



COMILLAS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA



Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales

**Diferencias sanitarias regionales en
España. Especial referencia a la
CC.AA. de Galicia: situación y
soluciones.**

Autor: Óscar Martín-Granizo Ventoso
Director: María Yolanda Fernández Jurado

MADRID | Junio 2020

RESUMEN

Este trabajo de fin de grado realiza un recorrido a lo largo del sistema sanitario español, tratando de hallar las claves que permitan un mejor rendimiento del mismo. Se partirá de una descripción del sistema sanitario en su conjunto, haciendo referencia a la evolución histórica del mismo, a la gestión financiera y al reparto de competencias, para posteriormente estudiar la situación actual de cada comunidad autónoma, analizando sus niveles de gasto y privatización a nivel sanitario, comentando particularidades de su gestión y comprobando su efectividad. En una segunda parte del trabajo, basada en el estudio realizado anteriormente, el análisis se trasladará a Galicia, para examinar su situación actual y proponer posibles medidas que puedan impulsar el rendimiento existente y aliviar las problemáticas actuales.

PALABRAS CLAVE

Sistema sanitario, privatizaciones, Galicia, presupuestos autonómicos, copago farmacéutico.

ABSTRACT

This paper examines the Spanish healthcare system, trying to find the keys that allow for better performance. The paper begins with a description of the healthcare system as a whole, with reference to its historical evolution, financial management and the distribution of competences, to subsequently study the current situation of each autonomous region will be studied, analyzing its levels of spending and privatization in the health sector, commenting on the specifics of its management and verifying its effectiveness. In the second part of the paper, based on the study carried out previously, the analysis will focus in Galicia, examining its current situation and proposing possible measures that can boost existing performance and alleviate current problems.

KEYWORDS

Healthcare system, Galicia, privatization, regional budget, pharmaceutical copayment.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
PARTE I.....	4
EL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL	4
CAPÍTULO 1. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL	5
1. <i>Características y organización del sistema sanitario español.</i>	5
2. <i>Gestión financiera de la sanidad en las Comunidades Autónomas.</i>	8
3. <i>La cesión de competencias y principales polémicas regionales.</i>	12
CAPÍTULO 2. ANÁLISIS DE LA SANIDAD POR CCAA	14
1. <i>Nivel de gastos públicos en sanidad por Comunidades Autónomas.</i>	14
2. <i>El papel del sector privado en la sanidad.</i>	18
CAPÍTULO 3. MODELOS DE GESTIÓN SANITARIA	21
1. <i>Análisis DAFO de los modelos de gestión.</i>	21
2. <i>El sistema sanitario español por Comunidades Autónomas</i>	30
PARTE II.....	35
EL SISTEMA SANITARIO GALLEGO	35
CAPÍTULO 4: EL SISTEMA SANITARIO EN GALICIA	36
1. <i>Origen del sistema sanitario gallego.</i>	36
2. <i>Modelos de gestión en el sistema sanitario de Galicia.</i>	36
3. <i>Análisis DAFO.</i>	44
4. <i>Propuestas de mejora</i>	46
PARTE III.....	50
CONCLUSIONES	50
CAPÍTULO 5: CONCLUSIONES	51
BIBLIOGRAFÍA:	54

ÍNDICE DE CUADROS, GRÁFICOS Y TABLAS

Cuadro 1: Legislación sanitaria básica	5
Gráfico 1: Grado de privatización (0-37)	20
Gráfico 2: % conciertos sobre gasto sanitario público (2016).....	27
Gráfico 3: Puntuaciones obtenidas (31-126)	30
Gráfico 4: Resultado Galicia en el informe FADSP.....	39
Tabla 1: Reales Decretos de transmisión de competencias a las CCAA.....	6
Tabla 2: Reparto competencias sanitarias	7
Tabla 3: Reparto gasto sanitario público	8
Tabla 4: Gestión financiera CCAA	8
Tabla 5: Clasificación económica del gasto sanitario	9
Tabla 6: Clasificación funcional del gasto sanitario.....	10
Tabla 7: Gasto público / habitante	15
Tabla 8: Reparto del gasto público (CCAA)	16
Tabla 9: Gasto sanitario y peso (CCAA).....	17
Tabla 10: Gasto privado/gasto sanitario total (%)	18
Tabla 11: Resumen DAFO	29
Tabla 12: Variables informe FADSP (CCAA).....	31
Tabla 13: % gasto público Galicia.....	37
Tabla 14: % del gasto sanitario gallego.....	38
Tabla 15: variables sanitarias CCAA	40

INTRODUCCIÓN

1. OBJETIVO.

Este proyecto tiene como objetivo principal analizar la situación actual de la sanidad en Galicia, comparándola con los sistemas sanitarios de las otras comunidades autónomas españolas. A través de esta comparación se pretende averiguar los posibles problemas que puedan existir y buscar soluciones que puedan mejorar su funcionamiento.

