

Original breve

Austeridad y privatización sanitaria en época de crisis: ¿existen diferencias entre las comunidades autónomas?



Amaia Bacigalupe^{a,b,*}, Unai Martín^{a,b}, Raquel Font^a, Yolanda González-Rábago^{a,b} y Noemi Bergantiños^c

^a Departamento de Sociología 2, Universidad del País Vasco UPV/EHU, Leioa, Bizkaia, España

^b Grupo de Investigación en Determinantes Sociales de la Salud y Cambio Demográfico-OPIK, Leioa, Bizkaia, España

^c Departamento de Sociología y Trabajo Social, Universidad del País Vasco UPV/EHU, Vitoria-Gasteiz, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 25 de julio de 2015

Aceptado el 13 de octubre de 2015

On-line el 29 de noviembre de 2015

Palabras clave:

Crisis económica

España

Política sanitaria

Privatización sanitaria

Austeridad

R E S U M E N

Objetivo: Analizar las diferencias entre comunidades autónomas según sus políticas de austeridad y privatización durante la crisis.

Métodos: Se analizó el cambio producido en las comunidades autónomas en tres dimensiones: la aplicación de reformas legales, la privatización sanitaria y la financiación y los recursos sanitarios, y se construyó un indicador resumen por dimensión que se representó en mapas.

Resultados: El País Vasco mostró el comportamiento más claro hacia una escasa política de austeridad y privatización, al contrario que La Rioja, Madrid e Islas Baleares durante la crisis.

Conclusiones: Las categorizaciones permitirán analizar el efecto mediador de la diferente intensidad de las políticas de austeridad y privatización en la relación entre la crisis y la salud en el contexto español.

© 2015 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/>).

Austerity and healthcare privatization in times of crisis: are there any differences among autonomous communities?

A B S T R A C T

Objective: To analyse the differences between autonomous communities in Spain according to their policies of austerity and healthcare privatization during the economic crisis.

Methods: Changes in the application of legal reforms, healthcare privatization and healthcare financing/resources in the autonomous communities were analysed, and a summary indicator of each dimension was constructed.

Results: The Basque Country showed the clearest behaviour towards a weak policy of austerity and privatization, as opposed to La Rioja, Madrid, and the Balearic Islands.

Conclusions: The three classifications will enable analysis of the mediating effect of policies of austerity and privatization in the relationship between the economic crisis and health in the Spanish context.

© 2015 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/>).

Keywords:

Economic crisis

Spain

Healthcare policy

Healthcare privatization

Austerity

Introducción

Tras dos retrocesos continuados del producto interior bruto, a partir del cuarto trimestre de 2008 la economía española entró en una intensa crisis que, además de su dimensión económico-financiera, está teniendo importantes repercusiones en los planos político y social¹. Sin embargo, la actuación de los gobiernos se ha restringido fundamentalmente a implementar políticas de austeridad, especialmente en países como Grecia, Irlanda, Portugal y España², lo cual contrasta con lo sucedido en recesiones anteriores, en las que con frecuencia se implementaron políticas de estímulo o crecimiento del gasto público para la reactivación de la actividad económica³.

La austeridad ha conllevado desde 2009 un descenso del gasto público tanto en protección social como en educación y salud⁴. El sistema sanitario ha sido un ámbito recurrentemente definido como insostenible, y por tanto sujeto a este tipo de medidas de ajuste financiero, que se han acompañado en ocasiones de otras iniciativas para promover la privatización de su gestión y de los servicios prestados^{5,6}. Todas estas medidas podrían estar mediando la relación entre la crisis económica y la salud de la población, incrementando las necesidades no cubiertas y las desigualdades sociales en la utilización de los servicios sanitarios y en el estado de salud⁷⁻⁹.

