no suele colocarse entre las reivindicaciones principales de los diferentes agentes contrarios a la privatización, ni suele estar especialmente presente los debates en torno a la misma. De la misma forma, esta dimensión de la privatización del derecho a la salud tampoco protagonizó la mayor parte de la 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. Tal y como hemos mostrado, 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. En el caso del aseguramiento, también se ha mostrado un crecimiento durante los últimos años de los seguros sanitarios privados.

Varias pueden ser las razones que expliquen esta menor presencia de la privatización de la financiación en los debates en torno a la privatización sanitaria. En primer lugar, una parte importante del gasto sanitario privado se debe a la existencia de servicios no cubiertos, cubiertos parcialmente por el sistema público, o sujetos a copagos, lo cual ha sido generalmente naturalizado por parte de la población. Sin embargo, la falta de cobertura o cobertura parcial de determinados servicios por parte del sistema sanita-

rio 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 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 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, en la CAV (Figura 12.1) se ha mostrado 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 ha acompañado de un incremento del aseguramiento privado.

Las crisis económicas, en las que habitualmente se dan campañas de deslegitimación de los sistemas sanitarios públicos, suponen una de las mayores amenazas para estos 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 de 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.

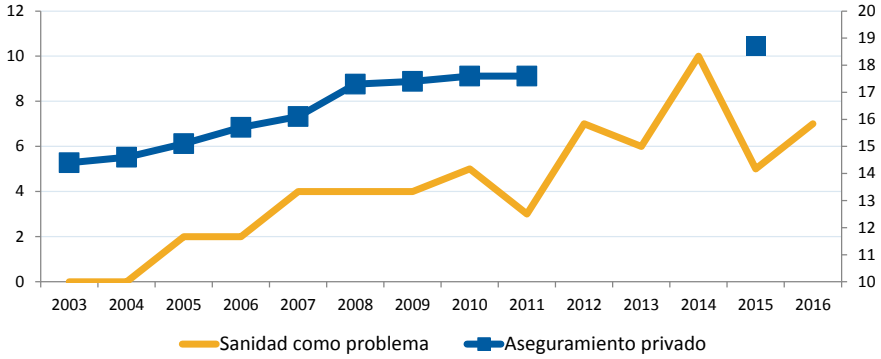


Figura 12.1. Evolución del porcentaje de la población que menciona la sanidad como uno de los principales problemas de la CAV del porcentaje de personas con seguro sanitario privado*. CAV, 2003-2016.
Fuente: elaboración propia a partir de Eustat y Gabinete de Prospección Sociológica
* No se dispone de datos para el periodo 2012-2014.

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 integral, los factores favorecedores de la privatización sanitaria. De esta forma, una pérdida 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 ha producido en el caso vasco, 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[9].

Los niveles de temporalidad en el conjunto del Sistema Nacional de Salud (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 general de personas trabajadoras (25,9%). Como se observa en la figura 12.2, 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).

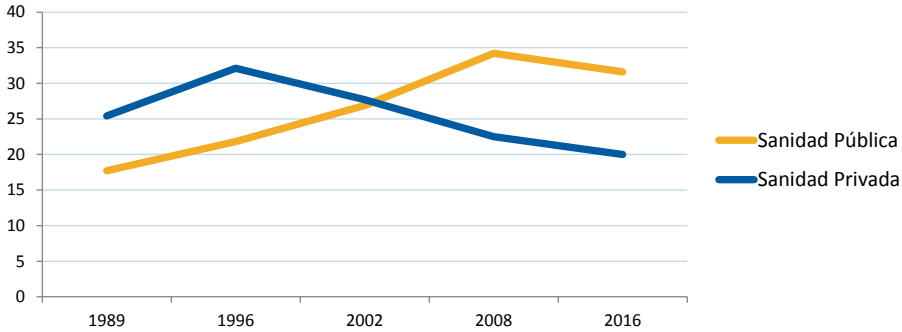


Figura 12.2. Tasa de temporalidad (% respecto al total del empleo) en el sector sanitario público y sector sanitario privado. Evolución 1989-2016.
Fuente: elaboración propia a partir de los datos de Puig-Samper, 2016

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 12.3). La temporalidad en el sistema sanitario público vasco en 15 puntos por encima de la media del empleo total en la CAV, y en 20 puntos por encima de la media de la Unión

[9] https://www.cmb.eus/historico-de-noticias/precariedad-laboral-medica-un-recordatorio-y-un-ofrecimiento-2

Europea (ELA, 2015). Estos niveles de precariedad variaron sustancialmente entre organizaciones sanitarias (Figura 12.4).

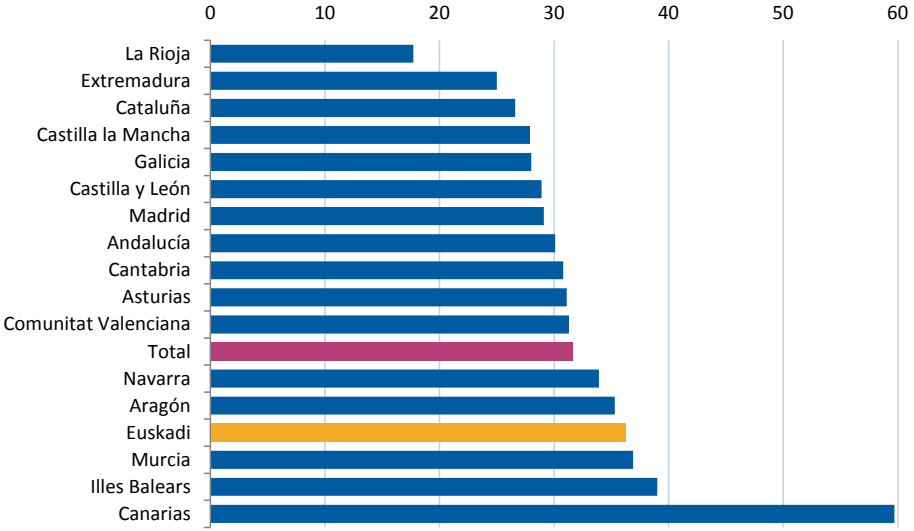


Figura 12.3. Tasa de temporalidad (% respecto al total del empleo) en el sector sanitario público por CCAA. 2016
Fuente: Elaboración propia a partir de Puig-Samper 2016