2. METODOLOGÍA.

En primer lugar, se realizará una recopilación documental sobre los diferentes sistemas sanitarios existentes en España, y se analizarán las diferencias que puedan existir entre cada comunidad autónoma, tratando de encontrar los factores que mejoran el funcionamiento del sistema sanitario. Aunque se hará referencia al origen del actual sistema sanitario a raíz del desarrollo de las comunidades autónomas y las competencias que se les van adjudicando, el análisis se centrará en los últimos diez años, haciendo especial referencia a la legislación existente.

La revisión documental incluirá datos procedentes del Instituto Nacional de Estadística (INE), la información aportada por las propias Administraciones Públicas, especialmente las del Ministerio de Sanidad y de la Consejería de Sanidad de Galicia. Asimismo, se hará mención al informe de agosto de 2019 elaborado por la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Salud Pública (FADSP). Una vez recogida toda la información, se realizará un análisis DAFO para examinar las ventajas y desventajas de los tres grandes sistemas sanitarios (gestión privada, pública y mixta), y la influencia que pueden tener estas características en el rendimiento de las diferentes comunidades.

Una vez realizado el estudio, se extraerán una serie de conclusiones en base al análisis previo, tratando de señalar los factores que provocan las diferencias que puedan existir en los resultados.

Por último, el estudio se centrará en Galicia, lo que nos ayudará a conseguir una imagen más precisa y detallada de la gestión sanitaria a nivel autonómico. Se analizará en qué

situación se encuentra dentro del contexto nacional y en qué medida se puede o no mejorar la misma, tratando de proponer soluciones a las problemáticas que puedan existir y medidas que impulsen su rendimiento.

3. ESTADO DE LA CUESTIÓN.

La sanidad es un tema de discusión constante entre los ciudadanos españoles. Además, la pandemia del Covid-19 del año 2020 ha vuelto a subrayar la importancia que tiene el rendimiento del sistema sanitario y el debate acerca del tipo de gestión más efectiva se ha reavivado. Aún así, el trabajo no pretende centrarse en la pandemia sino en la gestión más adecuada del sistema. Por otro lado, en los últimos años, como indica el porcentaje del PIB destinado a sanidad, ha tenido lugar un progresivo y controvertido proceso privatizador que ha acabado con algunos de los servicios sanitarios a cargo de empresas privadas. Sin embargo, no se ha ahondado lo suficiente en los efectos de este proceso y su repercusión a nivel de rendimiento general del sistema.

Si este proceso genera controversia a nivel general en todo el territorio, una de las regiones más conflictivas respecto a este sector, y a pesar de que la gestión del Covid-19 ha sido a priori positiva, es Galicia. Por ello, el estudio se centrará en esta comunidad para analizar su situación y tratar de cambiar su rumbo para mejorar sus prestaciones. Hay que recordar que además de la ya comentada pandemia, en el presente 2020 se celebrarán elecciones autonómicas, por lo que se antoja crucial que las medidas que se tomen en el futuro sean las adecuadas.

4. ESTRUCTURA DEL TRABAJO

Como ya se ha dejado ver en esta introducción, el trabajo se divide en tres partes:

- Por un lado, el análisis de la sanidad española en su conjunto, distinguiendo las diferencias entre cada comunidad. Este primer bloque abarcará tres capítulos: en primer lugar, uno de contexto histórico y actual: en segundo lugar, otro más centrado en las diferencias entre comunidades, y un tercero que combinará una parte descriptiva, en relación a los modelos de gestión sanitaria y otra más analítica en relación a las diferencias regionales.

- El segundo bloque será similar al primero pero centrándose exclusivamente en la Comunidad Autónoma de Galicia. Este bloque abarcará un capítulo y se dividirá a su vez en tres secciones: en la primera, se analizará y valorará la situación actual de la sanidad gallega; en la segunda, se realizará un análisis tipo DAFO de la comunidad, y en la tercera se propondrán posibles soluciones para el futuro.
- Por último, se incluirá un bloque en el que se expondrán las conclusiones generales del estudio realizado.

