Gaceta Sanitaria 40 (2026) 102617

Artículo especial

Privatización del diagnóstico y acceso avanzado al tratamiento público: ¿un mecanismo emergente de inequidad sanitaria?

Guillem López-Casasnovas[a,*], Roger Sabater-Mezquita[a,b], Francesc López-Seguí[a,c] y Emili Vela-Vallespín[d,e]

[a] *Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES), Departamento de Economía y Empresa, Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, España*
[b] *Sección de Políticas Públicas, Departamento de Econometría, Estadística y Economía Aplicada, Universitat de Barcelona, Barcelona, España*
[c] *Servicio de Epidemiología y Evaluación, Hospital del Mar, Barcelona, España*
[d] *Área de Sistemas de Información, Servei Català de la Salut, Barcelona, España*
[e] *Digitalización para la Sostenibilidad del Sistema Sanitario DS3, Servei Català de la Salut, Barcelona, España*

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:
Recibido el 2 de enero de 2026
Aceptado el 13 de abril de 2026

Palabras clave:
Accesibilidad a los servicios de salud
Seguro de salud
Sector privado
Hospitales públicos
Listas de espera

RESUMEN

Objetivo: Analizar la asociación entre el contacto del paciente con el sector privado para realizar una prueba diagnóstica y la probabilidad de que el tratamiento hospitalario posterior, en caso necesario, sea suministrado por el sistema sanitario público, valorando si este patrón puede implicar una dualización del acceso al tratamiento público y su relación con el gasto por individuo.
Método: Se utilizaron datos individuales del Conjunto Mínimo Básico de Datos de Hospitalización de Agudos de Cataluña (2018-2023) para identificar pacientes con contacto diagnóstico en centros privados, definiendo dos muestras: 1) visitas privadas con registro explícito de prueba diagnóstica (n = 9.080) y 2) una *proxy* basada en contactos no quirúrgicos de corta estancia (≤2 días) en centros privados (n = 584.835). Se reconstruyeron trayectorias asistenciales con el registro de Morbilidad y Utilización de Servicios Sanitarios de Cataluña, calculando las tasas mensuales de uso de recursos públicos en los 12 meses previos y posteriores al contacto privado. A partir de estas tasas y del registro de tarifas por recurso, se estimó el gasto sanitario público por individuo.
Resultados: La tasa de ingresos hospitalarios públicos aumentó tras el alta desde el sector privado, especialmente en el primer mes y en la muestra con prueba explícita. El incremento relativo del gasto público fue superior al de la tasa de ingresos, lo que sugiere que los casos derivados al sector público tras un diagnóstico privado serían más complejos y costosos.
Conclusiones: Los resultados son consistentes con la hipótesis de un posible mecanismo de dualización del acceso al tratamiento público, aunque el diseño descriptivo no permite establecer una causalidad ni determinar su efecto neto sobre la equidad o las listas de espera.

© 2026 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Privatization of diagnosis and advanced access to public treatment: an emerging mechanism of health inequity?

Keywords:
Health services accessibility
Health insurance
Private sector
Public hospitals
Waiting lists

ABSTRACT

Objective: To analyse the association between patients' contact with the private sector to undergo a diagnostic test and the probability that subsequent hospital treatment, if needed, will be provided by the public healthcare system, assessing whether this pattern may imply a dualisation of access to public treatment and its relationship with per-individual expenditure.
Method: Individual-level data from the Minimum Basic Data Set for Acute Hospitalisation in Catalonia (2018–2023) were used to identify patients with diagnostic contact in private centres, defining two samples: 1) private visits with an explicit record of a diagnostic test (n = 9080) and 2) a proxy based on short-stay (≤2 days), non-surgical contacts in private centres (n = 584,835). Care trajectories were reconstructed using the Morbidity and Use of Health Services Registry of Catalonia, calculating monthly rates of public healthcare resource use in the 12 months before and after private contact. Based on these rates and the registry of tariffs by resource, public healthcare expenditure per individual was estimated.
Results: The rate of public hospital admissions increased after discharge from the private sector, especially in the first month and in the sample with an explicit diagnostic test. The relative increase in public expenditure exceeded that of admission rates, suggesting that cases referred to the public sector after private diagnosis may be more complex and costly.

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: guillem.lopez@upf.edu (G. López-Casasnovas).

https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2026.102617
0213-9111/© 2026 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Conclusions: The results are consistent with the hypothesis of a possible mechanism of dualisation of access to public treatment, although the descriptive design does not allow causal inference or determination of its net effect on equity or waiting lists.

