ESCUELA DE DOCTORADO
INTERNACIONAL DE LA USC

Ángela
Fernández Da Silva

Tesis doctoral

POLÍTICAS DE eSALUD Y EQUIDAD EN ESPAÑA. ¿UNA OPORTUNIDAD PERDIDA?

Santiago de Compostela, 2023

Programa de doctorado en Marketing Político, Actores e Instituciones en las Sociedades Contemporáneas

TESIS DE DOCTORADO

POLÍTICAS DE eSALUD Y EQUIDAD EN ESPAÑA.

¿UNA OPORTUNIDAD PERDIDA?

Ángela Fernández Da Silva

ESCUELA DE DOCTORADO INTERNACIONAL DE LA UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

PROGRAMA DE DOCTORADO EN MARKETING POLÍTICO, ACTORES E INSTITUCIONES EN LAS SOCIEDADES CONTEMPORÁNEAS

SANTIAGO DE COMPOSTELA

AÑO 2023

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

DECLARACIÓN DEL AUTOR/A DE LA TESIS

D./Dña. **Ángela Fernández Da Silva**

Título de la tesis: **POLÍTICAS DE eSALUD Y EQUIDAD EN ESPAÑA. ¿UNA OPORTUNIDAD PERDIDA?**

Presento mi tesis, siguiendo el procedimiento adecuado al Reglamento y declaro que:

1) La tesis abarca los resultados de la elaboración de mi trabajo.
2) De ser el caso, en la tesis se hace referencia a las colaboraciones que tuvo este trabajo.
3) Confirmo que la tesis no incurre en ningún tipo de plagio de otros autores ni de trabajos presentados por mí para la obtención de otros títulos.
4) La tesis es la versión definitiva presentada para su defensa y coincide la versión impresa con la presentada en formato electrónico.

Y me comprometo a presentar el Compromiso Documental de Supervisión en el caso que el original no esté depositado en la Escuela.

En **Santiago de Compostela**, **14 de julio de 2023**.

Firma electrónica

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

AUTORIZACIÓN DEL DIRECTOR / TUTOR DE LA TESIS

POLÍTICAS DE eSALUD Y EQUIDAD EN ESPAÑA. ¿UNA OPORTUNIDAD PERDIDA?

D. Andrés Cernadas Ramos y D. Xosé María Mahou Lago

INFORMAN:

Que la presente tesis, se corresponde con el trabajo realizado por Dª. Ángela Fernández Da Silva, bajo nuestra dirección/tutorización, y autorizamos su presentación, considerando que reúne los requisitos exigidos en el Reglamento de Estudios de Doctorado de la USC, y que como directores de esta no incurre en las causas de abstención establecidas en la Ley 40/2015.

De acuerdo con lo indicado en el Reglamento de Estudios de Doctorado, declaramos también que la presente tesis doctoral es idónea para ser defendida en base a la modalidad de COMPENDIO DE PUBLICACIONES, en los que la participación de la doctoranda fue decisiva para su elaboración y las publicaciones se ajustan al Plan de Investigación.

En Santiago de Compostela., 14 de julio de 2023

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

A todas as persoas que traballan para soster

e dignificar a nosa sanidade pública

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

AGRADECIMIENTOS

Supoño que hai momentos na vida nos que se quere dicir moito, pero nos que ningunha palabra é suficiente para expresar todo o que se sinte. Supoño tamén que un deses momentos é cando tes que escribir os agradecementos dunha tese. Non hai palabras suficientes para agradecer o cariño, o apoio e a confianza das persoas que te acompañan no proceso de doutorarte. Pero eu vouno intentar:

Grazas aos profesores Andrés Cernadas e Xosé Mahou, que aceptaron desde o primeiro momento facerse cargo da dirección desta tese. Sen o seu cariño e apoio constantes; e sen os seus comentarios, achegas e correccións, sempre tan pertinentes e acertados, esta tese non sería o que é. Andrés, Xosiño: grazas por darme a tranquilidade de que contar con vós sempre foi e será un acerto. Foi un pracer traballar con vós como doutoranda e será un pracer seguir traballando con vós en todos os proxectos e inquietudes que compartimos.

Grazas aos compañeiros e compañeiras da Facultade de Ciencias Políticas da Universidade de Santiago de Compostela, en especial a Ramón Bouzas, Marta Lois e Bran Barral, cos que tiven a sorte e o pracer de compartir moitas horas de traballo; e dos que recibín moitos ánimos e aloumiños ao longo de todos estes anos de doutoramento.

Grazas tamén aos compañeiros e compañeiras da Facultade de Dirección e Xestión Pública da UVigo, que confiaron en min desde o primeiro día e me deron a oportunidade de traballar nalgo que me encanta. Enrique, Xosé, Álvaro, Óscar, Bruno, Rosa, Celso, Nacho, Adela: grazas por acollerme con tanto cariño.

Grazas a todo o alumnado que tiven nestes anos. Compaxinar o doutoramento coa docencia non sempre foi doado, pero as miñas alumnas e alumnos son unha dose de motivación que me recorda o sentido máis importante da tese, que é querer seguir traballando na Universidade.

Un agradecemento especial a todas as persoas que, malia as súas difíciles situacións, cedéronnos o seu tempo con moita xenerosidade para colaborar no traballo de campo desta investigación. Sen elas esta tese non tería sido posible.

No eido máis persoal, quero agradecer á miña familia o incalculable apoio e comprensión que me regalaron nestes anos. Meus irmáns, Alberto e Marcos; miña irmá, Nuria; meus tíos, Lucía, Miguel, Fátima e Joaquín; meu primo Aarón e miña prima Gabriela: grazas por entender os meus compromisos e as miñas ausencias, e por quererme tal como son.

Grazas ás miñas sobriñas, Lucía, Maia, Carmen e Vera; que me dan toda a enerxía que necesito para querer traballar por unha sociedade mellor para elas e para todas as mulleres.

Grazas, sempre e sobre todo, a miña nai, Montse, por darme esta e tantas outras oportunidades que ela non tivo. Por ser unha fonte de inspiración constante. Por coidarme, entenderme e alegrarse por todos os meus logros máis que polos seus propios. Mamá, este traballo e todos os meus éxitos, son teus tamén.

Grazas a algunhas persoas que comezaron esta andadura doutoral comigo pero que non puideron chegar a ver o resultado final. Meu pai, Alberto; meu avó, Tino; e miña avoa, Tita. Saber canto vos alegraríades de verme Doutora foi unha motivación moi importante para min.

Ás miñas amigas e amigos: Belén, Nerea, Pablo, Esther, Maruxa, Roberto, David, Carmen,

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Alba; grazas por apoiarme sempre nos meus propósitos, por entender os tempos da tese, aínda que iso supuxese cancelar ou pospoñer moitos plans con vós. Agardo poder corresponder todo o voso apoio e xenerosidade.

E grazas infinitas ao meu amor, por non soltarme nunca a man, por estar sempre comigo, por sosterme, apoiarme e facer seus os meus soños. Sen el esta tese non exisitiría.

Grazas a todas as persoas que ao longo deste tempo estivestes ao meu carón. Estou segura de que sen vós non tería sido posible. Agardo poder devolvervos todo o cariño e a xenerosidade que me tedes regalado nestes anos.

Grazas a todas e a todos!

USC
UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

RESUMEN

A lo largo de las dos últimas décadas, las nuevas Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) han irrumpido con fuerza en el sector público. El sector sanitario ha sido uno de los ámbitos ha experimentado un avance más acusado en lo que se refiere a la inclusión de las TIC en sus trámites y procedimientos, dando lugar a la eSalud. A pesar de los aspectos positivos que puede reportar esta digitalización, la vigencia de una serie de barreras digitales y socioeconómicas parece estar excluyendo a algunos de los colectivos más vulnerables socialmente, lo que está planteado importantes problemas de equidad sanitaria.

Siguiendo una metodología transversal, que combina enfoques de corte cualitativo –recopilación y análisis de planes de salud, test de usuarios, test heurísticos– y cuantitativo –encuesta eSalud–; se ha indagado en una serie de aspectos relacionados con la equidad en los sistemas sanitarios españoles, la inclusión de determinados colectivos en el mismo o la valoración de las personas usuarias sobre el diseño y la implementación de políticas de eSalud y los servicios ofrecidos a partir de estas.

Como resultados destacan una serie de elementos relevantes desde la perspectiva de la equidad que no han sido desarrollados convenientemente a lo largo de las fases de diseño e implementación de las políticas de eSalud en España, lo que hace que no se estén incluyendo acciones y recursos destinados a atender la particular situación de algunos de los colectivos más vulnerables. Esta falta de perspectiva de la equidad podría reportar una mala experiencia para los usuarios de los servicios digitales de eSalud, especialmente a los colectivos más vulnerables.

Por otra parte, parece que la oferta de servicios de eSalud no concuerda plenamente con las demandas que los usuarios plantean, realidad que afecta en mayor medida a los colectivos de personas vulnerables, que tienen menos oportunidades de satisfacer sus necesidades sanitarias por medios alternativos.

Se podría decir pues, que las políticas de eSalud en España no han sido diseñadas desde la perspectiva de los usuarios-pacientes, ni se ha tenido en cuenta las dificultades de acceso y uso que las TIC pueden suponer para ciertos colectivos vulnerables desaprovechando así la oportunidad de dotar de una mayor equidad de acceso y uso al SNS.

Palabras clave: políticas de eSalud; equidad, inclusión social; Sistema Nacional de Salud;

USC
UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

RESUMO

Ao longo das dúas últimas décadas, as novas Tecnoloxías da Información e a Comunicación (TIC) irromperon con forza no sector público. O sector sanitario foi un dos ámbitos que experimentou un avance máis acusado no que se refire á inclusión das TIC nos seus trámites e procedementos, dando lugar á eSalud. A pesar dos aspectos positivos que pode reportar esta dixitalización, a vixencia dunha serie de barreiras dixitais e socioeconómicas parece estar a excluír a algúns dos colectivos máis vulnerables socialmente, o que expón importantes problemas de equidade sanitaria.

Seguindo unha metodoloxía transversal, que combina enfoques de corte cualitativo –recompilación e análise de plans de saúde, test de usuarios, test heurísticos– e cuantitativo –enquisa eSalud–; indagouse nunha serie de aspectos relacionados coa equidade nos sistemas sanitarios españois, a inclusión de determinados colectivos no mesmo ou a valoración das persoas usuarias sobre o deseño e a implementación de políticas de eSalud e os servizos ofrecidos a partir destas.

Como resultados destacan unha serie de elementos relevantes desde a perspectiva da equidade que non foron desenvoltos convenientemente ao longo das fases de deseño e implementación das políticas de eSalud en España, o que fai que non se estean incluíndo accións e recursos destinados a atender a particular situación dalgúns dos colectivos máis vulnerables. Esta falta de perspectiva da equidade podería reportar unha mala experiencia para os usuarios dos servizos dixitais de eSalud, especialmente aos colectivos máis vulnerables.

Por outra banda, parece que a oferta de servizos de eSalud non concorda plenamente coas demandas que os usuarios expoñen, realidade que afecta en maior medida aos colectivos de persoas vulnerables, que teñen menos oportunidades de satisfacer as súas necesidades sanitarias por medios alternativos.

Poderíase dicir pois, que as políticas de eSalud en España non foron deseñadas desde a perspectiva dos usuarios-pacientes, nin se tivo en conta as dificultades de acceso e uso que as TIC poden supoñer para certos colectivos vulnerables desaproveitando así a oportunidade de dotar dunha maior equidade de acceso e uso ao SNS.

Palabras chave: políticas de eSalud; equidade, inclusión social; Sistema Nacional de Saúde;

USC
UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

ABSTRACT

Over the last two decades, new information and communication technologies (ICTs) have penetrated the public sector. The health sector has been one of the most advanced in terms of integrating ICT into its procedures and formalities, giving rise to eHealth. Despite the positive aspects that this digitization can bring, the existence of a series of digital and socio-economic barriers seems to exclude some of the most vulnerable groups, raising important issues of health equity.

Following a cross-sectional methodology that combines qualitative approaches -collection and analysis of health plans, user tests, heuristic tests- and quantitative approaches -eHealth survey-, we have studied a series of aspects related to equity in Spanish health systems, the inclusion of certain groups in the same or the assessment of users on the design and implementation of eHealth policies and the services offered as a result of them.

The results highlight a series of relevant elements from an equity perspective that have not been adequately developed throughout the design and implementation phases of eHealth policies in Spain, which means that actions and resources aimed at addressing the specific situation of some of the most vulnerable groups are not included. This lack of equity perspective could result in a poor experience for users of digital eHealth services, especially for the most vulnerable groups.

On the other hand, it seems that the supply of eHealth services does not fully match the demand of users, a reality that affects more vulnerable groups who have fewer opportunities to meet their health needs through alternative means.

It could therefore be said that eHealth policies in Spain have not been designed from a user-patient perspective, nor have they taken into account the difficulties of access and use that ICTs can pose for certain vulnerable groups, thus missing the opportunity to ensure greater equity in access and use of the SNS.

Keywords: eHealth policies; equity, social inclusion; National Health System;

USC
UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

PUBLICACIONES INCLUIDAS EN LA TESIS[1]

La presente investigación ha dado lugar a un total de 8 publicaciones recogidas en el *Journal Citation Reports* (JCR) y/o en SCOPUS. A continuación se exponen, por orden cronológico, las referencias de los 3 artículos que se han incluido en la presente tesis doctoral y que conforman sus capítulos empíricos.

1. Barral, B., Bouzas, R., Cernadas, A. y **Fernández, Á.** (2020). Políticas de equidad en los planes de salud: accesibilidad ¿y algo más? *Revista de Saúde Pública, 55 (31), pp.: 1-11*. DOI*:* https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055002560

   - Revista indexada en el Journal Citation Reports (JCR); Factor de impacto (5 años): 3,315; Quartil: Q3
   - Revista indexada en Scopus; Quartil: Q2

2. **Fernández, Á.**, Barral, B. y Mahou, X.M. (2022). eHealth policy in Spain: a comparative study between general population and groups at risk of social exclusion in Spain. *Digital Health,* volume 8, pp.: 1-16. DOI: https://doi.org/10.1177/20552076221120724

   - Revista indexada en el Journal Citation Reports (JCR); Factor de impacto (5 años): 4,249; Quartil: Q1
   - Revista indexada en Scopus; Quartil: Q1.

3. Cernadas, A., **Fernández, Á**., Barral, B. y Bouzas, R. (2023). Offerings and User Demands of eHealth Services in Spain: National Survey. *Journal of Medical Internet Research* (JMIR), 25. DOI: https://doi.org/10.2196/42304

   - Revista indexada en el Journal Citation Reports (JCR); Factor de impacto (5 años): 7,6; Quartil: Q1
   - Revista indexada en Scopus; Quartil: Q1.

[1] La doctoranda ha tenido un papel principal en el desarrollo y elaboración de estos trabajos, tanto en los planteamientos metodológicos como en el tratamiento y posterior análisis de los datos. Los coautores de estos trabajos, así como los directores de la tesis, se han encargado de revisar los análisis de datos y supervisar la redacción, edición y visualización del trabajo de investigación propuesto.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN 21

ESTADO DE LA CUESTIÓN 27

1. UNA APROXIMACIÓN AL ESTADO DE BIENESTAR 27

1.1. Régimenes del Estado de Bienestar 30

1.2. Modelos sanitarios en relación al Estado de Bienestar 37

2. UNA APROXIMACIÓN AL CONCEPTO DE eSALUD 41

2.1. La brecha digital 46

2.2. eSalud y la pandemia sanitaria 47

3. UNA APROXIMACIÓN AL CONCEPTO DE EQUIDAD 49

3.1. Propuestas de equidad 52

CAPÍTULOS CONTEXTUALES 57

4. EL MODELO ESPAÑOL DE BIENESTAR 57

4.1. España y el régimen Mediterráneo del Bienestar 57

4.2. Etapas de desarrollo del Estado de Bienestar en España 60

4.3. La sanidad en el Estado de Bienestar español 69

5. LA eSALUD EN ESPAÑA 72

5.1. COVID-19 y eSalud 75

6. ALGUNAS EXPERIENCIAS INTERNACIONALES EN eSALUD 78

6.1. Europa 78

6.2. Norteamérica 79

6.3. China 80

6.4. América Latina 80

CAPÍTULO METODOLÓGICO 84

7. MATERIALES Y MÉTODO 84

7.1. Objetivo general, hipótesis y preguntas de investigación 84

7.2. Objetivos específicos 87

7.3. Herramientas metodológicas empleadas 88

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

CAPÍTULOS EMPÍRICOS 102

Capítulo 8. Artículo "Políticas de equidad en los planes de salud: accesibilidad ¿y algo más?" 102

Capítulo 9. Artículo "Health policy in Spain: A comparative study between general population and groups at risk of social exclusion in Spain" 116

Capítulo 10. Artículo "Offerings and User Demands of eHealth Services in Spain: National Survey" 134

CAPÍTULOS FINALES 148

11. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN 148

11.1. Limitaciones y futuras líneas de investigación. 165

12. ALGUNAS CONCLUSIONES 168

REFERENCIAS 172

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

INTRODUCCIÓN

A lo largo de las dos últimas décadas, las nuevas Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) han irrumpido con fuerza en el sector público, ampliando considerablemente la cartera de servicios que desde las administraciones públicas se ofrece a la ciudadanía a través de medios digitales cada vez más diversos y precisos. Estos avances han supuesto, en muchos casos, una serie de facilidades para la ciudadanía, que se han ido materializando en cuestiones como la inmediatez de la información recibida, su participación en algunas cuestiones de carácter consultivo o de debate, o el acceso permanente a determinados servicios.

El sector sanitario ha sido uno de los ámbitos que, especialmente a lo largo de la última década, ha experimentado un avance más acusado en lo que se refiere a la inclusión de las TIC en sus trámites y procedimientos (Cernadas, Barral, Fernández y Bouzas-Lorenzo, 2020). El resultado de esta irrupción es lo que se conoce como eSalud.

El momento actual, marcado por la pandemia causada por la COVID-19 y la crisis sanitaria que de esta se ha derivado a nivel mundial, ha puesto de manifiesto la necesidad de contar, por una parte, con recursos capaces de proporcionar cuidados y atención sanitaria en escenarios cambiantes y, por otra parte, la importancia de disponer de información precisa, completa y fiable de manera prácticamente inmediata, para poder adoptar decisiones de enorme trascendencia sobre el bienestar y la vida de las personas y el funcionamiento de la sociedad en su conjunto (Ministerio de Sanidad, 2021). En este sentido, las nuevas tecnologías podrían ser unas importantes aliadas en la gestión de esta y otras posibles pandemias, destacando el papel fundamental de la eSalud a la hora de ofrecer apoyo inmediato en momentos de emergencia sanitaria, de mejorar la seguridad y el acceso a los servicios de salud por parte de pacientes y personal sanitario (Heinsch *et al*., 2022; Bokolo, 2021; Tebeje y Klein, 2021; Zhou, 2020); y, en definitiva, ofreciendo una gama amplia de oportunidades relacionadas con nuevos servicios, mayor productividad y facilidad en la comunicación (Colom, 2020).

En consecuencia, la eSalud, se ha ido implantando en los servicios sanitarios de la mayoría de países desarrollados a un ritmo sin precedentes. Con todo, la vigencia de una serie de barreras digitales y socioeconómicas parece estar excluyendo a algunos de los colectivos socialmente más vulnerables, lo que está planteado importantes problemas de

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO

equidad sanitaria. En este sentido, la literatura científica destaca que, sin esfuerzos proactivos para abordar estas barreras digitales, la implantación a gran escala de la eSalud, especialmente en el período más crítico de la pandemia por la COVID-19, pudo haber incrementado las desigualdades en el acceso a la salud para colectivos vulnerables (Chang *et al*., 2021).

Como se ha visto hasta aquí, la eSalud ha sido objeto de numerosos estudios, especialmente a partir de la irrupción de la pandemia a causa de la COVID-19. Estos trabajos se han dedicado a profundizar acerca de aspectos técnicos de la eSalud, en su mayoría, desde un enfoque de coste-beneficio, de la eficacia y la eficiencia en el gasto público (Ekeland *et al.,* 2010; de la Torre-Díez *et al*., 2015; Waller y Stotler, 2018). Estos aspectos economicistas, si bien son relevantes, no ahondan en las implicaciones que impactan de manera directa en las personas usuarias, especialmente en los colectivos más vulnerables. En este sentido, el propio Ministerio de Sanidad (2021) asume que uno de los retos que la eSalud tiene por delante es la mejora de las bases de datos que conforman el Sistema Nacional de Salud (SNS) y que se sustentan en estadísticas que todavía no cuentan con un desarrollo idóneo de datos relacionados con aspectos socioeconómicos, culturales y medio-ambientales de la salud, o del entorno físico, social o familiar.

Esta tesis aspira a hacer una significativa contribución académica a los estudios de la eSalud, profundizando en los aspectos menos abordados o explorados por los trabajos previos, abriendo la posibilidad a nuevas vías de estudio centradas en la salud digital desde un enfoque de la equidad.

Desde un punto de vista social, el contenido de esta tesis pretende hacer un análisis de la situación de la eSalud en España, que pueda servir para detectar cuáles son aquellos aspectos que, desde la perspectiva de la equidad, no han sido desarrollados convenientemente a lo largo de las fases de diseño e implementación de las políticas de eSalud. La revisión por parte de gestores y responsables políticos de determinados aspectos relacionados con la oferta de servicios sanitarios a través de Internet puede favorecer un mejor acceso y utilización de estos servicios, en la medida en que su oferta consiga adaptarse más y mejor a las diferentes necesidades, capacidades y expectativas de los usuarios, contribuyendo a una mejora de los servicios públicos sanitarios y a un mayor uso de la eSalud por parte de la población, con el consiguiente ahorro de tiempo y

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

desplazamientos para los usuarios**,** un importante ahorro de costes para las administraciones**;** al tiempo que se mejora la calidad y seguridad del servicio.

El abordaje de esta tesis desde la perspectiva de la equidad responde al nexo que existe entre este concepto y el de justicia social, especialmente en el ámbito sanitario. A pesar de esta relación, la mayoría los gobiernos dedican muy poca atención a las inequidades a la hora de abordar determinados problemas sociales, mientras que reivindican la justicia social como un objetivo prioritario en el desarrollo de sus políticas públicas (Marmot, 1984; Black, 1991; Pereira, 1993; Wilkinson, 1996). Como señalan, Barber y González (2006), esto es una contradicción, ya que la inequidad debe definirse en términos de "desigualdades injustas", por lo que, si se quieren corregir las injusticias en salud, se ha de abordar la equidad como un objetivo central y prioritario (Cernadas, 2008).

Cuando se habla de sanidad, incluso de la incorporación de las nuevas tecnologías al ámbito sanitario, pocas veces se hace desde la perspectiva de la equidad, sino que la óptica predominante es aquella que se centra en otros aspectos, esencialmente aquellos de corte economicista. Es decir, se habla de la sanidad en términos de costes, eficacia y eficiencia. La no incorporación de la equidad en los análisis sobre las políticas sanitarias hace que se esté sobreestudiando una dimensión importante de la sanidad, pero infrarrepresentando otro ámbito igualmente importante (Rodríguez y Barber, 2005).

Así, evaluar la equidad sanitaria requiere comparar la salud y sus determinantes sociales entre los grupos sociales más y menos favorecidos, pues como es sabido, las personas con menos recursos tienen una menor esperanza de vida y sufren una mayor morbilidad. Estas comparaciones son esenciales para evaluar si las políticas, tanto en España como en otros países, conducen hacia una mayor justicia en materia de salud o se alejan de ella. (Braveman y Gruskin, 2003).

Para ampliar los aspectos recabados hasta este punto, la presente investigación estará compuesta por un total de 12 capítulos, siguiendo el modelo de presentación de tesis por compendio de publicaciones[2].

[2] Esta modalidad de tesis se recoge en el Artículo 37 del *Reglamento de estudios de doctorado de la Universidad de Santiago de Compostela (USC)*, aprobado por el Consejo de Gobierno de dicha universidad en su sesión de 24 de julio de 2020. Resolución completa disponible en: https://www.xunta.gal/dog/Publicados/2020/20200916/AnuncioG2018-080920-0001_es.html

La primera parte la conforman una serie de capítulos teóricos. En el **Capítulo 1** se proporcionará una aproximación al concepto de Estado de Bienestar, así como a los diferentes regímenes y tipos de modelos sanitarios en relación al mismo. A continuación, el **Capítulo 2** se focalizará en el concepto de eSalud, su definición y algunos elementos estrechamente vinculados a la misma, como la brecha digital. Para finalizar este bloque de capítulos teóricos, el **Capítulo 3** planteará un acercamiento al concepto de equidad y, particularmente, la equidad en el ámbito sanitario y de la eSalud.

La segunda parte la integran un conjunto de capítulos contextuales. El **Capítulo 4** hará alusión al modelo español del bienestar, a su evolución desde comienzos del siglo pasado hasta la actualidad y a cómo se ha ido gestionando a la sanidad dentro del mismo. El **Capítulo 5** se centrará específicamente en la situación de la eSalud en España, qué objetivos persigue, qué programas se han puesto en marcha en los últimos años, cuáles son los servicios más utilizados por la ciudadanía y el impacto que ha tenido la pandemia de la COVID-19 en su desarrollo más reciente. Por último, dentro de este apartado contextual, se dedicará el **Capítulo 6** a presentar otras experiencias internacionales sobre eSalud.

Se plantea un capítulo metodológico, el **Capítulo 7**, en el que se presentarán los diferentes objetivos específicos y las herramientas metodológicas empleadas a lo largo de este trabajo.

Los capítulos empíricos se corresponden a los tres artículos académicos que conforman el compendio de publicaciones que da unidad a esta tesis doctoral. El **Capítulo 8** lo constituye el estudio denominado *"Políticas de equidad en los planes de salud: Accesibilidad ¿y algo más?",* cuyo objetivo principal es examinar el enfoque adoptado por los planes de salud de las Comunidades Autónomas (CC.AA.) en España, verificando el uso y la aplicación que se hace del concepto "equidad" en cada uno de los planes. **El Capítulo 9** se corresponde con el artículo denominado "*eHealth policy in Spain: a comparative study between general population and groups at risk of social exclusion in Spain*", cuyo objetivo principal es identificar el grado de inclusión de los portales web sanitarios de cada una de las CC.AA. en España a través del análisis de la calidad percibida, la usabilidad y los contenidos de cada uno de ellos. El **Capítulo 10** se trata de un tercer artículo denominado "*Offerings and User Demands of eHealth Services in Spain: National Survey*". Este trabajo tiene por objetivo principal revisar las diferencias

existentes entre las demandas de los usuarios y la oferta de servicios de eSalud en España y sus causas, a partir de los resultados de una encuesta de alcance nacional.

Por último, se incluyen dos capítulos finales. En el **Capítulo 11** se presenta una síntesis y discusión de los principales resultados obtenidos de acuerdo con cada uno de los objetivos centrales de los trabajos empíricos, así como las limitaciones generales de los estudios realizados y algunas posibles líneas de investigación que puedan nutrir futuras investigaciones en este ámbito de estudio. Finalmente, en el **Capítulo 12** se presentan las conclusiones de la tesis doctoral donde, en términos generales, se destaca la importancia de incorporar la equidad a los planteamientos de la eSalud.

USC
UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

ESTADO DE LA CUESTIÓN

1. UNA APROXIMACIÓN AL ESTADO DE BIENESTAR

Desde finales del siglo XIX, el Estado ha ido tomando un papel protagonista al intervenir decididamente en muchos de los espacios públicos y privados de la vida social y económica convirtiéndose, en consecuencia, en el agente más importante de la producción y reproducción de la sociedad (Picó, 1986). Este intervencionismo es el que habría moldeado los modelos preliminares de lo que se acabaría conociendo como Estado de Bienestar.

A lo largo de los años, han sido varias las aportaciones que han tratado de definir al Estado de Bienestar y acotar su ámbito de actuación, si bien la mayoría de ellas comparten lo esencial de la naturaleza del término y apuntan en una misma dirección. De manera general, Moreno y Pérez (1992) definen el Estado de bienestar como la provisión por parte de las instituciones estatales de una serie de Políticas sociales dirigidas a promocionar la igualdad de oportunidades de la ciudadanía y, en última instancia, a mejorar sus condiciones de vida. Diez-Collado (1994) y Casilda-Béjar y Tortosa (1996) van un paso más allá y aluden a ámbitos de actuación concretos del Estado de Bienestar cuando dice que este debe generar las estructuras socioeconómicas más adecuadas para la óptima calidad de vida de la sociedad en cuanto a vivienda, educación, salud e ingresos económicos.

En síntesis, el Estado de Bienestar consistiría en un conjunto de instituciones públicas compuesto por diversas entidades sociales, organizativas y normativas destinadas a elevar la calidad de vida de la población y a reducir las diferencias sociales a través de transferencias monetarias directas (pensiones, prestaciones por desempleo o asignaciones familiares) o indirectas (subsidios o productos de consumo básico), la prestación de servicios (educación o salud) y la protección de las condiciones de trabajo, del medio ambiente o de la calidad de bienes y servicios (Cazes, 1985; Klein, 1985; González y Torres, 1992) Estruch, 1996; Isuani, 2009; Buendía, 2015). Se puede decir, por tanto, que el Estado de Bienestar tiene dos pilares fundamentales: la Seguridad Social (transferencias monetarias) y la prestación de servicios públicos en especie (educación,

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO

sanidad, servicios sociales, vivienda, etc.); y que sus objetivos principales son la seguridad económica, la reducción de la desigualdad económico-social a través de la redistribución de la renta, y la eliminación o reducción de la pobreza a través de la integración social de las personas en situación de exclusión (Wilensky, 1975; George, 1983; Harvey, 1989; Muñoz de Bustillo, 1989; Bandrés, 1994; Monereo, 1995; Ochando, 2023).

Algunos autores sitúan los orígenes de este intervencionismo en los cambios producidos en el sistema capitalista tras la Revolución Industrial, que exigieron una regulación estatal de la economía de mercado, en un momento en el que la economía capitalista había dejado de ser un sistema de competencia para convertirse en un capitalismo monopolista y necesitado de intervención estatal (Ochando, 1999). Este intervencionismo, que moldea unos modelos preliminares de lo que se acabaría conociendo como Estado de Bienestar, habría sido la respuesta a los problemas surgidos de la transformación del sistema capitalista ante la incapacidad patente del Estado liberal para atender las nuevas necesidades de las sociedades postindustriales (Ashford, 1989). El Estado de bienestar habría sido, por tanto, un intento decidido por adaptar el Estado tradicional (liberal-burgués) a la nueva sociedad industrial y postindustrial (Ochando, 1999). En este sentido, García-Pelayo (1982) señala que una característica esencial del Estado de Bienestar en este período industrial fue que la cobertura social no se limitaba únicamente a las clases obreras, sino que se extendía también a las clases medias, que habían aumentado sustancialmente a consecuencia de la tecnificación del trabajo y del crecimiento del sector de servicios.

García-Cotarelo (1987) señala algunos hechos producidos a inicios del siglo XX que contribuyeron a profundizar y ampliar esta concepción inicial del Estado de Bienestar, como la expansión de la democracia y el sufragio universal en muchos países de Europa; o la crisis de 1929 y la Gran Depresión, que reafirmaron la inestabilidad del modo de producción capitalista y el reconocimiento de la necesidad de un mayor intervencionismo público. Algunas de las medidas más destacables de este período fueron la aprobación de algunas leyes como la *Old Age Pension Act* de 1908, la *National Insurance Act* de 1911 en Gran Bretaña; la *Social Security Act* o el *New Deal* de Franklin D. Roosevelt, en los años 30 en los Estados Unidos.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

En línea con lo anterior, autores como de Felice (1985) o Therborn (1989) definen el Estado de Bienestar como una confluencia histórica entre la consolidación del capitalismo, la industrialización, la burocratización de los Estados-nación; y, muy especialmente, la expansión de la democracia y el paso del sufragio limitado al sufragio universal, con la consiguiente ampliación de los derechos políticos y civiles a toda la ciudadanía. Por su parte, Flora y Heidenheimer (1981) afirman que el Estado de Bienestar nace como una respuesta a las demandas para la igualdad socioeconómica y la institucionalización de derechos sociales, políticos y civiles; una vez se produce la transformación de los Estados absolutistas en democracia de masas. De manera muy sintetizada, Dalton (1979) se refiere al Estado de Bienestar como un mecanismo para resolver los nuevos problemas que se derivan de la industrialización, la urbanización, las innovaciones científicas y la movilidad social y geográfica. Mishra (1989:11) sintetiza bien estas ideas al definir el Estado de Bienestar como un "sistema social desarrollado en algunas economías capitalistas avanzadas, basado en la creencia de que el Estado debe asumir la responsabilidad del bienestar económico y social de todos sus ciudadanos".

Otros autores apuntan a un período de inicio y desarrollo del Estado de Bienestar posterior. Concretamente, es habitual que se tome como punto de partida la legislación social impulsada por el canciller alemán Otto von Bismarck, motivada en gran medida por la buena organización del movimiento obrero de la época (Ochando, 1999), y que adquiere especial relevancia a partir de 1945, con el fin del II Guerra Mundial (Mishra, 1989; Baldwin, 1992; Ritter, 1991). Las tensiones que protagonizaron esta época obligaron a la mayoría de los estados europeos a tejer estrategias que paliasen y compensasen los daños provocados. Esta predisposición favoreció que la mayoría de los países desarrollados, especialmente los de gobiernos socialdemócratas, adoptasen la denominada doctrina del *Report Beveridge*, que trataba de paliar las desigualdades sociales devenidas de la guerra mediante la redistribución de la renta a través de la seguridad social y otras subvenciones estatales; y la política económica Keynesiana, que dio lugar a un crecimiento económico sin precedentes (Picó, 1986). Durante este período, se consolidarían en Gran Bretaña la *National Insurance Act* de 1946, la creación del *National Health Service* (1946), la *Family Allowances Act* (1945) y la *National Assistence* (1948); medidas que, en última instancia, se tradujeron en un impulso decisivo de formas

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

preliminares de lo que hoy conocemos como Estado de Bienestar (Moreno y Sarasa, 1992).

Por tanto, se puede decir que el Estado de Bienestar, de manera más o menos generalizada, se desarrolla durante los años 20 y 30 y se consolida en la década de los 40 y los 50 del siglo XX, tras la Segunda Guerra Mundial. Autores como Mishra (1989), Johnson (1990) y Ojeda (1993) han destacado una serie de elementos que influyeron decisivamente en el desarrollo del Estado de Bienestar posterior a 1945: el impacto de la guerra con el consiguiente deseo de estabilidad en Europa; la aceptación de las políticas económicas keynesianas que dieron lugar a un amplio crecimiento económico; la intervención estatal en la economía y un compromiso por conseguir el pleno empleo; la provisión pública de una serie de servicios universales y la responsabilidad estatal en el mantenimiento de un nivel mínimo de vida, entendido como derecho social y no como caridad pública para una minoría.

Algunos autores como Esping- Andersen (2000), refieren que, en ocasiones, la investigación sobre el Estado de Bienestar puede adolecer de cierta confusión conceptual, ya que son frecuentes las veces en que se hace un uso indistinto de los términos "Estado Social" y "Estado de Bienestar". Así, siguiendo a este autor, mientras el Estado Social tendría una orientación conservadora, que concibe la política social como una compensación a la inexistencia de libertades e incluso como un mecanismo de integración nacional; el Estado de Bienestar en cambio responde a un modelo que concibe la política social como la expansión de los derechos sociales y la materialización de los derechos políticos democráticos. El Estado de Bienestar implica, por tanto, una reforma social pactada que trata de integrar a las clases trabajadoras en el sistema capitalista (Rodríguez Cabrero, 1990).

1.1. Régimenes del Estado de Bienestar

El Estado de Bienestar ha actuado con un éxito considerable a lo largo de los años, fomentando la paz y la estabilidad social; defendiendo el consenso entre las distintas fuerzas sociales; y tratando de asegurar un cierto nivel de vida, de empleo y de los servicios básicos de salud y educación. (Navarro, 2004; Barr, 1992; Barr 2020; Lindert, 2004; Pons y Silvestre, 2010; Comín, 2007; del Pino y Rubio-Lara, 2013). Es decir, la

USC

intervención estatal ha emergido como la principal instancia que asegura un mínimo básico de protección social, aunque algunos autores vienen afirmando desde hace tiempo que es importante ir más allá y exigir un Estado de Bienestar que satisfaga algo más que las necesidades básicas o mínimas de protección social (Esping-Andersen, 1990).

Desde sus inicios, pero especialmente a partir de la crisis económica de los años 70 en Europa, han ido naciendo distintos postulados alrededor del Estado de Bienestar, a la vez que emergían también ciertas críticas, tanto desde la derecha más radical, que aducía una serie de barreras al crecimiento económico derivadas del intervencionismo estatal; como desde la izquierda marxista, que entendía que el Estado de Bienestar serviría de protección únicamente a las clases dominantes.

Las corrientes ideológicas conservadora, liberal y socialdemócrata, aunque desde enfoques y grados de aportación diversos, tuvieron un impacto muy significativo en el desarrollo de las estructuras de asistencia social públicas en Europa y están presentes en los distintos modelos asistenciales en Europa occidental (Moreno y Sarasa, 1992; Hemerijck, 2003).

Atendiendo a la propuesta de Ochando (1999), se podrían distinguir diferentes modelos o regímenes de Estado de Bienestar en función de tres criterios: el grado de institucionalización, el criterio político y el grado de corporatismo.

1.1.1. Modelos de Bienestar en función del grado de institucionalización

Según al grado de institucionalización de los derechos de la ciudadanía se podrían observar tres modelos: modelo residual, modelo institucional y modelo ocupacional.

Modelo Residual

Este modelo se basa en el mercado y la familia como las dos únicas vías de satisfacción de las necesidades humanas. El papel del Estado es subsidiario, por lo que las instituciones públicas de bienestar intervendrían garantizando un nivel de subsistencia

USC DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

mínimo en la prestación de determinados servicios únicamente si la familia o el mercado fallases o fuesen insuficientes, en cuyo caso se habrían de valorar previamente los recursos financieros de la persona beneficiaria para determinar si tiene derecho a percibir determinada transferencia o servicio social. De esta manera, el Estado intenta prevalece la estabilidad y el crecimiento económico. El efecto que se deriva de la política social es una elevada desigualdad (Gomá, 1996). Esto confrontaría con algunos de los objetivos de los Estados de Bienestar comentados con anterioridad, por lo que algunos autores (Roebroek, 1987, Furnis y Tilton, 1977; Therborn, 1989) no consideran este modelo, propio de gobiernos conservadores o liberal-conservadores, como un modelo de bienestar estrictamente.

Modelo Institucional o Universal

En este modelo los servicios públicos de bienestar cumplen una función primordial. Se caracteriza por la adopción de una política de pleno empleo por medio de políticas activas en el mercado de trabajo; unos altos niveles de gasto y de desmercantilización (Gomá, 1996); por la cobertura de una amplia gama de situaciones vitales (con independencia de las cotizaciones previas); y por la provisión de los mismos bienes públicos para toda la ciudadanía que se encuentra en la misma situación de necesidad, a través de la institucionalización de unos programas de bienestar que reconocen el derecho a la seguridad y al bienestar social (Korpi, 1983).

Por tanto, el Estado está comprometido con políticas activas de promoción de la solidaridad y la igualdad (Jones, 1993). Es un modelo propio de países con gobiernos socialdemócratas.

Modelo ocupacional

Se trata de un modelo intermedio que tiende a instaurar un sistema contributivo de Seguridad social vinculado al empleo, basado en transferencias y subsidios al consumo privado (Titmuss, 1981; Roebroek, 1987). La cobertura no se da en función de criterios de necesidad, sino que el modelo provee cobertura únicamente a aquellos individuos que han realizado las contribuciones o cotizaciones necesarias en el pasado, lo que se aleja de

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

una lógica de distribución equitativa, sino todo lo contrario: las personas con empleo y, por lo tanto, mayor capacidad económica, podrían beneficiarse de determinadas prestaciones sociales, mientras que aquellas sin empleo y, en consecuencia, en situación de mayor vulnerabilidad no dispondrán de la cobertura (Therborn, 1989).

1.1.2. Modelos de Bienestar según el criterio político

Si se atiende a los diferentes modelos de Estado de Bienestar según un criterio político, como lo denomina Ochando (1999), es necesario pararse en las reconocidas y acreditadas aportaciones del politólogo danés Gøsta Esping-Andersen (1990). En su obra *The three Words of Welfare Capitalism*, este autor destaca la existencia de tres tipos de regímenes del bienestar que surgen de tres factores explicativos: 1) la naturaleza de la movilización de las clases sociales, sobre todo de la clase obrera; 2) las estructuras de coalición de la clase política y; 3) el legado de institucionalización del régimen.

En base a estos tres factores distingue tres regímenes del Estado de Bienestar: Liberal, Corporatista y Socialdemócrata.

Régimen liberal del Estado de Bienestar

Este régimen se origina en las tensiones entre las necesidades de producción del capital y la movilización de sindicatos y partidos de izquierda. Las consecuencias de estas contiendas arrojaron como resultado un sistema de provisión con una filosofía restrictiva, en el que predominan los planes de seguros sociales y ayudas modestas a los colectivos más desfavorecidos, siempre que puedan acreditar una situación de vulnerabilidad que les haga merecedores de ellas, lo que genera un estigma para estas personas. Aquí, el papel del Estado de Bienestar no está centrado en los individuos, sino en la estimulación, pasiva o activa, del mercado, lo que, en consecuencia, limita el alcance de los derechos sociales y configura un orden de estratificación. Este modelo se correspondería con el modelo residual que anteriormente mencionado y, según Esping-Andersen (1990), su sistema político ideal es el liberalismo.

USC DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Régimen conservador o democristiano del Estado de Bienestar

Los orígenes de este modelo se pueden encontrar en la convivencia entre un catolicismo altamente influyente y los efectos del autoritarismo como forma de gobierno pasada. Los derechos sociales están vinculados a la clase y al estatus; y el Estado tiene un escaso impacto redistributivo, cumpliendo un papel subsidiario con respecto a la familia.

A su vez, el papel central de la Iglesia en estos regímenes compromete al Estado con la conservación de la familia tradicional, por lo que los programas de gasto restringen el acceso al sistema a los individuos o unidades familiares no tradicionales y el Estado únicamente intervendrá si cesa la capacidad de la familia para atender a sus miembros.

Este régimen distribucional se correspondería con el sistema político conservador y, con algunos matices, se relacionaría con el modelo intermedio anteriormente comentado, que tiene un fuerte componente contributivo en cuanto a la financiación y la concesión de prestaciones del sistema público de Seguridad Social.

Régimen socialdemócrata del Estado de Bienestar

Se trata de un modelo solidario que se caracteriza por la extensión del universalismo y la desmercantilización de los derechos sociales a las clases medias. La fuerza impulsora de este modelo es una socialdemocracia que pretende un Estado del Bienestar en el que se promueva la igualdad en los estándares más elevados, y no una igualdad en la cobertura de las necesidades mínimas. El Estado, a través de programas universalistas, consigue una elevada desmercantilización de las relaciones sociales, en la cual el individuo alcanza la máxima independencia personal, emancipándose de la dependencia del mercado y de la familia para conseguir un nivel de vida socialmente aceptable. Este modelo desafía al mercado construyendo una solidaridad universal a favor del Estado de Bienestar que contrasta con el modelo conservador al no esperar hasta que se agote la capacidad de ayuda de la familia, sino las capacidades para la independencia individual. El resultado es un Estado de Bienestar que asume los costes de los servicios sociales a la vez que se compromete a garantizar el pleno empleo, entendiendo el trabajo como un derecho que necesita protección, ya que un mayor número de personas trabajando implica un menor número de personas que dependerán de ayudas sociales y, por lo tanto, esto contribuye a maximizar los ingresos del Estado. Este modelo tiene muchas similitudes con el modelo universal o institucional descrito anteriormente y se corresponde con el sistema político socialista como modelo político ideal.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Estos regímenes propuestos por Esping-Andersen constituyen modelos-tipo. Así, aunque la literatura y los datos apuntan a países como Suecia, Finlandia o Dinamarca para representar el modelo socialdemócrata; Alemania, Austria, Italia o Francia, para el conservador; Estados Unidos, Inglaterra o Australia para el liberal; difícilmente los distintos países pueden constituir "casos puros", sino que es frecuente que un país pueda reunir, aunque en distinta proporción, características de más de un modelo (Esping-Andersen, 1990). Algunos autores (Ferrera, 1995; Spadaro, 2008) alertan de la existencia de otros dos modelos de regímenes de bienestar asociados a contextos muy particulares, lo que dificulta que se puedan clasificar dentro de las tres categorías propuestas por Esping-Andersen. Estos serían los modelos de Las Antípodas (Australia y Nueva Zelanda), donde, por un lado, se pueden ver estructuras similares a las propias de los regímenes liberales en cuanto a prestaciones sociales, y, por otro lado, un mercado de trabajo basado en la igualdad de derechos de las personas asalariadas, similar a lo establecido en los sistemas socialdemócratas (Spadaro, 2008); y el modelo mediterráneo (Ferrera, 1995), en el que se encuentran los países del sur de Europa y que englobaría a España[3]. También el propio Esping-Andersen, matizó estos *tres mundos del bienestar* en una obra posterior en la que reconoce la necesidad de ampliar su propuesta inicial, incorporando nuevos modelos que se ajusten mejor a la diversidad de los Estados (Esping-Andersen, 1996).

1.1.3. Modelos de Bienestar en función del grado de corporatismo

Atendiendo al último de los criterios propuestos se puede distinguir entre los modelos corporatista y pluralista.

Modelo Corporatista o integrado

La economía es regulada no sólo por el lado de la demanda sino también por el lado de la oferta. La política de bienestar social no es considerada como un dominio autónomo de

[3] Este modelo que se abordará con mayor detalle en apartados posteriores de esta investigación.

la economía o la política económica, sino que se reconoce explícitamente la interdependencia entre lo social y lo económico e, incluso, se institucionaliza dicha relación. Los poderes económicos asumen su responsabilidad social y reconocen su mutua interdependencia institucionalizando mecanismos de cooperación y consenso. La política social en los países que asumen este modelo, está incorporada a la política económica general.

Modelo Pluralista

Considera la política social como un dominio autónomo con escasos lazos con la economía (Mishra, 1986), por lo que se le reconoce una independencia total. La política social en los países que asumen este modelo, no está incorporada a la política económica general.

La Tabla 1. sintetiza la propuesta de Ochando (1999) y recoge de manera esquemática los diferentes modelos de Estado de Bienestar en función de los criterios apuntados por este autor.

Tabla 1. Modelos de Estado de Bienestar

Modelos según el grado de institucionalización	Modelos según el criterio político	Modelos según el grado de corporatismo
Modelo residual	Modelo de Estado Liberal	Modelo pluralista
Modelo institucional o universal	Modelo de Estado Corporatista	Modelo Corporatista o Integrado
Modelo ocupacional	Modelo Socialdemócrata	

Fuente: elaboración propia a partir de Ochando, 1999.

Existe abundante evidencia empírica que muestra que el modelo o régimen de bienestar explica bien el diferente grado o índice de redistribución que alcanzan los países (del Pino, 2007; Díaz-Pulido y del Pino, 2012). Así, los modelos nórdico, anglosajón y continental son los que alcanzan mayores niveles de redistribución de sus políticas

sociales, en contraposición a los países mediterráneos, bálticos y algunos de la Europa Central y del Este (Marbán, 2007; Ochando, 2023). Por tanto, el modelo de Estado del Bienestar explica bien los niveles iniciales de la desigualdad de los países y sigue explicando los niveles absolutos de desigualdad entre los diferentes países. No obstante, a partir de la crisis financiera del año 2008, se viene constatando que las desigualdades no han evolucionadao en la misma dirección en todos los países de un mismo modelo de bienestar, lo cual parece indicar que, además del modelo de Estado de Bienestar al que pertenece cada país, también entran en juego otros factores (económicos, políticos y/o sociales) que explican los niveles de la desigualdad y que, por lo tanto, es importante tener en cuenta (Ochando y Albert, 2017 y 2021).

1.2. Modelos sanitarios en relación al Estado de Bienestar

La sanidad constituye uno de los pilares fundamentales de los regímenes de Bienestar de prácticamente todos los países desarrollados. A menudo, es un ámbito que concentra buena parte del gasto público y que encuentra más apoyo por parte de la ciudadanía (Moreno-Fuentes, 2013; European Commission, 2019).

El ámbito sanitario reúne una serie de características propias que lo diferencian de otros sectores de la política social. En este sentido, Barr (2012) apunta a una serie de especificidades o circunstancias que ponen de relieve, por un lado, la importancia del ámbito sanitario por encima de otros; y, por otro lado, la necesidad de una intervención estatal en la provisión de este tipo de servicios, que se justifica en la incapacidad del mercado para funcionar como un proveedor eficiente de servicios sanitarios. En este sentido, Barr alude a cuestiones como las dificultades que se dan para estimar el precio adecuado de un determinado servicio; la inexistencia de un equilibrio básico de poder entre proveedores y compradores en el ámbito sanitario; o la inexistencia de externalidades negativas derivadas de la falta de acceso de un individuo a un determinado servicio.

El incumplimiento sistemático de algunas de estas condiciones necesarias para que el mercado pueda ocuparse de la provisión de servicios sanitarios de modo eficiente, junto con otras razones ideológicas y políticas, explica en buena medida la tradicional

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO

intervención de los Estados en este ámbito de política social. No obstante, el grado, la intensidad y el modo en que se ha venido produciendo esta intervención estatal ha variado enormemente entre países (Barr, 2012; Moreno-Fuentes, 2013; Padilla *et al.,* 2016)

Los sistemas sanitarios se pueden agrupar en tres grandes categorías vinculadas con las tipologías de Estado de bienestar de Esping-Andersen. No obstante, los países pertenecientes a cada categoría de sistema sanitario no coinciden de manera exacta con los pertenecientes a los tipos de estados de bienestar. Estas categorías serían: los sistemas sanitarios de aseguramiento fundamentalmente privado; los sistemas sanitarios de aseguramiento social; y los sistemas sanitarios universalistas (Moreno-Fuentes, 2013). En la Figura 1. se recoge de manera esquemática la relación entre los modelos de Estado de Bienestar y los sistemas sanitarios

1.2.1. Sistemas sanitarios de aseguramiento fundamentalmente privado

Se trata de sistemas en los que tanto la financiación como la provisión de los servicios sanitarios provienen des las reglas del mercado. Esto se traduce en una carencia de cobertura para importantes grupos poblacionales que, debido al alto coste de los servicios, queda excluido del acceso al sistema.

1.2.2. Sistemas sanitarios de aseguramiento social

Se trata de sistemas que limitan el papel del mercado en la financiación de la sanidad, aunque dejan un cierto margen a actores privados en la provisión de algunos servicios sanitarios. Están vinculados a esquemas de Seguridad Social a través de la participación en el mercado laboral y el pago de cotizaciones sociales, por lo que garantizan la cobertura sanitaria a las personas afiliadas a la Seguridad por la vía del trabajo y a sus familiares dependientes. En el caso de los grupos poblacionales que quedan fuera de estas condiciones, el Estado asume el coste de una cobertura sanitaria mínima, por lo que se extiende la cobertura sanitaria a la práctica totalidad de la población. Las prestaciones sanitarias pueden variar en cantidad y calidad en función del régimen de aseguramiento de cada persona, lo que implica una importante segmentación de la asistencia sanitaria. Para frenar el crecimiento del gasto, en estos sistemas se introducen mecanismos

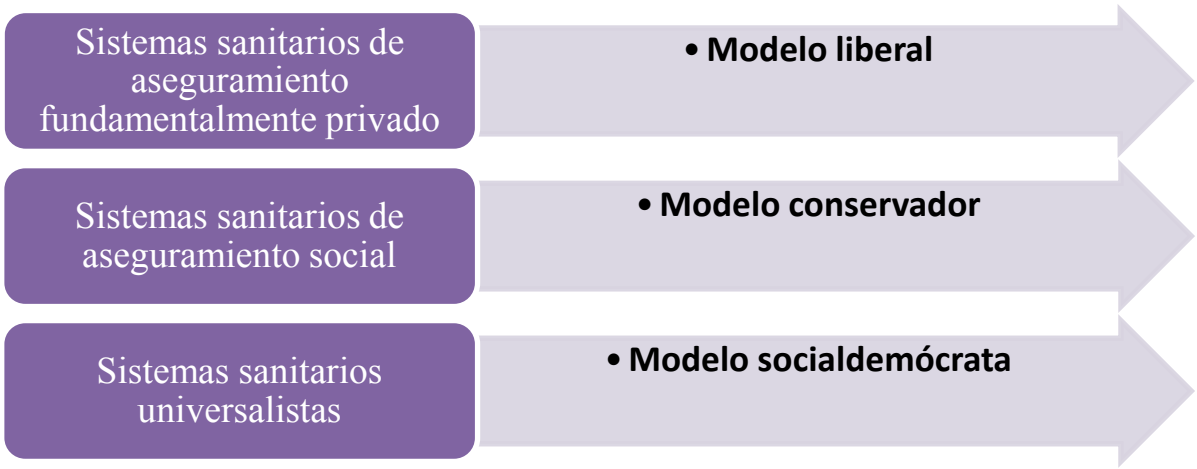
USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

moduladores de la demanda sanitaria, como el pago anticipado de las consultas de atención primaria y especializada con reembolso posterior, y copagos o tasa por día de hospitalización. Estos sistemas sanitarios serían los propios de un Estado de Bienestar Conservador o Contributivo.

1.2.3. Sistemas sanitarios universalistas

Son sistemas caracterizados por una financiación de la sanidad mediante impuestos, acceso gratuito para todas las personas residentes; y el papel del Estado como regulador, planificador, gestor y supervisor del sistema. El modelo universalista elimina la segmentación en la atención sanitaria en función de la renta o el estatus social de los pacientes.

Figura 1. Relación entre modelos de Estado de Bienestar y sistemas sanitarios



Fuente: elaboración propia a partir de Esping-Andersen, 1993

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

2. UNA APROXIMACIÓN AL CONCEPTO DE eSALUD

La sanidad ha sido uno de los primeros servicios en introducir el uso de las TIC, con una voluntad inicial de reducir costes, automatizando procesos administrativos, persiguiendo la mejora de la calidad, una mayor seguridad para profesionales y usuarios y facilitando el acceso al sistema por vía telemática a través de Internet (Criado, 2009). Esta incorporación de las TIC a los servicios de salud y su empleo en diversas tareas relacionadas con la gestión de la salud es lo que se denomina eSalud –eHealth–, sanidad electrónica o salud digital (Comisión Europea, 2009).

Concretamente, el término eSalud se ha venido utilizando tradicionalmente para describir una "*variedad de tecnologías, intervenciones digitales y herramientas electrónicas que son empleadas en diversas tareas relacionadas con la gestión de la salud y el estilo de vida*" (European Commission, 2009; Black *et al*., 2011; Cunningham *et al*., 2014; Gaddi y Capello, 2014; Gorini *et al*., 2008; Pagliari *et al.,* 2005). Progresivamente, el término de eSalud ha ido abarcando más cuestiones relevantes que no se limitan exclusivamente a elementos cuantitativos, sino que abordan también elementos cualitativos, que se refieren a los efectos que estaría produciendo la eSalud en la atención sanitaria. En este sentido, Eysenbach (2001:23) hace una de las aportaciones más contundentes sobre la eSalud, a la que se refiere como "*un conjunto de informaciones y servicios sanitarios prestados a través de Internet y tecnologías afines, abarcando a un mismo tiempo tanto el necesario desarrollo técnico como una serie de actitudes y comportamientos que tienen como fin último mejorar la atención sanitaria a nivel local, regional y mundial mediante el uso de las TIC"*.

En esta misma línea, algunas aportaciones más recientes introducen también en la definición de eSalud elementos como las potencialidades de las TIC a la hora de mejorar el acceso a la salud, la eficiencia, la eficacia, y la calidad de los procesos clínicos y de gestión para todos los actores involucrados (Fundación Vodafone, 2016; WHO, 2015; Dhingra y Dabas, 2020).

A medida que se ha ido produciendo una evolución cada vez mayor de las herramientas digitales, la noción de eSalud también se ha ido actualizando y complejizando, añadiendo

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

nuevos conceptos como la sanidad móvil (*mHealth*), la telesalud (*telehealth*), la teleasistencia o la medicina 2.0 (Boogerd *et al.,* 2015; Hughes, 2008; Van De Belt, 2010).

Algunos estudios recientes insisten en la importancia de acotar correctamente el término eSalud y todos los elementos que han ido surgiendo en relación al mismo. Shaw y sus colaboradores (2017) destacan en su trabajo la existencia de tres ámbitos dentro de la eSalud que hacen referencia a aspectos distintos de la misma: un primer ámbito de autogestión de la salud (*health in our hands)*; un segundo ámbito de interacción; y, por último, un ámbito de datos que posibilitan la salud.

El primero de los ámbitos, de autogestión de la salud, alude al potencial de la eSalud para apoyar el autocuidado de los individuos, más allá de la propia atención sanitaria o el uso de los servicios médicos. Plantea por lo tanto una distinción entre salud y asistencia sanitaria a través de la informática sanitaria personal y algunas herramientas asociadas a la eSalud, tales como: dispositivos móviles (teléfonos inteligentes, tabletas y dispositivos clínicos), sensores móviles y *wearables*, aplicaciones, redes sociales e información en línea, podómetros, relojes inteligentes, etc. Este ámbito se ve impulsado por el crecimiento exponencial del mercado de la tecnología sanitaria móvil, que ha provocado un aumento del registro y el seguimiento de los datos sanitarios personales (Swan, 2019). Según algunos informes recientes, el acceso a Internet como fuente de información, las nuevas formas de comunicación y los dispositivos y aplicaciones que permiten a los usuarios un mayor control y seguimiento de su salud, contribuyen significativamente a su empoderamiento (Fundación Telefónica, 2017), promoviendo un mayor interés por parte del usuario sobre su salud y dando lugar a lo que se podría denominar el ePaciente, es decir, un paciente más proactivo, más informado y que busca participar en las decisiones que afectan a su salud (Hernández, 2012).