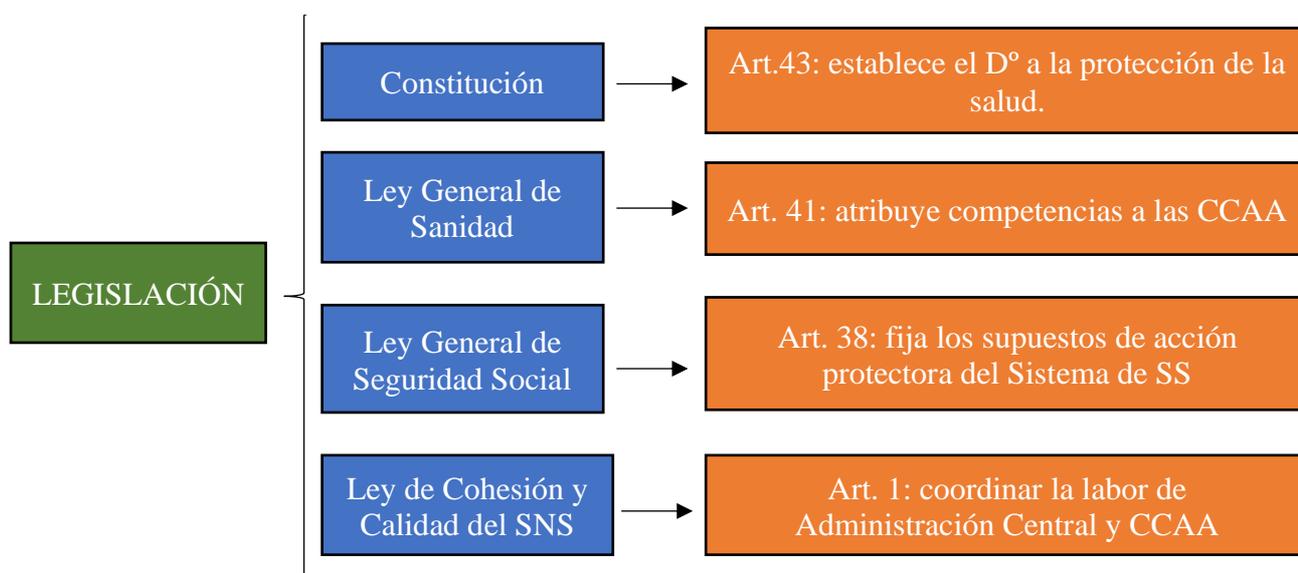
PARTE I

EL SISTEMA SANITARIO
ESPAÑOL

CAPÍTULO 1. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL

1. Características y organización del sistema sanitario español.

Cuadro 1: Legislación sanitaria básica
Elaboración propia a partir de datos del BOE



El modelo sanitario español goza de muy buenas valoraciones a nivel internacional en relación a sus competidores de la UE. Los altos niveles de cobertura y de satisfacción reflejan la efectividad de un sistema cuyo primer gran avance fue la *Ley General de Sanidad* del año 1986 (BOE, 1986), promovida por el fallecido exministro de Sanidad y Consumo D. Ernest Lluch, que dio lugar a un Sistema Nacional de Salud (SNS). Así, el derecho a la protección de la salud aparecería recogido en el artículo 43 de la Constitución (BOE, 1978), configurándose el SNS como una organización que garantizase la cobertura a todos los ciudadanos (Domínguez, M., 2019). A pesar de que algunas comunidades ya tenían vigentes sus Estatutos de Autonomía y por tanto competencias sanitarias, como se verá en este mismo capítulo El artículo 41 de la *Ley General de Sanidad* es el punto de partida para el reparto de competencias sanitarias a nivel general. En él queda establecido

“1. Las Comunidades Autónomas ejercerán las competencias asumidas en sus Estatutos y las que el Estado les transfiera o, en su caso, les delegue.

2. *Las decisiones y actuaciones públicas previstas en esta Ley que no se hayan reservado expresamente al Estado se entenderán atribuidas a las Comunidades Autónomas.*” (BOE, 1986, p. 23):

En el año 1994 se daría otro paso importante, con la aprobación de la *Ley General de la Seguridad Social* (BOE, 1994), que establece los supuestos de acción protectora. Otra normativa importante será la *Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud* (BOE, 2003), que no vería la luz hasta 2003. El principal objetivo de esta Ley de Cohesión y Calidad será coordinar la labor de las diferentes Administraciones Públicas protagonistas en la materia, dada la progresiva transferencia de competencias sanitarias a las comunidades autónomas.

