



Universidad de Valladolid

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES, JURÍDICAS Y DE LA
COMUNICACIÓN

Grado en Administración y Dirección de Empresas

TRABAJO DE FIN DE GRADO

**DESIGUALDADES EN LA UTILIZACIÓN Y ACCESO A
LA SANIDAD**

Presentado por Andrea Ramos García

Tutelado por Noelia Somarriba Arechavala

Segovia, 13 diciembre 2021

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
-------------------	---

CAPÍTULO 1

Desigualdades en la salud y la utilización de servicios sanitarios. Revisión de conceptos

1.1.Determinantes de las desigualdades en salud.....	5
1.2.Desigualdad de salud por género	7
1.3.El acceso al sistema sanitario y la cuestión de la equidad.....	7
1.4.Desigualdades en el acceso a los servicios sanitarios por estatus socio-económico.....	10
1.5.Desigualdades en el acceso a los servicios sanitarios desde un punto de vista geográfico (CCAA).....	11

CAPÍTULO 2

Objetivos y metodología

2.1. Objetivo.....	13
2.2. Metodología.....	13

CAPÍTULO 3

Análisis empírico de las desigualdades en el acceso y uso del sistema sanitario

3.1. Desigualdades según factores socio-económicos: Nacionalidad, Renta y Educación.....	15
3.2. Desigualdades desde un enfoque espacial. Análisis por CCAA.....	19
3.2.1. Desigualdades territoriales en el gasto sanitario por CCAA.....	20
3.2.1.1.Desigualdades según clasificación económica del gasto.....	25
3.2.1.2. Desigualdades según clasificación funcional del gasto público sanitario.....	27

CAPÍTULO 4

Desigualdades en la oferta sanitaria por comunidades autónomas

4.1. Indicadores de recursos por CCAA: médicos, hospitales y camas.....	28
4.2. Las listas de espera por CCAA.....	30

CONCLUSIONES.....	32
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	34

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el concepto de salud como “*el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*”. Esta definición pone de manifiesto que la salud es un concepto multidimensional que está relacionado con las distintas esferas de la vida de las personas. Otras definiciones ponen más el énfasis en los aspectos físicos/biológicos del concepto, por ejemplo, la Real Academia Española lo define como “*el estado en el que el ser orgánico ejerce normalmente sus funciones*” y también como el “*conjunto de las condiciones físicas en que se encuentra un organismo en un momento determinado*”.

Dado que la salud depende de múltiples factores, el estudio de las desigualdades en el acceso y utilización de la asistencia sanitaria tiene un especial interés, analizar cómo factores de tipo sociodemográfico como el género, la edad, la nacionalidad, los estudios... condicionan la frecuencia de uso del sistema sanitario, nos puede ayudar a comprender las desigualdades en salud. Además, el estudio de estas diferencias a nivel regional, asociadas a indicadores de infraestructuras y de gasto nos ofrece una panorámica de la situación en la que están las diferentes regiones en España.

El presente trabajo pretende contrastar si existen desigualdades en la utilización y el acceso a la asistencia sanitaria y qué factores se encuentran detrás de estas desigualdades, para ello, se estructura en cuatro capítulos.

El capítulo uno se enfoca en el marco teórico, en él se realiza una revisión de algunas de las definiciones que se han ido dando a lo largo de la historia del concepto de salud. Posteriormente, se explican los determinantes de la salud a partir de los modelos propuestos por Solar e Irwin para la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el modelo Socioeconómico de Salud propuesto por Dahlgren y Whitehead. A continuación, y siguiendo la misma tendencia, se abordarán distintos tipos de desigualdades en el acceso a los servicios sanitarios, como son las que se originan en función del género, el estatus socioeconómico y el punto de vista geográfico.

En el capítulo dos se detallará el objetivo y la metodología que se utilizará para desarrollar el estudio.

Es en el tercer capítulo donde se plantean algunas cuestiones relativas a si condiciones como la nacionalidad de las personas incide en la utilización de los recursos sanitarios o si los ciudadanos que disponen de mayores rentas y un mayor nivel de educación hacen un mayor uso de la atención primaria o la secundaria. Además, basándonos en el enfoque de distribución del gasto sanitario en las diferentes comunidades autónomas, haremos un pequeño comentario sobre si su distribución (gasto sanitario) genera desigualdades territoriales.

Por último, en el capítulo cuarto ofrece unas pinceladas de ciertos indicadores de oferta sanitaria como son la oferta de hospitales, camas o médicos... así como la situación de las listas de espera, tanto para intervención quirúrgica como para la visita al médico

especialista, a nivel de las Comunidades Autónomas, con el fin de seguir ahondando en estas desigualdades territoriales.

El trabajo finaliza con las principales conclusiones derivadas de su elaboración, así como un par de medidas propuestas derivadas del estudio de las desigualdades con la finalidad de mejorar la utilización y acceso sanitario y las referencias bibliográficas.

CAPÍTULO 1

*DESIGUALDADES EN LA SALUD Y LA UTILIZACIÓN
DE SERVICIOS SANITARIOS. REVISIÓN DE
CONCEPTOS*

1. SALUD Y DESIGUALDADES EN SALUD. REVISIÓN DE CONCEPTOS

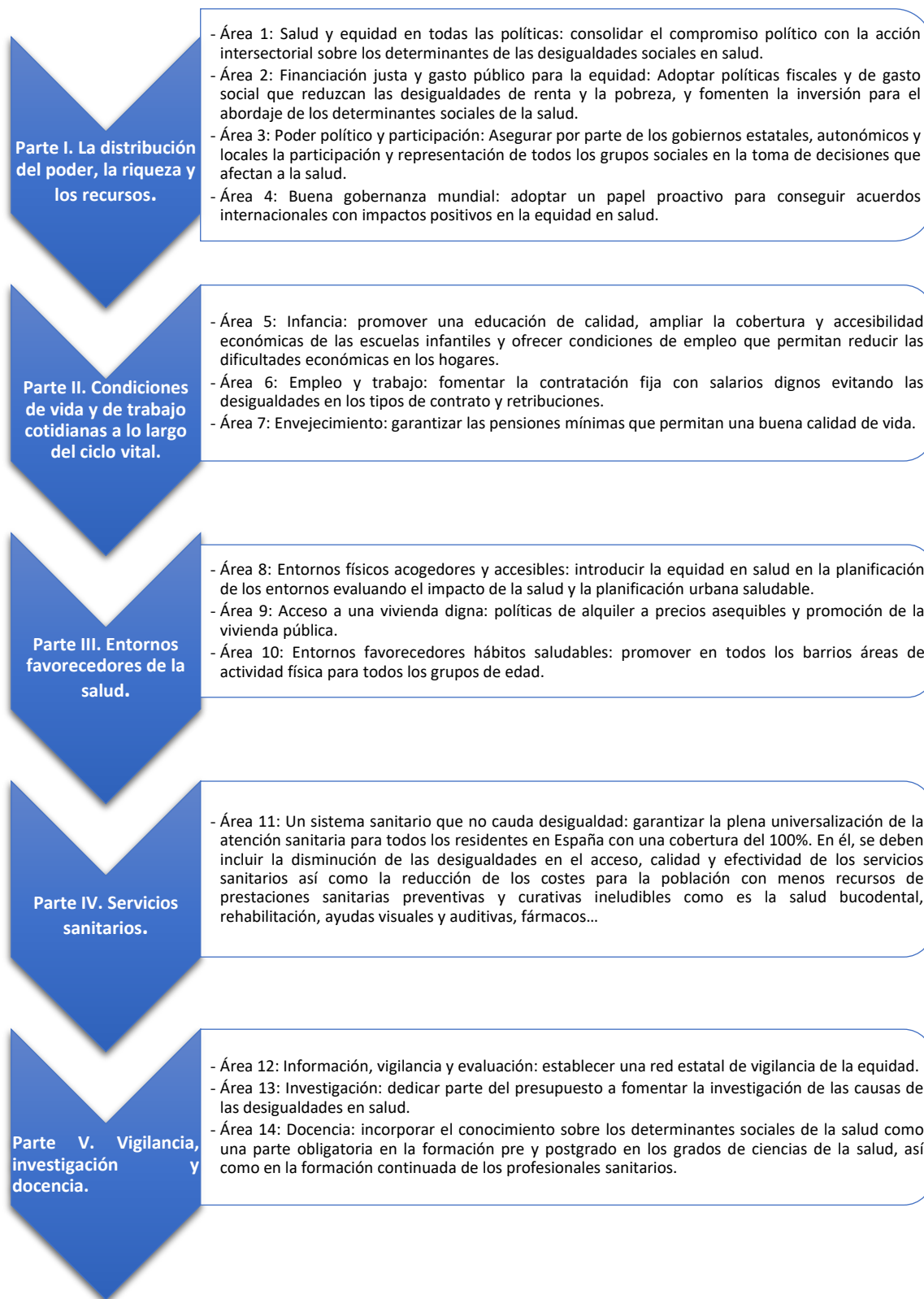
El concepto de salud ha evolucionado a lo largo de la historia. Hasta el siglo XX se entendía como la ausencia de cualquier enfermedad y es a partir de la Segunda Guerra Mundial cuando se transforma, adaptando un enfoque positivo, dinámico, multicausal y social, tal y como señalan Palomino et al. (2014). Este nuevo enfoque relaciona la salud con los factores que la determinan, es por ello que, en la constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS (1946)), además de declarar que la salud es un derecho humano fundamental, se define como “el estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

Tal y como indican, Villar (2011) y Lalonde (1973), el estado de salud de una persona además de depender de los factores biológicos, también se ve afectado por los estilos de vida, el medio ambiente y el sistema sanitario. Por lo tanto, la salud es consecuencia del estado de salud y de múltiples factores determinantes que interactúan entre sí a nivel del individuo.

Según la OMS (2008), las desigualdades en salud son aquellas diferencias innecesarias, evitables e injustas que provocan un estado de salud inferior entre los colectivos socialmente menos favorecidos. Estas desigualdades son el resultado de las distintas oportunidades y recursos a los que se enfrentan las diferentes personas en función de su clase social, género, edad, territorio o etnia.

Numerosos estudios científicos, como por ejemplo, Borrell & Artazcoz (2008), analizan estas desigualdades y señalan como posible medio para la reducción de estas la aplicación de políticas públicas sanitarias y sociales adecuadas. Por ello, en 2008, con el objetivo de elaborar una propuesta de intervención para aminorar las desigualdades en salud, se constituye, por solicitud de la Dirección General de Salud Pública y Sanidad Exterior del Ministerio de Sanidad y Política Social, la Comisión para reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. Posteriormente, en 2010 esta Comisión presentó el artículo denominado “*Avanzando hacia la equidad: Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España*” en el que se detallan un conjunto de recomendaciones para reducir este tipo de desigualdades. Estas recomendaciones se estructuran en cinco epígrafes o bloques y en cada uno de ellos se concretan en una o más áreas de acción. La información sobre estas partes y áreas se recogen en la siguiente figura.