El segundo ámbito de la eSalud es el que apela a la interacción y la comunicación sanitaria. Incluye una gama amplia de herramientas de comunicación, síncronas y asíncronas, como SMS, notificaciones de aplicaciones, narración de historias de pacientes a través de portales dedicados a la salud, redes sociales, herramientas de terapia virtual o simulada, etc.; que dan lugar a servicios sanitarios digitales, como consultas virtuales, clínicas de telesalud y foros de grupo en Internet a través de programas para conectarse e

USC DE COMPOSTELA

interactuar en tiempo real. Algunos de estos servicios, como las consultas a través de videollamadas, suponen, a priori, una mejora sustancial del acceso a los servicios de salud, superando los límites temporales y geográficos y ofreciendo una atención adecuada a pacientes que, de otro modo, no habrían podido recibirla debido a su ubicación o a unas condiciones físicas limitantes. El personal sanitario que participó en el trabajo de Shaw y sus colaboradores (2017), admite además que la creciente integración de herramientas digitales está siendo útil en la práctica para personalizar algunos servicios, como la prescripción de programas de terapia y rehabilitación a medida y la adaptación de programas terapéuticos con asesoramiento personalizado. Destacan también cómo las herramientas digitales están proporcionando nuevas opciones de servicio para las personas usuarias, como la terapia a domicilio con consulta, seguimiento y ajuste del programa a distancia. También se ha registrado la utilidad de las herramientas de eSalud en los cuadros médicos que requieren una colaboración profesional y revisiones de equipos multidisciplinares. Así, la sanidad electrónica estaría proporcionando nuevas formas de interacción y posibilitando nuevos modelos de atención.

El tercer ámbito atiende al uso masivo de datos relacionados con la salud, haciendo también alusión a la recopilación, gestión, análisis y aplicación de los datos sanitarios. Juegan aquí un papel especialmente relevante las historias clínicas digitales (HCD), que actúan a la vez como un depósito central de información sanitaria y como una herramienta de comunicación que permite compartir información. A pesar de los reiterados intentos por lograr una implementación global de esta herramienta, aún son abundantes los retos relacionados con la privacidad, seguridad, conectividad, integridad y calidad de los datos y desarrollo de normativa común que la facilite debido, fundamentalmente, a la creciente cantidad de datos y a la aparición de nuevas fórmulas que permiten obtenerlos por parte de los propios usuarios a través de dispositivos y monitores personales. Desde el punto de vista de los usuarios, una buena gestión de los datos manejados por la eSalud podría permitir el diseño de intervenciones personalizadas, el mantenimiento de la salud, la predicción y prevención de enfermedades o determinar la trayectoria probable de la salud de un individuo (asistencia basada en datos); y, desde el punto de vista de los profesionales, el análisis de datos complejos podría permitir al personal médico disponer de conjuntos de datos vinculados entre sí, de herramientas de apoyo a la toma de decisiones clínicas en tiempo real y, en última instancia, de la información más adecuada

USC DE COMPOSTELA

y las opciones pertinentes para orientar las mejores prácticas y personalizar la atención (Shaw *et al.,* 2017).

La literatura especializada no duda en que la aplicación de herramientas digitales a los diferentes campos de la medicina mejorará drásticamente los diagnósticos, los tratamientos y, en última instancia, los resultados sanitarios (Makin, 2018; Azzopardi *et al*., 2019; Hodson, 2018). En este sentido, son varios los trabajos que han atribuido a las TIC un carácter positivo en lo que respecta, por ejemplo, a la introducción de dispositivos digitales portátiles orientados al manejo y control de algunas enfermedades, dotando de una mayor autonomía y calidad de vida a los usuarios y favoreciendo la interacción entre éstos y los servicios de salud (Ministerio de Sanidad, 2021; WHO, 2019; Hjelm, 2005; Scheibner *et al*., 2021).

Así pues, desde el punto de vista de la salud pública la aplicación de políticas de eSalud puede reportar beneficios potenciales al conjunto de los sistemas sanitarios debido a algunas características de las TIC, como pueden ser: la capacidad de personalización y precisión, la automatización, la capacidad de predicción y de análisis de un volumen alto de datos; que dan lugar a algunos elementos positivos como la eficiencia, la seguridad, la reducción de costes o el empoderamiento de las personas usuarias (Odone *et al.,* 2019; Consejo de la Unión Europea, 2009). Mientras que otros autores han puesto el foco en la mejora que podría suponer un buen uso de las TIC a la hora de impulsar el desarrollo de la gestión sanitaria y la equidad de acceso a los servicios, con independencia de barreras geográficas y temporales (Monteagudo, 2001; González *et al.,* 2013).

Otra de las ventajas que reconoce la literatura en cuanto a la eSalud es que esta facilita una transición desde la sanidad entendida únicamente como una vía de curación a una visión más amplia que contempla la salud también desde la prevención (Odone *et al.,* 2019), tanto primaria, es decir, la que se consigue a través del uso de las tecnologías sanitarias digitales que ofrecen una autogestión de la salud y que a menudo repercuten positivamente en la distribución de los factores de riesgo conductuales (Widmer *et al*., 2015); como secundaria, la que alude a la prevención que se consigue a través de los avances que permiten identificar, cada vez con mayor facilidad, a las personas con riesgo

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

de desarrollar algunos tipos de enfermedades de base genética, o predecir la respuesta a determinados tratamientos (Tognetto *et al*., 2019).

Sin embargo, con la evolución de las TIC y la progresiva estandarización de la eSalud, también se han ido revelado una serie de limitaciones derivadas tanto de un desigual acceso y uso de las tecnologías sanitarias (Cheng *et al*., 2020; Mangin *et al*., 2019; Wilson *et al.,* 2021; Heinsch *et al*., 2021; McKee *et al*., 2019; Brall *et al*., 2019), como de la falta de una estrategia de cambio organizativo y de una orientación de las TIC más ligada a la productividad que al empoderamiento ciudadano (Lupiañez-Villanueva, 2010; Flórez y Wilches, 2017). Sobre este último aspecto, el del empoderamiento ciudadano, algunos autores advierten un doble problema: por un lado, el hecho de que el diseño de las políticas de eSalud no tenga en cuenta la opinión de los usuarios y que, por lo tanto, contribuyan a que estos no tengan un papel principal en la gestión de su salud; pero, por otro lado, parece que ese empoderamiento de los usuarios en relación a la gestión de su salud, lo que se ha denominado ePaciente, también podría estar trasladando a los usuarios la responsabilidad total sobre su salud, desligándose así una idea de que ciertos problemas o patologías médicas podrían deberse a una mala gestión por parte de las personas usuarias y no del sistema (Cernadas *et al.,* 2023). Algunos profesionales de la salud también han advertido como los programas de eSalud, especialmente los de telesalud, podrían reducir las consultas y exploraciones presenciales, en las que no sólo se analiza la sintomatología que describen los usuarios, sino que, en muchas ocasiones, se valoran y tienen en cuenta otros aspectos, como la expresión corporal, que pueden ser también muy relevantes a la hora de concluir un disgnóstico, y esto son matices importantes que se pueden estar perdiendo con la digitalización de la salud (Cernadas, Bouzas-Lorenzo, Mesa y Barral, 2020). Algunos estudios alertan también sobre preocupaciones acerca de la seguridad de los datos y las deficiencias formativas de usuarios y de facultativos en el acceso y la provisión de servicios de eSalud, así como sobre el predominio de un diseño poco adecuado de las aplicaciones (Cernadas, Bouzas-Lorenzo, Mesa y Barral, 2020). Además, como la eSalud pretende llegar a una población amplia, constantemente se generalizan sus contenidos e informaciones, lo que limita la capacidad de adaptar la educación sanitaria y las intervenciones a las necesidades individuales, arrojando finalmente un perfil estándar de usuario en el que no encajan muchos colectivos

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

vulnerables (Richardson *et al*., 2018; Cernadas, 2010). Así, aunque el auge de las TIC constituye una gran oportunidad para mejorar el acceso a la atención sanitaria, se ha planteado también la preocupación de que la implantación generalizada de la eSalud pueda perpetuar involuntariamente las desigualdades en la atención sanitaria de los grupos vulnerables y con escasos recursos (Crawford y Serhal, 2020).

2.1. La brecha digital

La OCDE (2001) define la brecha digital como las diferencias que se producen entre individuos, hogares, empresas y zonas geográficas de diferentes niveles socioeconómicos en lo que respecta a sus oportunidades de acceso a las tecnologías de la información y la comunicación. En los últimos años, el concepto ha evolucionado hasta llegar a aludir no sólo al acceso material a Internet, sino también a la exclusion digital de ciertos colectivos mediada por otros factores socioeconómicos (Colom, 2020; Barral *et al*., 2021; Borrell y Artacoz, 2008; González *et al*., 2013), que pueden conducir a una prestación desigual de la atención y a inequidades en los resultados sanitarios (Antonio y Petrovskaya, 2019).

En este sentido, la literatura apunta a la existencia de una brecha digital que reduce considerablemente los posibles efectos positivos de las TIC y que deja en situación de vulnerabilidad o exclusión social a diversos sectores de la ciudadanía, a la vez que mantiene, o incluso incrementa, las inequidades y desigualdades en los servicios sanitarios (Andreasson, 2015; Economist Intelligence Unit, 2013; Norris, 2001; van Dijk, 2005; Antonio y Petrovskaya, 2019), promoviendo que los colectivos de personas en situación de exclusión social tengan más probabilidades de sufrir también exclusión digital (Honeyman *et al*, 2020). Esta brecha digital, por tanto, estaría desplazando a la noción de equidad del núcleo de la sanidad (Heinsch *et al*., 2022).

Son varios los autores que sostienen la urgencia de un compromiso más explícito para con la equidad sanitaria, entendiéndolo como el principio básico que subyace a la eliminación, o al menos a la reducción, de las desigualdades en salud, es decir, una serie de diferencias en la salud estrechamente vinculadas a desventajas sociotécnicas, socioeconómicas o medioambientales (Calderón, 2022; NHS Constitution, 2019; Schwab, 2023; Makin, 2018; Azzopardi *et al*., 2019; Odone *et al.,* 2019), que son

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

potencialmente evitables y sistemáticas entre grupos de personas vulnerables (Antonio y Petrovskaya, 2019; Braveman, 2006; Whitehead, 1992).

Así, Khoong (2022) sostiene que, a pesar de que el debate actual parece girar en torno al acceso a Internet, la creación de políticas de eSalud debe exigir un planteamiento más global, capaz de reducir las barreras a la equidad y que reconsidere la finalidad y el valor de la eSalud, y para reducir estas desigualdades y evitar más desventajas, es necesario tener en cuenta la equidad sanitaria en todas las fases de la implantación de la sanidad electrónica (Odone *et al*., 2019; Brewer *et al.,* 2020).

2.2. eSalud y la pandemia sanitaria

La irrupción del virus SARS-CoV-2, que desencadenó la pandemia de la COVID-19 a nivel mundial en el año 2020, ha avivado el debate sobre las potencialidades de la eSalud como un conjunto de herramientas de gran utilidad en el control de esta y otras posibles pandemias, ayudando, por ejemplo, a reducir el riesgo de contagio entre profesionales y usuarios, y contribuyendo también significativamente a reducir la presión hospitalaria y la sobrecarga de los sistemas sanitarios al poder diagnosticarse y monitorizarse la COVID-19 a distancia (Koonin *et al*., 2020; Smith *et al*., 2020; Bokolo, 2020; Lukas *et al*., 2020).

La pandemia de la COVID-19, sin duda, ha alterado de manera muy significativa la forma en que se relacionan usuarios y profesionales sanitarios (Bokolo, 2020). Sin embargo, para que el sistema sanitario pueda beneficiarse de las potencialidades de las TIC en situaciones de emergencia global, se necesita el arraigo de una serie de elementos que todavía no han acabado de asentarse, como unos acuerdos de financiación flexibles, la formación adecuada del personal sanitario, un cambio significativo en las dinámicas de la gestión; así como un rediseño de los modelos de atención ya existentes (Mahajan, *et al.,* 2020; Smith *et al*., 2020). En el ámbito internacional, trabajos recientes subrayan también la importancia de diseñar un marco normativo global que regule los servicios de eHealth en situaciones de emergencia, garantizando así la equidad entre usuarios de distintos sistemas sanitarios y países (Ohannessian *et al*., 2020). Todo ello aumentaría de forma significativa las probabilidades de fortalecer los sistemas sanitarios y contribuir a

USC
UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

afrontar tanto los retos cotidianos como las situaciones de emergencia (Smith, *et al.,* 2020).

La sanidad móvil (mSalud o mHealth) ha crecido de forma significativa en los últimos años, y ha experimentado un fuerte impulso desde la irrupción de la pandemia de la COVID-19. Esta modalidad de sanidad digital se define como "*un conjunto de prácticas médicas que pueden estar relacionadas con la detección, monitorización, seguimiento o control de cuestiones relacionadas con la salud a través de dispositivos móviles, como teléfonos inteligentes (smartphones), tabletas o wearables, como relojes inteligentes*" (WHO, 2015). Así, la mHealth podría ser de utilidad en el ámbito del cuidado y bienestar personal, el cambio de conductas, la recopilación de datos sanitarios y recordatorio de medicación, la gestión de patologías, el autodiagnóstico y la rehabilitación; así como portal electrónico de los usuarios (Zhou *et al*., 2019; Kao y Liebovitz, 2017; Roess, 2017). Los resultados de algunos estudios dentro de este ámbito señalan que un buen diseño de las aplicaciones móviles sanitarias podría repercutir en un mayor empoderamiento de las personas usuarias, así como en una mejora de la adherencia a la medicación y una considerable reducción del coste de la atención sanitaria (Parmanto *et al*., 2013; Fairman *et al.,* 2013; Seto *et al*., 2012).

La oferta de estas aplicaciones móviles ha crecido considerablemente en los últimos años a raíz de la pandemia sanitaria que afectó a todos los países, mostrándose de utilidad, por ejemplo, en la monitorización de la temperatura corporal, de la frecuencia respiratoria o de la saturación de oxígeno en sangre (Tan *et al*, 2023); y también en ámbitos como la salud mental (Castro *et al*., 2021), o las patologías crónicas (Imeri, *et al*, 2021), además de aquellos otros ámbitos en los que ya se venía utilizando. No obstante, algunos estudios revelan que aproximadamente la mitad de los usuarios de aplicaciones de sanidad móvil dejan de utilizarlas por diversas razones (Zhou *et al*., 2019), como pueden ser las dificultades para introducir determinados datos; o sencillamente la pérdida de interés (Krebs y Duncan, 2015).

USC
UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

3. UNA APROXIMACIÓN AL CONCEPTO DE EQUIDAD

La equidad es un concepto amplio y difícil de sintetizar en una única expresión. Como acontece frecuentemente con otros términos en el ámbito de las ciencias sociales, la equidad presenta significados extensos, diversos de forma y difíciles de medir y operacionalizar en tanto en cuanto dependen de la lógica y la percepción particular de quien tenga que interpretarlos (Knapp, 1990).

Si se restringiese el concepto al ámbito sanitario, su alcance seguiría siendo muy amplio, incluso más si cabe, ya que la equidad en salud no concierne únicamente a la salud, sino que está estrechamente relacionada con las desigualdades sociales, lo que obliga a un abordaje mucho mayor, en el que es necesario incluir factores socioeconómicos, como la renta, la pobreza, la exclusión social; o la dimensión geográfica (Wilkinson, 1996; Sen, 2002; Marmot *et al*., 2004; Barber y González, 2006; Banerjee, 2020). Por esta razón, tal como advierte Cernadas (2008), la equidad en salud no se puede limitar a la distribución de la salud o de la asistencia sanitaria, como en muchas ocasiones se pretende, sino que las políticas sociales deberían transcender a las meramente sanitarias en tanto en cuanto la salud es un componente del capital humano que genera bienestar y, en consecuencia, debe ser analizada en el contexto tridimensional del bienestar, que incluye salud, educación y renta (Barber y González, 2006). En definitiva, la atención sanitaria no es el único determinante del estado de salud, por lo que no se puede esperar que los servicios sanitarios en exclusiva puedan dar lugar a una distribución de salud equitativa (Del Llano, 2010).

Es común que, en ese intento por acotar correctamente la equidad, esta sea equiparada o incluso confundida con la igualdad. Sin embargo, estos no son términos sinónimos y conviene tener claros los matices que separan a uno del otro. La igualdad tiene un componente descriptivo, es un concepto estático que designa un estado o resultado final; mientras que, por su parte, la equidad es un concepto esencialmente normativo, que se adentra en el terreno de los valores, normas y otras consideraciones éticas y que, por lo tanto, está en consonancia con los principios de los derechos humanos (Le Grand, 1993; Ochando, 1999); Braveman y Gruskin, 2003) y orienta sobre lo que es justo o injusto (Whitehead, 1992). Por lo tanto, la igualdad no implica necesariamente equidad (Le Grand, 1991 y 1993), ya que la primera exige unas participaciones iguales y la segunda unas participaciones justas (Knapp, 1990). Es importante abordar ambos conceptos

UdC UNIVERSIDADE DA CORUÑA

separadamente ya que, como apunta Sen (2002), la magnitud de la desigualdad en salud no puede proporcionarnos información suficiente para evaluar la equidad.

Metzger (2002) define las inequidades como aquellas desigualdades que son innecesarias, evitables, injustas e intolerables. En la misma línea, Whitehead (1992), sostiene que la equidad en salud implica que, idealmente, todos los individuos deberían tener una oportunidad justa de alcanzar su pleno potencial de salud y, más concretamente, que nadie debe verse desfavorecido en la consecución de ese potencial si esto puede evitarse. Así pues, si se pretenden corregir las injusticias en salud, se ha de abordar la equidad como un objetivo prioritario en las agendas políticas (Maynard, 1993; Mooney, 1983). Sin embargo, y aunque la equidad en el acceso a las prestaciones sanitarias constituye una preocupación para la Organización Mundial de la Salud (OMS) (WHO, 2019) y para algunos estados miembros de la Unión Europea (UE) (De Maeseneer, 2015), se ha constatado una ausencia generalizada de estrategias coordinadas para combatir las inequidades en salud (Crombie *et al.,* 2005).

Por su parte, Banerjee (2020), incorpora a su definición de equidad en salud factores socioeconómicos al sostener que, para que se produzca equidad en la prestación sanitaria, debe darse antes una igualdad de acceso a los servicios sanitarios preventivos, de promoción y curativos para toda la población, independientemente de su residencia, sexo, casta o estrato económico. Los distintos conceptos de equidad han intentado trasladar nociones de justicia a las políticas de salud (Del Llano, 2010).

A pesar de que la salud es esencial para el bienestar y para superar los efectos de la desventaja social, las inequidades en salud ponen sistemáticamente a grupos de individuos que ya se encuentran en situaciones de vulnerabilidad social, como las personas con escasez de recursos económicos y materiales, o los miembros de grupos raciales o étnicos minoritarios; en situaciones de mayor desventaja con respecto a su salud (Braveman y Gruskin, 2003). En este sentido, la literatura conviene en afirmar que los grupos desfavorecidos no sólo sufren una mayor morbilidad que los demás, sino que además experimentan la aparición de patologías crónicas y discapacidades a edades más tempranas (Wilkinson, 1996; Marmot *et al*., 2004; Cernadas, 2008; Urbanos, 2016). Por lo tanto, la equidad sanitaria debe definirse en un sentido que incluya desde la igualdad

USC
UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

del derecho a la protección de la salud hasta la igualdad en la obtención de una atención sanitaria efectiva y de calidad (Oliver y Mossialos, 2004; Urbanos-Garrido, 2016).

La equidad en salud ha sido analizada desde enfoques diversos (filosófico, político, sociológico, jurídico, económico). Estas diferentes aproximaciones, en muchas ocasiones, han incorporado a sus planteamientos el debate entre la eficiencia y la equidad. De manera general, las actuaciones en las que eficiencia y equidad mejoran conjuntamente no plantean ningún problema. Sin embargo, los casos que exigen sacrificar algo de eficiencia para mejorar la equidad sí que plantean más dudas y controversia, y son muchas las ocasiones en las que se opta por proporcionar una intervención más eficiente a una parte reducida de la población, que una intervención menos eficiente pero más equitativa para un mayor número de individuos *(*Ubel *et al.,* 1996; Ortún *et al.,* 2004).

En este sentido, algunos estudios han señalado que una distribución equitativa de los recursos puede ejercer un impacto positivo a nivel económico, favoreciendo la eficiencia a largo plazo. Así, la equidad en los sistemas de salud debería ser considerada un elemento central también en lo que se refiere a la planificación económica, en tanto en cuanto podría conducir a una reducción de la desigualdad que, a su vez, tendría un impacto y efectos positivos sobre el crecimiento económico (Berg y Ostry, 2017; Ostry *et al*., 2014). Y es que, como concluyen algunos especialistas, los sistemas sociales más equitativos parecen ser también más eficientes en la producción de salud (Elola *et al*., 1996; Wennberg y Cooper, 1998; Ortún y Meneu, 2006). Bandrés (2014) recoge esta idea y sostiene que el Estado de Bienestar, en tanto en cuanto puede contribuir a generar distribuciones más equitativas, puede generar efectos positivos sobre el crecimiento económico y la eficiencia, esencialmente por tres razones: 1) a mayor equidad mayor estabilidad política y social de los sistemas democráticos, condición necesaria para el crecimiento económico; 2) a mayor desigualdad, mayor demanda de políticas redistributivas que reducen la inversión y la tasa de crecimiento y merman el crecimiento económico y; 3) a mayor desigualdad, menor capital social, aspecto básico del desarrollo y crecimiento económico.

Sobre la base de este debate entre equidad y eficiencia, surge una clasificación que categoriza a la equidad como equidad horizontal o equidad vertical. Se entiende por equidad horizontal las situaciones en las que las personas ante igual necesidad reciben

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

también igual tratamiento, independientemente de su estatus socioeconómico (Negrín *et al*., 2019). Por su parte, la equidad vertical retrata situaciones en las que los individuos con mayor necesidad deben ser tratados más favorablemente (Del Llano, 2010).

Esta clasificación puede sintetizarse en una doble vertiente del ideal de justicia: trato igual para los que se encuentran en igual situación (equidad horizontal); y trato desigual para los que están en desigual situación (equidad vertical) (Cernadas, 2008).

3.1. Propuestas de equidad

Como ya se ha aludido con anterioridad, la equidad en salud ha sido abordada a lo largo de los años desde diversos enfoques. Esto ha dado lugar a corrientes más individualistas, como las teorías libertarias o las utilitaristas; pero también a otras concepciones más próximas a la filosofía de la justicia, que inciden en la priorización de los recursos sanitarios y tienen sus referentes inmediatos en las posiciones de Rawls o Sen (López-Casasnovas y Rivera, 2002). Estos últimos enfoques que proponen un concepto de equidad basado en una igualdad de acceso o igual tratamiento para igual necesidad, son los que reciben un mayor apoyo social y ocupan un lugar relevante entre los propósitos de la política sanitaria (Le Grand, 1991; Cernadas, 2008).

Propuesta libertaria de la equidad

La corriente libertaria entiende que sólo se puede llegar a la igualdad a través de la libertad individual, por lo que da prioridad al individualismo frente a otro tipo de valores. Esto hace que, desde esta línea de pensamiento, los problemas sociales sean entendidos como problemas individuales que, en consecuencia, deben tener también soluciones individuales y no colectivas.

Por lo tanto, una distribución es justa únicamente si ha sido causada por la acción o inacción de las personas afectadas a través de su libertad individual y sin la intervención del Estado.

En este sentido, se rechaza el derecho a la atención sanitaria en tanto puede limitar diferentes aspectos de la libertad personal, entendida esta como la ausencia de coacción;

y se propone un Estado mínimo en el que no hay espacios reservados para la protección de la salud como criterio de justicia. Sólo algunos autores estarían dispuestos a asumir un "mínimo digno" en que se podrían incluir algunos servicios sanitarios básicos, provistos por un sistema nacional de salud que, en todo caso, garantice las libertades de los individuos (Sade, 1971; Hayek, 1973). Bajo este enfoque toda redistribución se considera injusta, por lo que el derecho a la asistencia sanitaria se limita a lo obtenido en el mercado y a la beneficencia, sin tener en cuenta las condiciones de partida, por lo tanto, las discusiones sobre el concepto de justicia e igualdad no son muy útiles para abordar la equidad en salud, ni esos principios distributivos guardan concordancia con los principios enunciados en los textos legales básicos que regulan y establecen los principios de los sistemas sanitarios públicos contemporáneos (Cernadas, 2008).

Propuesta utilitarista de la equidad

El utilitarismo se puede sintetizar en la máxima "*lo mejor para el mayor número de individuo*s". Desde esta óptica, por lo tanto, la equidad respondería a una distribución que persigue la mayor felicidad o utilidad para el mayor número de personas posibles. (Bentham, 1965)

Así, el utilitarismo se desvincula de la distribución interpersonal y de las características de las personas para centrarse exclusivamente en la suma de las utilidades individuales, lo que apartaría a esta corriente de una idea de justicia aceptada por una mayoría social Colomer, 1987).

Si se restringe esta lógica utilitarista al ámbito de la salud, podrían derivarse situaciones en las que se aceptaría retirar recursos a individuos o colectivos más vulnerables (personas con escasos niveles de renta, personas mayores, enfermos terminales, etc.) para facilitárselos a otras personas que reporten mayor utilidad global; o a que se invirtiesen recursos con criterios de utilidad al margen de los criterios de justicia anteriormente comentados, que de nuevo excluiría a aquellas personas que, por ejemplo, que no tienen la posibilidad de cumplir los protocolos prescritos para ciertas intervenciones médicas debido a su escasez de recursos y que por los tanto no pueden obtener los mismos rendimientos de las mismas intervenciones Puyol, 2001; Cernadas, 2010).

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Propuesta rawlsiana de la equidad

Rawls (1979) hace una aproximación al concepto de justicia a través de una serie de principios. El segundo de ellos, denominado "Principio de diferencia", ordena beneficiar a los miembros de la sociedad menos favorecidos, en situaciones de pobreza, marginación o desamparo (Camps, 1990).

La aplicación de este principio al ámbito sanitario permitiría o facilitaría la posibilidad de que la desigualdad en salud o en la asistencia médica se diese si así se favorece a las personas más vulnerables y en mayor desventaja, de tal manera que una distribución equitativa en salud sería una distribución que maximizaría los mínimos (principio del maximín), es decir, que maximizaría el bienestar o la salud de los que tienen menos bienestar o menos salud, pero sin tener en cuenta la incidencia de sus decisiones personales e individuales en su estado de desventaja. De esta manera, se admitiría que pueden existir personas con unos niveles de bienestar que les darían derecho a recibir una atención especial, una suerte de discriminación positiva, en donde las decisiones individuales no serían valoradas como relevantes, lo cual se podría entender que se aleja del concepto de justicia en situaciones de escasez de recursos (Daniels, 1982).

Norman Daniels (1985) plantea, dentro de la teoría de Rawls, el derecho a la asistencia sanitaria como uno de los requisitos para mantener, restablecer o proveer el normal funcionamiento de las personas, algo que, en la práctica, podría desembocar en una igualdad de acceso a la asistencia sanitaria, de forma que se buscaría la equidad por la vía de un acceso equitativo.

No obstante, esta teoría minimiza aspectos relevantes que podrían impedir que la igualdad de oportunidades en el acceso se traduzca en una igualdad en la capacidad de utilización de los servicios sanitarios al no responder siempre a decisiones personales, sino que pueden deberse a condicionantes externos que están fuera del control de la persona afectada, generándose así una situación de injusticia (Cernadas, 2008).

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

La equidad sobre la base de las capacidades básicas: las propuestas de Sen y Nussbaum

Amartya Sen (2002 y 2003) ha evaluado desde distintas perspectivas la noción de equidad, centrándose en el enfoque de la capacidad de funcionar de los individuos, desde lo más elemental para estar en buena salud (alimentación adecuada, higiene personal, etc.) a lo más complejo (la autoestima, la pertenencia a la comunidad, etc.); que llevarían a tener una vida satisfactoria (Del Llano, 2010). Esta idea se conecta con un concepto de bienestar que no se basa en la utilidad, sino que se centra en los funcionamientos y las capacidades, que reflejan la libertad de los individuos y sus oportunidades reales para escoger el bienestar que deseen (Sen, 2002). El bienestar de una persona dependería, por tanto, de los funcionamientos alcanzados (Sen, 2003).

El argumento principal aquí es la capacidad de las personas para transformar los bienes en funcionamientos y, por tanto, la importancia de los recursos radica en su capacidad para ser transformados en calidad de vida y no tanto en el mero hecho de poseerlos, pues las personas enfermas, aunque dispongan de los mismos recursos iniciales, pueden estar en peor situación porque no tienen capacidad para transformarlos en bienestar (Cernadas, 2008). Lo importante no es el conjunto de bienes y recursos de los que dispone un individuo, sino lo que el individuo puede conseguir con esos bienes y recursos.

Esta propuesta busca determinar cuáles son los factores que, de manera injusta, hacen que las personas tengan un desigual acceso al bienestar, pero manteniendo en todo momento la responsabilidad de las personas sobre sus propias preferencias (Sen, 2002). Para ello, se han de tener en cuenta las condiciones iniciales y no solo los logros finales; y se han de corregir las desigualdades de partida para asegurar las mismas opciones reales para todos los individuos con el objetivo de que estos puedan elegir libremente sus funcionamientos (Puyol, 2000). La condición social (riqueza) puede actuar como una causa de desigualdad en las capacidades, pero existen otras barreras que inciden sobre las capacidades, por lo que los ingresos y los recursos han de valorarse teniendo en cuenta la capacidad de las personas para transformarlos en capacidades para funcionar (Cernadas, 2008).

La igualdad de capacidades que propone esta teoría permite incorporar aspectos sociales, culturales o personales que condicionan la igualdad de acceso a la atención sanitaria, con

USC
UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

lo que se estarían incorporando las diferencias arbitrarias entre las personas a los criterios de acceso a la sanidad.

La propuesta de Sen es una teoría liberal de la igualdad, por lo que no impone un ideal unánime de salud y recurre a la idea de responsabilidad individual para no caer en el uniformismo.

A esta teoría se le ha criticado el hecho de no presentar un listado que recogiese cuáles son los funcionamientos básicos y permitiese establecer comparaciones y distribuciones más justas, delimitando lo que es imputable a las restricciones debidas a las particularidades personales de los usuarios y lo que, por el contrario, se debe estrictamente a sus capacidades (Cuyler, 1976).

De estas críticas acaba naciendo la propuesta de la filósofa Martha Nussbaum, quien acaba formulando una lista de capacidades funcionales humanas básicas (*basic human funtional capabilities*) que se deberían asegurar para todos los individuos, con el fin de asegurar una igualdad de oportunidades real (Nussbaum, 1998).

Se trata de una lista genérica, que busca dar cabida a una pluralidad de propuestas que pueden ser debatidas, reelaboradas y, alguna de ellas, negociables (Agra, 2001), pero, en todo caso, una lista estable, que busca constituir un umbral para cada capacidad, por debajo del cual se considera que los seres humanos no pueden funcionar y, por lo tanto, el objetivo será siempre situarse por encima de ese umbral (Nussbaum, 2007).

Las políticas basadas en la igualdad de las capacidades básicas tienen un enfoque más progresista y actual que otras aproximaciones al incorporar el compromiso de modificar la desigualdad social y material existente (Puyol, 1999). Así, son varios los autores (Pereira, 1993; Puyol, 1999, 2001) que afirman que estas formulaciones que parten de las capacidades básicas serían las más apropiadas para dar una respuesta más igualitarista en el acceso a la salud, con un planteamiento más útil que las formulaciones anteriores si lo que se pretende es distribuir los recursos con justicia. Por estas razones, la equidad sobre la base de las capacidades básicas es la propuesta equitativa que se defiende en la presente tesis doctoral.

USC
UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

CAPÍTULOS CONTEXTUALES

4. EL MODELO ESPAÑOL DE BIENESTAR

La mayoría de autores y autoras que han estudiado el modelo de bienestar español, han destacado una peculiar combinación entre factores económicos y políticos que ha repercutido en un desarrollo propio y particular de su Estado de Bienestar (Merkel, 1995; Comín, 1992).

Algunos autores han explicado la evolución y expansión del Estado de Bienestar en España a partir de una combinación de factores económicos (crisis económica en los años 70, aumento del desempleo que provoca una necesidad de expansión del gasto público); factores políticos (proceso de democratización y transformación institucional; y factores demográficos (progresivo envejecimiento de la población) González-Páramo *et al*.,1994).

Tradicionalmente, a España se le ha integrado, junto con otros países del sur de Europa, en un modelo denominado Modelo o Régimen Mediterráneo de Bienestar (Moreno y Sarasa, 1992; Ferrera, 1995; Moreno, 2001).

4.1. España y el régimen Mediterráneo del Bienestar

El modelo de Estado de Bienestar español se ha ido configurando progresivamente como una suerte de "vía intermedia" con relación a los modelos clásicos propuestos por Esping-Andersen (1990), que debe afrontar retos particulares debido a su naturaleza distinta que pasa, fundamentalmente, por la consolidación del proceso descentralizador y el establecimiento de nuevas relaciones mixtas entre Estado, mercado y asociacionismo sin ánimo de lucro (Moreno y Sarasa, 1992). Así, junto con otros países del sur de Europa, como Italia, Grecia o Portugal; España se integraría en el denominado Régimen Mediterráneo del bienestar (Moreno, 2001).

Las características de este modelo están asociadas a un particular contexto histórico y evolución política y socioeconómica de los países que lo integran. Así, la industrialización

USC DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

tardía, los largos períodos de autoritarismo, o el papel protagonista de la Iglesia; serían algunos de los aspectos que más influencia han ejercido en la configuración de este modelo y que explican el desarrollo de su Estado de Bienestar de manera tardía y apresurada, que dan lugar a un régimen de bienestar público rudimentario y semiinstitucionalizado, con un bajo compromiso por el pleno empleo y donde el peso de la familia juega un papel fundamental (León y Pavolini, 2020; Ochando y Albert, 2017).

Esta última idea ha desembocado en lo que algunos autores han denominado el carácter "familista" de este modelo, que consiste en el reconocimiento de la familia como una institución primaria y central en la provisión de bienestar y protección, que opera por defecto, es decir, por inhibición de la intervención de los poderes públicos; y que se legitima socialmente en la importancia que se concede a la solidaridad entre generaciones, sobre todo entre miembros de una misma familia (León y Salido, 2016). La centralidad de la familia como proveedora de bienestar ha permitido mantener unos esquemas de asistencia mínimos, con una función pública débil en la socialización de los cuidados, y la protección a las familias más vulnerables (Esping-Andersen, 2000 y 2007).

En lo que respecta a la sanidad, estos regímenes se caracterizan por un enfoque universalista de sus sistemas sanitarios, entendiendo la sanidad como un derecho básico de la ciudadanía y haciendo esta premisa implícita en las Cartas Magnas de los países que adoptan este modelo, los cuales han dedicado importantes esfuerzos a lo largo de las últimas décadas a ejecutar una diversas reformas con el objetivo de establecer unos servicios nacionales de salud accesibles para el conjunto de la población financiados a cargo de los presupuestos generales del Estado, con una organización y unas normas uniformes y de libre acceso para toda la ciudadanía (Ferrera, 1995; León y Pavolini, 2020).

Otra particularidad significativa de los sistemas de salud del modelo mediterráneo es la confluencia entre lo público y lo privado. Mientras que en los países del norte de Europa el establecimiento de un servicio nacional de salud ha supuesto una expulsión masiva de los proveedores privados del sector sanitario; en el sur de Europa el sistema nacional de salud convive muy a menudo con centros externos que, aunque tienen titularidad privada, también reciben parte de financiación y recursos públicos, lo que hace que, con frecuencia, asuman más beneficios y ventajas (Ferrera, 1995; Flaquer, 2004).

USC
UNIVERSIDADE DE COMPOSTELA

En el caso particular del contexto español, la constante agitación social y política durante el siglo XIX hizo que, en muchas zonas geográficas, la Iglesia Católica actuase como principal, e incluso única, proveedora de servicios de educación y asistencia sanitaria a colectivos vulnerables como la infancia o las personas mayores y/o enfermas. Esto, junto a la tradicional abstención de los poderes públicos españoles en materia de asistencia en aquel momento, dotó a la Iglesia Católica de un margen de intervención asistencial comparativamente superior al de la mayoría de los otros países europeos (Moreno y Sarasa, 1992). Sin embargo, conviene subrayar también que algunos programas de bienestar del sur de Europa ofrecen unas prestaciones generosas en comparación con otros países europeos y esto, en algunos momentos críticos, ha sido más importante que la Iglesia y su doctrina social (Ferrera, 1995).

En defintiva, un régimen dictatorial que se prolongó a lo largo de casi cuatro décadas, el consiguiente retraso en el proceso de modernización, el peso de la Iglesia Católica en general y como proveedora de asistencia social en particular, o la posición central de la familia; tuvieron un destacado papel en los primeros pasos de lo que posteriormente sería el sistema español de asistencia, protección y previsión y seguridad social (Moreno, 2009).

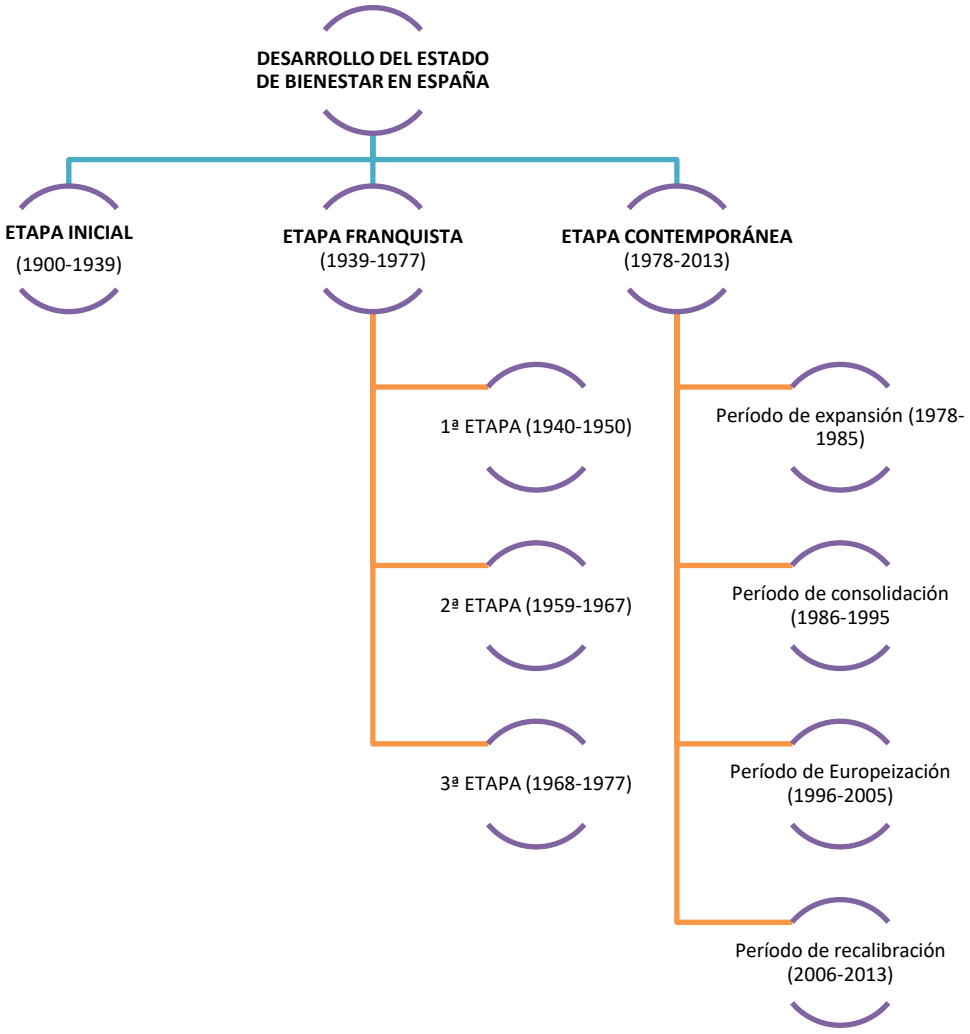
Estos elementos, junto con la presencia de gobiernos socialistas y el particular desarrollo autonómico, han conducido en España a lo que algunos autores han denominado una "vía media" (o intermedia) al bienestar (Pons y Silvestre, 2010; Sarasa y Moreno, 1995), esto es, un modelo que combina elementos de las dos tradiciones del bienestar dominantes en Europa: la conservadora y la socialdemócrata (Navarro, 1998; Moreno, 2010); una combinación compleja si se tienen en cuenta las desavenencias ideológicas entre ambas tradiciones, lo cual ha dado lugar a un bienestar irregular, en el que han coexistido paralelamente procesos de universalización de algunos servicios, como la sanidad; con un sistema de Seguridad Social de carácter contributivo, que ejercía discriminaciones en función de la situación laboral o del nivel de contribución.

Para analizar con detenimiento la evolución del Estado de Bienestar en España, conviene retrotraerse hasta principios del siglo XX, fecha en la que algunos autores sitúan una versión preliminar de lo que más tarde constituiría el sistema de asistencia y protección. A partir de este punto, la literatura identifica tres grandes períodos importantes en la evolución del Estado del Bienestar: una primera etapa, que comprende los primeros años

USC UNIVERSIDADE

del siglo XX hasta el final de la II República; una sigueinte etapa que coincide con el período de la dictadura franquista; y, por último, una tercera etapa más contemporánea que abarca desde el inicio de la democracia hasta la actualidad. Se puede ver una síntesis de estos períodos en la Figura 2.

Figura 2. Etapas del desarrollo del Estado de Bienestar en España



Fuente: elaboración propia

4.2. Etapas de desarrollo del Estado de Bienestar en España

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Etapa inicial (1900-1939)

En el año 1903 se crea el Instituto de Reformas Sociales, que cinco años más tarde se convertiría en el Instituto Nacional de Previsión Social, cuyo plan inicial era construir un sistema de previsión social voluntario y privado. Sin embargo, la inestabilidad económica y social del momento no tardaron en hacer comprender a los dirigentes las limitaciones y los riesgos de un sistema de carácter voluntario (Gálvez, 2010). En consecuencia, se elaboró un proyecto para construir un sistema de seguros obligatorio que diera cobertura en la jubilación, la enfermedad, el desempleo y la maternidad; sin embargo, la dictadura de Primo de Rivera paralizó el proyecto.

Durante la Segunda República Española se retomó la idea del sistema de seguros obligatorios, descartando el seguro por desempleo, alegando que las reformas en materia económica que paralelamente se estaban llevando a cabo serían suficientes para frenar el desempleo; pues el movimiento obrero en España, en línea con lo que estaba sucediendo también en la mayoría de países europeos, no tuvo inicialmente un papel activo en la concepción de los sistemas de asistencia social públicos. Esto se debe en gran medida a que el movimiento anarquista, opuesto a colaborar en ninguna propuesta institucional, tuvo una presencia importante en el movimiento obrero, especialmente en Cataluña y en el sur de España (Álvarez-Junco, 1986).

Esto hizo que los obreros adoptaran actitudes divergentes ante las reformas sociales, lo que sin duda restó influencia obrera directa en la conformación posterior de la política social española (Moreno y Sarasa, 1992). Así pues, los inicios del Estado de Bienestar español durante este perido estuvieron marcados por la debilidad de las clases medias, la división en el movimiento obrero y las luchas entre religiosos y anticlericales; dificultando consecuentemente el establecimiento de un consenso social.

Franquismo (1939-1977[4])

La dictadura del general Francisco Franco supuso un punto de inflexión crucial en el avance hacia un Estado de Bienestar. Las características del régimen, como ya se ha

[4] Se toma como referencia para acotar el final del período franquista la celebración de las primeras elecciones democráticas y no la muerte del dictador Francisco Franco, en conveniencia con las interpretaciones y aportaciones de diversos autores de referencia en el ámbito de la ciencia política.

referido previamente, han condicionado en gran medida el modelo actual de Estado de Bienestar en España. Este período puede dividirse en tres etapas.

La primera etapa corresponde a la década **de 1940 a 1950**. Constituye un período caracterizado por un marcado paternalismo católico-conservador, el cual inspiró la elaboración del Fuero del Trabajo, una de las ocho Leyes Fundamentales del franquismo. Entre los principales puntos de esta ley se encuentan: el derecho y deber del trabajo, el derecho al descanso, a una retribución justa del trabajo, al subsidio familiar, a la seguridad y continuidad en el trabajo, a la seguridad en el infortunio y a los seguros sociales. Un aspecto a destacar de esta norma era la consideración de la situación social de las mujeres: las proclamas franquistas aseveraban que las tareas de las mujeres eran las relacionadas con sus hogares, mientras que, por su parte, la Seguridad Social española estaba orientada a la protección de los trabajadores cotizantes con actividad laboral, por lo que la situación de las mujeres quedaba en la mayoría de los casos supeditada a la actividad laboral de sus progenitores o cónyuges y, en definitiva, desprotegida fuera del ámbito familiar. Otra de las propuestas durante este período fue la creación del SOVI (Seguro Obligatorio para la Vejez y la Invalidez), es decir, un sistema de reparto de cotizaciones que cubría solo a trabajadores industriales de bajos ingresos. En 1942 se creó el Seguro de Enfermedad para el mismo colectivo. Este tenía unas prestaciones de duración limitada independientemente del estado de salud de la persona asegurada y los servicios médicos se prestaban indistintamente por entidades públicas y privadas concertadas. Esto dejaba a la población sin recursos y sin seguro, que era la mayoría, a merced de una asistencia sanitaria ligada a la beneficencia y de escasa calidad.

La segunda etapa, de **1959 a 1967,** estuvo caracterizada por una serie de reformas, especialmente en el plano económico, que eran indispensables para la integración de España en algunas instituciones internacionales, como el Fondo Monetario Internacional (FMI) o la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE); y que fueron llevadas a cabo por tecnócratas de una marcada orientación católica, que, en buena medida, fue la esencia de los cambios llevados a cabo durante este período. Una de las medidas más emblemáticas fue el Seguro obligatorio de desempleo, del año 1961, impulsado con el objetivo de atenuar los efectos de una recesión económica que se preveía inminente. Durante este período, se avanzó también en la construcción de una Seguridad Social que mejorase el sistema de protección social. Así, en 1963 se estableció el Salario

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO

Mínimo Interprofesional (SMI) y se promulgó la Ley de Bases de la Seguridad Social, con una vocación universalista y que otorgaba al Estado y a las mutuas laborales la capacidad de suscribir seguros de accidentes y de enfermedades y se reconocía estatutariamente la responsabilidad pública en la financiación de los seguros sociales. Esta modernización estaba diseñada desde el centro del Régimen franquista con la finalidad última de mantener bajo control las posibles situaciones de conflicto social mediante la represión política y social; sin embargo, muchas de las citadas reformas que se efectuaron durante estos años, comenzaron a perfilar un nuevo tipo de sistema asistencial que se considera el procedente del Estado de Bienestar actual en España.

Finalmente, la etapa de **1968 a 1977** constituye la última fase de la política social franquista, que se desenvolvió en un contexto de crisis y transición. Durante este período se desarrolló un proceso de reformas sociales con el objetivo de promover la transición a la democracia y hacia un nuevo sistema político, social y económico, más próximo al contexto europeo. Así, el gasto social se incrementó considerablemente –aunque sin llegar a equipararse con los países del contorno europeo– mediado especialmente por la promulgación de las leyes de Educación (1970) y de Seguridad Social (1972).

En definitiva, siguiendo a Moreno y Sarasa (1992), el franquismo parece haber legado un sistema de bienestar escaso y débil, muy inspirado en principios paternalistas y conservadores, preocupado en mayor medida por la disciplina laboral de las personas trabajadoras que por procurar una equidad dentro del sistema productivo.

Etapa contemporánea

España, en relación a la mayoría de países de su entorno, se incorpora con retraso a un sistema político democrático. Aunque durante la dictadura franquista se introdujeron reformas de manera gradual, no fue hasta esta etapa contemporánea cuando las reformas de bienestar universal comenzaron a ser consideradas de manera seria por parte del gobierno (Garcés, 2000). Durante los primeros años de gobiernos demócratas, se experimentó un avance significativo en el ámbito social, tratando de dar carácter universal a las políticas sociales ya existentes y no tanto en la creación de nuevas propuestas. Dentro

USC DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

de esta etapa, se pueden distinguir cuatro períodos significativos en la evolución del Estado de Bienestar español:

USC
UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Tabla 2. Evolución del Estado de Bienestar en función del color político del gobierno entre 1982 y 2018

GOBIERNOS DE FELIPE GONZÁLEZ				GOBIERNOS DE J.M. AZNAR		GOBIERNOS DE JOSÉ LUIS R. ZAPATERO		GOBIERNOS DE MARIANO RAJOY	
1982-1986	1986-1989	1989-1993	1993-1996	1996-2000	2000-2004	2004-2008	2008-2011	2011-2015	2015-2018
Crecimiento del gasto social y aumento del presupuesto social	Expansión de los servicios sociales	Reformas de carácter universalista	Implementación de programas regionales de ingresos mínimos	Europeización de la política social	Congelación del gasto	Expansión de los servicios sociales	Medidas de contención económica y políticas de austeridad	Recortes sociales	Etapa de reajuste postcrisis
Ampliación de la cobertura sanitaria	Consolidación del Estado Autonómico	Desarrollo de organismos autonómicos en materia de asuntos sociales y políticas asistencialistas	Reforma de las prestaciones por desempleo	Recentralización de políticas cedidas a las CC.AA.	Descenso de políticas redistributivas		Niveles de gasto social por debajo de la media de la UE	Niveles elevados de deuda y déficit	
Transformación industrial	Transferencias de competencias como la sanidad a las CC.AA.	Aprobación del Plan de Pensiones no contributivas	Políticas de austeridad fiscal					Fatiga social: surgimiento de nuevos movimientos sociales	

Fuente: elaboración propia

El primer período, entre 1978 y 1985, se conoce como "**período de expansión**". Estos años resultarían claves en lo que respecta a las reformas de carácter social en España, ya que es cuando se produce un mayor crecimiento en gasto social destinado a prestaciones de la Seguridad Social, así como una acelerada ampliación de la cobertura sanitaria con perspectivas de universalización. El programa del Partido Socialista liderado por Felipe González en esos años tenía como elemento central el establecimiento de un servicio de salud nacional que imitase al modelo de Reino Unido.

Fueron varios los acontecimientos que se produjeron a lo largo de este período y que tuvieron un impacto muy significativo en la evolución del Estado del Bienestar en España: la firma de Los Pactos de la Moncloa, en el año 1977, representó el compromiso de los diferentes partidos políticos para con la democracia y la ampliación del Estado de bienestar; la ratificación de la Constitución en el año 1978 reconoció como fundamentales una serie de derechos que se alejaban de las premisas franquistas de la etapa anterior y alimentó las expectativas de un nuevo modelo; y una transformación industrial que comenzó en 1979 y se extendió aproximadamente hasta el año 1985, y que implicó un importante aumento del presupuesto social (Moreno, 2010).

Los años entre 1986 y 1995 se corresponden con el **"período de consolidación".** Este periodo estuvo marcado por la expansión de los servicios sociales en España, mediada por la acción política de los gobiernos socialistas durante los años ochenta, la consolidación del Estado Autonómico y la transferencia de competencias a las Comunidades Autónomas. Estos acontecimientos instigaron reformas en el sistema de bienestar español desde una óptica universalista, la cual fue defendida como un requisito indispensable para disminuir las desigualdades sociales (Moreno, 2010). Paralelamente, se fueron desarrollando los primeros organismos autonómicos en materia de asuntos sociales y políticas de carácter asistencial. El gasto social se descentraliza y su ejecución pasa a las CC.AA., que dedican un volumen importante de recursos económicos a servicios como los de educación y sanidad.

Otros eventos significativos fueron la aprobación del Plan de Pensiones no contributivas de 1990, el cual universaliza el sistema de pensiones; la implementación de programas regionales de ingresos mínimos; o la reforma de las prestaciones por desempleo y la reducción de los niveles de protección. No obstante, debido a las dificultades para sustentar las demandas dominantes del bienestar, la política económica del gobierno de

USC DE COMPOSTELA

González comenzó a dirigirse en mayor medida a la reducción de la inflación, la liberalización de la economía, la flexibilización del mercado laboral a expensas de la reducción de los salarios y el incremento del desempleo; y hacia la integración en Europa y en la unión monetaria, lo que hizo que se impusiese una austeridad fiscal para alcanzar la convergencia económica, en lugar de a promover políticas socialdemócratas de redistribución (Gálvez, 2000; Cousins, 1995; León y Pavolini, 2020).

El tercer período, entre 1996 y 2005, se denomina **"período de europeización".** Desde el año 1986, año en el que se hizo efectiva la entrada de España como país miembro de la Unión Europea (UE) se fueron dando una serie de hitos importantes, como la colaboración del Fondo Social Europeo y algunos programas de cohesión regional a través del Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER) que, junto con la ampliación del sistema de pensiones y el desarrollo de programas de renta mínima contribuyeron significativamente a la integración económica de España en la UE y allanaron el camino para que, posteriormente, a partir del año 1996 aproximadamente, se fuese produciendo lo que se conoce como una europeización de la política social española, y que se ha visto reflejada en eventos como la firma del *Tratado de Maastricht*, la entrada en la zona euro o la *Estrategia de Lisboa* del año 2000 (Gálvez, 2000; Moreno, 2010).

La crisis económica de mediados de los años noventa[5] y la llegada al poder del Partido Popular confirmaron un cambio en la tendencia registrada durante los últimos gobiernos del Partido Socialista. Durante el periodo de crecimiento económico entre 1995 y 2006, las políticas redistributivas fueron menos intensivas, con el consiguiente menor efecto redistributivo del gasto público social. La respuesta a estos hechos pasó, durante los gobiernos conservadores de José María Aznar (1996-2000 y 2000-2004), por una congelación del gasto y la puesta en marcha de una estrategia de "recentralización" de políticas que se habían cedido a las Comunidades Autónomas (Navarro, 2004; Moreno, 2010); y se produjo una caída sustancial en el índice de redistribución, tendencia que se ha agravado con las sucesivas crisis económicas que vendrían después: la crisis financiera

[5] La crisis económica de los años 90 fue especialmente profunda en el año 1993, período en el que el PIB arrojó datos muy negativos (-1%). Sin embargo, fue una crisis de rápida recuperación, tal y como se desliza de los datos del PIB en los años inmediatamente posteriores a 1993, que revelan cifras del 2,4%, 2,8%, 2,7%, 3,7%, 4,4%, 4,5% y 5,2% entre los años 1994 y 2000. Fuente: Banco Mundial. Disponible en: https://datos.bancomundial.org/indicator/NY.GDP.MKTP.KD.ZG?contextual=default&end=2022&locations=ES&start=1990&view=chart [Fecha de consulta: 03/06/2023]

del 2008, cuyos efectos afectaron significativamente al Estado de Bienestar (Moreno, 2010); la crisis pandémica de la COVID-19 y la crisis provocada por la guerra en Ucrania (Ochando, 2023).

Por último, entre 2006 y 2013 tiene lugar un **"período de recalibración"** propiciado por las graves consecuencias de la crisis económica del 2008, las cuales condujeron necesariamente a una etapa de reajuste que, progresivamente, llevaron a una consolidación del bienestar. La intensidad de la crisis económica del año 2008 dio lugar a la aplicación de medidas de contención económica y políticas de austeridad que afectaron directamente al gasto social y detuvieron la extensión de los servicios sociales que se venía produciendo. Desde el año 2010, España se ha consolidado como un Estado de bienestar de tamaño medio, con niveles de gasto social por debajo de la media de la Unión Europea, que debe afrontar nuevos retos, especialmente los relacionados con el envejecimiento de la población, la exclusión social y las nuevas formas de vida (Adelantado y Calderón, 2005; Maíllo, 2020; Hemerijck, 2003). Los recortes sociales aplicados entre 2008 y 2013 no han logrado reducir la deuda ni el déficit, como tampoco han promovido el crecimiento y la competitividad de la economía (Arias y Costas, 2012), mientras que sí han debilitado la cohesión y producido una fatiga social que se ha traducido en una serie de reacciones a la privatización de servicios y a la regresión del Estado de Bienestar, y que a su vez han dado lugar a nuevos y activos movimientos sociales, como las *Mareas* por la sanidad y la educación; plataformas sociales, como la *Plataforma de Afectados por la Hipoteca* (PAH); o incluso partidos políticos, como Podemos, que nació del Movimiento 15-M en el año 2011 y desde entonces, especialmente entre 2014 y 2019 , ha llegado a obtener una representación significativa en las instituciones españolas y europeas.

Con la reciente irrupción de la crisis sanitaria provocada por la Covid-19, se ha producido un cambio en la percepción que la ciudadanía tiene sobre el uso, dimensión y modalidad de los servicios públicos. Podríamos estar, por tanto, ante una nueva etapa en cuanto a la evolución del Estado de Bienestar, o al menos ante un punto de inflexión importante que puede constituir una oportunidad en la delimitación del concepto de servicio público y de las relaciones entre la ciudadanía y la administración (Mancebo-Lozano, 2021).

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Como se deduce de lo expuesto hasta aquí, la evolución de la política social en España se produce en dirección hacia un modelo cada vez más social del bienestar. A lo largo de las últimas décadas, el Estado fue aumentando progresivamente su intervención y responsabilidad en relación a los riesgos de accidentes, vejez, invalidez y supervivencia, enfermedad y desempleo; evolucionando desde la caridad y la respuesta asociativa hasta la asunción estatal de la función asistencial con la consolidación del Estado de Bienestar. (Gálvez, 2010).

4.3. La sanidad en el Estado de Bienestar español

Los modelos sanitarios se sustentan en una serie de posicionamientos ideológicos a los que las diferentes corrientes sociológicas y escuelas filosóficas sirven de marco de referencia a la hora de definir conceptos como la salud, la enfermedad, la atención sanitaria o las interconexiones que se establecen entre la Sanidad y la sociedad (Mora y Urruela, 1991).

A finales de los años ochenta, el sistema sanitario español comienza una transición desde un sistema basado en seguros sociales, cuya configuración imitaba a la de los sistemas de países centroeuropeos como Alemania o Bélgica; a ser un sistema nacional de salud (SNS) de carácter universalista, financiado exclusivamente con impuestos generales. Paralelamente, la Constitución de 1978 recogió la descentralización del Estado en 17 Comunidades Autónomas, a las cuales se les otorgan, entre otras competencias, la gestión de los servicios de salud, reservándose el Estado únicamente las competencias sobre sanidad exterior y la coordinación del sistema sanitario en general.