En la siguiente tabla aparecen recogidas las fechas de los Reales Decretos en los que se traspasan las competencias sanitarias a las diferentes CCAA (Ministerio de Sanidad, 2020).

Tabla 1: Reales Decretos de transmisión de competencias a las CCAA

CCAA	REAL DECRETO
Cataluña	RD 1517/ 1981 , de 8 de julio
Andalucía	RD 400/ 1984 , de 22 de febrero
País Vasco	RD 1536/ 1984 , de 6 de noviembre
C. Valenciana	RD 1612/ 1987 , de 27 de noviembre
Navarra	RD 1680/ 1990 , de 28 de diciembre
Galicia	RD 1679/ 1990 , de 28 de diciembre
Canarias	RD 446/ 1994 , de 11 de marzo
Asturias	RD 1471/ 2001 , de 27 de diciembre
Cantabria	RD 1472/ 2001 , de 27 de diciembre
La Rioja	RD 1473/ 2001 , de 27 de diciembre
Murcia	RD 1474/ 2001 , de 27 de diciembre
Aragón	RD 1475/ 2001 , de 27 de diciembre
Castilla la Mancha	RD 1476/ 2001 , de 27 de diciembre
Extremadura	RD 1477/ 2001 , de 27 de diciembre
Baleares	RD 1478/ 2001 , de 27 de diciembre
Madrid	RD 1479/ 2001 , de 27 de diciembre

Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Sanidad

Como consecuencia del nuevo modelo de organización territorial surgido a raíz de la aprobación de la Constitución de 1978 y con las transferencias de ciertas competencias a las comunidades autónomas, actualmente las competencias sanitarias en España están repartidas del siguiente modo: el Estado se ocupa de la sanidad exterior (en colaboración con las CCAA), del establecimiento de normas que fijen las condiciones y requisitos sanitarios mínimos y la legislación básica relativa a la seguridad social y a los productos farmacéuticos, entre otros (Ministerio de Sanidad, 2020). La *Ley General de Sanidad* actúa como pilar fundamental que sostiene y guía el sistema. Las CCAA, por su parte, se ocupan de todo aquello no reservado el Estado, sobresaliendo funciones de administración y gestión. En cualquier caso, existen diferencias reseñables entre las competencias de cada comunidad, en virtud de lo que recojan sus diferentes Estatutos de Autonomía lo que provoca evoluciones distintas en cada área geográfica de España.

Tabla 2: Reparto competencias sanitarias

Sanidad Exterior	Colaboración entre Estado y CCAA prevista en la Ley General de Sanidad y disposiciones de desarrollo
Legislación Productos farmacéuticos	Competencia exclusiva del Estado, corresponde a las CCAA la ejecución (Ley del Medicamento, BOE, 2006)
Bases de la Sanidad	Competencia exclusiva del Estado
Coordinación Sanidad	Acción conjunta Estado y CCAA (LGS y Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud)

Fuente: elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Sanidad

Una cuestión a la que se recurre con asiduidad es la posibilidad de crear un órgano que regule la distribución y coordinación de las competencias autonómicas. Aunque esa función se asigna al Ministerio de Sanidad, con el tiempo se ha demostrado que no está funcionando adecuadamente y que, en la práctica, se produce una importante descoordinación territorial en cuestiones sanitarias en España. Además, en el art. 69 de la Ley de Cohesión y Calidad del SNS aparece definido el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS), como “órgano permanente de coordinación,

cooperación, comunicación e información de los servicios de salud, entre ellos y con la Administración del Estado” (BOE, 2003, p. 38).

Para finalizar este apartado, conviene resaltar la distribución del gasto sanitario público entre las diferentes instituciones españolas, donde se observa que la enorme mayoría del gasto recae sobre las CCAA, con un peso testimonial para la Administración Central y las Corporaciones Locales:

Tabla 3: Reparto gasto sanitario público

Organismo	Gasto Sanitario Público (2018)*	% sobre el total
Administración Central	630.408	0,88%
Sistema Seguridad Social	1.679.906	2,36%
Mutualidades Funcionarios	2.257.936	3,17%
Comunidades Autónomas	65.910.551	92,64%
Corporaciones Locales	666.413	0,94%

Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Sanidad

(*) miles de €

2. Gestión financiera de la sanidad en las Comunidades Autónomas.

En este apartado comentaremos brevemente algunos aspectos acerca de la gestión financiera de la sanidad en las diferentes comunidades. De todo lo recaudado por las CCAA, entre el 30% y el 40% va generalmente destinado a Sanidad. Sin embargo, esta cifra puede variar considerablemente entre CCAA. En la siguiente tabla aparecen algunas de las variables más significativas para entender la gestión financiera de cada CCAA.

