

# *Desigualdades sociales y salud en los países del sur de Europa*

---

MAURO SERAPIONI

Investigador del Centro de Estudos Sociais de la Universidad de Coimbra (Portugal)

mauroserapioni@ces.uc.pt

## **Resumen**

A pesar del aumento general del nivel de vida durante el siglo XX y de la introducción de sistemas de salud universales, muchos estudios tienen evidenciado la persistencia de desigualdades en todos los países industrializados. Todas las investigaciones realizadas demostraban que los indicadores de salud no estaban distribuidos casualmente entre la población, existiendo significativas diferencias entre clases sociales, niveles de educación y tipos de empleo, entre grupos étnicos, entre hombres y mujeres y también entre diferentes áreas geográficas. En los países del Sur de Europa, a pesar de las reformas de las décadas de 1970 y 1980 hayan introducido servicios nacionales de salud universales y a pesar de la preocupación en reducir los desequilibrios geográficos y sociales entre las diferentes regiones del país, el tema de la equidad se hizo una prioridad sólo desde el final de la década de 1990. En este artículo, después de una breve contextualización de los sistemas de salud de Grecia, España, Italia y Portugal, serán descritas las principales desigualdades de salud que afectan estos sistemas y el papel desempeñado por el sistema de salud en la producción de esas desigualdades, identificando los potenciales de iniquidad inducidos por las reformas en curso.

**Palabras-clave:** *Sistemas de salud; Desigualdades en salud; Países del sur de Europa.*

## ***Social inequality in health in the Southern European countries***

### **Abstract**

*Despite the general increase in the standards of living during the twentieth century and the introduction of universal healthcare systems, many studies have pointed out the persistence of inequalities in all industrialized countries. All research carried out highlighted that the health indicators were not randomly distributed among the population, but there were significant differences between social classes, education levels and types of employment, between ethnic groups, men and women and among different geographical areas as well. In the South-*

*ern European health systems, despite the reforms of the 1970s and 1980s have introduced national universal health care and although the concern to reduce the geographical and social imbalances between different regions, the equity issue has become a priority only since the late 1990s. In this paper, after a brief contextualization of health systems in Greece, Spain, Italy and Portugal, the main health inequalities that affect population and the role of the health system in the production of these inequalities are described through the identification of the potential of inequity induced by national and regional reforms.*

**Key words:** Health Systems; Health inequity; Southern European Countries

## 1. Introducción

A pesar del aumento general del nivel de vida durante el siglo XX y de la introducción de sistemas de salud universales, muchos estudios tienen evidenciado la persistencia de desigualdades en todos los países industrializados. Hasta el final de los años 70 del siglo pasado, las desigualdades en salud parecían ser un problema no relevante u ofuscado por el progreso económico y social, el avance de la medicina y las políticas públicas promovidas por los gobiernos nacionales. A partir de los años 80, se descubre que las desigualdades en la salud no estaban desapareciendo si no que aumentaban. Todas las investigaciones realizadas demostraban que los indicadores de salud, tales como la esperanza media de vida, la incidencia de enfermedad y el estado de salud auto-percibido, no estaban distribuidos casualmente entre la población, existiendo significativas diferencias entre clases sociales, niveles de educación y tipos de empleo, entre grupos étnicos, entre hombres y mujeres y también entre diferentes áreas geográficas. La mayor parte de las investigaciones realizadas evidencia el papel central desempeñado por los principales determinantes económicos, sociales, ambientales e institucionales en la producción y desarrollo de estas diferencias en la salud (Blane, 1997). Por ejemplo, durante ese periodo, en Reino Unido, fueron divulgados tres importantes informes que denunciaban el aumento de las desigualdades en la salud: *The Black Report on Social Inequalities in Health*, en 1980 (Black *et al.*, 1982); *The Health Divide*, em 1987 (Whitehead, 1987); *The Independent Inquiry into Inequalities in Health or Acheson Report*, em 1998 (Acheson, 1998).

Estos informes, sin duda, han contribuido a la elaboración de estrategias adecuadas para promover la igualdad y la definición de las líneas prioritarias de acción, dando lugar a un intenso debate a nivel internacional, representando la base para muchos países que posteriormente desarrollaran el trabajo dedicado a la identificación de las diferencias sociales en salud.

Sin embargo, aún hoy las desigualdades sociales en salud representan un tema crítico en la mayoría de los países europeos, tal como ha sido denunciado por los resultados del grupo de trabajo de la Comisión Europea reunidos en el “*Report on health inequalities in the European Union*”. En ese sentido, el estudio europeo indica una significativa reducción de las desigualdades de salud, en términos de expectativas de vida y mortalidad infantil pero, a la vez, identifica la persistencia de algunas formas de inequidad en la salud entre los varios grupos sociales, regiones y Estados-Miembros (European Commission, 2013:4).