El nuevo sistema de salud se concreta en la Ley General de Sanidad (LGS)[6] de 25 de abril 1986 como "Sistema Nacional de Salud" (SNS), esto es, un instrumento creado por las

[6] Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado (BOE) núm. 102, de 29/04/1986. Disponible en: https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1986-10499 [Fecha de consulta: 05/06/2023]

USC UNIVERSIDADE DE COMPOSTELA

distintas CC.AA. para llevar a cabo la gestión de las responsabilidades sanitarias que les han sido traspasadas en el proceso de descentralización y cuyo cometido abarca una gama amplia de tareas, como la gestión general de los centros de salud o de las listas de espera, las compras de material y productos sanitarios, la gestión del personal, la modificación del catálogo de prestaciones o la introducción de nuevas formas de gestión, (Rey, 2007). Esta ley se promulga con la voluntad política de hacer efectivo el derecho a la protección de la salud, reconocido en el artículo 43 y concordantes de la Constitución Española del año 1978, y sienta dos principios fundamentales sistema sanitario español: por un lado, en lo que respecta a la cobertura, dicta que "son titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria todos los españoles y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional" (art. 1.2. LGS); y, por otro lado, en lo que respecta al tipo de acceso a los servicios sanitarios, la ley establece que este se producirá en condiciones de igualdad efectiva, y que la política de salud estará orientada a la superación de los desequilibrios sociales (art. 3.2 y 3.3 LGS), siguiendo la máxima de "igual acceso para igual necesidad" (Cernadas *et al.,* 2021; De Maeseneer, 2015).

El resultado de la aprobación de esta Ley da lugar a un sistema sanitario en el que, a su vez, conviven 17 subsistemas sanitarios. La atención sanitaria en este modelo se divide en Atención Primaria (AP), es decir, la atención prestada por los centros de salud y los ambulatorios; y la Atención Especializada u hospitalaria (AE), prestada por los hospitales públicos o concertados. La AP es la principal puerta de acceso al sistema, mientras que la AE atiende los servicios de urgencias y las derivaciones que recibe de los centros de atención primaria para otro tipo de intervenciones más complejas. Si bien algunas CC.AA. pueden ofrecer servicios diferentes, en los aspectos básicos el sistema es relativamente homogéneo para el conjunto del Estado (Cernadas *et al*., 2021; Rey, 2007).

Posteriormente, en el año 2003 se aprueba también la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud[7] que, junto con la anteriormente citada Ley General de Sanidad, fija los aspectos básicos de organización y coordinación entre la Administración General y las CC.AA. En su exposición de motivos recoge que se establecerán "acciones

[7] Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado (BOE) núm. 128, de 29/05/2003. Disponible en: https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-10715 [Fecha de consulta: 05/06/2023]

USC DE COMPOSTELA

de coordinación y cooperación de las Administraciones públicas sanitarias como medio para asegurar a los ciudadanos el derecho a la protección de la salud, con el objetivo común de garantizar la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud".

La cartera de servicios del SNS es una de las más amplias de la UE y es gratuita a excepción de las prestaciones farmacéuticas que suelen implicar un copago[8] entre el sistema y la persona usuaria. En la actualidad, una de las carencias más acusadas por parte de las personas usuarias tiene que ver con el acceso a la atención de la salud mental, cuyas ratios de profesionales son considerablemente inferiores a las de otros países de su entorno; y también el acceso a la atención odontológica, cuya gama de servicios financiados por el sistema es muy reducida (INE, 2017).

Cada comunidad autónoma se responsabiliza, de gestionar su sistema sanitario y proteger la salud de sus habitantes, para cuya financiación cuenta con las transferencias estatales para esta finalidad más las aportaciones propias que se consideren oportunas. Las personas usuarias están identificadas a través de una tarjeta sanitaria que les permite el acceso a los centros y servicios sanitarios de todo el sistema en los términos normativamente previstos. Por su parte, los centros sanitarios disponen de un sistema común de codificación en el SNS, que facilita la clasificación de enfermedades, medicamentos y procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Todo ello constituye la base que soporta y posibilita el flujo de datos e información y los servicios de interoperabilidad de la historia clínica o de la receta electrónica entre Comunidades Autónomas (Ministerio de Sanidad, 2021).

[8] El Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones; regula la aportación de las personas usuarias y sus beneficiarios en la prestación farmacéutica, estableciendo un porcentaje de aportación genérico, así como un límite mensual aplicable en función de la renta para las personas jubilas o con patologías crónicas. La normativa indica que la aportación del usuario será proporcional al nivel de renta. Actualmente, además de este sistema de copago, hay algunos elementos médicos como las prótesis (gafas, protesis dentales), o algunos de carácter ortopédico que también quedan excluidos de la cartera de servicios del SNS.

USC

5. LA eSALUD EN ESPAÑA

En las últimas dos décadas, en España se han ido aprobando una serie de normativas, como la ley de acceso electrónico de los ciudadanos a los Servicios Públicos[9] o, más recientemente, el Real Decreto 203/2021[10]; que han ido generalizando una aplicación cada vez mayor de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación (TIC) en la gestión pública. Esto ha supuesto que, como ya se ha referido en capítulos anteriores, muchos de los servicios que conforman la cartera de derechos básicos de la ciudadanía, entre los que destaca la sanidad, se hayan ido digitalizando a través del asentamiento del eGobierno y la eSalud.

El punto de inflexión de este impulso que han vivido las TIC en el ámbito sanitario en España se sitúa en el año 2006 con la aprobación del "Plan Avanza" (SETSI, 2006), el cual dedica una acción estratégica a la utilización de las tecnologías de la información para mejorar la atención de la ciudadanía a través de la salud en línea. Algunos de los objetivos asociados a esa acción estratégica pasaban por el impulso de la historia clínica electrónica y de la receta electrónica, la oferta de nuevos servicios de relación entre las personas usuarias y los profesionales; o la accesibilidad desde cualquier punto del sistema, la interoperabilidad y la explotación adecuada de la información (González *et al,* 2013).

A este plan posteriormente le siguieron el "Plan Avanza 2" (SETSI, 2010), con el fin de continuar la senda hacia la Sociedad de Conocimiento, fijando el marco de referencia para establecer una hoja de ruta en materia TIC y de administración electrónica en la que destaca la promoción de la inclusión y alfabetización digital; y la estrategia "España Digital 2025", que recoge un conjunto de medidas articuladas en diez ejes estratégicos, alineados a las políticas digitales marcadas por la Comisión Europea orientadas a impulsar un crecimiento más sostenible e inclusivo.

[9] Ley 11/2007, de 22 de junio, *de acceso electrónico de los ciudadanos a los Servicios Públicos*. Boletín Oficial del Estado (BOE) núm. 150, de 23/06/2007. Disponible en: https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2007-12352 [Fecha de consulta: 05/06/2023]

[10] Real Decreto 203/2021, de 30 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de actuación y funcionamiento del sector público por medios electrónicos. Boletín Oficial del Estado (BOE) núm. 77, de 31/03/2021. Disponible en: https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2021-5032 Fecha de consulta: 05/06/2023]

Desde el año 2021, España ha elaborado una Estrategia de Salud Digital para su Sistema Nacional de Salud que aspira a contribuir al mantenimiento de un buen nivel de salud en la población española y a fortalecer el sistema sanitario público mediante la capacidad transformadora de las TIC dirigidas a personas usuarias, profesionales de la salud y organizaciones proveedoras de servicios sanitarios. Tal y como señala el Ministerio de Sanidad (2021), entre los objetivos específicos de esta estrategia estaría la capacitación e implicación de la ciudadanía en el control y cuidado de su salud; mejorar el desempeño y rendimiento del sistema sanitario público; la interoperabilidad de la información y los datos; la aplicación de políticas que respondan a las exigencias actuales de la sociedad y estén basadas en la medicina 5P (Poblacional, Preventiva, Predictiva, Personalizada y Participativa).

Con todo, a pesar de que en el año 2020 el presupuesto del conjunto de las CC.AA. destinado a las tecnologías de la salud TIC se incrementó respecto al año anterior, el porcentaje de presupuesto TIC sanitario apenas supone un 1,20% respecto al presupuesto sanitario total; y el personal dedicado en exclusiva al uso de las TIC en los sistemas de salud autonómicos se sitúa en torno al 0,8% en el SNS (SEIS, 2021). Estos datos revelan que en España la inversión en eSalud se ha estancado, contrastando con la apuesta decidida por las TIC en el ámbito de la gestión y la prestación de servicios que están demostrando otros países europeos (United Nations, 2018).

En cuanto a los servicios ofrecidos desde la eSalud, hay algunos que han tenido buena acogida y en la actualidad se encuentran completamente asentados, como la petición de cita por internet o el uso de la receta electrónica; sin embargo, existen también otros servicios, como los relacionados con el uso de imágenes digitales o la telemedicina, que todavía requieren una mayor inversión y desarrollo para alcanzar niveles satisfactorios de uso (Cernadas *et a*l., 2021); o la Historia Clínica Electrónica (HCE), cuyos sistemas han avanzado de manera evidente en cuanto a disponibilidad y accesibilidad desde los diferentes dispositivos de atención al paciente, pero que, sin embargo, la exigencia de tener ciertos certificados digitales, en ocasiones difíciles de solicitar y posteriormente instalar en los equipos informáticos personales, entraña una cierta complejidad y

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

entorpece el uso de esta herramienta por parte de las personas usuarias (Cernadas *et a*l., 2021; Ministerio de Sanidad, 2021).

También se han ido desarrollando nuevos proyectos relacionados con la aplicación de las nuevas tecnologías a ámbitos específicos de la salud. Algunos ejemplos son: la aplicación móvil *Painometer V2*, impulsada desde el *Centro de Investigación en Evaluación y Medida de la Conducta* (CRAMC), de la Universidad Rovira i Virgili de Tarragona, diseñada para medir y registrar la intensidad del dolor a lo largo del tiempo a través de la monitorización de los usuarios, permitiendo activar protocolos de actuación para prevenir su cronicidad (Miró *et al*., 2018); la app *Xemio*, desarrollada por la Fundación Fundación Internet, Salud y Sociedad (*iSYS)* y orientada a paliar los efectos psicológicos que sufren las pacientes de cáncer de mama durante el tratamiento que reciben para superar la enfermedad (Frid *et al*., 2022; Fuentes *et al.,* 2023); o la propuesta, liderada por la Unidad de Medicina Tropical del Hospital Ramón y Cajal y la Universidad Politécnica de Madrid, para impulsar una aplicación móvil en la que las personas inmigrantes no hispanohablantes que residen en España reciban las citas médicas en su idioma, en formato texto o audio, dado que un alto porcentaje desconocen el idioma. Sin embargo, hasta el momento, todas estas iniciativas parecen ser proyectos piloto, que parten de asociaciones interesadas u organizaciones privadas, y que no terminan de establecerse de manera oficial pasando a formar parte del catálogo de servicios habituales de la eSalud en España.

Actualmente, la incorporación de las tecnologías digitales todavía entraña una serie de retos. Uno de los más evidentes tiene que ver con el almacenamiento masivo de los datos. El propio Ministerio de Sanidad (2021) admite que es necesario y urgente establecer un espacio para los datos sanitarios, que comprenda tanto los disponibles en el SNS como en otros repositorios de las administraciones sanitarias, de otras fuentes de las administraciones públicas, del ámbito académico o procedentes del Internet de las cosas (IoT), sobre el que aplicar metodologías y tecnologías digitales como el análisis masivo de datos (*big data*) o herramientas de Inteligencia Artificial, *Machine Learning* (ML) o procesamiento de lenguaje natural (PNL). Estos retos conviven con otros de carácter más específico e igualmente importantes, como el establecimiento de nuevos marcos organizativos y regulatorios, la capacitación digital de los profesionales sanitarios y de

USC DE COMPOSTELA

las personas usuarias, la ética profesional, la protección de la privacidad y la humanización de la asistencia, los problemas de interoperabilidad debido a los diferentes idiomas de la HCD; o a la insuficienca de los datos contenidos en la Base Mínima de Datos (BMD) que gestiona el Ministerio de Sanidad. Además, los países desarrollados en general y España en particular deben atender también a otra variable importante, como es el envejecimiento de su población. El sistema sanitario español asiste a una población con una esperanza de vida muy alta y con previsión de seguir aumentando. En este punto, las TIC también pueden ser unas aliadas excepcionales para proporcionar un envejecimiento más activo a la población, condición necesaria para una calidad de vida adecuada y para llevar una existencia digna y justa.

5.1. COVID-19 y eSalud

La irrupción del virus SARS-CoV-2, que desencadenó la pandemia de la COVID-19 a nivel mundial en el año 2020, ha avivado el debate sobre las potencialidades de la eSalud como un conjunto de herramientas de gran utilidad en el control de esta y otras posibles pandemias, ayudando, por ejemplo, a reducir el riesgo de contagio entre profesionales y usuarios, y contribuyendo también significativamente a reducir la presión hospitalaria y la sobrecarga de los sistemas sanitarios al poder diagnosticarse y monitorizarse la COVID-19 a distancia (Koonin *et al*., 2020; Smith *et al*., 2020; Bokolo, 2020; Lukas *et al*., 2020).

En España, los datos del Barómetro del CIS (2020) destacan que el 84% de las personas participantes en la encuesta entiende que la crisis de la COVID-19 debería haber apremiado un aumento en los recursos económicos y humanos del sistema, la coordinación entre las Comunidades Autónomas y las instalaciones y recursos para la prevención de pandemias. Otros estudios apuntan a la irrupción de la COVID-19 como un punto de inflexión importante para la eSalud y la mSalud por el potencial en cuanto al uso de herramientas tecnológicas para abordar los diferentes retos que la pandemia plantea a los sistemas sanitarios (Alzahrani *et al*., 2022). Sin embargo, se observa que la tendencia no ha sido la de implementar nuevos servicios por la vía digital, sino que más bien se ha producido una intensificación del uso de los servicios que ya se venían

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

ofreciendo a través de la sanidad electrónica, como la teleasistencia o la receta electrónica (Pal *et al*., 2023; Anshari *et al*., 2021).

La pandemia ha servido para reducir ciertas resistencias al uso de la tecnología en la atención y los cuidados, sin embargo, los usuarios y algunos profesionales siguen prefiriendo las consultas presenciales, especialmente por parte de aquellos usuarios menos familiarizados con la tecnología y de aquellos profesionales que temen que la medicina se deshumanice y que la práctica profesional se reduzca a la mera recogida de datos para estudios biomédicos (Cometta, 2021; Cernadas *et al.,* 2023).

USC
UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

6. ALGUNAS EXPERIENCIAS INTERNACIONALES EN eSALUD

La implementación de la tecnología en el ámbito de la salud es una realidad que, si bien se presenta en diferentes grados de desarrollo e inversión, se ha generalizado en prácticamente todos los países desarrollados, especialmente a partir del año 2020 tras la irrupción de la pandemia de la COVID-19.

6.1. Europa

En Europa, el *proyecto ACTIVAGE* es una iniciativa que forma parte del programa *Horizon 2020*, focalizado en temas de investigación e innovación. Su objetivo principal es mejorar la atención sanitaria, el estado de salud, la independencia, la autonomía y, en suma, la calidad de vida de las personas mayores a través de las TIC. A través del programa se ofrecen una serie de servicios que utilizan dispositivos como: sensores inteligentes inalámbricos que monitorizan la presencia y movimientos de la persona en su domicilio, aplicaciones personalizadas que ofrecen información sobre rutas de transporte público y lugares conocidos en su barrio, *wearables* que se activan y envían señales de alarma a los servicios de emergencia si la persona sufre algún tipo de percance físico, servicios de telemedicina que permiten comunicarse a las personas mayores con el personal sanitario desde su vivienda, dispositivos para monitorizar el peso, la presión arterial y la frecuencia cardíaca; o actividades que ejercitan la memoria y ayudan a prevenir el deterioro cognitivo. Por el momento, ha funcionado como proyecto piloto en 12 ciudades y regiones europeas[11], arrojando datos positivos en lo que respecta al impacto que la aplicación de estas tecnologías ha tenido en las vidas de las personas mayores, promoviendo un envejecimiento más activo (Kinkorová, 2022).

En Suiza, la telemedicina forma parte integrante del sistema sanitario y desempeña un papel importante en la asistencia médica básica (Maltagliati-Holzner, 2019). En la última década también se ha postulado como uno de los países que más está apostando por la aplicación de la Inteligencia Artificial en su sistema de salud. En este sentido, el sistema

[11] Esta experiencia está funcionando en siete países distintos de la Unión Europea: España (con pilotos en Madrid, Galicia y Valencia); Italia (Regione Emilia-Romagna), Grecia (Ática, Grecia Central y Macedonia), Francia (Grenoble), Alemania (WoQuaz, región de Hesse), Reino Unido (Leeds) y Finlandia (Espoo, Tampere y Turku).

de IA *Watson* se ha ido desplegando a lo largo de la red médica suiza con el objetivo de poder diagnosticar en poco tiempo enfermedades poco comunes gracias al escaneo de las historias médicas de los usuarios. También han incorporado a su sistema dispositivos en forma de pulsera que permiten monitorear la fertilidad de las mujeres, el dispositivo *Ava*; o la app *IBDoc* para diagnosticar problemas intestinales (Denz, 2015).

6.2. Norteamérica

En Estados Unidos, las TIC constituyen una potencial vía de acceso a la sanidad. En algunos ámbitos de la salud, las consultas a través de portales web o aplicaciones móviles ya superaban a las consultas presenciales (Owens, 2018). Algunos estudios recientes están aportando resultados positivos acerca de la aplicación de las tecnologías de mSalud en el control y registro de los niveles de glucemia durante los tratamientos contra algunos tipos de diabetes, mejorando los niveles de hemoglobina glicosilada de los usuarios (Wang *et al.,* 2019). Otros programas se están empezando a testar en ámbitos como la obstetricia (Kern-Goldberger y Srinivas, 2019); la salud mental (Hand, 2022); o el tratamiento del Parkinson (Ellis y Earhart, 2021).

En Canadá, ante los largos tiempos de espera y la escasez de médicos de familia en el sistema público, muchos usuarios han encontrado una alternativa para acceder a la atención médica a través de servicios privados de telemedicina. En la actualidad hay dos plataformas, *Maple* y *Akira*, que operan en todo el país ofreciendo servicios de consultas médicas primarias y de enfermería, a través de los cuales se pueden recetar medicamentos, pedir pruebas y remitir a los usuarios a otros especialistas (Owens, 2018). Paralelamente, también se han ido desarrollando programas con buenos resultados en el tratamiento de patologías como la epilepsia (Ahmed *et al*., 2010), enfermedades oncológicas (Humer, y Campling, 2017) o cardíacas (Almufleh *et al*., 2021).

USC
UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

6.3. China

En China, el aumento de la esperanza de vida en los últimos 20 años[12] ha ejercido una fuerte presión sobre su sistema sanitario, lo que ha obligado a tomar algunas medidas que pasan por la integración de las tecnologías, también como una contribución a la hora de mejorar la eficiencia en la asistencia sanitaria y reducir la carga económica y psicológica de las familias al cuidado de parientes enfermos. En la actualidad, especialmente después de la irrupción de la COVID-19, se están llevando a cabo proyectos que involucran a la inteligencia artificial (IA) y el análisis de macrodatos como herramientas útiles para afrontar los retos sanitarios y facilitar un acceso más amplio a servicios médicos de alta calidad (Dutta *et al*., 2019).

6.4. América Latina

En América Latina la eSalud se ha venido postulando como respuesta a una variedad de problemas de gestión de los sistemas de salud y a las demandas de atención sanitaria (Rodrigues y Risk, 2003). Se han puesto en funcionamiento algunos programas puntuales para valorar el impacto de las nuevas tecnologías en ámbitos como la atención primaria (Lima-Toivanen, y Pereira, 2018), la diabetes (Kaselitz *et al.,* 2017); la neurología infantil (Vidaurre y Weisleder, 2022), la dermatología (Sánchez, 2023), la cardiología (Souza *et al.,* 2019) o la promoción de hábitos saludables y de la actividad física en personas adultas (Pitanga *et al.,* 2017); todos ellos con resultados satisfactorios.

En Brasil se está llevando a cabo una estrategia cuyo objetivo en relación a la eSalud es mejorar la calidad de los servicios sanitarios y ampliar el acceso mediante la racionalización de la atención y la mejora del flujo de información (Ministério da Saúde do Brasil, 2017). Sin embargo, algunos estudios han constatado todavía existen algunas

[12] Desde el año 2000 hasta el 2021, China ha pasado de tener una esperanza de vida al nacer de 72 a 78 años, aproximándose cada vez más a algunas medias europeas, como Alemania, que en el año 2021 tenía una esperanza de vida al nacer de 81 años; y alejándose de otros países de su entorno, como India, cuya esperanza de vida al nacer en 2021 era de 67 años. Fuente: Banco Mundial. Disponible en: https://datos.bancomundial.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN?end=2021&locations=CN&start=2000 ; https://datos.bancomundial.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN?locations=DE ; https://datos.bancomundial.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN?end=2021&locations=IN&start=2000 [Fecha de consulta: 05/06/2023]

reticencias para con esta estrategia de sanidad electrónica, que provienen especialmente de los profesionales sanitarios (Lima-Toivanen, y Pereira, 2018).

La eSalud en Argentina ha progresado considerablemente en la última década. Se han detectado avances significativos en cuestiones como: la protección de la privacidad de los datos de identificación personal de los usuarios; el intercambio de datos digitales entre profesionales sanitarios de los diferentes servicios de salud del país mediante el uso de una HCE; el acceso electrónico por parte de los usuarios a sus propios datos relacionados con la salud en la HCE, permitiéndoles especificar qué datos relacionados con la salud de su HCE pueden compartirse con profesionales sanitarios de su elección. Oliveri, 2011).

En Costa Rica se ha implementado el Plan Nacional de eSalud 2013-2017, cuyos objetivos abarcan la operación e integración electrónica interinstitucional e intersectorial; la introducción de un modelo de intercambio de información entre instituciones para mejorar el valor y la agilidad de los servicios a los ciudadanos; el fortalecimiento de las tecnologías de salud en HCE, educación a distancia y telesalud; y el establecimiento de procesos de alineamiento e interoperabilidad (WHO, 2014). Algunos de los logros más destacables han sido la implantación de un sistema nacional de gestión de la identificación que permite la identificación única e inequívoca de pacientes y proveedores y contribuye a la coherencia de la información sanitaria electrónica; la existencia de un programa de telemedicina dermatológica, que proporciona formación a los especialistas y apoya el análisis de casos.

Algunos estudios han detectado también algunas barreras, como una cierta resistencia por parte de los profesionales sanitarios a adoptar la sanidad electrónica; que no haya suficientes esfuerzos para formar a profesionales de las TIC sanitarias y se necesitaría una mayor implicación y participación del mundo académico; y, por último, aunque existe una ley que regula la HCE, su aplicación no está siendo efectiva y actualmente no hay ningún mecanismo que regule y controle adecuadamente la privacidad de los datos personales (Lima-Toivanen, y Pereira, 2018).

En algunos países latinoamericanos, como Chile o México, en los que someterse a un aborto voluntario conlleva en muchos casos el estigma del propio personal sanitario; están avanzando también algunas propuestas en el ámbito de la telemedicina que buscan actuar como un soporte que ofrece información veraz a las mujeres, localización de centros

USC DE COMPOSTELA

especializados y recomendaciones de cuidados previos y posteriores a la intervención (Vasquez-Ladron de Guevara, 2022).

Según Camacho-León *et al.* (2022), aunque el avance de la eSalud en Latinoamérica es significativo, antes de implementar plenamente la aplicación de las nuevas tecnologías al ámbito sanitario es prioritario abordar algunas cuestiones esenciales, como el acceso a internet para las poblaciones de bajos ingresos y una normativa legal adecuada para la transmisión y el almacenamiento de datos confidenciales.

USC
UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

CAPÍTULO METODOLÓGICO

7. MATERIALES Y MÉTODO

Los capítulos expuestos anteriormente constituyen los antecedentes de la temática abordada, así como las preocupaciones y motivaciones que han dado lugar a la línea de investigación de esta tesis doctoral.

En el presente capítulo se expondrán: el objetivo general de la investigación y los objetivos específicos de los artículos que conforman el núcleo central de esta tesis; las hipótesis y las preguntas de investigación, así como las herramientas metodológicas empleadas, de cara a facilitar la comprensión posterior de las conclusiones finales, en las que se resume el significado de las contribuciones científicas que se presentan en este trabajo.

7.1. Objetivo general, hipótesis y preguntas de investigación

El objetivo general que se persigue en esta investigación es el de analizar la situación de la eSalud en España, detectando cuáles son aquellos aspectos que, desde la perspectiva de la equidad en el acceso y uso de los servicios, no han sido desarrollados convenientemente a lo largo de las fases de diseño e implementación de las políticas de eSalud.

De este objetivo surgen las siguientes hipótesis:

> H_1. La eSalud facilita y mejora el acceso y uso de los servicios sanitarios para el conjunto de la población, mejorando así la equidad del SNS.
> H_0. La eSalud no mejora el acceso y uso de los servicios para determinados colectivos vulnerables o en riesgo de exclusión social.
>
> H_2. La irrupción de la COVID-19 fuerza la expansión de la eSalud, creando nuevos servicios y simplificando el acceso a los ya existentes.
> H_0. La irrupción de la COVID-19 no ha tenido un impacto significativo en las políticas y programas de eSalud.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

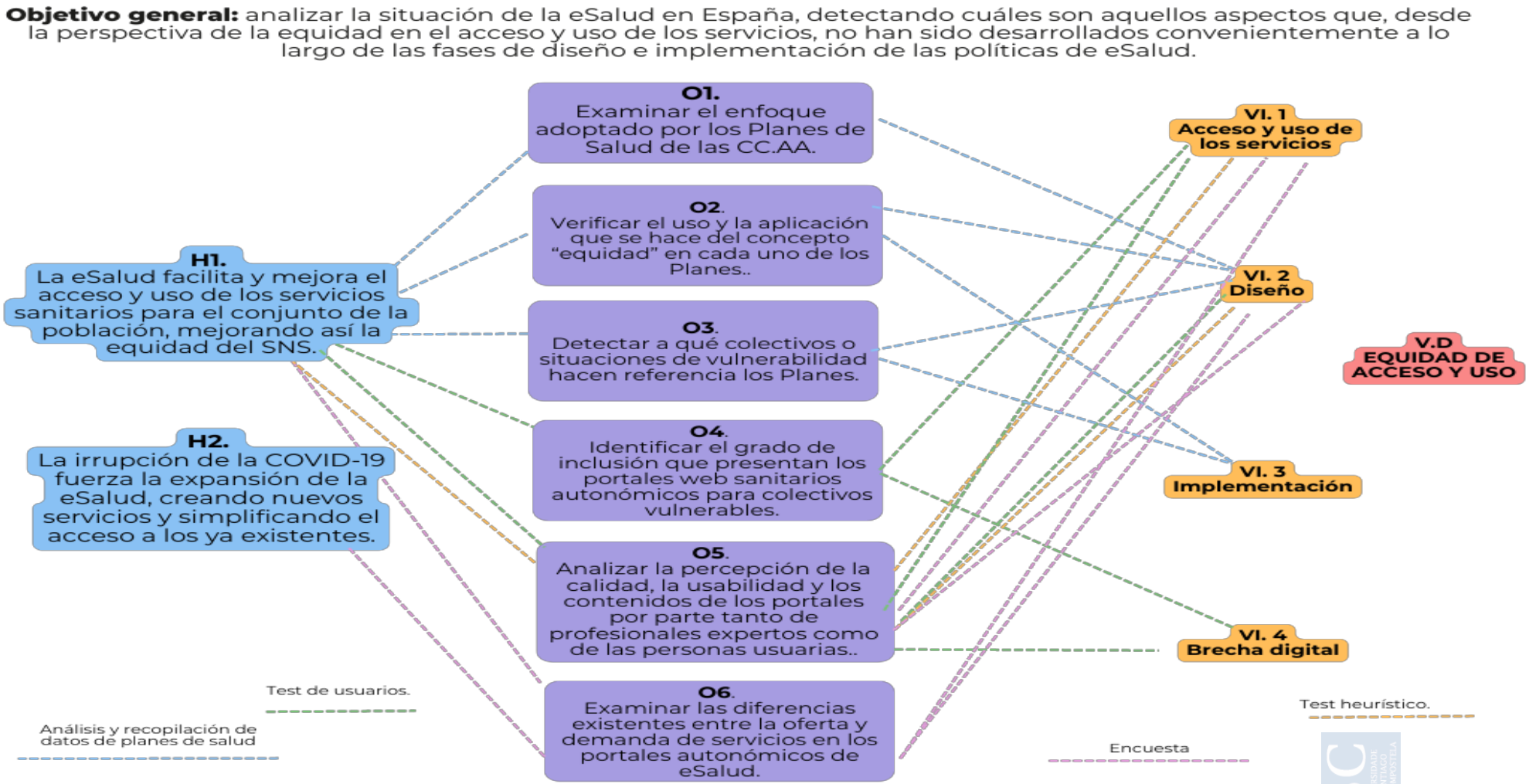
Este planteamiento ha dado lugar, a su vez, a una serie de preguntas a las que se trata de dar respuesta a lo largo de la investigación:

1) ¿Se han tenido en cuenta las opiniones de las personas usuarias en el diseño de las políticas de eSalud?
2) ¿Cuáles han sido los principales elementos que desencadenan la puesta en marcha de la eSalud en España?
3) ¿Se están aprovechando adecuadamente las potencialidades de la eSalud para mejorar la equidad, el acceso y la inclusión?
4) Los principales usuarios de los servicios sanitarios son las personas mayores. ¿Están las políticas de eSalud diseñadas para ellas?
5) ¿No debería ir la eSalud acompañada de políticas orientadas a reducir la brecha digital dado que dicha reducción es una condición *sine qua non* para un uso óptimo y adecuado de la eSalud?
6) ¿Puede la eSalud estar incrementando las inequidades, dado que, si bien parece no incrementar las desigualdades, las ya existentes pueden ser cada vez más profundas?
7) ¿Se han diseñado los portales autonómicos de eSalud de forma inclusiva para las personas con diversidad funcional?

A continuación, en la Figura 3 se sintetizan algunos de estos elementos

USC
UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Figura 3. Hipótesis, objetivos y variables



7.2. Objetivos específicos

El primero de los artículos que componen esta tesis doctoral, denominado "*Políticas de equidad en los planes de salud: Accesibilidad ¿y algo más?",* publicado en la *Revista de Saúde Pública*, constituye el capítulo 8 del presente trabajo. El objetivo principal de este artículo es examinar el enfoque adoptado por los Planes de Salud de las CC.AA. que serán los subsistemas sanitarios del SNS, verificando el uso y la aplicación que se hace del concepto "equidad" en cada uno de ellos y buscando detectar también a qué colectivos o situaciones de vulnerabilidad se hace referencia. Para acometer este objetivo se planteó un análisis de contenido de los planes de salud en vigencia a fecha de 2019 en las 17 CC.AA. de España. En total, fueron recopilados 16 de los 17 planes de salud autonómicos que permitieron establecer categorías base (equidad, accesibilidad e igualdad) y determinar términos asociados a través del programa *Nvivo 12*.

El segundo artículo publicado, denominado *"eHealth policy in Spain: a comparative study between general population and groups at risk of social exclusion in Spain"*, publicado en la revista *Digital Health* conforma el capítulo 9 de esta tesis doctoral. El objetivo principal de esta investigación es identificar el grado de inclusión que presentan los portales web sanitarios de cada una de las Comunidades Autónomas en España. Para acometer este objetivo se planteó la construcción de tres dimensiones: la percepción de la "*calidad"*, la percepción de la "*usabilidad*" y la importancia atribuida a los "*contenidos*" de los distintos portales por parte de las personas usuarias. Para obtener datos sobre cada una de estas dimensiones, se diseñó un estudio basado en la metodología de test de usuarios, lo que permitió la identificación y evaluación de 11 grupos vulnerables; y, paralelamente, la aplicación de una encuesta a la población general, así como pruebas heurísticas.

El tercer artículo, denominado "*Offerings and User Demands of eHealth Services in Spain: National Survey"* publicado en la revista *Journal of Medical Internet Research,* conforma el capítulo 10 de esta tesis doctoral. Este trabajo parte de la idea de que los avances y expansión que ha experimentado la sanidad con la incorporación de las TIC no parecen haber servido para adaptar la oferta de servicios a la demanda de los usuarios, sino que la oferta parece haberse regido por otras variables. El objetivo principal de la investigación es revisar las diferencias existentes entre las demandas de los usuarios y la

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO

oferta de servicios de eSalud en España y sus causas. Para ello, se plantea un análisis a partir de los resultados de una encuesta telefónica realizada a una muestra estadísticamente significativa de la población, teniendo en cuenta las características del perfil sociodemográfico (sexo, edad, hábitat, nivel de estudios).

7.3. Herramientas metodológicas empleadas

Los artículos que forman parte de esta tesis doctoral emplean una metodología transversal, combinando enfoques de corte cualitativo y cuantitativo. Esta complementariedad entre ambos enfoques obedece a la aceptación generalizada de que se trata de la vía más adecuada para abarcar la creciente complejidad de los objetos de estudio, especialmente en el ámbito de las Ciencias Sociales. Por lo tanto, el reconocimiento de un campo de estudio plural implica afirmar también una epistemología pluralista, que responda a su complejidad y a la variedad de sus facetas, por lo que se puede entender que al pluralismo cognitivo propio de las ciencias sociales corresponde también un pluralismo metodológico que diversifica los modos de aproximación, descubrimiento y justificación en atención a la faceta o dimensión de la realidad social que se estudia (Cernadas, 2008 y 2010; Beltrán, 2000; Rodríguez, 2016).

Dentro de esta variedad de técnicas, cabe destacar las tres que han tenido más presencia en esta tesis doctoral y que, de un modo u otro, han estado presentes en los tres trabajos que forman el compendio de publicaciones, bien por separado, bien de manera complementaria:

- La *Encuesta de uso y actitudes ante la e-Salud en España* (en adelante, **"*encuesta eSalud*"),** llevada a cabo dentro del proyecto "*Brecha digital e inhibidores en la implementación del e-Gobierno. Especial impacto en el ámbito de la salud*" (CSO2014-53014-R), financiado por el Ministerio de Economía y Competitividad (Programa Estatal de Investigación, Desarrollo e Innovación Orientada a los Retos de la Sociedad (2015-2018), con el fin de obtener información acerca del conocimiento, acceso, habilidades y usos que realiza la ciudadanía de las diferentes TIC en relación con su salud y bienestar, así como del efecto de estos factores en las diferentes brechas digitales. Se encuestó aleatoriamente a una

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

muestra de 1.695 personas mayores de edad y con residencia legal en España. La duración media de la encuesta fue de 9,0 minutos, con un rango de 5,7 a 12,3 minutos. El trabajo de campo se realizó entre el 24 de mayo y el 21 de junio de 2018 en toda España, excepto en las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla. La encuesta se realizó mediante llamadas telefónicas realizadas en diferentes franjas horarias y días de la semana a través del directorio *Infobel v16*; y se apoyó en la tecnología *Computer Assisted Telephone Interviews* (*CATI*). Para garantizar una adecuada representatividad, en la selección se tuvieron en cuenta características del perfil sociodemográfico, estableciéndose cuotas por sexo, edad y hábitat –en todas las provincias estuvieron representadas la capital y al menos una ciudad de cada tamaño–, con un nivel de confianza del 95% y un margen de error de ±2,45 para el conjunto de la muestra.

- **Test Heurístico.** El test heurístico consiste en el análisis por parte de un grupo de investigadores expertos del espacio web y la descripción que estos hacen de los posibles problemas aplicando una lista de criterios (Nielsen, 1994).
- **Test de usuarios**. Esta técnica permite observar cómo los usuarios finales utilizan una web, sometiendo a un grupo de personas voluntarias –en el caso de este trabajo, una muestra representativa de colectivos vulnerables–, a diversas pruebas de interacción con el sitio web, con el propósito de registrar los problemas con los que se encuentran mientras navegan (Marcos y Rovira, 2005).

A continuación, en la Tabla 3, se sintetizan los objetivos, técnicas, indicadores y resultados de cada artículo que conforman el compendio de esta tesis doctoral.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Tabla 3. Objetivos, técnicas, indicadores y resultados de los artículos centrales de esta tesis

	Objetivos	Técnicas	Indicadores	Resultados
ART. 1	Examinar el enfoque adoptado por los Planes de Salud de las CC.AA. Verificar el uso y la aplicación que se hace del concepto "equidad" en cada uno de los planes Detectar a qué colectivos o situaciones de vulnerabilidad hacen referencia los planes	Recopilación y análisis de planes de salud autonómicos a través del programa *Nvivo12*	Número de veces que aparece la palabra equidad en los planes de salud autonómicos. Cómo y para qué se usa la palabra equidad en los planes de salud. Número de veces que aparece la palabra equidad asociada a otros términos y cuáles son los términos de asociación más frecuentes.	Los planes de salud autonómicos no incluyen la equidad como un elemento principal Los planes de salud autonómicos prestan mayor atención a conceptos como la accesibilidad y la igualdad.
ART. 2	Identificar el grado de inclusión que presentan los portales web sanitarios autonómicos. Analizar la percepción de la calidad, la usabilidad y los contenidos de los portales por parte de las personas usuarias	Encuesta eSalud Test heurístico Test de usuarios	Valoración de la usabilidad, contenidos y calidad según el test heurístico llevado a cabo por el grupo de expertos. Porcentaje de usuarios que valoran positivamente la usabilidad de los portales de eSalud según el test de usuario Porcentaje de usuarios que valoran positivamente la relevancia de los contenidos de los citados portales. Porcentaje de personas encuestadas que reportan una valoración positiva de los conceptos: usabilidad contenido y calidad.	Las personas vulnerables y en riesgo de exclusión social no están aprovechando las potencialidades que se asocian a la eSalud debido a la implantación de portales web escasamente inclusivos que suponen importantes barreras de acceso y uso.
ART. 3	Examinar las diferencias existentes entre la oferta y demanda de servicios en los portales autonómicos de eSalud	Encuesta eSalud	Porcentaje de personas que valoran positivamente los servicios ofrecidos por los portales de eSalud. Porcentaje de personas que proponen servicios nuevos que actualmente no se vienen ofreciendo. Número de personas que refieren los servicios más demandados. Servicios más demandados y que no se ofrecen actualmente	Los servicios de eSalud son ampliamente conocidos y bien valorados por los usuarios, pero no todos los servicios se utilizan con la misma frecuencia o intensidad. La demanda de servicios no cubiertos por la eSalud afecta especialmente a las poblaciones más vulnerables, que son las que tienen más dificultades para satisfacer sus necesidades por medios alternativos a la sanidad electrónica

Políticas de equidad en los planes de salud: Accesibilidad ¿y algo más?

En este trabajo se empleó una metodología de corte cualitativo, concretamente, se siguieron las pautas del método comparativo constante de la Teoría Fundamentada (en inglés, *Grounded Theory*) (Glaser *et al*., 1968), basado en la comparación permanente de sucesos y casos a través de la recopilación y análisis de datos de forma sincrónica (hermenéutica), permitiendo identificar la naturaleza y características de los datos, relacionarlos entre sí e integrarlos en una teoría que posee lógica y razonabilidad (Alarcón *et al*., 2017); y a través también del examen de contenidos el cual permite establecer comparaciones entre los datos y destacar aquellos aspectos más fundamentales (Bardin, 1996; Mayring, 2000; Araújo *et al.,* 2017). Ambas técnicas se han apoyado en una aplicación de soporte a la investigación cualitativa, *Nvivo12*, a partir de la cual se han revisado los planes de salud de las diferentes CC.AA.

La muestra del estudio comprende los planes generales de salud vigentes, tanto los de nueva elaboración como los prorrogados, promovidos por 16 CC.AA. y que son los que se detallan a continuación en la Tabla 4:

Tabla 4. Muestra de planes sanitarios regionales analizados

Comunidad autónoma	**Plan de salud**	**Vigencia**
Andalucía	*IV Plan Andaluz de Salud*	2013–2020
Aragón	*Plan de Salud Aragón 2030*	2018-2024
Illes Balears	*Pla Estratègic de la Conselleria de Salut de les Illes Balears*	2016–2020
Islas Canarias	*Plan de Salud de Canarias 2016–2017: Entre la crisis y la transformación para la innovación en la gestión de la salud de los servicios*	*2016–2017*
Cantabria	*Plan de Salud de Cantabria*	2014–2019
Castilla-La Mancha	*Estrategia 20-20 de Salud y Bienestar Social: El modelo de Castilla-La Mancha*	2010-2020
Castilla y León	*IV Plan de Salud de Castilla y León. Perspectiva 2020*	216-2020
Cataluña	*Pla de salut de Catalunya 2016-2020*	2016–2020
Comunitat Valenciana	*IV Plan de Salud de la Comunitat Valenciana*	2016–2020
Extremadura	*Plan de Salud de Extremadura 2013-2020*	2013–2020

USC UNIVERSIDADE DE COMPOSTELA

Comunidad autónoma	Plan de salud	Vigencia
Galicia	*Estratexia Sergas 2020*	2015-2020
La Rioja	*III Plan de Salud de La Rioja 2015-2019. Dar prioridad a las personas*	2015–2019
Comunidad Foral de Navarra	*Plan de Salud de Navarra 2014-2020*	2014–2020
Euskadi-País Vasco	*Plan de Salud Euskadi 2013-2020*	2013–2020
Principado de Asturias	*Plan Sociosanitario del Principado de Asturias*	2018–2021
Región de Murcia	*Plan de Salud de 2010–2015 de la Región de Murcia*	2010–2015

La selección de estos planes ha estado guiada por los criterios de homogeneidad, representatividad, pertinencia y exhaustividad [13] que se recogen en la literatura especializada (Bardin, 1996).

Siguiendo nuevamente a Glaser y colaboradores (1968) y a Bardin (1996), se seleccionaron aquellos fragmentos de los planes en que se abordaban contenidos vinculados a la "equidad". En esta primera aproximación preliminar se detectaron varios elementos claves y se amplió la selección de fragmentos de texto a los conceptos de "*accesibilidad*" e "*igualdad*", que se han denominado nodos o categorías base (en adelante, CB). Estas tres categorías contradicen el criterio de exclusión mutua, que constituye un principio básico para la configuración de categorías pero que, sin embargo, forma parte de las circunstancias excepciones que la literatura contempla (Bardin, 1996), ya que la imprecisión con que en ocasiones se hace referencia a ideas o ítems conceptualizados de forma diferente por la literatura, hace que se puedan codificar estos elementos sin que necesariamente su codificación dentro de una categoría los excluya de su pertenencia a otra. Esto ocurre con las denominadas CB, que son utilizadas en algunas ocasiones como sinónimos. Con la pretensión de lograr establecer si existen cuestiones específicas de cada una de ellas y, a su vez, encontrar aquellas otras que sean transversales a las tres, se optó por que en los casos en que existan segmentos de texto que hagan una mención de 2 o incluso de 3 CB, se considere que los temas abordados sean parte de las tres categorías.

[13] El seguimiento de estos principios y, particularmente, el principio de homogeneidad, han excluido a la Comunidad de Madrid del análisis ya que, a diferencia de las comunidades finalmente seleccionadas, todos sus planes publicados hasta el momento de realización de esta investigación no son generales, sino parciales y específicos de algún área de salud concreta.

Posteriormente se procedió al análisis de contenido y, como es propio de un enfoque de comparación constante, se conformaron nuevas subcategorías según la frecuencia de la aparición. Estas subcategorías responden a la configuración habitual de las categorías, siendo completamente excluyentes y encontrándose contenidas en alguna o todas las anteriores. Como resultado, se fijaron las siguientes categorías clave (en adelante, CC) "calidad", "diversidad funcional", "género", "grupos sociales vulnerables", "inmigración", "personas mayores", "rural" y "enfermedades mentales". La diferencia entre las CB y CC radica en su función en el proceso de análisis: mientras que las primeras articulan la selección de los segmentos del plan analizados (operan como significantes marco), las segundas determinan el contenido dentro de esa selección.

eHealth policy in Spain: a comparative study between general population and groups at risk of social exclusion in Spain,

Este artículo expone los resultados de una investigación desarrollada entre 2018 y 2021, cuyo objetivo principal es analizar cómo los sistemas sanitarios de las 17 CC.AA. abordan las limitaciones que diferentes grupos de usuarios experimentan en su interacción con los portales web sanitarios y determinar el grado de inclusión de estos.

Con este fin, se ha evaluado el grado de usabilidad de los recursos alojados en los sitios web de los departamentos de salud autonómicos, tanto desde la perspectiva de experto como desde la experiencia de navegación de las propias personas usuarias. Para ello, se ha aplicado un método de investigación que combina técnicas de corte cuantitativo (encuesta) y cualitativo (test heurístico y test de usuario); todas ellas técnicas ampliamente utilizadas en la literatura sobre usabilidad de páginas web (Boulos *et al.,* 2011; Bouzas-Lorenzo y Mahou, 2013; Carrión y Padilla, 2014; García-Lacalle *et al.,* 2011; Karkin y Janssen, 2014; López-Gil *et al.,* 2010; Maguire, 2001).

Esta combinación de técnicas se utiliza con el objetivo de observar el contraste entre la percepción de la población general y la percepción particular de los colectivos vulnerables. Esta diversidad de herramientas y enfoques responde también a la extrema dificultad de conformar con una muestra representativa de las personas que forman parte del *target* de las pruebas de usuario, lo que obliga a utilizar técnicas cualitativas para

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

obtener otro tipo de información más detallada que sirva de complemento a la obtenida por los medios previamente descritos.

Para organizar los resultados obtenidos a partir de este triple enfoque, se construyeron tres dimensiones con el objetivo de identificar el nivel de inclusión de los portales web: percepción de la "*calidad"* del portal, la percepción de la "*usabilidad*" y la importancia atribuida a su "*contenido*" en relación con la información y los servicios disponibles en él. Estas tres dimensiones de análisis expuestas se derivan directamente de los estudios sobre la calidad de los sitios web y fueron las que guiaron las diferentes pruebas que pusieron en práctica para recabar la información requerida. (Newman *et al*., 2010; Nielsen, 1994; Perurena y Moráguez, 2013; Serrano, 2009).

Encuesta eSalud

Tal como se refirió al comienzo de este apartado, la encuesta consistió en la aplicación de un cuestionario con preguntas relativas al conocimiento, uso y valoración de los servicios de sanidad electrónica a una población mayor de edad con residencia legal en España entre el 24 de mayo y el 21 de junio de 2018.

Test Heurístico

Para conocer el funcionamiento de los portales web regionales de salud, se realizaron pruebas heurísticas en la etapa inicial del proyecto, de manera que, antes de la aplicación del test de usuario, se dispusiera de información relevante sobre la configuración y usabilidad de estos sitios web.

Para este estudio fueron analizados los portales sanitarios de las 17 Comunidades Autónomas, adoptando como dimensiones de análisis la "*usabilidad"*, la "*oferta de información*" y los "*servicios en línea*", siguiendo así los criterios presentes en la literatura especializada (Bouzas-Lorenzo y Mahou, 2013; Mahou y Varela-Álvarez, 2016; Hassan y Martín, 2003)

USC
UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Test de usuarios

Esta técnica constituyó la herramienta principal del estudio para observar cómo los usuarios finales utilizan una web sometiendo a un grupo de personas voluntarias, en este caso una muestra representativa de colectivos vulnerables, a diversas pruebas de interacción con el sitio web, con el propósito de registrar los problemas con los que se encuentran mientras navegan (Marcos y Rovira, 2005).

La prueba constaba de una primera parte en la que se realizaba un cuestionario *pretest* para evaluar el perfil del estado de salud de la persona participante, así como el uso que hace o ha hecho de las páginas web de los servicios regionales de salud pública. En la segunda parte, se somete a la persona a dos pruebas preliminares (acceso a la página web y primera evaluación de su contenido inicial) y a tres pruebas principales (identificar una etiqueta, realizar un trámite o servicio y buscar información sobre un tema presente en la página). Por último, en la tercera parte, se realiza un cuestionario después de las tareas principales y una prueba posterior a la navegación.

La literatura señala que, cuando se abordan problemas relacionados con grupos en situación de vulnerabilidad, debe evitarse la estigmatización (Travieso y Planella, 2008). Sin embargo, es útil para la investigación definir grupos sociales cuyos miembros compartan normas, códigos, formas de comunicación, comportamientos, experiencias, etc., para establecer categorías delimitadas por diferentes tipos de necesidades o carencias personales y sociales. Esto facilita el seguimiento, la evaluación o incluso la reformulación de los programas de intervención.

En este caso, la selección de los grupos vulnerables se hizo siguiendo los criterios propuestos por la literatura científica sobre exclusión social y exclusión digital. Entre los factores identificados que podrían determinar el origen de esta exclusión se encuentran algunos como: la edad (Arcaya *et al.,* 2015; Autry y Berge, 2011; Mindaugas *et al*., 2016; Palfrey y Gasser, 2008); la falta de formación (Cabero y Ruiz-Palmero, 2017; Gorski, 2005); el género (Castaño *et al*., 2011; Martínez-Cantos, 2013); el ámbito geográfico y la dicotomía rural-urbano junto con el factor económico y laboral (Sanz-Tolosana, 2018; Singh y Siahpush, 2014; Marmot *et al.,* 2012; Marmot *et al*., 2013; Wei y Hindman, 2011; Norris, 2001) y cuestiones de índole funcional o psicomotriz que puedan condicionar las situaciones personales individuales (Varela, 2015; Wessels, 2013; Delgado *et al*., 2019;

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Toboso, 2011). Algunos de estos factores ya han sido definidos y utilizados en otros estudios centrados en perfiles de grupos vulnerables como las personas sin techo, inmigrantes o mayores sin recursos (Cernadas, 2010).

Finalmente, siguiendo estos criterios, se identificaron 11 colectivos vulnerables:

- **Personas con recursos escasos.** Tener un ingreso bajo presenta una gran variedad de problemas para las familias, siendo el acceso a la atención médica el más complejo y prevalente (Lazar y Davenport, 2018).

- **Personas mayores.** Se trata de un colectivo que en su mayoría carece de una capacitación adecuada y de una red social de apoyo, lo que hace que esté expuesto a los efectos negativos de la soledad (Hall *et al.,* 2015; Mitchell *et al.,* 2019).

- **Inmigrantes económicos.** La población inmigrante se ha visto sistemáticamente afectada por los determinantes sociales de la salud, como la pobreza, la inseguridad alimentaria y de la vivienda, la falta de logros educativos y los problemas de acceso a la atención sanitaria; además de enfrentarse a la estigmatización y la marginación, a las dificultades de aculturación y al miedo a la deportación (Chang, 2019; Luchenski *et al*., 2018; Mason *et al*., 2020).

- **Personas con patologías mentales.** Esta población acostumbra a encontrarse barreras en el acceso al sistema sanitario, especialmente las relativas a la asequibilidad del proceso, pero también las que refieren experiencias de faltas de sensibilidad en los centros de salud u hospitales. (Corscadden *et al.,* 2019; Knickman *et al*., 2016).

- **Población privada de libertad o en régimen de semilibertad.** Esta población presenta una prevalencia muy superior a la de la población general a sufrir numerosas patologías y una mortalidad superior a la media (Opitz-Welke *et al.,* 2018). Además, la estigmatización que sufren, su escasa socialización durante largos períodos y la falta de una red de apoyo en la mayoría de los casos;

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

acostumbra colocar a estas personas en una situación de vulnerabilidad y exclusión extrema (Muela *et al*., 2020).

- **Personas en situación de drogodependencia.** Las personas en situación de drogodependencia tienen más probabilidades que otros pacientes de necesitar asistencia médica, sin embargo, se enfrentan con frecuencia a una serie de problemas y barreras que la dificultan, como, por ejemplo, la falta de aplicación de programas de rehabilitación (Shevchuk *et al*., 2018), o el estigma del personal sanitario (van Boekel *et al*., 2013).

- **Personas proveedoras de sexo remunerado (prostitución).** El colectivo de personas proveedoras de sexo remunerado, formado fundamentalmente por mujeres, hace frente a problemas sanitarios de diversa índole combinados con factores de riesgo como la pobreza, el bajo nivel educativo, la violencia, las agresiones sexuales, el estigma y la discriminación (Benoit *et al*., 2018; Baker *et al.,* 2003; Beattie *et al.,* 2020).

- **Personas sin techo.** Se ha constatado la existencia de una fuerte relación entre la ausencia de vivienda y el aumento de la mortalidad (Baggett *et al*., 2015; Cernadas y Fernández, 2021; Wright y Tompkins, 2006; Hibbs *et al.,* 1994; Barrow *et al*., 1999; Cheung y Hwang, 2004; Levy y O'Connell, 2004; Morrison, 2009; Stafford y Wood, 2017). En general, son personas con severos problemas de salud, ya que su extrema situación limita considerablemente sus capacidades (Davies y Wood, 2018; Omerov *et al*., 2020) y se encuentran altamente expuestas a la discriminación y al estigma (Purkey y MacKenzie, 2019).

- **Población de etnia gitana.** La población de etnia gitana presenta una serie de desigualdades sociales en salud en relación con la mortalidad y la morbilidad en enfermedades transmisibles, crónicas y ambientales, algo que, de manera general, se ha asociado a factores socioeconómicos y culturales (Ferrer, 2003; Martínez-Frías y Bermejo, 1992; de Marcos, 1992). Algunos estudios han detectado también una atención deficitaria para esta población en los servicios de medicina

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

preventiva, lo que podría explicar que presenten mayores tasas de hospitalización y de uso de los servicios de urgencias (La Parra, 2009).

A estos colectivos se han añadido también la población invidente, por entender que parte de una situación de agravio en su interacción con las diferentes plataformas de conexión a Internet. Lo mismo se consideró que ocurre con las personas afectadas de sodera o algún otro tipo de diversidad funcional.

Una vez definidos los colectivos se diseñó una muestra de 3 personas por colectivo del total de los once identificados, a excepción del colectivo de población invidente, del que han participado cuatro personas, ya que dos de las tres que habían sido seleccionadas previamente presentaban una ceguera total, sin resto visual, que no les permitió desarrollar la prueba con normalidad. Por este motivo se decidió añadir una cuarta persona que realizase la prueba con un sintetizador de voz instalado previamente en el equipo informático y que permitiera abarcar una mayor variabilidad dentro del colectivo.

El trabajo de campo se desarrolló a lo largo de los meses de marzo, abril y mayo de 2018, teniendo lugar la primera entrevista el 05/03/2018 y la última el 22/05/2018.

Las entrevistas han sido realizadas mayoritariamente en espacios cedidos por las entidades colaboradoras y cuando estas no disponían de espacios o se ha considerado que no eran los adecuados, se llevaron a cabo en espacios cedidos por la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales de la Universidad de Santiago de Compostela. Las entrevistas han sido remuneradas con un vale-regalo por importe de 20 euros a canjear en una conocida cadena de supermercados, a excepción de aquellos colectivos, entidades o participantes que han manifestado expresamente su deseo de no recibir gratificación por la colaboración prestada.

A la hora de seleccionar a las personas participantes de cada colectivo, se trató de respetar un equilibrio por sexo, sin que hubiese más de un 60% de participantes del mismo sexo, a excepción de los colectivos de personas sin techo y personas proveedoras de sexo remunerado, en los cuales, dadas las características particulares de ambos grupos y en aras de garantizar su representatividad, han participado tres hombres y tres mujeres respectivamente. Así pues, este criterio nos ha permitido componer una muestra total de 34 participantes, integrada por 17 mujeres y 17 hombres.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Para la conformación de la muestra se recurrió a la colaboración de entidades externas que estuviesen en relación directa con los colectivos a los se pretencía acceder: ONGs, fundaciones sociales, áreas de política social de los ayuntamientos, trabajadoras y trabajadores sociales, etc. Esto permitió, por un lado, acceder fácilmente a los colectivos, y, por otro lado, que las personas participantes prestasen su colaboración en un ambiente y espacio que les resultase familiar.

Las entrevistas fueron registradas en soporte físico a través de las notas tomadas por el equipo de investigación, en las cuales quedaron reflejadas tanto las respuestas manifestadas por los y las representantes de cada colectivo, como aspectos relevantes relacionados con la expresión corporal u otros de carácter menos explícito, tales como onomatopeyas, apelaciones o dudas formuladas a la entrevistadora, etc.; al entender que, dadas las características de los colectivos, para esta fase del estudio, dichos aspectos pueden aportar una información relevante. Así mismo, se ha tomado nota de cualquier otra información observada durante la entrevista que se haya considerado relevante para la investigación en curso. Tal y como apunta la literatura sobre métodos cualitativos y, más concretamente, sobre la entrevista como técnica de investigación social, las cuestiones gestuales y lingüísticas tienen un importante significado que debe ser captado y posteriormente analizado (Olaz, 2016).

Cada participante valoró a través del test de personas usuarias 2 sistemas públicos autonómicos de salud diferentes. Esto supuso que la duración media de las entrevistas se aproximase a 1:28h, en un rango de entre 1:10h y 2h, siendo los colectivos de mujeres en situación de prostitución y la población de etnia gitana los que menos tiempo han consumido para la realización de la prueba (1:18h) y el colectivo de personas mayores el que más tiempo agotó (1:54h).

A lo largo de la realización de las pruebas se tomaron todas las medidas que garantizasen a las personas entrevistadas la más absoluta confidencialidad respecto de su identidad personal.

USC
UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Este trabajo presenta una metodología de corte cuantitativo, cuya técnica principal ha sido una encuesta diseñada por el equipo investigador que aplicó a una muestra estadísticamente significativa de la población. Complementariamente, también se ha realizado una revisión exhaustiva de la literatura científica y se han consultado fuentes de datos secundarias de organismos que evalúan el acceso y uso de la eSalud en España, entre los que destacan los informes del Observatorio Nacional de Tecnología y Sociedad de la información (ONTSI) o del Instituto Nacional de Estadística (INE).

El objetivo principal de este trabajo ha sido analizar las brechas existentes entre las demandas de los usuarios y la oferta de servicios de eSalud a partir de los resultados de la citada encuesta poblacional. Se pretende aportar información sobre el nivel de uso de los servicios y sobre las causas de la variación en su demanda, así como indicar y destacar otros servicios que podrían ser de utilidad para los usuarios, pero que actualmente no se proveen.

En primer lugar, se realizó una consulta detallada de la literatura científica sobre eSalud, tratando, por una parte, de conocer qué servicios se ofrecen actualmente en los distintos países e intentar conocer las demandas insatisfechas de los usuarios. Además, para apoyar el diseño de la encuesta, se han realizado pruebas heurísticas y de usuario con la intención de definir preguntas y categorías para el análisis.