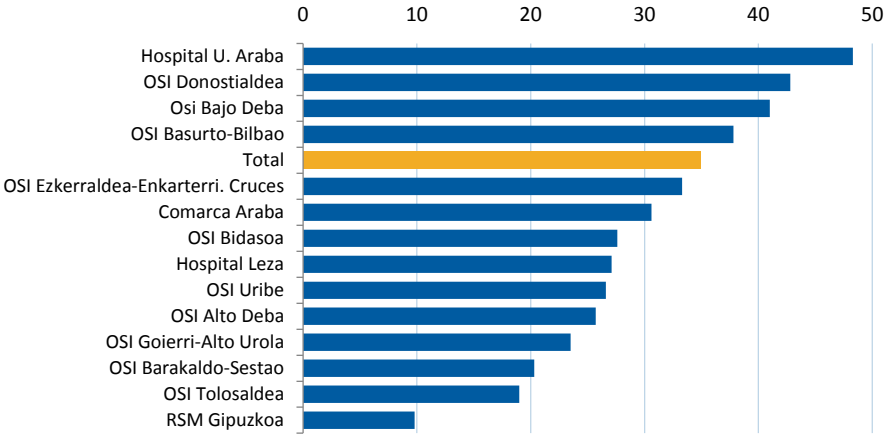


Figura 12.4. Proporción de eventualidad en Osakidetza/Sistema Vasco de Salud, total y por organización sanitaria. 2015.
Fuente. Elaboración propia a partir de ELA, 2015

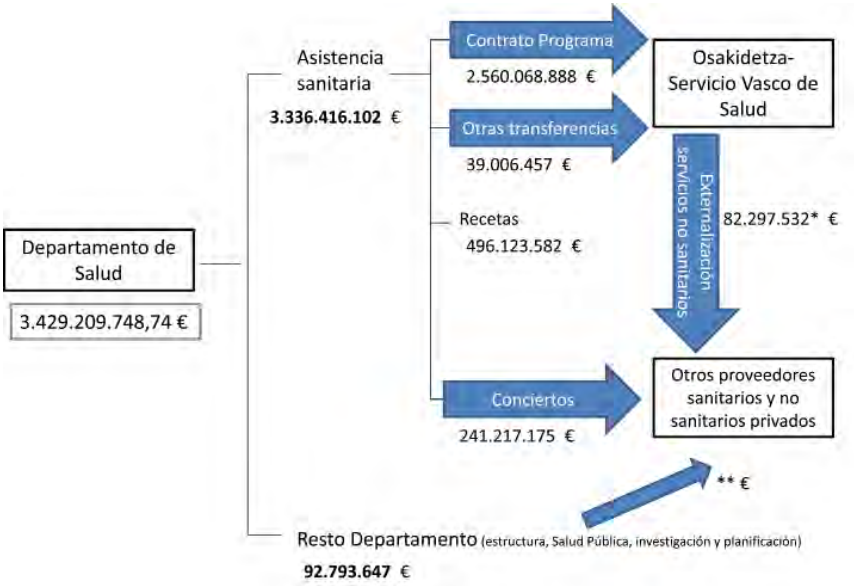
13. El Gobierno Vasco destina uno de cada diez euros que invierte en asistencia sanitaria a la contratación de empresas u organizaciones privadas, cantidad que ha disminuido ligeramente en los últimos años.

La privatización de la provisión sanitaria hace referencia a la concertación de servicios sanitarios con entidades privadas y la externalización de servicios no sanitarios. Esta dimensión de la privatización es la que más atención genera 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. Asimismo, es la dimensión que menos consenso genera tanto en su definición como en sus consecuencias, hasta el punto de no existir un acuerdo en torno a qué podemos considerar privatización de la asistencia sanitaria.

En el caso de la CAV, al igual que en los sistemas sanitarios del resto del Estado, la separación legal 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 desarrollar ésta tanto con el único 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 (aunque con importantes potenciales implicaciones sobre la salud de las y los pacientes) con empresas privadas, como servicios de la cocina, limpieza o la gestión de las historias clínicas. Esto último se conoce habitualmente con el término externalización de servicios. La siguiente figura (13.1) resume estos flujos de contratación en el año 2015.

Sin embargo, no todos los conciertos realizados desde el Departamento de Salud, ni todas las externalizaciones llevadas a cabo desde Osakidetza pueden considerarse privatizaciones de la provisión sanitaria. Así, entre

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, aparece el gasto en Servicios Religiosos, cuyo problema en todo caso no debería ser de provisión privada, sino que la pregunta es si el sistema sanitario público debe financiar ese tipo de servicios.



* Importe estimado ** No se ha podido calcular

Figura 13.1. Partidas presupuestarias del Departamento de Salud por tipos de proveedores destinatarios. CAV, 2015.

A partir de estas consideraciones, y excluyendo dichas partidas, en 2015 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 9,2% del gasto en asistencia sanitaria, o el 10,8% de asistencia sanitaria si excluimos el gasto en recetas.

A la hora de comparar el volumen de la privatización de la provisión sanitaria y de analizar su evolución, conviene diferenciar los conciertos realizados con empresas para la asistencia sanitaria de las externalizaciones de servicios no sanitarios. Centrándonos en el primer caso, y excluyendo las

partidas relativas a la compra de prótesis, el reintegro de gastos y los convenios socio-sanitarios suscritos con las Diputaciones Forales, la evolución del dinero destinado a conciertos mostró una trayectoria más o menos estable en el periodo 2008 a 2014. En concreto, su volumen aumentó hasta 2010 en un 6,4%, aunque el descenso posterior hasta 2014 fue superior, de un 7,2%. Como resultado, en 2014 el volumen destinado a este tipo de conciertos era ligeramente menor que en 2008 (1,3%). Con relación al peso de este gasto sobre el presupuesto del Departamento de Salud, 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 13.2).

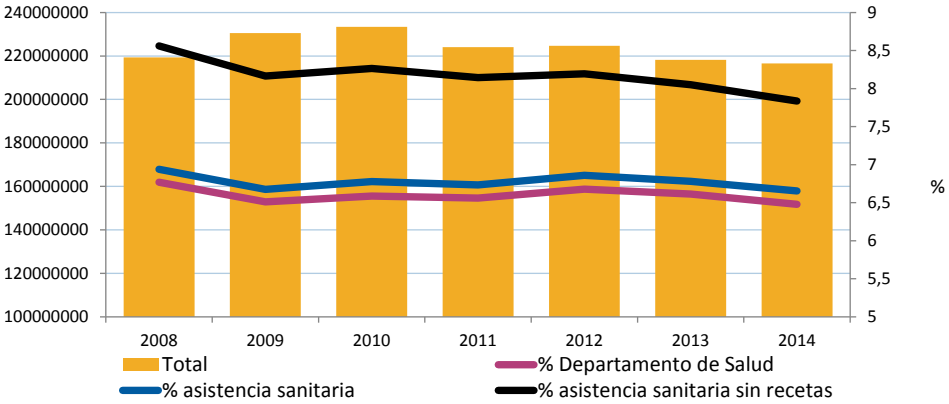


Figura 13.2. Evolución del gasto realizado en conciertos sanitarios con proveedores distintos a Osakidetza por parte del Departamento de Salud (excluyendo prótesis, reintegro de gastos y convenios con Diputaciones Forales). Gasto total y porcentaje respecto al total del presupuesto del Departamento. CAV, 2008-2014

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

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 3 puntos inferior (Tabla 13.1). Respecto a la evolución de la concertación, la CAV es una de las diez CCAA en las que se redujo entre 2008 y 2014, si bien fue la que presentó una menor disminución. Con el objetivo de poder comparar con el resto de CCAA se ha considerado el total del gasto en concertaciones así como el total del gasto sanitario público, según los datos del Ministerio de Sanidad y Política Social. De ahí que el porcentaje para la CAV no coincida con lo descrito anteriormente.