En los países del Sur de Europa, a pesar de las reformas de las décadas de 1970 y 1980 introducidas por los servicios nacionales de salud universales y a pesar de la preocupación en reducir los desequilibrios geográficos y sociales entre las diferentes regiones del país, el tema de la equidad se hizo una prioridad sólo desde el final de la década de 1990. Por esta razón, estos países aún no disponen de una consolidada tradición de análisis e investigación en esa área.

En este trabajo, después de una breve contextualización de los sistemas de salud de Grecia, España, Italia y Portugal, serán descritas las principales desigualdades de salud que afectan a estos sistemas y el papel desempeñado por el sistema de salud en la producción de esas desigualdades, identificando los potenciales de inequidad inducidos por las reformas en curso.

## **2. España: ¿Sistema nacional de salud o 17 sistemas regionales?**

En 1977, con la instauración de la democracia, se creó el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, el cual absorbió las demás instituciones y servicios de salud existentes. En 1979 fue lanzado el proceso de descentralización política y las Comunidades Autónomas comenzaron a asumir la responsabilidad en cuestión de salud pública (Rey del Castillo, 1998).

En 1986 la Ley General de Sanidad reordenó todo el sistema de salud español y aceleró el proceso de transferencia de las competencias sanitarias para las 17 Comunidades Autónomas. A partir de 1980, fueron promovidas reformas significativas en el sistema de salud español, fue realizada una extensión de la red de centros de atención primaria, como puerta de acceso céntrico al sistema sanitario, más allá de los cambios registrados en los niveles de los cuidados especializados y hospitalarios.

Sin embargo, se registran desigualdades geográficas en el acceso y uso de los servicios de salud, observándose un patrón de desigualdad entre las regiones con mayor nivel socioeconómico (norte del país), que presentan mejores indicadores de salud y estilos de vida, y las regiones del Sur y Oeste, que muestran una peor auto-percepción de salud y un mayor índice de enfermedades crónicas. Los resultados del estudio de González López-Valcárcel y Barber Pérez (2006)

confirman esta tendencia y muestran que la descentralización de la salud es responsable del aumento de las desigualdades entre las Comunidades Autónomas. En la misma línea, el informe Bernat (2011:48) destaca que, en España, existe la percepción de que coexisten 17 sistemas de gestión de salud diferentes, basada en la constatación de las diferencias en la prestación de servicios, cobertura y práctica clínica entre las 17 comunidades autónomas. En este sentido, la investigación de Borrell y Benach (2006) evidencia la presencia de múltiples desigualdades sociales en la salud, que afectan sobre todo a las personas que viven en áreas geográficas con mayor privación material, las mujeres y los inmigrantes de países de bajo desarrollo económico.

Generalmente, la diferencia de acceso a los cuidados de salud depende del retraso de los servicios de asistencia a causa de la existencia de listas de espera. La mitad de los ciudadanos españoles considera que las listas de espera continúan siendo muy largas (*Instituto de Información Sanitaria. Barómetro Sanitario*, 2009: 23).

Es de realzar la existencia de desigualdades en salud asociadas a factores socioeconómicos, tales como la educación, los rendimientos y la situación laboral, que persisten al largo del tiempo. En ese sentido, también en España el gradiente social representa el principal factor determinante de las desigualdades de salud, o sea, entre ricos y pobres y entre personas con diferentes niveles de educación (González López-Valcárcel y Barber Pérez, 2006). Hay evidencias, por ejemplo, de una asociación entre clases sociales y enfermedades crónicas, más presente entre personas con un nivel de educación inferior (Dalstra et al., 2005) y de desigualdades asociadas a factores de riesgo, tal como el consumo de tabaco y alcohol (Costa-Font y Gil, 2008). Respecto a las desigualdades socioeconómicas en la salud, varios autores realzan la escasa visibilidad de éstas en la agenda política. En este sentido, pocas regiones españolas contemplan en los propios planes de salud metas específicas de reducción de las desigualdades (Borrell et al. 2005).

Además de eso, el sistema privado de salud ha aumentado a un ritmo acelerado desde el final de la década de 1990, con insuficiente cobertura de servicios en las áreas de la salud mental, de los cuidados de larga duración, y de prótesis auxiliares odontológicas y auditivas (Duran et al., 2006), lo que puede acentuar las desigualdades en la población. Esa tendencia para la privatización de los servicios de salud tuvo una rápida aceleración desde el inicio de la actual crisis económica y financiera. Para Legido-Quigley et al. (2013) el actual proceso de reforma del sistema de salud esconde el interés de desviar los recursos para el sector privado.

Es importante también destacar el aumento de las desigualdades socioeconómicas en la salud como resultado de la doble cobertura (servicios públicos y privados) por parte de los sectores más favorecidos, los cuales pueden recurrir

a las especialidades clínicas y prácticas preventivas (por ejemplo, consultas de dentista o exámenes de mamografía) más frecuentemente que los demás sectores de población, que hacen un mayor uso de los servicios de urgencia y cuidados de salud primarios (Borrell et al., 2008).