© 2026 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Introducción

La cobertura sanitaria privada suplementaria a la pública, con ventajas adicionales sobre servicios ya cubiertos públicamente, está en franca expansión en Cataluña[1]. Esto se debe, en parte, a una mayor disposición a pagar por servicios vinculados a la salud en sociedades más desarrolladas[2], normalmente dirigida a bienes de lujo, como la cobertura privada que oferta servicios de elevada elasticidad-renta[3], pero también a carencias percibidas en el funcionamiento del sistema público, que no consigue canalizar toda la financiación que requiere la dinámica del gasto sanitario y debe hacer uso de mecanismos de racionamiento, como las listas de espera, que generan insatisfacción[4].

Confluyen para ello dos vectores: primero, que los aspectos de valoración subjetiva presentan una elevada sensibilidad a la calidad percibida de la sanidad pública[3], y segundo, que a la vez, a pesar de lo descrito, la mayor parte de la población sigue confiando en el sector público para intervenciones importantes. Como resultado, un grupo creciente de población utiliza el sector privado (con aseguramiento suplementario o pagos *out-of-pocket*) porque garantiza un acceso más rápido y con mayor confort a determinadas prestaciones, sin abandonar el acceso al sistema público para cuestiones complejas[5,6].

No se observa, sin embargo, una presión social o política significativa para que eventuales incentivos fiscales al seguro privado impliquen una renuncia plena a la cobertura pública. En Cataluña, y en el resto de España, el aseguramiento sanitario privado ha operado mayormente como cobertura suplementaria, no sustitutiva, al sistema público. Experiencias institucionales específicas, como las mutualidades de funcionarios, responden a una lógica propia y no son directamente extrapolables al conjunto de la población. Pese a la heterogeneidad de las condiciones de acceso al seguro privado y al diferente alcance de sus coberturas de salud, parece claro que el tipo de aseguramiento suplementario comentado está creciendo.

Al mismo tiempo, como se ha podido comprobar en la negociación reciente para la renovación de los contratos públicos del convenio MUFACE, la negativa de algunas aseguradoras privadas a concertar bajo financiación pública sus prestaciones[7], sustitutivas de las generales, podría deberse a que estas empresas hayan estimado que suplementar es mejor negocio que sustituir. Para ello, están ofreciendo aspectos asistenciales que el sistema sanitario público no ofrece o lo hace deficientemente según el estándar deseado por la población. Puede que hayan estimado un margen de rentabilidad por cubrir completamente la salud de un individuo, debido a los respectivos costes medios y al potencial de información asimétrica *ex ante* (es decir, de selección adversa), inferior al correspondiente a cubrirla parcialmente, con aquellas prestaciones que tienen una mayor valoración subjetiva (y por tanto disposición a pagar) por una parte de la ciudadanía.

De este modo, se estaría concentrando en torno al diagnóstico un interés creciente por el acceso precoz al reducir la angustia del paciente y el tiempo de espera, sin renunciar a la asistencia pública, que mantendría una ventaja comparativa en tratamientos (y a la cual se tiene derecho por condición de ciudadanía). Para ello, en los segmentos diagnósticos más estandarizables y escalables, la difusión tecnológica y la ampliación del acceso favorecen un uso más extensivo de determinadas pruebas[8]. Esto permite ofrecer una sofisticación atractiva a los centros diagnósticos privados para atraer demanda a un coste relativo abordable, resultado de economías de escala y de la progresiva innovación tecnológica.

Así, un fenómeno de momento incipiente podría convertirse en prevalente: ciudadanos diagnosticados en la asistencia privada (sobre la base de un copago implícito: la prima por el diagnóstico precoz) anticipando un tratamiento público complejo. En la medida en que los resultados de las pruebas (privadas) se incorporan a las afiliaciones públicas, se alteran las listas de espera en favor de aquellos con mayor disposición a pagar, y más capacidad de pago, por la salud (véase la modelización de este fenómeno en elAnexo).