Para recabar información sobre los servicios de eSalud prestados por los portales de salud pública en España, así como sobre el uso que los usuarios hacen de estos servicios y sus demandas insatisfechas; se aplicó como técnica principal la *encuesta eSalud*. La dinámica llevada a cabo durante la aplicación de la encuesta respetó el anonimato, y los datos recogidos se procesaron mediante códigos que no identificaban en modo alguno a las personas informantes. La gestión de los datos de contacto se realizó de acuerdo con la normativa de la Universidad de Santiago de Compostela[14] y en cumplimiento de la

[14] Regulamento do Comité de Bioética da Universidade de Santiago De Compostela, aprobado no Consello de Goberno da USC o día 14 de febrero de 2011. Disponible en: https://www.usc.es/export9/sites/webinstitucional/gl/normativa/descargas/ComiteBioetica.pdf

legislación española sobre protección de datos[15] vigente en el momento de realización de la investigación. No se compensó económicamente a las personas participantes.

Durante la *encuesta eSalud* se recabaron opiniones sobre cuestiones relativas al acceso a los principales servicios ofrecidos por los 17 portales web regionales de salud: solicitud de citas médicas; acceso a la historia clínica digital; gestión de recetas electrónicas; imagen digital y telemedicina. También se incluyeron otras preguntas para identificar los servicios más valorados por los usuarios y aquellos que, no formando parte del catálogo de servicios, son considerados de utilidad para los usuarios según las personas participantes en la encuesta[16].

La información recogida se almacenó en una base de datos codificada siguiendo los objetivos y el diseño de la encuesta. Los resultados preliminares fueron corregidos, estandarizados y recodificados en algunas variables para facilitar su tratamiento estadístico. Se aplicaron ponderaciones para asegurar la representatividad a nivel estatal –según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE)–. Por último, se realizó un análisis detallado utilizando los paquetes informáticos *SPSS*^{TM} y *STATA*^{TM}, del que se extrajeron las opiniones generales del grupo de encuestados, se ordenaron y se valoró su contribución a los objetivos de la investigación.

[15] Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, *de Protección de Datos de Carácter Personal*. Boletín Oficial del Estado (BOE) núm. 298, de 14/12/1999. Disponible en: https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1999-23750 [Fecha de consulta: 07/07/2023]

[16] Se pueden consultar estas preguntas en el capítulo 10 de esta tesis doctoral.

CAPÍTULOS EMPÍRICOS

8. ARTÍCULO "*Políticas de equidad en los planes de salud: accesibilidad ¿y algo más?*"

USC
UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

RSP Revista de Saúde Pública
http://www.rsp.fsp.usp.br/

Políticas de equidad en los planes de salud: accesibilidad ¿y algo más?

Bran Barral Buceta[I], Ramón Bouzas Lorenzo[I], Andrés Cernadas Ramos[I], Ángela Fernández da Silva[I]

[I] Universidade de Santiago de Compostela. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales. Departamento de Ciencia Política y Sociología. Santiago de Compostela, Galicia, España

RESUMEN

OBJETIVO: Examinar el enfoque adoptado por los planes de salud de las comunidades autónomas de España verificando el peso otorgado al concepto de equidad; detectar a qué colectivos o situaciones se hace referencia; así como distinguir la perspectiva de abordaje del mismo, desde el acceso, la igualación o la equiparación.

MÉTODOS: Estudio cualitativo, de análisis de contenido mediante Nvivo12, realizado en 2020 sobre planes de salud en vigencia a fecha de 2019 en las diferentes regiones (comunidades autónomas) de España. Se han recopilado 16 planes de salud regionales vigentes para establecer categorías base (equidad, accesibilidad e igualdad) y determinar términos asociados a través de Nvivo12, a partir de los que se realizó un análisis de contenido.

RESULTADOS: El concepto de equidad no resulta destacado por los planes de salud autonómicos y su relevancia es superada por los conceptos de accesibilidad e igualdad. El empleo de estos tres conceptos está asociado a diversas categorías que connotan circunstancias, condiciones o colectivos a los que los planes prestan mayor atención.

CONCLUSIONES: Los resultados obtenidos coinciden con estudios previos sobre los contenidos y orientación de los planes de salud, revelando una presencia discreta del concepto de equidad en los enfoques adoptados, sin que ello menoscabe el alineamiento de las políticas de salud respecto de las visiones emanadas de organizaciones transnacionales. Se detecta la existencia de un colectivo al que se presta especial atención desde el enfoque de accesibilidad, la población con diversidad funcional.

DESCRIPTORES: Planes de Sistemas de Salud. Equidad en el Acceso a los Servicios de Salud. Equidad en Salud. Estrategias para Cobertura Universal de Salud. Políticas Públicas de no Discriminación. Investigación Cualitativa.

Correspondencia:
Bran Barral Buceta
Universidade de Santiago de Compostela
Facultad de Ciencias Políticas y Sociales
Av. Dr. Ángel Echeverri, s/n,
Campus sur.
Santiago de Compostela, Espanha.
CP 15782.
E-mail: bran.barral.buceta@usc.es

Recibido: 20 abr 2020
Aprobado: 1 set 2020

Cómo se cita: Barral B, Bouzas-Lorenzo R, Cernadas A, Fernández da Silva A. Políticas de equidad en los planes de salud: accesibilidad ¿y algo más? Rev Saude Publica. 2021;55:31. https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055002560

Copyright: Este es un artículo de el acceso abierto distribuido bajo la términos de la licencia Atribución Creative Commons, lo que permite el uso ilimitado, distribución y reproducción en cualquier medio, siempre que el autor y la fuente los originales se acreditan.

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, la concepción de la salud y sus determinantes ha adoptado enfoques más proactivos y preventivos en consonancia con principios, entre ellos la defensa de la equidad, enfatizados por la Organización Mundial de la Salud (OMS)[1–4].

Las interpretaciones del concepto de equidad son amplias[5,6] y comprenden desde el alineamiento al antiintervencionismo estatal a la defensa de la igualdad de capacidades básicas y el máximo respaldo del Estado, pasando por la defensa de la equidad en el acceso[6]. Las primeras posturas se distancian de los principales debates sobre la equidad al asentarse en la premisa de que la desigualdad es inherente a la libertad de elección, si bien algunos autores optan por fijar un conjunto de servicios básicos[7,8]. Las demás alternativas, en mayor o menor medida defienden el diseño de políticas con la finalidad de atenuar o erradicar las inequidades en salud. Entre estas últimas, los estados tienen un papel más relevante[9], con propuestas orientadas principalmente a defender la universalidad –cuyo referente es el *Beveridge Report*[10]–, a proveer sistemas de seguridad social y a introducir los llamados *means-testing programs*[11,12] –una suerte de rentas de inserción social o discriminación positiva–, formas, todas ellas, de intervención no exentas de debate[13–15].

La OMS[1–4] se aproximó al concepto de "capacidades básicas" con base en las aportaciones de Sen[16,17] y Nussbaum[18,19], que acepta las responsabilidades personales en el estado de salud y defiende la actuación sobre cualquier factor causante de inequidad –condiciones socioeconómicas, sociodemográficas, geográficas, étnicas o de género desfavorables– que pueda introducir desigualdades de bienestar. De la propuesta deriva el concepto "desigualdad evitable"[5] desarrollado por la OMS.

España, al igual que los otros países europeos y de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), ha incluido el principio de equidad en las políticas de salud, acentuando su asimilación durante la primera década de este siglo y revisando su pervivencia en el contexto de la crisis financiera de 2008[20–23].

Dejando al margen el tratamiento de la pertinencia de las diferentes aplicaciones de la equidad a la realidad social, este trabajo se interesa por el modo en que los servicios sanitarios de las Comunidades Autónomas[a] (en adelante, CC.AA.) introducen la cuestión de la equidad y qué colectivos o circunstancias tienen en cuenta al abordarla. El objetivo es revelar la presencia del concepto de equidad en los planes de salud, identificar en ellos los principales temas asociados y el tratamiento que se les concede, contrastando sus orientaciones en el marco de las políticas públicas de salud con las visiones auspiciadas por el Ministerio de Sanidad, la Unión Europea (UE) y la OMS.

MÉTODOS

Diseño

Siguiendo las pautas del análisis comparativo constante[24], mediante el examen de contenidos[25–27] apoyado en una aplicación de soporte a la investigación cualitativa –Nvivo12–, se han revisado los planes de salud de las diferentes CC.AA.

Muestra

El estudio comprende los planes generales de salud vigentes –de nueva elaboración o prorrogados– promovidos por 16 CC.AA.

- Andalucía: IV Plan Andaluz de Salud (2013–2020)
- Aragón: Plan de Salud Aragón 2030
- Baleares: Plan Estratégico 2016–2020

[a] Cabe recordar que, según la vigente Constitución de 1978, España es un Estado descentralizado territorialmente en 17 comunidades con amplias competencias sobre diversas materias y servicios, entre ellos, los de salud. La Administración central se reserva las competencias sobre sanidad exterior y la coordinación del sistema sanitario en general, transfiriéndose el resto de competencias sobre los servicios de salud a las CC.AA. Dado el actual alto nivel de descentralización territorial, se podría afirmar que no hay un único sistema sanitario en el país, sino 17 subsistemas, pudiendo algunas comunidades ofrecer servicios diferentes, si bien en los aspectos básicos el sistema es relativamente homogéneo para el conjunto del Estado.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

- Canarias: Plan de Salud de Canarias 2016–2017: Entre la crisis y la transformación para la innovación en la gestión de la salud de los servicios
- Cantabria: Plan de Salud de Cantabria 2014–2019
- Castilla-La Mancha: Estrategia 20-20 de Salud y Bienestar Social: El modelo de Castilla-La Mancha
- Castilla y León: IV Plan de Salud de Castilla y León (2020)
- Cataluña: Plan de salud de Cataluña 2016–2020
- Comunidad Valenciana: IV Plan de Salud 2016–2020 Comunitat Valenciana
- Extremadura: Plan de Salud de Extremadura 2013–2020
- Galicia: Estrategia Sergas 2020
- La Rioja: III Plan de Salud de La Rioja (2013–2020)
- Navarra: Plan de Salud de Navarra 2014–2020
- País Vasco: Plan de Salud Euskadi 2013–2020
- Principado de Asturias: Plan Sociosanitario del Principado de Asturias (2018–2021)
- Región de Murcia: Plan de Salud de 2010–2015 de la Región de Murcia

Dichos planes forman parte del estudio al cumplir los criterios de homogeneidad, representatividad, pertinencia y exhaustividad que propone Bardin[25]. Se buscaba analizar los planes generales sobre salud lo más actuales posibles. Es por ello que no se ha podido analizar ningún plan de la autonomía de Madrid dado que siguiendo la regla de la homogeneidad no se pudo encontrar un plan con estas características, siendo todos los recabados parciales y específicos.

Análisis

La literatura identifica factores o determinantes de la salud, que, por influencia de las instituciones transnacionales de referencia, era esperable encontrar reproducidos, en mayor o menor medida, en los planes de salud.

Sin embargo, el análisis de contenido desde la perspectiva de Bardin[25], especialmente del enfoque emergente[24] adoptado, obliga a extraer del objeto de estudio las categorizaciones y significados, y no a prefijarlos.

Así, durante la fase de preanálisis[25], se procedió a la selección de los fragmentos de los planes en que se abordaban contenidos vinculados a la equidad. Desde esta primera aproximación, se detectaron varios ítems claves y se expandió la selección de fragmentos de texto –en consecuencia con la perspectiva emergente adoptada– a otros dos campos de significados que se sintetizan en los conceptos de "Accesibilidad" e "Igualdad", que se han denominado nodos o categorías base (en adelante, CB). El concepto "nodo" es propio de la terminología de la aplicación Nvivo y se refiere a una categoría que agrupa significantes similares: cada categoría opera como conjunto de semas relacionados con aquel que la nombra[b].

Posteriormente se procedió al análisis de contenido y, como es propio de un enfoque de comparación constante, se conformaron nuevas subcategorías[c] según la frecuencia de la aparición. Algunas de ellas ampliamente recogidas en la bibliografía consultada, y otras, menos comunes, derivadas del diseño adoptado. Como resultado, se fijaron las siguientes categorías clave (en adelante, CC): Calidad, Diversidad Funcional, Género, Grupos Sociales Vulnerables, Inmigración, Personas Mayores, Rural y Enfermedades Mentales.

[b] Cabe reseñar que estas tres categorías contradicen el criterio de "exclusión mutua", básico para la configuración de categorías, algo que el propio equipo de investigación pretendió evitar. Esta circunstancia forma parte de las excepciones que Bardin[25] contempla para el fenómeno que denomina "multicodificación". Es decir, dada la imprecisión con que en ocasiones se hace referencia a ideas o ítems conceptualizados de forma diferente por la literatura, se pueden codificar estos elementos sin que necesariamente su codificación dentro de una categoría los excluya de su pertenencia a otra. Esto ocurre con las denominadas CB, que son utilizadas en algunas ocasiones como sinónimos. Con la pretensión de lograr establecer si existen cuestiones específicas de cada una de ellas y, a su vez, encontrar aquellas otras que sean transversales a las tres, se ha optado en este caso por emplear esta opción, de forma que en los casos en que existan segmentos de texto que hagan una mención de 2 o incluso de 3 CB, se considere que los temas abordados sean parte de las tres categorías.

[c] Estas subcategorías responden a la configuración habitual de las categorías, siendo completamente excluyentes y encontrándose contenidas en alguna o todas las anteriores.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

La diferencia entre las CB y CC radica en su función en el proceso de análisis: las "base" articulan la selección de los segmentos del plan analizados (operan como significantes marco); y las "clave" determinan el contenido dentro de esa selección. En otras palabras, las categorías base son los contenedores (los segmentos de texto englobados en el análisis) de lo que se habla o temas tratados (categorías clave). Este es otro de los motivos que ha llevado al equipo investigador a aceptar la "multicodificación" en estos tres casos, dado que permite realizar un análisis temático de las CC ajustado a cada una de las CB y, a partir del mismo, establecer las similitudes y diferencias entre los distintos paradigmas representados.

En el Cuadro 1 se recogen las operacionalizaciones realizadas para conformar las diversas categorías base y clave que se han mencionado en el artículo, así como los términos o lexemas que se incluyeron en el análisis[d].

RESULTADOS

En primer lugar, se ha determinado en qué medida los planes de salud contienen referencias a los conceptos asociados a la equidad en salud (Figura 1).

Tal y como se aprecia, el concepto más extensamente detectado dentro de los planes de salud es el de Accesibilidad, con un 2,06% (de media), superior al tratamiento de las restantes CB en 11 de los planes autonómicos de salud analizados. Sin embargo, el concepto Igualdad alcanza mayores cotas de mención (en cuanto a máximos, siendo su media inferior con un 1,87%), destacando en el 6,53% de los contenidos del plan de salud de Andalucía, el 6,12% del plan del País Vasco y el 4,51% en el caso de Aragón.

A su vez, el concepto Equidad tiene una mayor relevancia en el plan de salud del País Vasco (4,23% de contenidos) y, en menor medida, en el plan autonómico andaluz (1,77%) y en el de las Islas Canarias (1,67%), obteniendo una media de codificación del 1,08%, la menor de las tres CB.

Por su parte, el concepto Accesibilidad alcanza su presencia más elevada en el plan autonómico de Castilla-La Mancha (3,92%), seguido por el del País Vasco (3,33%) y el de Asturias (2,84%).

Resulta, asimismo, llamativa la ausencia de contenidos hallada en algunos planes: el tratamiento del concepto Igualdad es exiguo –menos del 0,25%– en los planes de Asturias, Islas Baleares y La Rioja; el concepto Equidad es mínimamente abordado –menos del 0,7%– en los planes de Islas Baleares, Cantabria y Castilla-La Mancha; y el término Accesibilidad alcanza sus cifras más bajas –menos del 1,2%– en los planes de Islas Baleares, Murcia y Extremadura.

Cuadro 1. Relación de categorías y de los términos o lexemas aplicados y englobados en la codificación.

Categoría		Términos o lexemas empleados
Categorías Base	Equidad	Equidad, Equitativo*, Inequitativ*
	Igualdad	Igualdad, Desigualdad*, Igualitar*
	Accesibilidad	Accesibilidad, Accesible, Acceso, Inaccesible, Inaccesibilidad
Categorías Clave	Diversidad funcional	Diversidad funcional, Discapacitad*, Discapacidad, Dependient*, Dependencia, Independencia
	Rural	Rural, Periferia, Núcleos poblacionales pequeños/alejados, Dispersos, Dispersión, Difícil acceso, Alejad*, Zona*, Geografía*, Geográfic*
	Grupos sociales vulnerables	Grupo social, Grupos sociales, Colectivos en situación de riesgo, Vulnerabilidad, Vulnerabl*, Desfavorecid*, Colectivo*
	Género	Género, Hombre*, Mujer*, Violencia, Maltrato, Machismo
	Inmigración	Inmigración, Inmigrante, Raza, Etnia, Étnic*, Lengua, Habla, Extranjer*
	Personas Mayores	Mayor*, Tercera Edad/3ª Edad, envejecer, envejecimiento, anclan*
	Calidad	Calidad
	Mental	Mental*

* Se han seleccionado aquellas palabras que empiezan de ese modo, de forma que se pueden usar para obviar el género o los plurales de las mismas. Se trata de una práctica propia del programa de Nvivo y de sus criterios de búsqueda, por ello se plasma de esa manera. Estos términos se han revisado caso a caso para observar la pertinencia de los mismos, descartando los que no tenían un significado coherente con lo buscado.

[d] Fruto del propio análisis de la frecuencia de los lexemas del contenido de los planes y gracias a la herramienta del programa Nvivo que permite dicho criterio de búsqueda por lexema, amparados así mismo por la ampliación a través de los principales diccionarios de sinónimos y la competencia lingüística nativa del equipo investigador.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

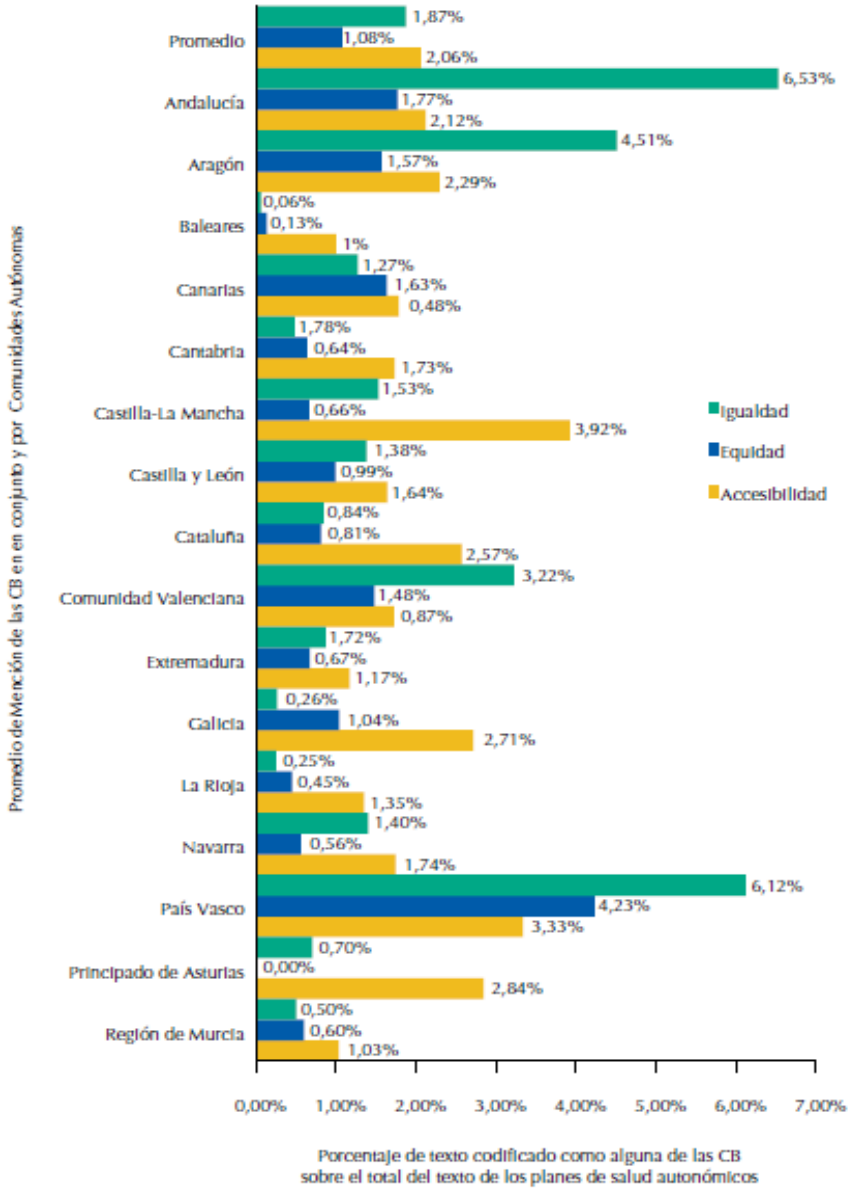


Figura 1. Porcentaje de texto codificado según las categorías base sobre el total del texto recogido en los planes autonómicos.

Pero ¿a qué se refiere cuando se habla de equidad, igualdad y accesibilidad?

Aunque, como se señaló, los temas asociados a las CB –Equidad, Igualdad y Accesibilidad– son incorporados a la práctica en totalidad de los planes de salud, el tratamiento de CC encuentra diferencias significativas, según muestra la distribución de menciones en los planes de salud autonómicos (Tabla 1).

Desde el punto de vista de la diversidad temática abarcada, la menor variedad de CC se detecta en los planes de Galicia y Baleares –en Galicia solo se trata el concepto Calidad y

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Tabla 1. Menciones a las categorías base y claves en los planes de salud autonómicos por frecuencia de codificación (sobre total codificado por categoría).

	Accesibilidad	Calidad	Diversidad funcional	Equidad	Género	Grupos Sociales Vulnerables	Igualdad	Inmigración	Personas Mayores	Enfermedades Mentales	Rural	Media de menciones sobre total por CC. AA.
Andalucía	5,38%	10,86%	4,34%	8,01%	7,61%	5%	16,90%	5,36%	0,67%	6,52%	10,10%	7,34%
Aragón	3,27%	1,33%	0,91%	4,14%	0,74%	3,50%	7,99%	5,85%	4,67%	2,10%	8,75%	3,93%
Baleares	2,16%	0,27%	0,16%	0,54%	0%	0%	0,17%	1,17%	0%	0%	0%	0,41%
Canarias	6,13%	6,63%	0,99%	10,14%	0,34%	3,88%	5,24%	1,17%	0%	2,05%	3,52%	3,64%
Cantabria	16,56%	3,71%	18,85%	11,04%	3,69%	8,13%	5,52%	10,62%	5,71%	52,70%	5,44%	12,91%
Castilla-La Mancha	2,78%	0,80%	3,28%	0,81%	0,11%	0,48%	1,25%	0,39%	0,67%	0%	3,47%	1,28%
Castilla y León	6,93%	2,12%	7,18%	7,51%	2,61%	1,67%	7,10%	4,42%	0,46%	6,52%	9,74%	5,11%
Cataluña	5,99%	42,71%	1,53%	3,68%	58,55%	19,82%	2,65%	0%	59,18%	2,09%	0%	17,84%
Comunidad Valenciana	8,41%	3,98%	4,13%	12,43%	3,98%	21,28%	17,63%	16,17%	0,64%	0%	0%	8,06%
Extremadura	10,98%	7,43%	13,31%	11,92%	10,34%	5,88%	10,23%	9,97%	17,08%	2,17%	47,28%	13,33%
Galicia	1,61%	1,06%	0%	1,17%	0%	0%	0,18%	0%	0%	0%	0%	0,37%
La Rioja	10,97%	5,04%	22,17%	6,91%	6,59%	7,55%	2,55%	30,04%	6,26%	8,70%	6,01%	10,25%
Navarra	6,42%	3,45%	9,32%	3,86%	0,68%	7,27%	6,08%	7,60%	0,96%	2,11%	3,11%	4,62%
País Vasco	6,39%	8,22%	1,94%	14,58%	4,03%	7,65%	13,86%	0,81%	2,03%	1,98%	0,62%	5,65%
Principado de Asturias	3,02%	1,59%	6,86%	0%	0,45%	4,37%	0,91%	0,39%	1,67%	10,87%	1,29%	2,86%
Región de Murcia	3%	0,80%	5,03%	3,26%	0,28%	3,52%	1,74%	6,04%	0%	2,19%	0,67%	2,41%
Total Menciones a la categoría	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Nota: Los colores atienden a la intensidad y dirección de la codificación; aquellos más próximos al rojo denotan menor porcentaje de mención; los verdes mayor; y los tonos amarillos los más moderados. En este caso representa los valores en columna y responde, por lo tanto, al porcentaje de segmentos del texto que se han codificado en cada categoría según el total individual de cada una de ellas. Como resultado, se muestra qué comunidades enfatizan en mayor o menor medida cada tema.
En las columnas que se hace mención al número de páginas de los planes, se crea un indicador en la última columna que atiende al ratio de codificación media por página del plan, que permite relacionar el porcentaje de codificación de cada comunidad con su número de páginas: cuanto más verde mayor es el ratio entre páginas y codificación y, por ende, mayor la atención prestada a la equidad; y los más próximos al rojo figuran las comunidades que menor atención prestan.

en Islas Baleares, Inmigración y Calidad– mientras que son varios los planes autonómicos de salud (Andalucía, Aragón, Cantabria, Castilla y León, Extremadura, La Rioja y Navarra) que comprenden la totalidad de CC, si bien con desigual atención.

A su vez, respecto a la intensidad de tratamiento temático, destaca el plan de Cataluña, que concentra más de la mitad de las menciones que a tres CC se hacen en los planes autonómicos: Personas Mayores (59,18%), Género (58,55%) y Calidad (42,71%). Otros dos planes autonómicos reúnen la mayor parte de referencias a dos CC: Enfermedades Mentales (52,7%), en el caso de Cantabria, y Rural (47,28%), en de Extremadura.

Con menor intensidad, otras CC en las que despuntan los planes de salud son: Inmigración (La Rioja, 30,04%), Grupos Sociales Vulnerables (Cataluña, 21,28%; Comunidad Valenciana, 19,82%) y Diversidad Funcional (La Rioja, 22,17%; Cantabria, 18,85%).

Por otra parte, es importante situar el tratamiento de los temas en el contexto de la relevancia que tienen en los planes, ya que no necesariamente el que un plan acumule el mayor número de menciones a una categoría implica que a esta se le conceda mayor importancia respecto a las demás, como se podrá ver a continuación.

En primer lugar, cabe destacar que las CB poseen mayor presencia, algo lógico dada la selección del texto en función de las mismas. En este sentido, la CB que más codificación acumula de media

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

es Accesibilidad, con un 36,09% de las menciones; seguida por Igualdad, un 22,77%; y Equidad, 16,24%. Esta última mantiene un porcentaje de menciones similar al alcanzado por la CC Diversidad Funcional (13,72%), uno de los temas más importantes de los fragmentos seleccionados.

Las restantes CC se ven subsumidas en cuanto a número de menciones: Grupos Sociales Vulnerables (3,77%), Personas Mayores (2,42%), Inmigración (2,19%), Género (1,17%), Rural (1,31%), Calidad (0,30%) y Enfermedades Mentales (0,03%).

Ponderando el peso de las CC al margen de las CB se facilita un análisis temático más afinado por comunidad (Tabla 2). Así, se observa que la categoría Diversidad Funcional destaca rotundamente sobre las demás (48,36% de media, con solo Aragón, Cataluña y Galicia por debajo del 30% de menciones) y hay que descender hasta el 16,56% de las codificaciones medias para encontrar la siguiente CC, Grupos Sociales Vulnerables – –destacan las menciones a este *issue* en los casos de la Comunidad Valenciana, País Vasco, Canarias, Cataluña y Aragón, todas por encima de un 20% de la codificación temática realizada mediante las CC–, o hasta el 11,40% para encontrar la tercera categoría, Inmigración, que destaca su peso para las Islas Baleares con un 55,37% y en menor medida Aragón y la Comunidad Valenciana con cifras en torno al 20%.

La supremacía del concepto Diversidad Funcional está presente en la mayoría de las CC. AA., siendo uno de los *targets* más destacados –resulta especialmente visible en los planes de Castilla-La Mancha, Asturias, Cantabria, Castilla y León, Región de Murcia, La Rioja y Navarra–. Queda al margen Galicia, que aborda de manera exclusiva la equidad en salud relacionándola con la Calidad.

Tabla 2. Porcentaje de codificación de los *issues* abordados por las CC (sobre total codificado por planes de salud autonómicos).

	Calidad	Diversidad funcional	Género	Grupos Sociales Vulnerables	Inmigración	Personas Mayores	Enfermedades Mentales	Rural	Total
Andalucía	2,62%	47,76%	8,55%	16,54%	10,48%	1,45%	0,21%	12,41%	100,00%
Aragón	0,58%	18,08%	1,48%	20,98%	20,72%	18,53%	0,13%	19,50%	100,00%
Baleares	1,47%	43,16%	0,00%	0,00%	55,37%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
Canarias	4,88%	33,77%	1,19%	39,58%	7,12%	0,00%	0,13%	13,32%	100,00%
Cantabria	0,30%	73,85%	1,48%	9,57%	7,41%	4,45%	0,54%	2,39%	100,00%
Castilla- La Mancha	0,43%	81,14%	0,30%	3,58%	1,71%	3,28%	0,00%	9,56%	100,00%
Castilla y León	0,48%	71,93%	2,69%	5,04%	7,87%	0,91%	0,19%	10,89%	100,00%
Cataluña	3,55%	5,83%	22,77%	22,77%	0,00%	45,07%	0,02%	0,00%	100,00%
Comunidad Valenciana	0,64%	29,42%	2,89%	45,61%	20,52%	0,92%	0,00%	0,00%	100,00%
Extremadura	0,60%	49,75%	3,94%	6,60%	6,63%	12,73%	0,03%	19,71%	100,00%
Galicia	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
La Rioja	0,34%	68,18%	2,07%	7,00%	16,45%	3,83%	0,06%	2,07%	100,00%
Navarra	0,55%	68,81%	0,52%	16,15%	9,99%	1,39%	0,03%	2,56%	100,00%
País Vasco	3,26%	35,43%	7,58%	42,19%	2,68%	7,46%	0,12%	1,28%	100,00%
Principado de Asturias	0,39%	77,62%	0,53%	14,93%	0,78%	3,79%	0,33%	1,63%	100,00%
Región de Murcia	0,23%	69,01%	0,41%	14,51%	14,74%	0,00%	0,09%	1,02%	100,00%
Media de mención a las CB por CC. AA.	7,52%	48,36%	3,52%	16,56%	11,40%	6,49%	0,12%	6,02%	100,00%

Nota: Para una mayor claridad del peso de los contenidos dentro de cada plan, se pormenoriza en la frecuencia de mención relativa de cada una de las CC y se analiza el peso específico de cada una de ellas sobre las restantes (excluyendo, como se ha comentado, las CB). Así se destacan aquellos temas o *issues* abordados en mayor o menor medida por cada comunidad. El uso de colores sigue el patrón anteriormente aplicado, pero en este caso responde a las cifras ubicadas en las filas, por lo que muestra la importancia relativa de la CC en cada uno de los planes de forma individualizada y, por ende, en cada comunidad.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

La centralidad de la Diversidad Funcional asociada a la categoría Accesibilidad puede explicarse a partir de las medidas expuestas en los planes de salud y en cómo se argumentan sus causas: desde el acceso a las propias infraestructuras sanitarias hasta la adaptación de las páginas web a formatos más accesibles para los diferentes tipos de usuarios, pasando por el establecimiento de atenciones domiciliarias que faciliten la prestación de la atención sanitaria en condiciones de igualdad.

Las categorías Diversidad Funcional, Grupos Sociales Vulnerables e Inmigración centran la atención en la mayoría de contenidos que expresan la necesidad de potenciar la equidad en salud, articulando políticas o medidas que procuran mejorar la situación en que se encuentran estos colectivos.

En ese sentido, teniendo en cuenta que los campos semánticos de cada categoría implican no solo la consideración de una condición o unas circunstancias, sino que aluden a la porción de población por estas afectada, cabe destacar que entre los planes examinados también resultan principales las acciones en salud encaminadas a mejorar la situación de otros colectivos: Cataluña respecto a la CC Personas Mayores (45,07%) y Género (22,77%); o Extremadura y Aragón, al tratar la CC Rural (19,71% y 19,50%, respectivamente).

A partir de todos los datos anteriores, se ha representado (Figura 2) la situación de cada plan de salud según la relevancia concedida a cada CC.

A partir de esta figura se observa que hay varias CC. AA. cuya aproximación a la equidad se concentra en pocas CC, mientras otras abordan más *targets* y, por tanto, entienden que es una cuestión más amplia. En el primer grupo figuran Baleares, La Rioja, Navarra, Región de Murcia, Castilla y León, Cantabria, Asturias, Castilla-La Mancha y, finalmente, Galicia; en el segundo, Aragón, Andalucía, Canarias, Cataluña, Extremadura, País Vasco y la Comunidad Valenciana, todas ellas por debajo de la media de desviación típica y, por tanto, que tienden a observar y tener en cuenta más colectivos que las restantes.

Comunidades Autónomas	Desv. Típ sobre el % de codificación de cada plan a las	Media ranking en CC	Posición (Ranking medio)
Aragón	0,10	6	2
Andalucía	0,17	5,5	1
Cataluña	0,17	8	8
Canarias	0,17	7,25	4
País Vasco	0,17	6,75	3
Extremadura	0,17	7,25	5
Comunidad Valenciana	0,18	8,25	9
Baleares	0,24	10,75	15
La Rioja	0,25	8,375	10
Navarra	0,25	8,625	12
Región de Murcia	0,25	10,125	14
Castilla y León	0,26	7,875	7
Cantabria	0,27	7,5	6
Principado de Asturias	0,29	8,375	11
Castilla-La Mancha	0,30	10,125	13
Galicia	0,38	12,625	16



Nota: En la primera columna ("Desv. Típ. sobre el % de codificación de cada plan a las CC"), los colores más cercanos al rojo indican que las comunidades se han centrado sobre todo en uno o pocos *issues* (CC); los más verdes, si han adoptado posturas respecto a la equidad que incluyen a multiplicidad de colectivos; y los tonos amarillos destacan las puntuaciones intermedias. Las siguientes dos columnas clasifican a las comunidades según la importancia relativa concedida a cada CC y a otorgarles un valor según la posición (de 1 a 16) que ocupan, obteniendo las medias, que, a su vez, en la tercera columna se pasan a un formato de ranking, ordenando las comunidades según su puntuación obtenida. Siguiendo la lógica de uso precedente, los colores son nuevamente representativos de la mayor o menor atención a pocos o múltiples CC: cuantas más CC se contemplen y se aborden en los planes (con cierta relevancia porcentual), menor será la media del ranking y a su vez la posición, lo que desde la perspectiva de esta investigación (de acuerdo con la perspectiva de la OMS de la existencia de un problema multicausal) resulta más adecuado para abordar esta problemática.

Figura 2. Ranking de las CCAA según la atención que prestan a las distintas CC en sus planes.

DISCUSIÓN

Conocer cuál es la aproximación de cada comunidad a la equidad, en qué colectivos están centrando sus políticas sanitarias y con qué orientación, implica comprobar qué cuestiones no se están abordando, lo que plantea la pregunta sobre dicha ausencia teniendo en cuenta la consideración que actores transnacionales como la OMS y la propia UE poseen de la teoría de las capacidades básicas propuesta por Sen[3,4,16,17,21].

Este estudio cualitativo corrobora los hallazgos de investigaciones precedentes, de que los planes de salud autonómicos contienen escasas referencias explícitas al concepto de equidad en salud[20–23,28]. Los planes focalizan su atención al abordaje de enfermedades concretas, la incorporación de tecnologías sanitarias y la reorganización de servicios, dejando en un segundo plano la cuestión de la equidad, que solo se revela, indirectamente, por medio de la demanda de una mejora del acceso a los servicios sanitarios, adoptando, en suma, una visión orientada a la perspectiva del acceso en igualdad de condiciones y no acorde con la propuesta de Sen y la OMS sobre la igualdad de capacidades y de la atención a los determinantes sociales.

Además, este acceso no se considera por todas las CC.AA. como un factor general y multicausal con diversos colectivos o *issues* clave a tener en cuenta, sino que se significan colectivos concretos, entre los que destaca el de las personas con Diversidad Funcional, principal *target* al que se dirigen las políticas de equidad en salud. En un segundo plano quedan las referencias a otros colectivos destacados como los Grupos Sociales Vulnerables y Personas Inmigrantes. Lo anterior no impide resaltar que el análisis confirma que los planes de salud vinculan la categoría Grupos Sociales Vulnerables a situaciones de discriminación económica, relación puesta en evidencia por organismos transnacionales como la OMS como fuente de inequidad asociada a pobreza y empeoramiento de la salud[5].

Por su parte, la atención a temas como género, calidad, personas mayores, ámbito rural o enfermedades mentales no se contempla de forma uniforme en los planes autonómicos. Sin embargo, este hecho no los convierte en cuestiones irrelevantes, al contrario, su ausencia evidencia la carente perspectiva multidimensional de las inequidades que existen en materia de salud. Todo esto tiene una grave repercusión, ya que puede comportar un déficit de atención a dichos colectivos, que padecen dificultades añadidas para poder ser usuarios de pleno derecho del servicio sanitario[20–23,28,29].

Desde el punto de vista del promotor de los planes de salud –las Administraciones Autonómicas– se pueden distinguir, por una parte, comunidades que abordan la equidad como una cuestión muy focalizada en uno o dos colectivos y las que tratan el problema de una manera más comprehensiva, más global y próxima al concepto de capacidades básicas, si bien ninguna de ellas va más allá del factor accesibilidad y no tienen en cuenta completamente los demás componentes de la inequidad en salud como defienden la OMS y la literatura sobre el caso español[20–23,28–30].

Aunque la concepción del diseño de las políticas de salud pueda adolecer de insuficiente atención específica a determinados colectivos, la implementación los debería tener en cuenta y evitar, así, graves inequidades en los niveles de uso del servicio: el acceso a un mismo servicio no garantiza una igual atención si, por ejemplo, algunos usuarios carecen de recursos económicos para sufragar su medicación, tienen dificultades para entender el idioma en que se les atiende o son incapaces de visualizar una prescripción. La calidad de su atención, incluso la misma atención, está en riesgo[6,16,17,19].

Todas las categorías clave que se han detectado son perfectamente aplicables al conjunto de las CC. AA. No resaltarlas no deriva de la inexistencia de colectivos concretos, sino de una elección política de los *target* de los planes.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Confirmando lo establecido en investigaciones previas que apuntaban en la misma dirección[20–23,28–30], los resultados certifican la falta de una mayor plasmación de la equidad en los planes y de en general abordar pocos de los temas clave. Depender de que solo la implementación cubra las carencias de la planificación y, como sucedería en este caso, pueda mitigar un exiguo tratamiento de la equidad, no resulta una práctica solvente.

Este último, el de la implementación, es un terreno situado más allá de los propósitos de este trabajo, y será en el estudio de la implementación de lo que los planes de salud proponen en que realmente se pueda constatar cómo y en qué se traducen las ideas de partida[20,31] que han sido objeto de este análisis. En este sentido, cabrá esperar que esta investigación estimule nuevos estudios al respecto y sirva como marco que permita análisis más profundos de los planes de salud vigentes y venideros.

REFERENCIAS

1. World Health Organization. Health21: the health for all policy framework for the WHO European Region. Copenhagen (DK): WHO Regional Office for Europe; 1999 [citado 23 set 2019]. (European Health for All Series; nº 6. Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/98398/wa540ga199heeng.pdf
2. Marmot M; Commission on Social Determinants of Health. Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. Lancet. 2007;370(9593):1153-63. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61385-3
3. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health; background document to WHO – Strategy paper for Europe. Stockholm (SE): Institute for Future Studies; 1991 [citado 24 set 2019]. Disponible en: https://core.ac.uk/download/pdf/6472456.pdf
4. World Health Organization. Working towards achieving the Sustainable Development Goals: a WHO toolkit. Geneva (CH): WHO; 2018 [citado 24 set 2019]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/handle/10665/274261
5. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. Int J Health Serv.1992;22(3):429-45. https://doi.org/10.2190/986L-LHQ6-2VTE-YRRN
6. Cernadas Ramos A. La salud y el acceso a los sistemas sanitarios públicos: desigualdades e inequidades. Madrid: Editorial Síntesis; 2010.
7. Enthoven AC. Is consumer choice and competition in health care the wave of the future? Hosp Financ Manage. 1980;34(11):12-5, 18, 20 passim.
8. Nozick R. Anarquía, Estado y utopía. [S.l.]: Editorial Innisfree; 2014.
9. Navarro V, Quiroga A. Políticas de estado de bienestar para la equidad. Gac Sanit. 2004;18(4):147-57.
10. Beveridge WH. Social insurance and allied services: report by Sir William Beveridge. Bull World Health Organ. 2000;78(6):847-55. 2000 [citado 27 set 2019];78(6):847-55. Disponible en: https://apps.who.int/iris/handle/10665/57560
11. Korpi W, Palme J. The paradox of redistribution and strategies of equality: welfare state institutions, inequality, and poverty in the western countries. Am Sociol Rev. 1998;63(5):661-87. https://doi.org/10.2307/2657333
12. Diderichsen F. Income maintenance policies: determining their potential impact on socioeconomic inequalities in health. In: Mackenbach J, Bakker M, editors. Reducing inequalities in health: a European perspective. London (UK): Routledge; 2002. p. 53-66.
13. Sojo A. Reformas de gestión en salud en América Latina: los cuasimercados de Colombia, Argentina, Chile y Costa Rica. Santiago de Chile: Editorial Cepal; 2000.
14. Altman D, Frist WH. Medicare and Medicaid at 50 years: perspectives of beneficiaries, health care professionals and institutions, and policy makers. JAMA. 2015;314(4):384-95. https://doi.org/10.1001/jama.2015.7811
15. Rice T, Unruh LY, Ginneken E, Rosenau P, Barnes AJ. Universal coverage reforms in the USA: fom Obamacare through Trump. Health Policy. 2018;122(7):698-702. https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.05.007

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

16. Sen A. Equality of What? In: McMurrin S, editor. Tanner lectures on human values. Vol. 1. Cambridge (UK): Cambridge University Press; 1980.

17. Sen A. Inequality reexamined. Oxford (UK): Clarendon Press; 1992.

18. Nussbaum MC. Frontiers of justice: disability, nationality, species membership. Cambridge, MA: Harvard University Press; 2009.

19. Nussbaum MC. Creating capabilities: the human development approach. Cambridge, MA: Harvard University Press; 2011.

20. Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Gac Sanit. 2012;26(2):182-9. https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.07.024

21. Marmot M, Allen J, Bell R, Bloomer E, Goldblatt P; Consortium for the European Review of Social Determinants of Health and the Health Divide. WHO European review of social determinants of health and the health divide. Lancet. 2012;380(9846):1011-29. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61228-8

22. Puyol A. Ética, equidad y determinantes sociales de la salud. Gac Sanit. 2012;26(2):178-81. https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.08.007

23. Urbanos-Garrido R. La desigualdad en el acceso a las prestaciones sanitarias. Propuestas para lograr la equidad. Gac Sanit. 2016;30 Supl 1:25-30. https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.01.012

24. Glaser BG, Strauss AL. The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research. New York: Aldine de Gruyter; 1967.

25. Bardin L. Análisis de contenido. 2. ed. Madrid: Ediciones Akal; 1996.

26. Mayring P. Qualitative content analysis. Forum Qual Soc Res. 2000 [citado 17 nov 2019];1(2):20. Disponible en: http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1089/2385

27. Silva SAG, Duarte RG, Castro JM. Transfer of knowledge in international cooperation: the Farmanguinhos-SMM case. Rev Saude Publica. 2017;51:103. https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2017051006249

28. Whitehead M, Dahlgren G. Levelling up (part 1): a discussion paper on concepts and principles for tackling social inequities in health. Copenhagen (DK): WHO Regional Office for Europe; 2006 [citado 14 dec 2019]. (Studies on social and economic determinants of population health; nº.2). Disponible en: https://apps.who.int/iris/handle/10665/107790

29. Borrell C, Peiró R, Ramón N, Pasarín MI, Colomer C, Zafra E, et al. Desigualdades socioeconómicas y planes de salud en las comunidades autónomas del Estado español. Gac Sanit. 2005;19(4):277-85. https://doi.org/10.1157/13078025

30. Briones-Vozmediano E, Vives-Cases C, Peiró-Pérez R. Gender sensitivity in national health plans in Latin America and the European Union. Health Policy. 2012;106(1):88-96. https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2012.03.001

31. Fiuza Pérez MD, Aguiar Rodríguez JF, Monzón Batista N. Una década de reflexión sobre los planes de salud en España. Informe SESPAS 2010. Gac Sanit. 2010;24 Supl 1:37-41. https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2010.10.005

Financiamiento: Esta publicación se enmarca en las actividades del proyecto de investigación "Brecha digital e inhibidores en la implementación del e-Gobierno: Especial impacto en el ámbito de la salud" (CSO2014-53014-R) (2015–2018), financiado por el Ministerio de Economía y Competitividad (Programa Estatal de Investigación, Desarrollo e Innovación Orientada a los Retos de la Sociedad, Convocatoria 2014). Este hecho no supone la existencia de ningún tipo de conflicto de interés ni por dicha financiación ni por otros motivos.

Contribución de los Autores: Concepción y planificación del estudio: BBB, RBL, ACR, AFD. Recolección, análisis e interpretación de los datos: BBB, RBL, ACR, AFD. Elaboración o revisión crítica del manuscrito: BBB, RBL, ACR, AFD. Aprobación de la versión final: BBB, RBL, ACR, AFD.

Conflicto de Intereses: Los autores no tienen conflicto de interés.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

9. ARTÍCULO "*Health policy in Spain: A comparative study between general population and groups at risk of social exclusion in Spain*"

USC
UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

Check for updates

Original Research

DIGITAL HEALTH

Digital Health
Volume 8: 1–16
© The Author(s) 2022
Article reuse guidelines:
sagepub.com/journals-permissions
DOI: 10.1177/20552076221120724
journals.sagepub.com/home/dhj
SAGE

eHealth policy in Spain: A comparative study between general population and groups at risk of social exclusion in Spain

Ángela Fernández Da Silva[1], Bran Barral Buceta[2] and Xosé María Mahou-Lago[1]

Abstract

Background: In recent years, the healthcare sector has experienced accelerated progress in terms of the inclusion of Information and Communication Technologies (ICTs) in its procedures and formalities. However, public administrations have been unable to adapt to the peculiarities of the most vulnerable groups. This leads to marginalization of at-risk groups within the healthcare system and contributes to the widening of the so-called digital divide.

Methods: Based on the analysis of the literature, three dimensions have been constructed to identify the level of inclusion of web portals: the perception of quality, the perception of usability, and the importance attributed to their content. In order to obtain data on each of these dimensions, a study was designed based on the user test methodology as a central element (identifying and evaluating 11 vulnerable groups) and, in parallel, a survey of the general population and heuristic tests.

Results: A high percentage of vulnerable people at risk of social exclusion are not receiving adequate healthcare due to the digitalization of the system and the implementation of scarcely inclusive health web portals, which pose significant barriers in service provision for the 11 selected collectives. Meanwhile, the general population is being introduced to eHealth benefits, although the latter did not have high levels of digitization or a broad portfolio of services.

Conclusions: The general population has a relatively positive perspective of eHealth services, but only a minority of them make intensive use of them, and they are not widespread in Spain as a whole. Meanwhile, the population at risk of exclusion lacks the skills and resources to make real use of eHealth, needing "digital intermediaries" from the social sphere to achieve results. eHealth policies are not taking into account people with higher levels of marginalization, aggravating their exclusion and the digital divide.

Keywords

eHealth, telemedicine, digital divide, equity, social exclusion, health policies

Submission date: 28 March 2022; Acceptance date: 1 August 2022

Background

In recent years, especially in the last decade, the healthcare sector has experienced accelerated progress in the inclusion of Information and Communication Technologies (ICTs) in its procedures and processes[1–5] via eHealth, which consists of a series of electronic tools used in a variety of tasks related to health and lifestyle management.[6]

The appearance of COVID-19 shows that new technologies are also important allies in the management of this

[1]Department of Sociology, Political Science and Administration, and Philosophy, University of Vigo, Pontevedra, Spain
[2]Department of Political Science and Sociology, Faculty of Political Science and Administration, University of Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, Spain

Corresponding author:
Ángela Fernández Da Silva, Department of Sociology, Political Science and Administration, and Philosophy, University of Vigo, Pontevedra, Spain A, P.° Xunqueira, S/N, 36005 Pontevedra, Spain.
Email: angela.fernandez@uvigo.es

Creative Commons NonCommercial-NoDerivs CC BY-NC-ND: This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivs 4.0 License (https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/) which permits non-commercial use, reproduction and distribution of the work as published without adaptation or alteration, without further permission provided the original work is attributed as specified on the SAGE and Open Access page (https://us.sagepub.com/en-us/nam/open-access-at-sage).

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

pandemic, offering a wide range of opportunities related to new services, greater productivity, easier communication, etc.[7]

In this context, despite the existing consensus on the relevant role of ICT in health, the starting hypothesis of this research is that most public administrations have been unable to adapt to the peculiarities and demands of those groups that have been left out of the health system, thus contributing to the widening of the digital divide, this is understood as the differences that occur between individuals, households, companies, and geographic areas of different socioeconomic levels in terms not only of their opportunities for access to ICTs but also in terms of the usability and interaction capabilities of certain social groups.[7–22]

Scientific contributions have repeatedly related the digital divide to various factors that explain its origin and impact on society. Among them, age,[23] lack of educational background,[24] gender,[25] geographic setting and the rural-urban dichotomy,[8,26,27] income level,[28–31] employment status,[32] migrant status,[33] and finally, functional or psychomotor issues that may condition individual personal situations.[12,34] Consequently, ICTs contribute to more democratic social interaction but also to creating new patterns of inequality and new forms of division.[35]

In this regard, taking the specialized literature as a reference, the following 11 groups were identified (Table 1) as revealing serious difficulties in accessing digital health services due to the inequalities generated by both social exclusion and the digital divide.

The blind population was also added to these groups, as it is understood that they are at a disadvantage in their interaction with the different Internet connection platforms and, more specifically, with web pages; as well as, for the same reasons, people affected by functional diversity.

In this respect, it should be noted that Spain has a decentralized territorial system in which the different Autonomous Communities (AC) assume the health matter and its provision. This article presents the results of a research work developed between 2018 and 2021, which aims to verify how autonomous health systems address the limitations that different groups of users or collectives, in exclusion or at risk of social exclusion, experience in their interaction with electronic health services, determining how inclusive these web portals are (or are not).

Methods

A comparative analysis has been carried out between the health web portals of the 17 Autonomous Communities to check how the health systems address the limitations that different groups of users have in accessing and interacting with eHealth services. A research method was applied that combines quantitative and qualitative techniques based on two tools widely used in the literature on website usability: the heuristic test and the user test.[46–56]

In order to detect differences in the knowledge and use of eHealth tools between the general population and vulnerable groups, a third technique was applied as a survey to elucidate, from a representative sample, the general perception that citizens have of these portals.

This combination of techniques is used with the aim of observing the contrast between the general perception and the particular perception of the selected groups, with heuristic tests as a preliminary framework for the detection of services and characteristics. This diversity of tools and approaches also responds to the extreme difficulty of having a representative sample of the people who are part of the user test target, which requires the use of qualitative techniques to obtain information.

To organize the results obtained from this triple approach, three dimensions were constructed to identify the level of inclusion of web portals: the perception of the quality of the portal, the perception of usability, and the importance attributed to its content in relation to the information and the services available on it.

In addition, to obtain data on each of these dimensions and to verify the way in which groups of people are excluded from eHealth services, as well as to determine the possible barriers that websites can generate in the provision of the service, a qualitative study based on the methodology of the user test was chosen as the central element of the research.

Digital inclusion requires inclusive websites. This factor, the reverse of the digital divide, goes beyond mere digital literacy, insofar as it not only consists, according to Olarte Encabo,[57] in the acquisition of digital and informational, educational and knowledge skills. It also entails a real social impact, measured in the improvement of the living conditions of individuals and groups. The European Commission[58] points out that digital inclusion implies that all people can contribute to and benefit from the digital economy and society through a set of measures such as ensuring access to ICT, the development of assistive technologies aimed at people with disabilities, the digital literacy of the population, as well as social inclusion, focusing on the most disadvantaged sectors of society with specific programs to help them join the digital world.

Digital inclusion in the field of web pages is reflected in two main attributes: accessibility and usability. While accessibility is the possibility for the greatest possible number of people to access and use the functionalities of a web page, regardless of the individual's limitations or those derived from the context of use,[59] usability is a quality attribute that evaluates the ease of use of web pages.[60]

The three dimensions of analysis outlined above derive directly from studies on website quality. This approach is based on all the scientific literature reviewed and commented on this initial section, attempting to produce a synthesis of the services from the user's perspective. Although there

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Table 1. List of groups identified and main characteristics.

Socially excluded groups	Features
People with limited resources	Having a low income presents a wide range of problems for families, health care access is the most complex and prevalent.[36]
Older adults	The literature observed the existence of a very pronounced digital divide between young and old adults[37] that results in the difficulty, and even exclusion, of the latter to have equal access to health services.
Economic immigrants	The immigrant population has been affected by social determinants of health such as stress, poverty, food and housing insecurity, lack of educational attainment and problems with access to health care. Regarding this last determinant, immigrants point out linguistic and cultural barriers, those related to the interaction with health personnel and financial difficulties as the main barriers to this access.[33]
People with mental pathologies	This population finds significant barriers in accessing the health system, especially those related to the complexity of the process, but also those related to experiences of stigmatization in health centers or hospitals[38].
Population deprived of liberty or in semi-open regime	This population often faces problems related to a lack of digital literacy due to their isolation in prisons. However, it is a group that presents marked health care needs due to the prevalence of infectious and psychiatric diseases, as well as dental diseases caused by substance dependence, which also results in a higher mortality rate than the rest of the population.[39]
Substance use disorders	People with drug dependence are more likely than other patients to be in need of medical care. However, they often face a number of problems and barriers that make it difficult, such as a lack of rehabilitation programs[40] or stigma among healthcare personnel.[41]
People providing paid sex (prostitution)	Despite suffering from major problems related to their health status, such as depression, tuberculosis, or numerous sexual aggressions,[42] some studies report the existence of barriers to their health care, such as lack of information on where to go for treatment or how to obtain a health card.[43]
Gypsy population	Gypsy people present social inequalities in health as evidenced, for example, by mortality and morbidity in transmissible, chronic and environmental diseases, something that, in general, has been associated to socioeconomic and cultural factors, as well as to poor access to health services and low utilization of these services.[44,45]

Source: Own elaboration.

is no unanimity among the scientific and professional community on what web quality is, and in the absence of a unified formal definition, there are proposals[61] to define it as the ability of a website to meet the expectations of its users and owners, determined by a set of measurable attributes.

The first dimension focuses on the analysis of the perception that users have of the general quality of the regional health portals; the second focuses on the study of the usability of these sites in order to know; the third dimension is the importance that users give to the two main resources of a health website: information and online services.[53]

According to Codina and Pedraza-Jiménez,[62] there are different methods for evaluating the quality of websites that can be grouped into two major subsets: user studies and expert analysis. Among the first ones are the works on web usability. In the second group, the main model took the form of heuristic testing, that is, an analysis carried out by experts. This technique consists of evaluating the elements of an interface on the basis of a checklist.

This technique makes it possible to observe how end users interact with a website by subjecting a group of volunteers—in this case, a representative sample of excluded groups—to various interaction tests with the site to record the problems they encounter while browsing.[63] The test consisted of a first part in which a pretest questionnaire was carried out to assess the health status profile of the participant, as well as the use that the person makes or has made of the web pages of the regional public health services. In the second part, the person is subjected to two

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

preliminary tests (access to the web page and first evaluation of its initial content) and three main tests (identify a label, carry out a procedure or service, and search for information on a topic present on the page). Finally, in the third part, a questionnaire is carried out after the main tasks and a post-browsing test is performed.

Sample user test

As Travieso and Planella Ribera[35] points out, it is important to remember that when dealing with problems related to groups in vulnerable situations, stigmatization should be avoided. However, it is useful for research to define social groups whose members share norms, codes, forms of communication, behavior, experiences, etc., to establish categories delimited by different types of personal and social needs or deficiencies. This facilitates monitoring, evaluation or even the reformulation of intervention programs.

In accordance with the user profiles outlined in Table 1, fieldwork was designed to include all of them, as shown in Table 2. In order to put the data collected into context and understand the functioning of the health web portals, two other techniques were applied in parallel to cover each of the above needs.

The sample survey

To get a better understanding of the context, a questionnaire was carried out with questions regarding citizens" knowledge, use, and valuation of eHealth services. The interviews, lasting between 5.7 ± 12.3 min, were carried out in Spanish territory (excluding Ceuta and Melilla) to a population of legal age with legal residence in Spain between May 24 and June 21, 2018. Data collection was performed with the assistance of a computer with script and interface (CATI; *Computer Assisted Telephone Interviews*).

The sample survey consisted of 1695 interviews and was based on proportional criteria, using quotas to capture relevant differences and ensure adequate representativeness. The telephone directory used (Infobel) territorially located the landlines and cell phones that were called for the interview. The selection of cases considered, in addition to the size of the municipalities of residence, other sociodemographic profile characteristics, such as gender, age, and housing, with a confidence level of 95% and a margin of error of ± 2.45 for the sample as a whole.

Heuristic tests

In order to know the functioning of the regional health web portals, heuristic tests were carried out in the initial stage of the project, so that, before the application of the user test, relevant information on the configuration and usability of these sites was available.[59,64–69]

The heuristic test is a technique belonging to the "inspection methods"[51,70] in which a group of expert researchers analyze the web space and describe potential problems by applying a list of criteria. For this study, it was decided to adapt the following dimensions of analysis from the work of Bouzas and Mahou[53] and of Mahou and Varela[71]: usability, previously defined, information offer, and online services.

Thus, the electronic service can be defined as a set of services implemented by an entity through applications stored on their respective websites (the web pages that have been analyzed for the research can be consulted in the annex). On the other hand, the information offer includes a range of data and contents related to a specific area of competence that public administrations make available to users in a unilateral and unidirectional way.[53] The following figure allows us to identify the interconnection between the data collection instruments used in the research and the objective sought (Figure 1).