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	**Euskadi**	**7,0**
Euskadi	**-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

Tabla 13.1. Conciertos sanitarios por CCAA, diferencia porcentual entre 2014 y 2008 y porcentaje sobre el total de gasto en 2014.
Fuente: elaboración propia a partir de datos Ministerio de Sanidad y Política Social

14. Los hospitales de agudos, el transporte sanitario y la salud mental se llevan más de la mitad del gasto público concertado con empresas u organizaciones privadas en la CAV.

En 2014, el 34,3% de la concertación sanitaria con centros privados correspondió a la concertación de servicios de hospitales de agudos (28,4%) y media y larga estancia (5,9%). El 16,6% del gasto fue destinado a la salud mental, mientras que la atención ambulatoria supuso el 15,3%. 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 ejecutan a través de la concertación sanitaria (Tabla 14.1).

	Euros	%
Ambulatorios	36.914.568	15,3
Hospitales de agudos	68.313.182	28,4
Prótesis	5.154.384	2,1
Hospitales de media y larga 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**

Tabla 14.1. Conciertos sanitarios con proveedores distintos a Osakidetza del Departamento de Salud por tipos. Euros totales y % respecto al total. CAV, 2014.
Fuente: elaboración propia a partir de datos del Departamento de Salud

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 14.2). 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%). Dentro de los conciertos ambulatorios se engloba la concertación relativa al Programa de Atención Dental Infantil (PADI), que tuvo un coste en su provisión privada de 4.896.237 euros.

	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**

Tabla 14.2. 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
Fuente: elaboración propia a partir de datos del Departamento de Salud y Parlamento Vasco

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 (Figura 14.1). 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 mayor se produjo en 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 respecto a 2008, ya que a partir de ese año la partida se mantiene estable. El PADI

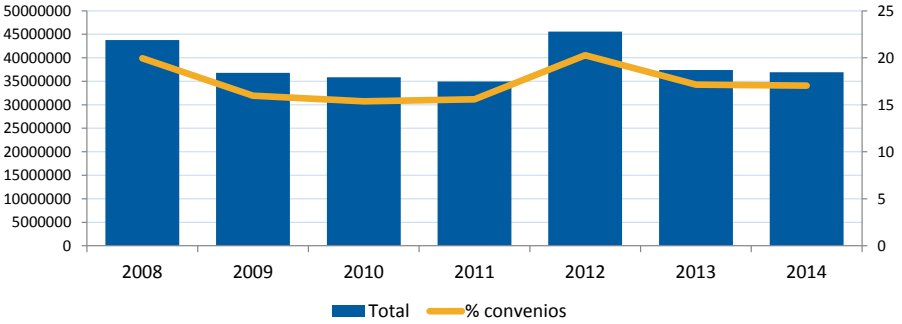


Figura 14.1. Evolución de los conciertos sanitarios ambulatorios con proveedores distintos a Osakidetza por parte del Departamento de Salud. Euros totales y % respecto al total conciertos (excluyendo prótesis, reintegros y convenios diputaciones). CAV, 2008-2014

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

y las terapias respiratorias, sin embargo, aumentaron su partida en más del 20% a lo largo del periodo.

La intensidad de 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 coste 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 en este tipo de concertaciones. Durante 2014, la partida destinada a este tipo de concertación fue de un total de 8.261.776 euros, es decir, un 38,2% de la concertación sanitaria y un 3,3% de la asistencia sanitaria de financiación pública.

La cantidad destinada a conciertos hospitalarios fue un 5,0% menor en 2014 respecto a 2008. 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 (Figura 14.2). Como resultado, el volumen de este tipo de concertación 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 según el tipo de hospital: en los hospitales de agudos la concertación descendió un 9,3% en el periodo, mientras que los de media y larga estancia ascendieron en su volumen de concertación un 22,3%.

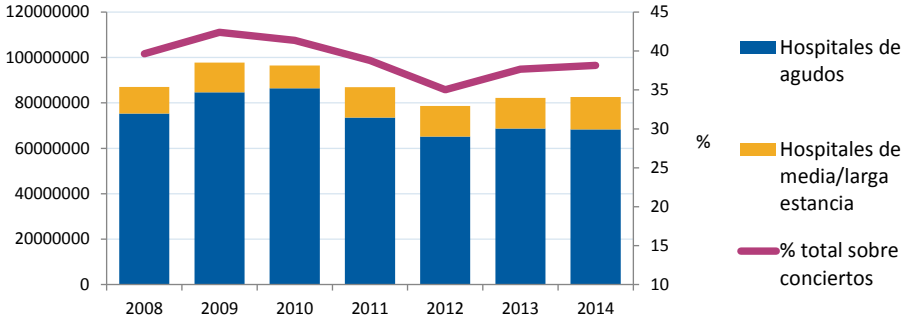


Figura 14.2. Evolución de los conciertos hospitalarios con proveedores distintos a Osakidetza por parte del Departamento de Salud. Euros totales y % respecto al total de conciertos (excluyendo prótesis, reintegros y convenios diputaciones). CAV, 2008-2014
Fuente: elaboración propia a partir de datos 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.

En el periodo de 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 14.3). Como consecuencia, el peso que la concertación en salud mental tuvo 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.

El transporte sanitario fue también una de las partidas relevantes dentro de la concertación sanitaria con organizaciones privadas. De esta forma en

2014, se concertó un total de 57.011.838 de euros, es decir, el 26,3% de los conciertos correspondieron a transporte sanitario, ya fuera programado, urgente o mediante helicóptero (Figura 14.4).

En 2014 el dinero destinado a conciertos sanitarios para el transporte fue un 12,7% mayor que en 2008. Este aumento se produjo mayoritariamente en el periodo de 2008 a 2011 en el que la cantidad dedicada a estos conciertos incrementó en un 20,4%. Posteriormente, esta cantidad descendió, pero en menor medida. De esta forma, el peso que el transporte sanitario tuvo 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.