De la situación descrita surgen cuatro vías de análisis: 1) cómo, desde un punto de vista ético, debe valorarse el hecho de que, con un seguro suplementario o con un pago *out-of-pocket,* pueda un individuo saltarse la lista de espera pública para diagnóstico para entrar en la de tratamiento, dualizando así el acceso a este último servicio, dando por hecho que un paciente puede pedir que todas las pruebas realizadas fuera de la asistencia pública se incorporen (y por tanto se homologuen y se tengan en cuenta) en la historia clínica[9]; 2) en qué magnitud el uso del servicio privado permite eludir la lista de espera diagnóstica para acceder a la lista de espera de tratamiento público, y su relación con la dinámica de penetración de las pólizas de aseguramiento suplementario; 3) cómo debe valorarse el posible alivio de las listas de espera públicas de diagnóstico al liberarse el espacio de aquellos pacientes que acceden al diagnóstico privadamente; y 4) cómo este trasvase entre sectores del sistema sanitario impacta en la composición del gasto.

El presente trabajo pretende explorar, en Cataluña, la asociación entre el contacto del paciente con el sector privado para realizar una prueba diagnóstica y la posibilidad de que el posterior tratamiento sea suministrado por el sistema sanitario público, valorando si este patrón puede implicar una dualización del acceso a la sanidad pública. Pese a la manifiesta relevancia de estas cuestiones para la equidad de un sistema sanitario que se quiere universal, la disponibilidad de datos para realizar una contrastación definitiva es escasa, por lo que la exploración realizada debe considerarse una primera aproximación.

Métodos y resultados exploratorios

Para explorar si el contacto diagnóstico con el sector privado se asocia a una hospitalización posterior por vía pública, se obtuvo la utilización de servicios sanitarios públicos antes y después de un contacto diagnóstico con un centro privado. Dado que no se dispone de ningún registro que recoja qué ciudadanos residentes en Cataluña tienen contratado un seguro sanitario privado o usan la sanidad privada con pagos *out-of-pocket,* se utilizó la información recogida en el Conjunto Mínimo Básico de Datos para la Hospitalización de Agudos (CMBD-HA) del sistema público para identificar aquellas personas, entre la población general, para las cuales se había registrado algún contacto con un centro diagnóstico privado entre el inicio del año 2018 y el final del año 2023. El Registro de Morbilidad y Utilización de Servicios Sanitarios de Catalunya (MUSSCAT) permitió reconstruir las trayectorias asistenciales públicas de los individuos identificados, pues recoge información detallada acerca del uso de los servicios sanitarios públicos. Se obtuvieron, así, los contactos con centros públicos en los 12 meses

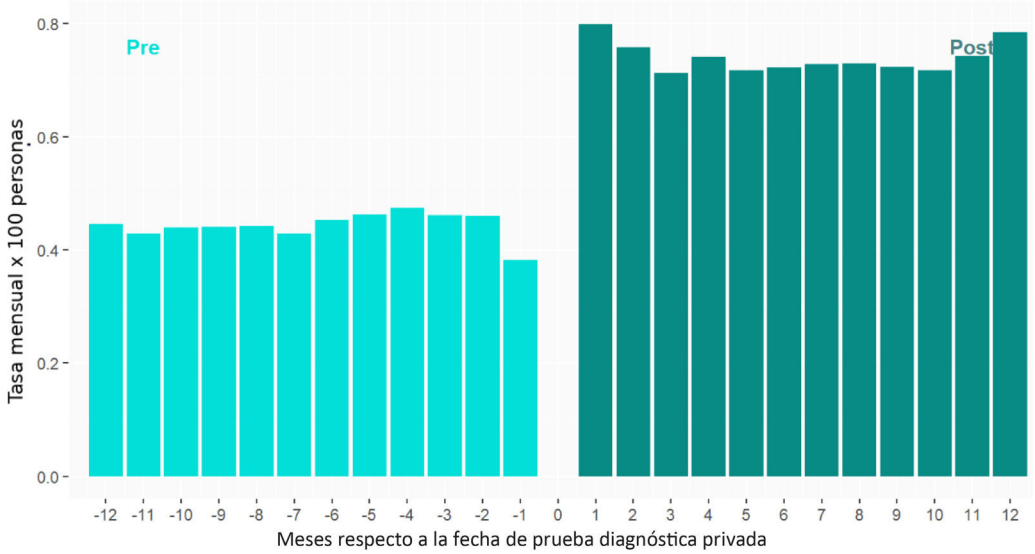

Figura 1. Tasa mensual de ingresos hospitalarios públicos antes y después de la *proxy* de visita diagnóstica a la sanidad privada (n = 584.835), 2018-2023. (Fuente: MUSSCAT.)

anteriores y los 12 posteriores al contacto privado, con independencia de cuándo se produjo este último, para describir la tendencia anterior y posterior al diagnóstico, y se comparó la utilización de dispositivos públicos por parte de cada individuo de la muestra después de la realización de la prueba diagnóstica privada con la utilización anterior a esta prueba.