A pesar de que buena parte de las reformas normativas introducidas han sido de carácter estatal, la descentralización de la asistencia y la financiación sanitaria hacen del estado español un escenario interesante para la comparación de la gestión política realizada en época de crisis entre comunidades autónomas (CCAA), tal como se ha hecho sobre algunas de sus dimensiones^{6,10-12}. Sin embargo, hasta el momento no hay revisiones integrales de

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: amaia.bacigalupe@ehu.eus (A. Bacigalupe).

Tabla 1
Aplicación de reformas legales, cambios en la privatización sanitaria y en financiación, y recursos sanitarios, en las comunidades autónomas; pesos de cada dimensión y puntuaciones por dimensión y total

	Aplicación de reformas legales				Privatización sanitaria 2013/2008			Financiación y recursos sanitarios 2013/2008			
	Gestión de copago a pensionistas ^a [0-3]	Limitación de acceso a población sin permiso de residencia ^b [0-3]	Aplicación del euro por receta ^c [0-3]	Total [0-10]	Porcentaje de gasto sanitario en contratación de centros ^d privados [0-3]	Proporción de camas hospitalarias públicas/privadas ^e [0-3]	Total [0-10]	Gasto sanitario público total ^f [0-3]	Tasa de personal de atención primaria por 1000 habitantes ^g [0-3]	Tasa de personal de atención especializada por 1000 habitantes ^g [0-3]	Total [0-10]
Andalucía	2	0		3	2	1	6	3	3	2	10
Aragón	3	1		6	0	0	0	3	2	2	9
Asturias	3	0		5	0	3	3	2	3	2	7
Islas Baleares	3	3		9	3	2	9	2	0	3	6
Canarias	3	1		6	2	1	6	3	0	2	9
Cantabria	3	1		6	3	2	9	1	2	3	4
Castilla y León	3	3		9	1	3	5	2	3	1	7
Castilla-La Mancha	3	3		9	0	0	0	3	2	3	10
Cataluña	3	1	3	7	0	0	0	2	0	0	5
Comunidad Valenciana	2	1		5	1	0	2	3	0	1	8
Extremadura	2	1		5	2	3	8	3	1	3	9
Galicia	2	1		5	1	1	3	3	1	2	9
Madrid	3	3	3	10	3	1	8	2	3	3	7
Murcia	3	3		9	0	2	2	2	1	2	6
Navarra	3	1		6	2	1	6	2	1	3	7
País Vasco	1	1		3	1	0	2	1	0	0	3
La Rioja	3	3		9	3	3	10	3	1	3	9
Pesos de las dimensiones	0,45	0,45	0,1		0,7	0,3		0,8	0,1	0,1	

^aNegrita: se adelanta la financiación si el gasto es >10%; rosa: no se adelanta la financiación si el gasto es >10%; verde claro: no se adelanta la financiación y hay ayudas para pensionistas con ingresos <18.000 €.

^bNegrita: acceso restringido en los términos recogidos en el RD 16/2012; verde claro: acceso a través de la tarjeta individual sanitaria más cumplimiento de requisitos; verde oscuro: acceso normalizado a través de la tarjeta individual sanitaria.

^cNegrita: se introdujo durante algún período (Cataluña: enero 2013; Madrid: marzo 2012-enero 2013).

^dNegrita: aumenta más que la mediana de las comunidades autónomas que aumentan; rosa: aumenta igual o menos que la mediana de las comunidades autónomas que aumentan; verde claro: desciende igual o menos que la mediana de las comunidades autónomas que descienden; verde oscuro: desciende más que la mediana de las comunidades autónomas que descienden.

^eNegrita: desciende más que la mediana de las comunidades autónomas que descienden; rosa: desciende igual o menos que la mediana de las comunidades autónomas que descienden; verde claro: aumenta igual o menos que la mediana de las comunidades autónomas que aumentan; verde oscuro: aumenta más que la mediana de las comunidades autónomas que aumentan.