Tabla 4: Gestión financiera CCAA

CCAA	€/habitante	% sobre PIB	% sobre presupuesto
Andalucía	1212	6,3	31,61
Aragón	1601	5,7	34,28
Asturias	1676	7,4	38,73
Baleares	1407	5,1	29,27
Canarias	1399	6,7	32,62

Cantabria	1543	6,5	31,95
Castilla y León	1577	6,6	36,45
Castilla la Mancha	1438	7,1	30,94
Cataluña	1432	4,7	25,30
C. Valenciana	1415	6,3	28,91
Extremadura	1626	8,7	32,34
Galicia	1491	6,4	34,77
Madrid	1274	3,6	35
Murcia	1567	7,4	31,01
Navarra	1651	5,3	25,33
País Vasco	1753	5,3	33,68
La Rioja	1477	5,4	29,45
Media	1416	5,5	31,85

Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Sanidad y de Hacienda

Se puede apreciar como la gestión financiera es bastante dispar. El porcentaje sobre el PIB invertido en sanidad por parte de algunas CCAA llega a duplicar el de otras, y en lo relativo a euros invertidos por habitante y porcentaje sobre el presupuesto de cada comunidad las diferencias también son muy notables. No obstante, con esta tabla no se alcanza el fondo de la cuestión, ya que la clave será a qué van destinados exactamente esos fondos.

Dividiendo el gasto sanitario realizado en función de su destino, también se observan diferencias considerables, recogidas en la siguiente tabla:

Tabla 5: Clasificación económica del gasto sanitario

CCAA*	Remuneración del personal	Consumos intermedios	Conciertos	Otros
Andalucía	45,1	25,1	4,3	21,8
Aragón	48,7	24,8	4,2	18,8
Asturias	47,2	28,5	6,1	18,2
Baleares	49	24,5	11,1	15,4
Canarias	49,3	21,2	9,3	20,3

Cantabria	48,8	28	3,5	19,7
Castilla y León	49,7	26,2	3,8	20,4
Castilla la Mancha	51,3	23,5	5,3	20
Cataluña	35,2	21,9	24,9	18
C. Valenciana	37,4	36,7	4,1	21,8
Extremadura	49,8	23,8	4,3	22,1
Galicia	45,2	26,8	5,4	22,7
Madrid	44,9	27,6	10,7	16,7
Murcia	48,4	24,5	6,6	20,5
Navarra	51,5	23,9	6,5	18,1
País Vasco	52	23,7	6,7	17,6
La Rioja	48,8	25,7	7,8	17,7
Media	45,1	26	9,2	19,6

Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Sanidad

() Los datos más recientes en la web del Ministerio corresponden a 2017*

De entre todos los gastos, la cantidad más significativa es la destinada a la remuneración de personal, que supone el 45% del total de gastos sanitarios. Sin embargo, se aprecian diferencias significativas en la distribución de los mismos. Sin ir más lejos, en algunas CCAA como Castilla la Mancha, Navarra o el País Vasco, la remuneración del personal supone más de la mitad del gasto sanitario total, mientras que en otras como Cataluña apenas representa un 35%. Además, Cataluña llama la atención por el porcentaje destinado a conciertos sanitarios. Este forma de colaboración entre la sanidad pública y privada se estudiará en próximos capítulos y puede servir como alivio para algunos de los problemas de la sanidad pública.

Para finalizar este apartado se hará referencia también a la clasificación funcional de los gastos sanitarios, recogida en la siguiente tabla:

Tabla 6: Clasificación funcional del gasto sanitario

CCAA*	Atención especializada	Atención primaria	Farmacia	Otros
Andalucía	62,9	14,1	19,1	4
Aragón	63	12,8	16,3	7,9

Asturias	65,2	12,6	16,8	5,4
Baleares	66,8	12	13,3	7,8
Canarias	62	13,7	17,6	6,7
Cantabria	61,2	14,2	17	7,6
Castilla y León	58,7	15,5	17,5	8,3
Castilla la Mancha	57,1	16,9	18,7	7,4
Cataluña	64,1	13,3	14,4	8,3
C. Valenciana	61,4	12,9	19,2	6,5
Extremadura	56,1	15,7	19,3	9
Galicia	63,3	12,1	18,9	5,7
Madrid	69,2	11,6	15,5	3,7
Murcia	61,3	14	16,6	8,1
Navarra	62,1	14,3	13,5	10,2
País Vasco	63,9	14,1	13,8	8,2
La Rioja	63,2	14,1	16,4	6,3
Media	63,2	13,5	16,9	6,5

Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Sanidad

() Los datos más recientes en la web del Ministerio corresponden a 2017*

Se puede observar en la tabla que la atención especializada tiene mucho más peso que el resto de categorías. Hay que recordar que bajo este término se incluye a actividades asistenciales, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación y cuidados, mientras que la atención primaria es el nivel básico e inicial de atención sanitaria y comprende exámenes físicos, tratamiento de las afecciones médicas comunes y atención preventiva, como la inmunización y detección (Muface, 2020). Este servicio, que generalmente supone el primer paso antes de consultar al especialista, se realiza habitualmente en centros de salud y tiene un peso muy inferior en los gastos sanitarios de las CCAA, como se desprende de la tabla. Los gastos en farmacia también arrojan información curiosa, ya que nos encontramos al País Vasco y Navarra entre las CCAA que porcentualmente menos recursos destinan a este tipo de gastos. En contraposición, eran dos de las comunidades que más destinaban a sanidad por habitante y que más recursos destinaban a la remuneración del personal.

3. La cesión de competencias y principales polémicas regionales.

Siempre cumpliendo con los mínimos exigidos por las normativas generales, desde que han tenido competencias, las CCAA han aplicado directrices de manera muy diferente. Este hecho se traduce en las diferencias existentes a nivel territorial en el sistema sanitario español.

3.1 El copago farmacéutico.

Una de las cuestiones que supone una preocupación constante tanto para las autoridades como para la ciudadanía es el continuo incremento del gasto farmacéutico. En las últimas décadas se han llevado a cabo medidas para tratar de moderar este crecimiento, principalmente ajustando los sistemas de precio de referencia y de laboratorios, controlando los márgenes de distribución, o realizando listas negativas que contienen aquellos fármacos excluidos de la financiación pública (Antoñanzas Villar, F., 2014). Todo este tipo de medidas han sido a su vez complementadas con aquellas llevadas a cabo por cada CC.AA como responsables de la gestión sanitaria.

Sin embargo, la frágil situación económica vivida en la última década ha obligado a implementar medidas más radicales. De entre todas ellas, aquella que ha tenido mayor relevancia ha sido, sin duda, el polémico *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* (BOE, 2012), también conocido por sus detractores como “decreto de la exclusión sanitaria”, que implicó importantes recortes y transformó el sistema español en un sistema de aseguramiento (cobertura nominal previa afiliación y cotización) en lugar del sistema universal previamente existente, con una concepción más colectiva (Pereira-Victorio, C. J., 2013). Además, introdujo el copago farmacéutico (el comprador tiene que aportar una cantidad obligatoria a la hora de adquirir un fármaco), que se puso en funcionamiento en algunas comunidades autónomas, y el copago hospitalario (similar pero para recibir servicios médicos y atención hospitalaria), que como sufrió un enorme rechazo no llegó a ver la luz. El contenido del decreto generó una gran polémica en el sistema sanitario pero durante seis años, en muchas comunidades, el copago se instauró. No obstante, el 30 de julio se publicó el *Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud* (BOE, 2018), devolviendo la universalidad al sistema, al menos en

teoría. Sin embargo, la falta de un Reglamento que lo desarrolle y la escasa información que se ha dado a las CCAA para que lo apliquen han dificultado su éxito (Valle, S., 2019). En palabras de Vicente Lomas, doctor en Derecho y jefe de los servicios jurídicos del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, este decreto “ha producido un cierre en falso de una problemática y desde el Ministerio de Sanidad se ha pasado la patata caliente a las Autonomías” (El Mundo, 2019, p.3).

3.2 El nivel de privatizaciones en el sistema sanitario.

Desde la aparición de las leyes comentadas en el primer punto del capítulo, ha tenido lugar un progresivo proceso de privatización. Especialmente notorio ha sido este proceso con la definitiva transferencia de competencias a las CCAA recogida en la Tabla 1 (p. 6), e intensificada a lo largo del siglo XXI. Entre los años 2009 y 2018 el porcentaje del PIB de las comunidades autónomas en su conjunto destinado a la Sanidad Pública ha pasado de un 6,1% a un 5,5% (Ministerio de Sanidad, 2018), compensándose con un aumento de la inversión privada (FADSP, 2017). Aún así, como comprobaremos en próximos capítulos, estos datos no son demasiado reveladores dadas las diferencias entre las comunidades.