La muestra de personas con registro explícito de prueba diagnóstica (tomografía computarizada, resonancia magnética, ecografía o radioscopia) en una entidad privada durante este periodo es relativamente reducida (n = 9.080), por lo que adicionalmente se consideraron, como *proxy* de la realización de pruebas diagnósticas privadas, los contactos no quirúrgicos con estancias inferiores a 2 días en centros sanitarios privados, obteniendo una muestra significativamente mayor (n = 584.835), aunque esta *proxy* puede incorporar una heterogeneidad considerable de situaciones clínicas. De los individuos identificados se extrajeron las hospitalizaciones en centros públicos en los 12 meses anteriores y posteriores a la realización de la prueba diagnóstica privada, con independencia de la vía de ingreso, y se calculó la tasa mensual de ingresos en hospitales públicos como la relación entre el número de ingresos registrados y la cantidad de personas de la muestra.

Para la estimación del gasto de cada contacto sanitario público se aplicó un coste o tarifa derivado de Vela et al.[10] (2019).

Se observó un incremento persistente de esta tasa en los meses posteriores a la realización de la prueba diagnóstica privada desde un centro privado (fig. 1), hecho compatible con la hipótesis de que el uso del servicio privado para diagnóstico puede anticipar la entrada a circuitos públicos de tratamiento. Entre el mes inmediatamente anterior y el inmediatamente posterior a la *proxy* de visita diagnóstica privada, la tasa mensual de ingresos en hospitales públicos aumentó a más del doble: la tasa del mes posterior multiplica por 2,09 la del mes previo. La persistencia del incremento es manifiesta, ya que la media anual de las tasas mensuales del año posterior multiplica por 1,67 la del año anterior.

Este incremento también se observa, y con mayor intensidad, cuando la muestra se limita a las observaciones con registro explícito de prueba. La cantidad de individuos identificados se reduce, pero el efecto a corto plazo resulta mayor (fig. 2). Entre el mes inmediatamente anterior y el inmediatamente posterior al registro de una visita diagnóstica privada, la tasa mensual de ingresos en hospitales públicos también aumentó a más del doble (la tasa del mes posterior multiplica por 2,29 la del mes previo). La persistencia del incremento es igualmente manifiesta, ya que la media anual de las tasas mensuales del año posterior multiplica por 1,86 la del año anterior, aunque parece mitigarse con el paso de los meses.

También se observó que el incremento relativo de la tasa de hospitalizaciones públicas tras una visita diagnóstica privada es inferior al aumento correspondiente a los costes asociados por individuo; para la muestra con *proxy* de prueba diagnóstica privada, la primera se multiplica por 2,09 y los segundos se multiplican por 2,49 durante el primer mes tras el diagnóstico respecto al mes inmediatamente anterior (fig. 3). El incremento en el coste hospitalario es persistente (la media anual de los costes mensuales del año posterior multiplica por 2,02 la del año anterior), igualmente superior al incremento anualizado de la tasa mensual de ingresos hospitalarios públicos, y también con atenuación a medida que pasan los meses. Esto sugiere que aquellos casos que se derivan desde el diagnóstico privado a la hospitalización pública serían más complejos y, por tanto, más costosos.

Cifras similares se obtienen cuando la muestra se centra en los individuos con prueba diagnóstica privada explícita: los costes por individuo se multiplican por 2,04 entre el mes inmediatamente anterior y el inmediatamente posterior al registro, y se multiplican por 2,10 interanualmente, considerando la media anual de los costes mensuales (fig. 4). En este caso, tal incremento es por un factor inferior en costes que en tasa de hospitalizaciones durante el primer mes, pero el incremento a largo plazo es superior en costes que en tasa de hospitalizaciones, por lo que también la muestra con prueba explícita sugiere que aquellos casos que se derivan desde el diagnóstico privado a la hospitalización pública serían más complejos y, por tanto, más costosos a largo plazo.