Estudios más recientes confirman el papel relevante de los determinantes sociales, tales como la situación laboral, las condiciones del hábitat, los niveles de educación y de otros factores socioeconómicos, y en la producción de desigualdades de salud en España (Urbano-Garrido, 2012). Otros estudios muestran cómo las desventajas de la migración producen mecanismos de desigualdades en salud, más pronunciadas en el caso de inmigrantes provenientes de regiones más pobres, en situación de privación socioeconómica, a ejercer una actividad profesional manual, especialmente en el caso de las mujeres (Malmusi *et al.* 2010), y en mayor riesgo de deterioro debido a las condiciones de vida precarias y marginales (García-Ernesto *et al.*, 2010).

### **3. Grecia: el desafío de construir un sistema nacional de salud universal**

En 1983, el gobierno griego inició el más importante proceso de reforma realizado en el sistema de salud del país con la finalidad de adoptar los principios de cobertura universal y de equidad en el acceso y en la distribución de los servicios. Así, fue creado el Servicio Nacional de Salud. Hasta ese momento, el sistema de salud era financiado por cerca de 300 seguros sociales apoyados por subsidios gubernamentales (Giarelli, 2006). La reforma se concentró entonces en la expansión del sector hospitalario y de los servicios de cuidados primarios, instituyendo cerca de 200 centros de salud rurales y semiurbanos (Mossialos *et al.*, 2005). Así, el sistema de salud no se hizo universal y los mayores beneficios de la reforma fueron a favor de los fondos de seguro, que continuaron recibiendo sustanciales subsidios estatales, y de los médicos y otros profesionales de los hospitales. El establecimiento de centros de salud urbanos, la descentralización del sistema de salud y la institución del médico de familia fueron otros objetivos de la reforma de 1983 que quedaron pendientes de cumplirse.

En 2000, el Ministro de Sanidad del gobierno socialista lanzó una nueva reforma para ser implementada en un periodo de seis años. Entre los principales objetivos de la reforma estaban la descentralización del sistema y el fortalecimiento de los cuidados de salud primarios. Sin embargo, sólo fue posible implementar una descentralización parcial del sistema de salud, con la creación de 16 autoridades regionales de salud, pero la reforma no consiguió integrar los incontables fondos de seguro de salud, que era el principal factor inductor de desigualdades en la salud. En 2004, el gobierno del partido conservador emitió una serie de leyes y normativas en el campo de la salud, entre las cuales cabe

destacar la introducción de la Iniciativa de Financiación Privada, con la Ley 3389 de 2005, que, en consonancia con Petmesidou y Guillén (2008), es responsable del rápido aumento de los gastos privados de salud durante los años que antecederán a la crisis de 2008. De este modo se asistió a un significativo aumento de los centros de diagnóstico y médicos privados contratados a través de fondos de seguridad social (Tountas *et al.*, 2005). Este gran incremento del gasto privado en salud, aliado al hecho de que solamente un quinto de la población tiene acceso a hospitales de alta calidad a través de seguros de salud privados adicionales o del pago directo, realza la necesidad de enfatizar las cuestiones referentes a la equidad (Tountas *et al.*, 2005).

En 2010, existían aún cerca de 30 fondos de seguro diferentes, responsables para asegurar la cobertura de la población contra el riesgo de enfermedad, la mayor parte de los cuales organizados como entidades públicas y bajo los controles del Estado (Economou, 2010). Cada fondo está sujeto a una legislación diferente y, en muchos casos, existen diferencias en las tasas de contribución, beneficios y condiciones para la concesión de los beneficios, resultando, como subraya Economou (2010: 17), en “desigualdades en el acceso y en la financiación de los servicios”.

Más allá de las desigualdades en el acceso a los servicios de salud resultantes del nivel de cobertura propiciado por los diversos seguros de salud, otro importante factor inductor de desigualdad es el progresivo crecimiento del gasto privado por parte de las familias (copago y tasas moderadoras) y de gastos informales (*Out of-pocket payments*), calculado como el más elevado de la Unión Europea (Tountas *et al.*, 2002; Mossialos *et al.*, 2005; Petmesidou y Guillén, 2008). A pesar de no existir cualquier investigación oficial, informe o documento político del gobierno sobre las desigualdades en el acceso a los servicios de salud, existen ya algunos estudios dedicados a este tema. Entre estos, es interesante mencionar la investigación realizada en 2001, cuyos resultados muestran que la autoevaluación del estado de salud está correlacionada con las variables socioeconómicas, tales como el rendimiento y la educación (Economou, 2010). En el ámbito de otra investigación, realizada en 11 países de la Unión Europea, Grecia presenta junto con Irlanda, Italia y Holanda, el mayor índice de desigualdad (absoluto y relativo) entre hombres, y junto con España e Irlanda, el mayor índice de desigualdad entre mujeres (Huisman *et al.*, 2003). También se estudió la relación entre factores económicos y sociales y la utilización de servicios de salud bucodental. En este sentido, hay una asociación entre rendimientos más elevados y consultas de medicina dentaria (Zavras *et al.* 2004). Importa aún señalar la presencia de considerables desigualdades geográficas. Algunos estudios evidencian la existencia de desigualdades regionales significativas en la distribución de recursos y provisión de servicios (Mossialos *et al.*, 2005). Altamente desigual es también la distribución geográfica de las clínicas privadas y de los centros de

diagnóstico, estando la mayor parte de estos concentrados en la región Grande Atenas y Macedonia (Petmesidou y Guillén, 2008).