^fNegrita: desciende más que la mediana de las comunidades autónomas que descienden; rosa: desciende igual o menos que la mediana de las comunidades autónomas que descienden; verde claro: aumenta.

la evolución de las políticas de austeridad y privatización en el ámbito sanitario en España, por lo que el objetivo de este artículo es analizar las posibles diferencias entre CCAA en relación con su gestión política en época de crisis.

Métodos

Se revisó en cada comunidad autónoma el cambio producido entre 2008 y 2013 en tres dimensiones:

- 1) La introducción de reformas legales, según la aplicación del copago farmacéutico a pensionistas, la limitación del acceso a los servicios sanitarios a las personas extranjeras sin permiso de residencia (ambas de aplicación obligatoria según el Real Decreto (RD) 16/2012), y la introducción del copago farmacéutico del euro por receta, de iniciativa autonómica.
- 2) El grado de privatización sanitaria, según el cambio en el porcentaje de gasto sanitario público dedicado a contratación de centros privados y la proporción de camas hospitalarias públicas en relación con las privadas.

- 3) La financiación y los recursos sanitarios, según el cambio en el gasto sanitario público total consolidado, la tasa de personal público en atención primaria y la tasa de personal público en atención especializada, por 1000 habitantes.

Las fuentes de datos utilizadas en una primera fase fueron el Sistema de Información de Atención Primaria, la Cuenta Satélite del Gasto Sanitario Público, la Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado y la Estadística de Centros de Atención Especializada, todas ellas disponibles en el Portal Estadístico del Sistema Nacional de Salud, así como las páginas web de las consejerías de salud. En una segunda fase se contactó telefónicamente o por correo electrónico con algunas CCAA para ampliar y contrastar la información disponible, y se realizó una consulta a artículos de prensa para recoger otra información, como declaraciones políticas o sentencias judiciales. Se utilizaron informes comparativos entre CCAA para identificar algunos indicadores y comprobar el grado de coincidencia con los resultados obtenidos^{6,10-12}.