Es destacable, asimismo, la persistencia del incremento de costes mensuales tras el diagnóstico en términos de fármacos por individuo (se multiplican, en media anual, por 1,40 en la muestra *proxy* y por 1,51 en la muestra explícita), mientras que los costes por visitas a atención primaria por individuo muestran un incremento significativo solo en el primer mes tras el diagnóstico (se multiplican intermensualmente por 1,53 en la muestra *proxy* y por 1,28 en la muestra explícita).

Discusión

Los resultados sugieren un incremento de las hospitalizaciones públicas y del gasto público asociado en los meses posteriores a un contacto diagnóstico con el sector privado, especialmente en el primer mes; un patrón compatible con un acceso más temprano

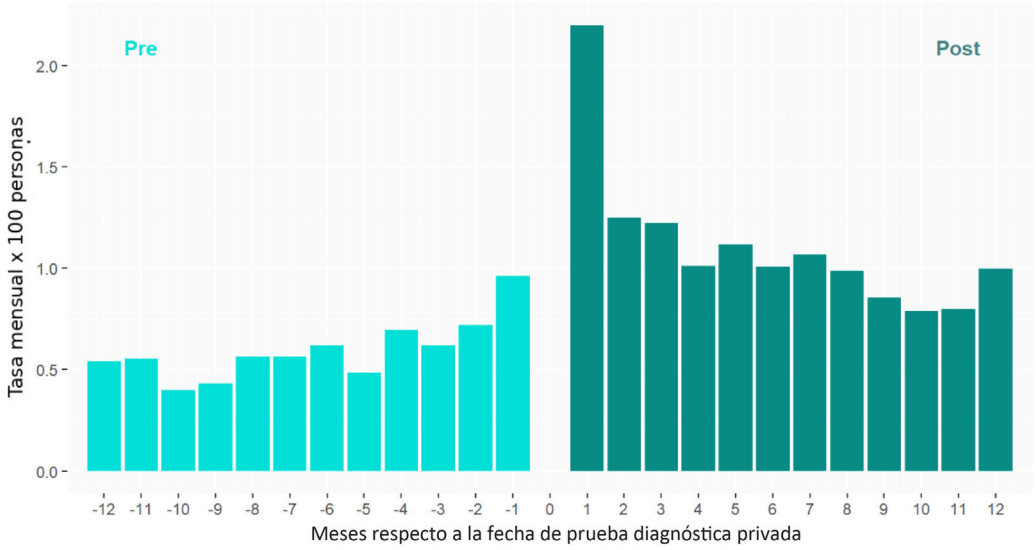

Figura 2. Tasa mensual de ingresos hospitalarios públicos antes y después de una visita vinculada a una prueba diagnóstica en la sanidad privada (n = 9.080), 2018-2023. (Fuente: MUSSCAT.)