Figura 1.1. Recomendaciones para reducir la desigualdad en salud.



Fuente: 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”.

La figura anterior pone de manifiesto que el abordaje de los problemas originados por las desigualdades en salud es multidisciplinar y se pueden hacer desde distintas áreas de acción. Para comprender en mayor profundidad estos problemas, a continuación y en primer lugar se revisan dos de los principales modelos teóricos que revisan los determinantes del concepto de salud y sus desigualdades (1.1), posteriormente se aborda el problema desde la perspectiva de género (1.2) y se dan unas pinceladas al acceso al sistema sanitario y la cuestión de la equidad (1.3). Finalmente se abordan las desigualdades en el acceso a los servicios sanitarios por estatus socio-económico (1.4) y desde un punto de vista geográfico (CCAA) (1.5).

1.1. Determinantes de las desigualdades en salud

A continuación, se van a comentar dos de los principales modelos que sintetizan las desigualdades en salud, el propuesto por Dahlgren & Whitehead (1991) y el planteado por Solar & Irwin (2010).

En el año 1991, Dahlgren y Whitehead, desarrollaron un modelo denominado “Rainbow Model” que explicaba los determinantes de la salud por capas de influencia. En la capa central o primera capa se muestra al ser humano con un componente genético y hereditario. La siguiente capa lo forman el estilo de vida y los comportamientos, tales como el consumo de alcohol, hábitos alimentarios o sedentarismo. La sociedad se refleja en la tercera capa, donde se pone de manifiesto la importancia de las redes sociales y comunitarias con el objetivo de proporcionar apoyo, y en cierta medida, cuidar al individuo. La comunidad se relaciona con las personas que forman parte de ella, teniendo en cuenta factores como la educación, vivienda, alimentación, acceso a los servicios básicos y de salud y las condiciones laborales. Para finalizar, en la capa superior se encuentran las sociedades socioeconómicas, culturales y medioambientales que se encuentran presentes en todas las comunidades y sociedades y que por lo tanto determinan los estilos de vida y condiciones de salud.

Figura 1.1.1. Modelo socioeconómico de salud



Fuente: Dahlgren y Whitehead

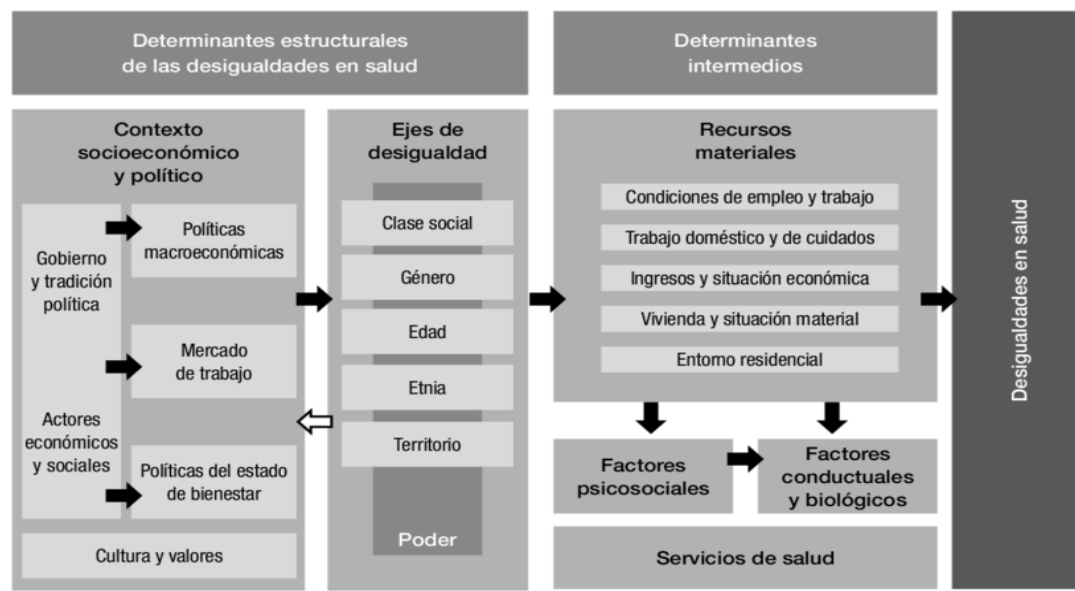
El segundo de los modelos al que nos vamos a referir es el Solar e Irwin del año 2010. Estos autores definen un modelo para la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS sobre las desigualdades en salud, en el que sus elementos principales son los factores estructurales y los factores intermedios:

Los **factores estructurales** vienen determinados por el contexto socioeconómico y político. En él se incluyen políticas macroeconómicas como las políticas fiscales, políticas de fuerza entre los agentes sociales que afectan al mercado de trabajo y políticas relacionadas con el Estado de Bienestar (educación, atención sanitaria y protección social) llevadas a cabo por el Gobierno y los agentes económicos y sociales, como son las grandes organizaciones que afectan a la estructura social y a la distribución de recursos y poder.

En materia de desigualdad en salud, se suelen establecer jerarquías de poder en la sociedad. Estas desigualdades crean problemas de acceso a estos recursos materiales y, a su vez, ocasionan desigualdades en el acceso al sistema sanitario. Los grupos más beneficiados en cuanto al acceso a los servicios sanitarios son por ejemplo, las clases sociales privilegiadas (Marmot, 2005), los hombres (Krieger, 2003), las personas de edad joven y adulta de raza blanca y las de áreas geográfica más ricas (Krieger, 2000).

Las desigualdades relacionadas con los **factores intermedios** están determinadas por la estructura social. Estos factores comprenden los recursos materiales como son las condiciones de empleo, los trabajos no remunerados, el nivel de ingresos y la calidad y área de la vivienda. Estos recursos materiales influyen en el sistema de salud provocando desigualdades, ya que un menor acceso a los servicios sanitarios y una menor calidad de los mismos repercuten en la salud y el bienestar de las personas.

Figura 1.1.2. Determinantes de las desigualdades sociales en salud.



Fuente: Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España, 2010. Basado en Solar e Irwin y Navarro.

En ambos casos, de nuevo se pone de manifiesto primero que las desiguales en salud son un concepto multidimensional y segundo que las desigualdades se ven interrelacionadas con las distintas esferas de la vida de las personas y de la sociedad.

1.2. Desigualdad de salud por género

Hasta mediados del siglo XX, en España, no se realizan estudios de las desigualdades de género en salud. En los últimos años, destacan diversas iniciativas como las desarrolladas por el Grupo de Género y Salud Pública, en el seno de la Sociedad Española de la Salud Pública y Administración Sanitaria (SEPAS), la Red Temática de Investigación de la Salud y Género (RISG) o la Sociedad Española de Epidemiología, en la que en su quinta monografía se realiza una investigación en género y salud.

Para el análisis de estas desigualdades se utilizan indicadores que miden los servicios sanitarios en relación a indicadores demográficos, de mortalidad, educación e indicadores de pobreza, hogar y familia y de salud sexual o reproductiva (García, 2010).

Aunque las diferencias biológicas entre hombres y mujeres representan una pequeña parte de los factores que influyen en las desigualdades de salud por género, para Artazcoz (2004), las diferencias genéticas, hormonales y metabólicas cumplen una gran función, es decir, las diferencias de género en el estado de salud están ligadas a características biológicas.

Según Sánchez – Recio et al. (2021) cuando se habla de desigualdad en salud por género no se refiere a las desigualdades biológicas que apuntaba el anterior autor, sino que se refiere a las diferentes oportunidades y recursos que tienen las personas en función al sexo. Es por ello, que la presencia de estereotipos de género (conjunto de ideas que explican el comportamiento tanto de hombres como de mujeres) hacen que se utilice de forma desigual la sanidad.

Debido a las experiencias biológicas como la menstruación, el nacimiento de los hijos y la menopausia, las mujeres se preocupan más por su salud ya que estas experiencias les hacen ser más conscientes de que si en algún momento tienen alguna dolencia deben hacer uso de la asistencia sanitaria. El comportamiento de los hombres es diferente, ellos tienen tendencia a dejar pasar los dolores o minimizarlos, lo que a la larga se convierten en enfermedades más graves (Academia Nacional de Medicina de México, 2014).

1.3. El acceso al sistema sanitario y la cuestión de la equidad

Según el Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social (2020), entre los países pertenecientes a la Unión Europea coexisten dos sistemas sanitarios diferentes: Servicio Nacional de Salud (modelo Beveridge) y Sistema de Seguros Sociales (modelo Bismark) en los que las principales diferencias residen en la financiación y actuación de los distintos servicios.

El modelo Beveridge se basa en la universalidad en el acceso, es decir, todos los residentes de un país tienen derecho de accesibilidad a los servicios sanitarios que se financian en su mayoría por tributos fiscales. Este modelo se basa en la solidaridad y en la redistribución de la riqueza ya que los impuestos se recaudan de forma progresiva mediante las rentas.

Por el contrario, el Sistema de Seguros Sociales o modelo Bismark asegura los riesgos financiándose mediante el pago de las cuotas obligatorias o impuestos por parte de los trabajadores y empresarios. Estos recursos financieros son gestionados por entidades no gubernamentales reguladas por ley que contratan hospitales y personal sanitario. El acceso a estos servicios se realiza mediante contratos basados en los presupuestos o por el pago tras la asistencia médica. Por lo tanto, la posibilidad de este seguro depende del estatus laboral, es decir, de si se participa en el mercado laboral.

En el caso de España, el Sistema Nacional de Salud se financia a través de los impuestos, es decir, a través de los Presupuestos Generales del Estado, en el que este último asume todo el control en la contratación de los servicios sanitarios. Es de acceso universal donde la atención de la medicina específica se basa en la derivación por la medicina general.

En España existe un Sistema Nacional de Salud desde 1986, momento en el que se promulga la Ley General de Sanidad Española, en la que se reconoce el derecho al acceso a las prestaciones del sistema sanitario a todos los ciudadanos. Sin embargo, no cubre a todos los ciudadanos, ya que aunque en los artículos 16 y posteriores, se establecen “las normas de utilización de los servicios sanitarios serán iguales para todos” aclara que existen ciudadanos con un acceso limitado a esos servicios sanitarios, que pueden acceder a ellos como pacientes privados, es decir, satisfaciendo el importe de la asistencia. Pertenecen a este colectivo las personas con ingresos superiores a 100.000€ anuales (art. 2.1. Real Decreto 1192/2012) y los beneficiarios de sistemas sanitarios como MUFACE (Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado), MUGEJU (Mutualidad General Judicial) o ISFAS (Instituto Social de las Fuerzas Armadas), estos últimos son derivados a sus respectivas mutualidades.

En 2002 se produjo una descentralización del sistema sanitario, en el cual cada Comunidad Autónoma posee la autoridad para planificar, gestionar y tomar decisiones a nivel regional con la finalidad de atender con mayor adecuación y rentabilidad social las necesidades de la población. De esta forma, el Estado tiene competencias exclusivas sobre la sanidad exterior: la coordinación general de la sanidad, legislación de los productos farmacéuticos y régimen económico de la Seguridad Social. Mientras que el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) está destinado a la coordinación para garantizar la igualdad de las prestaciones sanitarias para todos los ciudadanos de las diferentes CCAA (Ministerio de Sanidad, 2020).