#### **4. Italia: ¿la descentralización regional del sistema de salud mejora la salud de los ciudadanos?**

La reforma sanitaria de 1978 que introdujo un sistema de salud del tipo universal y que declaraba promover la equidad, sólo consiguió sensibilizar sobre la necesidad de reducir las desigualdades geográficas en la oferta de los servicios (Costa *et al.*, 2004). Gracias a los estudios longitudinales realizados en las ciudades de Turín, Florencia y Livorno (Costa *et al.*, 1994; Cardano *et al.*, 1999), fue posible identificar las desigualdades en mortalidad y observar el aumento lineal de la mortalidad en relación al aumento de la desventaja social. Fue el Plan Nacional de Salud de 1998-2000 quién, por primera vez, colocó la reducción de las desigualdades entre los objetivos prioritarios del Servicio Nacional de Salud (Ministerio de la Salud, 2001).

Otras investigaciones muestran la existencia de desigualdades sociales tanto en el acceso a la prevención primaria y al diagnóstico precoz (Spadea, 2004), como en el acceso a la oportuna y pertinente asistencia de salud (Cadum *et al.*, 1999; Spadea y Venturini, 2004). En Italia, como en otros países europeos y occidentales, varios estudios evidencian una distribución desigual de la salud y enfermedad entre nativos e inmigrantes (Serapioni, 2010). Las desigualdades en salud que afectan a los inmigrantes tienen su origen predominantemente en el sistema de relaciones sociales, o sea, en el “malestar resultante de la relación entre sociedades de acogida e inmigrantes” (Perrocco, 2008:88), y en las condiciones de trabajo a que están sujetos y que están en el origen del agotamiento físico y mental de los trabajadores inmigrantes. En cuanto a la salud de las mujeres inmigrantes, entre las desigualdades registradas se destaca: a) mayor incidencia de recién-nacidos de bajo peso; b) mayor mortalidad en el primer año de vida entre los hijos de mujeres inmigrantes; c) menor uso de los servicios médicos durante el embarazo; d) menor número de visitas y ecografías realizadas durante el embarazo (Tognetti Bordogna, 2008).

Otro tema crítico abordado por los investigadores italianos se refiere a la responsabilidad de los sistemas de salud en la producción de desigualdades (Giarelli y Serapioni, 2006). Esta preocupación ya había sido detectada en 1999 por el informe sobre el estado de salud del país (Ministerio de la Salute, 2000), evidenciando el malestar y una cierta percepción de injusticia que los usuarios expresaban al comparar la disparidad en el tiempo de espera entre el tratamiento recibido por los profesionales de los servicios, tras una larga lista de espera, y los servicios prestados después de pocos días de espera por los mismos profesiona-

les en las mismas estructuras públicas, en régimen de pago. Según Costa et al. (2004), las principales amenazas a la equidad derivan de los nuevos sistemas de salud nacionales y regionales, y se refieren precisamente a los siguientes factores: a) las posibles discriminaciones introducidas por las normas que prevén nuevas formas mixtas de gestión y de asistencia pública-privada; b) la transferencia para las comunidades locales de los ingresos y de la gestión de los servicios sociales para ancianos y usuarios de los servicios de salud mental; este proceso de descentralización podría aumentar las desigualdades geográficas en la disponibilidad de este importante tipo de intervención; c) las nuevas desigualdades que pueden surgir del uso de los servicios especializados, sobre todo aquellos de alta calidad que varían con el estatus social de las personas, mientras el acceso a los cuidados primarios es bastante igualitario. Igualmente, según Costa et al. (2004:112), la política reciente de racionalización de los servicios pueden contribuir para generar nuevas desigualdades, especialmente en el contexto del proceso de descentralización regional en desarrollo en el sistema de salud.

Estudios más recientes confirman esta tendencia por la proliferación de diferentes sistemas de salud influenciados por las características de los respectivos sistemas de protección social regionales. Bertin y Robertson (2013) identificaron, por ejemplo, 7 grupos homogéneos de regiones italianas, como resultado de un análisis *cluster* basado en variables y criterios institucionales y socioeconómicos, tales como la prevalencia del sistema de financiación (público o privado), el papel de los diferentes actores en la provisión de los servicios (estado, privado y tercer sector) y las modalidades de control de los diferentes sistemas regionales.