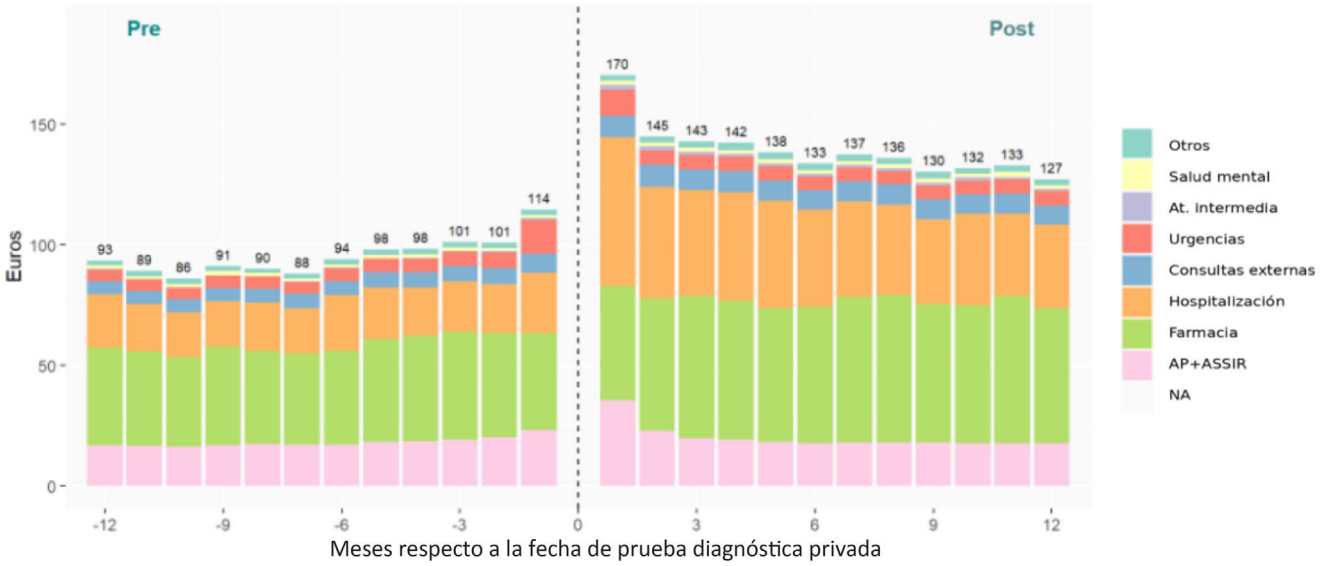

Figura 3. Gasto sanitario público medio mensual por individuo en euros antes y después de la *proxy* de visita diagnóstica a la sanidad privada (n = 584.835), 2018-2023. (Fuente: MUSSCAT.)

al tratamiento público para quien opta por realizar una prueba diagnóstica privadamente. Sin embargo, el análisis presentado es descriptivo y no permite establecer si este comportamiento refleja un mecanismo causal de «salto» de las listas de espera, ni cuantificar su efecto neto sobre la equidad o la eficiencia global del sistema. En este sentido, los resultados deben interpretarse como una evidencia compatible con un proceso de dualización del acceso, antes que como una demostración concluyente del mismo.

Desde un punto de vista empírico, el incremento observado de la actividad hospitalaria pública después del contacto diagnóstico privado, junto con un aumento más intenso del gasto público que lo acompaña, sugiere que al menos una parte de los casos que llegan al sistema público tras el diagnóstico privado podrían ser más complejos y más costosos. Este resultado es coherente con la idea de que el sector privado actúe como vía de acceso al diagnóstico precoz antes de un tratamiento público, siendo este para casos más complejos, de media, que el tratamiento privado. Asimismo, esta interpretación es compatible con la evidencia previa en España, que documenta un uso simultáneo de servicios especializados públicos y privados, en especial entre las personas de nivel socioeconómico más alto, y lo interpreta como un patrón compatible con estrategias de elusión de tiempos de espera, sin identificar directamente «saltos de cola»[11], al tiempo que cabe esperar una relación positiva entre los ingresos de los hogares y la prevalencia del aseguramiento privado, observada empíricamente en el caso español[12].

Como consecuencia de lo anterior, a mayores ingresos medios de la población las listas de espera públicas para tratamiento priorizarían, de manera indirecta, a los pacientes con mayor disposición a pagar o más capacidad de pago. Esta apreciación va en la línea de estudios empíricos[13,14], y en la línea opuesta al principio de igualdad de oportunidades de Rawls[15]. Ahora bien, según el principio de la diferencia rawlsiano, las desigualdades serían tolerables si benefician a los peor situados, y podría alegarse que la utilización del dispositivo privado previo al tratamiento público aliviaría el problema de acceso a los servicios diagnósticos públicos para aquellos con menor disposición a pagar o menos capacidad de pago, a causa