Bajo la responsabilidad de las Comunidades Autónomas y la coordinación del Estado se concentran los servicios sanitarios que, con la promulgación de la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, orienta la superación de los desequilibrios territoriales y sociales. En ella se manifiesta la intención de *“corregir las desigualdades sanitarias y garantizar la igualdad de acceso a los Servicios Sanitarios Públicos en todo el territorio español”*.

Con el Real Decreto – ley 7/2018 se produce un cambio en el modelo de acceso a la asistencia sanitaria. Se produce una desconexión en el aseguramiento con cargo a los fondos públicos y se asocia a la residencia en España, es decir, el elemento fundamental para reconocer el acceso a la sanidad es la residencia habitual en el territorio español. Por lo tanto, con anterioridad a la ley, la cobertura sanitaria de las personas extranjeras sin residencia legal en España quedaba limitada a la asistencia en casos de enfermedad grave o accidente o a la asistencia durante el embarazo, parto y posparto. Con posterioridad a la entrada en vigor de este decreto se le reconoce el mismo derecho a la asistencia sanitaria que a las personas con nacionalidad española.

Por todo lo anterior, las leyes sanitarias citadas hacen referencia a un acceso al sistema sanitario equitativo, por ello, un aspecto fundamental es definir qué se entiende por acceso en un sistema sanitario público.

Para Le Grand (1982) el principio de acceso se basa en que los individuos se enfrentan a unos costes personales por asistencia sanitaria idénticos. Con costes personales alude a las circunstancias que hacen que la distancia a los centros médicos sea la misma entre todos los individuos. Una variación de este principio supondrá un mayor coste de desplazamiento y, como consecuencia, un mayor coste de oportunidad. Así mismo, se refieren a las desigualdades en el tiempo de espera para ser atendido y los precios que tienen que satisfacer algunos individuos por el servicio médico.

Mooney (1983) propone hasta siete definiciones de equidad entre los que destaca la necesidad de distinguir entre factores de oferta, aquellos que influyen en la equidad de acceso, y factores de demanda que son las circunstancias que afectan en la equidad de utilización. En cuanto a los factores de oferta, al igual que Le Grand (1982), establece una equidad horizontal en el acceso. Esta se consigue cuando los individuos con las mismas necesidades se enfrentan a la misma oferta y costes, ya sean de distancia, tiempo o monetarios. Bajo el enfoque de equidad de utilización, esta se logra cuando los individuos que tienen las mismas necesidades, consumen la misma cantidad de atención sanitaria. Según este criterio, habrá diferencias en la utilización motivadas por las preferencias de los individuos por el consumo de los servicios sanitarios y la percepción de los mismos de los beneficios.

Pero no solamente Mooney (1983) emplea la utilización como variable representativa de acceso. Birch et al. (1993) en el caso de Canadá identifican los factores que afectan en la cantidad de incidencia de enfermedades y unidades de servicios sanitarios. Los resultados muestran que, aunque la variabilidad en el uso de los servicios sanitarios es independiente de los ingresos, estos tienen un efecto positivo en su utilización, por lo

que se observa que la población que hace una mayor utilización de los servicios sanitarios corresponde con la población que tiene un nivel de ingresos superiores.

1.4. Desigualdades en el acceso a los servicios sanitarios por estatus socio-económico

En el ámbito nacional varios estudios, como los que se citan a continuación, evalúan la relación existente entre la distribución de los ingresos y utilización, tiempos de espera y accesibilidad del sistema sanitario.

González López – Valcárcel y Barber Pérez (2007) analizan la equidad en la utilización de la asistencia sanitaria en España haciendo referencia a las visitas al médico general y especialista. Para ello, se basan en la encuesta del Panel de Hogares de la Unión Europea (PHOGUE) que contiene indicadores tanto del estado de salud y utilización como variables socioeconómicas, como la renta. Los resultados muestran que la existencia de desigualdades está determinada por la elasticidad en las variables de la utilización de la asistencia sanitaria, tales como, estado de salud, género o nivel de estudios y el correspondiente índice de concentración respecto a la distribución de la renta. Las autoras obtienen que la probabilidad de contactar con un profesional de medicina general es independiente de la renta percibida. Sin embargo, en el caso de la medicina especializada, mientras que la necesidad es superior entre las rentas más bajas, las visitas son superiores en los hogares con rentas altas.

Para Urbanos (2016), la equidad en el acceso a los servicios sanitarios tiene que incorporar la igualdad en la utilización de una asistencia sanitaria efectiva y de calidad, así como una igualdad del derecho a la protección de la salud. Establece desigualdades bajo el criterio socioeconómico, geográfico, género y étnico agravadas por las decisiones tomadas, en el ámbito sanitario, tras la crisis económica. Algunas de estas medidas se basaban en recortes y cambios normativos que provocarían una menor accesibilidad y calidad en el sistema público y privado aumentando la brecha en desigualdad.

Además, esta autora propone algunos cambios entre los que destacan redefinir la cobertura del sistema sanitario ofreciendo la misma protección a los residentes en situación administrativa irregular que a los ciudadanos españoles. Plantea un copago escalado en función de los ingresos con la finalidad que la desigualdad en la distribución de la renta no repercuta en la desigualdad en el acceso a las prestaciones. Además, suscita la extinción del régimen especial para los funcionarios, eliminando así la posibilidad de elegir entre el proveedor público o privado y difundiendo información objetiva a los ciudadanos con la intención de ayudarles a elegir los tratamientos, centros y profesionales.

Asimismo, varios estudios sugieren que la utilización de la sanidad pública en cuanto a servicios de medicina general e ingresos hospitalarios es equitativa teniendo en cuenta los ingresos, mientras que la utilización de la medicina especializada es superior en los hogares con ingresos más elevados. Para Regidor et al. (2006), la equidad horizontal no se ha estimado correctamente puesto que no se ha distinguido entre la asistencia pública o privada, como hace referencia. Por ello, evalúan la relación entre los ingresos económicos y el uso de los servicios de salud. En sus estudios concluyen que existe una inequidad en las visitas a la medicina general y hospitalizaciones, que favorecen a los grupos socioeconómicos más bajos e igualdad en el uso en la medicina específica. Por lo tanto, contradice a los estudios realizados con anterioridad, resaltando la posibilidad de una mayor frecuencia en el uso de los servicios de salud privados por personas pertenecientes a una posición socioeconómica más favorable.

Otros autores como Costa Font (2001) y, posteriormente, Urbanos (2016), consideran que el acceso al servicio sanitario está definido por el coste de oportunidad en términos de tiempo de espera, para acceder a los servicios sanitarios públicos.

Ortega Molina et al. (2006) valoran la asociación existente entre los ingresos de los hogares y la utilización del sistema sanitario, estimando si el tiempo de espera para acceder a estos servicios varía con las características citadas. Para su estudio se basan en la Encuesta Nacional de Salud estableciendo ratios ajustados por sexo y edad. El estudio concluye con que la existencia de un comportamiento diferente en la utilización de la asistencia sanitaria dependiendo de los ingresos económicos del hogar, siendo el tiempo de espera superior para las personas con menores ingresos económicos.

De Mateo et al. (2000) evalúan si existe igualdad en el acceso y la utilización de los servicios sanitarios desde un punto de vista socioeconómico. Los resultados obtenidos indican que, aunque no han encontrado diferencias en la frecuencia de utilizar la consulta al médico y la hospitalización entre los distintos niveles socioeconómicos, se reflejan la persistencia de barreras que limitan la accesibilidad y la utilización equitativas de los servicios sanitarios en España.

1.5. Desigualdades en el acceso a los servicios sanitarios desde un punto de vista geográfico (CCAA)

La probabilidad de ser atendido por la sanidad en España depende del lugar de residencia del individuo. Por ejemplo, el estudio que realizan Ruiz y Montalvo (2019) empleando Sistemas de Información Geográfica, desvela la existencia de una desigualdad territorial al acceso a los hospitales españoles.

La distancia a los puntos de atención sanitaria, a medida que la oferta de los centros y personal se ha extendido por el territorio nacional, se ha ido reduciendo progresivamente (Urbanos (2016)). Adicionalmente, un acceso equitativo no se sustenta a través de los incrementos en la oferta, sino que dependen del reparto de los fondos públicos a las comunidades autónomas, articulación de mecanismos de financiación y el control de calidad y cantidad de la asistencia prestada.

Cantero (2008) estudia la desigualdad existente en las CCAA en relación al gasto y financiación, a través de diversas variables relacionadas con la oferta de servicios sanitarios como es el acceso y los indicadores de salud. Concluye que la explicación de las diferencias es la falta de corresponsabilidad fiscal de los sistemas de financiación sanitaria.

Además, el modelo de financiación está puesto en duda ya que el nivel de prestaciones asistenciales sanitarias actuales son deficitarias e insostenibles a medio plazo. Esto viene dado porque los pacientes cada vez exigen más prestaciones, ya que para garantizar la calidad en la asistencia es necesario contar con los avances médicos y la tecnología más puntera y basándonos en la pirámide poblacional, en España contamos con una población de ancianos muy longevos con una buena calidad de vida que requieren de un tratamiento y seguimiento más exhaustivo de los profesionales sanitarios.

Pero independientemente de las desigualdades que hemos tratado en los puntos anteriores, como son las características de género y socio-económicas, también existen diferencias geográficas en la salud relacionadas con los recursos sociales, económicos y sanitarios disponibles en cada región. Estas desigualdades pueden medirse por ejemplo por indicadores de oferta como la ratio de camas o la proporción de médicos por habitante (Díaz (2015)), tal y como veremos en el capítulo 4.

Para subsanar estas diferencias Colino et al. (2020) proponen aumentar la redistribución de los ingresos mediante impuestos y transferencias a través de la cooperación y coordinación de todas las Comunidades Autónomas.

Por lo tanto, según la revisión de literatura realizada, existen desigualdades en el acceso a los servicios sanitarios desde el punto de vista geográfico. Estas desigualdades se explican, en gran medida, por la diferente distribución del gasto y financiación entre las distintas CCAA.

CAPÍTULO 2

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

2. OBJETIVO Y METODOLOGÍA

2.1. Objetivo

El principal objetivo propuesto es analizar y estudiar las principales desigualdades en la población adulta residente en España en las diferentes Comunidades Autónomas de España.

Con ello se pretende dar respuesta a cuestiones como ¿son los inmigrantes la población que tiene más dificultades para acceder al sistema sanitario? ¿el nivel educativo es esencial en la explicación de las desigualdades en el acceso y uso del sistema sanitario el sistema sanitario? ¿y la renta? ¿Hay diferencias en el gasto sanitario por Comunidades Autónomas? ¿Hay diferencia en la oferta y accesibilidad a los servicios sanitarios por CCAA?