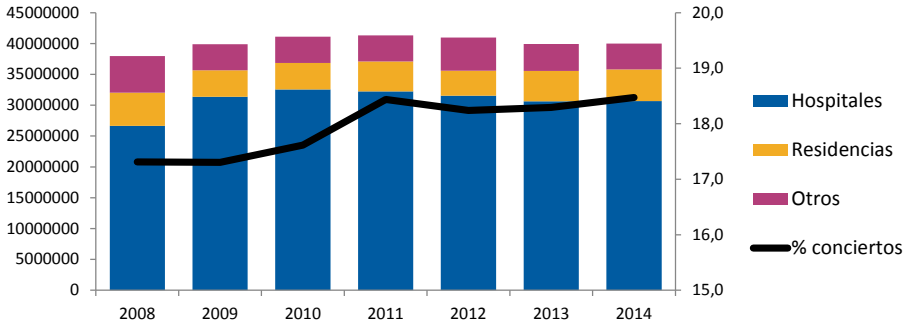


Figura 14.3. Evolución de los conciertos de salud mental con proveedores distintos a Osakidetza del Departamento de Salud. Euros totales y % respecto al total conciertos con otros proveedores (excluyendo prótesis, reintegros y convenios diputaciones). CAV, 2008-2014

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

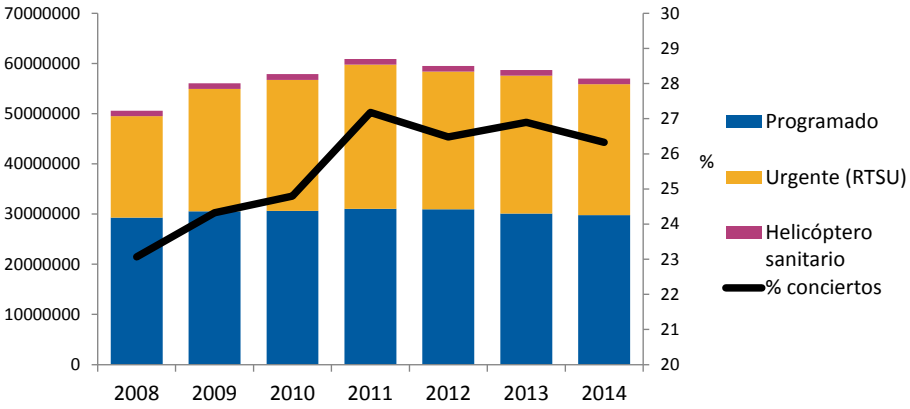


Figura 14.4. Evolución de los conciertos de transportes sanitarios con proveedores distintos a Osakidetza del Departamento de Salud por tipo de transporte. Euros totales y % respecto al total conciertos con otros proveedores (excluyendo prótesis, reintegros y convenios diputaciones). CAV, 2008-2014

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

15. Dos organizaciones privadas, Onkologikoa y Clínica de la Asunción, reciben anualmente más de 20 millones de dinero público.

Durante 2014 el Departamento de Salud concertó asistencia sanitaria con diferentes empresas y organizaciones privadas de diferente tipología y por cantidades variables. Comenzando con la concertación ambulatoria, la estructura de la concertación depende de los diferentes tipos de servicios concertados. 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 un totalde 6,3 millones de euros, o la empresa de ámbito estatal Gasemedi, que concertó en 2013 por 7 millones de euros. En el caso de la hemodiálisis, la concertación se produjo 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 15.1).

Terapias respiratorias	Euros
Gasmedi	7.047.655
Linde Medica SLU	6.269.492
Total	**13.317.147**

Hemodiálisis	Euros
Dialbilbo	1.469.481
Hemobesa	1.474.952
Baxter	2.540.414
Fresenius	1.981.304
Nefro-Rioja,SL	26.709
Total	**7.492.860**

Tabla 15.1. Conciertos sanitarios en terapias respiratorias y hemodiálisis con proveedores distintos a Osakidetza por parte del Departamento de Salud. Euros totales. CAV, 2013
Fuente: elaboración propia a partir de datos del 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 algunos casos 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.

En lo referente a la concertación hospitalaria, en 2013 fueron varios los centros con los que el Departamento de Salud concertó esta asistencia. Sin embargo, dos centros concertaron más de la mitad del presupuesto total concertado por el 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 1,6 y 1,3 millones de euros respectivamente en 2013. Por último, Quirón recibió 406.499 euros en 2013 (Tabla 15.2).

La atención a la salud mental 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 Menni, que en 2013 recibió 12,2 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 15.3).

El transporte sanitario fue concertado casi en su totalidad con 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.

	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**

Tabla 15.2. 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

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

	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**

Tabla 15.3. 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

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

16. Osakidetza destinó 81 millones de euros a la contratación de servicios no sanitarios con empresas privadas.

Osakidetza, en el ejercicio de su actividad, externalizó a 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 euros excluyendo los servicios religiosos (Tabla 16.1). Esto supone que alrededor del 3,2% del presupuesto de Osakidetza se destina a la contratación de servicios con empresas privadas.

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), repartidos entre poco más de diez empresas (Tabla 16.2). Una de ellas, recibió durante 2016 cerca de 29 millones de euros, y empleó dentro de Osakidetza a más de 800 empleadas y empleados. Se calcula que más de 1.700 personas trabajan en labores de limpieza de Osakidetza contratadas por una empresa privada.

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. El servicio de cocina supuso 9 millones de euros (11,2%), y el archivo y gestión de historias clínicas, así como la custodia de muestras, 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 ésta fue superior al 4,5% (Figura 16.1).