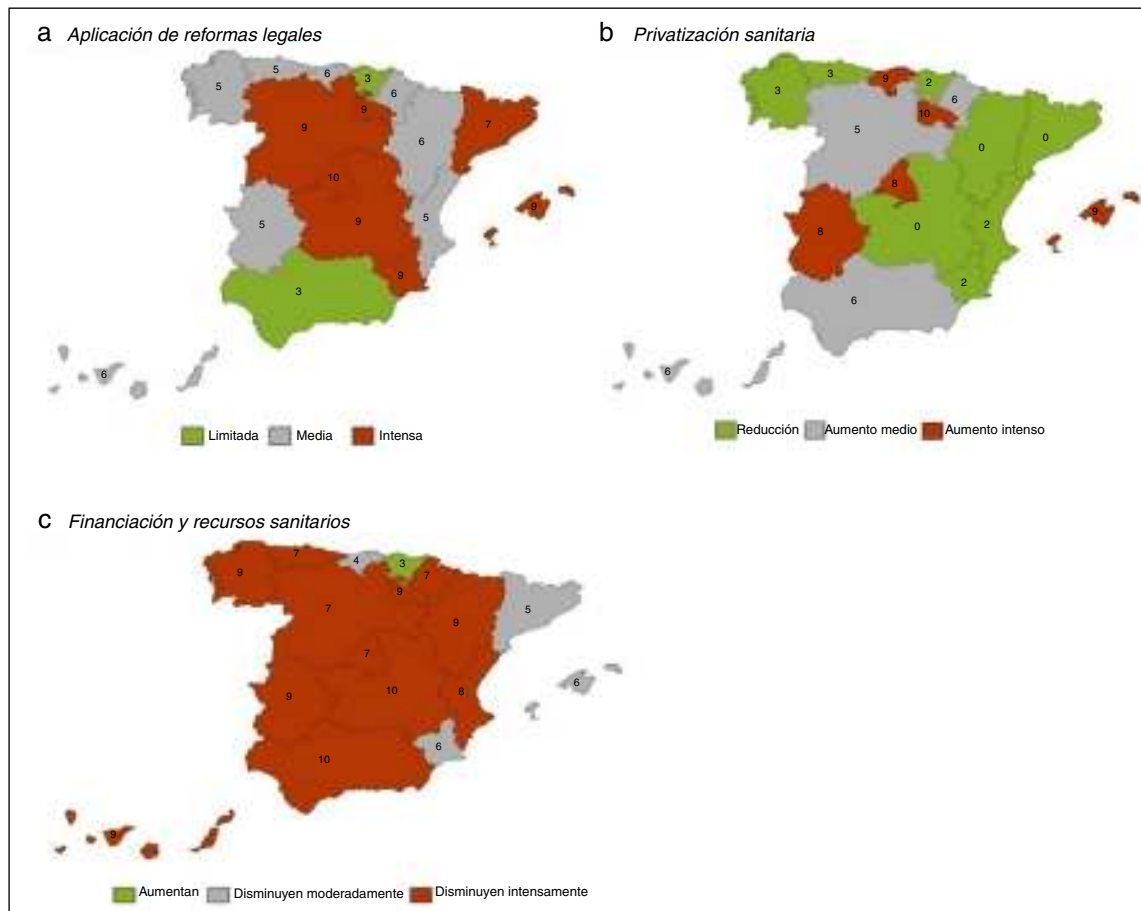


Figura 1. Clasificación de las comunidades autónomas según su evolución en la aplicación de reformas sanitarias, la privatización sanitaria, la financiación y los recursos sanitarios, y puntuación en cada una de las dimensiones.

Se otorgó a cada indicador de las tres dimensiones una puntuación de 0, 1, 2 o 3 (de mejor a peor comportamiento), correspondiente a los colores en la [tabla 1](#) (verde oscuro, verde claro, rosa y rojo). Se asignó un peso diferente a cada indicador según su relevancia y se calculó una puntuación resumen de 0 a 10 para cada dimensión. La asignación de pesos y puntuaciones la realizaron dos miembros del equipo de investigación de manera independiente, que resolvieron las discrepancias y finalmente fueron consensuadas con todo el equipo. Las especificaciones de los pesos y las puntuaciones resumen de cada dimensión se detallan en la [tabla 1](#) y la [figura 1](#).

Los datos originales utilizados en los indicadores de las dimensiones 2 y 3 pueden consultarse en la [tabla 1](#) disponible en el material adicional a este artículo en su versión *online*.

Resultados

La [tabla 1](#) muestra el comportamiento de las comunidades autónomas en los diferentes indicadores, y la [figura 1](#) resume las tres dimensiones. Se observa una gran variabilidad entre comunidades autónomas, siendo el País Vasco la que muestra un comportamiento más claro tanto hacia una escasa o nula política de austeridad como de privatización, al contrario que La Rioja, Madrid e Islas Baleares. En la aplicación de reformas legales, el País Vasco y Andalucía destacan por la aplicación más limitada del RD 16/2012, mientras que el resto de las comunidades autónomas se dividen en una aplicación muy intensa de las reformas (especialmente Madrid) y una aplicación media, algo menos restrictiva en la gestión del copago a

pensionistas o en la limitación del acceso a la población sin permiso de residencia ([tabla 1](#) y [fig. 1A](#)).

En relación a la privatización ([fig. 1 B](#)), Islas Baleares, Cantabria, Extremadura, Madrid y La Rioja destacan por haber aumentado su gasto sanitario en contratación con centros privados, y excepto Madrid, por haber reducido su proporción de camas hospitalarias públicas respecto a las privadas. Aragón, Asturias, Castilla-La Mancha, Comunidad Valenciana, Galicia, Murcia y País Vasco disminuyeron el gasto destinado a financiar centros privados, y excepto Asturias y Murcia, aumentaron la proporción de camas públicas en los hospitales ([tabla 1](#)). A pesar de partir en 2008 de un elevado gasto público destinado a centros privados y una alta proporción de camas privadas, Cataluña redujo el primero y aumentó la segunda a lo largo del periodo.