Results

Perception of web portal quality

Most of the people who participated in the *user test* consider the existence of the web portals positively, with 58.82% having a good or very good perception of their quality. At the same time, they point out that, from their personal experience, these platforms are not useful, either because they do not have the necessary knowledge to take advantage of the full potential they offer or because they do not have the appropriate means of connection.

Similarly, the results of the *survey* indicate that 47.55% of the people surveyed consider the web portal of the health service of their autonomous community to be of high quality. In general terms, 66.9% rate the web page as good, compared to 18.4% who rate it as regular.

As for the "experts" analysis through the *heuristic test*, the data reveal that the overall comprehensibility of the websites is good (52.9%), although in 7 Autonomous Communities the design and style are confusing, with Catalonia being the Community with the worst score in this dimension.

Regarding the quality of the contents, 70.6% of the health portals adequately highlight the most important information; and 82.4% of them, except for the websites of Catalonia, Extremadura, and Murcia, organize it in a coherent and categorized manner.

Although most websites do not clearly distinguish between information and services, 53% of Autonomous Communities have a catalog of online services. However, Aragon, Murcia, and the Basque Country, although they do have a catalog, it is confusing both in terms of content and organization. Regarding the presence of personalized profiles, the vast majority (94.1%) show the contents according to the user profile and only Aragon lacks this option.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Table 2. List of groups, collaborating entities, and interview locations.

Group	Collaborating entity	Interview location
People with mental pathologies	*Asociación de Familiares e amigos dos enfermos mentais Fonte da Virxe* (Fonte da Virxe Association of Relatives and Friends of the Mentally Ill)	Office of the *Asociación de Familiares e amigos dos enfermos mentais Fonte da Virxe*, in Santiago de Compostela
Economic immigrants	*Cáritas Diocesana de Santiago de Compostela* (Diocesan Caritas of Santiago de Compostela)	Office of the *Cáritas Interparroquial de Santiago*, in Santiago de Compostela
People with limited resources	*Cociña Económica de Santiago* (Economic Cociña of Santiago)	*Cociña Económica de Santiago*, in Santiago de Compostela
Homeless people		
People affected by functional diversity (physical, psychic or sensory)	*Confederación Galega de Persoas con Discapacidade (COGAMI)* (Galician Confederation of People with Disabilities)	Central office of the COGAMI Galicia, in Santiago de Compostela.
	Fundación Down Galicia (Down Galicia Foundation)	Office of the *Down Galicia* (*Down Compostela* Building), in Santiago de Compostela
Older adults	Cruz Vermella Santiago (Red Cross Santiago)	Office of the *Cruz Roja Santiago*, in Santiago de Compostela
People deprived of liberty or in semi-open regime	*Emaus Fundación Social* (Emaus Social Foundation)	Office of the *Emaus Fundación Social*, in Vigo
Gypsy population	Fundación Secretariado Xitano (Xitano Secretariat Foundation)	Office of the *Fundación Secretariado Xitano*, in Santiago de Compostela
Blind population	*ONCE- Santiago de Compostela*	Office of the *ONCE- Santiago de Compostela*, in Santiago de Compostela.
		Facultad de Ciencias Políticas y Sociales de la Universidad de Santiago de Compostela, in Santiago de Compostela
People providing remunerated sex (prostitution)	*Programa Vagalume (Cáritas)* (Vagalume Program–Caritas)	Office of the *Programa Vagalume*, in Santiago de Compostela
Substance use disorders	*Unidade Municipal de Atención á Drogodependencia-UMAD Santiago de Compostela* (Municipal Unit of Attention to Drug Dependency-UMAD Santiago de Compostela)	Office of the municipal de la UMAD-Santiago, in Santiago de Compostela

Source: Own elaboration.

In terms of style and color, all the web portals show consistency and coherence, as well as the contrast between the texts and the background. In three out of four Autonomous Communities, the texts are legible and the font size and spacing allow for comfortable reading and interaction, but not in the websites of the Canary Islands, Castile and Leon, and Castile-La Mancha and Extremadura.

Finally, the data on multimedia materials and the availability of windows for displaying content indicate that their presence does not represent a problem in site navigation for 82.4% of the Autonomous Communities.

Perception of web portal usability

The representatives of the different *groups—user test*—showed in the tests serious difficulties in the use of the regional web portals. In the main tests as well as in the post-questionnaire and in the post-navigation test, a majority of

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

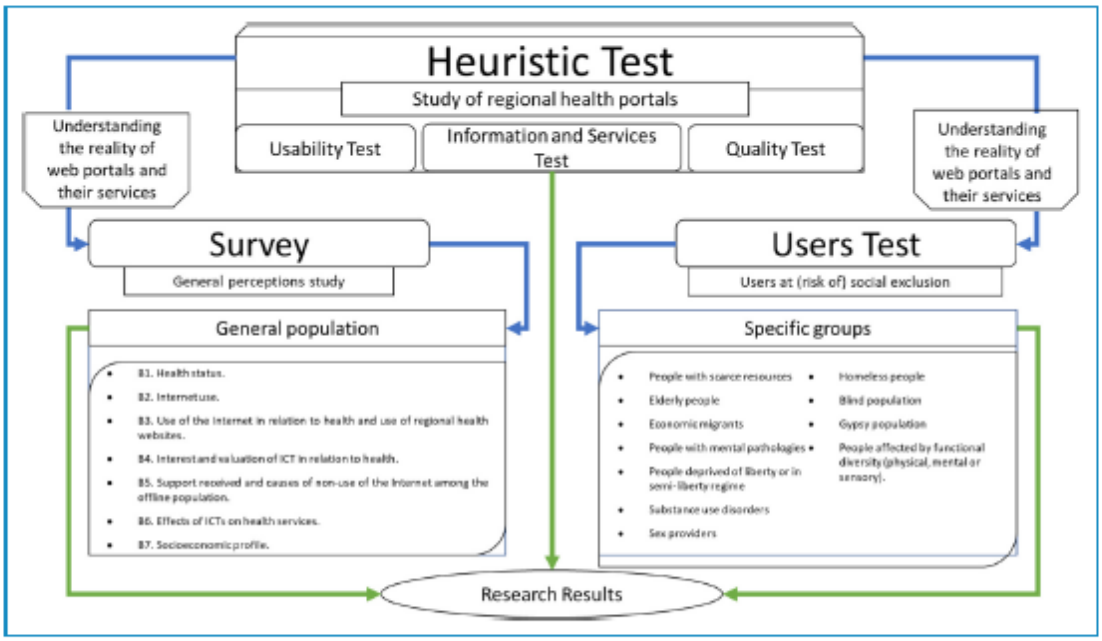


Figure 1. Techniques used and organization of the project. *Source:* Own elaboration.

people are unable to complete the management in an optimal way. In the information access test and the services test, the participants attribute this inability to various causes, from the inadequate design of the pages and the location of these resources in a peripheral place on the pages, to the numerous actions they have to take to complete the management. This causes them to abandon the task on numerous occasions, try to access through other unofficial websites or need help to return to the page and carry out the tests. At this point, migrants are more vulnerable as they are not in possession of a health card and are therefore excluded from the system.

Regarding the labels, their identification generated confusion in most cases and the interviewees stated that they did not know what their statement was alluding to or referred to inappropriate and inaccurate content. In this respect, some of the comments point to a language not very close and very technical.

The following table shows the usability problems detected by each group (Table 3).

These data contrast very significantly with the results of both the survey and the heuristic test. In relation to the *survey*, 88.1% of the people interviewed believe that the web portals are easy to use and 90.83% affirm that they were able to do what they were looking for when visiting the site. In contrast to the representatives of marginalized groups, 51.2% of the people interviewed who were unable to access a service or source of information attributed this to the fact that they were unable to find it, and only 17.6% considered the site to be difficult to use.

As for the heuristic test, the experts analyzed the usability dimension of the web portals on the basis of the following parameters:

- "Design and style" or ease of use, complexity and clarity of content (value 39%).
- "Web Browser usability" or use of home pages/landing pages without excessive loading of videos or images, correct adaptation to mobile screens and formats, with several languages and with the search browser function within the page enabled, together with the updating and functioning of links to specific third party websites (value 37%).
- "Identity" or existence of logos and signs identifying the organization (value 8%).
- "Security" or information on data protection and use of certificates (value 8%).
- "Web browser for searches" or ease of detection of the website browser according to its position and visibility (value 5%).

From the data collected, experts highlight the high degree of usability of the sites in 10 Autonomous Communities. These portals achieve scores above 70 points (of a maximum of 100), while the rest reach average usability of between 57 and 75 points. The complete results can be seen in Figure 2:

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Table 3. Main usability problems by group.

Group	Main problems	Potential solutions
People with limited resources	Problems finding the requested information (opening pop-up windows generates confusion).	Make *adjustments to the design* of health web portals so that all page content appears on one main screen, with no new browser windows opening and no advertising elements appearing.
	Excessive advertising elements reduce page reliability.	
	The data required to access some services (e.g., MCH, prior appointment) generates confusion.	*Simplify processes.* Often, to make an appointment or to consult the MCH, health card data are requested. These data respond to concepts with which users are unfamiliar, such as the social security number. Therefore, one way to simplify the process would be to request more common user data, such as the telephone number or even the ID card number.
Older adults	The vocabulary used by the site is unfamiliar and acts as a barrier to accessing some options.	*Rethinking and using a more colloquial and user-friendly language.* Sometimes too much technical vocabulary is used, which can be confusing for certain groups.
	The font size is very small.	*Adapt the font to a larger size*, or, in any case, *offer different text size options*, so that people with vision problems do not encounter problems in their navigation and can choose the size that best suits their circumstances. *Extend the use of text-to-speech reader tools.*
	Advanced computer skills are required to take full advantage of the site.	Governments should offer *digital training courses adapted to different groups.* This training should precede the implementation of eHealth policies.
	The data required for some services (e.g., MCH, prior appointment) generates confusion.	*Simplify processes.* Often, to make an appointment or to consult the MCH, health card data are requested. These data respond to concepts with which users are unfamiliar, such as the social security number. Therefore, one way to simplify the process would be to request more common user data, such as the telephone number or even the ID card number.
Economic migrants	The site has no other language options (language conversion).	It would be convenient to *adapt the web portals to other major languages*, such as English, French or Arab, in addition to the official languages of the State.
	The site does not have its own search browser.	Incorporate a *search browser.*
	Important services, such as prior appointments or information on diseases, are poorly positioned on the site.	Make *design and usability readjustments*, so that the main services or those most used by users, such as requesting an appointment in primary care, appear in the central part of the screen and in a shortcut.
	The data required for some services (e.g., MCH, prior appointment) is confusing.	*Simplify processes.* Often, to make an appointment or to consult the MCH, health card data are requested. These data respond to concepts with which users are unfamiliar, such as the social security number. Therefore, one way to simplify the process would be to request more common user data, such as the telephone number or even the ID card number.
People with mental pathologies	The font size is too small.	*Adapt the font to a larger size*, or, in any case, *offer different text size options*, so that people with vision problems do not encounter problems in their navigation and can choose the size that best suits their circumstances. *Extend the use of text-to-speech reader tools.*

(continued)

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Table 3. Continued.

Group	Main problems	Potential solutions
	Inability to interact with some of the options offered by the pages.	Governments should offer *digital training courses adapted to different groups*. This training should precede the implementation of eHealth policies.
	The data requested for some services (e.g., MCH, prior appointment) generate confusion.	*Simplify processes*. Often, to make an appointment or to consult the MCH, health card data are requested. These data respond to concepts with which users are unfamiliar, such as the social security number. Therefore, one way to simplify the process would be to request more common user data, such as the telephone number or even the ID card number.
People deprived of liberty or in semi-open regime	Important services, such as prior appointments or information on diseases, are poorly positioned on the site.	Make *design and usability readjustments*, so that the main services or those most used by users, such as requesting an appointment in primary care, appear in the central part of the screen and in a shortcut.
	The vocabulary used by the site is unfamiliar and acts as a barrier to accessing some options.	*Rethinking and using a more colloquial and user-friendly language*. Sometimes too much technical vocabulary is used, which can be confusing for certain groups.
Substance use disorders	Important services, such as prior appointments or information on diseases, are poorly positioned on the site.	Make *design and usability readjustments*, so that the main services or those most used by users, such as requesting an appointment in primary care, appear in the central part of the screen and in a shortcut.
	The vocabulary used by the site is unfamiliar and acts as a barrier to accessing some options.	*Rethinking and using a more colloquial and user-friendly language*. Sometimes too much technical vocabulary is used, which can be confusing for certain groups.
Persons providing paid sex (prostitution)	The site does not have its own search browser.	Incorporate a *search browser*.
	The design of the site is unattractive.	Make *adjustments to the design*
	The font size is very small.	*Adapt the font to a larger size*, or, in any case, *offer different text size options*, so that people with vision problems do not encounter problems in their navigation and can choose the size that best suits their circumstances. *Extend the use of text-to-speech reader tools*.
	Important services, such as prior appointments or information on diseases, are poorly positioned on the site.	Make *design and usability readjustments*, so that the main services or those most used by users, such as requesting an appointment in primary care, appear in the central part of the screen and in a shortcut, requesting an appointment in primary care, appear in the central part of the screen and in a shortcut.
Homeless people	The design of the site is unattractive	Make *adjustments to the design*
	Excessive advertising elements reduce page reliability.	Make *design and usability readjustments*, so that the main services or those most used by users, such as requesting an appointment in primary care, appear in the central part of the screen and in a shortcut.
	Advanced computer skills are required to take full advantage of the site.	Governments should offer *digital training courses adapted to different groups*. This training should precede the implementation of eHealth policies.
Blind people	Accumulation of content on the main page interferes with the use of speech synthesizer.	Optimally *synthesizing the content of the main pages*

(continued)

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Table 3. Continued.

Group	Main problems	Potential solutions
	Pages do not have an integrated speech synthesizer.	Make design adjustments to *allow the integration of a voice synthesizer* or include this synthesizer in the web portal itself.
	The site does not have its own search browser.	Incorporate a *search browser*.
	The page contains moving images (flash images) that interfere with the use of speech synthesizers.	*Reduce the use of images* and restrict it to very specific occasions when it is necessary to explain, for example, the appearance of certain parts of the body in the presence of a disease.
Gypsy population	Advanced computer skills are required to take full advantage of the site.	Governments should offer *digital training courses adapted to different groups*. This training should precede the implementation of eHealth policies.
	Important services, such as prior appointments or information on diseases, are poorly positioned on the site.	Make *design and usability readjustments*, so that the main services or those most used by users, such as requesting an appointment in primary care, appear in the central part of the screen and in a shortcut.
	The data required to access some services (e.g., MCH, prior appointment) generates confusion.	*Simplify* processes. Often, to make an appointment or to consult the MCH, health card data are requested. These data respond to concepts with which users are unfamiliar, such as the social security number. Therefore, one way to simplify the process would be to request more common user data, such as the telephone number or even the ID card number.
	Excessive advertising elements reduce page reliability.	Make *design and usability readjustments*, so that the main services or those most used by users, such as requesting an appointment in primary care, appear in the central part of the screen and in a shortcut.
Persons affected by functional diversity (physical, mental, or sensory)	The design of the site is unattractive	Make *adjustments to the design*
	Important services, such as appointments or information on diseases, are poorly positioned on the site.	Make *design and usability readjustments*, so that the main services or those most used by users, such as requesting an appointment in primary care, appear in the central part of the screen and in a shortcut.
	The font size is very small.	*Adapt the font to a larger size*, or, in any case, *offer different text size options*, so that people with vision problems do not encounter problems in their navigation and can choose the size that best suits their circumstances. *Extend the use of text-to-speech reader tools.*

Source: Own elaboration.

Importance attributed to the content of the web portal: information and services

In this last section, the expert test made it possible to determine the existence and degree of information available on health websites. Specifically, the quality of information on the main eHealth services was analyzed: health card, choice of doctor, choice of medical center, basic appointment, appointment for tests and specialist, waiting lists, second medical opinion, prior instructions, complaints and suggestions, and eHistory and ePrescription.

The services with the best results were those related to the health card, prior instructions, eHistory, complaints and suggestions, all of them scoring more than 3.74 points (out of a possible 4). The lowest scoring services are choice or change of physician and second medical opinion, above 2 points, and choice of center, which drops to 1.65 points.

In general, information on these services is "good" or "very good," although in most cases they are processed in person. To address this last question, the levels of digitization of services were analyzed. The results of the heuristic test show a reduced number of services offered in a fully online format. On the other hand, the low average obtained by some of the Administrations examined is because not all

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

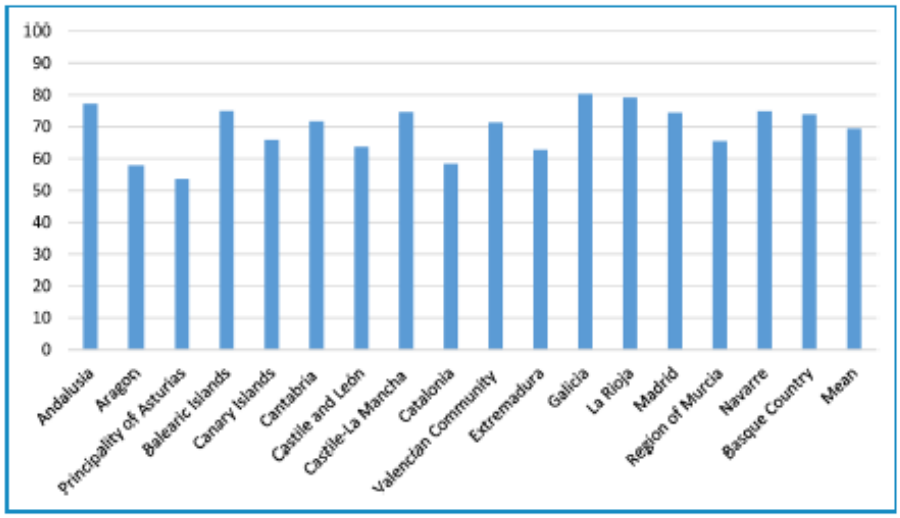


Figure 2. Average score of each AA. CC. obtained in the heuristic usability test (0–100). *Source*: Own elaboration.

of them offer a full range of basic services, except for the application for the health card.

Examining the average scores according to the service categories analyzed, a mixed picture is detected. On the one hand, "health care facilitation services" (processing of the health card; request for a duplicate health card; modification and consultation of data, etc.) show an average of 19.71 out of 36 points. On the other hand, "documentation services" (reimbursement of healthcare expenses; registration of latest wishes; access to anticipated wills, etc.) obtain an average of 6.29 points out of 16, showing that this type of resource is scarcely implemented in the regional health systems.

Analyzing the data from the *survey*, data reveal that telematic appointment is the most used service. In terms of satisfaction with this aspect, users are generally satisfied with the information and in more than eight out of ten cases they found what they expected on the healthcare portals.

When comparing this information with that coming from the *groups—user test—*, some differences were found. Firstly, with regard to the results of the preliminary tests, it was verified that access to the page was difficult and in most cases required redirection to the reference URL, either because phrases incompatible for accessing the content were inserted in the browser, or because, even when entering the elements that could facilitate access, users were unable to select the correct results among those obtained.

The second part of the user test examines citizens" knowledge, access, skills, and uses of ICTs in relation to their health and well-being. In this respect, participants highlight the services offered on health websites as very useful, especially the service for requesting appointments in primary care. However, despite identifying this service as something positive, we have been able to identify a significant inability to reach it in an optimal way and to complete the management.

This tends to occur either because it is a service that does not occupy a central place on the page or because the data necessary for access are difficult and require many previous steps before concluding the management. On this point, migrants are more vulnerable, as evidenced throughout the user test, as they do not have a health card and are therefore excluded from the system in general and are unable to carry out many of the procedures allowed by the public health system websites.

The same happens with the test that refers to the search for information. Although it is interpreted as something positive, in many cases it is not known how to get to it due to an inadequate location within the page or to very complex processes involving several steps.

In the third phase of the test, based on the post-task questionnaire and the post-browsing test, issues related to the inadequate design of the pages were especially highlighted, including poor placement of relevant services (information content, request for appointment, consultation of medical record). Likewise, it is especially relevant that a high percentage of participants stated that they would need help if they had to use the page again and just as many others commented that they could not do the test if it were not guided. Finally, a lack of familiarity of the participants with the computer equipment used (laptop) was detected, as well as a lack of confidence and spontaneity when facing the tasks assigned in the test.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Discussion

The results obtained in this research corroborate the idea present in numerous studies that a high percentage of vulnerable people affected by risk factors are not receiving adequate health care due, in part, to the digitalization of the system and the implementation of scarcely inclusive health web portals.[53,72–74]

Considering the three study dimensions applied in this research (quality, usability, content), the health web portals show significant barriers to service provision for the 11 selected groups:

– From the point of view of *quality*, although the majority of the population participating in the study has a good perception of the web portals, a high percentage do not find access to them useful for two main reasons: on the one hand, they do not have sufficient knowledge to make profitable navigation, in line with what has been expressed by some official organisms in recent reports[75]; and, on the other hand, due to the influence of some factors such as age, education, level of employment or income which, added to a lack of adequate means of connection, influence the use of the different technological devices.[76]
– From the point of view of the perceived *usability* of the websites, the 11 groups studied encounter significant limitations in the use of the portals. Most of the groups point out that the existence of these platforms is a positive development, but at the same time, it highlights their limited usefulness. The lack of material and immaterial resources leads these people to waste the resources available on the health portals.[75–78] They do not manage to obtain the information requested and/or complete the process of a service, making navigation a confusing and frustrating experience and causing the person to abandon the search or have to ask for help, depriving them of all autonomy. Focusing on each group:

- The data obtained for *older people* are in line with the most recent reports on digital skills, which show that older people, pensioners, and people with lower levels of education and income have lower digital skills.[77] Thus, both people with limited resources and the older adults have difficulty in gaining equal access to health services.[36,37]
- For their part, *economic migrants* identify as one of the main barriers the absence of more linguistic options in the web portals, as revealed by some research.[33] In addition, immigrants consider that the information required to access some services is confusing or that they cannot attest them due to their irregular situation or because they do not know how the Spanish health care system works.[79,80]
- The group of *people who provide sexual services*, closely linked to immigration, presents access barriers very similar to those seen for the previous group, in addition to other obstacles related to the health care received, such as the lack of information on certain treatments and on obtaining a health care card.[43,81]
- In relation to *people with mental pathologies*, despite the approval in 2001 of the document *International Classification of Functioning, Disability and Health*[82] by the World Health Organization and the development of policies and/or programs focused on eHealth,[4,83] these people find it difficult to browse websites due to the lack of facilities to complete health processes,[38] as revealed by the data obtained in this study.
- In line with the literature,[84] the design of the page is not very attractive for *people affected by functional diversity*, highlighting the small font size and the poor location of the most important services or the lack of them. In the particular case of the blind population, the main difficulties derive from the absence of speech synthesizers or their internal malfunction.
- With respect to the *population deprived of liberty or under a semi-open regime*, a study on the use of ICT by incarcerated people shows the significant digital training deficiencies of this group.[85] According to the results, these limitations are a major obstacle to access to eHealth information and services.[39] These people consider that they are not well located on the web page and that the vocabulary used is barely understandable. These same access problems are shared by the *group of substance use disorders*, whose situation is aggravated by their lack of participation in social activities[86] and by the stigma among health care personnel.[41]
- *Homeless people* present important problems of access to health services, despite reporting worse levels of health than the general population.[87] This study, in line with some recent research, shows that this group encounters significant obstacles in terms of access through ICTs, due to the unattractive design of web portals and the need for advanced computer skills to take full advantage of the site.[88]
- Finally, the *gypsy population* is one of the groups most affected by social exclusion in Spain, especially in the field of health, which causes the health status of these people to be more deficient and to have a lower life expectancy.[89] Despite these data, present in the literature and contrasted with the results of this study, they are explained by the limited opportunities given to these people to have optimal digital training.[90,91]

– From the point of view of the importance attributed to the *content* of the web portal (information and services), the data collected throughout this research are similar to other studies.[76,77,92,93] Thus, the perception among the general population about services and the fulfillment of expectations is relatively good, despite recurring demands such as increasing the reliability and trust of health information, improving the ability to access

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

medical records and waiting lists, as well as the implementation of services such as telecare, telerehabilitation, or taking and sending medical data.

Conclusions

Despite the benefits of ICT application in healthcare management and care, especially observable during the COVID-19 pandemic, many vulnerable groups have remained digitally excluded from the opportunities and benefits of eHealth access and use. The digital divide, therefore, remains a defining element of the relationship between certain population groups and eHealth, contributing to the intensification of the medical poverty trap.

Throughout this work, the degree of usability of the resources hosted on the web portals of the health departments has been evaluated, both from the perspective of the expert in the operation of an institutional website and from the users" browsing experience, focusing on the study of three dimensions that measure the degree of inclusion of the web portals: the perception of the quality of the web portal, the usability of the web portals, and the importance attributed to the contents of the web portal (information and services).

The main conclusion drawn from the data collected from the three research techniques is that users belonging to the main groups in exclusion or at risk of social exclusion have a different perception of the regional health web portals from that held by experts and citizens.

First, although the perception of quality of websites by citizens and vulnerable users is high, there is a wide difference, with citizens generally attributing a higher quality to websites than vulnerable users.

Regarding the use of the sites, users report a low percentage of access to them. However, if health status is correlated with access, there are differences in use. Citizens with chronic illnesses, or who state that they are in fair or poor health condition, access web portals more frequently. On the other hand, most of the people who took the user test stated that they had never accessed them before.

Despite the low level of access to the web pages, the importance attributed by both user profiles to the regional health portals is high, especially to the online services. This is very notable because, as can be seen when addressing usability, the portals are fundamentally informative and efforts are aimed at providing relevant information on health.

Regarding usability, the perception is different according to the point of view of the general population, the vulnerable population, and experts. If, in general terms, the first one mostly states that the web portals are easy to use, the second one considers that the websites are not sufficiently adapted for people with little computer knowledge and scarce connection resources; the guiding of eHealth services through web portals and the lack of formats adapted to smartphones and mHealth are important elements in this aspect. For their part, the experts maintain an intermediate position, stating that the sites are well designed and have an attractive range of information, but with limited online service provision and practically non-existent mechanisms for participation in health management and policy.

From the point of view of technical usability, the main problem detected by citizens is the difficulty in locating information and services. Experts and users coincide in highlighting the difficulty of understanding some labels, the technical language and the absence of linguistic options. Users add to this list the inability to reach the information due to its location and the numerous steps that must be followed, the poor location of certain services, an unattractive design that is not adapted to viewing on smartphones—a tool that vulnerable groups point out as more widespread than computers—the small size of the font or the lack of speech synthesizer, among others.

With regard to the supply of information, while the public does not report any problems due to their low access to these resources, the experts highlight the general lack of information on patient and professional organizations and associations, as well as health agencies, and users admit their lack of knowledge about this type of information.

With respect to the dimension of online services, the data derived from the heuristic test indicate that the request for a health card, one of the central elements of health policies, shows discrete numbers, as does the request for a duplicate. Likewise, only one out of every four Autonomous Communities provides access to health care services. Similarly, only one in four Autonomous Regions provides access to test results. Services such as access to the latest wishes and requests for certificates or reports are not provided on most portals. Other services, such as access to waiting lists, changing/choosing a physician, or requesting a second medical opinion, are provided electronically and in person almost equally.

Despite the offer of various services in the web portals, the frequency of use is very low by citizens and users express their inability to reach most of them due to their location, the demand for a series of access requirements (data), and the numerous steps that must be followed to complete the service. In this regard, one of the limitations of this study is that the field conducted in 2018 could not consider the use of mobile applications given that few of the Autonomous Communities had them.

Therefore, in line with the starting hypothesis of this research, eHealth policies have not yet succeeded in creating inclusive health web portals, adapted to the needs and particularities of specific groups. This contributes to amplify the digital divide and to deepen the exclusion of those people who have already started from a previous situation of economic and social inequality. Consequently, the Spanish public authorities should design specific eHealth plans that include specific measures aimed at containing the growing digital divide, among others, adapting the content and health services hosted on health web portals

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

to the demands, peculiarities, and real needs of these groups based on standardized access and usability criteria.

In this line, and despite the findings of this research, it is necessary to continue advancing in the study on the inclusivity of web portals with respect to mobile applications. Although there is some development in the literature on the use of mHealth by the general population, there is a significant lack of knowledge about access and use by the most vulnerable groups.

Acknowledgments: The authors thank the informants who participated in the study for their time and collaboration.

Contributorship: The authors of the manuscript have been equally involved in all phases of development of this study. All three undersigned authors agree with the publication.

Declaration of Conflicting Interests: The author(s) declared no potential conflicts of interest with respect to the research, authorship, and/or publication of this article.

Ethical approval: When this article was written, the University of Santiago de Compostela had a bioethics committee for research of this kind, but not for the Social Sciences. Consequently, though we could not request a preliminary ethics report, we have attempted to follow the recommendations of other studies that had favorable reports from relevant ethics committees (Chuah, Tan, Yeo et al., 2018; Khazaee-Pool, Moeeni, Ponnet et al., 2018). Similarly, having the participants sign an informed consent was not considered necessary.

Funding: The author(s) disclosed receipt of the following financial support for the research, authorship, and/or publication of this article: This work was supported by the Ministry of Economy and Competitiveness (Programa Estatal de Investigación, Desarrollo e Innovación Orientada a los Retos de la Sociedad, Convocatoria 2014). This publication is part of the activities of the research project. "Digital divide and inhibitors in the implementation of e-Government. Special impact in the field of health" (CSO2014-53014-R) (2015-2018).

Patient consent: In the absence of elements of ethical consent of personal data, in the case of this research, no data were used that would allow the identification of the individuals who participated in the research. The survey respected the current legislation on data protection: regulation EU/2016/679 of 27 April 2016, General Data Protection (GDPR). No personal data was collected from users without their knowledge, nor was it disclosed to third parties. The opinions and data offered by respondents were only used to conduct the research; part of those results are set out in this article. Once the processing has been completed, the data are only kept for the time necessary to fulfill the purpose for which they were collected and the publication of the data does not include any personal data.

Moreover, the user test requires a sampling model that guarantees the anonymity of the participants. The organizations we contacted are the ones that gave visibility and brought the project closer to the participants and verified on the other hand that they met the selection criteria given by the research team. This guaranteed anonymity by not collecting or publishing any data that would allow the recognition of these people. The organizations contacted people likely to meet the profile, but these people would not necessarily have to go to the centers where the test was carried out. On the other hand, they were only asked their first name to address these people during the interview (with the possibility of refusal) and all the people gave their explicit consent and were informed of the use of these data, which are opinions and evaluations of the services without any ethical conflict or possibility of recognition and publicity of private data since, as we insist, they are evaluations of the portals made in spaces guaranteed by the non-profit organizations that collaborated in the project, as shown in Table 2.

Guarantor: N/A

ORCID iDs: Ángela Fernández Da Silva https://orcid.org/0000-0002-7915-3645
Bran Barral Buceta https://orcid.org/0000-0003-3656-0846

References

1. JASEHN. *Report on EU state of play on telemedicine services and uptake recommendations*, https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/ehealth/docs/ev_20171128_co09_en.pdf (2017).
2. World Health Organization. mHealth: New horizons for health through mobile technologies., https://www.who.int/goe/publications/goe_mhealth_web.pdf (2011).
3. World Health Organization (WHO Global Observatory for eHealth). Telemedicine—Opportunities and developments in Member States, http://www.who.int/goe/publications/ehealth_series_vol2/en (2011).
4. Cernadas A, Barral B, Fernández Da Silva Á, et al. Ehealth in Spain: Evolution, current status and future prospects. *Saude e Soc* 29, Epub ahead of print 2020. DOI: 10.1590/S0104-12902020190886.
5. Empirica D. *eHealth in Action Good Practice in European Countries Good eHealth Report* [Internet]. Brussels; 2009. Report No.: 9789279111389.
6. European Commission. *Smarter, Faster, Better eGovernment. 8th eGovernment benchmark measurement*, http://uploadi.www.ris.org/editor/1278348425capgemini_8_egov_benchmark_2009.pdf (2009).
7. Colom C. As brechas digitales que deben preocuparnos y ocuparnos. *Ekon Rev vasca Econ* 2020; 98: 350–353.
8. Norris P. *Digital divide: Civic engagement, information poverty, and the Internet worldwide*. Cambridge: Cambridge University Press, 2001, Epub ahead of print 2001. DOI: https://doi.org/10.1017/CBO9781139164887.
9. van Dijk J. The Deepening Divide: Inequality in the Information Society. Epub ahead of print 2005. DOI: 10.4135/9781452229812.
10. Economist Intelligence Unit. *Redefining the digital divide*. London: EIU, 2013, https://eiuperspectives.economistcom/technology-innovation/redefining-digital-divide.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

11. Andreasson K. *Digital divides: The new challenges and opportunities of e-inclusion*. Florida: CRC Press, 2015.
12. Varela J. *La brecha digital en España. Estudio sobre la desigualdad postergada*. Madrid, http://portal.ugt.org/Brecha_Digital/BRECHADIGITAL_WEB.pdf (2015).
13. Menou MJ. La alfabetización informacional dentro de las políticas nacionales sobre tecnologías de la información y comunicación (TICS): la cultura de la información, una dimensión ausente. *An Doc* 2004; 7: 241–261.
14. Wilches-Flórez OC and Wilches-Flórez ÁM. Posibilidades y limitaciones en el desarrollo humano desde la influencia de las tecnologías de la información y la comunicación en la salud: el caso latinoamericano. *Persona y Bioética* 2017; 21: 114–133.
15. OECD. *Understanding the digital divide*. Paris: Epub ahead of print 2001. DOI: https://doi.org/10.1787/236405667766.
16. González M, Bouzas-Lorenzo R and Mahou XM. El impacto de la producción normativa en el desarrollo y la capacidad de servicio de la e-Salud en España. *Rev Estud Políticos* 2013; 162: 199–222.
17. Borrell C and Artazcoz L. Las políticas para disminuir las desigualdades en salud. *Gac Sanit* 2008; 22: 465–473.
18. Barral B, Bouzas-Lorenzo R, Cernadas A, et al. Incorporando la equidad a la salud. Un análisis de los planes autonómicos sanitarios. *Rev Esp Salud Publica* 2021; 95: 1–15.
19. Pérez MD F, Rodríguez JF A and Batista N M. Una década de reflexión sobre los planes de salud en españa. Informe SESPAS 2010. *Gac Sanit* 2010; 24: 37–41.
20. Sen A. Health equity: perspectives, measurability, and criteria. In: *Challenging inequities in health*. Oxford: Oxford University Press, 2001, pp. 68–75.
21. Whitehead M and Dahlgren G. Levelling up (part 1) : a discussion paper on concepts and principles for tackling social inequities in health / by Margaret Whitehead and Göran Dahlgren. 2006; 30.
22. Sen A. Capability and well-being. In: Nussbaum M and Sen A (eds) *The quality of life*. Oxford: Clarendon Press, 1993, pp. 62–66.
23. Autry AJ and Berge Z. Digital natives and digital immigrants: getting to know each other. *Ind Commer Train* 2011; 43: 460–466.
24. Almenara J C and Ruiz-Palmero J. Las Tecnologías de la Información y Comunicación para la inclusión: reformulando la brecha digital. *IJERI Int J Educ Res Innov* 2017; 0: 16–30.
25. Arcaya MC, Arcaya AL and Subramanian S V. Inequalities in health: definitions, concepts, and theories. *Glob Health Action* 2015; 8: 27106.
26. Gorski P. Education equity and the digital divide. *AACE Rev (Formerly AACE Journal)* 2005; 13: 3–45.
27. Wei L and Hindman DB. Does the digital divide matter more? Comparing the effects of new media and old media use on the education-based knowledge gap. *Mass Commun Soc* 2011; 14: 216–235.
28. Marmot M, Allen J, Bell R, et al. WHO European review of social determinants of health and the health divide. *Lancet* 2012; 380: 1011–1029.
29. Singh GK and Siahpush M. Widening rural-urban disparities in life expectancy, U.S., 1969-2009. *Am J Prev Med* 2014; 46: e19–e29.
30. Tolosana ES. Crisis, austeridad y áreas rurales: estudio cualitativo de las percepciones sobre los impactos en el sistema sanitario y la salud en Navarra, España. *Saúde e Sociedade* 2018; 27: 898–908.
31. Wessels B. The reproduction and reconfiguration of inequality: differentiation and class, status and power in the dynamics of digital divides. In: Ragnedda M and Muschert GW (eds) *The digital divide: the internet and social inequality in international perspective*. London: Routledge (Taylor & Francis Group), 2013, pp.17–28.
32. Toboso M. Rethinking disability in Amartya Sen's approach: ICT and equality of opportunity. *Ethics Inf Technol* 2011; 13: 107–118.
33. Salami B, Mason A, Salma J, et al. Access to Healthcare for Immigrant Children in Canada. *International Journal of Environmental Research and Public Health*; 17. Epub ahead of print 2020. DOI: 10.3390/ijerph17093320.
34. Vázquez ÁD, Vázquez-Cano E, Montoro MRB, et al. Análisis bibliométrico del impacto de la investigación educativa en diversidad funcional y competencia digital: web of Science y Scopus. *Aula Abierta* 2019; 48: 147–155.
35. Travieso JL and Planella Ribera J. La alfabetización digital como factor de inclusión social: una mirada crítica. *UOC Pap Rev sobre la Soc del Conoc* 2008; 7: 1–9.
36. Lazar M and Davenport L. Barriers to health care access for low income families: a review of literature. *J Community Health Nurs* 2018; 35: 28–37.
37. Hall AK, Bernhardt JM, Dodd V, et al. The digital health divide: evaluating online health information access and use among older adults. *Health Educ Behav* 2015; 42: 202–209.
38. Corscadden L, Callander EJ and Topp SM. Who experiences unmet need for mental health services and what other barriers to accessing health care do they face? Findings from Australia and Canada. *Int J Health Plan Manage* 2019; 34: 761–772.
39. Muela A, Aliri J, Presa B, et al. Randomised controlled trial of a treatment adherence programme for prisoners with mental health problems in Spain. *Crim Behav Ment Heal* 2020; 30: 6–15.
40. Shevchuk O, Rzhevska O, Korop O, et al. Implementation of drug addicts right to health protection (separate aspects). *Georgian Med News* 2018; 276: 166–172.
41. van Boekel LC, Brouwers EPM, van Weeghel J, et al. Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: systematic review. *Drug Alcohol Depend* 2013; 131: 23–35.
42. Beattie TS, Smilenova B, Krishnaratne S, et al. Mental health problems among female sex workers in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med* 2020; 17: e1003297.
43. Baker LM, Case P and Policicchio DL. General health problems of inner-city sex workers: a pilot study. *J Med Libr Assoc* 2003; 91: 67–71.
44. Ferrer F. El estado de salud del pueblo gitano en España: una revisión de la bibliografía. *Gac Sanit* 2003; 17: 2–8.
45. Martínez-Frías ML and Bermejo E. Prevalence of congenital anomaly syndromes in a Spanish gypsy population. *J Med Genet* 1992; 29: 483–486.
46. Serrano Mascaraque E. Accesibilidad vs usabilidad web: evaluación y correlación. *Investig Bibl* 2009; 23: 61–103.
47. Perurena Cancio L and Moráguez Bergues M. Usabilidad de los sitios Web, los métodos y las técnicas para la evaluación. *Rev Cuba Inf en Ciencias la Salud* 2013; 24: 176–194.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

48. Boulos MNK, Wheeler S, Tavares C, et al. How smartphones are changing the face of mobile and participatory healthcare: An overview, with example from eCAALYX. *Biomed Eng Online*; 10. Epub ahead of print 2011. DOI: 10.1186/1475-925X-10-24.
49. Carrión RA. Usabilidad WEB: Pensando en el bienestar del usuario. *Rev Tecnológica-ESPOL* 2014; 27: 67–78, http://200.10.150.204/index.php/tecnologica/article/view/302.
50. Newman G, Zimmerman D, Crall A, et al. User-friendly web mapping: lessons from a citizen science website. *Int J Geogr Inf Sci* 2010; 24: 1851–1869.
51. Nielsen J. *Usability Engineering*. San Francisco, CA, USA: Morgan Kaufmann Publishers Inc., 1994.
52. Maguire M. Methods to support human-centred design. *Int J Hum Comput Stud* 2001; 55: 587–634.
53. Bouzas-Lorenzo R and Mahou Lago XM. The study of the functionality of government portals a methodological proposal from the E-health | El estudio de la funcionalidad de los portales gubernamentales: una propuesta metodológica desde la e-Salud. *Gest y Polit Publica* 2013; 22: 261–308.
54. Karkin N and Janssen M. Evaluating websites from a public value perspective: a review of Turkish local government websites. *Int J Inf Manage* 2014; 34: 351–363.
55. García-Lacalle J, Pina V and Royo S. The unpromising quality and evolution of Spanish public hospital web sites. *Online Inf Rev* 2011; 35: 86–112.
56. López-Gil J-M, Navarro-Molina C, García R, et al. Análisis de la arquitectura de webs mediante tests de estrés de navegación, de usabilidad y eye tracking. *Prof la Inf* 2010; 19: 359–367.
57. Encabo SO. Brecha digital, pobreza y exclusión social. *Temas laborales Rev andaluza Trab y bienestar Soc* 2017; 138: 285–313.
58. European Comission. Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions 2030 Digital Compass: the European way for the Digital Decade, https://eur-lex.europa.eu/legal-content/en/TXT/?uri=CELEX:52021DC0118 (2021).
59. Hassan Y and Martín FJ. Qué es la accesibilidad web. *No sólo usabilidad* 2003; 2: 1–18.
60. Hassan Montero Y. Introducción a la Usabilidad. *No sólo usabilidad*.
61. Morales Vargas A, Pedraza Jiménez R and Codina L. Website quality: An analysis of scientific production.
62. Codina Bonilla L and Pedraza-Jiménez R. Características y componentes de un sistema de análisis de medios digitales: el SAAMD. In: *Calidad en sitios web: método de análisis general, e-comerce, imágenes, hemerotecas y turismo*. Editorial UOC, 2016, pp. 15–39.
63. Marcos MC and Rovira C. Evaluación de la usabilidad en sistemas de información web municipales: metodología de análisis y desarrollo. In: *La dimensió humana de l'organització del coneixement*. Facultat de Biblioteconomia i Documentació, pp. 415–432.
64. Fernandez A, Abrahão S and Insfran E. A Web Usability Evaluation Process for Model-Driven Web Development BT - Advanced Information Systems Engineering. In: Mouratidis H, Rolland C (eds). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, 2011, pp. 108–122.
65. Welle Donker-Kuijer M, de Jong M and Lentz L. Usable guidelines for usable websites? An analysis of five e-government heuristics. *Gov Inf Q* 2010; 27: 254–263.
66. Bangor A, Kortum P and Miller J. Determining what individual SUS scores mean: adding an adjective rating scale. *J Usability Stud* 2009; 4: 114–123.
67. Dumas JS and Redish J. *A practical guide to usability testing*. Exeter, England; Portland, OR: Intellect Books, 1999.
68. Goodman Kuniavsky MM and Andrea E. *Observing the user experience a practitioner's guide to user research*. Amsterdam: Elsevier, 2019.
69. Gant JP and Gant DB. Web portal functionality and state government e-service. In: *Proceedings of the 35th Annual Hawaii International Conference on System Sciences*. 2002, pp. 1627–1636.
70. Nielsen J. *Designing web usability*. Berkeley, Calif.: New Riders, 2006.
71. Mahou-Lago XM and Varela-Álvarez EJ. Innovation and opportunities for citizen participation in Spanish smart cities. *Public Admin Inf Technol* 2016; 11: 367–392.
72. Luchenski S, Maguire N, Aldridge RW, et al. What works in inclusion health: overview of effective interventions for marginalised and excluded populations. *Lancet* 2018; 391: 266–280.
73. Lupiáñez-Villanueva F. *Salud y sociedad red: Análisis de los usos de Internet relacionados con la salud*. Barcelona: Grupo Planeta (GBS), 2010.
74. Fitzpatrick S, Bramley G and Johnsen S. Pathways into multiple exclusion homelessness in seven UK cities. *Urban Stud* 2013; 50: 148–168.
75. Fundación COTEC. *Competencias digitales y colectivos en riesgo de exclusión en España*. Madrid, https://cotec.es/proyecto/competencias-digitales/51a02688-a11f-4fee-b047-41288ea0e0ac (2021).
76. ONTSI. *Tendencias en el uso de dispositivos tecnológicos 2021*, https://www.ontsi.es/es/publicaciones/Tendencias-en-el-uso-de-dispositivos-tecnologicos-2021 (2021).
77. ONTSI. *Perfil sociodemográfico de los internautas. Análisis de datos INE 2020*, https://www.ontsi.es/es/publicaciones/Perfil-sociodemografico-de-los-internautas-14 (2020).
78. INE. Encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de Información y Comunicación en los Hogares. Año 2020, https://www.ine.es/prensa/tich_2020.pdf (2020).
79. Bas-Sarmiento P, Fernández-Gutiérrez M, Albar-Marín M, et al. Percepción y experiencias en el acceso y el uso de los servicios sanitarios en población inmigrante. *Gac Sanit* 2015; 29: 244–251.
80. Llop-Gironés A, Vargas Lorenzo I, Garcia-Subirats I, et al. Acceso a los servicios de salud de la población inmigrante en España. *Revista Española de Salud Pública* 2014; 88: 715–734.
81. Mayorga C. Artículaciones De La Exclusión: la Política De Atención A Prostitutas Inmigrantes En Madrid. *Si Somos Americanos* 2012; 12: 49–74.
82. Pan American Health Organization, Secretaría General de Asuntos Sociales, World Health Organization. *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*. Ginebra: World Health Organization, 2001, https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/435cif.pdf.
83. Barral B, Bouzas-Lorenzo R, Cernadas A, et al. Equity policies in health plans: accessibility and something more? *Rev Saude Publica*; 55. Epub ahead of print 28 May 2021. DOI: 10.11606/S1518-8787.2021055002560.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

84. Perona I, Yera A, Arbelaitz O, et al. Towards Automatic Problem Detection in Web Navigation Based on Client-Side Interaction Data. In: *Proceedings of the XX International Conference on Human Computer Interaction*. New York, NY, USA: Association for Computing Machinery. Epub ahead of print 2019. DOI: 10.1145/3335595.3335642.
85. del Campo SdA, Matilla AG and Bermejo JMM. Educomunicación, tics y prisión: testimonios de personas privadas de libertad en torno a la exclusión digital. *Fonseca J Commun* 2021; 23: 275–290.
86. Morgan C, Burns T, Fitzpatrick R, et al. Social exclusion and mental health: conceptual and methodological review. *Br J Psychiatry* 2007; 191: 477–483.
87. Rodríguez-Pellejero JM, Núñez JL and Hernández D. Personality profiles and clinical syndromes in homeless. *Rev Psicopatol y Psicol Clín* 2017; 22: 197–206.
88. Calvo García F. *Exclusión residencial y tecnologías de la información y la comunicación: Oportunidades de las redes sociales en línea para mejorar la salud mental de personas en situación de sinhogarismo*. Barcelona: Universitat Ramon Llull, 2019, http://www.tdx.cat/handle/10803/667595.
89. Fundación FOESSA. *VII Informe sobre exclusión y desarrollo social en España*. Madrid, 2014. https://caritas365-my.sharepoint.com/personal/cominc_caritas_es/_layouts/15/onedrive.aspx?id=%2Fpersonal%2Fcominc_caritas_es%2FDocuments%2FSensibilización%2FFOESSA%2FWEB%2FDocumentos enlazados%2FVII_INFORME FOESSA.pdf&parent=%2Fpersonal%2Fcominc_caritas_e.
90. de la Rica S, Gorjón L, Miller L, et al. *Estudio comparado sobre la situación de la población gitana en España en relación al empleo y la pobreza 2018*. Madrid: Fundación Secretariado Gitano, 2019, https://iseak.eu/wp-content/uploads/2019/09/informe_FSG_ISEAK.pdf.
91. Fundación FOESSA. *VIII Informe sobre exclusión y desarrollo social en España*. Madrid, https://www.foessa.es/main-files/uploads/sites/16/2019/06/Informe-FOESSA-2019_web-completo.pdf (2019).
92. Ministerio de Sanidad. *e-Salud. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2018*. Madrid, 2018, https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2018/Cap.8_e_Salud.pdf.
93. ONTSI. Los ciudadanos ante la e-sanidad. Opiniones y expectativas de los ciudadanos sobre el uso y aplicación de las TIC en el ámbito sanitario, https://www.ontsi.red.es/ontsi/sites/ontsi/files/los_ciudadanos_ante_la_e-sanidad.pdf (2016, accessed 28 November 2018).

Annex 1.

CC. AA.	Website URL (when analyzed)
Andalusia	http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/default.asp
Aragon	https://www.saludinforma.es/portalsi/web/salud
Principality of Asturias	http://www.asturias.es/portal/site/astursalud
Balearic Islands	http://www.ibsalut.es/ibsalut/es
Canary Islands	http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/
Cantabria	http://www.scsalud.es/
Castile and León	https://www.saludcastillayleon.es/ciudadanos/es
Castile-La Mancha	http://sescam.castillalamancha.es/
Catalonia	http://web.gencat.cat/es/temes/salut/
Valencian Community	http://www.san.gva.es/inicio
Extremadura	http://saludextremadura.gobex.es/
Galicia	https://www.sergas.es/
La Rioja	http://www.riojasalud.es/
Madrid	http://www.madrid.org/cs/Satellite?pagename=PortalSalud/Page/PTSA_home
Region of Murcia	http://www.murciasalud.es/principal.php
Navarre	http://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/
Basque Country	http://www.osakidetza.euskadi.eus/r85-ghhome00/es/

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Capítulo 10. Artículo "Offerings and User Demands of eHealth Services in Spain: National Survey"

USC
UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

Original Paper

Offerings and User Demands of eHealth Services in Spain: National Survey

Andrés Cernadas Ramos[1*], PhD; Ángela Fernández Da Silva[2*], MA; Bran Barral Buceta[1*], PhD; Ramón Bouzas-Lorenzo[1*], PhD

[1]Department of Political Science and Sociology, Faculty of Political and Social Sciences, University of Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, Spain

[2]Department of Sociology, Political Science and Administration, and Philosophy, University of Vigo, Pontevedra, Spain

*all authors contributed equally

Corresponding Author:
Ángela Fernández Da Silva, MA
Department of Sociology, Political Science and Administration, and Philosophy
University of Vigo
Faculty of Public Management
Campus A Xunqueira S/N
Pontevedra, 36005
Spain
Phone: 34 881815163
Email: angela.fernandez@uvigo.es

Abstract

Background: The accelerated development of information and communication technologies has made health care one of the pioneering fields in the incorporation of these tools. As new technologies have been applied, existing technologies have been sophisticated and improved and the concept of eHealth has expanded. However, these advances and expansion of eHealth do not seem to have served to adapt the supply of services to users' demands; rather, supply seems to be governed by other variables.

Objective: The main objective of this work was to review the existing differences between user demands and the supply of eHealth services in Spain and their causes. The aim is to provide information on the level of use of the services and the causes of the variation in demand for these services, which can be useful in correcting existing differences and adapting them to the needs of users.

Methods: A survey, "Use and Attitudes Toward eHealth in Spain," was applied by telephone to a sample of 1695 people aged 18 years and over, taking into account sociodemographic profile characteristics (sex, age, habitat, educational level). The confidence level was set at 95% and the margin of error was ±2.45 for the whole sample.

Results: The survey results showed that the online doctor's appointment service is the most frequently used eHealth service by users: 72.48% of respondents used this service at some point and 21.28% stated that they use it regularly. The other services showed significantly lower percentages of use, including "managing health cards" (28.04%), "consulting medical history" (20.37%), "managing test results" (20.22%), "communicating with health professionals" (17.80%), and "requesting a change of doctor" (13.76%). Despite this low usage, a large majority of respondents (80.00%) attach great importance to all the services offered. Overall, 16.52% of the users surveyed were willing to make new service requests to the regional websites, with 9.33% of them highlighting services such as "the availability of a complaints and claims mailbox," "the possibility of consulting medical records," and "the availability of more detailed information on medical centers (location, medical directory, waiting lists, etc)." Other outstanding requests (8.00%) were to simplify the procedures for using certain existing services.

Conclusions: The data from the survey show that eHealth services are widely known and highly valued by users, but not all services are used with the same frequency or intensity. It appears that users find it difficult to suggest new services that might be useful to them in terms of demand for new services that do not currently exist. It would be useful to use qualitative studies to gain a deeper understanding of currently unmet needs and the possibilities of eHealth. The lack of access to and use of these services and the unmet needs particularly affect more vulnerable populations who have the greatest difficulty in meeting their needs through alternative means to eHealth.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA XSL•FO RenderX

(J Med Internet Res 2023;25:e42304) doi: 10.2196/42304

KEYWORDS

Spanish eHealth; health policies; digital health; COVID-19; eHealth offers; eHealth demands

Introduction

Background

In recent years, information and communication technologies (ICTs) have become a central issue on the political agenda [1]. The accelerated development of ICTs had a strong impact on the field of health care, making it one of the pioneering areas in the incorporation of these tools, leading to a renewal of health care systems [2,3].

The introduction of ICTs in the field of health care provided great impetus to the development of eHealth, a set of tools used in the health care environment ranging from prevention to treatment, including diagnosis and monitoring, as well as health management. eHealth led to cost savings in health care systems, and has improved the access, efficiency, effectiveness, and quality of clinical and management processes for all stakeholders [4-7].

As new technologies have been applied and existing technologies have become more sophisticated and improved, the concept of eHealth has expanded, incorporating new elements to its definition, such as telemedicine (ie, ICT-supported health care) through, for example, image digitalization or consultations via video calls [8] along with mobile health (mHealth) with the development of medical practices supported by mobile devices such as smartphones, personal digital assistants, tablets, or wireless patient monitoring devices [7,9]. However, these advances and expansion of eHealth do not seem to have served to adapt the supply of services to users' demands; rather, supply seems to be governed by other variables.

Therefore, it seems that eHealth has not taken user demands into account, as it has not adapted the supply to these demands.

Target Population of eHealth

Initially, the term *eHealth* was not promoted in academic settings; however, based on commercial logic, it can be assumed that the benefits generated by ICTs in other areas could also be generated in the health sector with similar results. This approach led to a change in the concept of the patient, passing from user to consumer [4].

eHealth was born from a goal of reducing costs and automating administrative processes, revealing an orientation that is more linked to productivity than to meeting the needs of users, while facilitating online procedures and services [1,10]. This trend is in line with the willingness of large corporations, which seem to be joined by public administrations [11,12].

Increases in investment have facilitated a considerable expansion of knowledge, as well as of technologies, techniques, skills, and resources. This made several achievements possible, including addressing health problems much more effectively [3], increasing quality and safety for both professionals and users [1], streamlining the performance of health systems, increasing the coresponsibility of individuals for their own health, and achieving greater efficiency and sustainability [13].

However, the purpose of using ICTs to support cost optimization has led to a decrease in investment in services [14] and the configuration of an eHealth model that is more closely linked to the interests and needs of health managers and professionals than to those of users [15].

Current eHealth Development Level

The application of ICTs to the field of health may generate benefits for the actors involved (users, professionals, and managers), offering a space for information, a means of interaction, and a tool for the provision of services [16]. However, several factors can attenuate or slow down the development of ICTs in the health care field [17], including the distrust of some users of the preservation of their personal data [10,18-20], the lack of digital literacy of some population groups [21,22], problems of interoperability of clinical information systems [23], or the lack of common protocols for different health care systems [24].

In Spain, the implementation and development of eHealth continue to advance. The degree of development is not yet complete, showing asymmetries depending on the different services. For example, the telematic request for appointments and electronic prescriptions is fully implemented, whereas tools linked to digital images management or access to digital medical records have not yet been fully implemented [25].

Although the pandemic caused by the SARS-CoV-2 virus highlighted the potential of eHealth [26,27] and implied a significant change in the way users and health care professionals relate to each other [28-32], this shift has not brought about major changes or innovations, despite accelerating processes initiated previously.

Assessing users' satisfaction with an eHealth service could lead to developing an approach based on satisfaction of expectations that may be modeled from the outset to reduce the gap between what is expected and what is obtained as much as possible, helping to avoid discouraging possible future use [33,34]. However, the different gaps initially formulated by Zeithaml et al [34] should be taken into account, as the work of Lankton and Wilson [35] showed that previous satisfaction strongly conditions the expectations of future use. Therefore, policy makers, and especially those responsible for the development and implementation of digital health, should ensure that they generate services that are fully satisfactory for users to encourage the use of online health services, since these results will generate positive expectations that will lead to greater use of online health services in the future. In some cases, the services offered are not sufficiently tested and run, with consequent frustration for users and professionals who do not see their expectations met. This may generate distrust in the system as

USC XSL•FO RenderX

a whole, making the use of eHealth services more difficult in the present and short term [36].

Accordingly, the main objective of this study was to analyze the existing differences between user demands and the supply of eHealth services in Spain according to the results of a population-based survey. The aim is to provide information on the level of use of the services and on the causes of the variation in their demand. The findings can also highlight other services that could be useful for users.

Methods

Study Design

To gather information on the eHealth services provided by public health portals in Spain, as well as the use made of these services by users and their unsatisfied demands, we applied the *Survey of Use and Attitudes Toward eHealth in Spain* (hereafter referred to as the eHealth Survey).

Results were obtained from a block of questions in the survey that allowed us to examine (in isolation) certain profiles of use and acceptance of eHealth according to social characteristics (age, sex, educational level, and habitat). This further enabled detecting mismatches between the supply and demand of services and suggesting the causes of such mismatches.

Prior to this, an extensive analysis of the recently published scientific literature on eHealth was carried out with the primary aim of identifying what services are currently offered in different countries in this post-COVID-19 era and to further investigate unmet user demands. In addition, to support the survey design, heuristic and user tests were carried out with the intention of defining the specific questions and categories for analysis.

eHealth Survey Design

The survey was conducted through telephone calls and was supported by computer-assisted telephone interviewing technology. During the survey, opinions were sought on questions concerning access to the main services offered by the 17 regional health web portals: requesting medical appointments, access to the digital medical record, management of electronic prescriptions, digital imaging, and telemedicine. Other questions were also included to identify the services that are most valued by users and those that were missing.

The average length of the survey was 9.0 minutes, with a range of 5.7 to 12.3 minutes, depending on the existence of filter questions. Fieldwork was conducted between May 24 and June 21, 2018, throughout Spain, except for the African autonomous cities of Ceuta and Melilla.