	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**	

Tabla 16.1. Servicios externalizados por Osakidetza con empresas privadas. CAV, 2016
Fuente: elaboración propia a partir de datos Departamento de Salud y Parlamento Vasco

	Total euros	Personas trabajadoras 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**

Tabla 16.2. Empresas contratadas por Osakidetza para servicios de limpieza, según euros contratados y número de trabajadoras y trabajadores en Osakidetza. CAV, 2016
Fuente: elaboración propia a partir de datos Departamento de Salud y Parlamento Vasco

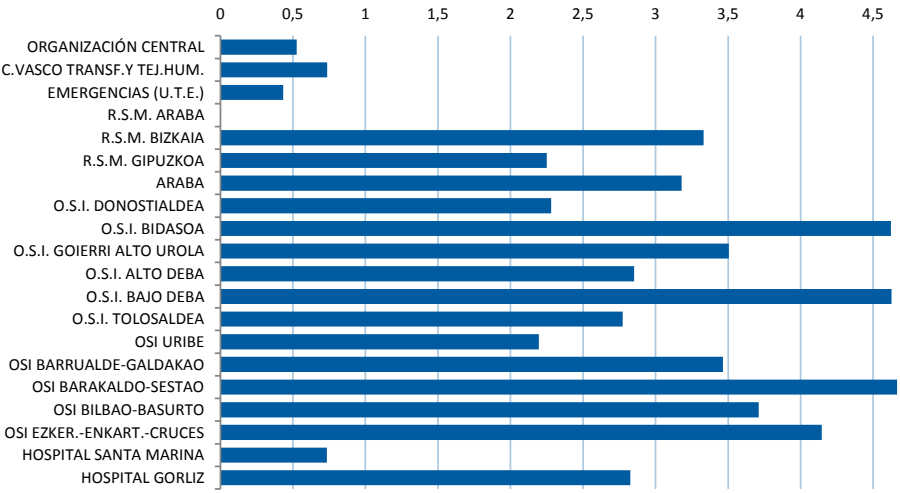


Figura 16.1. Porcentaje estimado de presupuesto dedicado a la externalización de servicios con empresas privadas en diferentes organizaciones de Osakidetza. CAV, 2016

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

17. El 40% de la concertación sanitaria con entidades no públicas se realiza con organizaciones sin ánimo de lucro.

Una de las ideas más recurrentes, sobre todo entre las personas con una opinión menos extrema en torno a la privatización, 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 ONG. De hecho, 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 diferenciación 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 recientemente en marcha han hecho también una distinción clara entre ambos tipos de proveedores, marcándose en ocasiones como objetivo reducir el volumen de la concertación con empresas mercantiles pero no con organizaciones sin ánimo de lucro.

Existen, por el contrario, varios argumentos que matizan estas posiciones favorecedoras 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 produce en el caso de 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 a 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 las realizadas por empresas privadas mercantiles. Ello se debe a la regulación específica de algunas entidades pertenecientes al sector no lucrativo, que establece menores obligaciones en cuanto a la rendición de cuentas que las establecidas para las entidades de negocios.

En segundo lugar, aunque en estas organizaciones no exista ánimo de lucro, no todas ellas son de interés general, lo que puede significar que defiendan intereses particulares asociados a 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, en ocasiones, 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, pueden 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 las aleja del prototipo 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.

18. La privatización de la provisión genera posiciones contrapuestas sobre sus riesgos y beneficios para el sistema sanitario público vasco.

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 de los discursos 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 privatización, 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), otras personas defienden y promueven colaboraciones público-privadas en el sector sanitario, que se expresan fundamentalmente en la participación de empresas privadas en la provisión de financiación pública.

En las entrevistas realizadas a personas con discursos de mayor beligerancia hacia la privatización de la provisión, se han destacado diferentes riesgos potenciales: 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 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 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 existencia 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 de forma parasitaria, 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 profesionales o tecnología 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 mantienen 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 entre las personas entrevistadas como en el conjunto de 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. Resulta llamativo que, en un sistema sanitario como el vasco, donde existe una cantidad importante de servicios externalizados, no existan evaluaciones económicas públicas que recojan los beneficios o ventajas de cada tipo de provisión, y que permitan, por tanto, la formación de una opinión más informada al respecto.

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 en su provisión y gestión. Se considera 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 son ajenos a ésta e incluso de realización o uso esporádico.

En el caso de la concertación de servicios sanitarios, los argumentos favorables 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 aquellas 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 inverosímil. Este tipo de argumentos han resultado recurren-

tes para argumentar la existencia de concertaciones de gran envergadura, como la red de salud mental en Gipuzkoa o la Clínica de la Asunción. Otroargumento 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 en el ámbito sanitario y en otros 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 de privatización ocurridos. Es el caso del nuevo hospital de Urduliz-Alfredo Espinosa, 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, planteada a largo plazo de forma implícita, por parte del Departamento de Salud y Osakidetza, para iniciar 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 importante con sindicatos y organizaciones de defensa de la sanidad pública.

19. Bizkaia es el Territorio Histórico con mayor porcentaje de personas con seguro privado de salud y Gipuzkoa donde más dinero público se destina a empresas u organizaciones privadas.

El estado de la privatización sanitaria varió entre los diferentes territorios históricos en las dimensiones de aseguramiento y de provisión. Así, en el caso de la privatización del aseguramiento, el porcentaje de personas con seguro sanitario privado se sitúo en la CAV en torno al 20%. Sin embargo, este porcentaje varió sustancialmente entre territorios históricos. Así, la mayor proporción de doble aseguramiento se situó en Bizkaia, en torno al 25%, y la menor en Gipuzkoa, donde poco más del 10% de las personas contó con un seguro sanitario privado. Araba se situó en una posición intermedia con un porcentaje de doble aseguramiento en torno al 14% (Figura 19.1).

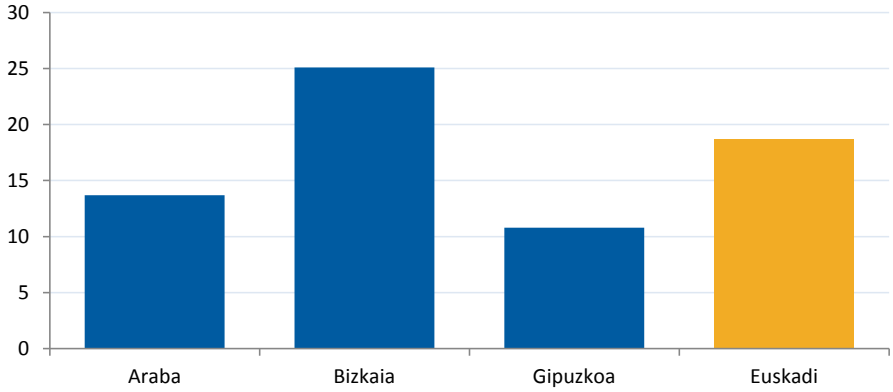


Figura 19.1. Porcentaje de personas con seguro sanitario privado por Territorio Histórico. CAV, 2015
Fuente: elaboración propia a partir de Eustat

De esta forma, en comparación con otras CCAA, mientras que Bizkaia se sitúa entre los territorios con una mayor privatización del aseguramiento, llevando a la CAV al grupo de comunidades con mayor privatización, Araba se sitúa en una posición media baja y Gipuzkoa, por el contrario, entre las regiones con una menor presencia del aseguramiento sanitario privado (Figura 19.2).