2.2. Metodología

Este estudio adoptará un enfoque descriptivo con el fin de dar respuesta a las preguntas anteriores sobre la utilización y acceso a la asistencia sanitaria a partir de los datos proporcionados en primer lugar por la Encuesta Nacional de Salud Española de 2017 y de forma secundaria por ciertos indicadores ofrecidos por el Instituto Nacional de Estadística (INE).

La Encuesta Nacional de Salud fue realizada en 23.860 hogares entre octubre de 2016 y octubre 2017 en todo el territorio español y tiene como objetivo facilitar información sobre el estado de salud, tanto psíquico como físico de toda la población española. Los datos recogidos se disponen en tres cuestionarios: cuestionario de hogar, cuestionario de adultos y cuestionario de menores. En estos dos últimos, además de mostrar las características sociodemográficas de los individuos seleccionados, se diferencia entre los siguientes bloques: estado de salud, determinantes de la salud y asistencia sanitaria. En cambio, las características incluidas en el cuestionario del hogar son las particularidades de la vivienda y el entorno y las sociodemográficas de todos los miembros del hogar.

El tamaño muestral se basa en 23.089 adultos (población de 15 años en adelante). Para el presente estudio se decide realizar el análisis del estado de salud únicamente a las personas adultas, es decir, aquella población de 15 o más años. Con este fin, se fusionan los datos existentes del cuestionario de adultos con el de hogares. A continuación, se muestran la distribución de la muestra por grupos de edad y sexo.

Tabla 2.2.1. Distribución de la muestra por grupos de edad y sexo

GRUPOS DE EDAD	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
JUVENTUD	4,30%	4,29%	8,59%
ADULTO	29,90%	32,54%	62,44%
PERSONA MAYOR	11,07%	16,49%	27,57%
(en blanco)	0,62%	0,79%	1,40%
TOTAL	45,89%	54,11%	100,00%

Fuente: Elaboración propia. ENSE (2017)

Los grupos de edad expuestos en la tabla anterior se dividen en juventud (de 16 a 26 años), adultos (de 27 a 65 años) y personas mayores (más de 66 años). La distribución por edades en cuanto a sexo es muy similar siendo el total de hombres un 45,89% y mientras la frecuencia de las mujeres es de un 54,11%.

Tal y como se ha comentado previamente, también se utilizarán una serie de indicadores facilitados por el Instituto Nacional de Estadística. Este es un organismo público que se encarga de la coordinación general de los servicios estadísticos, así como el control, vigilancia y supervisión de los procedimientos técnicos.

En primer lugar, y basándonos de los determinantes que, según Urbanos (2016), inciden en una desigual utilización de la asistencia sanitaria se analizan las desigualdades de utilización desde el punto de vista de la demanda por nacionalidad, nivel socioeconómico y desde una perspectiva espacial, por CCAA.

Posteriormente estudiaremos las desigualdades en la oferta sanitaria con un enfoque espacial, desde la perspectiva de las CCAA.

CAPÍTULO 3

*ANÁLISIS EMPÍRICO DE LAS DESIGUALDADES EN
EL ACCESO Y USO DEL SISTEMA SANITARIO*

3. DESIGUALDADES EN LA UTILIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA

3.1. Desigualdades según factores socio-económicos: Nacionalidad, Renta y Educación

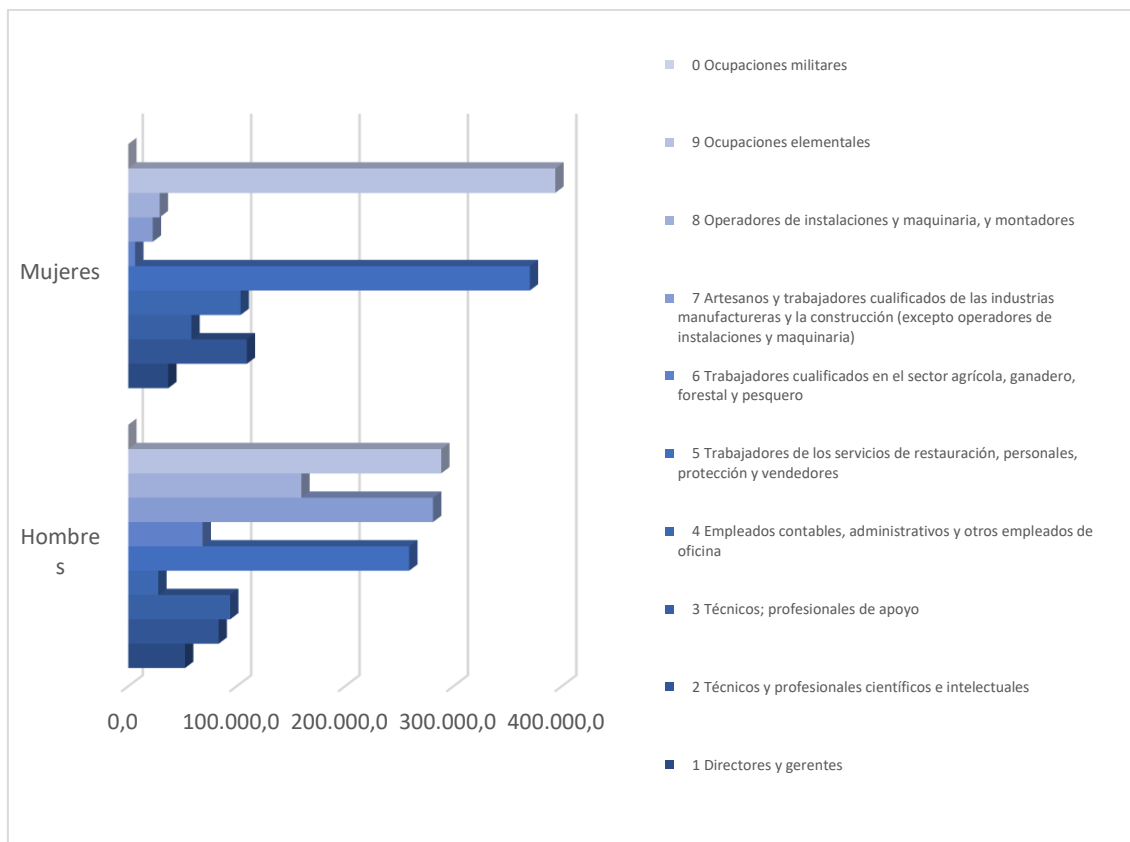
La población en España se ha visto incrementada en las últimas décadas como consecuencia de la llegada masiva de extranjeros. Actualmente representan casi el 10% de la población española, siendo las comunidades autónomas donde se concentra un mayor porcentaje de extranjeros respecto a los nacidos en España, en torno al 15% Islas Baleares, Comunidad de Madrid y Cataluña. Por el contrario, las comunidades autónomas en las que la población extranjera representa menos del 4,5% de la población, son Extremadura, Castilla y León y Galicia.

Esta población se caracteriza por ser joven, tener un nivel de estudios altos y desempeñar en España trabajos precarios (García (2010)). Esto es consecuencia de que los fenómenos inmigratorios en España están originados por la necesidad de buscar trabajo y, con ello, de aumentar el nivel de vida.

Con el objetivo de analizar y mejorar las condiciones laborables y sanitarias de los inmigrantes, en 2006, se crea el proyecto “Inmigración, Trabajo y Salud” conocido con el acrónimo de ITSAL. En él se expone que este colectivo presenta una mayor vulnerabilidad que la población autóctona, ya que se encuentran en situaciones de irregularidad, no conocen sus derechos y tienen miedo de ser despedidos. Además, resultados específicos señalan que los trabajadores extranjeros cuentan con una mayor propensión a sufrir lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo, y que las trabajadoras inmigrantes se dedican al servicio doméstico, colectivo que se encuentra entre los más vulnerables.

En el gráfico que se recoge a continuación se representa la población según la clase social ocupacional de las personas que han nacido en el extranjero por sexo. En él una mayor intensidad en el color indica una clase ocupacional más elevada.

Gráfico 3.1.1. Población según la clase social ocupacional de las personas nacidas en el extranjero (Tercer trimestre 2021)



Fuente: Elaboración propia. ENSE (2017)

En el gráfico anterior, podemos observar como la situación laboral de las mujeres es más precaria, puesto que ocupan trabajos menos cualificados que los hombres. Sin embargo, en los trabajos más cualificados si parece que hay una mayor igualdad, de ahí la importancia de la educación en la reducción de las desigualdades de género.

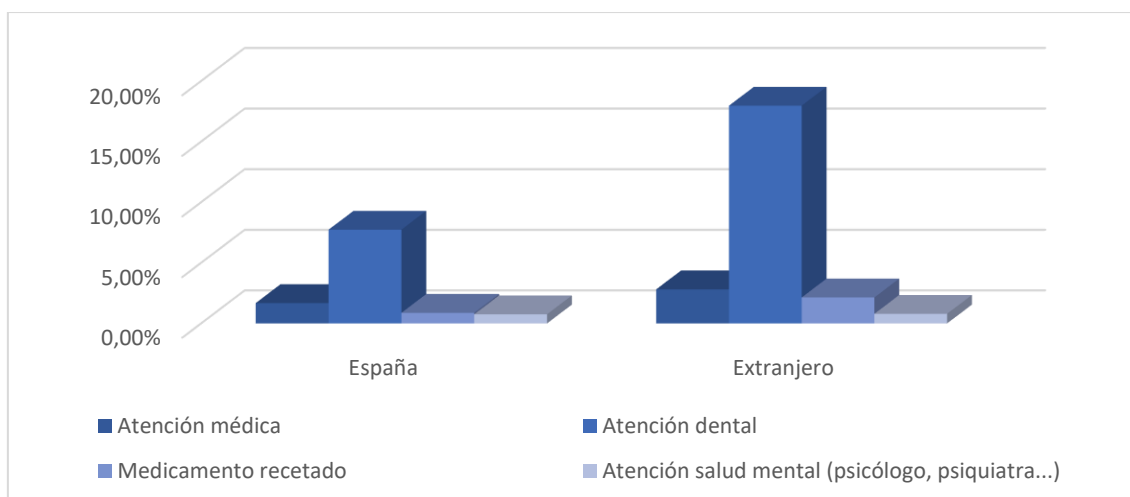
Molpeceres (2011) matiza que el mercado laboral muestra una estratificación laboral en función al género, origen y estatus migratorio en los países receptores de migración como es España. Las mujeres extranjeras desarrollan trabajos en los nichos laborales menos deseables en cuanto a remuneración, condiciones laborales, protecciones legales y reconocimiento social. De esta forma no solo se trata de que las mujeres sean las que realizan trabajos en función a los roles, sino que los desempeñan mujeres de determinada raza, clase, origen étnico y nacionalidad (Pérez et al. (2008)).