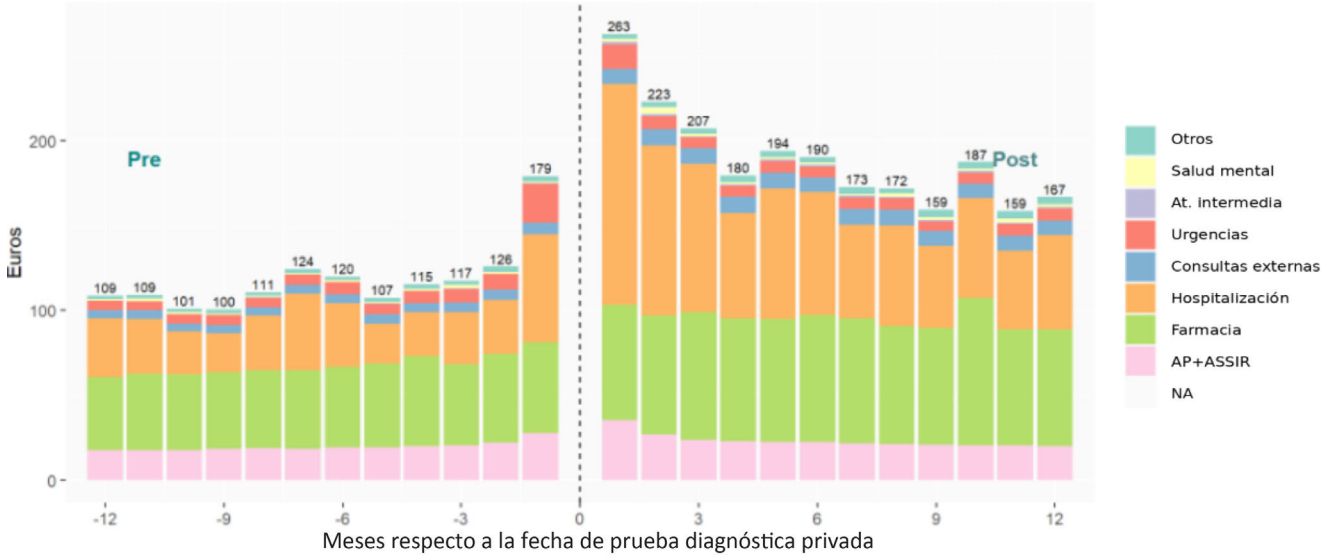

Figura 4. Gasto sanitario público medio mensual por individuo en euros antes y después de una visita vinculada a una prueba diagnóstica en la sanidad privada (n = 9.080), 2018-2023. (Fuente: MUSSCAT.)

de tal dualización del acceso. Se contrapondría, por tanto, la ventaja de un tratamiento público precoz derivado del pago por un diagnóstico privado, para algunos, con la ventaja de un mejor acceso a la lista de espera pública de diagnóstico, para otros.

Este argumento es similar al utilizado en ocasiones para favorecer la introducción de deducciones fiscales al gasto sanitario privado, con la justificación de su fin liberador de gasto público, pero con la misma objeción: se generaría un incentivo a desplazar recursos hacia el sector privado, afectando negativamente la fortaleza del sector público. La discusión ética, por tanto, necesita complementarse con una cuestión material: la magnitud absoluta de los recursos destinados a sanidad. Solo si la contratación privada, aliviadora de esperas y puerta de acceso a tratamientos para determinados individuos, no desplaza recursos sanitarios, sino que amplía el monto total, con un uso coste-efectivo de los mismos, marcaría una mejora de la eficiencia global del sistema.

La aproximación realizada en este estudio no está exenta de limitaciones; entre ellas, el hecho de que no se haya dispuesto de datos sobre toda la actividad diagnóstica de la sanidad privada, sino únicamente de aquella que se ha informado al CMBD-HA, o la posibilidad de una mala codificación en los registros de procedencia privada de casos tratados por la sanidad pública.

Quedan, además, cuestiones interesantes pendientes de estudio. Por ejemplo, replicar el análisis para distintos tipos concretos de diagnóstico o de procedimiento, o evaluar si la recurrencia a pruebas diagnósticas privadas alivia efectivamente la demanda de pruebas públicas, sabiendo que el sector público puede requerir la repetición de la prueba (aceptable en términos de eficiencia si la repetición se destina a «afinar» la indicación de tratamiento, en favor de una mejor salud del paciente). Asimismo, el paso desde la prueba a la lista de espera para tratamiento puede depender del contexto (funcionalidad, dolor observado, etc.) para una adecuada priorización.

Finalmente, la regulación podría desempeñar cierto papel limitador de las posibilidades de «saltarse la cola», por ejemplo con un protocolo que evitase la repriorización automática, excepto en casos con un criterio clínico objetivable (empeoramiento, riesgo vital, etc..) y que, en todo caso, operase independientemente de la procedencia de las pruebas. Por último, conviene recordar también la inequidad debida a las desigualdades de acceso que resultan de vías de entrada alternativas e «informales» (por familiares o amigos que trabajan en el sistema público), lo que vendría a relativizar la importancia de las inequidades aquí analizadas.

Disponibilidad de bases de datos y material para réplica

Los datos individuales utilizados en este estudio proceden de registros sanitarios del CatSalut y no están disponibles públicamente por las restricciones legales y de confidencialidad aplicables. Como material complementario, puede consultarse el informe del Área de Sistemas de Información del CatSalut en el siguiente enlace: https://drive.google.com/file/d/1LmI6UGEZb7Nw2uQ8QC6ZYE0Xsn3-8I58/view. Para poder acceder a su contenido es necesario descargar el documento y abrirlo posteriormente con un navegador web. Para información adicional sobre el acceso a los datos, contactar con Emili Vela-Vallespín (evela@catsalut.cat).