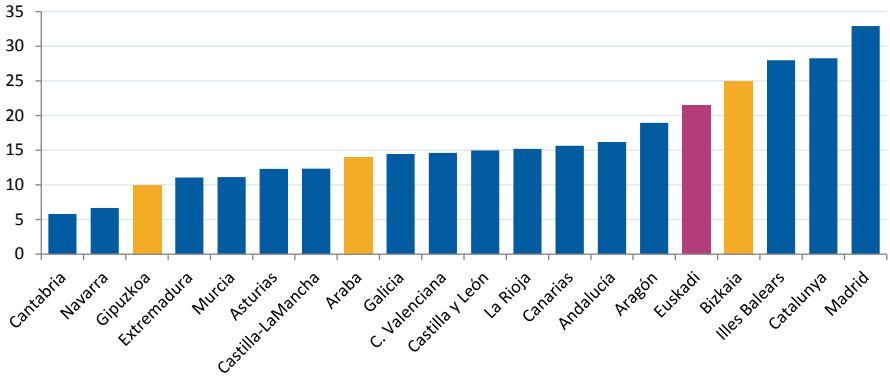


Figura 19.2. Porcentaje de personas con seguro sanitario privado en las diferentes CC.AA y por Territorio Histórico, según varias fuentes. CAV, 2015
Fuente: elaboración propia a partir de Eustat y UNESPA

En el caso de la privatización de la provisión sanitaria la imagen es la contraria. Como ya señalábamos, el porcentaje que la provisión privada representa sobre el total de gasto público fue diferente en los tres territorios históricos. 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%. Bizkaia presentó una posición intermedia pero más cercada a Araba ya que el porcentaje fue del 8,9% (Figura 19.3).

Estas diferencias en el porcentaje de concertación sanitaria pública con empresas y organizaciones privadas supone que mientras que Gipuzkoa se sitúa entre las regiones con una mayor privatización de la provisión sanitaria, Bizkaia y Araba se sitúan entre las que tienen un porcentaje menor (Figura 19.4).

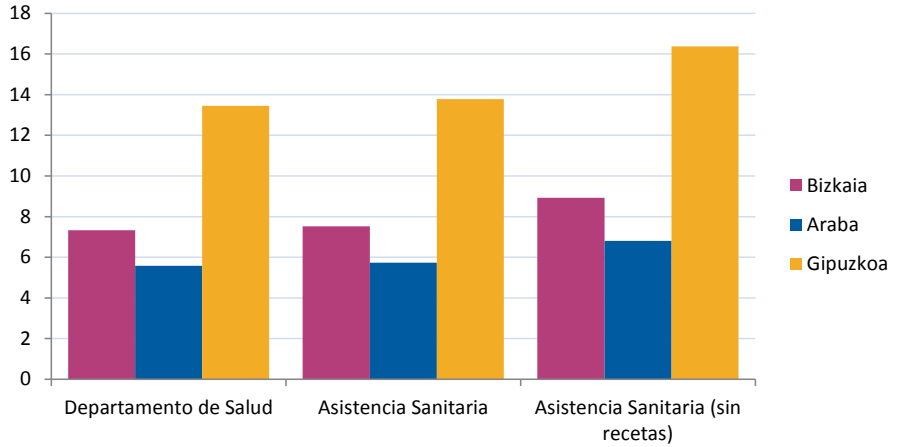


Figura 19.3. Porcentaje de la provisión privada de financiación pública respecto a diferentes gastos totales públicos por Territorio Histórico. 2014
Fuente: elaboración propia a partir de datos Departamento de Salud y Parlamento Vasco

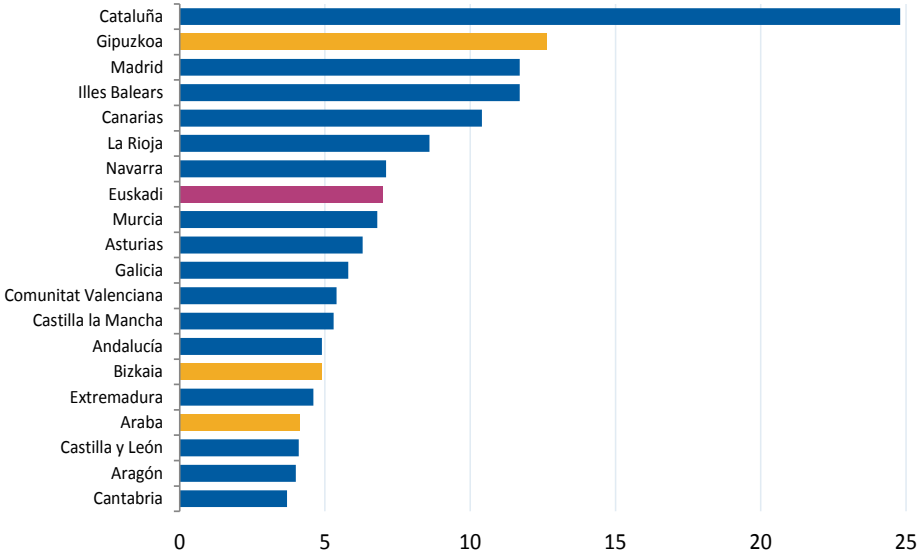


Figura 19.4. Porcentaje de presupuesto sanitario público destinado a conciertos sanitarios por CCAA, y estimación para Territorios Históricos. 2014.
Fuente: elaboración propia a partir de datos Departamento de Salud y datos Ministerio de Sanidad y Política Social

20. En la actualidad, existen importantes riesgos hacia una mayor privatización de la formación e investigación sanitarias en la CAV.

Aunque la mayor parte de la formación universitaria en salud es pública existen importantes riesgos de privatización; además, aumenta la formación continua de las y los profesionales sanitarios a cargo de empresas privadas. La investigación en la CAV recibe principalmente financiación pública, pero existe la voluntad de incrementar las colaboraciones público-privadas para aumentar la financiación privada.

En cuanto a la formación universitaria en la CAV, es en su mayor parte pública. Sin embargo, existen ejemplos de la presencia de empresas privadas en la formación universitaria, si bien en esta participación no destaca tanto su labor formativa como la aportación que el alumnado hace a las empresas privadas. Un ejemplo de ello es el convenio entre dos empresas privadas, el Igualatorio Médico Quirúrgico (IMQ) y el Athletic Club, y 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. La prestación de esta asistencia es posible gracias a la colaboración de IMQ con la Facultad de Medicina y Odontología y la Escuela de Enfermería de la UPV/EHU, a través de prácticas voluntarias tuteladas[11]. Todo ello supone, que la universidad pública aporte a su alumnado para el patrocinio de una aseguradora privada y preste servicios de asistencia sanitaria en San Mamés. Asimismo, el alumnado de la universidad pública también realiza prácticas de asistencia sanitaria en centros privados como los gestionados por el IMQ.