Estos desarrollos pueden contribuir al aumento de las desigualdades en la protección social de los ciudadanos residentes en las diferentes regiones del país, incluyendo las desigualdades en el acceso a los servicios de salud. La investigación de Granaglia y Compagnoni (2007) presenta diferencias significativas entre las regiones del sur de Italia y las regiones del centro y del norte del país, tanto respecto a la mortalidad infantil (5,3‰ en comparación con 3,3‰), como en relación a los resultados evitables, tales como la mortalidad por diabetes en el grupo de edad inferior a 55 años y la mortalidad por cáncer de la mama.

## **5. Portugal: segmentación del sistema de salud y desigualdad en el acceso a la atención sanitaria**

Desde su constitución en 1979 el Sistema Nacional de Salud (SNS) se enfrentó a diversos problemas, entre los cuales cabe mencionar la financiación insuficiente, la concentración de recursos en el sector hospitalario, la escasa coordinación entre cuidados primarios y secundarios y las desigualdades en el acceso debido a una fuerte presencia del sector privado (Bentes et al., 2004). Una etapa

importante del proceso de reforma fue contemplada en la Ley de 1990, la *Lei de Bases da Saúde* (Portugal, 1990) y por el *Estatuto do Serviço Nacional de Saúde* (Portugal, 1993), incorporando algunos elementos de las políticas neoliberales en boga en aquel periodo en los países occidentales. El mayor papel atribuido al sector privado en la prestación de cuidados y en la financiación provocó una diferenciación de acceso a los servicios de salud y puso nuevamente el interés en el problema de la equidad.

El desarrollo económico y social del país, unido a las políticas de salud implementadas a partir de la creación del SSN (1979), consiguió mejorar la salud de la población y satisfacer muchas de sus necesidades. En ese sentido, el informe de la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2010) que evaluó el desempeño del sistema de salud portugués destaca las significativas mejorías de los indicadores de salud de la población, tales como: el aumento de la esperanza de vida; la reducción de la mortalidad infantil, la más alta de la UE en 1980 y actualmente una de las más bajas de la UE27; la disminución de la tasa de mortalidad en personas con menos de 65 años de edad. Pero no se registraron progresos semejantes en otros indicadores, como el estado de salud autopercebido, la esperanza de vida sin incapacidad y los potenciales años de vida perdidos prematuramente, que continúan bajos en relación a otros países de la UE15 (WHO, 2010). El tema de la desigualdad en salud permanece siendo, por tanto, un aspecto crítico de la sociedad portuguesa.

De hecho, a pesar de que la equidad ha sido considerada como un objetivo central en las políticas de salud de los últimos 30 años, varios estudios (Van Doorslaer *et al.*, 2004; Oliveira e Bevan, 2003; Mackenbach *et al.*, 2008; Cabral e Silva, 2009; Pinto Leite, 2009, *apud* Bago D'Uva, 2010) evidencian situaciones de desigualdad en beneficio de los sectores socioeconómicos más favorecidos, tanto en relación al acceso y a la utilización de servicios especializados, como en relación al estado de salud. Los resultados de la investigación de Mackenbach *et al.* (2008), por ejemplo, evidencian que en Portugal las desigualdades de salud percibidas por la población entrevistada, tanto por hombres como por mujeres, son las más elevadas entre 19 países europeos cuando son asociadas al nivel de educación, y son igualmente significativas, aunque no sean las más elevadas, cuando son asociadas al nivel económico. Esta relación entre la salud y las variables socioeconómicas es confirmada por otras investigaciones. Antunes (2011) demuestra que los individuos posicionados en diferentes clases sociales experimentan trayectorias de salud y enfermedades diferentes a lo largo de su vida, pudiendo la longevidad alcanzar una diferencia de casi 13 años.

La inequidad en el acceso depende también de la concentración de los recursos de salud, sobre todo especialidades de media y alta complejidad, en los distritos de Puerto, Coimbra y Lisboa. Otros estudios, utilizando los resultados de encuestas nacionales, se concentran en la contribución de los diversos subsiste-

mas de salud en la producción de desigualdades. Para Bago D'Uva (2010:95), los beneficiarios de los subsistemas privados tienen una mayor posibilidad de utilizar servicios y especialidades médicas o de utilizarlos de forma más intensa en comparación con los beneficiarios del SNS. Aún hoy, el sistema de salud portugués se caracteriza por la presencia simultánea del Servicio Nacional de Salud y de varios subsistemas de asistencia que garantizan una doble cobertura para una porción de la población de cerca del 20% al 25% (Barros *et al.*, 2011): a) el subsistema del sector público de Protección Social a los Trabajadores en Funciones Públicas (ADSE), utilizado por cerca del 10% de la población y financiado, en su mayoría, por todos los contribuyentes; b) el subsistema del sector de seguros voluntarios; c) el subsistema de los seguros de salud privados; d) los gastos directos de las familias (que incluye tasas moderadoras y el pago directo de los servicios de salud privados), que corresponde al 23,1% del gasto total en salud.