Numerosos estudios realizados por autores como Urbanos (2016) indican una desigual tendencia en el acceso a los distintos niveles de atención sanitaria entre la población inmigrante y autóctona ante una misma necesidad. Mientras que en el caso de la atención primaria no se destacan diferencias en la utilización, lo que podría indicar equidad en el acceso a los servicios del Sistema Nacional de Salud español con respecto a la nacionalidad. Sin embargo, las diferencias son destacables en el caso de la atención especializadas, en gran parte ocasionadas por las barreras en el acceso de tipo socioeconómico. De esta forma el comportamiento de la población inmigrante se

caracteriza por una menor utilización de la atención especializada y una mayor utilización de las urgencias (Llops – Gironés et al. (2014)).

A continuación, se recoge un gráfico con los problemas de accesibilidad a los distintos tipos de atención sanitaria según la nacionalidad.

Gráfico 3.1.2. Inaccesibilidad a los distintos tipos de atención sanitaria por motivos económicos según la nacionalidad de la población con mas de 15 años



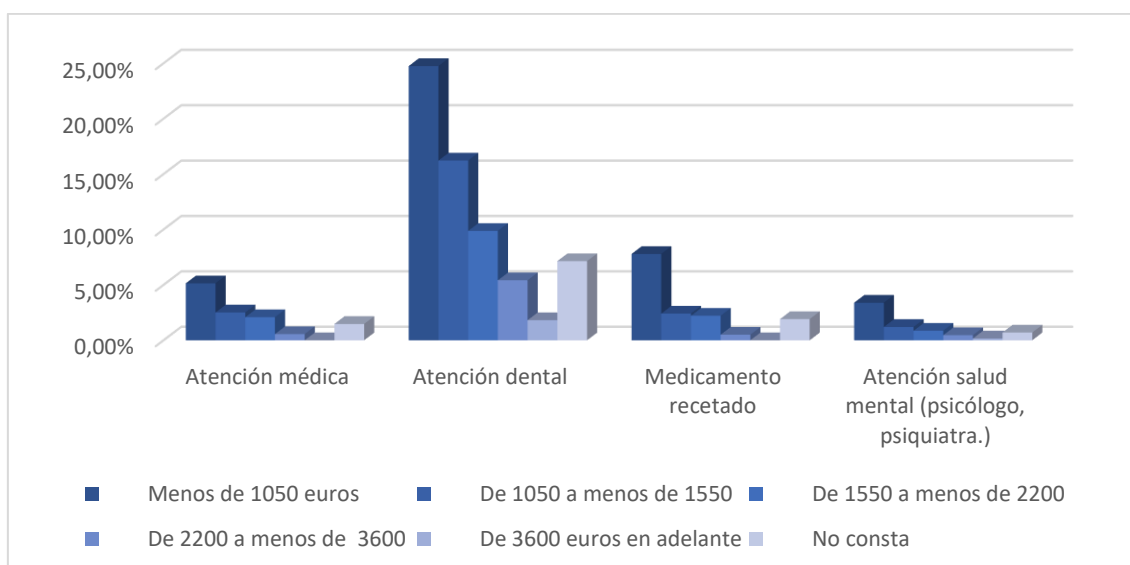
Fuente: Elaboración propia. ENSE (2017) (www.ine.es)

En el gráfico anterior se observa como la atención dental es la atención menos accesible por la población residente en España. Como cabría esperar tras anticipar que el comportamiento de la población con nacionalidad extranjera es una menor utilización de la sanidad especializada, esta supera en 10 puntos porcentuales a la inaccesibilidad a la población con nacionalidad española.

Abordando ahora el impacto de la renta en las desigualdades en salud y acceso a los servicios sanitarios, la propensión del individuo a la utilización de la asistencia sanitaria esta determina por la educación y la renta (Clavero et al., 2008). Los individuos que tienen una menor renta cuentan con una mayor probabilidad de utilizar la atención primaria que los individuos con un mayor poder adquisitivo. En cuanto a la utilización de la atención secundaria es más frecuente que se beneficien los individuos que tienen un elevado nivel económico.

En el gráfico que se presenta a continuación se plantea la inaccesibilidad a los distintos tipos de asistencia sanitaria durante los últimos 12 meses por intervalos salariales.

Gráfico 3.1.3. Inaccesibilidad a distintos tipos de asistencia sanitaria por ingresos mensuales en los últimos 12 meses.



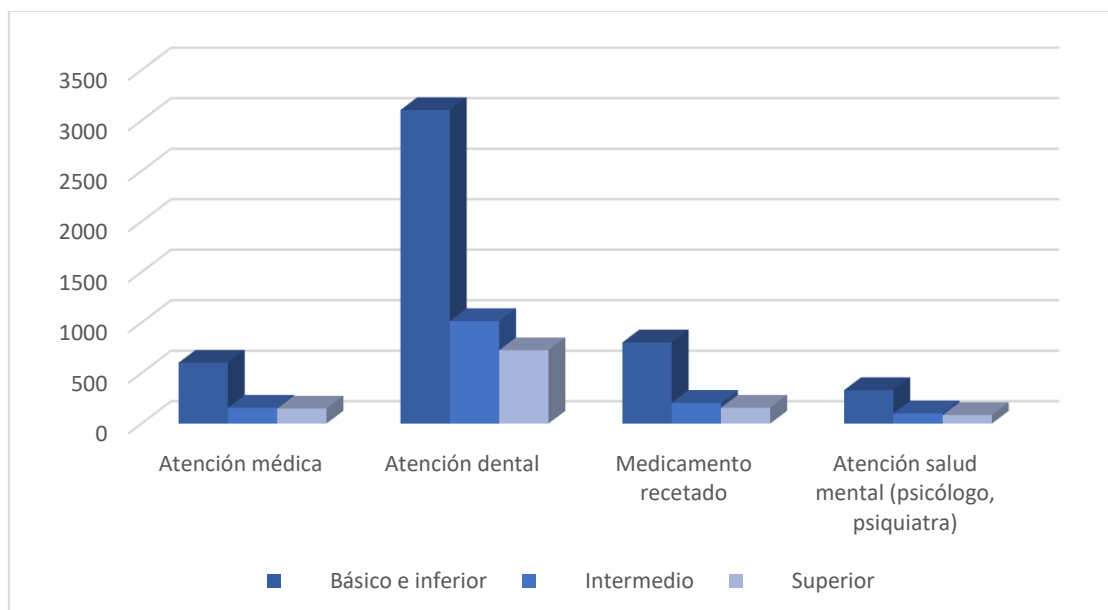
Fuente: Elaboración propia. ENSE (2017)

En todos los tipos de asistencia sanitaria, la mayor inaccesibilidad la presentan las rentas más bajas, esto son, las personas que tienen un ingreso inferior a 1050 euros al mes. Además, cabe destacar que la inaccesibilidad tiene un comportamiento inversamente proporcional a la renta, es decir, a mayor renta menos inaccesibilidad y viceversa.

En cuanto a la contribución de la educación a la utilización de la atención primaria tiene un comportamiento indirecto, ya que en los individuos con un nivel de estudios menor suelen tener unos ingresos mensuales inferiores. Por lo tanto, la probabilidad que la última asistencia sanitaria a la que haya accedido un individuo con pocos estudios haya sido a la atención primaria es superior a la que presentaría si el nivel de estudios fuese elevado.

A continuación, se presenta gráficamente la inaccesibilidad a la asistencia sanitaria por nivel de estudios en los últimos 12 meses. Los niveles de estudios se han agrupado en básico e inferior, intermedio y superior. Los estudios universitarios y de postgrado como masters pertenecen al nivel de estudios superior, los secundarios a los medios y por último los primarios y sin estudios al nivel básico e inferior.

Gráfico 3.1.4. Inaccesibilidad a distintos tipos de asistencia sanitaria por nivel de estudios en los últimos 12 meses. Expresado en miles de personas.



Fuente: Elaboración propia. ENSE (2017)

A mayor nivel de estudios se observa menos problemas de accesibilidad en todas las asistencias sanitarias, con lo cual se observa un patrón similar al de la renta.

Por lo tanto, existen desigualdades en la asistencia sanitaria en cuanto a la nacionalidad, renta y educación. Los problemas de accesibilidad los presentan los grupos más vulnerables, estos son, las personas de nacionalidad extranjera que tienen una renta y un nivel de estudios más bajo.

3.2. Desigualdades desde un enfoque espacial. Análisis por CCAA

Es sabido la existencia de las diferencias significativas en la utilización y acceso a la asistencia sanitaria. Por ejemplo, autores como Borrell & Artazcoz (2009) indican que las diferencias se deben a los factores de oferta disponible y no a las características intrínsecas de los pacientes como puede ser el estado de salud de los mismos. Estos factores de oferta disponible no se distribuyen de forma uniforme por el territorio español, sino que depende de la financiación que otorga el estado a las diferentes comunidades autónomas.

La financiación sanitaria en España sigue un régimen fiscal común, excepto País Vasco y Navarra que, por razones históricas y geográficas, se rigen por el régimen foral. Este régimen fiscal común se financia por impuestos a través del sistema autonómico de financiación regido por la ley 22/2009 que incrementa la capacidad tributaria de CC.AA. y su autonomía que estableció la ley predecesora 21/2001. A este nuevo sistema de financiación se le ha vinculado con ciertas ganancias en equidad y suficiencia en el modelo de asignación de fondos a las regiones, sin embargo se prevén desigualdades interregionales significativas en la oferta, acceso y utilización de los servicios sanitarios (Urbanos (2004)).

Por otro lado, el gasto, sobre todo en términos per cápita, puede ser un buen indicador de la inversión y dotación de infraestructuras por CCAA, por ello se va abordar una breve descripción en el ámbito espacial de las Comunidades Autónomas diferenciando entre la clasificación funcional y económica del gasto.

La clasificación funcional del gasto se basa en la Clasificación de las Funciones de las Administraciones Públicas, se trata de una metodología publicada por las Naciones Unidas que clasifica el gasto conforme a la finalidad que persiguen los fondos. La estructura de las divisiones es la siguiente:

1. Servicios públicos generales
2. Defensa
3. Orden público y seguridad
4. Asuntos económicos
5. Protección del medio ambiente
6. Vivienda y servicios comunitarios
7. Salud
8. Ocio, cultura y religión
9. Educación
10. Protección social

En cambio, la clasificación económica del gasto se ordena según su naturaleza económica, mientras que, a su vez, se distinguen los créditos destinados a operaciones corrientes, los destinados a operaciones de capital y los créditos destinados a operaciones de carácter financiero haciendo referencia a la atención especializada, primaria farmacia y otros

Empecemos revisando las cifras globales de dicho gasto y su comparación con la UE. Para luego abordar las clasificaciones del gasto previamente citadas.

3.2.1. Desigualdades territoriales en el gasto sanitario por CCAA

La evolución del gasto sanitario público (millones de euros corrientes) en España ha ido incrementando conforme lo ha hecho el PIB.

En el periodo 2016-2019, el gasto sanitario consolidado del sector Comunidades Autónomas pasa de 66.682,76 millones de euros a 75.025,06, con un ritmo de crecimiento medio anual del 4,01%. Es decir, en tres años se ha incrementado en 8.342,3 millones de euros, tal y como se refleja en la tabla nº 3.2.1.1.