Asimismo, es posible que a la impartición de la formación sanitaria en la

[11]http://sanidadprivada.publicacionmedica.com/noticia/imq-forma-a-100-alumnos-de-la-universidad-del-pais-vasco-sobre-pautas-para-la-asistencia

CAV se incorpore una universidad privada, la Universidad de Deusto. Dentro de su plan estratégico 2015-2018 se incluye el proyecto de 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, y se justifica en la necesidad de cubrir el relevo generacional de la Sanidad Pública en los próximos años. Para formar una red de alianzas, la 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 convenio[12]. 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. Así, en 2015 el Departamento de Salud, Osakidetza, la Fundación Vasca de Innovación e Investigación Sanitarias (BIOEF) y la Universidad de Deusto firmaron un 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[13]. Es decir, el Departamento de Salud financia a una escuela de negocios privada para impartir un máster de gestión sanitaria, financiando parte de las matrículas del alumnado y prestando instalaciones y profesionales para esa formación.

En cuanto a la provisión de la formación continua sanitaria, FCS, a nivel estatal la industria financia gran parte de la formación (90%). En la CAV, la formación acreditada nos permite realizar un análisis o monitorización aproximada de los agentes proveedores, al quedar registrada más o me-

[12]http://www.diariovasco.com/sociedad/201607/16/deusto-quiere-abrir-facultad-201607-16001109-v.html

[13]http://www.irekia.euskadi.eus/es/news/18792-consejero-salud-abre-nuevo-master-gestion-sanitaria-impulsado-por-departamento-deusto

nos de forma sistemática. La formación continua 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[14], siendo en la CAV el Consejo Vasco de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias. Pueden solicitar acreditación aquellas entidades proveedoras de actividades de formación continua sanitaria 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[15].

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). Pese a que Osakidetza es el principal proveedor de la actividad de formación continua acreditada en la CAV, la oferta de actividades formativas acreditadas privadas ha aumentado, principalmente a partir de mediados de la década pasada. Otras entidades proveedoras destacadas son los colegios profesionales, las sociedades científicas y el sector privado.

En cuanto a la inversión en I+D+i sanitaria en la CAV, el 71% corresponde al Departamento de Salud. El porcentaje de financiación que corresponde al sector privado queda por detrás de la aportación de la Administración General del Estado, y descendió de 2009 (6,9%) a 2013 (4,7%).

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 de PIB, estudiar y en su caso implantar plataformas o infraestructuras que faciliten o aumenten la realización de ensayos clínicos (Departamento de Salud Gobierno Vasco,

[14]http://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/formacionContinuada/acreditacion.htm

[15]http://www.osakidetza.euskadi.eus/r85-ekinad01/es/contenidos/informacion/formacion_continua/es_1265/for04_c.html

2016). En relación directa con esto está la participación de la CAV en el proyecto BEST, una iniciativa a nivel estatal promovida por Farmaindustria, que pretende crear una plataforma de excelencia en investigación clínica de medicamentos en el Estado español. 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[16].

[16] Gobierno Vasco. PCTI Euskadi 2020. Instrumentos de policy mix. Disponible en: http://www.irekia.euskadi.eus/uploads/attachments/5539/instrumentos_pcti_euskadi_2020.pdf

RECOMENDACIONES









1. Actuar a nivel general de gobierno, no solo de los organismos de salud o sanitarios, para mejorar la salud de la población y reducir las desigualdades sociales en salud. Para lograr este objetivo, medicusmundi considera que las actuaciones a impulsar en la CAV deben ir encaminadas a:

► **Garantizar el cumplimiento de unos niveles mínimos de calidad democrática en todos los niveles de la administración, mediante el desarrollo de:**

- Sistemas que garanticen la transparencia y que prevengan y detecten el fraude y la corrupción.
- Sistemas de promoción, monitorización y difusión de buenas prácticas y ética profesional, atendiendo a los conflictos de intereses.
- Cauces de relación y participación de otros organismos ajenos a la administración (sector no gubernamental y sector privado), así como de sociedad civil y ciudadanía, en la definición de los problemas y la toma de decisiones políticas.

► **Introducir la perspectiva de la salud en todas las políticas en todos los niveles de la administración, a través de:**

- Generar herramientas y capacidades para una acción de gobierno horizontal, que implique de manera conjunta a todos los sectores, así como a los distintos niveles de la administración.
- Evaluar el impacto potencial en la salud y en la equidad en salud de las políticas no sanitarias, en base al mejor conocimiento científico disponible y a la participación ciudadana.
- Incluir objetivos de salud y equidad en salud en políticas no sanitarias.

► **Incorporar de manera sistemática a los sistemas de información y vigilancia variables que den cuenta de los determinantes sociales de la salud y que permitan monitorizar la equidad en salud.**

2. Actuar a nivel de gobierno sanitario para contribuir a reducir las desigualdades sociales en salud. En este ámbito, las intervenciones que se proponen pretenden básicamente:

► **Fortalecer el papel de los servicios de salud pública en su doble función de bisagra entre los dispositivos asistenciales y de planificación, así como de coordinación con otros sectores de gobierno.**

► **Crear un observatorio sobre el acceso al derecho a la salud en la CAPV que contemple la monitorización de:**

- La salud, sus determinantes y las desigualdades sociales en salud.
- La calidad del sistema sanitario público y de las desigualdades de acceso a las prestaciones y servicios, por los principales ejes de desigualdad.
- El nivel de privatización de la financiación y provisión sanitaria.

► **Avanzar hacia una mayor transparencia en todos los datos relacionados con las políticas de salud, especialmente:**

- Mejorar los sistemas de información de la financiación de salud, aumentando tanto la calidad y cantidad de los datos como su frecuencia temporal.
- Hacer accesibles los datos relativos a los procesos de contratación de servicios sanitarios y no sanitarios.
- Aplicar medidas para evitar los conflictos de interés de todos y todas las profesionales con responsabilidades especiales (jefaturas de servicio, asesorías, etc.).
- Clarificar las relaciones con la industria farmacéutica y tecnológica.

► **Establecer un compromiso con la rendición de cuentas a través de un incremento de los indicadores de actividad y de gastos y su accesibilidad.**

► **Establecer un compromiso con la participación ciudadana:**

- Fortaleciendo los mecanismos de participación comunitaria en todas las estructuras del sistema sanitario.
- Garantizando la participación de asociaciones de usuarios y usuarias de la sanidad y en defensa de la sanidad pública, en consejos de salud, comités de ética y en general, en aquellos órganos implicados en la gestión sanitaria.