Given the objectives of the research, the questions asked in the survey consisted of filters that determined two profiles: internet users and users of eHealth services. The first group comprises the second, whereas only the latter group could effectively assess the situation of eHealth services.

However, we were not only concerned with the opinion of those who use eHealth services. In fact, it is even more important, if possible, to identify the reasons why those who have the necessary means and knowledge to make use of these services do not do so.

Specifically, the first question made it possible to distinguish between those who browse and those who also access the main entry point for eHealth services in the regional web portal in Spain.

Population

A sample of 1695 people legally residing in Spain who were aged 18 years or older was randomly surveyed. Telephone calls were made through the Infobel v16 directory during different time slots and days of the week. To guarantee adequate representativeness, the selection took into account sociodemographic profile characteristics—establishing quotas for sex, age, and habitat (the capital city and at least one city of each size were represented in all provinces)—with a confidence level of 95% and margin of error of ±2.45 for the sample as a whole (see Multimedia Appendix 1).

Analysis and Interpretation

The information collected was stored in a coded database following the survey objectives and design. Preliminary results were corrected, standardized, and recoded for some variables to facilitate their statistical treatment. Weightings were applied to ensure representativeness at the state level according to Spanish national statistics institute data. Finally, a detailed analysis was carried out using the computer packages SPSS and STATA, from which the general opinions of the group of respondents were extracted, ranked, and their contribution to the research objectives was assessed.

Descriptive analysis was performed along with detection of critical profiles based on the sociodemographic variables, with the aim of examining the aspects that are associated with any detected differences between the services offered and the demands of the users.

Ethical Considerations

The study was approved by a resolution of the Bioethics Committee of the University of Santiago de Compostela, dated January 12, 2018. The research technique (survey) was based on anonymization, and the data collected were processed using codes that did not identify the informant in any way. The management of contact data was carried out in accordance with the bioethical regulations of the University of Santiago de Compostela and in compliance with Spanish legislation on data protection (Spanish Law 15/1999 on the Protection of Personal Data), which was in force at the time the research was carried out. No financial compensation was provided to the respondents.

Results

Characteristics of Users of eHealth Portals

More than half of the population surveyed had never accessed their regional health portal (587/1103, 53.22%). When analyzing the data according to the variables used as descriptors (age, sex, education, and habitat), taking into account the age factor, the youngest group (18-24 years old) and those aged over 65 years reported connecting less to the health portals, with 61.07% and

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA XSL•FO RenderX

67.69%, respectively, indicating that they do not access eHealth portals. By contrast, 32.18% of those in the internet users group indicated that they frequently connect to these portals. Among these, the age groups of 25-39 years and 40-65 years stand out, with a rate of 33.60% each.

There were no major differences detected by gender, although it should be noted that women use these services more frequently than men (34.05% vs 30.39%) and are generally slightly more frequent users of eHealth services than men (51.58% vs 54.77% reported having never accessed eHealth services).

There were differences noted regarding education level: those with university-level education reported more frequent access to these services (37.13%) than those with only secondary education (29.90%) or those with only primary education (28.41%). Among those with only secondary education, 56.36% stated they had never accessed these services, whereas 61.36% of those with primary education and 53.96% of those with university education stated that they had connected at least once.

Finally, with respect to habitat, there were differences between residents living in municipalities with more than 25,000 inhabitants and those with smaller populations (less than 5000 and between 5000 and 25,000 inhabitants): the former group accessed these services in a greater proportion (51.77% have never accessed compared to nearly 56.00% for the other two groups) and more frequently (33.48% reported using the services regularly compared to 30.00% for the other groups).

As anticipated, we determined it to be just as important to identify the motives of those who accessed eHealth services as determining the motives for those who have not accessed the services. Therefore, a specific block of questions was defined for the latter group. The main purpose was to identify the reasons for not having visited their respective health portal. To this end, a closed set of options was defined and the possibility of open answers was enabled (see Multimedia Appendix 2).

The main reason stated for not visiting health portals was that this need is covered by traditional means (45.98%). The youngest group (57.69%) gave this reason more often than respondents in older age groups (46.46%, 44.10%, and 40.00% for the age groups of 25-39, 40-65, and >65 years, respectively). The next most common reason given was disinterest, which was reported by 27.46% of those consulted, and reached up to 32.50% among older respondents.

Other indicated reasons for not visiting the portals included having alternative coverage, which reached 9.15% of the total and 15.00% among the older respondents, and the difficulties of using the network and this type of portal, as stated by 4.46% of all internet users and nonusers of health portals.

Other reasons given to a lesser extent were the perceived unreliability of the information provided by the websites, and the lack of privacy and security on the internet, accounting for less than 4% of the total responses.

Considering the gender variable, the main differences were that men reported more often than women that they meet their needs through traditional channels as a reason for not using the internet for health services by a difference of 7.33 points (49.55% vs 42.22%). Women displayed more diversity in their reasons for nonuse; 6.67% of women (compared to 2.23% of men) pointed to the difficulty of use as an obstacle, but there were also differences compared to men in the availability of other types of health care and in the consideration that information is not reliable.

Regarding educational level, several observations stand out. First, the association between having a university degree and the availability of alternative health care showed a significant difference with respect to the other educational levels (13.19% compared to 2.17% in those with primary education and 7.44% in those with secondary education).

Among those with primary education, significant differences were also observed with respect to the average. Among this group, 15.22% highlighted the difficulty of use and 8.7% indicated lack of confidence in the information. Likewise, the nonresponse rate to this question was 6.52%. In addition, up to 30.43% stated that they had no interest in this type of service format. Notably, half (50.00%) of those with secondary education stated that their needs are covered by traditional means, while 4.55% stating that they have difficulties in using this type of platform.

Finally, reviewing the data according to habitat, few differences were detected, highlighting a slightly greater lack of interest in these portals in larger cities (29.30% compared to approximately 25% in municipalities of up to 25,000 inhabitants).

Reasons for Accessing eHealth Portals

The remaining survey questions were only asked of those who accessed the health portals. First, it was necessary to determine the reasons for accessing the services, followed by determining the most and least frequented services. These data (see Multimedia Appendix 3) show that visits to the regional portals are mainly aimed to perform or access some eHealth service or procedure, considering account accesses in general (63.16%) or the most recent visits (68.67%).

The next most common reason for visiting the portals was to search for information, with 29.28% reporting this reason in general and slightly less with respect to the last access (26.96%).

The third reason was to try to contact the health service, which was given for 5.43% of the respondents with respect to general access and 2.91% considering only the last access. The least common reason was to consult the employment section (0.82% in general and 0.73% for the last access), and other minor reasons.

In terms of age, there was a clear difference between the younger age groups (18-24 and 25-39 years) and the older groups (40-65 and >65 years), with the former showing a wider distribution of actions on the web portals compared to the latter.

Specifically, it is worth highlighting that 10.14% of respondents in the 18-24 years age group indicated that they usually access these portals to communicate with the health service. However, for the last access, this figure dropped to 1.64%, and only 8.33% of those in the older age groups indicated accessing the portal for this purpose the last time they had visited, which is a surprising finding.

USC XSL•FO RenderX

There were no remarkable differences regarding gender or education, although it was noted that those with only primary education never accessed the portal to consult the employment exchange, which is likely linked to the level of training that is generally required for obtaining most jobs in this sector.

Finally, there were some notable findings with respect to differences in habitat. The majority of those accessing the portal for a job search were residents of large cities, whereas there was no access for this reason stated by people from intermediate or small habitats at any time (in general or the most recent occasion).

Another element to highlight is the significant percentage of access to communicate with the health service in small municipalities (up to 5000 inhabitants): 13.51% of the sample reported doing so in general and 7.58% for their last access. These proportions are almost three times higher than those for the next category of 5001 to 25,000 inhabitants (4.72% for general access and 2.48% for last access).

Most Frequently Used Services on eHealth Portals

We next examined the most used services and their frequency of utilization (Multimedia Appendix 4).

The first element to note is that even among those who do use eHealth services, almost all showed an extremely high level of nonuse. The exception to this rule is for the booking or rescheduling of medical appointments. With the exception of this service, on average, almost 80% (79.96%) of the remaining services had never been used by users, whereas medical appointments had been used at least once by 72.48% of these respondents, followed by services of "health card management" (28.04%), "medical history consultation" (20.37%), "exam results management" (20.22%), "contact with health professional" (17.80%), and finally "request change of physician" (13.76%).

The only service that is used frequently is the request or change of medical appointment, which is used by 21.28% of people on a very regular basis. However, this common use of eHealth services is not as widespread. The remaining services hardly show frequent users and their pattern of use is much more sporadic. We further observed that usual or daily use is practically nonexistent, barely exceeding 2% of any of the patterns of access to the services.

With respect to age, patterns of access can be seen in which the percentage of use decreased as the age of the interviewee increases. This was the case with the use of health card management, requesting a change of physician, and contact with a health professional. For test results management and consulting medical background, the pattern was the same for the first three age groups, whereas those aged over 65 years showed higher percentages of use.

Finally, with regard to the main eHealth service, booking or rescheduling a medical appointment was particularly requested by people between 40 and 65 years of age (75.19%), followed by those between 25 and 39 (72.96%), those between 18 and 24 (67.24%), and finally those over 65 (52.00%) years old.

There were minor differences detected with respect to gender, with a marked imbalance in the service related to the management of the health card, which women used by 8.27 points less than men (23.75% vs 32.03%). For the other services, the proportions of use were quite even, although the pattern was slightly higher for men than for women.

With respect to educational level, when considering the ratings of people accessing eHealth services, the picture changes with respect to that described in Multimedia Appendix 3. Three characteristics could be observed: (1) the levels of use are more equal; (2) people with primary education continued to be the least likely to use the services (76.39% never use these services); and (3) on average, 71.46% of users with university education and 69.98% of those with secondary education do not access these services.

Finally, regarding the weight of the habitat factor, it could be observed that in municipalities with less than 5000 inhabitants, 68.94% or respondents have never used the services. This percentage increased to 70.26% in municipalities with larger populations and reached its maximum value (75.50%) in towns with between 5001 and 25,000 inhabitants.

In turn, we found that the smaller municipalities (less than 5000 inhabitants) make greater use of services such as health card management (35.94%), medical history consultation (28.13%), or test results management (25.40%).

Most Important Services for Users

Beyond use of the service, the respondents were again asked about these services, but on this occasion were asked to state the importance they attributed to them, regardless of whether or not they made use of the services. That is, with regard to the importance attached by users to the services offered by the health portals, whether or not they have used them, information was collected through the question "And how important is each of these services to you?" (see Multimedia Appendix 5).

Regardless of the number of services used, the respondents tended to consider all of the services offered to be very important: more than 80% of the sample, on average, gave all the services presented some or a great deal of importance (63.18% stated "lots of" and 17.55% stated "some" importance), while the percentage of people who gave the services a rating of "little" or "no" importance did not exceed 10% in each case.

When analyzing each service separately, requesting and managing appointments was the most highly valued service (90.32%), followed by consultation of exam results (84.24%), health card management (81.14%), contact with health professionals (79.73%), consultation of medical records (76.89%), and requesting a change of physician (72.05%).

By age, the importance attributed to the range of services decreased with increasing age. By gender, there were hardly any differences between women and men in terms of the highest level of importance attached to services, at 81.74% and 79.77% respectively.

As the level of education increased, so did the importance given to all services offered: thus, people with university education gave an average of 86.16% importance to all the services,

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA XSL•FO RenderX

compared to 76.49% of people with secondary education and 74.19% with primary studies.

Focusing on habitat, there was no clear pattern. On average, people residing in municipalities with between 5001 and 25,000 inhabitants attached the most importance to the services offered as a whole (82.34%), followed by people in municipalities with more than 25,000 inhabitants (80.54%) and municipalities with less than 5000 inhabitants (78.88%).

Mismatch Between User Demands and Offerings of eHealth Portals

Finally, to try to address the main objective of this study (*what do users expect and what does the National Health System offer them*?), the population surveyed was asked about the other services they would like to find in their regional health portals. To this end, a first question was established that filtered out, among the users of eHealth services, those who considered that there were services they would like to receive. Among the users surveyed, 16.52% were willing to make new service demands to autonomous websites. When this question was asked in an open-ended manner, the results shown in Table 1 were obtained.

Table 1. Responses to the survey question: "What service or information are you missing?"

Services	Responses, n (%)	Valid responses, %
Complaints/claims mailbox	7 (8)	9
Possibility of consulting medical history	7 (8)	9
Possibility of consulting information on the centers (medical direction, specialists, waiting lists, services, etc)	7 (8)	9
Simplify the process of booking/changing an appointment	6 (7)	8
Preventive recommendations/information on specific diseases	6 (7)	8
Request appointment with experts/nurses	5 (6)	7
Most user-friendly website with all the services it offers	5 (6)	7
Being able to consult waiting lists	4 (5)	5
Possibility of accessing the results of medical exams	4 (5)	5
Expand evening services (eg, appointments, exams)	4 (5)	5
Possibility of checking physicians' availability (eg, schedules, vacations, hospitals)	4 (5)	5
Possibility of having medical consultations by mail/24 h	3 (3)	4
Book vaccinations/notifications about vaccination schedules	3 (3)	4
Suggestion box	2 (2)	3
Renew electronic prescriptions	2 (2)	3
More information and possibility of performing procedures/consultations with experts	2 (2)	3
Possibility of consulting information on pharmacies	2 (2)	3
Reminders of consultations	1 (1)	1
Management of sick leave/medical reports	1 (1)	1
Don't know	11 (13)	Not applicable
Total	86 (100)	1

These data show that three requests shared the highest frequency (9%): availability of a mailbox for complaints and claims, the possibility of consulting medical records, and the availability of more detailed information on the centers (eg, medical directory, centers, waiting lists).

Other outstanding requests (8%) were to simplify the procedures for using certain services such as changing doctors or consulting medical records; to have more specific and extensive information on certain diseases; to have information on centers, professionals and their schedules, vaccination schedules, and pharmacies; and to be able to schedule appointments with experts or consult waiting lists.

Some of these demands may be covered by the offers made by some regional health services (eg, requesting an appointment with a nurse) or may even be included in the portfolio of services although users are not aware of them or do not have the appropriate permissions to access them (consultation of medical records, access to test results, complaints and suggestions mailboxes).

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA XSL•FO RenderX

In turn, as can be seen in Table 1, the population consulted indicated more than 20 other services or information content that was lacking less frequently than those mentioned above, including preventive recommendations, having medical consultations by email, renewal of electronic prescriptions, management of sick leave reports, and a suggestion box or appointment reminders.

It should be borne in mind that the demands expressed may be conditioned by prior expectations, which in turn may tend to be closely related to certain services provided in other regions and for which the respondents have references.

Likewise, many of the demands were not related to new services or information but were rather more related to the simplification of procedures, improvements in access, ease of use, and search for services.

The small number of respondents who proposed demands overall, despite identifying shortcomings in the current offerings, could be due to the fact that many of the aspects surrounding eHealth services have technical connotations (ie, interoperability of systems, collection and transmission of images, teleconsultation and telecare, remote monitoring using wearables) that would make it difficult for people with a low or medium level of education to make their demands explicit.

Discussion

Principal Findings

New applications of telemedicine are being discovered all the time. Devices such as cell phones are replacing personal computers as connectivity support, so that mHealth has been enjoying significant development in recent years, mainly in preventive health [37,38]. It is believed that such tools may also have great potential for monitoring patients and chronic diseases [39,40], as well as in health promotion and in the collection of useful data for the system and for health care itself [41].

Other studies also reported the promising results that online programs are achieving in mental health [42], especially among professionals and younger users [43] or focused on self-isolating patients [44].

In preventive actions, screening, diagnosis, treatment, or follow-up, eHealth resources have come to be used extensively and on a daily basis [45], which has contributed to an improvement in the follow-up and information offered to users.

These advances are already known to some users; as they become more widely known and disseminated, their demand should also increase. For this reason, the conception of eHealth services is an important challenge for policy designers and implementers who should consider the needs and demands of the system's users in their decision-making processes [46].

In addition to the adequacy of supply to demand and the satisfaction of expectations, another relevant condition to encourage greater use of online health services is the improvement of security. This is an aspect repeatedly considered to be the element of greatest concern among patients who have used online health services, especially when taking into account the management of data collected within the digital health record (DHR). Users argue that access to DHRs should be more protected [47] and should be limited exclusively to medical staff and not extended to other health care professionals such as nurses, pharmacists, or laboratory personnel. However, considering the results, it is also important to ensure that users are aware of and have access to their DHR, given that low levels of use may be an indication of a lack of access.

Matching Supply and Demand for eHealth Services

The data collected from the survey show that, despite more than two decades of eHealth implementation, a sufficient match between supply and demand has not been achieved, as the results obtained show that users demand more than 20 services that they consider useful but are not currently being provided on a widespread basis. If current dynamics and trends continue, it would be difficult to achieve such a match, which seems to require a specific approach by eHealth policy makers and implementers.

Regardless of the specific technology considered, its introduction into a health care system should be preceded by an evaluation with well-defined criteria to demonstrate its efficacy, safety, and quality, and even supported by cost-effectiveness or efficiency criteria. These criteria imply the need to generate evidence showing feasibility, usability, acceptability, and cost until other formal and methodologically consistent studies that can provide evidence on cost-effectiveness are conducted [9].

More investment is needed in digital infrastructure, greater interoperability of the system, incentives for health professionals to promote its use, and a focus on people and outcomes. Simultaneously, services should be designed around users and their needs, medical teams need to be equipped with new skills—especially around digital health—to better respond to patients' needs [48], and the incorporation of stakeholders in the design of online services should be increased [49]. Despite the fact that a large part of telemedicine is going to target people with disabilities, telemedicine is not designed with only those people in mind [50].

Moreover, some of the errors or shortcomings observed with respect to access and usability of services can be partially corrected by continued technological advances [51,52].

These advances should be accompanied by progress in terms of effectiveness, efficiency, accessibility, quality, and equality of treatment, along with greater capacity to measure results [53]. This requires consensus for implementation as well as leadership, since with a lack of budget and qualified personnel, the excessive reluctance of professionals to transition between the old and new care system [54] may generate rejection and resistance on the part of users. Thus, if responsible technologies are to be designed at the service of the citizenry as a whole, it will be necessary to integrate into the debate the various actors involved in digital health, and to establish mechanisms for monitoring and public scrutiny that provide transparency and legitimacy to these processes [55].

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA XSL•FO RenderX

Supply and Demand for eHealth and the Digital Divide

The social and digital divide remains in force and has more and more edges. The gap between the excluded and the included is widening [56] and this fragmentation of the system leads to unequal access and coverage [57], resulting in a possible replacement of medical staff by managers, administrative, and computer personnel [58], which gradually dehumanizes the user and the medical practice. Even the professionals recognize the importance of establishing deontological criteria for eHealth [59].

As some authors have pointed out [60], the digitalization of health care based on exclusive capitalist criteria puts at stake the survival of a health care model that enjoys a broad consensus, which has served to eradicate many diseases and has significantly increased life expectancy. As highlighted by Cometta [61] and others [62-64], the introduction of new technologies in the health sector risks increasing inequalities and endangering democracy by promoting forms of monitoring and social control.

If market logics are not brought under control and eHealth is not humanized to make it more social and inclusive, the health professions, as a space for inclusion and solidarity as they are known today, risk disappearing.

Digital Health in the Post-COVID-19 Era

It is clear that the pandemic caused by COVID-19 has been a major boost for telemedicine in particular and for eHealth in general. Teleconsultations increased dramatically [65], which significantly contributed to reducing hospital pressure and the overload on health care systems by detecting, diagnosing, and monitoring COVID-19 from home [28,29] and also helping to reduce the risk of contagion [27].

In that period, national health services in different countries adopted telemedicine solutions as an alternative to face-to-face consultations. Some systems were not ready, as professionals were not trained/informed and had difficulties in accessing users' medical records due to problems of interoperability of systems and applications, lack of training, the time required to use eHealth, or the prioritization of the search for immediate returns on investment [66].

It could be expected that some of the services demanded by users would be implemented during the COVID-19 pandemic, either because of the trend evolution of the digitalization of health care or because the pandemic could represent an important qualitative and quantitative leap in the use of technological tools to address the different challenges posed to health systems as a whole [67]. However, what is happening is rather an intensification of the use of the services that eHealth was already offering, which were included in the survey, rather than the implementation of new services in this way [68].

The pandemic has served to reduce certain resistance to the use of technology in attention and care. However, as observed in the results of this study and in previous research, users and some professionals continue to prefer face-to-face consultations, especially patients who are less familiar with technology and professionals who fear that medicine will become dehumanized and that professional practice will be reduced to the mere collection of data for biomedical studies [61].

Study Limitations and Proposals for Improvement

The present work is a rigorous and well-documented study with first-rate information and data, both because of the research technique used and the extensive review of the literature carried out; nevertheless, it is believed that there are some aspects that could be improved.

In addition to the survey, it would be advisable to complement the quantitative data obtained with other qualitative information that could be obtained through other techniques such as interviews or focus groups.

It would also be convenient to collect and analyze the eHealth services offered in other countries in greater detail by including them in a database that would then allow us to compare the different health services with respect to their content, use, and valuation by users or citizens.

Future Lines of Research

Since we are dealing with user demands and expectations in relation to eHealth services on the one hand and the necessary and constant evolution of the supply of these services on the other hand, it would be necessary to periodically update this information to be able to adapt the supply of these services to the changing demands of the population.

Given that users may not be aware of the full potential that new technologies offer in the provision of online health services, it would be a good idea to reflect on these potentialities and pass them on to users so that they can evaluate the services that seem most useful for addressing their needs.

It would also be necessary to look more closely at the services offered and others that could be demanded if they were offered, and to determine the reasons that these desired services are not being offered.

Conclusions

The survey data show that the supply of eHealth services is not adapted to or does not currently meet the demands of users. It is also clear from these data that the services offered are widely known and well appreciated by users, although not all of them are used with the same frequency or intensity. This insufficient match between supply and demand for services may be due to the low or nonexistent presence of users in the process of designing eHealth policies, which mainly affects more vulnerable populations (eg, those with chronic diseases, older adults with mobility difficulties, those living in rural areas far from health centers), as they will face the greatest difficulties in covering their needs by alternative means. It might be expected that the COVID-19 pandemic, during which many health services were only provided telematically, would be used by eHealth to offer a wider range of services to users; however, as can be seen from the recent literature, both in Spain and in neighboring countries, the range of services has not been extended during this period but rather the use of existing services has been intensified.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA XSL•FO RenderX

Acknowledgments

This publication is part of the research project "Brecha digital e inhibidores en la implementación del e-Gobierno. Especial impacto en el ámbito de la salud" (Digital divide and barriers to e-government adoption. Specific impact on the health sector; CSO2014-53014-R, 2015-2018), funded by the Ministerio de Economía y Competitividad (Programa Estatal de Investigación, Desarrollo e Innovación Orientada a los Retos de la Sociedad, Convocatoria 2014).

Data Availability

The survey data will be available in a public repository [69].

Conflicts of Interest

None declared.

Multimedia Appendix 1

Sampling errors.
[PNG File , 33 KB-Multimedia Appendix 1]

Multimedia Appendix 2

Reasons for nonuse of eHealth portals.
[PNG File , 72 KB-Multimedia Appendix 2]

Multimedia Appendix 3

Reasons for accessing eHealth portals.
[PNG File , 84 KB-Multimedia Appendix 3]

Multimedia Appendix 4

Frequency of access to eHealth services.
[PNG File , 178 KB-Multimedia Appendix 4]

Multimedia Appendix 5

Importance ratings of various eHealth services.
[PNG File , 179 KB-Multimedia Appendix 5]

References

1. Criado JI. Entre sueños utópicos y visiones pesimistas. Madrid: INAP; 2009.
2. Greenhalgh T, Robert G, Macfarlane F, Bate P, Kyriakidou O. Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations. Milbank Q 2004;82(4):581-629 [FREE Full text] [doi: 10.1111/j.0887-378X.2004.00325.x] [Medline: 15595944]
3. Lupiáñez-Villanueva F. Internet, salud y sociedad?: análisis de los usos de Internet relacionados con la salud en Catalunya. Thesis. Internet Interdisciplinary Institute (IN3), Universitat Oberta de Catalunya. 2009. URL: https://www.tdx.cat/handle/10803/9123#page=1 [accessed 2023-04-23]
4. Eysenbach G. What is e-health? J Med Internet Res 2001;3(2):E20 [FREE Full text] [doi: 10.2196/jmir.3.2.e20] [Medline: 11720962]
5. López UA, Ballestero Alemán MP, Prieto Morais E, San Segundo Encinar JM, Soler I. Big data en salud digital. Fundacione Vodafone España. URL: https://www.ontsi.es/sites/ontsi/files/Informe%20Big%20Data%20en%20Salud%20Digital.pdf [accessed 2023-04-23]
6. Timón A, Jesús A. La financiación de la salud electrónica. In: Pérez G, editor. Salud electrónica: perspectiva y realidad. Valencia: Tirant lo Blanch; 2017.
7. Mahou X, Barral B, Fernández Á, Bouzas-Lorenzo R, Cernadas A. eHealth and mHealth Development in Spain: promise or reality? Int J Environ Res Public Health 2021 Dec 10;18(24):13055 [FREE Full text] [doi: 10.3390/ijerph182413055] [Medline: 34948664]
8. Pardo JC, Beijinho R, Ben Abdellah LD, Justel FJB, Ávila-Tomás JF. Definición y evolución de la eSalud. FMC Form Medica Contin en Atencion Primaria 2015;22(9):475-481. [doi: 10.1016/j.fmc.2015.09.001]
9. Clinical Services and Systems WHO Team. Atlas of eHealth country profiles: the use of eHealth in support of universal health coverage. Geneva: World Health Organization; 2016.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA XSL•FO RenderX

10. Cernadas Ramos A, Bouzas-Lorenzo R, Mesa Del Olmo A, Barral Buceta B. Opinion of doctors and users on e-health advances in primary care. Aten Primaria 2020;52(6):389-399 [FREE Full text] [doi: 10.1016/j.aprim.2019.05.008] [Medline: 31266646]
11. Menou MJ. La alfabetización informacional dentro de las políticas nacionales sobre tecnologías de la información y comunicación (TICS): la cultura de la información, una dimensión ausente. An Doc 2004;7:61. [doi: 10.2307/j.ctv8xnjck.7]
12. Wilches Flórez OC, Wilches Flórez A. Posibilidades y limitaciones en el desarrollo humano desde la influencia de las TIC en la salud: el caso latinoamericano. Pers Bioet 2017 Mar 01;21(1):134-150. [doi: 10.5294/pebi.2017.21.1.8]
13. Health at a Glance 2015: OECD Indicators. OECD Publishing Paris. 2015. URL: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2015_health_glance-2015-en [accessed 2023-04-23]
14. Anderson GF, Frogner B, Johns R, Reinhardt U. Health care spending and use of information technology in OECD countries. Health Aff 2006;25(3):819-831. [doi: 10.1377/hlthaff.25.3.819] [Medline: 16684749]
15. Casasola Balsells LA, Guerra González JC, Casasola Balsells MA, Pérez Chamorro VA. Web accessibility of Internet appointment scheduling in primary care. Gac Sanit 2019;33(1):85-88 [FREE Full text] [doi: 10.1016/j.gaceta.2017.10.008] [Medline: 29258688]
16. Powell JA, Lowe P, Griffiths F, Thorogood M. A critical analysis of the literature on the Internet and consumer health information. J Telemed Telecare 2005;11(Suppl 1):41-43. [doi: 10.1258/1357633054461642] [Medline: 16035990]
17. Chib A, Lin S. Theoretical advancements in mHealth: a systematic review of mobile apps. J Health Commun 2018;23(10-11):909-955. [doi: 10.1080/10810730.2018.1544676] [Medline: 30449261]
18. Chib A, Jiang Q. Investigating modern-day Talaria: mobile phones and the mobility-impaired in Singapore. J Comput-Mediat Comm 2014 Mar 18;19(3):695-711. [doi: 10.1111/jcc4.12070]
19. Imeri H, Desselle S, Hetemi D, Hoti K. Mobile electronic devices as means of facilitating patient activation and health professional empowerment related to information seeking on chronic conditions and medications: qualitative study. JMIR Mhealth Uhealth 2021 Aug 11;9(8):e26300 [FREE Full text] [doi: 10.2196/26300] [Medline: 34383686]
20. Wang T, Fan L, Zheng X, Wang W, Liang J, An K, et al. The impact of gamification-induced users' feelings on the continued use of mHealth apps: a structural equation model with the self-determination theory approach. J Med Internet Res 2021 Aug 12;23(8):e24546 [FREE Full text] [doi: 10.2196/24546] [Medline: 34387550]
21. Buceta BB, Lorenzo RB, Ramos AC, Fernández da Silva A. Equity policies in health plans: accessibility and something more? Rev Saude Publica 2021;55:31 [FREE Full text] [doi: 10.11606/s1518-8787.2021055002560] [Medline: 34076210]
22. Cernadas A, Fernández Á. Healthcare inequities and barriers to access for homeless individuals: a qualitative study in Barcelona (Spain). Int J Equity Health 2021 Mar 20;20(1):84 [FREE Full text] [doi: 10.1186/s12939-021-01409-2] [Medline: 33743729]
23. Bent B, Sim I, Dunn J. Digital medicine community perspectives and challenges: survey study. JMIR Mhealth Uhealth 2021 Feb 03;9(2):e24570 [FREE Full text] [doi: 10.2196/24570] [Medline: 33533721]
24. Lesher AP, Gavrilova Y, Ruggiero KJ, Evans HL. Surgery and the smartphone: can technology improve equitable access to surgical care? J Surg Res 2021 Jul;263:1-4 [FREE Full text] [doi: 10.1016/j.jss.2020.12.066] [Medline: 33618217]
25. Cernadas Ramos A, Barral Buceta B, Fernández Da Silva A, Bouzas-Lorenzo R. Ehealth in Spain: evolution, current status and future prospects. Saude e Soc 2020;29(4):e190886. [doi: 10.1590/S0104-12902020190886]
26. Dolezel M, Smutny Z. Usage of eHealth/mHealth services among young Czech adults and the impact of COVID-19: an explorative survey. Int J Environ Res Public Health 2021 Jul 03;18(13):7147 [FREE Full text] [doi: 10.3390/ijerph18137147] [Medline: 34281084]
27. Smith AC, Thomas E, Snoswell C, Haydon H, Mehrotra A, Clemensen J, et al. Telehealth for global emergencies: Implications for coronavirus disease 2019 (COVID-19). J Telemed Telecare 2020 Jun;26(5):309-313 [FREE Full text] [doi: 10.1177/1357633X20916567] [Medline: 32196391]
28. Bokolo AJ. Use of telemedicine and virtual care for remote treatment in response to COVID-19 pandemic. J Med Syst 2020 Jun 15;44(7):132 [FREE Full text] [doi: 10.1007/s10916-020-01596-5] [Medline: 32542571]
29. Lukas H, Xu C, Yu Y, Gao W. Emerging telemedicine tools for remote COVID-19 diagnosis, monitoring, and management. ACS Nano 2020 Dec 22;14(12):16180-16193 [FREE Full text] [doi: 10.1021/acsnano.0c08494] [Medline: 33314910]
30. Mahajan V, Singh T, Azad C. Using telemedicine during the COVID-19 pandemic. Indian Pediatr 2020 May 14;57(7):658-661. [doi: 10.1007/s13312-020-1895-6]
31. Săndulescu V, Pu coci S, Petre M, Dumitrache M, Bota V, Gîrlea A. mHealth application for remote health monitoring useful during the COVID 19 pandemic. 2021 Presented at: 2021 IEEE International Symposium on Medical Measurements and Applications (MeMeA); June 23-25, 2021; Lausanne, Switzerland. [doi: 10.1109/memea52024.2021.9478717]
32. Castro A, García-Palacios A, López-Del-Hoyo Y, Mayoral F, Pérez-Ara MÁ, Baños RM, et al. Predictors of adherence in three low-intensity intervention programs applied by ICTs for depression in primary care. Int J Environ Res Public Health 2021 Feb 11;18(4):1774 [FREE Full text] [doi: 10.3390/ijerph18041774] [Medline: 33670353]
33. Zobair KM, Sanzogni L, Sandhu K. Expectations of telemedicine health service adoption in rural Bangladesh. Soc Sci Med 2019 Oct;238:112485. [doi: 10.1016/j.socscimed.2019.112485] [Medline: 31476664]
34. Zeithaml VA, Berry LL, Parasuraman BA. Calidad total en la gestión de servicios cómo lograr el equilibrio entre las percepciones y las expectativas de los consumidores. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 1992.

USC XSL•FO RenderX

35. Lankton NK, Wilson EV. Factors influencing expectations of e-Health services within a direct-effects model of user satisfaction. EServ J 2007;5:85. [doi: 10.1353/esj.2007.0017]
36. Eriksson-Backa K, Hirvonen N, Enwald H, Huvila I. Enablers for and barriers to using My Kanta - a focus group study of older adults' perceptions of the National Electronic Health Record in Finland. Inform Health Soc Care 2021 Dec 02;46(4):399-411. [doi: 10.1080/17538157.2021.1902331] [Medline: 33787438]
37. Gurman TA, Rubin S, Roess A. Effectiveness of mHealth behavior change communication interventions in developing countries: a systematic review of the literature. J Health Commun 2012;17(Suppl 1):82-104. [doi: 10.1080/10810730.2011.649160] [Medline: 22548603]
38. Zapata BC, Fernández-Alemán JL, Idri A, Toval A. Empirical studies on usability of mHealth apps: a systematic literature review. J Med Syst 2015 Feb;39(2):1. [doi: 10.1007/s10916-014-0182-2] [Medline: 25600193]
39. Marcolino MS, Oliveira JAQ, D'Agostino M, Ribeiro A, Alkmim MBM, Novillo-Ortiz D. The impact of mHealth interventions: systematic review of systematic reviews. JMIR Mhealth Uhealth 2018 Jan 17;6(1):e23 [FREE Full text] [doi: 10.2196/mhealth.8873] [Medline: 29343463]
40. Ali EE, Chew L, Yap K. Evolution and current status of mhealth research: a systematic review. BMJ Innov 2016 Jan 05;2(1):33-40. [doi: 10.1136/bmjinnov-2015-000096]
41. Choe EK, Klasnja P, Pratt W. mHealth and applications. In: Shortliffe EH, Cimino JJ, editors. Biomedical informatics: computer applications in health care and biomedicine, 4th ed. Cham: Springer International Publishing; 2021:637-666.
42. Bennett CB, Ruggero C, Sever A, Yanouri L. eHealth to redress psychotherapy access barriers both new and old: A review of reviews and meta-analyses. J Psychother Integr 2020 Jun;30(2):188-207. [doi: 10.1037/int0000217]
43. Mayer G, Gronewold N, Alvarez S, Bruns B, Hilbel T, Schultz JH. Acceptance and expectations of medical experts, students, and patients toward electronic mental health apps: cross-sectional quantitative and qualitative survey study. JMIR Ment Health 2019 Nov 25;6(11):e14018 [FREE Full text] [doi: 10.2196/14018] [Medline: 31763990]
44. Monaghesh E, Hajizadeh A. The role of telehealth during COVID-19 outbreak: a systematic review based on current evidence. BMC Public Health 2020 Aug 01;20(1):1193 [FREE Full text] [doi: 10.1186/s12889-020-09301-4] [Medline: 32738884]
45. Eslami P, Niakan Kalhori SR, Taheriyan M. eHealth solutions to fight against COVID-19: A scoping review of applications. Med J Islam Repub Iran 2021;35:43 [FREE Full text] [doi: 10.47176/mjiri.35.43] [Medline: 34268231]
46. Fernandopulle R, Patel N. How the electronic health record did not measure up to the demands of our medical home practice. Health Aff 2010 Apr;29(4):622-628. [doi: 10.1377/hlthaff.2010.0065] [Medline: 20368591]
47. Entzeridou E, Markopoulou E, Mollaki V. Public and physician's expectations and ethical concerns about electronic health record: benefits outweigh risks except for information security. Int J Med Inform 2018 Feb;110:98-107. [doi: 10.1016/j.ijmedinf.2017.12.004] [Medline: 29331259]
48. Lal A, Erondu N, Heymann D, Gitahi G, Yates R. Fragmented health systems in COVID-19: rectifying the misalignment between global health security and universal health coverage. Lancet 2021 Jan 02;397(10268):61-67 [FREE Full text] [doi: 10.1016/S0140-6736(20)32228-5] [Medline: 33275906]
49. Leorin C, Stella E, Nugent C, Cleland I, Paggetti C. The value of including people with dementia in the co-design of personalized eHealth technologies. Dement Geriatr Cogn Disord 2019;47(3):164-175. [doi: 10.1159/000497804] [Medline: 31247622]
50. Otaola Barranquero M, Huete García A. Riesgos de discriminación por discapacidad en la digitalización de la asistencia sanitaria. Teknokultura Rev Cult Digit y Movimientos Soc 2021 May 04;18(2):115-125. [doi: 10.5209/tekn.74401]
51. Scandurra I, Liljequist D. Ten demands of improved usability in eHealth and some progress - co-creation by health and social care professionals. Stud Health Technol Inform 2016;225:227-231. [Medline: 27332196]
52. Kapassa E, Touloupou M, Mavrogiorgou A, Kiourtis A, Giannouli D, Katsigianni K, et al. An innovative eHealth system powered by 5G network slicing. 2019 Presented at: 2019 Sixth International Conference on Internet of Things: Systems, Management and Security (IOTSMS),; October 22-25, 2019; Granada, Spain URL: https://doi.org/10.1109/IOTSMS48152.2019.8939266 [doi: 10.1109/iotsms48152.2019.8939266]
53. Voutsidou S, Moraitis E, Sissouras A, Jelastopulu E, Charalampous G. E-Health and primary health care: telemedicine in the Greek National Health System. Int J Rec Sci Res 2019;10(8):34320-34325. [doi: 10.24327/ijrsr.2019.1008.3868]
54. Campos G, Macaya JFM, Malik AM, Cunha MA. Telemedicina na Saúde Pública Brasileira: benefícios e oportunidades de melhoria. 2020 Presented at: VII Encontro de Administração da Informação - EnADI 2020; May 14-15, 2020; São Paulo.
55. Vallès-Peris N. Repensar la robótica y la inteligencia artificial desde la ética de los cuidados. Teknokultura Rev Cult Digit y Movimientos Soc 2021;18(2):137-146. [doi: 10.5209/tekn.73983]
56. Alam K, Mahumud R, Alam F, Keramat S, Erdiaw-Kwasie M, Sarker A. Determinants of access to eHealth services in regional Australia. Int J Med Inform 2019 Nov;131:103960. [doi: 10.1016/j.ijmedinf.2019.103960] [Medline: 31518858]
57. Asthana S, Jones R, Sheaff R. Why does the NHS struggle to adopt eHealth innovations? A review of macro, meso and micro factors. BMC Health Serv Res 2019 Dec 21;19(1):984 [FREE Full text] [doi: 10.1186/s12913-019-4790-x] [Medline: 31864370]
58. Weiner JP, Yeh S, Blumenthal D. The impact of health information technology and e-health on the future demand for physician services. Health Aff 2013 Nov;32(11):1998-2004. [doi: 10.1377/hlthaff.2013.0680] [Medline: 24191092]

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA XSL•FO RenderX

59. Inkster B, O'Brien R, Selby E, Joshi S, Subramanian V, Kadaba M, et al. Digital health management during and beyond the COVID-19 pandemic: opportunities, barriers, and recommendations. JMIR Ment Health 2020 Jul 06;7(7):e19246 [FREE Full text] [doi: 10.2196/19246] [Medline: 32484783]
60. Gould CC. Solidarity and the problem of structural injustice in healthcare. Bioethics 2018 Nov;32(9):541-552. [doi: 10.1111/bioe.12474] [Medline: 30044895]
61. Cometta M. Digital capitalism and the e-health revolution. Teknokultura Rev Cult Digit y Movimientos Soc 2021;18(2):175-183. [doi: 10.5209/tekn.74387]
62. Sharma GD, Yadav A, Chopra R. Artificial intelligence and effective governance: a review, critique and research agenda. Sustain Futur 2020;2:100004. [doi: 10.1016/j.sftr.2019.100004]
63. Gerke S, Shachar C, Chai P, Cohen I. Regulatory, safety, and privacy concerns of home monitoring technologies during COVID-19. Nat Med 2020 Aug;26(8):1176-1182 [FREE Full text] [doi: 10.1038/s41591-020-0994-1] [Medline: 32770164]
64. Wen H, Zhao Q, Lin Z, Xuan D, Shroff N. A study of the privacy of COVID-19 contact tracing apps BT. In: Security and privacy in communication networks. 2020 Presented at: 16th EAI International Conference, SecureComm 2020; October 21-23, 2020; Washington, DC p. 297-317. [doi: 10.1007/978-3-030-63086-7_17]
65. Koonin LM, Hoots B, Tsang C, Leroy Z, Farris K, Jolly B, et al. Trends in the use of telehealth during the emergence of the COVID-19 pandemic - United States, January-March 2020. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2020 Oct 30;69(43):1595-1599. [doi: 10.15585/mmwr.mm6943a3] [Medline: 33119561]
66. Schweitzer J, Synowiec C. The economics of eHealth and mHealth. J Health Commun 2012;17(Suppl 1):73-81. [doi: 10.1080/10810730.2011.649158] [Medline: 22548602]
67. Lee WI, Mendoza Figueredo N. Exploring the perspective of service quality in mHealth services during the COVID-19 pandemic. World Acad Sci Eng Technol Int J Econ Manag Eng 2021;15(5):562-566 [FREE Full text]
68. Anshari M, Almunawar M, Younis M, Kisa A. Modeling users' empowerment in e-Health systems. Sustainability 2021 Nov 24;13(23):12993. [doi: 10.3390/su132312993]
69. Arces (Archivo de Estudios Sociales) Portal. URL: http://www.arces.cis.es/jEstudios.jsp [accessed 2023-04-23]

Abbreviations

DHR: digital health record
ICT: information and communication technology
mHealth: mobile health

Edited by A Mavragani; submitted 30.08.22; peer-reviewed by Z Zrubka, M Rezai-Rad, A Garcia; comments to author 29.01.23; revised version received 10.02.23; accepted 18.04.23; published 18.05.23

Please cite as:
Cernadas Ramos A, Fernández Da Silva Á, Barral Buceta B, Bouzas-Lorenzo R
Offerings and User Demands of eHealth Services in Spain: National Survey
J Med Internet Res 2023;25:e42304
URL: https://www.jmir.org/2023/1/e42304
doi: 10.2196/42304
PMID:

©Andrés Cernadas Ramos, Ángela Fernández Da Silva, Bran Barral Buceta, Ramón Bouzas-Lorenzo. Originally published in the Journal of Medical Internet Research (https://www.jmir.org), 18.05.2023. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work, first published in the Journal of Medical Internet Research, is properly cited. The complete bibliographic information, a link to the original publication on https://www.jmir.org/, as well as this copyright and license information must be included.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA XSL•FO RenderX

CAPÍTULOS FINALES

11. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

La presente tesis doctoral tiene por objeto ampliar la comprensión de la eSalud y, en última instancia, esclarecer cuál es el impacto que sus programas y políticas están generando en las personas usuarias desde la óptica de la equidad. Para ello, los capítulos 8, 9 y 10 incorporan como núcleo central de la tesis tres artículos científicos en los que se indaga en la relación entre la sanidad y la equidad. En general, los hallazgos de cada uno de estos tres trabajos muestran que no se le viene prestando una adecuada atención a la equidad en los programas y servicios de eSalud, obviando, implícitamente, las consecuencias que de ello se puedan derivar.

Por una parte, la equidad no es un elemento central en los planes de salud autonómicos, tal y como se recoge en el artículo "*Políticas de equidad en los planes de salud: accesibilidad ¿y algo más?*" (ART. 1). Los hallazgos de este trabajo subrayan que este desinterés por la equidad, de manera general, se está traduciendo en una desatención por parte de los servicios sanitarios autonómicos de las necesidades de los colectivos más vulnerables, es decir, aquellos que, de partida, ya presentan una situación desfavorable y, en muchos casos, excluyente.

Por otra parte, el artículo "*Health policy in Spain: A comparative study between general population and groups at risk of social exclusion in Spain*" (ART. 2) pone de relieve que un porcentaje elevado de personas en exclusión o en riesgo de exclusión social, no están recibiendo una atención sanitaria adecuada debido a las trabas que la digitalización del sistema sanitario y la implantación de portales web de salud escasamente inclusivos han introducido.

Por último, la investigación "*Offerings and User Demands of eHealth Services in Spain: National Survey"* (ART. 3), establece un contraste entre las demandas de servicios de eSalud que hacen los usuarios y la gama de servicios que finalmente son ofertados por los servicios sanitarios autonómicos. Los resultados de este trabajo advierten de una serie de debilidades en el sistema, el cual parece no estar articulado de manera que los usuarios

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

puedan expresar con facilidad cuáles son sus demandas acerca de los servicios de eSalud. Estos aspectos están afectando especialmente a los grupos de usuarios más vulnerables, ya que son los que tienen más dificultades para satisfacer sus necesidades por medios alternativos.

Así, la dinámica de trabajo ha pretendido, en primer lugar, estudiar la presencia del principio de equidad en los planes de salud autonómicos en España y comprobar en qué medida las administraciones sanitarias autonómicas están orientando y planificando sus recursos hacia una sanidad equitativa (ART.1), para, a continuación, detectar en un segundo trabajo (ART. 2) qué colectivos vulnerables son más susceptibles de verse afectados en mayor medida por la falta de equidad en los servicios de salud y cómo la irrupción de las nuevas tecnologías en el ámbito sanitario (eSalud) pueden ser una barrera más añadida a las dificultades de partida. Por último, en el tercer trabajo (ART. 3) se aborda cómo los referidos avances y la expansión de la eSalud no parecen haber servido para adecuar la oferta de servicios a la demanda de los usuarios, sino que la oferta parece regirse por otras variables que no siempre tienen en cuenta, las demandas o necesidades de la población usuaria, y menos aún las que afectan a los colectivos más más vulnerables.

En los siguientes subapartados se sintetizarán los resultados obtenidos en los trabajos empíricos expuestos con el fin de conocer con mayor claridad sus aportaciones teóricas y/o empíricas. A continuación, también se comentarán algunas limitaciones generales de esta investigación y se propondrán nuevas líneas de investigación que podrían enriquecer este ámbito de estudio.

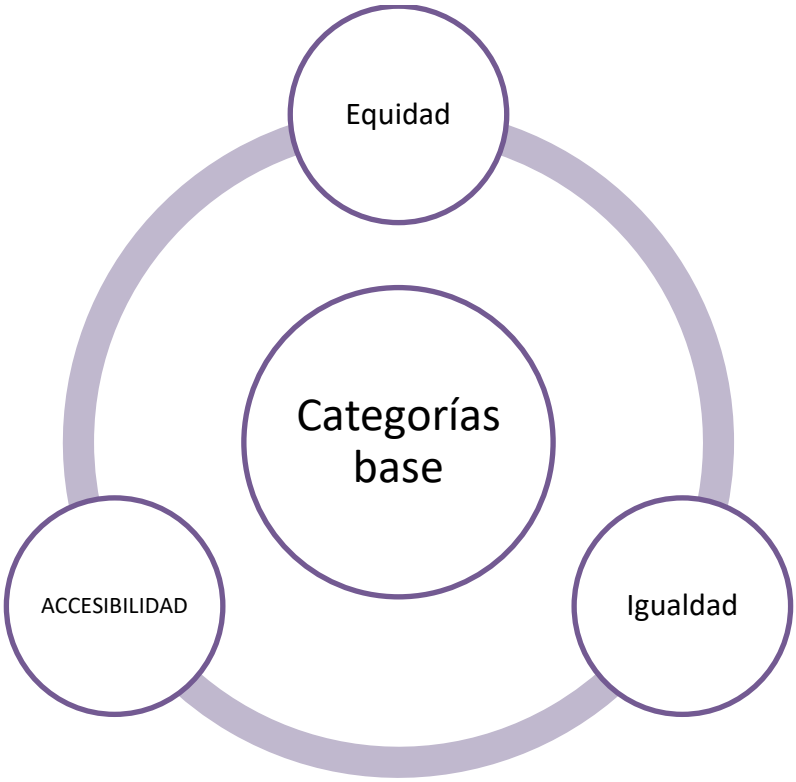
Políticas de equidad en los planes de salud: Accesibilidad ¿y algo más?

Los planes de salud constituyen el principal instrumento de las Administraciones sanitarias para orientar y planificar sus recursos hacia unos objetivos de salud previamente definidos, estableciendo las acciones y recursos necesarios para el desarrollo de éstos. Su elaboración debe partir del análisis demográfico, de morbimortalidad y de otros indicadores epidemiológicos y socioeconómicos de la población a la que se va a dirigir el plan.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

En este artículo (capítulo 8), se examinó el enfoque adoptado por los planes de salud de las CC.AA. para verificar la relevancia que se le concede al concepto "equidad" a lo largo de los mismos; y detectar a qué colectivos o situaciones se hace referencia cuando se emplea el concepto. Para ello se llevó a cabo un examen de contenidos de los distintos planes, seleccionándose aquellos fragmentos en los que se incluyen una serie de conceptos que actúan como categorías base (CB) y categorías clave (CC). Se pueden observar estas categorías en las figuras 4 y 5 a continuación.

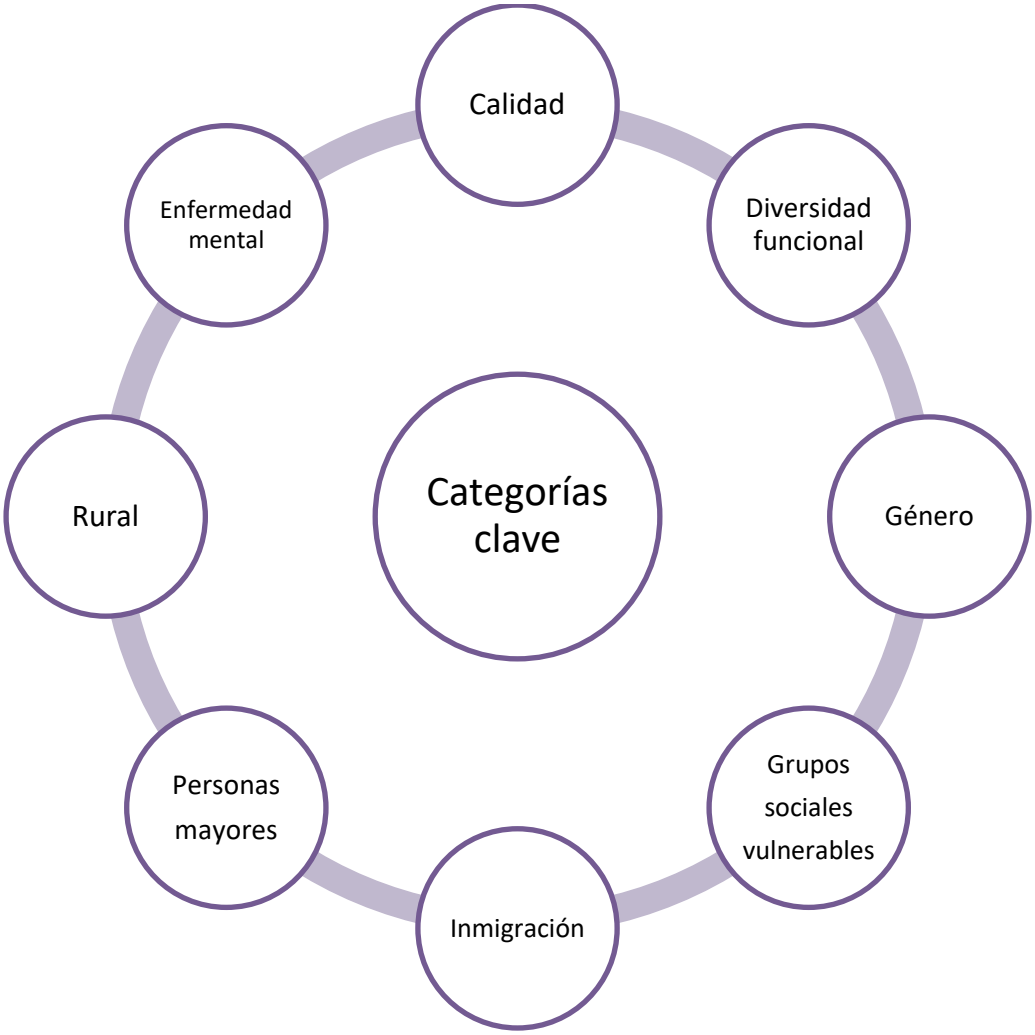
Figura 4. Categorías base



Fuente: elaboración propia

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

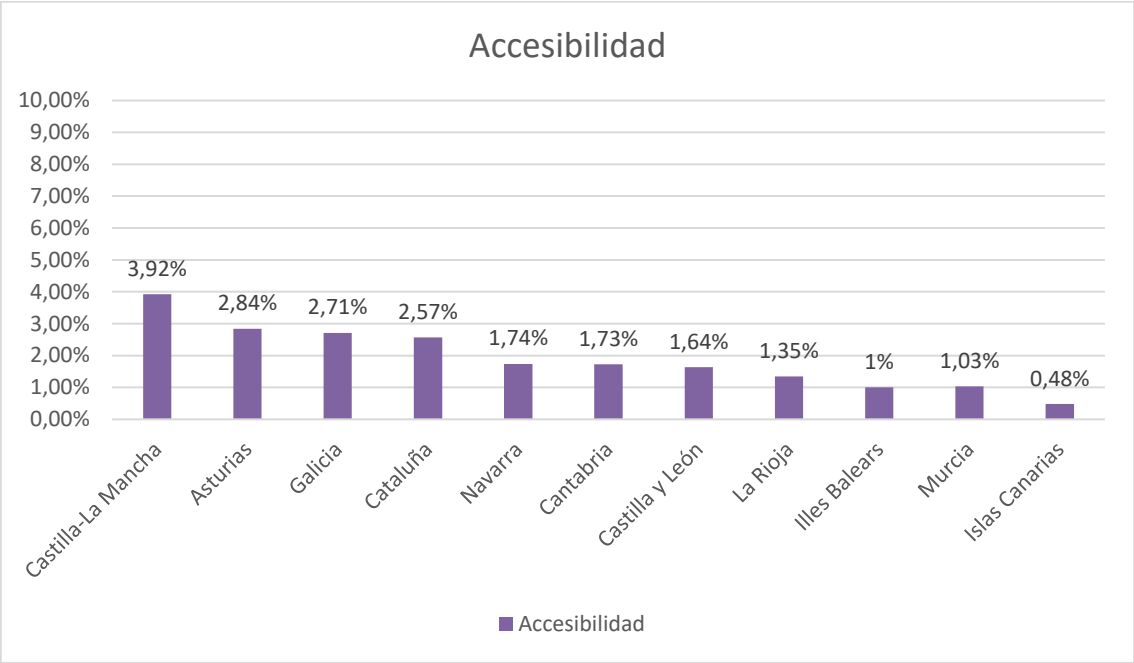
Figura 5. Categorías clave



Fuente: elaboración propia

Los primeros resultados concluyen que, de entre las categorías base, el término que en promedio se recoge en más ocasiones en los planes de salud autonómicos es el de "accesibilidad" (2,06%). Este concepto se impone a los de "Equidad" e "Igualdad" en los planes de: Castilla-La Mancha (3,92%), Principado de Asturias (2,84%), Galicia (2,71%), Cataluña (2,57%), Navarra (1,74%), Cantabria (1,73%), Castilla y León (1,64%), La Rioja (1,35%), Illes Balears (1%), Región de Murcia (1,03%) e Islas Canarias (0,48%).

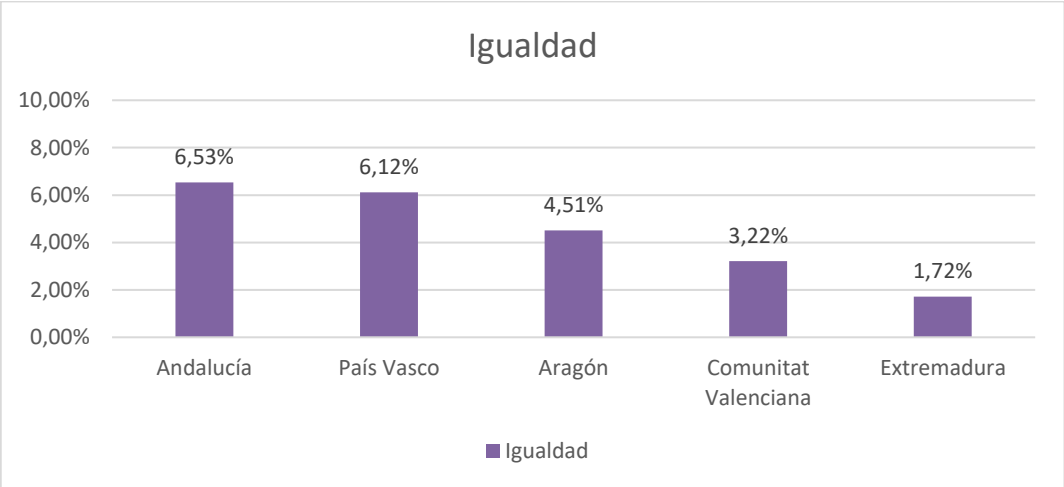
Gráfico 1. Porcentaje de aparición del término "equidad" en los planes de salud



Fuente: elaboración propia

Por su parte, el concepto de "Igualdad" alcanza un promedio de 1,87% y se impone en los planes de salud de Andalucía (6,53%), País Vasco (6,12%), Aragón (4,51%), Comunitat Valenciana (3,22%), y Extremadura (1,72%).

Gráfico 2. Porcentaje de aparición del término "equidad" en los planes de salud



Fuente: elaboración propia

USC
UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

El concepto de “Equidad”, central en los objetivos de este trabajo, resultó ser el que en promedio menos se refleja en los planes de salud (1,08%). La comunidad que más lo recoge es el País Vasco (4,23%) y la que menos las Islas Canarias (1,67%).

Resultó también llamativa la baja atención que suscitan los conceptos en algunos de los planes de salud: el término “Igualdad” se recoge en menos de un 0,25% en los planes de Asturias, Islas Baleares y La Rioja; el de “Equidad” aparece en menos del 0,7% en Islas Baleares, Cantabria y Castilla-La Mancha; y la “Accesibilidad” en menos del 1,2% en los planes de Islas Baleares, Murcia y Extremadura.