En la siguiente tabla se recoge el PIB, el gasto público en sanidad, así como el porcentaje que representa sobre el PIB y la variación interanual hasta el 2019, último año disponible a fecha de realización de este trabajo.

Tabla 3.2.1.1.: Evolución del gasto sanitario público (millones de euros corrientes) en España.

	2016	2017	2018	2019
PIB	1.113.840	1.161.867	1.203.259	1.244.375
GASTO PÚBLICO EN SANIDAD	66.682,76	68.590,29	71.113,95	75.025,06
% S/PIB	5,99%	5,90%	5,91%	6,03%
%VARIACION INTERANUAL		2,86%	3,68%	5,50%

* Datos expresados en millones de euros

Fuente: Elaboración propia. Intervención General de la Administración del Estado (IGAE) 2019.

En relación al PIB, el gasto sanitario público que se lleva a cabo por todas las administraciones públicas españolas, era en 2019 un 6,03% frente al 5,99% del 2016, el 5,90% de 2017 y el 5,91 del 2018 creciendo así doce centésimas respecto al año anterior. Además, el crecimiento interanual de 2019 ha sido de un 5,50% respecto al año anterior, repuntando así por encima del crecimiento del PIB nominal. Estos valores ponen de manifiesto su importancia en relación con otras políticas públicas.

Si comparamos estos valores con el resto de países miembros de la Unión Europea, las cifras destinadas al gasto sanitario público sobre el PIB, en el caso de España, son ligeramente superior a la media de los países de la Unión Europea, tal y como se observa en la siguiente tabla.

Tabla 3.2.1.2. Gasto sanitario público: millones de euros, porcentaje sobre el PIB y euros por habitante según los países de Unión Europea (UE-28) en 2019

	MILLONES DE EUROS	% PIB	EUROS POR HABITANTE
ESPAÑA	77.404,00	6,4	1.656,00
UE	45.457,83	6,12	1.972,07

Fuente: Elaboración propia. EUROSTAT

En cuanto al análisis del gasto sanitario público por CCAA, cabe destacar que un 7% no se encuentra territorializado en esta estadística presentada por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social, esto se deben a los gastos en administración central, sistema de seguridad social y mutualidades de funcionarios.

Pasando por alto lo anterior y de acuerdo con los datos del 2019, tal y como podemos ver en la tabla 3.3.1.3. un 44,7% del gasto sanitario se concentra en tres CCAA: Cataluña, Andalucía y Comunidad de Madrid, con 11.532, 10.658 y 8.962 millones de euros respectivamente. En contraposición las comunidades que tienen un gasto más bajo en valores absolutos son La Rioja, Cantabria y la Comunidad Foral de Navarra.

En cuanto al gasto en euros por habitante, las comunidades que destinan un mayor gasto son País Vasco (1.873 euros por habitante), el Principado de Asturias (1.763 euros por habitante) y la Comunidad Forestal de Navarra (1.694 euros por habitante). Por el

contrario, las comunidades que destinan un menor gasto por habitante son Andalucía (1.292 euros por habitante), la Comunidad de Madrid (1.340 euros por habitante) y las Illes Balears (1.475 euros por habitante).

Tabla 3.2.1.3.: Gasto sanitario público consolidado según comunidad autónoma.

	GASTO (MILLONES DE EUROS)	% PIB	EUROS POR HABITANTE
Andalucía	10.658	6,40%	1.262
Aragón	2.221	5,80%	1.677
Asturias	1.798	7,60%	1.763
Islas Baleares	1.767	5,20%	1.475
Islas Canarias	3.280	7,00%	1.477
Cantabria	943	6,60%	1.621
Castilla y León	3.991	6,70%	1.661
Castilla -La Mancha	3.061	7,10%	1.501
Cataluña	11.532	4,90%	1.515
Comunidad Valenciana	7.386	6,40%	1.477
Extremadura	1.798	8,60%	1.682
Galicia	4.231	6,60%	1.568
Madrid	8.962	3,70%	1.340
Murcia	2.449	7,60%	1.638
Navarra	1.106	5,30%	1.694
País Vasco	4.087	5,50%	1.873
La Rioja	483	5,40%	1.535
ESPAÑA	69.744	5,60%	1.486

Fuente: Ministerio de Salud, Consumo y Bienestar social (2019)

La importancia que tiene el gasto sanitario en cada una de las economías regionales se mide a través del porcentaje que representa sobre el PIB. Extremadura, era con un 8,6% la comunidad que presenta en el año 2019 el porcentaje más elevado. El caso extremo se produce en la Comunidad de Madrid con un 4,9% sobre el PIB. Es por ello que, para conocer si las CCAA han aumentado o disminuido con respecto al año anterior (en este caso, 2018) se calcula la variación interanual. Las comunidades que más aumentaron su gasto fueron las Illes Balears (8,3%) y País Vasco (7,3%), por el contrario, las comunidades que menos aumentaron el gasto fueron Extremadura (3%), la Comunidad Foral de Navarra (3,6%) y la Rioja (4,5%).

Las diferencias en el gasto entre las diferentes comunidades autónomas, no necesariamente reflejan la existencia de una inequidad en el sistema sanitario español ya que el gasto se ve afectado por otros factores que lo determinan, como la demografía y los precios sanitarios (Cantero (2008)).

A continuación, para comprender estas desigualdades veamos la evolución de la población por CCAA.

La población española ha aumentado, con respecto al 2018, un 0,64%. Las Islas Baleares es la comunidad que más ha incrementado su población (1,79%), consecuencia de ello, como se exponía anteriormente, es una de las comunidades que más ha aumentado su gasto sanitario sobre el PIB. En cambio, el Principado de Asturias, a pesar de tener un crecimiento interanual del PIB del 4,7%, es una de las comunidades que más ha disminuido su población (-0,53%).

Al margen de los efectos derivados de los aumentos de población, debemos tener en cuenta que el envejecimiento de la población, ya que este aumenta el gasto en sanidad.

Revisemos a continuación los índices de envejecimiento de la población por CCAA (Tabla 3.2.1.4.) según los datos del INE. Este índice se define como *“el porcentaje que representa la población mayor de 64 años sobre la población menor de 16 años”*. El envejecimiento humano es *“un proceso propio, progresivo, dinámico e irreversible que involucra la disminución de las capacidades de los diferentes órganos y sistemas para responder a cambios en el medio ambiente o en el medio interno”* (La Nación, (2018)) siendo desde un punto de vista biológico según la OMS (OMS (1996)) *“la consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, un aumento del riesgo de enfermedad y finalmente la muerte”*.

Tabla 3.2.1.4.: Índice de envejecimiento de la población por CCAA

Comunidad Autónoma	2021
Andalucía	107,87
Aragón	147,81
Principado de Asturias	231,05
Islas Baleares	105,68
Canarias	126,18
Cantabria	165,46
Castilla y León	204,39
Castilla - La Mancha	120,24
Cataluña	120,14
Comunidad Valenciana	129,14
Extremadura	147,48
Galicia	207,31
Comunidad de Madrid	113,49
Región de Murcia	90,4
Comunidad Foral de Navarra	124,32
País Vasco	158,5
La Rioja	141,32
Ceuta	61,72
Melilla	46,27
ESPAÑA	129,2

Fuente: Elaboración propia. INE (2021)

La comunidad autónoma que presenta un mayor índice de envejecimiento es el Principado de Asturias (231,05) seguida de Castilla y León (204,39) y Galicia (207,31). Como analizamos con anterioridad, Asturias es una de las comunidades autónomas que destinan un mayor gasto a la sanidad, en cambio Castilla y León y Galicia, no ocupan las primeras posiciones en el ranking de las comunidades autónomas presentan el gasto mas elevado en sanidad.

Por lo tanto, las desigualdades en el gasto por comunidades deberían corregirse en función de su estructura poblacional.

Con el objetivo de comprender la estructura del gasto de las distintas CCAA vamos a desgranar el mismo en distintas partidas, según los dos tipos de clasificación vistas anteriormente.

3.2.1.1. Desigualdades según clasificación económica del gasto

Con la finalidad de abordar la clasificación económica del gasto, a continuación, se presenta la tabla 3.2.1.1.1. que recoge la remuneración del personal sanitario como parte del gasto público sanitario por comunidades autónomas.

Tabla 3.2.1.1.1.: Gasto sanitario público en remuneración de personal por comunidades autónomas y porcentaje sobre el total del gasto sanitario 2019.

	MILLONES DE EUROS	%TOTAL GASTO PÚBLICO SANITARIO
Andalucía	5.239	49,20%
Aragón	1.176	52,90%
Asturias	857	47,70%
Islas Baleares	848	48,00%
Islas Canarias	1.647	50,20%
Cantabria	464	49,20%
Castilla y León	1.994	50,00%
Castilla -La Mancha	1.556	50,80%
Cataluña	4.226	36,60%
Comunidad Valenciana	2.938	39,80%
Extremadura	911	50,90%
Galicia	1.918	45,30%
Madrid	3.947	44,00%
Murcia	1.202	49,10%
Navarra	572	51,80%
País Vasco	2.224	54,40%
La Rioja	237	49,20%
ESPAÑA	31.956	45,80%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Ministerio de Salud, Consumo y Bienestar Social.

Entre ellas destacan los gastos del personal, en esta partida se registran diferencias significativas entre CCAA. En la partida de gastos de personal se incluyen los sueldos, salarios y retribuciones como las contribuciones a la seguridad social. En el año 2019, el gasto en retribución por asalariados alcanzó un total de 31.958 millones de euros, representando así, el 45,8% del gasto consolidado del sector, y experimentó un incremento de un 7,5 por ciento respecto al año anterior motivado por el Real Decreto – ley 24/2018 por el que se aprueban medidas urgentes en materia de retribuciones en el ámbito del sector público.

En términos relativos respecto al gasto sanitario público, la comunidad que más gasto público destina a la remuneración del personal es País Vasco (54,4%) y la que menos Cataluña (36,6%).

La siguiente partida en importancia por su magnitud son los consumos intermedios. El Sistema Europeo de Cuentas (SEC 2010) los define como los bienes y servicios consumidos en un proceso productivo. La comunidad autónoma que más gasto sanitario en porcentaje sobre el gasto total a estos consumos intermedios es la Comunidad Valenciana representando el 34,5% mientras que la comunidad que ha realizado un gasto minoritario ha sido Islas Canarias (19.2%).

En la partida de conciertos se enmarcan todas las prestaciones análogas al servicio público que la administración realice con personas físicas o jurídicas. Estos conciertos están al amparo del artículo 90 de la Ley 14/1986 la cual establece que la Administración puede establecer conciertos para la prestación de servicios sanitarios con medios ajenos consecuencia de la insuficiencia de medios y recursos propios del sistema sanitario, con el fin de hacer frente a la demanda de la población. Por último, la partida de otros recoge las transferencias corrientes que son transacciones en las cuales una parte entrega recursos sin recibir ningún valor económico a cambio y el gasto en capital. A continuación, en la Tabla 3.2.1.1.2. se muestra el porcentaje que representa sobre el gasto sanitario público cada una de las partidas mencionadas.