3.Reducir las desigualdades sociales en salud y en el acceso al sistema sanitario. En este ámbito, las autoridades deben jugar un papel activo impulsando programas y línea de actuación que contribuyan a:

► **Fortalecer la atención primaria, la prevención y la información sanitaria como estrategia para reducir las desigualdades de acceso a la salud.**

► **Avanzar en la sensibilización y en la instauración de prácticas sanitarias basadas en la evidencia, que eviten la generación de desigualdades en salud según el género.** Esto requiere:

- Reformular los problemas de salud y sus riesgos, según las variantes biológicas que caracterizan a mujeres y a hombres y no en clave únicamente masculina. Esto implica reducir los posibles sesgos de género en los diagnósticos y en el esfuerzo terapéutico en enfermedades como las cardiovasculares o el EPOC, de manera especial, en la atención terciaria asistencial y en las intervenciones quirúrgicas.
- Fomentar la investigación científica que tenga en cuenta estas diferencias entre mujeres y hombres en relación con su salud. Esto implica incorporar esta perspectiva en los ensayos clínicos y recoger en los sistemas de información variables desagregadas por sexo, así como cuestiones que permitan reflejar roles y aspectos relacionados con el género.
- Prevenir la patologización y medicalización de procesos vitales, o relacionados con la naturaleza reproductiva, propios de las mujeres.

► **Reclamar la derogación del RD Ley 16/2012 en CAV, y mientras siga vigente, aplicar mecanismos que garanticen la atención sanitaria a todas las personas.**

► **Evaluar el impacto de la exigencia del periodo de empadronamiento para la concesión de la Tarjeta Individual Sanitaria (TIS), y establecer medidas para reducir las barreras administrativas para el acceso.**

► **Establecer intervenciones específicas que favorezcan el acceso al sistema sanitario de los colectivos en mayor vulnerabilidad social.**

► **Incorporar de manera sistemática la realización de auditorías de equidad del sistema sanitario de forma que se identifiquen posibles desigualdades en el acceso y sus determinantes y se establezcan intervenciones para su reducción.**

4. Reducir y tender a la eliminación de la privatización de la salud. Medicusmundi aboga por una sanidad pública y universal y propone trabajar en esa dirección aplicando las siguientes políticas:

► **Aumentar el gasto público en salud hasta alcanzar el de los países europeos de igual nivel socioeconómico y desarrollo.**

► **Garantizar que no existan deducción ni beneficios fiscales por la contratación de seguros sanitarios privados por parte de familias o empresas.**

► **Mantener el nivel de satisfacción con el sistema sanitario público entre la población de la CAPV.**

► **Reducir la fragmentación del sistema sanitario, abogando por la integración en el sistema público los servicios sanitarios impartidos por MUFACE, MUGEJU, ISFAS, Empresas colaboradoras de la Seguridad Social y otros sistemas fragmentados en los servicios de salud públicos.**

► **Mejorar el nivel de cobertura de servicios sanitarios, manteniendo la cobertura de los actuales, evaluando la inclusión de servicios no cubiertos y mejorando los parcialmente cubiertos.** Estos dos últimos puntos para:

- Que el gasto privado en salud no aumente su peso respecto al gasto total en salud.
- Que el porcentaje de personas con doble aseguramiento no aumente.
- Que el porcentaje de consultas con financiación pública no disminuya y su patrón socioeconómico no aumente.

► **Realizar una evaluación del conjunto de concertaciones sanitarias y externalizaciones de servicios no sanitarios en términos económicos, de impacto en la salud y equidad incorporando en dichos procesos a diferentes agentes sociales.**

► **Reducir en términos absolutos (financiación total) y en términos relativos (respecto al total del presupuesto) el gasto en conciertos y en externalizaciones.**

► **Evitar el grave impacto de las medidas de austeridad y garantizar en todo momento las condiciones de empleo y trabajo de las empleadas y empleados del sector, reduciendo la temporalidad y la parcialidad en la plantilla de las y los profesionales sanitarios del sistema público.**

► **Realizar un análisis sobre la compaginación de la actividad de las y los profesionales del sistema sanitario público en la sanidad privada, evaluando su impacto en el sistema sanitario público y la salud poblacional y el potencial efecto de las diferentes opciones de regulación.**

En lo que respecta a la formación e investigación sanitaria, medicus-mundi defiende:

► Mantener el peso actual del sistema público de la formación de grado y postgrado en ciencias de la salud y colaborar con la UPV/EHU en su adaptación a la realidad actual y futura del sistema sanitario vasco y su perfil social y epidemiológico.

► Favorecer que la formación en los centros sanitarios públicos esté dirigida y priorizada para las y los estudiantes del sector público. Realizar un análisis sobre la compaginación de las y los profesionales del sistema sanitario público con actividades en la sanidad privada, evaluando su impacto en el sistema sanitario público.

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:

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

Tabla 10.1. Perfiles de las personas entrevistadas

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

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

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

Baltimore City Health Department. How much variation exists between Baltimore neighborhoods? (2011). Recuperado de: http://www.baltimorehealth.org/neighborhood.html

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.

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.

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.

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.

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

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.

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/

Dean. (2015). Private practice is unethical—and doctors should give it up. BMJ, 350, h2299

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.

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.

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.

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

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.

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.

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., 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

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

Hanlon, P., Walsh, D., & Whyte, B. (2006). Let Glasgow Flourish. Glasgow: Glasgow Centre for Population Health.

Hart, J.T. (1971). The inverse care law. Lancet, 1(7696), 405-412.

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.

Marmot, M. (2007). Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. Lancet, 370, 1153-63.

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.

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.

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

Puig-Samper, F. (2016). Alta temporalidad en la contratación e intensa rotación laboral en la sanidad pública. Fundación 1º de mayo. Colección informes, 127.

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

Rohlfs, I., Borrell, C., Fonseca, MC. (2000). Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos. Gaceta Sanitaria,14 Supl 3:60-71

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.

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

Schröder, S.L., Richter, M., Schröder, J., Frantz, S., & Fink, A. (2016). Socioeconomic inequalities in access to treatment for coronary heart disease: A systematic review. International Journal of Cardiology 219, 70–78. doi: 10.1016/j.ijcard.2016.05.066

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

Snozzi, P., Blank, P.R., & Szucs, T.D. (2014). Stroke in Switzerland: Social Determinants of Treatment Access and Cost of Illness. Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases, 23 (5), 926-932. doi: 10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2013.07.042

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.

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

The PLoS Medicine Editors (2009). Ghostwriting: the dirty little secret of medical publishing that just got bigger. PLoS Medicine 6(9), e1000156.

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.

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.

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.

Wazana, A. (2000). Physicians and the pharmaceutical industry: is a gift ever just a gift? JAMA 283(3), 373-80.

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/

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