En cuanto a las categorías clave, los resultados ponen de relieve varias cuestiones de interés. Por un lado, destaca la desigual diversidad temática abarcada: Galicia únicamente incorpora el concepto de “Calidad” y Baleares los de “Inmigración” y “Calidad”; mientras que, por el contrario, los planes autonómicos de salud de Andalucía, Aragón, Cantabria, Castilla y León, Extremadura, La Rioja y Navarra comprenden la totalidad de CC. Por otro lado, en lo que respecta a la intensidad también hay diferencias significativas entre los planes autonómicos: Cataluña concentra más de la mitad de las menciones sobre “Personas mayores” (59,18%), “Género” (58,55%) y “Calidad” (42,71%). Cantabria y Extremadura son las comunidades que más referencias hacen a las CC “Enfermedades mentales” (52,7%) y “Rural” (47,28%), respectivamente.

La categoría clave más destacada en los planes es la de “Diversidad funcional” (48,36% de media), asociada estrechamente a la CB de “*Accesibilidad*”. Esto se explica debido a la amplitud del término accesibilidad, que puede abracar desde el acceso a las propias infraestructuras sanitarias hasta la adaptación de las páginas web a formatos más accesibles para los diferentes tipos de usuarios, pasando por el establecimiento de atenciones domiciliarias que faciliten la prestación de la atención sanitaria.

Esto conduce a uno de los hallazgos principales extraídos de esta investigación. Y es que los planes de salud están centrando su atención en el tratamiento de algunas enfermedades concretas, en la incorporación de las nuevas tecnologías en el ámbito de la salud y la reorganización de servicios que esta incorporación implica. Sin embargo, está quedando en un plano marginal el abordaje de la equidad sanitaria que el equipo encargado de la investigación, en línea con las aportaciones de la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2018), entiende prioritaria, destacando la importancia de implementar políticas

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

que adopten enfoques globales para reducir las desigualdades en materia sanitaria. Estos hallazgos están en consonancia con los de otras investigaciones precedentes que subrayan las escasas referencias explícitas al concepto de equidad en los planes de salud (Urbanos-Garrido, 2016; CRDSSE, 2012; Marmot *et al.,* 2012; Puyol, 2012; Whitehead y Dahlgren, 2006).

Los resultados obtenidos revelan, sin embargo, que la cuestión de la equidad en los planes de salud autonómicos se reduce a una mejora en el acceso a los servicios sanitarios, adoptando por tanto una visión orientada a la perspectiva del acceso en igualdad de condiciones, que disiente de lo propuesto por Sen (1980; 1992) sobre la igualdad de capacidades y la atención a los determinantes sociales.

Esta manera de entender la accesibilidad, como ya se ha referido previamente, está estrechamente conectada con un colectivo concreto, tal y como demuestran los resultados obtenidos que vinculan la aparición del término "Accesibilidad" en los planes de salud asociado en la mayoría de los casos a la categoría clave "Diversidad funcional". Quedan por tanto en un segundo plano las referencias a otros colectivos, como las personas mayores, los grupos sociales vulnerables o las personas inmigrantes, así como la atención a elementos relevantes como el género, los estándares de calidad, el ámbito rural o las enfermedades mentales, que aparecen de forma irregular en los planes autonómicos. Lo que evidencia una perspectiva unidimensional de las inequidades en salud centrada en la accesibilidad, a la vez que contradice las advertencias de algunos autores (Dahlgren y Whitehead, 1991; Marmot *et al.,* 2012), acerca de la necesidad de actuar sobre los determinantes sociales de la salud en ámbitos sociales y económicos más amplios para lograr una mayor equidad sanitaria. No atender a determinados colectivos no significa que no existan grupos de personas que, por una variedad de circunstancias, adolecen vulnerabilidad; sino que se trata de una decisión política sobre lo que se incluye y se excluye en los planes de salud y, por lo tanto, hacia qué y quienes se van a orientar los recursos.

Hay varias CC.AA. cuya aproximación a la equidad se concentra en pocas categorías clave, mientras que otras abordan más, entendiendo que es una cuestión más amplia. En el primer grupo figuran Baleares, La Rioja, Navarra, Región de Murcia, Castilla y León, Cantabria, Asturias, Castilla-La Mancha y Galicia; y en el segundo grupo estarían Aragón, Andalucía, Canarias, Cataluña, Extremadura, País Vasco y la Comunidad Valenciana,

USC Universidade de Santiago de Compostela

todas ellas por debajo de la media y que, por tanto, tienden a observar y a tener en cuenta a más colectivos que las restantes. No obstante, ninguna de ellas va más allá de la accesibilidad y no tienen en cuenta completamente los demás componentes de la inequidad en salud, como advierten algunos autores (Briones-Vozmediano *et al.,* 2012; Borrell *et al*., 2005; Fiuza *et al*., 2010).

El hecho de que los planes de salud obvien las particularidades de diversos colectivos vulnerables y se centren casi en exclusiva en la accesibilidad hace que se desatiendan otros aspectos importantes y se puedan producir importantes inequidades en cuanto al uso de los servicios. Es decir, el acceso a un mismo servicio no garantiza una igual atención si, por ejemplo, algunos usuarios carecen de recursos económicos para costear la medicación, tienen dificultades para entender el idioma en que se les atiende o no pueden visualizar una prescripción. La calidad de la atención a estos colectivos se pone en riesgo, tal y como advierte la literatura especializada (Nussbaum, 2011; Cernadas, 2010; Cernadas y Fernández, 2021; Sen, 1980).

La literatura subraya en numerosos trabajos las repercusiones negativas que esta falta de atención puede suponer a diversos colectivos vulnerables, que estarían asumiendo dificultades añadidas para poder ser usuarios de pleno derecho del servicio sanitario (CRDSSE, 2012; Marmot *et al.,* 2012; Puyol, 2012; Urbanos-Garrido, 2016; Whitehead y Dahlgren, 2006; Borrell *et al*., 2005).

Los hallazgos de este trabajo constatan la ausencia del principio de equidad en los planes de salud autonómicos en España, los cuales parecen delegar la responsabilidad de subsanar las inequidades sanitarias a laos procesos llevados a cabo en la fase de implementación de las políticas y no al diseño y la planificación, dibujando un sistema poco inclusivo y equitativo.

USC
UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

eHealth policy in Spain: a comparative study between general population and groups at risk of social exclusion in Spain

Una vez comprobado en la investigación anterior la poca o nula relevancia que se le da a la equidad en los planes de salud y la inadecuada atención que esto supone para con determinados grupos vulnerables; este trabajo pretendió profundizar en cuáles son exactamente los colectivos que más riesgo padecen de sufrir exclusión sanitaria y cómo la digitalización del sistema y la implantación de portales web de salud están suponiendo, para el acceso y la prestación de los servicios sanitarios, una barrera añadida a su ya complicada situación de partida. En consecuencia, con el apoyo de la literatura especializada en exclusión social y sanitaria, se definieron 11 colectivos vulnerables: personas con recursos escasos, personas mayores, inmigrantes económicos, personas con patologías mentales, población privada de libertad o en régimen de semilibertad, personas en situación de drogodependencia, personas proveedoras de sexo remunerado, personas sin techo, población de etnia gitana, población invidente y personas afectadas de algún tipo de diversidad funcional. A partir de aquí se ha desarrollado un trabajo que compara la situación de estos colectivos con la de la población estándar en lo que respecta a su contacto e interacción con los servicios de eSalud. Para ello se ha tratado de evaluar el grado de usabilidad de los 17 portales web autonómicos, aplicando un test de usuario a los colectivos vulnerables y una encuesta y test heurístico a la población estándar.

Para organizar los resultados obtenidos a partir de este triple enfoque, se construyeron tres dimensiones: "calidad", "usabilidad" "importancia atribuida al contenido" de los portales web autonómicos de salud.

En lo que respecta a la dimensión de la calidad, los resultados obtenidos señalan que un porcentaje relevante (58,82%) de las personas vulnerables a las que se les aplicó el test de usuario tiene una percepción buena o muy buena de calidad de dichos portales. Sin embargo, ahondando más en las respuestas, aunque estas apuntan a una valoración positiva de la existencia de los portales web, también se constata que, desde la experiencia personal de las personas vulnerables, estas plataformas no les resultan útiles, bien porque no tienen los conocimientos necesarios para aprovechar todo el potencial que ofrecen, o bien porque no disponen de los medios de conexión adecuados.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

La población general, a su vez, muestra una percepción positiva de la calidad del portal web del servicio de salud de su comunidad autónoma (47,55%). En términos generales, el 66,9% califica la página web como buena, frente al 18,4% que la califica como regular. Por su parte, las respuestas al test heurístico apuntan a una buena comprensión general de los portales web (52,9%), aun cuando en 7 Comunidades Autónomas el diseño y el estilo resultan confusos, siendo Cataluña la comunidad que peor puntuación recibe en esta dimensión, posiblemente porque cuentan con más de una plataforma de eSalud, por lo que los servicios y la información se encuentran muy disgregados.

Sobre la calidad de los contenidos, se ha podido observar que el 70,6% de los portales de salud destacan adecuadamente su información más relevante; y el 82,4% de los mismos organizan esta información de manera coherente y categorizada. En cuanto al estilo y el color, todos los portales web muestran en su mayoría consistencia y coherencia, así como un adecuado contraste entre los textos y el fondo; y el tamaño de letra y el interlineado permiten una lectura e interacción cómodas a excepción de unos pocos portales (Canarias, Castilla y León, Castilla-La Mancha y Extremadura). Sobre los materiales multimedia y la disponibilidad de ventanas para la visualización de contenidos, los resultados indican que su presencia no supone un problema para la navegación en el 82,4% de las CC.AA.

En lo que respecta a la usabilidad de los portales sanitarios, los colectivos vulnerables a los que se les aplicó el test de usuarios mostraron serias dificultades en cuanto al uso de los portales web autonómicos. En primer lugar, con respecto a los resultados de las pruebas se comprobó que el acceso a la página era dificultoso y en la mayoría de los casos requería la redirección a la URL de referencia, bien porque se insertaban en el navegador frases incompatibles para acceder al contenido, bien porque, aun introduciendo los elementos que podían facilitar el acceso, los usuarios no conseguían seleccionar los resultados correctos entre los obtenidos. Una vez en la página principal del portal web, se le propuso a la persona participante tres pruebas de interacción: una primera prueba de acceso a información contenida en el portal; una segunda prueba de acceso a un servicio ofrecido por el portal (solicitud de cita médica, cambio de cita, solicitud de tarjeta sanitaria, etc.); y una última prueba consistente en la identificación y comprensión de una etiqueta. La mayoría de las personas no consiguió realizar de forma óptima todas las gestiones que se les demandaban.

USC
UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

En la prueba de acceso a la información y en la prueba de servicios, los participantes atribuyen esta incapacidad a diversas causas, desde el diseño inadecuado de las páginas y la ubicación de estos recursos en un lugar periférico de las mismas, hasta las numerosas acciones que tienen que realizar para completar la gestión. Esto provoca que con frecuencia abandonen la tarea e intenten acceder a través de otras páginas web no oficiales o necesiten ayuda para volver a la página y realizar las pruebas.

En cuanto a las etiquetas, su identificación generó confusión en la mayoría de los casos. Los participantes afirmaron desconocer el significado de varias de las etiquetas que aparecían en los portales, o se referían a sus contenidos de manera inapropiada o inexacta. En este sentido, algunos de los comentarios apuntan a un lenguaje poco comprensible y muy técnico. Asimismo, es especialmente relevante que un alto porcentaje de participantes manifestó que necesitaría ayuda si tuviera que volver a utilizar la página o que no podrían haber realizado el test si este no hubiera sido guiado, viviendo la navegación como una experiencia confusa, frustrante y limitante respecto a su autonomía. Por último, también se detectó falta de familiaridad de los participantes con el equipo informático utilizado (ordenador portátil), así como falta de confianza y espontaneidad a la hora de enfrentarse a las tareas asignadas en la prueba.

Estos datos contrastan de forma muy significativa con los resultados obtenidos para la población estándar: el 88,1% de las personas encuestadas manifiesta que los portales web resultan fáciles de usar y el 90,83% afirma que pudo concluir su búsqueda sin problemas ni complicaciones; y los participantes del test heurístico destacan el alto grado de usabilidad de las webs de 10 de las 17 Comunidades Autónomas. Estos portales alcanzan puntuaciones superiores a 70 puntos (de un máximo de 100), mientras que el resto alcanzan una usabilidad media de entre 57 y 75 puntos.

En cuanto a la última dimensión analizada, sobre la importancia atribuida al contenido del portal web, los participantes en el test de usuarios definen como muy útiles los servicios ofrecidos en las webs de salud, especialmente el servicio de solicitud de citas en atención primaria. No obstante, a pesar de identificar este servicio como algo positivo, se observa, al mismo tiempo, cierta incapacidad para llegar a él de forma óptima y completar la gestión. Como ya se ha referido previamente, los usuarios vulnerables apuntan con frecuencia a la relevancia que tiene la existencia de estos servicios. Muchos de ellos, incluso, conocieron la existencia de los portales web y de las gestiones que estos permiten

USC UNIVERSIDADE

realizar durante la realización de la prueba y se sorprendieron de las posibilidades que los portales ofrecen. Esto hace que insistan en la importancia que tienen los portales, pero apuntando también que, desde su experiencia personal, estas plataformas no resultan útiles.

Varios organismos oficiales, en línea con los hallazgos de esta investigación, coinciden en que la falta de conocimientos y de medios de conexión adecuados conduce a las personas en situación de vulnerabilidad a desaprovechar los recursos disponibles en los portales de salud (ONTSI, 2021a; ONTSI 2021b; INE, 2020). Los hallazgos obtenidos de manera particular para cada uno de los colectivos confirman este planteamiento:

- Los datos recabados sobre las personas mayores y las personas que cuentan con escasos recursos apuntan a bajas capacidades y habilidades digitales, así como serias dificultades para acceder de manera autónoma a los portales web de salud. Estos datos concuerdan con los aportados por varios autores e informes recientes, que previenen que las personas mayores o personas con niveles más bajos de educación e ingresos; tienen menores competencias digitales y, por lo tanto, mayores dificultades para acceder en igualdad de condiciones a los servicios sanitarios (Fundación COTEC, 2021; Lazar y Davenport, 2018; Hall *et al*., 2015; ONTSI, 2021a).

- Las personas inmigrantes presentan una vulnerabilidad extrema, como se ha podido comprobar a lo largo de la realización del test de usuarios. En general, la información les resulta confusa y la documentación que se les piden para acceder a determinados servicios no pueden facilitarla debido a su situación irregular o a que desconocen el funcionamiento del sistema sanitario español (Bas-Sarmiento *et al*., 2015; Llop-Gironés, *et al.,* 2014). Otra de las barreras que el colectivo identifica de manera más clara es la ausencia de más opciones lingüísticas en los portales web, en consonancia con otros trabajos que apuntan en esta misma dirección (Mason *et al*., 2021). El colectivo de personas proveedoras de sexo remunerado (prostitución) se encuentra, estrechamente vinculado a la inmigración, por lo que presenta barreras de acceso muy similares a las observadas para este último colectivo, como se ha podido comprobar a lo largo de la

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

realización del test de usuarios y como así sugiere la literatura especializada (Mayorga, 2012).

- Las personas con patologías mentales, con diversidad funcional y la población invidente; presentaron serias dificultades a la hora de completar tareas esenciales, como, por ejemplo, solicitar una cita con su médico o médica de familia y, en definitiva, a la hora de realizar una navegación autónoma a través de los portales web de salud. Las barreras detectadas estaban esencialmente relacionadas con el diseño de la página, destacando un tamaño muy reducido de la fuente o una mala localización de los servicios considerados más importantes. En el caso particular de la población invidente, las principales dificultades derivan de la ausencia de sintetizadores de voz o de su mal funcionamiento interno. Estos resultados contravienen las recomendaciones de la OMS, que ya desde inicios del siglo XXI advierte de la necesidad de que los gobiernos adapten todos sus servicios a las necesidades de las personas con diversidad funcional (WHO, 2001).

- Las personas privadas de libertad o en régimen de semilibertad presentan carencias muy significativas en cuanto a competencias digitales, que se asocian a largos períodos en prisión, donde el contacto con dispositivos digitales es reducido y limitado, como sugieren algunos estudios (de Andrés *et al*., 2021). Los resultados obtenidos sintonizan con lo expresado por otros autores, y es que la falta de habilidades digitales se ha convertido en un obstáculo importante para el acceso a la información y los servicios de eSalud de esta población (Muela *et al*., 2020). Estos mismos problemas de acceso son compartidos por el colectivo de personas con trastornos por consumo de sustancias, cuya situación se ve agravada por su falta de participación en actividades sociales y por el estigma entre el personal sanitario (van Boekel *et al*., 2013)

- Las personas sin hogar presentan importantes problemas de acceso a los servicios sanitarios, tanto digital como presencialmente, a pesar de declarar peores niveles de salud que la población general (Rodríguez-Pellejero et al., 2017; Cernadas y Fernández, 2021). Los hallazgos obtenidos para este colectivo a lo largo del test de usuarios muestran que este colectivo encuentra obstáculos significativos en

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

cuanto al acceso sanitario a través de las TIC, debido al diseño poco atractivo de los portales web, a la necesidad de conocimientos informáticos más avanzados y a la falta de dispositivos digitales; barreras a las que también apuntan algunos estudios previos (Calvo, 2019).

- Los resultados obtenidos para la población de etnia gitana ponen de manifiesto sus dificultades para realizar una correcta navegación por los portales web de salud de manera autónoma. Esta barrera parece estar relacionada con una baja formación digital, que, según la literatura especializada, se debe a las escasas oportunidades que se dan a este colectivo (Fundación Foessa, 2019; de la Rica *et al*., 2019), que a día de hoy es uno de los más afectados por la exclusión social en España (Fundación Foessa, 2014).

Así, los hallazgos de esta investigación ponen de manifiesto que, en línea con los resultados del primer trabajo analizado (ART.1), se están implantando portales web de salud que no incorporan los principios de equidad y que resultan escasamente inclusivos. La digitalización de los sistemas de salud autonómicos en estos términos constituye una seria barrera para el acceso a los mismos de los colectivos de personas vulnerables o afectadas por factores de riesgo de exclusión social, que no están recibiendo una atención sanitaria adecuada ni en consonancia con la recibida por la población general; y así lo han expresado también otras investigaciones recientes (Luchenski, 2018; Bouzas-Lorenzo y Mahou, 2013; Lupiáñez-Villanueva, 2010).

Offerings and User Demands of eHealth Services in Spain: National Survey

Una vez constatada la falta de equidad, tanto en los planes de salud como en los portales sanitarios autonómicos, y cómo esto afecta a la población más vulnerable; se ha querido indagar en un tercer trabajo (ART.3) en la oferta de los servicios de eSalud en España y si esta se está planteando teniendo en cuenta las necesidades y las demandas reales de los usuarios o si, por el contrario, la oferta de servicios se rige por otras variables que desatienden las necesidades manifestadas por las personas usuarias. Para ello, se ha aplicado una encuesta diseñada por el equipo investigador a una muestra estadísticamente significativa de la población española. Esta encuesta se compone de un bloque de

USC DE COMPOSTELA

preguntas que permite analizar los datos en función de cuatro variables: edad, sexo, nivel de estudios y hábitat, que permiten dibujar de forma aislada determinados perfiles de usuarios de la eSalud, pues no sólo resulta importante la opinión de quienes utilizan los servicios, sino también identificar los perfiles de quienes no acceden y conocer las razones que explican esa decisión.

Más allá de si se es usuario o no del sistema de servicios de eSalud, la frecuencia de uso o los servicios que se usan; las personas participantes han tendido a considerar como muy relevante la existencia de todos los servicios ya ofrecidos por los portales sanitarios: más del 80,0% de la muestra otorga a todos los servicios presentados "alguna" o "mucha importancia" cuando se le pregunta por esta cuestión, mientras que el porcentaje de personas que les concede "poca" o "ninguna" importancia no supera el 10% en cada caso. Al analizar cada servicio por separado, la solicitud y gestión de citas es el servicio más valorado (90,3%), seguido de la consulta de resultados de pruebas diagnósticas (84,2%); la gestión de la tarjeta sanitaria (81,1%); el contacto con profesionales sanitarios (79,7%); la consulta de la historia clínica (76,8%) y, por último, la solicitud de cambio de médico (72,0%).

Para tratar de dar respuesta al objetivo central de este artículo, es decir, si la oferta de los servicios de eSalud está en consonancia con las demandas de los usuarios, se instó a los participantes de la encuesta a que sugiriesen cuáles son los servicios que les gustaría encontrar en sus portales de salud autonómicos.

Y en este sentido, los datos indican que la disponibilidad de un buzón de quejas y reclamaciones, la posibilidad de consultar la historia clínica y la disponibilidad de información más detallada sobre los centros; son las principales demandas de la población (9,3% de las respuestas). Otras peticiones destacadas fueron la simplificación de los trámites para utilizar determinados servicios, como el cambio de médico o la consulta de la historia clínica; disponer de información más específica y amplia sobre determinadas enfermedades; disponer de información sobre centros, profesionales y horarios, calendarios de vacunación, información sobre farmacias; poder concertar citas con expertos o consultar listas de espera (8,0% de las respuestas). Otros servicios o contenidos informativos con menor frecuencia que los anteriores, pero también señalados por las personas participantes, fueron: recomendaciones preventivas; realización de consultas

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

médicas por correo electrónico; renovación de recetas electrónicas; gestión de partes de baja; o recordatorio de citas.

Hay que tener en cuenta que las demandas expresadas pueden estar condicionadas por expectativas previas que, a su vez, pueden tender a relacionarse estrechamente con determinados servicios prestados en otros servicios de salud autonómicos. y de los que las personas entrevistadas pueden tener conocimiento. Así, algunas de estas demandas pueden estar cubiertas por la oferta de algunos servicios autonómicos de salud (por ejemplo, solicitar cita con el personal de enfermería) o incluso estar incluidas en la cartera de servicios del Estado, aunque los usuarios no las conozcan o no dispongan de los permisos adecuados para acceder a ellas (consulta de historias clínicas, acceso a resultados de pruebas, buzones de quejas y sugerencias). Muchas de las demandas, además, no hacen tanto alusión a nuevos servicios o información como sí a la simplificación de trámites, mejoras en el acceso, facilidad de uso o búsqueda de servicios. Parece, por tanto, que a los usuarios les resulta difícil sugerir nuevos servicios que les puedan resultar de utilidad en términos de demanda de nuevos servicios que no existen actualmente. La falta de acceso y uso de estos servicios y las necesidades insatisfechas afectan especialmente a las poblaciones más vulnerables, que son las que tienen más dificultades para satisfacer sus necesidades por medios alternativos a la sanidad electrónica (Cernadas, 2010).

Así, los hallazgos de esta investigación ponen de manifiesto que, a pesar de que la eSalud lleva implantada más de dos décadas en España, todavía no se ha logrado una adecuación suficiente entre la oferta y demanda de los servicios sanitarios digitales, ya que son varias las demandas que los usuarios consideran útiles y que actualmente no se prestan de forma generalizada en los servicios sanitarios de eSalud autonómicos.

Este hecho contradice las indicaciones de la literatura especializada, que apunta a la importancia y relevancia de la incorporación de enfoques centrados en las personas usuarias e, incluso, con la participación de las mismas en las fases iniciales del diseño de las políticas y programas de eSalud (Leorin *et al.,* 2019; Otaola y Huete, 2021). Esto implicaría estudiar aspectos como experiencias previas de los usuarios con la eSalud, barreras detectadas, contenidos de la interfaz, gestión y navegabilidad, usabilidad, calidad

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

percibida, seguridad y privacidad o la capacidad de autogestión de una enfermedad a través de una herramienta concreta. Todo ello, se entiende, daría lugar a herramientas digitales de la salud centradas realmente en los usuarios finales, respondiendo a sus verdaderas necesidades y no a otros criterios (Molina-Recio *et al*., 2020) y minimizando el riesgo de utilizar aplicaciones ineficaces o incluso perjudiciales (Muro-Culebras *et al*., 2021).

Esta inclusión de los usuarios en los diseños de aplicaciones sanitarias ha reportado resultados positivos en algunos estudios piloto que se han llevado a cabo y que han demostrado que el hecho de poder contar con las experiencias y aportaciones de las personas usuarias ha sido fundamental para adaptar la oferta de servicios a las demandas (Leorin *et al.,* 2019) y, en general, para la identificación temprana de problemas de diseño y usabilidad, así como para la identificación de soluciones no consideradas previamente. El resultado son herramientas más y mejor aceptadas y más fáciles de usar por una gama amplia de usuarios (Fox *et al*., 2022).

Además, la literatura apunta especialmente a los beneficios que los enfoques de diseño co-participativos pueden suponer para algunos colectivos vulnerables. Así, los resultados de algunos proyectos han concluido que la implicación en el diseño de herramientas de salud digital de personas afectadas por algunas patologías mentales, contribuye a reducir el estigma que gira muchas veces en torno a ellas, les da seguridad y promueve una vida más activa para estos usuarios (Leorin *et al.,* 2019).

También se han referido buenos resultados en herramientas diseñadas en colaboración con usuarios con patologías crónicas, experimentándose una mejora en la autogestión y el autocuidado de estas personas (Jessen *et al.,* 2018).

La introducción de estas demandas en el sistema sanitario debería ir precedida de una evaluación con criterios bien definidos para demostrar su eficacia, seguridad y calidad; e incluso apoyada en criterios de rentabilidad o eficiencia. Estos criterios implican la necesidad de generar evidencias que demuestren su viabilidad, usabilidad, aceptabilidad y coste (Molina-Recio *et al*., 2020; Voutsidou et al., 2019), lo que requiere consenso para su implantación, pero también liderazgo, ya que la falta de presupuesto y de personal cualificado, la excesiva discrecionalidad de los profesionales durante la transición entre el antiguo y el nuevo sistema asistencial pueden generar rechazo y resistencia por parte

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

de los usuarios (Campos *et al*., 2020). Por ello, si se quieren diseñar tecnologías responsables y respondentes, al servicio del conjunto de la ciudadanía, será necesario integrar en el debate a los distintos actores implicados en la sanidad digital y establecer mecanismos de seguimiento y control público que aporten transparencia y legitimidad a estos procesos (Vallès-Peris, 2021).

11.1. Limitaciones y futuras líneas de investigación.

Los resultados de la presente tesis doctoral se cree que pueden suponer una aportación relevante al ámbito de investigación en eSalud desde una perspectiva de la equidad entre las personas usuarias, y proporcionar una visión comparativa entre las particularidades de acceso y atención sanitaria de la población general y la población vulnerable. Se considera que los trabajos que constituyen el núcleo central de la tesis (capítulos 6, 7 y 8) son estudios rigurosos, bien documentados y con información y datos de primer orden, tanto por las técnicas de investigación utilizadas como por la extensa revisión bibliográfica realizada. No obstante, no están exentos de algunas limitaciones que deberían ser tenidas en cuenta en futuras investigaciones.

En primer lugar, respecto a la muestra del trabajo recogido en el capítulo 7, se considera que sería deseable poder ampliar el número de personas participantes en el test de usuarios, pues debido a la reducida muestra, se ha considerado imprescindible que las personas participantes tuviesen unas nociones básicas de navegación, ya que, de otro modo, la realización de la prueba en los términos previstos no habría sido posible. Sin embargo, al ampliar la muestra se podría eliminar este criterio de selección, de tal manera que se pudiese cuantificar y analizar también el porcentaje de personas en situación de vulnerabilidad que no tienen competencias digitales.

Sería conveniente también diversificar las fuentes de captaciónde las personas participantes, ya que el contacto con todas ellas se dio a través de organismos y entidades que habitualmente trabajan con población vulnerable. Esto hace que, probablemente, las personas participantes, a pesar de estar en una situación de vulnerabilidad, por contar con el apoyo de una organización presenten una situación más favorable que otras personas

USC DE COMPOSTELA

que no hayan interactuado nunca con organismos de ayuda y apoyo, por lo que hubiera sido deseable incorporar al estudio personas no vinculadas a ninguna de las asociaciones, algo que no fue posible en este trabajo pero que sería positivo tener en cuenta en una futura revisión del mismo.

En segundo lugar, en lo que respecta al trabajo incluido en el capítulo 8, se considera conveniente complementar los datos cuantitativos obtenidos a través de la encuesta, con otra información de corte cualitativa que podría obtenerse a través de otras técnicas como entrevistas o grupos focales, y que pudiera aportar información relevante acerca de las percepciones de los usuarios sobre la eSalud, y permitiría incluir más matices en las propuestas de demandas de servicios que estos hacen.

Por otra parte, podría enriquecer también la investigación si se recogiesen y analizasen detalladamente los servicios de eSalud ofrecidos en otros países, incluyéndolos en una base de datos que permitiera comparar los distintos servicios sanitarios y ver las diferencias entre ellos y también las diferencias de uso y valoración por parte de la ciudadanía.

En lo que respecta a futuras líneas de investigación, sería de interés para este ámbito de conocimiento poder ampliar algunas de las informaciones que se recogen en esta tesis con otros estudios en profundidad sobre los colectivos vulnerables que se han expuesto. Particularmente, teniendo en cuenta que España cuenta con una de las esperanzas de vida más altas a nivel global, sería conveniente la elaboración de trabajos centrados en personas mayores, y en cómo diseñar e implementar las herramientas de la eSalud para que estas contribuyan a un envejecimiento activo que limite la vulnerabilidad de este grupo.

Otros trabajos que podrían complementar lo expuesto en esta tesis serían estudios de análisis comparado en el ámbito de la eSalud entre países con similares –o distintos– modelos de Estado de Bienestar.

Por último, serían también de interés nuevos trabajos que explorasen la posible relación entre la crisis del Estado de Bienestar y el desarrollo de la eSalud así como las potencialidades futuras de prestación de servicios sanitarios online.

USC
UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

12. ALGUNAS CONCLUSIONES

En relación con las hipótesis formuladas en esta investigación:

H_1. La eSalud facilita y mejora el acceso y uso de los servicios sanitarios para el conjunto de la población, mejorando así la equidad del SNS.

H_0. La eSalud no mejora el acceso y uso de los servicios para determinados colectivos vulnerables o en riesgo de exclusión social.

H_2. La irrupción de la COVID-19 fuerza la expansión de la eSalud, creando nuevos servicios y simplificando el acceso a los ya existentes.

H_0. La irrupción de la COVID-19 no ha tenido un impacto significativo en las políticas y programas de eSalud.

El **objetivo general** que se persigue, consistente en**:**

Analizar la situación de la eSalud en España, detectando cuáles son aquellos aspectos que, desde la perspectiva de la equidad en el acceso y uso de los servicios, no han sido desarrollados convenientemente a lo largo de las fases de diseño e implementación de las políticas de eSalud.

Y los objetivos específicos:

O_1. Examinar el enfoque adoptado por los Planes de Salud de las CC.AA.

O_2. Verificar el uso y la aplicación que se hace del concepto "equidad" en cada uno de los Planes.

O_3. Detectar a qué colectivos o situaciones de vulnerabilidad hacen referencia los Planes.

O_4. Identificar el grado de inclusión que presentan los portales web sanitarios autonómicos para colectivos vulnerables.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

O_5. Analizar la percepción de la calidad, la usabilidad y los contenidos de los portales por parte tanto de profesionales expertos como de las personas usuarias.

O_6. Examinar las diferencias existentes entre la oferta y demanda de servicios en los portales autonómicos de eSalud.

Una vez desarrollada la presente investigación se ha llegado a las siguientes conclusiones preliminares:

- Las políticas de eSalud pueden constituir un instrumento muy útil para la mejora de la gestión de los servicios de eSalud, tanto en lo que se refiere a la eficiencia y la eficacia como en la mejora de seguridad y la facilidad de acceso a los servicios.

- Además, la eSalud puede facilitar la inclusión social de colectivos vulnerables mejorando la equidad del SNS, en tanto puede ser una herramienta adecuada para facilitar el acceso a los servicios sanitarios de determinados colectivos, por ejemplo, las personas con diversidad funcional física o las personas de más edad, que pueden tener dificultades para desplazarse a los centros de salud; o las personas que viven en núcleos poblacionales pequeños y que no cuentan con centros sanitarios en el marco de su municipio, sino que se tienen que desplazar a otros núcleos urbanos próximos y que por tanto también podrían beneficiarse de los servicios sanitarios ofrecidos a través de plataformas digitales; o para aquellos colectivos en torno a los que gira un estigma social, también entre el personal sanitario, como las personas proveedoras de sexo remunerado, las personas privadas de libertad, o aquellas otras en situación de sinhogarismo, para las que en muchos casos, acudir a una consulta presencial supone un esfuerzo mayor que para otros grupos poblacionales.

- No obstante, se observa que los planes de salud autonómicos en España centran su atención, principalmente en la accesibilidad y la igualdad, en el tratamiento de algunas enfermedades concretas, en la incorporación de las nuevas tecnologías en el ámbito de la salud y la reorganización de servicios que esta incorporación

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

implica, pero que, sin embargo, están relegando a un plano marginal el abordaje de la equidad sanitaria al no incluir acciones y recursos destinados a atender la particular situación de algunos de los colectivos más vulnerables. De tal forma que al no contemplarse la equidad como un eje vertebrador del SNS no se observa que se esté avanzando en ese sentido.

- En línea con lo anterior, de los hallazgos de esta investigación se puede deducir también que los portales web de salud autonómicos, principales vías de acceso a los servicios de eSalud, no incorporan determinados principios de equidad y resultan escasamente inclusivos para personas vulnerables, ampliando así las barreras de acceso al sistema sanitario de los colectivos en riesgo de exclusión social, los cuales, al no disponer de las mismas capacidades, no pueden obtener como resultado los mismos funcionamientos que la población estándar.

- Así mismo, los resultados de la investigación muestran que si bien los servicios de eSalud son ampliamente conocidos y bien valorados por los usuarios, aunque no todos se utilicen con la misma frecuencia o intensidad, se observan discrepancias entre los ofrecidos por los portales de eSalud autonómicos y los demandados por la población usuaria, además de las dificultades que entraña el acceso y uso a algunos de ellos para la población en general y para ciertos colectivos en particular, como puede ser el cambio de médico o la consulta de la HCD.

- Esta demanda de servicios no cubiertos por la eSalud afecta especialmente a las poblaciones más vulnerables, que son las que tienen más dificultades para satisfacer sus necesidades por medios alternativos a la sanidad electrónica, lo que puede ocasionar importantes inequidades del sistema sanitario.

- También cabría esperar que la irrupción de la COVID-19 actuaría como un importante revulsivo para la expansión de la eSalud mediante la oferta de nuevos y la simplificación del uso de los ya existentes. Sin embargo, como se recoge en el tercer artículo de esta tesis, tanto en España como en otros países, la literatura consultada muestra que la pandemia supuso antes un uso más intensivo de los

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

recursos ya existentes que no la oferta de servicios nuevos, aunque si familiarizó a la población con el uso de sanidad electrónica.

Se podría decir pues, que las políticas de eSalud en España no has sido diseñadas desde la perspectiva de los usuarios-pacientes, ni se ha tenido en cuenta las dificultades de acceso y uso que las TIC pueden suponer para ciertos colectivos vulnerables desaprovechando así la oportunidad de dotar de una mayor equidad de acceso y uso al SNS.

USC
UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

REFERENCIAS

Adelantado, J. y Calderón, E. (2005). Globalización y estados del bienestar: ¿respuestas semejantes a problemas parecidos? *Cuadernos de relaciones laborales*, 23(2), 15-44. Disponible en: https://revistas.ucm.es/index.php/CRLA/article/view/CRLA0505220015A/32335

Agra, M.X. (2001). Animales políticos: capacidades humanas y búsqueda del bien, de Martha C. Nussbaum. En: R. Maiz (compl.) *Teorías políticas contemporáneas*, Valencia: Tirant lo Blanch.

Ahmed, S. N., Wiebe, S., Mann, C., y Ohinmaa, A. (2010). Telemedicine and epilepsy care - a Canada wide survey. *The Canadian journal of neurological sciences. Le journal canadien des sciences neurologiques*, *37*(6), 814–818. https://doi.org/10.1017/s0317167100051490

Alarcón, A.; Munera, L y Montes, A. (2017). La teoría fundamentada en el marco de la investigación educativa. *Saber, Ciencia Y Libertad*, *12*(1), 236–245. https://doi.org/10.18041/2382-3240/saber.2017v12n1.1475

Almufleh, A., Lee, C., Tsang, M. Y., Gin, K., Tsang, T. S. M., y Nair, P. (2021). The Need for Telemedicine Integration Into Adult Cardiology Training Curricula in Canada. *The Canadian journal of cardiology*, *37*(6), 929–932. https://doi.org/10.1016/j.cjca.2021.03.001

Álvarez-Junco, J. (1986). El anarquismo en la España Contemporánea. *Anales de Historia Contemporánea*, vol. 5, pp.: 189-200. Disponible en: https://revistas.um.es/analeshc/article/view/107471

Alzahrani, A. I., Al-Samarraie, H., Eldenfria, A., Dodoo, J. E., y Alalwan, N. (2022). Users' intention to continue using mHealth services: A DEMATEL approach during the COVID-19 pandemic. *Technology in society*, 68, 101862. https://doi.org/10.1016/j.techsoc.2022.101862

Andreasson, K. (2015). *Digital Divides: The New Challenges and Opportunities of e-Inclusion* (1st ed.). Routledge. https://doi.org/10.1201/b17986

Anshari, M., Almunawar, M. N., Younis, M. Z., y Kisa, A. (2021). Modeling Users' Empowerment in E-Health Systems. Sustainability, 13(23), 12993. MDPI AG. http://dx.doi.org/10.3390/su132312993

Antonio, M. G., y Petrovskaya, O. (2019). Towards Developing an eHealth Equity Conceptual Framework. *Studies in health technology and informatics*, 257, 24–30.

Araujo, S; González, R y de Castro, JM. (2017). Transfer of knowledge in international cooperation: the Farmanguinhos – SMM case. *Revista De Saúde Pública*, *51*(Rev. Saúde Pública, 2017 51), 103. https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051006249

Arcaya, M. C., Arcaya, A. L., y Subramanian, S. V. (2015). Inequalities in health: definitions, concepts, and theories. *Global health action*, 8, 27106. https://doi.org/10.3402/gha.v8.27106

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Arias, X.C. y Costas, A. (2012). *La torre de la arrogancia. Políticas y mercados después de la crisis*. Barcelona: Ariel.

Ashford, D.E. (1989). *La aparición de los Estados de bienestar*, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social: Madrid

Autry, A.J. y Berge, Z. (2011). Digital natives and digital immigrants: getting to know each other. *Industrial and Commercial Training*, Vol. 43 No. 7, pp. 460-466. https://doi.org/10.1108/00197851111171890

Azzopardi-Muscat, N., Ricciardi, W., Odone, A., Buttigieg, S., y Zeegers Paget, D. (2019). Digitalization: potentials and pitfalls from a public health perspective. *European journal of public health*, 29(Supplement_3), 1–2. https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz169 Baggett, T. P., Chang, Y., Singer, D. E., Porneala, B. C., Gaeta, J. M., O'Connell, J. J., y Rigotti, N. A. (2015). Tobacco-, alcohol-, and drug-attributable deaths and their contribution to mortality disparities in a cohort of homeless adults in Boston. *American journal of public health*, 105(6), 1189–1197. https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302248

Baker, L. M., Case, P., y Policicchio, D. L. (2003). General health problems of inner-city sex workers: a pilot study. Journal of the Medical Library Association: *JMLA*, 91(1), 67–71.

Baldwin, P. (1992). *La política de solidaridad social. Bases sociales del Estado de bienestar europeo 1875-1975*, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social: Madrid

Bandrés, E. (1994). La redistribución en el Estado de bienestar: un enfoque contractual. En: Asociación Galega de Estudios de Economía do Sector Público, *La crisis del Estado de Bienestar*, II Jornadas de Santiago de Compostela.

Bandrés, E. (2014). Desigualdad, redistribución y crecimiento. *Cuadernos de Información Económica,* nº 240. Disponible en: https://www.funcas.es/wp-content/uploads/Migracion/Articulos/FUNCAS_CIE/240art09.pdf

Banerjee, A. (2020). Equity and Quality of Health-care Access: Where Do We Stand and the Way Forward? *Indian journal of community medicine: official publication of Indian Association of Preventive & Social Medicine*, 45(1), 4–7. https://doi.org/10.4103/ijcm.IJCM_183_19

Barber, P. y González, B. (2006). Desigualdades territoriales en el Sistema Nacional de Salud (SNS) de España. *Documentos de trabajo (Laboratorio de alternativas)*. Disponible en: https://fundacionalternativas.org/wp-content/uploads/2022/07/xmlimport-u6UNNM.pdf

Barr, N. (1992). Economic Theory and the Welfare State: A Survey and Interpretation. *Journal of Economic Literature*, *30*(2), 741–803. Disponible en: http://www.jstor.org/stable/2727702

Barr, N. (2012). *The relevance of efficiency to different theories of society, Economics of the Welfare State*. Oxford University Press: Oxford

Barr, N. (2020). *Economics of the welfare state*. Oxford, Oxford University Press.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Baumol, W.J. (1986). *Superfairness: Applications and Theory*. Massachusets: M.I.T. Press

Bardin L. (1996). *Análisis de contenido*. 2ªed. Madrid: Ediciones Akal.

Barral, B., Bouzas-Lorenzo, R., Cernadas, A. y Fernández, Á. (2021). Incorporando la equidad a la salud. Un análisis de los planes autonómicos sanitarios. *Rev Esp Salud Publica* 2021; 95: 1–15.

Barrow, S. M., Herman, D. B., Córdova, P., y Struening, E. L. (1999). Mortality among homeless shelter residents in New York City. *American journal of public health*, 89(4), 529–534. https://doi.org/10.2105/ajph.89.4.529

Bas-Sarmiento, P., Fernández-Gutiérrez, M., Albar-Marín, M.J., García-Ramírez, M. (2015). Percepción y experiencias en el acceso y el uso de los servicios sanitarios en población inmigrante. *Gaceta Sanitaria*, 29(4) pp.: 244–251. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112015000400002

Beattie, T. S., Smilenova, B., Krishnaratne, S., y Mazzuca, A. (2020). Mental health problems among female sex workers in low- and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *PLoS medicine*, 17(9), e1003297. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003297

Beltrán, M. (1985). Cinco vías de acceso a la realidad social. *Reis: Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, *29*, 7–41. https://doi.org/10.2307/40183084

Benoit, C., Jansson, S. M., Smith, M., y Flagg, J. (2018). Prostitution Stigma and Its Effect on the Working Conditions, Personal Lives, and Health of Sex Workers. *Journal of sex research,* 55(4-5), 457–471. https://doi.org/10.1080/00224499.2017.1393652

Bentham, J. (1965). *Escritos económicos*. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica

Berg, A. y Ostry, J. (2017). Inequality and Unsustainable Growth: Two Sides of the Same Coin?, *International Monetary Fund*, 65(4), pp.:792-815. DOI: 10.1057/s41308-017-0030-8

Black, D. (1991). Inequalities in health. *Public health*, *105*(1), 23–27. https://doi.org/10.1016/s0033-3506(05)80312-9

Black, A.; Car J.; Pagliari, C.; Anandan, C.; Cresswell, K, Bokun, T.; McKinstry, B.; Procter, R.; Majeed, A. y Sheikh, A. (2011). The impact of eHealth on the quality and safety of health care: a systematic overview. *PLoS Med* 8(1). https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000387

Bokolo, A. (2020). Use of Telemedicine and Virtual Care for Remote Treatment in Response to COVID-19 Pandemic. *Journal of medical systems*, 44(7), 132. https://doi.org/10.1007/s10916-020-01596-5

Bokolo, A. (2021). Application of telemedicine and eHealth technology for clinical services in response to COVID-19 pandemic. *Health and technology*, 11(2), 359-366. https://doi.org/10.1007/s12553-020-00516-4

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Boogerd, E. A., Arts, T., Engelen, L. J., y van de Belt, T. H. (2015). "What Is eHealth": Time for An Update?. JMIR research protocols, 4(1), e29. https://doi.org/10.2196/resprot.4065

Borrell, C., Peiró, R., Ramón, N., Pasarín, M.I., Colomer, C., Zafra, E. y Álvarez-Dardet, C. (2005). Desigualdades socioeconómicas y planes de salud en las comunidades autónomas del Estado español. *Gaceta Sanitaria*, 19(4), pp.: 277-85. https://doi.org/10.1157/13078025

Borrell, C. y Artazcoz, L. (2008). Las políticas para disminuir las desigualdades en salud. *Gaceta Sanitaria*, 22: 465–473

Boulos, M.., Wheeler, S., Tavares, C. y Jones, R. (2011). How smartphones are changing the face of mobile and participatory healthcare: an overview, with example from eCAALYX. *BioMed Eng OnLine* **10**, 24. https://doi.org/10.1186/1475-925X-10-24

Bouzas-Lorenzo, R. y Mahou, XM. (2013). El estudio de la funcionalidad de los portales gubernamentales: Una propuesta metodológica desde la e-salud. *Gestión y política pública*, *22*, 259-305. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-10792013000400008&lng=es&tlng=

Brall, C., Schröder-Bäck, P., y Maeckelberghe, E. (2019). Ethical aspects of digital health from a justice point of view. *European journal of public health*, 29 (Supplement_3), 18–22. https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz167

Braveman, P. y Gruskin, S. (2003). Defining equity in health. *Journal of epidemiology and community health*, *57*(4), 254–258. https://doi.org/10.1136/jech.57.4.254

Braveman, P. (2006). Health disparities and health equity: concepts and measurement. *Annual review of public health,* 27, 167–194. https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.27.021405.102103

Brewer, L., Fortuna, K., Jones, C., Walker, R., Hayes, S., Patten, C. y Cooper, L. (2020). Back to the Future: Achieving Health Equity Through Health Informatics and Digital Health. *JMIR Mhealth Uhealth*, 8(1): e14512. DOI: 10.2196/14512

Briones-Vozmediano, E., Vives-Cases, C. y Peiró-Pérez, R. (2012). Gender sensitivity in national health plans in Latin America and the European Union. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, *106*(1), 88–96. https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2012.03.001

Buendía, L. (2015). Los Estados de Bienestar europeos y el impacto de la crisis de 2008: Introducción. *Revista de Economía Crítica*, (20), 58-64

Cabero, J. y Ruiz-Palmero, J. (2017). Las Tecnologías de la Información y Comunicación para la inclusión: reformulando la brecha digital. *IJERI: International Journal of Educational Research and Innovation*, (9), 16–30. Recuperado de: https://www.upo.es/revistas/index.php/IJERI/article/view/2665

Calderón, D. (2022). Autoconfianza digital y desigualdad: los condicionantes sociotécnicos de la autopercepción sobre el nivel de competencias digitales entre la población española. En S. Gómez, *La Brecha Digital en España. Conocimiento clave para la promoción de la inclusión digital*. Fundació Ferrer i Guàrdia. Disponible en:

https://www.ferrerguardia.org/web/content/7459?access_token=8beaf187-79c5-4ce4-bc24-0a4cae102e54&unique=a5fbef805bb9ed6af074059de16215554dcbf7dc

Calvo, F. (2019). *Exclusión residencial y tecnologías de la información y la comunicación: Oportunidades de las redes sociales en línea para mejorar la salud mental de personas en situación de sinhogarismo* (Doctoral dissertation, Universitat Ramon Llull). Disponible en: http://hdl.handle.net/10803/667595

Camacho-Leon, G., Faytong-Haro, M., Carrera, K., Molero, M., Melean, F., Reyes, Y., Mautong, H., De La Hoz, I., y Cherrez-Ojeda, I. (2022). A Narrative Review of Telemedicine in Latin America during the COVID-19 Pandemic. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, *10*(8), 1361. https://doi.org/10.3390/healthcare10081361

Campos, G., Macaya, J., Malik, A., y Cunha, M.A. (2020). Telemedicina na Saúde Pública Brasileira: Benefícios e Oportunidades de Melhoria.

Camps, V. (1990). *Introducción a "Sobre las libertades", de J. Rawls*. Barcelona: Paidós.

Carrión, R. y Padilla, A. (2014). Usabilidad WEB: Pensando en el bienestar del usuario. *Revista Tecnológica - ESPOL*, *27*(2). Recuperado a partir de http://www.rte.espol.edu.ec/index.php/tecnologica/article/view/302

Casilda-Béjar, R. y Tortosa, J.M. (1996). *Pros y contras del Estado de Bienestar*, Tecnos: Barcelona

Castaño, C., Martín, J., Martínez, J. L., Martínez-Espada, E., y Vázquez, S. (2009). Las generaciones tecnológicas en la segunda brecha digital. Un análisis de su incidencia sobre la incorporación efectiva de las mujeres a internet. Observatorio e-igualdad UCM: Madrid. Disponible en: https://www.academia.edu/34504855/Las_generaciones_tecnol%C3%B3gicas_en_la_segunda_brecha_digital._Un_an%C3%A1lisis_de_su_incidencia_sobre_la_incorporaci%C3%B3n_efectiva_de_las_mujeres_a_Internet

Castro, A., García-Palacios, A., López-Del-Hoyo, Y., Mayoral, F., Pérez-Ara, M. Á., Baños, R. M., García-Campayo, J., Hurtado, M. M., Botella, C., Barceló-Soler, A., Villena, A., Roca, M., y Gili, M. (2021). Predictors of Adherence in Three Low-Intensity Intervention Programs Applied by ICTs for Depression in Primary Care. *International journal of environmental research and public health*, *18*(4), 1774. https://doi.org/10.3390/ijerph18041774

Cazes, B. (1985). El Estado protector obligado a una doble maniobra. En: OCDE, *El Estado protector en crisis*, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social: Madrid

Cernadas, A. (2008). *Desigualdades e inequidades en el acceso a los sistemas sanitarios públicos. Los colectivos socialmente desfavorecidos en Barcelona* [Tesis Doctoral, Universitat Autònoma de Barcelona].

Cernadas, A. (2010). *La salud y el acceso a los sistemas sanitarios públicos: desigualdades e inequidades*. Madrid: Editorial Síntesis.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Cernadas, A., Barral, B., Fernández, Á. y Bouzas-Lorenzo, R. (2020). eHealth in Spain: evolution, current status and future prospects. *Saúde E Sociedade*, *29*(4), e190886. https://doi.org/10.1590/S0104-12902020190886

Cernadas, A., Bouzas-Lorenzo, R., Mesa, A. y Barral, B. (2020). Opinión de los facultativos y usuarios sobre avances de la e-salud en atención primaria, *Atención Primaria*, 52 (6), pp.: 389-399. https://doi.org/10.1016/j.aprim.2019.05.008

Cernadas, A., y Fernández, Á. (2021). Healthcare inequities and barriers to access for homeless individuals: a qualitative study in Barcelona (Spain). *International journal for equity in health*, 20(1), 84. https://doi.org/10.1186/s12939-021-01409-2

Cernadas, A., Fernández, Á., Barral, B., y Bouzas-Lorenzo, R. (2023). Offerings and User Demands of eHealth Services in Spain: National Survey. *Journal of medical Internet research*, *25*, e42304. https://doi.org/10.2196/42304

Chang C. (2019). Social Determinants of Health and Health Disparities Among Immigrants and their Children. *Current problems in pediatric and adolescent health care*, 49(1), 23–30. https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2018.11.009

Chang, J. E., Lai, A. Y., Gupta, A., Nguyen, A. M., Berry, C. A., y Shelley, D. R. (2021). Rapid Transition to Telehealth and the Digital Divide: Implications for Primary Care Access and Equity in a Post-COVID Era. *The Milbank quarterly*, 99(2), 340–368. https://doi.org/10.1111/1468-0009.12509

Cheng, C., Elsworth, G. R., y Osborne, R. H. (2020). Co-designing eHealth and equity solutions: application of the Ophelia (Optimizing Health Literacy and Access) process. *Frontiers in Public Health*, 8, 604401. https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.604401

Cheung, A. M., y Hwang, S. W. (2004). Risk of death among homeless women: a cohort study and review of the literature. *CMAJ*: *Canadian Medical Association journal/journal de l'Association medicale canadienne*, 170(8), 1243–1247. https://doi.org/10.1503/cmaj.1031167

CIS. Centro de Investigaciones Sociológicas. (2020). Barómetro de septiembre 2020 (Estudio nº3292). Disponible en: https://www.cis.es/cis/export/sites/default/-Archivos/Marginales/3280_3299/3292/Es3292mar.pdf

Colom C. (2020). Las brechas digitales que deben preocuparnos y ocuparnos. *Ekon Rev vasca Econ*; 98: 350–353.

Colomer, J.M. (1987). *El utilitarismo. Una teoría de la elección racional*. Barcelona: Montesinos.

Cometta M. (2021). Digital capitalism and the e-health revolution. Teknokultura. Revista de Cultura Digital y Movimientos Sociales, 18(2), 175-183. https://doi.org/10.5209/tekn.74387

Comín, F. (1992). La formación histórica del Estado providencia en España. *Información Comercial Española (ICE): Revista de economía*, 712: 11-26

Comín, F. (2007). El surgimiento y desarrollo del Estado de Bienestar (1883-1980). En S. Salort y R. Muñoz (Eds.), *El Estado del Bienestar en la encrucijada*, Alicante, Publicaciones de la Universidad de Alicante, pp. 67-128.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Comisión Europea. (2009). *Smarter, faster, better eGovermment. 8th eGovermment benchmark measurement*. Disponible en: http://uploadi.www.ris.org/editor/1278348425capgemini_8_egov_benchmark_2009.pdf

Consejo de la Unión Europea. (2009). *Council Conclusions on Safe and Efficient Healthcare through eHealth*. Dsiponible en: http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/docs/pressdata/en/lsa/111613.pdf

Corscadden, L., Callander, E. J., y Topp, S. M. (2019). Who experiences unmet need for mental health services and what other barriers to accessing health care do they face? Findings from Australia and Canada. *The International journal of health planning and management*, 34(2), 761–772. https://doi.org/10.1002/hpm.2733

Cousins, C. (1995). Women and social policy in Spain: the development of a gendered welfare State. *Journal of European Social Policy,* 5(3), pp. 175-197. https://doi.org/10.1177/09589287950050030

Crawford, A. y Serhal, E. (2020). Digital Health Equity and COVID-19: The Innovation Curve Cannot Reinforce the Social Gradient of Health. *J Med Internet Res*,;22(6):e19361. DOI: 10.2196/19361

CRDSSE-Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. (2012). Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España, *Gaceta Sanitaria*, 26 (2), pp. 182-189. https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.07.024

Criado, J.I. (2009). *Entre sueños utópicos y visiones pesimistas*. Madrid: INAP.

Crombie, I. K., Irvine, L., Elliott, L. y Wallace, H. (2005). *Closing the health inequalities gap: an international perspective.* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Disponible en: https://apps.who.int/iris/handle/10665/107680

Cunningham, S.; Wake, D.; Waller, A.; Morris, A. (2014). Definitions of eHealth. In: Gaddi, A.; Capello, F. y Manca, M. (editors). *eHealth, Care and Quality of Life*. Milan, Italy: Springer; 2014:15-30.

Cuyler, A.J. (1976). *Need and the National Health Servicie*. Londres: Martin Roberston

Dahlgren, G. y Whitehead, M. (1991). Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO - Strategy paper for Europe. *Institute for Futures Studies*, Arbetsrapport. 14.

Dalton, G. (1979). *Sistemas económicos y sociedades*, Alianza: Madrid

Daniels, N. (1982). Equity of access to health care: some conceptual and ethical issues. *The Milbank Memorial Fund quarterly. Health and society*, *60*(1), 51–81.

Daniels, N. (1985). *Just health care*. Cambrigde: Cambridge University Press.

Davies, A., y Wood, L. J. (2018). Homeless health care: meeting the challenges of providing primary care. *The Medical journal of Australia*, 209(5), 230–234. https://doi.org/10.5694/mja17.01264

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

de Andrés, S., García-Matilla, A., y Merchán, J.M. (2021). Educomunicación, tics y prisión: Testimonios de personas privadas de libertad en torno a la exclusión digital. *Fonseca, Journal of Communication*, (23), 275–290. https://doi.org/10.14201/fjc202123275290

De Felice, F. (1985). El Welfare State: cuestiones a debatir y una hipótesis interpretativa. *Debats: Revista de cultura, poder i societat*, Nº. 11, pp.: 36-67

De la Rica, S., Gorjón, L., Miller, L., y Úbeda, P. (2019). *Estudio comparado sobre la situación de la población gitana en España en relación al empleo y la pobreza*. Madrid: FSG. Disponible en: https://iseak.eu/wp-content/uploads/2019/09/situacion-de-la-poblacion-gitana-en-espana-en-relacion-al-empleo-y-la-pobreza-2022-09-28-situacion-de-la-poblacion-gitana-en-espana-en-relacion-al-empleo-y-la-pobreza-1.pdf

de la Torre-Díez, I., López-Coronado, M., Vaca, C., Aguado, J. S., y de Castro, C. (2015). Cost-utility and cost-effectiveness studies of telemedicine, electronic, and mobile health systems in the literature: a systematic review. *Telemedicine journal and e-health: the official journal of the American Telemedicine Association*, 21(2), 81–85. https://doi.org/10.1089/tmj.2014.0053

De Maeseneer, J. (2015). European Expert Panel on effective ways of investing in health: opinion on primary care. Primary health care research & development, 16(2), 109–110. https://doi.org/10.1017/S1463423615000067

de Marcos, R. (1992). La comunidad gitana en España. Bases para una primera aproximación. En: L. Moreno y M. Pérez-Yruela (compiladores), *Política social y Estado del Bienestar*, Ministerio de Asuntos Sociales: Madrid.

Del Llano, J. (2010). Eficiencia, equidad, prioridades y objetivos de política sanitaria. *Gestión Clínica Sanitaria*, 12(1): 6-13. Disponible en: https://fundaciongasparcasal.org/wp-content/uploads/2021/06/GCS_43_Ed2.pdf

del Pino, E. (2007). Las actitudes de los españoles hacia la reforma del Estado de Bienestar. *Política y Sociedad*, 44 (2), pp.: 185-208

del Pino, E. y Rubio-Lara, M.J. (2013). El estudio comparado de las transformaciones del Estado de Bienestar y las políticas Sociales: definiciones, metodología y temas de investigación. En: del Pino, E. *Los Estados de Bienestar en la encrucijada*. Madrid: Tecnos.