¿Qué se sabe sobre el tema?

La sanidad privada suplementaria está en expansión, favorecida por la elevada elasticidad-renta de su demanda y las listas de espera públicas. Esta expansión podría conllevar una dualización del acceso; un diagnóstico privado podría adelantar el acceso al tratamiento público y generar inequidades.

¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

Tras un contacto diagnóstico privado aumentan los ingresos hospitalarios públicos y, con mayor intensidad, el gasto sanitario público por individuo; patrón compatible con un acceso más temprano al tratamiento público.

¿Cuáles son las implicaciones de los resultados obtenidos?

Los resultados apoyan revisar cómo se incorporan las pruebas privadas al circuito público, para evitar inequidades sin comprometer la priorización clínica.

Editor responsable del artículo

Salvador Peiró.

Contribuciones de autoría

G. López concibió la idea del estudio y junto con R. Sabater y F. López realizaron su diseño. E. Vela se encargó de traducirlo en datos y de su análisis junto con G. López, R. Sabater y F. López, quienes llevaron a cabo su interpretación. R. Sabater se encargó de la escritura del artículo, y G. López, F. López y E. Vela de su revisión crítica con importantes contribuciones intelectuales. Todas las personas firmantes han contribuido al debate, la redacción crítica y la revisión final del texto, con la finalidad de que todas sus partes sean expuestas con la mayor precisión e integridad, y aprueban la versión final del artículo.

Financiación

Ninguna.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en doi:10.1016/j.gaceta.2026.102617.

Bibliografía

1. Pons JMV. La difícil convivència entre els sistemes sanitaris públic i privat a Catalunya. Annals de Medicina. 2024;107:146–53.
2. Newhouse JP. Medical-care expenditure: a cross-national survey. J Hum Resour. 1977;12:115–25.
3. Costa-Font J, Jofre-Bonet M. Is there a “secession of the wealthy”? Private health insurance uptake and national health system support. Bull Econ Res. 2008;60:265–87.
4. Jofre-Bonet M. Public health care and private insurance demand: the waiting time as a link. Health Care Manag Sci. 2000;3:51–71.
5. Epstein D, Jiménez-Rubio D. ¿Qué revela sobre el sistema público sanitario la contratación de un seguro de salud privado? Gac Sanit. 2019;33:442–9.
6. OECD, European Observatory on Health Systems and Policies. State of health in the EU: Spain. Country Health Profile 2025. Paris: OECD Publishing; 2025.
7. DKV Seguros. DKV renuncia a participar en el nuevo concierto de MUFACE. 2025 (Consultado el 26/3/2026.) Disponible en: https://dkv.es/corporativo/noticias/dkv-renuncia-participar-en-el-nuevo-concierto-de-muface.
8. Slawomirski L, Kelly D, De Bienassis K, et al. The economics of diagnostic safety. OECD Health Working Papers. 2025:176.
9. Betevé. Les proves fetes a la privada, també a La Meva Salut. 2025. (Consultado el 26/3/2026.) Disponible en: https://beteve.cat/societat/nova-eina-integrar-imatge-mediques-centres-privats-meva-salut/.
10. Vela E, Clèries M, Vella VA, et al. Análisis poblacional del gasto en servicios sanitarios en Cataluña (España): ¿qué y quién consume más recursos? Gac Sanit. 2019;33:24–31.
11. Negrín MA, Pinilla J, Abásolo I. Simultaneous use of public and private specialist services as a potential strategic behaviour in access to the National Health Service: is there a pattern by socio-economic level? Soc Justice Res. 2019;32:255–76.
12. Pinilla J, López-Valcárcel BG. Income and wealth as determinants of voluntary private health insurance: empirical evidence in Spain, 2008-2014. BMC Public Health. 2020;20:1262.
13. Bosque-Mercader L, Carrilero N, García-Altés A, et al. Socioeconomic inequalities in waiting times for planned and cancer surgery: evidence from Spain. Health Econ. 2023;32:1181–201.
14. García-Corchero JD, Jiménez-Rubio D. Waiting times in healthcare: equal treatment for equal need? Int J Equity Health. 2022;21:184.
15. Rawls J. A theory of justice. Rev Ed Cambridge. Mass: Belknap Press of Harvard University Press; 1999.