Solamente el País Vasco mantuvo su gasto sanitario público y aumentó la tasa de personal público en atención primaria y atención especializada en el periodo. El resto de las comunidades autónomas, excepto Cantabria, redujeron de forma relevante su gasto público, y excepto Cataluña y la Comunidad Valenciana, redujeron también su personal público ([tabla 1](#) y [fig. 1C](#)).

Discusión

Mientras que el País Vasco tuvo un comportamiento positivo hacia una escasa o nula política de austeridad y de privatización en época de crisis, La Rioja, Madrid e Islas Baleares mostraron una tendencia claramente contraria. Para la interpretación adecuada de

los datos, es importante considerar algunos aspectos: en relación a la aplicación de las reformas sanitarias, parece haber una falta de correspondencia entre la información públicamente accesible (en particular sobre el RD 16/2012) y la gestión real realizada. En el País Vasco, por ejemplo, el requisito de 1 año de empadronamiento recogido en su Decreto 114/2012 es de facto innecesario para acceder al servicio sanitario público, si bien este hecho no se tuvo en cuenta en el análisis. Otro aspecto muy importante no considerado ha sido la posición de partida de las comunidades autónomas, ya que el objetivo del estudio fue el análisis del cambio en los diferentes indicadores durante la crisis. Es especialmente llamativo el caso de Cataluña, ya que a pesar de mostrar un gasto sanitario en contratación de centros privados muy elevado (29,6%) y un menor número de camas hospitalarias públicas que privadas (ratio 0,57) en 2008, obtuvo una puntuación positiva en la dimensión de privatización, por la reducción del primero (14%) y el aumento del segundo. Por último, hay que considerar que la asignación de pesos realizada dentro de cada dimensión siguió un criterio cualitativo por parte de los/las investigadores/as, si bien la disponibilidad de los valores originales de los indicadores por comunidades autónomas y año en la tabla *online* permitiría utilizar una asignación de pesos diferentes según las necesidades de otros estudios.

La gestión política de las crisis puede influir en el impacto que estas tengan sobre la salud de la población¹³, las desigualdades sociales en salud¹⁴ o la percepción sobre el funcionamiento de los servicios sanitarios⁸. Sería interesante que en el Estado español se analizara si alguna de las dimensiones sobre austeridad y privatización descritas tiene capacidad explicativa en todas estas cuestiones, con el objetivo de profundizar en el conocimiento del impacto real que la crisis está teniendo en nuestro contexto.

Editor responsable del artículo

Carlos Álvarez-Dardet.

Declaración de transparencia

El/la autor/a principal (garante responsable del manuscrito) afirma que este manuscrito es un reporte honesto, preciso y transparente del estudio que se remite a GACETA SANITARIA, que no se han omitido aspectos importantes del estudio, y que las discrepancias del estudio según lo previsto (y, si son relevantes, registradas) se han explicado.

¿Qué se sabe sobre el tema?

El impacto que las crisis económicas tengan en la salud de las poblaciones, y en el funcionamiento y la valoración de los sistemas sanitarios, puede estar mediado por el tipo de políticas públicas puestas en marcha desde los gobiernos.

¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

Hasta el momento no existen revisiones integrales de la evolución de las políticas de austeridad y privatización en el ámbito sanitario en el contexto español durante la actual crisis. Las clasificaciones propuestas permitirán analizar si las políticas de austeridad y privatización sanitaria desempeñan un papel explicativo en la relación entre la crisis y la salud en el contexto español.