Tabla 3.2.1.1.2: Porcentaje de gasto sanitario público en consumos intermedios, conciertos y otros por comunidades autónomas 2019.

	CONSUMOS INTERMEDIOS	CONCIERTOS	OTROS
Andalucía	25,6	4,2	21,2
Aragón	24,8	4,5	17,8
Asturias	29,3	5,8	17,3
Islas Baleares	26,2	10,1	15,7
Islas Canarias	22	8,6	19,2
Cantabria	28,1	3,4	19,2
Castilla y León	27,1	3,2	19,8
Castilla-La Mancha	23,7	4,9	20,6
Cataluña	22,3	23,9	17,1
Comunidad Valenciana	34,5	4	21,7
Extremadura	23,9	4	21,2
Galicia	27,9	5,1	21,7
Madrid	28,7	10,3	17
Murcia	25,3	6,1	19,5
Navarra	24,7	6,8	16,7
País Vasco	23,7	5,4	16,4
La Rioja	25,6	7,5	17,8
ESPAÑA	26,3	8,8	19,1

Fuente: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social.

Las Comunidades Autónomas que más gasto en conciertos destinan son Cataluña (23,9%), Madrid (10,3%) e Islas Baleares (10,1%) mientras que las que menos gasto destina a esta partida es Castilla y León (3,2%), Cantabria (3,4%) y la Comunidad Valenciana y Extremadura (4%). En cuanto a la partida de otros tiene una distribución muy uniforme en todas las Comunidades Autónomas siendo la media de España un 19,1%.

En resumen, existen varios factores que determinan el gasto sanitario y su efecto sobre el gasto actual y futuro de las diferentes CCAA como es la remuneración del personal, los consumos intermedios, conciertos y otros en las que se incluyen las transferencias corrientes.

3.2.1.2. Desigualdades según clasificación funcional del gasto público sanitario

Para abordar la clasificación funcional del gasto público sanitario, a continuación, en la tabla 3.2.1.2.1. se muestra el porcentaje que supone las partidas que forman esta clasificación: servicios de atención especializada, atención primaria, farmacia y otros.

Tabla 3.2.1.2.1.: Porcentaje de gasto sanitario público según la clasificación funcional por comunidades autónomas 2019.

	SERVICIOS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA	ATENCIÓN PRIMARIA	FARMACIA	OTROS
Andalucía	59,6	18	18,5	3,9
Aragón	63,3	12,8	15,6	8,3
Asturias	66,6	11,9	16,2	5,2
Islas Baleares	65,8	11,8	13,2	9,2
Islas Canarias	62,9	13,8	17	6,3
Cantabria	59,8	14,2	16,4	9,6
Castilla y León	59,4	15,8	17,1	7,7
Castilla -La Mancha	60,6	13,6	17,8	8
Cataluña	64,9	13,3	13,6	8,2
Comunidad Valenciana	59,6	15,1	18,5	6,8
Extremadura	57,1	16,2	18,9	7,8
Galicia	64,5	12	18	5,6
Madrid	69,4	11,2	14,9	4,5
Murcia	62,3	14	15,8	7,9
Navarra	64,4	14,8	12,7	8,1
País Vasco	64,3	14,3	12,4	8,9
La Rioja	63,6	14,2	15,6	6,5
ESPAÑA	63,1	14,2	16,2	6,6

Fuente: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social (2019)

La partida que absorbe una mayor parte del gasto son los servicios de atención especializada, en el caso del país ese gasto sería un 63,1% del total, cifra muy superior al gasto en atención primaria y farmacia, cuyos porcentajes es de 14 y 16%, respectivamente. La Comunidad Autónoma que presenta un mayor gasto sanitario en atención especializada es la Comunidad de Madrid (69,4%) mientras que, por el contrario, la Comunidad Autónoma que menos gasto presenta es Extremadura (57,1%).

Por consiguiente, el comportamiento de la atención primaria con respecto a la atención especializada es el inverso, la Comunidad de Madrid presenta el gasto más bajo con un 11,2% mientras que Extremadura presenta el dato más elevado (16,2%). En todo caso, no se aprecian diferencias demasiadas acusadas entre CCAA en cuanto su estructura del gasto.

CAPÍTULO 4

*DESIGUALDADES EN LA OFERTA SANITARIA POR
COMUNIDADES AUTÓNOMAS*

4. DESIGUALDADES EN LA OFERTA SANITARIA Y ACCESIBILIDAD POR CCAA

El acceso a los servicios sanitarios es desigual entre ámbitos geográficos distintos. La principal causa de esta desigualdad se debe a los diferentes factores de oferta que están disponible en cada uno de ellos (Ortega et al., 2004). Uno de los factores de oferta es la cobertura, en términos de infraestructura, disponible.

Con el fin de ver las diferencias en la oferta sanitaria y en los problemas de accesibilidad de la población en general, a continuación se van a analizar una serie de indicadores como son la ratio del número de médicos, número de hospitales y número de camas por población y también ciertos indicadores de cobertura de la asistencia sanitaria, (4.1.) y en función de las listas de espera (4.2.).

4.1. Indicadores de recursos por CCAA: médicos, hospitales y camas

En la tabla que se expone a continuación se expresa el número de médicos por CCAA así como su ratio por cada 1.000 habitantes.

Tabla 4.1.1.: Número de médicos por 1.000 habitantes

	Nº MÉDICOS	Nº MÉDICOS POR 1.000 HABITANTES
Andalucía	38.024	4,52
Aragón	8.585	6,51
Asturias	6.276	6,14
Illes Balears	5.484	4,77
Canarias	10.145	4,71
Cantabria	3.507	6,04
Castilla Y León	14.398	6
Castilla-La Mancha	8.526	4,19
Cataluña	40.392	5,26
Comunidad Valenciana	24.447	4,89
Extremadura	5.439	5,09
Galicia	13.559	5,02
Madrid	42.697	6,41
Región De Murcia	6.979	4,67
C. Foral De Navarra	4.011	6,13
País Vasco	13.269	6,01
La Rioja	1.610	5,08
Ceuta y Melilla	610	3,56
ESPAÑA	247.958	5,27

Fuente: Elaboración propia Statista

La oferta de médicos por cada 1.000 habitantes ha aumentado experimentado un crecimiento progresivo durante los últimos años (Díaz, 2021). En 2019 la distribución del personal médico por comunidades autónomas no es uniforme, Ceuta y Melilla cuentan con 3,56 médicos por cada 1.000 habitantes mientras que comunidades como Aragón y Madrid cuentan con 6,51 y 6,41 respectivamente.

Otros de las ratios que vamos a estudiar es el número de hospitales por 100.000 habitantes y las camas por 1.000 habitantes expuesto en la tabla 4.2.

Tabla 4.1.2. Hospitales por 100.000 habitantes y camas por 1.000 habitantes

	HOSPITALES	HOSPITALES POR 100.000 HABITANTES	CAMAS POR 1000 HABITANTES
Andalucía	51	0,61	1,7
Aragón	20	1,52	3,1
Asturias	12	1,17	3
Illes Balears	11	0,96	1,9
Canarias	12	0,56	2
Cantabria	5	0,86	2,4
Castilla Y León	16	0,67	2,7
Castilla-La Mancha	20	0,98	2,2
Cataluña	157	2,05	3,4
Comunidad Valenciana	39	0,78	2
Extremadura	12	1,12	3,2
Galicia	19	0,7	2,8
Madrid	37	0,56	1,9
Región De Murcia	16	1,07	2,4
C. Foral De Navarra	6	0,92	2,4
País Vasco	26	1,18	2,7
La Rioja	6	1,89	3,1
Ceuta Y Melilla	2	1,17	2
ESPAÑA	467	0,99	2,4

Fuente: Elaboración propia Statista

En relación al número de hospitales, la comunidad que tienen un mayor número por 100.000 habitante es Cataluña (2,05), seguida de La Rioja (1,89) y Aragón (1,52). Antagónicamente, las comunidades de Madrid y Canarias con 0,56 hospitales por 100.000 habitantes son las comunidades que cuentan con una menor infraestructura.

Cataluña con 3,4 camas por 1.000 habitantes es la comunidad autónoma que presenta una mayor oferta sanitaria bajo este indicador, seguida de La Rioja y Aragón ambas con 3,1 camas. Por el contrario, la comunidad autónoma que menor número de camas por 1.000 habitantes es Andalucía (1,7) seguida de Islas Baleares y Comunidad de Madrid (ambas con 1,9 camas).

4.2. Las listas de espera por CCAA

Otro de los indicadores que pueden llevarnos a visualizar las desigualdades en la oferta sanitaria son las listas de espera, pero, ¿estas son un problema de oferta o demanda? Las listas de espera son un problema de capacidad y recursos. La capacidad disponible está determinada, como se ha explicado con anterioridad, por la distribución regional de los recursos. Por lo que, cuando la demanda supera a la capacidad el tiempo actúa como el precio en un mercado convencional (Costa Font, 2001), como afirman Lindsay y Feigenbaum (1984) el tiempo de espera es un precio intangible o un coste de oportunidad en términos de tiempo para consumir determinados servicios sanitarios.

En la siguiente tabla se muestra la distribución por CCAA de los días, por término medio, de espera en lista de espera para ser asistido quirúrgicamente o por el especialista.

Tabla 4.2.1.: Promedio de espera en lista de espera para asistencia quirúrgica o especialista expresado en días.

	LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA	LISTA DE ESPERA ESPECIALISTA
Andalucía	212	132
Aragón	171	139
Asturias	52	38
Islas Baleares	140	71
Islas Canarias	163	149
Cantabria	150	81
Castilla y León	161	127
Castilla - La Mancha	269	83
Cataluña	223	158
Comunidad Valenciana	154	-
Extremadura	131	112
Galicia	101	66
Madrid	42	44
Murcia	118	86
Navarra	112	102
País Vasco	96	49
La Rioja	69	32

Fuente: Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública

Como se puede observar en la tabla anterior, la distribución de las listas de espera por regiones no es igualitaria. Las comunidades autónomas con más lista de espera quirúrgica es Castilla – La Mancha (269 días) seguida de Cataluña (223 días) y Andalucía (212 días) mientras que las regiones que menos días, en promedio, de lista de espera tienen son Madrid (42 días), Asturias (52 días) y La Rioja (69 días).

La distribución de la lista de espera para la asistencia especialista tiene un comportamiento similar a la quirúrgica. Las regiones que tienen una lista de espera superior son Cataluña (158 días), Islas Canarias (149 días) y Castilla y León (127 días) mientras que las CCAA que tienen una lista de espera inferior son La Rioja (32 días), Asturias (38 días) y Madrid (44 días).

Cabe destacar la Comunidad de Madrid, que como se ha expuesto, es una de las comunidades que tiene mas médicos y menos hospitales y camas por habitantes y menos lista de espera tanto para la atención quirúrgica como especialista. Por lo tanto, se observa que aunque la oferta en infraestructura es menor, los recursos y capacidades están mejor empleados que en otras comunidades autónomas.