Para Barros *et al.* (2011), la existencia de esta proporción considerable de la población que puede beneficiarse de una doble cobertura, a través de las diferentes tipologías de subsistemas de salud, revela la presencia de evidentes desigualdades en el acceso a los servicios de salud.

El aumento significativo de las tasas moderadoras, en todos los niveles de asistencia, implementado a partir de enero de 2012 (Portugal, 2011) contribuye, ciertamente, para aumentar aún más las barreras en el acceso a los cuidados de salud de la población portuguesa (Barros, 2012).

## **6. Conclusión: trazos comunes y peculiaridades de los países del Sur de Europa**

En los últimos años, algunos estudios establecieron el objetivo de determinar si los niveles de desigualdad en la salud varían entre los países europeos con diferentes regímenes de Estado de Bienestar. En ese sentido, los resultados de algunas investigaciones indican que los regímenes del Sur de Europa presentan las mayores desigualdades en salud, mientras los países con regímenes del tipo bismarckiano tienden a mostrar menores diferencias (Eikemo *et al.*, 2008).

En el caso del régimen de protección social en los países del Sur de Europa, nuestro análisis realza aspectos comunes referentes a las tendencias de los sistemas de salud y de las desigualdades, así como significativas diferencias. Relativamente a las características comunes, cabe señalar, aunque con diferentes grados y dimensiones, la existencia de desigualdades en el acceso y utilización de los servicios, en la morbilidad y mortalidad asociadas a las variables sociales y económicas, tales como la situación laboral, las condiciones del hábitat, el rendimiento, el nivel de educación y las dotaciones de capital social.

Otro aspecto a destacar es el progresivo aumento del porcentaje de gastos privados en salud de cara al total de gastos en todos los países examinados, bien a través de la proliferación de los fondos de seguros de salud, bien a través del aumento de los gastos directos de las familias (*out-of-pocket payment*), con la consecuencia de hacer sistemas de salud nacionales más desiguales.

La desigualdad de salud según el entorno geográfico constituye otro elemento observado en todos los países del Sur de Europa analizados. Existen diferencias entre: i) las regiones económicamente más desarrolladas del Norte de España y las regiones del Sur y Oeste; ii) los sistemas de salud regionales con financiación insuficiente del Peloponeso, de Grecia central y de las islas de Egeas y Iónicas, por un lado, y de la región Grande Atenas y Macedonia, por otro lado; iii) las regiones del centro y del norte de Italia y las regiones del sur; iv) los distritos de Puerto, Coimbra y Lisboa y los demás distritos del interior de Portugal.

Otro tema de interés en los países analizados, aunque con diversos niveles de aceleración y alcance de resultados, dice respecto al proceso de descentralización de los sistemas nacionales de salud. Relativamente a este tema hay que realzar la paradoja de los casos de Italia y España, donde hay evidencias de que el proceso de descentralización implementado no ha contribuido para reducir la tradicional diferencia de desempeño entre los sistemas de salud en las diferentes regiones y comunidades autónomas. Por el contrario, parece que estas desigualdades han aumentado los últimos años.

Finalmente, es importante destacar los potenciales de iniquidad inducidos por los actuales procesos de reforma al nivel nacional y regional que abordamos a lo largo del texto. En esta perspectiva, sobresalen los nuevos acuerdos institucionales introducidos en los sistemas de salud y las nuevas relaciones entre el sector público y el sector privado en la provisión de los servicios. En ese sentido, es interesante mencionar las experiencias introducidas en Italia (*Actividad intramuros o intramoenia*) y en Grecia (*Servicio vespertino y nocturno*), que permiten a los médicos de los hospitales públicos ejercer la profesión liberal tras el horario de trabajo en el mismo hospital. Esta estrategia tiene como objetivo facilitar el acceso a los cuidados especializados y reforzar la competitividad del sector público en relación al sector privado, aumentando su eficiencia. Pero, el resultado es una práctica profesional generadora de desigualdades pues crea dos categorías de ciudadanos dentro de los mismos servicios públicos.

Otro ejemplo de inducción de desigualdades por parte de los sistemas de salud consiste en el aumento de la participación de los usuarios en los gastos de salud a través de formas de copagos y tasas moderadoras. Se trata de una *praxis* ya consolidada en todos los países del Sur de Europa que introduce obstáculos financieros en el acceso y que contribuyen para acentuar las desigualdades en el sistema público de salud.