Las privatizaciones generalmente conducen a un deterioro del servicio público, pasando a depender este de la capacidad económica de las personas. De esta manera, el derecho constitucional a la protección de la salud también queda en entredicho, poniendo en peligro a aquellos con menos recursos económicos (United Nations, 2020).

Como ejemplo de la tendencia privatizadora que se empezó a dar en algunas comunidades autónomas se puede citar lo ocurrido en la Comunidad de Madrid en el año 2012, cuando se pretendió privatizar la gestión de seis hospitales madrileños. Tuvo que ser a través de los tribunales, el Superior de Justicia de la Comunidad de Madrid, la única forma de parar el proyecto de privatización y no se logró hasta año y medio después de que se planteara el tema. (Lenoir, R., 2014).

CAPÍTULO 2. ANÁLISIS DE LA SANIDAD POR CCAA

En este capítulo se hará un breve recorrido por todas las CCAA españolas, analizando sus competencias, cómo emplean sus recursos, y el nivel de privatización de cada una de ellas. Cuando se analiza el sistema sanitario español a nivel territorial no se puede obviar la cuestión legislativa por la que se han ido transfiriendo a las diversas comunidades autónomas las competencias en sanidad para cumplir los artículos 148 y 149 de nuestra Constitución (BOE, 1978, p.30):

Artículo. 148, 1: "Las Comunidades Autónomas podrán asumir competencias en las siguientes materias: (..)

2r- Sanidad e Higiene".

Artículo. 149, 1: "El Estado tiene competencia exclusiva sobre las siguientes materias:

16".- Sanidad exterior. Bases y coordinación general de la sanidad. Legislación sobre productos farmacéuticos".

Las competencias específicas que tiene cada comunidad vienen recogidas en sus respectivos Estatutos de Autonomía tal como señala el artículo 41 LGS antes mencionado. Además, en el artículo 49 de dicha Ley se establece que cada comunidad deberá contar con un sistema que gestione sus Servicios de Salud y la coordinación con la Administración y las Corporaciones Locales (Sanz Larruga, J., 1999).

Es decir, que se observa un sistema aparentemente rígido, en el que cada comunidad debe seguir unas pautas básicas marcadas por el Gobierno central a través del Ministerio de Sanidad. Sin embargo, el hecho de que cada territorio cuente con su propia Consejería de Sanidad ha terminado generando disparidad entre los sistemas sanitarios territoriales.

1. Nivel de gastos públicos en sanidad por Comunidades Autónomas.

Para empezar haremos referencia al gasto público per cápita realizado por cada CCAA en el año 2019. Esta variable no es demasiado reveladora para el tema que nos ocupa, ya que el destino del gasto puede diferir por completo, pero nos servirá como punto de partida para realizar el análisis:

Tabla 7: Gasto público / habitante

CCAA	Gasto público / habitante (€)
Andalucía	3.812
Aragón	4.219
Asturias	4.372
Baleares	4.554
Canarias	3.979
Cantabria	4.904
Castilla y León	3.947
Castilla la Mancha	4.023
Cataluña	3.855
C. Valenciana	4.488
Extremadura	4.902
Galicia	4.274
Madrid	3.407
Murcia	3.881
Navarra	6.608
País Vasco	5.432
La Rioja	4.624

Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Hacienda

Echando un vistazo a la tabla, llama especialmente la atención los valores de aquellas dos comunidades con un régimen fiscal específico, como son el País Vasco y la Comunidad Foral de Navarra. En el segundo de los casos, el gasto público llega casi a duplicar al de otras comunidades como Madrid o Andalucía. En estas dos comunidades, la recaudación de los impuestos es destinada íntegramente a la comunidad. El cupo/aportación, es decir, la cantidad recaudada por la autonomía transferida a la Administración central como compensación, resulta muy inferior a la aportación del resto de comunidades. Además, aunque también participen en el Fondo de Compensación Interterritorial, su aportación es muy reducida en relación a los recursos que disfrutaban, por lo que acaban viéndose beneficiadas.