Contribuciones de autoría

Todos/as los/las autores/as participaron en la concepción de la idea inicial y el diseño del trabajo. La recogida de datos fue realizada fundamentalmente por R. Font con la supervisión de A. Bacigalupe y U. Martín. El análisis de los datos fue liderado por A. Bacigalupe y U. Martín, pero se consensuó por parte del resto de firmantes. Todos/as los/las autores/as participaron en la discusión sobre los resultados y conclusiones del análisis, revisaron la redacción del manuscrito, realizaron importantes contribuciones para su mejora y aprobaron la versión final para su publicación.

Financiación

Este trabajo ha sido financiado parcialmente por el Ministerio de Economía y Competitividad. Ayudas Programa Estatal de I+D+i Orientada a los Retos de la Sociedad (CSO2013-44886-R).

Conflictos de intereses

Ninguno.

Agradecimientos

Los autores quieren agradecer los comentarios recibidos de dos revisores anónimos de GACETA SANITARIA.

Agradecemos la colaboración prestada por el equipo de investigación del Subprograma Crisis y Salud del CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), especialmente el intercambio con Andrés Cabrera León de información relacionada con indicadores de contexto sobre determinantes sociales de la salud.

Anexo. Material adicional

Puede consultarse material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.gaceta.2015.10.003](https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.10.003).

Bibliografía

- Márquez H. Crisis del sistema capitalista mundial: paradojas y respuestas. Polis (edición electrónica). 2012;2:7 (Consultado el 12/10/2014.) Disponible en: <http://polis.revues.org/978>
- OECD. Restoring public finances, 2012 update. OECD Publishing. 2012. (Consultado el 10/6/2015.) Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264179455-en>
- Vahid S. Welfare capitalism in crisis: a qualitative comparative analysis of labour market responses to the Great Recession. Journal of Social Policy. 2015;1:1-28.
- Barómetro Social de España. Sistema de evaluación continua de la realidad social española. (Consultado el 24/8/2015.) Disponible en: <http://barometrosocial.es/>
- Sánchez-Martínez FI, Abellán-Perpiñán J, Oliva-Moreno J. La privatización de la gestión sanitaria: efecto secundario de la crisis y síntoma de mal gobierno. Informe SESPAS 2014. Gac Sanit. 2014;28 (Supl):75-80.
- Médicos del Mundo. Dos años de reforma sanitaria: más vidas humanas en riesgo. 2014. (Consultado el 10/6/2015.) Disponible en: http://www.medicosdelmundo.org/index.php/mod.documentos/mem.descargar/fichero.documentos.Impacto-Reforma-Sanitaria-Medicos-del-Mundo_3ec0bdf9%232E%23pdf
- Urbanos R, Puig-Junoy J. Políticas de austeridad y cambios en las pautas de uso de los servicios sanitarios. Informe SESPAS 2014. Gac Sanit. 2014;28 (Supl):81-8.
- Kentikelenis A, Karanikolos M, Papanicolaos I, et al. Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. Lancet. 2011;378:1457-8.
- Benach J, Tarafa G, Muntaner C. El copago sanitario y la desigualdad: ciencia y política. Gac Sanit. 2012;26:80-2.
- Abellán JM, director. El sistema sanitario público en España y en sus comunidades autónomas. Sostenibilidad y reformas. Madrid: Fundación BBVA; 2013. 406 p.
- Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad. Informe IDIS. Sanidad privada, aportando valor. Análisis de la situación 2014. Anexo: La colaboración público-privada en Sanidad. 2015. (Consultado el 14/6/2015.) Disponible en: <https://www.fundacionidis.com/wp-content/informes/anexoidis.aportvalor2014.web.pdf>

12. Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública. 2º Informe. La privatización sanitaria de las comunidades autónomas 2015. 2015 (Consultado el 15/6/2015.) Disponible en: <http://www.actasanitaria.com/wp-content/uploads/2015/04/la-privatizacion-sanitaria-de-las-comunidades-autonomas.pdf>
13. Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, et al. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *Lancet.* 2009;374:315–23.
14. Bacigalupe A, Escolar A. The impact of economic crises on social inequalities in health: what do we know so far? *Int J Equity Health.* 2014;13:52.