CONCLUSIONES

Con este trabajo se ha intentado ofrecer una visión del concepto de salud y sus desigualdades desde diferentes perspectivas, procurando dar respuesta a una serie de cuestiones que marcábamos al inicio del trabajo.

En respuesta a la primera de las cuestiones que nos planteábamos, que tenía como objetivo conocer si el nivel educativo es esencial en la explicación de las desigualdades en el sistema sanitario la respuesta es afirmativa. Se observa cómo, a parte que las mujeres ocupan unos trabajos menos cualificados que los hombres, cuando el desempeño laboral es más cualificado la desigualdad se reducen. Es por ello que, la educación es esencial para la reducción de las desigualdades.

La segunda cuestión que habíamos planteado es si los inmigrantes son la población que tiene más dificultades para acceder al sistema sanitario. Se observa un comportamiento desigual entre la población extranjera y española. Los extranjeros hacen una menor utilización de la sanidad.

A continuación, nos preguntábamos por el papel de la renta, siendo las rentas más bajas las que cuentan con una mayor inaccesibilidad tanto a los servicios de atención primaria y secundaria.

Otras de las cuestiones planteadas se encuadran en el enfoque espacial por CCAA, donde se analizan la distribución del gasto. Tras su análisis, podemos concluir que la distribución del gasto entre las CCAA se ve afectado por los índices de envejecimiento que presenta cada una. Es decir, la Comunidad Autónoma que más gasto sanitario público tiene es el País Vasco, comunidad con un alto índice de envejecimiento. Además, tanto la clasificación económica del gasto, que incluye las partidas de la remuneración del personal, los consumos intermedios, conciertos y otros gastos como son las transferencias corrientes, como la clasificación funcional del mismo que engloba las partidas de atención especializada, atención primaria, farmacia y otros tienen una distribución de desigual de los recursos

Por último, nos planteábamos si hay diferencias en la oferta sanitaria y accesibilidad por CCAA, aunque los médicos por cada 1000 habitantes han aumentado, al igual que el número de hospitales, estos no han aumentado de manera igualitaria por CCAA y por lo tanto no presentan la misma proporción. Aunque la Comunidad de Madrid sea la comunidad autónoma con más personal, es decir, con más número de médicos por 1.000 habitantes, es la comunidad autónoma que cuenta con menos infraestructura sanitaria, menos hospitales y camas.

En base a las desigualdades planteadas se proponen algunas medidas con la finalidad de mejorar la utilización y el acceso al sistema sanitario:

- Asegurar que todas las personas reciban la atención necesaria sin que influya el nivel de estudios que tengan, el país de procedencia o los ingresos medios que perciban. En definitiva, eliminar las barreras de acceso y utilización de los servicios sanitarios.
- En las CCAA menos privilegiadas, dotar de un gasto superior para obtener una igualdad en los recursos conforme, tanto a la clasificación económica del gasto

como la funcional para la prestación de los servicios sanitarios, así como en la oferta sanitaria y accesibilidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Academia Nacional de Medicina de México. (2014). El hombre y la mujer enferman en forma diferente. *Revista de la Facultad de Medicina*, 57(2), 53–56. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/facmed/v57n2/2448-4865-facmed-57-02-00053.pdf>
- Artazcoz, L. (2004). Las desigualdades de género en salud en la agenda de salud pública. *Gaceta Sanitaria*, 18(Supl.2), 1–2. <https://doi.org/10.1157/13061988>
- Birch, S., Eyles, J., & Newbold, K. (1993). Equitable access to health care: methodological extensions to the analysis of physician utilisation in Canada. *Health Economics*, 87-101.
- Borrell, C., & Artazcoz, L. (2008). Las políticas para disminuir las desigualdades en salud. *Gaceta Sanitaria*, 22(5), 465–473. <https://doi.org/10.1157/13126929>
- Borrell, C., & Artazcoz, L. (2009). Análisis de situación para la elaboración de una propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. *Ministerio de Sanidad y Política Social*, 22(5):465-73. https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Analisis_reducir_desigualdes.pdf
- Cantero Prieto, D. (2008). Desigualdades territoriales y equidad en el sistema sanitario español. *Cuadernos económicos de ICE*, 75, 141-166.
- Clavero Barranquero, A., & González Álvarez, M. (2008). Análisis de las desigualdades socioeconómicas en la utilización de asistencia sanitaria mediante modelos dinámicos. *Hacienda Pública Española*, 186-(3/2008), 9-42. https://www.researchgate.net/publication/28234108_Analisis_de_las_desigualdades_socioeconomicas_en_la_utilizacion_de_asistencia_sanitaria_mediante_modelos_dinamicos
- Colino, C., Jaime - Castillo, A., & Kölling, M. (2020). Desigualdades territoriales en España. Madrid: Fundación Friedrich Ebert. http://fes-madrid.org/media/2018_Desigualdades/informe_desigualdades_web.pdf
- Costa i Font, Joan (2001). Listas de espera en sanidad ¿por qué son estables?. *Farmacia profesional*. 15 (3): 22-27.
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). Policies and strategies to promote social equity in health. Available: <https://core.ac.uk/download/pdf/6472456.pdf> (Issue September 1991).
- De Mateo, S., Regidor, E., Gutierrez-Fisac, J., Fernandez de la Hoz, K., & Rodriguez, C. (2000). Una propuesta de medida de la clase social. *Elsevier*. 25: 350-352, 354-356, 358-360, 362-363. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(00\)78518-0](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(00)78518-0)
- Fusté, J., Séculi, E., Brugulat, P., Medicina, A., & Juncá, S. (2005). Población con cobertura pública o doble cobertura de aseguramiento sanitario. ¿Cuál es la diferencia? *Gaceta Sanitaria*, 19(1): 15-21.

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112005000100005

- Gonzalez López - Valcárcel, B., & Barber Pérez, P. (2007). Oferta y necesidad de médicos especialistas en España (2006-2030). Universidad de las Palmas de Gran Canaria.
[https://www.mscbs.gob.es/profesionales/formacion/necesidadEspecialistas/doc/12-NecesidadesMEspecialistas\(2006-2030\).pdf](https://www.mscbs.gob.es/profesionales/formacion/necesidadEspecialistas/doc/12-NecesidadesMEspecialistas(2006-2030).pdf)
- García, A. (2010). Mercado laboral y salud. Informe SEPAS 2010. *Gaceta Sanitaria*, 24:62-67. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2010.07.002>
- Krieger, N. (2000). Refiguring “Race”: Epidemiology, Racialized Biology, and Biological Expressions of Race Relations. *Internacional Journal of Health Services*, 30(1): 211-216.
- Krieger, N. (2003). Genders, sexes, and health: what are the connections and why does it matter? *Internacional Journal of Epidemiology*, 32: 652-657. <https://doi.org/10.1093/ije/dyg156>
- Lalonde, M. (1973). Health Policy: breaking the problem down in more manageable segments. *Canadian Medical Association Journal*, 108(3): 388-393.
- Le Grand, J. (1982). *The Strategy of Equality: Redistribution and the Social Services*. Routledge.
- Lindsay C, Feigenbaum B. (1994). Rationing by waiting lists. *American Economic Review* 74(3): 404-417.
- Llops-Gironés, A., Vargas Lorenzo, I., García-Subirats, I., Aller, M., & Vázquez Navarrete, M. (2014). Acceso a los servicios de salud de la población inmigrante en España. *Revista Española de Salud Pública*, 88: 715-734. <https://dx.doi.org/10.4321/S1135-57272014000600005>
- Marmot, M. (March de 2005). Social determinants of health inequalities. *The Lancet*, 1005-1006. [https://dx.doi.org/10.4321/S0140-6736\(05\)71146-6](https://dx.doi.org/10.4321/S0140-6736(05)71146-6)
- Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social. (2020). *Los sistemas sanitarios en los países de la Unión Europea*. Madrid.
https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/presentacion_es.pdf
- Molpeceres Álvarez, I. (26 de Septiembre de 2011). Situación laboral de las mujeres inmigrantes en España. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 30(1): 91-113. https://doi.org/10.5209/rev_CRLA.2012.v30.n1.39116
- Mooney, G. (1983). *The Strategy of Equality: Redistribution and the Social Services*. Effective Health Care. 179-184.
- OMS. (1946). OMS, ¿Cómo define la OMS la salud? Recuperado de: <https://www.who.int/es/about/who-we-are/frequently-asked-questions>
- OMS (2008). *Determinantes Sociales de la Salud*. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Recuperado de: https://www.who.int/social_determinants/thecommission/es/

- Ortega Molina, P., Regidor Poyatos, E., Dominguez Rojas, V., Astasio Arbiza, P., Calle, M., & Martinez Hernandez, D. (2006). Asociación de los ingresos económicos con la utilización y la accesibilidad de los servicios sanitarios en España al inicio del siglo XXI. *Gaceta Sanitaria*, págs. 352-359.
- Ortega Pulido, P., González López-Valcárcel, B., & Urbanos Garrido, R. (2004). Oferta pública y privada de servicios sanitarios por comunidades autónomas. *Gaceta sanitaria: Órgano Oficial de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria*, 82-89.
- Palomino, P. A., Grande, M. L., & Linares, M. (2014). La salud y sus determinantes sociales: Desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI. *Revista Internacional de Sociología*, 72(EXTRA 1), 71–91. <https://doi.org/10.3989/ris.2013.02.16>
- Pérez Orozco, A., Palewonsky, D., & García Dominguez, M. (2008). *Cruzando fronteras II: Migración y desarrollo desde una perspectiva de género*. Santo Domingo, República Dominicana: instraw.
- Ruiz, E., & Montalvo, J. (2019). *Desigualdad territorial en la accesibilidad a la red hospitalaria*. Vigo: Fundación Matrix.
- Sánchez-Recio, R., Alonso Pérez De Ágreda, J. P., Gasch-Gallén, N., & Aguilar Palacio, I. (2021). Desigualdades de género en la utilización de servicios sanitarios, España 2006–2017. *Salud Pública de México*, 63(2), 190–200. <https://doi.org/10.21149/11384>
- Social, M. d. (2020). *Los sistemas sanitarios en los países de la unión europea*. Madrid.
- Solar, O., & Irwin, A. (2010). A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. *Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice)*, 79. <https://doi.org/ISBN 978 92 4 150085 2>
- Urbanos Garrido, R. (2004). Tendencias internacionales en la financiación del gasto sanitario. *Papeles de trabajo del Instituto de Estados Fiscales*, 1-48.
- Urbanos Garrido, R. (01 de November de 2016). La desigualdad en el acceso a las prestaciones sanitarias. Propuestas para lograr la equidad. *Gaceta Sanitaria*, 25-30.
- Villar Aguirre, M. (2011). La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. *Journal of Negative and No Positive Results*, 5(1), 81–90. <https://doi.org/10.19230/jonnpr.3215>