Delgado, Á., Vázquez-Cano, E., Belando, M. R., y López, E. (2019). Análisis bibliométrico del impacto de la investigación educativa en diversidad funcional y competencia digital: Web of Science y Scopus. *Aula Abierta*, 48(2), 147-155. https://doi.org/10.17811/rifie.48.2.2019.147-156

Denz M. D. (2015). Telemedizin in der Schweiz [Telemedicine in Switzerland]. *Therapeutische Umschau. Revue therapeutique*, *72*(9), 581–585. https://doi.org/10.1024/0040-5930/a000722

Dhingra, D. y Dabas, A. (2020). Global Strategy on Digital Health. *Indian pediatrics*, *57*(4), 356–358. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32284477/

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Díaz-Pulido, J.M. y del Pino, E. (2012). Los determinantes de la satisfacción con las políticas de bienestar del Estado autonómico. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas: REIS*, nº139, pp.: 45-84. doi: 10.5477/cis/reis.139.45

Díez-Collado, J.R. (1994). *El Bienestar Social. Concepto y medida*. Editorial Popular: Madrid

Dutta, S., Lanvin, B., y Wunsch-Vincent, S. (2019). Global Innovation Index 2019. Creating Healthy Lives—The Future of Medical Innovation. *World Intellectual Property Organization (WIPO).* https://doi.org/10.34667/tind.40245

Economist Intelligence Unit. (2013). *Redefining the digital divide. EIU.* https://eiuperspectives.economist.com/technology-innovation/redefining-digital-divide

Ekeland, A. G., Bowes, A., y Flottorp, S. (2010). Effectiveness of telemedicine: a systematic review of reviews. *International journal of medical informatics*, 79(11), 736–771. https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2010.08.006

Ellis, T. D., y Earhart, G. M. (2021). Digital Therapeutics in Parkinson's Disease: Practical Applications and Future Potential. *Journal of Parkinson's disease*, *11*(s1), S95–S101. https://doi.org/10.3233/JPD-202407

Elola, J., Nieto, J., Sunyer, J. y Daponte, A. (1996). La Relación Entre Ideología y Eficiencia de los Sistemas Sanitarios. Unas notas de cara a la Reforma del Sistema Sanitario Español. *Gaceta Sanitaria*, 10 (55): 191-196. DOI: 10.1016/S0213-9111(96)71895-2

Esping-Andersen, G. (1990). *The three Words of Welfare Capitalism*. Princeton University Press.

Esping-Andersen, G. (Ed.) (1996). *Welfare states in transition: National adaptations in global economies*. SAGE Publications Ltd, https://doi.org/10.4135/9781446216941

Esping-Andersen, G. (2000). *Fundamentos sociales de las economías posindustriales*. Ariel: Barcelona

Esping-Andersen, G. (2007). A New Welfare Equilibrium. *Política y Sociedad*, 44 (2), pp.: 11-30

Estruch, A. (1996). *Desigualdad y Política redistributiva. Una estimación de la incidencia de los gastos sociales en España a partir de la encuesta de Presupuestos Familiares (1990-1991)*, Cedecs Ed.: Barcelona

European Commission. (2009). *eHealth in Action. Good Practice in European Countries.* Disponible en: https://good-ehealth.org/fileadmin/good_ehealth/documents/good_ehealth_report.pdf

European Commission. (2019). *State of health in the EU: companion report 2019.* Publications Office. Disponible en: https://data.europa.eu/doi/10.2875/85326

Eysenbach G. (2001). What is e-health? *Journal of medical Internet research*, 3(2), E20. https://doi.org/10.2196/jmir.3.2.e20

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Fairman, A. D., Dicianno, B. E., Datt, N., Garver, A., Parmanto, B., y McCue, M. (2013). Outcomes of Clinicians, Caregivers, Family Members and Adults with Spina Bifida Regarding Receptivity to use of the iMHere mHealth Solution to Promote Wellness. *International journal of telerehabilitation*, *5*(1), 3–16. https://doi.org/10.5195/ijt.2013.6116

Ferrer F. (2003). El estado de salud del pueblo gitano en España. Una revisión de la bibliografía [The health status of the Gypsy community in Spain. A review of the literature]. *Gaceta sanitaria*, 17 Suppl 3, 2–8.

Ferrera, M. (1995). Los Estados del bienestar del sur en la Europa social. En S. Sarasa y L. Moreno (Compiladores), *El Estado del Bienestar en la Europa del Sur.* Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC): Madrid.

Fiuza, M., Aguiar, J. y Monzón, N. (2010). Una década de reflexión sobre los planes de salud en España. Informe SESPAS 2010. *Gaceta Sanitaria*, *24*, pp: 37-41 https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2010.10.005

Flaquer, L. (2004). La articulación entre familia y Estado de bienestar en los países de la Europa del sur. *Papers: Revista de sociología*, 27-58.

Flora, P. y Heidenheimer, A.J. (1981). The Historical Core and Changing Boundairies of the Welfare State. En P. Flora y A.j. Heidenheimer (ed.), *The Devolpment of Welfare State in Europe and America*, Transacction Books: Princeton

Flórez, O. y Wilches, A. (2017). Posibilidades y limitaciones en el desarrollo humano desde la influencia de las TIC en la salud: el caso latinoamericano. *Persona y Bioética*. 21. 134-150. Doi: 10.5294/pebi.2017.21.1.8.

Fox, S., Brown, L. J. E., Antrobus, S., Brough, D., Drake, R. J., Jury, F., Leroi, I., Parry-Jones, A. R., y Machin, M. (2022). Co-design of a Smartphone App for People Living With Dementia by Applying Agile, Iterative Co-design Principles: Development and Usability Study. *JMIR mHealth and uHealth*, *10*(1), e24483. https://doi.org/10.2196/24483

Frid, S., Fuentes Expósito, M. A., Grau-Corral, I., Amat-Fernandez, C., Muñoz Mateu, M., Pastor Duran, X., y Lozano-Rubí, R. (2022). Successful Integration of EN/ISO 13606-Standardized Extracts From a Patient Mobile App Into an Electronic Health Record: Description of a Methodology. *JMIR medical informatics*, *10*(10), e40344. https://doi.org/10.2196/40344

Fundación Foessa (2014). *VII Informe sobre exclusión y desarrollo social en España*. Disponible en: https://www.foessa.es/vii-informe/

Fundación Foessa (2019). *VIII Informe sobre exclusión y desarrollo social en España*. Disponible en: https://www.foessa.es/viii-informe/

Fuentes, A., Amat, C., Lozano-Rubí, R., Frid, S., Muñoz, M., Escarrabill, J., y Grau-Corral, I. (2023). mHealth Technology as a Help Tool during Breast Cancer Treatment: A Content Focus Group. *International journal of environmental research and public health*, *20*(5), 4584. https://doi.org/10.3390/ijerph20054584

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Fundación COTEC. (2021). *Competencias digitales y colectivos en riesgo de exclusión en España*. Disponible en: https://cotec.es/proyecto/competencias-digitales/51a02688-a11f-4fee-b047-41288ea0e0ac

Fundación Telefónica (2017). *La sociedad de la información en España 2016*. Barcelona: Ariel. Disponible en: https://www.fundaciontelefonica.com/cultura-digital/publicaciones/558/#close

Fundación Vodafone España. (2016). *Big data en salud digital: informe de resultados.* Madrid: Fundación Vodafone España. Disponible en: https://www.ontsi.es/sites/ontsi/files/Informe%20Big%20Data%20en%20Salud%20Digital.pdf

Furnis, N. y Tilton, T. (1977). *The case of Welfare State. From Social Security to Equality*, Indiana University Press: Londres.

Gaddi, A. y Capello, F. (2014). The debate over eHealth. In: Gaddi, A.; Capello, F. y Manca, M. (editors). *eHealth, Care and Quality of Life*. Milan, Italy: Springer; 2014:1-13.

Gálvez, L. (2010). Un balance del surgimiento del Estado del Bienestar y del desarrollo de los seguros sociales en España. En J. Pons y J. Silvestre (editores). *Los orígenes del Estado de Bienestar en España, 1900-1945*. Prensas Universitarias de Zaragoza: Zaragoza.

Garcés, J. (2000). *La nueva sostenibilidad social*. Ariel: Barcelona.

García-Cotarelo, R. (1987). Origen y desarrollo del Estado de bienestar, Revista Sistema, nº80-81, pp.: 5-21

García-Pelayo, M. (1981). El Estado Social y sus implicaciones. En: J. Subirats y P. Vilanova (Comps.), *La evolución del Estado en el pensamiento político*, Ed. Petrel: Barcelona.

García-Pelayo, M. (1981). El Estado Social y sus implicaciones. En: J. Subirats y P. Vilanova (Comps.), *La evolución del Estado en el pensamiento político*, Ed. Petrel: Barcelona.

García-Pelayo, M. (1982). *Las transformaciones del Estado contemporáneo*, Alianza Universidad: Madrid.

García-Lacalle, J.; Pina, V. y Royo, S. (2011). The unpromising quality and evolution of Spanish public hospital web sites. *Online Information Review*, Vol. 35 No. 1, pp. 86-112. https://doi.org/10.1108/14684521111113605

George, V. (1983). The Aims and Consequences of Social Policy. En: P. Bean y M. McPherson, *Approaches to Welfare*, Routledge and Kegan Paul: Londres.

Glaser, B.; Strauss, A.; Strutzel, E. (1968) The Discovery of Grounded Theory; Strategies for Qualitative Research. *Nursing Research* 17(4).

Gomá, R. (1996). La reestructuración de los sistemas de bienestar en Europa*, Revista Internacional de Sociología*, 15.

USC DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

González, A. y Torres, E. (1992). *El Estado de bienestar en los países de la OCDE*, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social: Madrid

González, M., Bouzas-Lorenzo, R. y Mahou, X.M. (2013). El impacto de la producción normativa en el desarrollo y la capacidad de servicio de la e-Salud en España. *Rev Estud Políticos*, 162: 199–222. Disponible en: https://recyt.fecyt.es/index.php/RevEsPol/article/view/39534

González-Páramo, J.M., Utrilla, A. y Valiña, A. (1994). Fiscal Policy in Spain, 1989-1992. Main Developments and Current Issues, *European Economy,* nº3: Reports and Studies: Toward Greater Fiscal Discipline.

Gorini, A., Gaggioli, A., Vigna, C., y Riva, G. (2008). A second life for eHealth: prospects for the use of 3-D virtual worlds in clinical psychology. *Journal of medical Internet research,* 10(3), e21. https://doi.org/10.2196/jmir.1029

Gorski, P. (2005). Education Equity and the Digital Divide. AACE Review (formerly AACE Journal), 13(1), 3-45. Norfolk, VA: Association for the Advancement of Computing in Education (AACE). Disponible en: https://www.learntechlib.org/primary/p/6570/.

Hall, A. K., Bernhardt, J. M., Dodd, V., y Vollrath, M. W. (2015). The digital health divide: evaluating online health information access and use among older adults. *Health education & behavior: the official publication of the Society for Public Health Education*, 42(2), 202–209. https://doi.org/10.1177/1090198114547815

Hand L. J. (2022). The Role of Telemedicine in Rural Mental Health Care Around the Globe. *Telemedicine journal and e-health: the official journal of the American Telemedicine Association*, *28*(3), 285–294. https://doi.org/10.1089/tmj.2020.0536

Harvey, D. (1989). *Urbanismo y desigualdad social*, Siglo XXI Ediciones: Madrid

Hassan, Y. y; Martín, FJ. (2003). Qué es la Accesibilidad Web.: *No Solo Usabilidad*. nº 2. Disponible en: https://www.nosolousabilidad.com/articulos/accesibilidad.htm

Hayek, F. (1973). *Law, Legislation and Liberty.* Londres: Routledge & Kegan Paul.

Heinsch, M., Tickner, C. y Kay-Lambkin, F. (2022). Placing equity at the heart of eHealth implementation: a qualitative pilot study. *Int J Equity Health* 21, 38. https://doi.org/10.1186/s12939-022-01640-5

Heinsch, M., Wyllie, J., Carlson, J., Wells, H., Tickner, C., y Kay-Lambkin, F. (2021). Theories informing eHealth implementation: systematic review and typology classification. *Journal of Medical Internet Research,* 23(5), e18500. DOI: 10.2196/18500

Hemerijck, A. (2003). The Self-Transformation of the European Social Model(s). En G. Esping-Andersen (ed.), *Why We Need a New Welfare State*. Oxford Academic. https://doi.org/10.1093/0199256438.003.0006

Hernández, E. (2012). *Salud y red*. Barcelona: Editorial UOC

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Hibbs, J. R., Benner, L., Klugman, L., Spencer, R., Macchia, I., Mellinger, A., y Fife, D. K. (1994). Mortality in a cohort of homeless adults in Philadelphia. *The New England journal of medicine,* 331(5), 304–309. https://doi.org/10.1056/NEJM199408043310506

Hjelm N. M. (2005). Benefits and drawbacks of telemedicine. *Journal of telemedicine and telecare*, 11(2), 60–70. https://doi.org/10.1258/1357633053499886

Hodson R. (2018). Digital revolution. *Nature*, 563(7733), S131. https://doi.org/10.1038/d41586-018-07500-z

Honeyman, M., Maguire, D., Evans, H., y Davies, A. (2020). *Digital technology and health inequalities: a scoping review.* Cardiff: Public Health Wales NHS Trust.

Hughes, B., Joshi, I., y Wareham, J. (2008). Health 2.0 and Medicine 2.0: tensions and controversies in the field. Journal of medical Internet research, 10(3), e23. https://doi.org/10.2196/jmir.1056

Humer, M. F., y Campling, B. G. (2017). The Role of Telemedicine in Providing Thoracic Oncology Care to Remote Areas of British Columbia. *Current oncology reports*, *19*(8), 52. https://doi.org/10.1007/s11912-017-0612-7

Imeri, H., Desselle, S., Hetemi, D., y Hoti, K. (2021). Mobile Electronic Devices as Means of Facilitating Patient Activation and Health Professional Empowerment Related to Information Seeking on Chronic Conditions and Medications: Qualitative Study. *JMIR mHealth and uHealth*, *9*(8), e26300. https://doi.org/10.2196/26300

INE-Instituto Nacional de Estadística. (2017). *Encuesta Nacional de Salud de España 2017* (ENSE). Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2017.htm

INE- Instituto Nacional de Estadística. (2020). *Encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de Información y Comunicación en los Hogares. Año 2020*. Disponible en: https://www.ine.es/prensa/tich_2020.pdf

Isuani, E. (2009). El estado de bienestar argentino: un rígido bien durable, *Politikós: estudios políticos e internacionales,* nº12, pp.: 35-72

Jessen, S., Mirkovic, J., y Ruland, C. M. (2018). Creating Gameful Design in mHealth: A Participatory Co-Design Approach. *JMIR mHealth and uHealth*, *6*(12), e11579. https://doi.org/10.2196/11579

Johnson, N. (1990). *El Estado de bienestar en transición. La teoría y la práctica del pluralismo de bienestar*, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social: Madrid

Jones, C. (1993). *New Perspectives on the Welfare State in Europe*, Routledge: Londres

Kao, C. K., y Liebovitz, D. M. (2017). Consumer Mobile Health Apps: Current State, Barriers, and Future Directions. *PM & R : the journal of injury, function, and rehabilitation*, 9(5S), S106–S115. https://doi.org/10.1016/j.pmrj.2017.02.018

Karkin, N., y Janssen, M. (2014). Evaluating websites from a public value perspective: A review of Turkish local government websites. *International Journal of Information Management*, 34(3), 351-363. https://doi.org/10.1016/j.ijinfomgt.2013.11.004

Kaselitz, E., Rana, G. K., y Heisler, M. (2017). Public Policies and Interventions for Diabetes in Latin America: a Scoping Review. *Current diabetes reports*, *17*(8), 65. https://doi.org/10.1007/s11892-017-0888-x

Kern-Goldberger, A. R., y Srinivas, S. K. (2020). *Telemedicine in Obstetrics. Clinics in perinatology*, 47(4), 743–757. https://doi.org/10.1016/j.clp.2020.08.007

Kinkorová J. (2022). Horizon Europe, research and innovation programme until 2027 - what is new comparing with Horizon 2020? *Casopis lekaru ceskych*, 161(3-4), 163–166. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36100458/

Klein, R. (1985). La política social de los años 80: valores, relaciones de fuerza y política. En: Informes OCDE, *El Estado protector en crisis,* Ministerio de Trabajo y Seguridad Social: Madrid

Knapp, M. (1990). *La economía de los servicios sociales*, La Llar del Llibre, EUGE: Barcelona

Knickman, J., Krishnan, R., y Pincus, H. (2016). Improving Access to Effective Care for People With Mental Health and Substance Use Disorders. *JAMA*, 316(16), 1647–1648. https://doi.org/10.1001/jama.2016.13639

Koonin, L. M., Hoots, B., Tsang, C. A., Leroy, Z., Farris, K., Jolly, T., Antall, P., McCabe, B., Zelis, C. B. R., Tong, I., y Harris, A. M. (2020). Trends in the Use of Telehealth During the Emergence of the COVID-19 Pandemic - United States, January-March 2020. *MMWR. Morbidity and mortality weekly report*, 69(43), 1595–1599. https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6943a3

Korpi, W. (1983). *The Democratic Class Struggle,* Routledge and Kegan Paul: Londres.

Krebs, P., y Duncan, D. T. (2015). Health App Use Among US Mobile Phone Owners: A National Survey. *JMIR mHealth and uHealth*, *3*(4), e101. https://doi.org/10.2196/mhealth.4924

La Parra, D. (2009). Hacia la Equidad en Salud. Disminuir las desigualdades en una generación en la comunidad gitana. Estudio comparativo de las encuestas nacionales de salud a población gitana y población general de España. *Fundación Secretariado Gitano (FSG).* Disponible en: https://www.gitanos.org/publicaciones/equidadensalud_folleto/folletoDivulgativo.pdf

Lazar, M., y Davenport, L. (2018). Barriers to Health Care Access for Low Income Families: A Review of Literature. *Journal of community health nursing*, 35(1), 28–37. https://doi.org/10.1080/07370016.2018.1404832

Le Grand, J. (1991). *Equity and Choice*. London: Harper Collins.

Le Grand, J. (1993). Economía, igualdad y justicia social. *I Simposio sobre igualdad y distribución de la renta y la riqueza*, Vol 1, Fundación Argentaria: Madrid.

León, M. y Pavolini, E. (2020). Estados de Bienestar en el sur de Europa. En: J. Moreno-Fuentes y E. del Pino (editores), *Las transformaciones territoriales y sociales del Estado en la edad digital,* Centro de estudios políticos y constitucionales: Madrid.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

León, M. y Salido, O. (2016) Las políticas de protección a las familias en perspectiva comparada: divergencias nacionales frente a desafíos compartidos. En: E. Del Pino y J. Bueno (eds). *Los Estados de Bienestar en la encrucijada: políticas sociales en perspectiva comparada*, Madrid: Tecnos

Leorin, C., Stella, E., Nugent, C., Cleland, I., & Paggetti, C. (2019). The Value of Including People with Dementia in the Co-Design of Personalized eHealth Technologies. *Dementia and geriatric cognitive disorders*, *47*(3), 164–175. https://doi.org/10.1159/000497804

Levy, B. D., y O'Connell, J. J. (2004). Health care for homeless persons. *The New England journal of medicine*, 350(23), 2329–2332. https://doi.org/10.1056/NEJMp038222

Lima-Toivanen, M., y Pereira, R. M. (2018). The contribution of eHealth in closing gaps in primary health care in selected countries of Latin America and the Caribbean. *Revista panamericana de salud publica = Pan American journal of public health*, *42*, e188. https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.188

Lindert, P. (2004). *Growing public. Social Spending and Economic Growth since the Eighteenth century*. Cambridge, Cambridge University Press.

Llop-Gironés, A., Vargas Lorenzo, I., Garcia-Subirats, I., Aller, M., y Vázquez Navarrete, M. L. (2014). Acceso a los servicios de salud de la población inmigrante en España. *Revista Española de Salud Pública*, 88(6), 715-734. Disponible en: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17032295003

López-Casasnovas, G., y Rivera, B. (2002). Las políticas de equidad en salud y las relaciones entre renta y salud, *Hacienda Pública Española / Review of Public Economics*, 161(2), 99-126. Disponible en: https://www.ief.es/docs/destacados/publicaciones/revistas/hpe/161_Art5.pdf

López-Gil, JM.; Navarro-Molina, C.; García, R. y Aleixandre-Benavent, R. (2010). Análisis de la arquitectura de webs mediante tests de estrés de navegación, de usabilidad y eye tracking. *Profesional De La información*, 19(4), 359–367. https://doi.org/10.3145/epi.2010.jul.04

Luchenski, S., Maguire, N., Aldridge, R. W., Hayward, A., Story, A., Perri, P., Withers, J., Clint, S., Fitzpatrick, S., y Hewett, N. (2018). What works in inclusion health: overview of effective interventions for marginalised and excluded populations. Lancet (London, England), 391(10117), 266–280. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31959-1

Lukas, H., Xu, C., Yu, Y., y Gao, W. (2020). Emerging Telemedicine Tools for Remote COVID-19 Diagnosis, Monitoring, and Management. *ACS nano*, 14(12), 16180–16193. https://doi.org/10.1021/acsnano.0c08494

Lupiañez-Villanueva, F. (2010). *Salud y Sociedad Red. Usos de Internet relacionados con la salud.* Editorial Ariel: Barcelona.

Maguire, M. (2001). Methods to support human-centred design. *International Journal of Human Computer Studies,* 55(4), 587-634. https://doi.org/10.1006/ijhc.2001.0503

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Mahajan, V., Singh, T., y Azad, C. (2020). Using Telemedicine During the COVID-19 Pandemic. *Indian Pediatrics*, 57(7), 658–661. https://doi.org/10.1007/s13312-020-1895-6

Mahou, X. y Varela-Álvarez, E. (2016). Innovation and Opportunities for Citizen Participation in Spanish Smart Cities. In: Gil-Garcia, J., Pardo, T., Nam, T. (eds) Smarter as the New Urban Agenda. *Public Administration and Information Technology*. Vol 11. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-17620-8_20

Maíllo, G. (2020). La gran desvinculación, el resultado final de un modelo de desarrollo social: VIII informe FOESSA sobre exclusión y desarrollo social en España. Anales de derecho y discapacidad, (5), 185-202. Disponible en: https://www.foessa.es/viii-informe/

Makin S. (2018). Searching for digital technology's effects on well-being. *Nature*, 563(7733), S138–S140. https://doi.org/10.1038/d41586-018-07503-w

Maltagliati-Holzner P. (2019). Teledermatology in Switzerland : Set-up for and examples of dermatological treatment from a telemedicine center. *Der Hautarzt; Zeitschrift fur Dermatologie, Venerologie, und verwandte Gebiete*, *70*(5), 329–334. https://doi.org/10.1007/s00105-019-4401-0

Mancebo-Lozano, E. (2021). El estado de bienestar y la nueva gestión de los servicios públicos en España y Latinoamérica: innovación en los servicios sociales y sanitarios tras el Covid-19. *Saber Servir: Revista De La Escuela Nacional De Administración Pública*, (6), 95–121. https://doi.org/10.54774/ss.2021.06.06

Mangin, D., Parascandalo, J., Khudoyarova, O., Agarwal, G., Bismah, V., Orr, S. (2019). Multimorbidity, eHealth and implications for equity: a cross-sectional survey of patient perspectives on eHealth. *BMJ Open*; 9: e023731. doi: 10.1136/bmjopen-2018-023731.

Marbán, V. (2007). Tercer sector, Estado de Bienestar y política social. *Política y Sociedad*, 44 (2), pp.: 153-169

Marcos, MC y Rovira C. (2005). Evaluación de la usabilidad en sistemas de información web municipales: metodología de análisis y desarrollo. *Facultat de Biblioteconomia i Documentació*, pp. 415–432.

Marmot, M. G., Shipley, M. J., y Rose, G. (1984). Inequalities in death--specific explanations of a general pattern?. *Lancet (London, England)*, *1*(8384), 1003–1006. https://doi.org/10.1016/s0140-6736(84)92337-7

Marmot, M., Allen, J., Bell, R., Bloomer, E. y Goldblatt, P. (2012). Consortium for the European Review of Social Determinants of Health and the Health Divide. WHO European review of social determinants of health and the health divide. *Lancet.* 380(9846), 1011–1029. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61228-8

Marmot, M., Bell, R., y Goldblatt, P. (2013). Action on the social determinants of health. *Revue d'epidemiologie et de Sante Publique*, 61 Suppl 3, S127-32. https://doi.org/10.1016/j.respe.2013.05.014

Martínez-Cantos, J. L. (2013). Habilidades digitales y brecha de género en Europa (2007-2011). *Revista de Estudios Empresariales. Segunda Época*, 0(2) SECCIÓN

ESPECIAL). Disponible en: https://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/REE/article/view/968

Martínez-Frías, M. L., y Bermejo, E. (1992). Prevalence of congenital anomaly syndromes in a Spanish gypsy population. *Journal of medical genetics*, 29(7), 483–486.

Mason, A., Salami, B., Salma, J., Yohani, S., Amin, M., Okeke-Ihejirika, P., y Ladha, T. (2021). Health Information Seeking Among Immigrant Families in Western Canada. *Journal of pediatric nursing*, 58, 9–14. https://doi.org/10.1016/j.pedn.2020.11.009

Maynard, A. (1993). *Purchasing and Providing Cost Effective Health Care*. London: Churchill Livingstone

Mayorga, C. (2012). Articulaciones de la exclusión. La política de atención a prostitutas inmigrantes en Madrid. *Si Somos americanos. Revista de Estudios Transfronterizos*, 12(1), 49-74. Disponible en: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=337929287003

Mayring, P. (2000). Qualitative Content Analysis. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, *1*(2), Art. 20, http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0002204

McKee, M., van Schalkwyk, M., Stuckler, D. (2019). The second information revolution: digitalization brings opportunities and concerns for public health. *European journal of public health,* 29 (Suppl 3):3–6. https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz160

Merkel, W. (1995). *¿Final de la socialdemocracia? Recursos de poder y política de gobierno de los partidos socialdemócratas en Europa occidental*. Ed. Alfons el Magnànim: Valencia.

Metzger, X. (2002). La agregación de datos en la medición de desigualdades e inequidades en la salud de las poblaciones. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 12 (6). DOI:10.1590/S1020-49892002001200010

Mindaugas, S., Avery, M., Lindert, J., Edwards, I., Di Rosa, M., Torres-Gonzalez, F., Ioannidi-Kapolou, E., Henrique, B., y Joaquin, S. (2016). Healthcare and aging: do European Union countries differ? *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 29(8), 895-906. https://doi.org/10.1108/IJHCQA-09-2015-0110

Ministério da Saúde do Brasil. (2017). *Estratégia e-saúde para o Brasil*. Comitê Gestor da Estratégia e-Saúde: Brasilia. Disponible en: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seidigi/saude-digital/a-estrategia-brasileira/EstrategiaesaudeparaoBrasil_CIT_20170604.pdf

Ministerio de Sanidad. (2021). Estrategia de Salud Digital del Sistema Nacional de Salud (SNS). *Secretaría General de Salud Digital, Información e Innovación para el SNS*. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/pdf/Estrategia_de_Salud_Digital_del_SNS.pdf

Miró, J., de-la-Vega, R., Roset, R., Castarlenas, E., y Sánchez-Rodríguez, E. (2018). Painometer v2®: una aplicación móvil certificada para monitorizar a los pacientes con dolor. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 25(2), 112-120. https://dx.doi.org/10.20986/resed.2017.3555/2016

Mishra, R. (1984). *The welfare state in crisis*. Brighton: Harvester Press.

Mishra, R. (1989). El Estado de bienestar después de la crisis: los años ochenta y más allá. En: R. Muñoz de Bustillo (ed.), *Crisis y futuro del Estado de bienestar*, Alianza Universidad: Madrid

Mitchell, U. A., Chebli, P. G., Ruggiero, L., y Muramatsu, N. (2019). The Digital Divide in Health-Related Technology Use: The Significance of Race/Ethnicity. *The Gerontologist*, 59(1), 6–14. https://doi.org/10.1093/geront/gny138

Molina-Recio, G., Molina-Luque, R., Jiménez-García, A. M., Ventura-Puertos, P. E., Hernández-Reyes, A., y Romero-Saldaña, M. (2020). Proposal for the User-Centered Design Approach for Health Apps Based on Successful Experiences: Integrative Review. *JMIR mHealth and uHealth*, *8*(4), e14376. https://doi.org/10.2196/14376

Monereo, J.L. (1995). La política social en el Estado de bienestar: los derechos sociales de la ciudadanía como derechos de "desmercantilización", *Revista de Trabajo y Seguridad Social,* 19, pp.: 7-46

Mooney, G. (1983). Equity in health care: confronting the confusion. *Effective health care*, *1*(4), 179–185. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10310519/

Mooney G. (1987). What does equity in health mean?. *World health statistics quarterly. Rapport trimestriel de statistiques sanitaires mondiales*, 40(4), 296–303. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3433797/

Monteagudo, JL. (2001). El marco de desarrollo de la e-Salud en España, Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo.

Mora, M.A. y Ureña, V. (1991). Influencia de las corrientes de pensamiento en los modelos sanitarios. *REIS: Revista Española de Investigaciones Sociológicas* (53) pp. 19-27. https://doi.org/10.2307/40183574

Moreno, F. (2013). Políticas sanitarias en perspectiva comparada. Descentralización, mercados y nuevas formas de gestión en el ámbito sanitario. En E. Del Pino (Ed*.). Los Estados de Bienestar en la encrucijada. Políticas sociales en perspectiva comparada*. Madrid: Tecnos.

Moreno, L. (2001). La vía media española del modelo de bienestar mediterráneo. *Papers: revista de sociología*, 63(63-64), 67–82. https://doi.org/10.5565/rev/papers/v63n0.1207

Moreno, L. (2009). España y el bienestar mediterráneo.En C. Barba, G. Ordóñez y E. Valencia (coords.), *Más allá de la pobreza. Regímenes de bienestar en Europa, Asia y América*, pp. 141-158. Universidad de Guadalajara/El Colegio de la Frontera Norte (Mexico)

Moreno, L. (2010). Reformas de las Políticas de bienestar: Contexto y nuevos Riesgos sociales. Instituto de Políticas y Bienes Públicos (IPP) CSIC: Madrid.

Moreno, L. y Pérez, M. (1992). *Política social y Estado de bienestar*. Ministerio de Trabajo e Inmigración: Madrid

Moreno, L., y Sarasa, S. (1992). *Génesis y desarrollo del Estado del Bienestar en España*. Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC): Madrid.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Morrison D. S. (2009). Homelessness as an independent risk factor for mortality: results from a retrospective cohort study. *International journal of epidemiology*, 38(3), 877–883. https://doi.org/10.1093/ije/dyp160

Muela, A., Aliri, J., Presa, B., y Gorostiaga, A. (2020). Randomised controlled trial of a treatment adherence programme for prisoners with mental health problems in Spain. Criminal behaviour and mental health: *CBMH*, 30(1), 6–15. https://doi.org/10.1002/cbm.2142

Muñoz de Bustillo, R. (1989). Economía de mercado y Estado de Bienestar. En: R. Muñoz de Bustillo (ed.), *Crisis y futuro del Estado de Bienestar*, Alianza: Madrid.

Muro-Culebras, A., Escriche-Escuder, A., Martin-Martin, J., Roldán-Jiménez, C., De-Torres, I., Ruiz-Muñoz, M., Gonzalez-Sanchez, M., Mayoral-Cleries, F., Biró, A., Tang, W., Nikolova, B., Salvatore, A., & Cuesta-Vargas, A. I. (2021). Tools for Evaluating the Content, Efficacy, and Usability of Mobile Health Apps According to the Consensus-Based Standards for the Selection of Health Measurement Instruments: Systematic Review. *JMIR mHealth and uHealth*, *9*(12), e15433. https://doi.org/10.2196/15433

Navarro, V. (1998). Neoliberalismo y Estado del bienestar. Barcelona: Ariel.

Navarro, V. (2004). *El estado de bienestar en España*. Madrid: Tecnos.

Negrín, M.A., Pinilla, J. y Abásolo, I. (2019). Horizontal equity in access to public GP services by socioeconomic group: potential bias due to a compartmentalised approach. *International Journal of Equity Health*, 18 (187). https://doi.org/10.1186/s12939-019-1091-2

Newman, G., Zimmerman, D., Crall, A., Laituri, M., Graham, J., & Stapel, L. (2010). User-friendly web mapping: Lessons from a citizen science website. *International Journal of Geographical Information Science*, 24(12), 1851-1869. https://doi.org/10.1080/13658816.2010.490532

NHS Constitution. (2019). The Topol Review. Preparing the healthcare workforce to deliver the digital future. *NHS Health Education England*. Disponible en: https://topol.hee.nhs.uk

Nielsen, J. (1994). Usability Engineering. *Morgan Kaufmann Publishers Inc.*: United States

Norris, P. (2001). *Digital divide: Civic engagement, information poverty, and the Internet worldwide*. Cambridge University Press. https://doi.org/https://doi.org/10.1017/CBO9781139164887

Nussbaum, M. (1998). The Good as Descipline, the Good as Freedom. En: D. Crocker, T. Linden (Editores). *Ethics of Consumption. The Good Life, Justice and Global Stewardship*. Oxford: Rwoman & Littlefield Publs.

Nussbaum, M. (2007). *Las fronteras de la justicia*. Barcelona: Paidós.

Nussbaum, M. (2011). *Creating capabilities: the human development approach*. Harvard University Press; Cambridge.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Ochando, C. (1999). *El Estado del bienestar. Objetivos, modelos y teorías explicativas*. Ariel: Barcelona.

Ochando, C. (2023). Política económica y nuevos riesgos económicos y sociales: una propuesta con dos pilares, *Revista Atlántida*, 1 (14), pp.: 103-120. https://doi.org/10.25145/j.atlantid.2023.14.06

Ochando, C. y Albert, J.F (2017). Crisis económica, modelos de Estados del bienestar europeos y desigualdad. *Revista de Derecho de la Seguridad Social*, 13, pp.: 295-310. Disponible en: https://revista.laborum.es/index.php/revsegsoc/article/view/262

Ochando, C. y Albert, J.F. (2021). La política de rentas en España como instrumento de 'pre-distribución'. *Revista del Ministerio de Trabajo y Economía Social*, nº 146. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7794813

Odone, A., Buttigieg, S., Ricciardi, W., Azzopardi-Muscat, N. y Staines, A. (2019). Public health digitalization in Europe: EUPHA vision, action and role in digital public health, *European Journal of Public Health*, Volume 29, Issue Supplement_3, Pages 28–35, https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz161

OECD. (2001). Understanding the digital divide. Paris: Epub ahead of print. DOI: https://doi.org/10.1787/236405667766

Ohannessian, R., Duong, T. A., y Odone, A. (2020). Global Telemedicine Implementation and Integration Within Health Systems to Fight the COVID-19 Pandemic: A Call to Action. *JMIR public health and surveillance*, 6(2), e18810. https://doi.org/10.2196/18810

Ojeda, A. (1993). *Estado social y crisis económica*, Ed. Complutense: Madrid

Olaz, J. A. (2016). *La entrevista de investigación*. Madrid: Editorial Grupo 5.

Oliver, A. y Mossialos, E. (2004). Equity of access to health care: outlining the foundations for action. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 58: 655-658. http://dx.doi.org/10.1136/jech.2003.017731

Oliveri, N. (2011). Background information and eHealth applications in Argentina. En: A. Fernandez y E. Oviedo (eds). *eHealth in Latin America and the Caribbean: progress and challenges,* pp.: 25–36. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/handle/11362/35326?locale-attribute=en

Omerov, P., Craftman, Å. G., Mattsson, E., y Klarare, A. (2020). Homeless persons' experiences of health- and social care: A systematic integrative review. *Health & social care in the community*, 28(1), 1–11. https://doi.org/10.1111/hsc.12857

ONTSI. (2021a). *Perfil sociodemográfico de los internautas. Análisis de datos INE 2020*. Disponible en: https://www.ontsi.es/sites/ontsi/files/2021-09/perfilsociodemograficointernautasdatosine2020.pdf

ONTSI. (2021b). *Tendencias en el uso de dispositivos tecnológicos*. Disponible en: https://www.ontsi.es/sites/ontsi/files/2021-09/tendenciasusodispositivostecnologicos2021.pdf

USC DE COMPOSTELA

Opitz-Welke, A., Lehmann, M., Seidel, P., y Konrad, N. (2018). Medicine in the Penal System. *Deutsches Arzteblatt international,* 115(48), 808–814. https://doi.org/10.3238/arztebl.2018.0808

Ortún, V., Meneu, R. y Peiró, S. (2004). El impacto de los servicios sanitarios sobre la salud. En G. Junoy, G. López y V. Ortún, *¿Más recursos para la salud?* Barcelona: Masson, pp. 173-204. Disponible en: https://www.upf.edu/es/web/econ/papers

Ortún, V. y Meneu, R. (2006). The impact of Economics on health policy and management in Spain**.** *Revista Española de Salud Pública*, 80(5): 479-92. Disponible en: https://www.upf.edu/es/web/econ/papers

Ostry, J., Berg, A. y Tsangarides, C. (2014). Redistribución, desigualdad y crecimiento. *Revista de Economía Institucional* 16 (30), pp.: 53-81. Disponible en: https://revistas.uexternado.edu.co/index.php/ecoins/article/view/3777

Otaola, M. y Huete, A. (2021). Riesgos de discriminación por discapacidad en la digitalización de la asistencia sanitaria. *Teknokultura. Revista de Cultura Digital y Movimientos Sociales*, *18*(2), 115-125. https://doi.org/10.5209/tekn.7440

Owens B. (2018). Telemedicine on the rise but lagging in Canada. *CMAJ: Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*, *190*(38), E1149–E1150. https://doi.org/10.1503/cmaj.109-5634

Padilla, B., Ortiz, A., y Rodrigues, Vera. (2016). Estado de bienestar bajo ataque: Consecuencias esperadas y disimuladas de la Troika. *Arxius de Ciències Socials*, 35 (49). Disponible en: http://hdl.handle.net/10550/59392

Paget, D. (2019). New Challenges for Public Health in the 21st Century. Disponible en: https://www.openaccessgovernment.org/public-health-in-the-21st-century/66474/

Pagliari, C., Sloan, D., Gregor, P., Sullivan, F., Detmer, D., Kahan, J. P., Oortwijn, W., y MacGillivray, S. (2005). What is eHealth (4): a scoping exercise to map the field. *Journal of medical Internet research*, 7(1), e9. https://doi.org/10.2196/jmir.7.1.e9

Pal, S., Biswas, B., Gupta, R., Kumar, A., y Gupta, S. (2023). Exploring the factors that affect user experience in mobile-health applications: A text-mining and machine-learning approach. *Journal of business research*, 156, 113484. https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2022.113484

Palfrey, J., y Gasser, U. (2008). *Born digital: Understanding the first generation of digital natives.* Basic Books. Division of Harper Collins: New York.

Parmanto, B., Pramana, G., Yu, D. X., Fairman, A. D., Dicianno, B. E., y McCue, M. P. (2013). iMHere: A Novel mHealth System for Supporting Self-Care in Management of Complex and Chronic Conditions. *JMIR mHealth and uHealth*, 1(2), e10. https://doi.org/10.2196/mhealth.2391

Pereira J. (1993). What does equity in health mean?. *Journal of social policy*, *22*(1), 19–48. https://doi.org/10.1017/s0047279400019097

Perurena, L. y Moráguez, M. (2013). Usabilidad de los sitios Web, los métodos y las técnicas para la evaluación. *Revista Cubana de Información en Ciencias de la Salud*. 24(2), 176-194. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2307-21132013000200007&lng=es&tlng=es

Picó, J. (1999). *Teorías sobre el Estado del Bienestar.* Madrid: Siglo XXI de España editores.

Pitanga, F. J. G., Almeida, M. C. C., Queiroz, C. O., Aquino, E. M. L., y Matos, S. M. A. (2017). Physical activity in Brazil: lessons from ELSA-Brasil. Narrative review. Sao Paulo medical journal = Revista paulista de medicina, 135(4), 391–395. https://doi.org/10.1590/1516-3180.2017.0023190317

Pons, J., y Silvestre, J. (2010). *Los orígenes del Estado de Bienestar en España, 1900-1945*. Zaragoza: Prensas Universitarias de Zaragoza.

Puyol, Á. (1999). Ética, derechos y racionamiento sanitario. *Doxa. Cuadernos De Filosofía Del Derecho*, (22), 581–605. https://doi.org/10.14198/DOXA1999.22.24

Puyol, Á. (2000). ¿A quién debemos dejar morir? *Claves de Razón Práctica* (103): 54-59. Disponible en: https://es.scribd.com/document/426675234/A-Quien-Debemos-Dejar-Morir#

Puyol, Á. (2001). *El discurso de la igualdad*. Barcelona: Crítica.

Puyol Á. (2012). Ética, equidad y determinantes sociales de la salud [Ethics, equity and social determinants of health]. *Gaceta sanitaria*, *26*(2), 178–181. https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.08.007

Purkey, E., y MacKenzie, M. (2019). Experience of healthcare among the homeless and vulnerably housed a qualitative study: opportunities for equity-oriented health care. International journal for equity in health, 18(1), 101. https://doi.org/10.1186/s12939-019-1004-4

Rawls, J. (1979). *Theory of Justice.* Cambridge: Havard University Press.

Rey, J. (2007). ¿Son los servicios regionales de salud en España la garantía de la protección sanitaria universal? *Rev. adm. sanit*. siglo XXI, 35-60.

Richardson, B., Goldberg, L., Aston, M., y Campbell-Yeo, M. (2018). eHealth versus equity: Using a feminist poststructural framework to explore the influence of perinatal eHealth resources on health equity. *Journal of clinical nursing*, 27(21-22), 4224–4233. https://doi.org/10.1111/jocn.14592

Ritter, G.A. (1991). *El Estado Social, su origen y desarrollo en una comparación internacional*, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social: Madrid

Roebroek, J.M. (1987). La relación indeterminada entre el Estado de Bienestar y la democracia del bienestar, *Revista de Seguridad Social*, nº33.

Rodrigues, R. J., y Risk, A. (2003). eHealth in Latin America and the Caribbean: development and policy issues. *Journal of medical Internet research*, *5*(1), e4. https://doi.org/10.2196/jmir.5.1.e4

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Rodríguez, C. J. (2016). El análisis de la realidad social: métodos y técnicas de investigación. *Reis: Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, *154*, 165–169. http://www.jstor.org/stable/24721348

Rodríguez, M. y Barber, P. (2005). ¿Se atienden adecuadamente las consideraciones de equidad en las innovaciones tecnológicas en sanidad?. *Difusión de nuevas tecnologías sanitarias y políticas públicas.* Disponible en: https://www.upf.edu/documents/2984046/2986000/LibroBea_2005.pdf/194d1524-f3ea-4176-bb97-3da410a9db61

Rodríguez-Cabrero, G. (1990). Entre la protección social y el bienestar social. En: J. Albarracín, Reflexiones sobre política económica, Ed. Popular: Madrid.

Rodríguez-Pellejero, J.M., Núñez, J.L., y Hernández, D. (2017). Perfiles de personalidad y síndromes clínicos en personas sin hogar. *Revista De Psicopatología Y Psicología Clínica*, *22*(3), 197–206. https://doi.org/10.5944/rppc.vol.22.num.3.2017.18848

Roess A. (2017). The Promise, Growth, and Reality of Mobile Health - Another Data-free Zone. *The New England journal of medicine*, 377(21), 2010–2011. https://doi.org/10.1056/NEJMp1713180

Sade R. M. (1971). Medical care as a right: a refutation. *The New England journal of medicine*, *285*(23), 1288–1292. https://doi.org/10.1056/NEJM197112022852304

Sánchez, J., Ale, I. S., Angles, M. V., Fogelbach, G. G., Jansen, A. M., Takaoka, R., y Borzutzky, A. (2023). Healthcare Disparities in Atopic Dermatitis in Latin America: A Narrative Review. *Dermatology and therapy*, *13*(2), 399–416. https://doi.org/10.1007/s13555-022-00875-y

Sanz-Tolosana, E. (2018). Crisis, austeridad y áreas rurales: estudio cualitativo de las percepciones sobre los impactos en el sistema sanitario y la salud en Navarra, España. *Saúde e Sociedade* (Vol. 27, pp. 898-908). https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902018170745

Sarasa, S. y Moreno, L. (Compiladores). (1995). *El Estado del bienestar en la Europa del sur*. Editorial CSIC-CSIC Press: Madrid.

Scheibner, J., Sleigh, J., Ienca, M., & Vayena, E. (2021). Benefits, challenges, and contributors to success for national eHealth systems implementation: a scoping review. *Journal of the American Medical Informatics Association*: *JAMIA*, 28(9), 2039–2049. https://doi.org/10.1093/jamia/ocab096

Schwab, K. (2023). The Fourth Industrial Revolution. *Encyclopedia Britannica*. Disponible en: https://www.britannica.com/topic/The-Fourth-Industrial-Revolution-2119734

SEIS. Sociedad Española de Informática de la Salud. (2021). Índice SEIS 2020. Carlos García Codina, Francisco Martínez del Cerro y Alejandro Álvarez Cantalapiedra (Coordinadores). Disponible en: https://seis.es/indice-2020/

Sen, A. (1980). Equality of What? En: S.M. McMurrin (Ed.), *Tanner Lectures on Human Values, Vol. 1,* Cambridge University Press, Cambridge.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Sen, A. (1992). *Inequality Reexamined*. Clarendon Press, Oxford.

Sen, A. (2002). ¿Por qué la equidad en salud? *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11(5/6) 302-309. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892002000500005&lng=pt&nrm=iso&tlng=es

Sen, A. (2003). *Nuevo examen de la desigualdad*. Madrid: Alianza

Serrano, E. (2009). Accesibilidad vs. usabilidad web: evaluación y correlación. *Investigación bibliotecológica,* 23(48), 61-103. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-358X2009000200004

Seto, E., Leonard, K. J., Cafazzo, J. A., Barnsley, J., Masino, C., y Ross, H. J. (2012). Perceptions and experiences of heart failure patients and clinicians on the use of mobile phone-based telemonitoring. *Journal of medical Internet research*, *14*(1), e25. https://doi.org/10.2196/jmir.1912

SETSI-Secretaría de Estado de Telecomunicaciones y para la Sociedad de la Información. (2006). *Plan Avanza 2006-2010 para el desarrollo de la Sociedad de la Información y de Convergencia con Europa y entre Comunidades Autónomas y Ciudades Autónomas.* Ministerio de Industria, Turismo y Comercio. Disponible en: https://avancedigital.mineco.gob.es/programas-avance-digital/DescargasPlanesAvanza/Plan%20Avanza/plan_avanza-Documento_completo.pdf

SETSI-Secretaría de Estado de Telecomunicaciones y para la Sociedad de la Información. (2010). *Plan Avanza 2. Estrategia 2011-2015.* Ministerio de Industria, Turismo y Comercio. Disponible en: https://avancedigital.mineco.gob.es/programas-avance-digital/DescargasPlanesAvanza/Planes%20Avanza%202%20y%20su%20estrategia/Estrategia%20Avanza2.pdf

Shaw, T., McGregor, D., Brunner, M., Keep, M., Janssen, A., & Barnet, S. (2017). What is eHealth (6)? Development of a Conceptual Model for eHealth: Qualitative Study with Key Informants. Journal of medical Internet research, 19(10), e324. https://doi.org/10.2196/jmir.8106

Shevchuk, O., Rzhevska, O., Korop, O., y Pyliuha, L. (2018). IMPLEMENTATION OF DRUG ADDICTS RIGHT TO HEALTH PROTECTION (SEPARATE ASPECTS). *Georgian medical news,* (276), 166–172.

Singh, G. y Siahpush, M. (2014). Widening rural-urban disparities in life expectancy, U.S., 1969-2009. American *Journal of Preventive Medicine*, 46(2), e19-29. https://doi.org/10.1016/j.amepre.2013.10.017

Smith, A. C., Thomas, E., Snoswell, C. L., Haydon, H., Mehrotra, A., Clemensen, J., y Caffery, L. J. (2020). Telehealth for global emergencies: Implications for coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Journal of telemedicine and telecare*, 26(5), 309–313. https://doi.org/10.1177/1357633X20916567

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Souza, C. F. Q., Oliveira, D. G., Santana, A. D. D. S., Mulatinho, L. M., Cardoso, M. D., Pereira, E. B. F. E., & Aquino, J. M. (2019). Evaluation of nurse's performance in telemedicine. *Revista brasileira de enfermagem*, *72*(4), 933–939. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0313

Spadaro, A. (2008). *Fundamentos económicos y sociales para "un estado de bienestar activo"*. Disponible en: https://www.uib.cat/depart/deaweb/webpersonal/amedeospadaro/Primeraparte.pdf

Stafford, A., y Wood, L. (2017). Tackling Health Disparities for People Who Are Homeless? Start with Social Determinants. *International journal of environmental research and public health*, 14(12), 1535. https://doi.org/10.3390/ijerph14121535

Stiglitz, J.E. (1993). Sobre el papel económico del Estado. En A. Heertje (ed.), El papel económico del Estado, I.E.F.: Madrid

Swan M. (2009). Emerging patient-driven health care models: an examination of health social networks, consumer personalized medicine and quantified self-tracking. *International journal of environmental research and public health,* 6(2), 492–525. https://doi.org/10.3390/ijerph6020492

Tan, J. P. Y., Tan, M. W. J., Towle, R. M., Lee, J. S. W., Lei, X., Liu, Y., Goh, R. S. M., Chee Ping, F. T., Tan, T. C., Ting, D. S. W., Lee, C. E., y Low, L. L. (2023). mHealth App to Facilitate Remote Care for Patients With COVID-19: Rapid Development of the DrCovid+ App. *JMIR formative research*, 7, e38555. https://doi.org/10.2196/38555

Tebeje, T. H., y Klein, J. (2021). Applications of e-health to support person-centered health care at the time of COVID-19 pandemic. *Telemedicine and e-Health*, 27(2), 150-158. http://doi.org/10.1089/tmj.2020.0201

Therborn, G. (1989). Los retos del Estado de bienestar: la contrarrevolución que fracasa, las causas del malestar y la economía política de las prestaciones de cambio. En: R. Muñoz de Bustillo (ed.), *Crisis y futuro del Estado de bienestar*, Alianza Universidad: Madrid

Titmuss, R.M. (1963). *Política Social*, Ariel: Barcelona.

Titmuss, R. (1968). *Commitment to welfare*. Londres: Allen and Unwin.

Toboso, M. (2011). Rethinking disability in Amartya Sen's approach: ICT and equality of opportunity. *Ethics and Information Technology,* 13(2), 107-118. https://doi.org/10.1007/s10676-010-9254-2

Tognetto, A., Michelazzo, M. B., Ricciardi, W., Federici, A., y Boccia, S. (2019). Core competencies in genetics for healthcare professionals: results from a literature review and a Delphi method. *BMC medical education*, 19(1), 19. https://doi.org/10.1186/s12909-019-1456-7

Travieso, J.L y Planella, J. (2008). La alfabetización digital como factor de inclusión social: una mirada crítica. *UOC Papers. Revista sobre la Sociedad del Conocimiento*, (6), 1-9. Disponible en: https://www.uoc.edu/uocpapers/6/dt/esp/travieso_planella.pdf

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Ubel, P. A., DeKay, M. L., Baron, J., y Asch, D. A. (1996). Cost-effectiveness analysis in a setting of budget constraints--is it equitable? *The New England journal of medicine*, *334*(18), 1174–1177. https://doi.org/10.1056/NEJM199605023341807

United Nations (2018). *United Nations e-government survey 2018*. United Nations Department of Economic and Social Affairs. Disponible en: https://publicadministration.un.org/egovkb/portals/egovkb/documents/un/2018-survey/e-government%20survey%202018_final%20for%20web.pdf

Urbanos-Garrido, R. (2016). La desigualdad en el acceso a las prestaciones sanitarias. Propuestas para lograr la equidad. *Gaceta sanitaria*, *30 Suppl 1*, 25–30. https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.01.012

Vallès-Peris N. (2021). Repensar la robótica y la inteligencia artificial desde la ética de los cuidados. *Teknokultura. Revista de Cultura Digital y Movimientos Sociales*, *18*(2), 137-146. https://doi.org/10.5209/tekn.73983

van Boekel, L. C., Brouwers, E. P., van Weeghel, J., y Garretsen, H. F. (2013). Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: systematic review. *Drug and alcohol dependence*, 131(1-2), 23–35. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.02.018

Van De Belt, T. H., Engelen, L. J., Berben, S. A., y Schoonhoven, L. (2010). Definition of Health 2.0 and Medicine 2.0: a systematic review. Journal of medical Internet research, 12(2), e18. https://doi.org/10.2196/jmir.1350

van Dijk, J. A. (2005). The deepening divide: Inequality in the information society. *SAGE Publications, Inc.*, https://doi.org/10.4135/9781452229812

Varela J. (2015). La brecha digital en España. Estudio sobre la desigualdad postergada. Comisión Ejecutiva Confederal de UGT: Madrid. Disponible en: https://www.ugt.es/sites/default/files/la_brecha_digital_en_espana._estudio_sobre_la_desigualdad_postergada.pdf

Vasquez-Ladron de Guevara, M., Ilozumba, O., Brandell, K. R., Gemzell-Danielsson, K., y Gomperts, R. (2022). Reasons for using telemedicine medical abortion in Mexico and Chile. *BMJ sexual & reproductive health*, *48*(3), 233. https://doi.org/10.1136/bmjsrh-2021-201280

Vidaurre, J. A., y Weisleder, P. (2022). Child Neurology Care in Latin America: Challenges and Potential Solutions. *Pediatric neurology*, *132*, 19–22. https://doi.org/10.1016/j.pediatrneurol.2022.04.010

Voutsidou, S., Moraitis, E., Sissouras, A., Jelastopulu, E., y Charalampous, G. (2019). E-health and primary health care: telemedicine in the greek national health system. 10. 34320-34325. DOI:10.24327/ijrsr.2019.1008.3868

Waller, M., y Stotler, C. (2018). Telemedicine: a Primer. *Current allergy and asthma reports*, 18(10), 54. https://doi.org/10.1007/s11882-018-0808-4

Wang, X., Shu, W., Du, J., Du, M., Wang, P., Xue, M., Zheng, H., Jiang, Y., Yin, S., Liang, D., Wang, R., & Hou, L. (2019). Mobile health in the management of type 1

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

diabetes: a systematic review and meta-analysis. *BMC endocrine disorders*, *19*(1), 21. https://doi.org/10.1186/s12902-019-0347-6

Wei, L., y Hindman, D. (2011). Does the digital divide matter more? Comparing the effects of new media and old media use on the education-based knowledge gap. *Mass Communication & Society*, 14(2), 216–235. https://doi.org/10.1080/15205431003642707

Wennberg, J.E. y Cooper, M.M. (1998). The Darmouth Atlas of Health Care in the United States 1998. Chicago: American Hospitals Publishing Inc.

Wessels, B. (2013). The reproduction and reconfiguration of inequality: differentiation and class, status and power in the dynamics of digital divides. En Ragnedda M and Muschert GW (eds). *The digital divide: the internet and social inequality in international perspective*. London: Routledge (Taylor & Francis Group), pp.17–28.

Whitehead M. (1992). The concepts and principles of equity and health. *International journal of health services: planning, administration, evaluation*, 22(3), 429–445. https://doi.org/10.2190/986L-LHQ6-2VTE-YRRN

Whitehead, M., y Dahlgren, G. (2006). Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1. *World Health Organization: Studies on social and economic determinants of population health*, *2*, 460-474. Disponible en: http://www.enothe.eu/cop/docs/concepts_and_principles.pdf

Wilkinson, R. (1996). *Unhealthy societies.* Londres: Routledge.

Williams A. (1997). Intergenerational equity: an exploration of the 'fair innings' argument. *Health economics*, *6*(2), 117–132. https://doi.org/10.1002/(sici)1099-1050(199703)6:2<117::aid-hec256>3.0.co;2-b

WHO- World Health Organization. (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud.* Secretaría General de Asuntos Sociales: Ginebra. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43360/9241545445_spa.pdf?sequence=1

WHO-World Health Organization. (2015). *Atlas of eHealth country profiles. The use of eHealth in support of universal health coverage*. WHO Document Production Services. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204523/9789241565219_eng.pdf;jsessionid=B7784E3F399AD8316BEDE887D3DDD33C?sequence=1

WHO-World Health Organization. (2014). *Plan nacional eSalud 2013–2017 de Costa Rica*. Disponible en: http://www.who.int/goe/policies/costa_rica_plan_nacional_salud-2013-2017.pdf

WHO-World Health Organization. (2018). *Working towards achieving the Sustainable Development Goals: a WHO toolkit.* World Health Organization. https://apps.who.int/iris/handle/10665/274261.

WHO-World Health Organization. (2019). Regional action agenda on harnessing e-health for improved health service delivery in the Western Pacific. *WHO Regional*

USC DE COMPOSTELA

Office for the Western Pacific. Disponible en: https://apps.who.int/iris/handle/10665/330700

Widmer, R. J., Collins, N. M., Collins, C. S., West, C. P., Lerman, L. O., y Lerman, A. (2015). Digital health interventions for the prevention of cardiovascular disease: a systematic review and meta-analysis. *Mayo Clinic proceedings*, 90(4), 469–480. https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2014.12.026

Wilensky, H.L. (1975). *The Welfare State and equality: structural and ideological roots of public expedientures*, University of California Press, Berkeley

Wilson, J., Heinsch, M., Betts, D., Booth, D., y Kay-Lambkin, F. (2021). Barriers and facilitators to the use of e-health by older adults: a scoping review. *BMC Public Health*, 21, 1-12. https://doi.org/10.1186/s12889-021-11623-w

Wright, N. M., y Tompkins, C. N. (2006). How can health services effectively meet the health needs of homeless people? *The British journal of general practice: the journal of the Royal College of General Practitioners,* 56(525), 286–293.

Zhou, L., Bao, J., Setiawan, I. M. A., Saptono, A., y Parmanto, B. (2019). The mHealth App Usability Questionnaire (MAUQ): Development and Validation Study. *JMIR mHealth and uHealth*, 7(4), e11500. https://doi.org/10.2196/11500

Zhou, X., Snoswell, C. L., Harding, L. E., Bambling, M., Edirippulige, S., Bai, X., y Smith, A. C. (2020). The role of telehealth in reducing the mental health burden from COVID-19. *Telemedicine and e-Health*, 26(4), 377-379. https://doi.org/10.1089/tmj.2020.0068