**Bibliografía**

- ACHESON, D. (1998). *Independent inquiry into inequality in health*, London: The Stationery Office.
- ANTUNES, R. (2011), The social space of health inequalities in Portugal. *Social Theory & Health* (2011) 9, 393–409.
- BAGO D'UVA, T. (2010), Equidade no sector da saúde em Portugal. In: Simões J, editor. *Trinta anos do serviço nacional de saúde*. Coimbra: Almedina; p. 83-112.
- BARROS, P. P.; MACHADO S.; SIMÕES J.. (2011), Portugal: Health system review.
- BARROS, P. P. (2012), Health policy reform in tough times: The case of Portugal. *Health Policy*, 106: 17– 22.
- BENTES, M.; DIAS, C. M., SAKELLARIDES, C., BANKAUSKAITE, V. (2004), *Health care systems in transition: Portugal*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- BERNAT, S. (2012). *Informe Bernat Soria*. Madrid: Abbot Laboratories.
- BERTIN, G.; ROBERTSON, A. (2013), Differenziazione dei sistemi di welfare: le incoerenze dei sistemi liberali e mediterranei. *Sociologia e Politiche sociali*, vol. 16, 1:63-91.
- BLACK, D.; MORRIS, J.; SMITH, C.; TOWNSEND, P. (1980). *Inequalities in health*. Department of health and Social Services.
- BLANE, D. (1997) *Inequality and Social Class*, in: Scrambler G. (ed.), *Sociology as Applied to Medicine*, London: Saunders Company.
- BORRELL, C.; PEIRÓ, R.; RAMÓN, NIEVES; P., ISABEL; COLOMER, C.; ZAFRA, E.; ÁLVAREZ-DARDET, C. (2005), “Desigualdades socioeconómicas y planes de salud en las comunidades autónomas del Estado español”, *Gaceta Sanitaria*, 19(4): 277-86.
- BORRELL C.; BENACH J. (2006). La evolución de las desigualdades en salud en Cataluña. *Gaceta Sanitaria*, 20, 5: 396-406
- BORRELL, C.; RODRÍGUEZ-SANZ, M.; GARCIA-ALTÉS, A. (2008), “Las desigualdades sociales en salud en el Estado español”. *Atención Primaria*, 40(2): 59-60
- CABRAL M.V; SILVA P. A. (2009). *O estado da saúde em Portugal*, Lisboa: Imprensas de Ciências Sociais.
- CADUM E, COSTA G, BIGGERI A, MARTUZZI M. (1999), Deprivazione e mortalità: un indice di deprivazione per l'analisi delle disuguaglianze su base geografica. *Epidemiologia Prevenzione*, 23:175-87.

- CARDANO, M.; COSTA, G.; DEMARIA, M.; MERLER, E.; BIGGERI, A. (1999), Le disuguaglianze di mortalità negli studi longitudinali italiani. *Epidemiologia e Prevenzione*, 23:141-52.
- COSTA, G., FAGGIANO, F.; CADUM, E.; LAGORIO S., ARCÀ, M.; FARCHI, G.; DEMARIA, M.; PAGANELLI F. (1994), Le differenze sociali nella mortalità in Italia. In Costa G. e Faggiano F. (coord.), *L'Equità nella salute in Italia. Rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità*, Milan: Fondazione Smith Kline, Angeli
- COSTA, G., SPADEA, T.; CARDANO, M. (2004), *Epidemiologia e Prevenzione*; 28 (3) suppl:1-160.
- COSTA-I-FONT, J.; GIL, J. (2008), What lies behind economic inequality in obesity in Spain? A decomposition approach. *Food Policy*, 33(1): 61-73.
- DALSTRA, J.; KUNST, A.; BORRELL C. ET AL. (2005). Socioeconomic differences in the prevalence of common chronic diseases: an overview of height European countries. *International Journal of Epidemiology*, 34(2): 316-326.
- DURAN. A.; LARA, J.; VAN WAVEREN, M. (2006), *Spain Health System Review*, Health System in Transition, 8,4:1-208.
- ECONOMOU, C. (2010), "Greece: Health system review", *Health Systems in Transition*, 12(7), 1-180.
- EIKEMO, T.A.; HUISMAN, M.; BAMBRA, C.; KUNST, A. E. (2008). Health inequalities according to educational level in different welfare regimes: a comparison of 23 European countries. *Sociology of Health & Illness Vol. 3 (4): 565-582*.
- EUROPEAN COMMISSION (2013). *Report on health inequalities in the European Union*. Commission staff working document. Brussels: European Commission; pp. 45.
- GARCÍA-ARMESTO, S.; ABADÍA-TAIRA, M.B.; DURÁN, A.; HERNÁNDEZ-QUEVEDO C.; BERNAL-DELGADO, E. (2010), *Spain: Health system review. Health Systems in Transition*, 2010, 12(4):1-295.
- GIARELLI, G. (2006), Il paradigma mediterraneo? Riforme sanitarie e società nell'Europa meridionale, *Salute e Società*, IV, (Supl.): 23-51.
- GIARELLI, G; SERAPIONI, M. (2006), Les inégalités devant la santé en Italie: un paradoxe aparent? *Revue Sociologie Santé*, 25,1: 279-290.
- GONZÁLES, LÓPEZ-VALCÁRCEL, B.; BARBER, PEREZ, P. (2006). *Desigualdades territoriales en el Sistema Nacional de Salud (SNS) de España*. Documento de trabajo. Madrid: Fundación Alternativas 90/2006.
- GRANAGLIA E.; COMPAGNONI, V. (2007), *Disuguaglianze sanitarie e mezzogiorno*. Roma: Ministero dello Sviluppo Economico.
- INSTITUTO DE INFORMACIÓN SANITARIA (2010) *Barómetro Sanitario 2009*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social. Disponible en:

- <http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/informe-Anual.htm>
- LEGIDO-QUIGLEY, H. (2013), Will austerity cuts dismantle the Spanish health-care systems? *British Medical Journal*, 346:f2363.
- MACKENBACH; J.P.; STIRBU, I.; ROSKAM, A-J.; SCHAAP M.; MENVILLE, G.; LEINSALU, M.; KUNST, A. (2008). Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries. *New England Journal of Medicine*; 358, 23:2468-81.
- MALMUSI, D.; BORRELL C.; BENACH J. (2010), Migration-related health inequalities: Showing the complex interactions between gender, social class and place of origin. *Social Science & Medicine*, 71:1610-1619.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, PORTUGAL (1993). Estatuto do Serviço Nacional de Saúde. *Decreto-Lei nº 11/93, de 15 de Janeiro*.
- MINISTERO DELLA SANITÀ (2001), *Piano Sanitario Nazionale 1998-2000. Un patto di solidarietà per la salute*. Ministero della Sanità, Roma.
- MOSSIALOS, E.; ALLIN, S.; DAVAKI, K. (2005), “Analyzing the Greek health system: a tale of fragmentation and inertia”, *Health Economics*, 14, S151–S168.
- OLIVEIRA, M.; BEVAN, G. (2003), Measuring geographic inequities in the Portuguese health care system: an estimation of hospital care needs. *Health Policy*; 66: 277-293.
- PEROCCO, F. (2008), Disuguaglianze sociali e salute degli immigrati, in: Tognetti Bordogna M. (org.), *Disuguaglianze di salute e immigrazione*, Angeli, Milan.
- PETMESIDOU M.; GUILLÉN, A.M. (2008), ‘Southern style’ National Health Services? Recents Reformas and Trends in Spain and Greece. *Social Policy & Administration*, 42(2): 106-124.
- PORTUGAL (1990), Assembleia da República. *Lei de Bases da Saúde. Lei nº 48/90 de 24 de Agosto, 1990*.
- PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (1993). Estatuto do Serviço Nacional de Saúde. *Decreto-Lei nº 11/93, de 15 de Janeiro, 1993*.
- PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (2011), *Decreto-Lei nº 113/2011, de 29 de Novembro. Diário da República, 1.ª série — N.º 229 — 29 de Novembro de 2011*.
- REY DEL CASTILLO, J. (1998), “Análisis del origen, situación y perspectiva de futuro del proceso de descentralización sanitario español”. *Revista española de salud pública*, N. 1. Enero-Febrero, pp. 13-24.
- SERAPIONI, M. (2010), Desigualdades sociales y salud en Italia. In Centro de Estudios Andaluces (org.), *Desigualdades en la Sociedades Contemporáneas*. Sevilla: Centro de Estudios Andaluces, 13.

- SPADEA, T. (2004), La prevenzione primaria e la diagnosi precoce. *Epidemiologia e Prevenzione*; 28 (3)suppl:1-160.
- SPADEA T.; VENTURINI L. (2004), I percorsi di cura. *Epidemiologia e Prevenzione*; 28 (3) suppl:1-160.
- TOGNETTI BORDOGNA, M. (2008), Immigrazione e disuguaglianze di salute, in: Tognetti Bordogna M. (org.), *Disuguaglianze di salute e immigrazione*, Angeli, Milan.
- TOUNTAS, Y.; KARNAKI, P.; PAVI, E. (2002), Reforming the reform: the Greek national health system in transition. *Health Policy*, 62: 15-29.
- TOUNTAS, Y.; KARNAKI, P.; PAVI, E.; SOULIOTIS K. (2005), The 'unexpected growth of the private health sector in Greece. *Health Policy*, 74: 167-180.
- URBANO-GARRIDO, R. (2012), Social inequality in health. Measuring the contribution of housing deprivation and social interaction in health. *International Journal for Equity in Health*, 11: 77. (<http://www.equityhealthj.com/content/11/1/77>)
- VAN DOORSLER, E., KOOLMAN, X., JONES, A.M. (2004), Explaining income-related inequalities in health care utilization in Europe. *Health economics*; 13(7): 629-647.
- WHITEHEAD, MARGARET (1987), *The Health Divide: Inequalities in Health in the 1980s*, London: Health Education Council.
- WHO (2010). *Portugal Health System Performance Assessment*. Copenhagen: World Health Organization.
- ZAVRAS, D; ECONOMOU C, KYRIOPOULOS, J (2004), Factors influencing dental utilization in Greece. *Community Dental Health*, 21:181-188.

Recibido: 31/10/2014

Aceptado: 24/11/2014