Por otro lado, también resulta curioso que aquellas CCAA con mayor población, como son Andalucía, la Comunidad de Madrid o Cataluña, tengan algunos de los presupuestos más bajos. Sin embargo, hay que recordar que la tabla indica el valor en relación al número de habitantes, por lo que los bajos resultados son producto de la división entre los mismos. Como resultado, también son estas tres CCAA las que dedican menos fondos a su sistema sanitario, como ya se estudiará más adelante.

Hay que recordar que entre las competencias reservadas a las CCAA, además de la sanidad, se encuentran otras como la educación, cultura, servicios sociales o el fomento y acceso a la vivienda. Además, muchas de las comunidades ostentan grandes niveles de deuda pública, por lo que parte del presupuesto va destinado a la reducción de la misma. Por eso, un 39% del presupuesto destinado a la sanidad, como es el caso de Asturias, podría parecer a priori excesivo. A continuación se refleja una tabla con el desglose de los gastos de cada comunidad en base a los presupuestos de 2019 recogidos en el Ministerio de Hacienda:

Tabla 8: Reparto del gasto público (CCAA)

CCAA	Sanidad	Educación	Seguridad	Deuda Pública	Políticas/Otras
Andalucía	31,61	22,75	7,17	16,07	22,4
Aragón	34,28	19,67	7,27	17,44	21,34
Asturias	38,73	17,97	10	12,14	21,16
Baleares	29,27	17,06	3,13	26,96	23,57
Canarias	32,62	19,01	5,51	16,16	26,7
Cantabria	31,95	20,09	8,47	14,95	24,54
C. León	36,45	20,81	8,43	14,35	19,97
C. la Mancha	30,94	18,52	8,09	26,95	15,5
Cataluña	25,30	17,52	6,5	27,39	23,3
Extremadura	32,34	20,20	9,06	10,86	27,55
Galicia	34,77	20,72	6,89	13,90	23,72
Madrid	35	21,07	7,99	15,65	20,3
Murcia	31,01	24,35	7,66	23,97	13,01
Navarra	25,33	16,61	10,32	7,75	39,99
País Vasco	33,68	24,98	5,47	7,87	28

La Rioja	29,45	19,19	8,67	15,92	26,78
C.Valenciana	28,91	21,78	6,99	27,28	15,04

Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Hacienda

Ya se ha hecho mención a que entre un 30 y 40% de los presupuestos autonómicos es comúnmente destinado a fines sanitarios. En la siguiente tabla, muy similar a la presentada en el primer capítulo, se refleja la inversión realizada por cada CCAA:

Tabla 9: Gasto sanitario y peso (CCAA)

CCAA	Gasto sanitario / habitante (€)	% sobre presupuesto
Andalucía	1212	31,61
Aragón	1601	34,28
Asturias	1676	38,73
Baleares	1407	29,27
Canarias	1399	32,62
Cantabria	1543	31,95
Castilla y León	1577	36,45
Castilla la Mancha	1438	30,94
Cataluña	1432	25,30
C. Valenciana	1415	28,91
Extremadura	1626	32,34
Galicia	1491	34,77
Madrid	1274	35
Murcia	1567	31,01
Navarra	1651	25,33
País Vasco	1753	33,68
La Rioja	1477	29,45
MEDIA	1416	31,85

Elaboración propia a partir del Ministerio de Sanidad y de Hacienda

Se observa a partir de lo explicado en la tabla que las comunidades acogidas a regímenes forales específicos realizan un gasto mayor en sanidad. No obstante, este gasto

supone a estas comunidades un esfuerzo poco significativo. De hecho, Navarra es la comunidad que porcentualmente dedica menos recursos a la sanidad. En el otro lado del espectro se encuentra Asturias, la comunidad que más invierte porcentualmente en sanidad.

Más allá de los resultados y de lo eficiente que pueda resultar la sanidad de cada comunidad, las diferencias en cuanto al gasto por habitante parecen excesivas. Mientras que en Andalucía y Madrid los gastos por habitante apenas sobrepasan los 1200€, en el País Vasco se superan los 1700€, lo que supone cerca de un 40% más. Resultaría extraño que la cobertura proporcionada fuese mejor en aquellas comunidades con un gasto manifiestamente inferior. Aún así, lo importante no será tanto el gasto total, sino cómo se ha distribuido ese gasto y su eficacia reflejada en el rendimiento del cada sistema sanitario.

2. El papel del sector privado en la sanidad.

Dada las facultades que se ha concedido a las diversas Autonomías para gestionar la sanidad algunas de ellas han fomentado la participación del capital privado dentro del sector sanitario y de hecho, en algunos caso, dicha participación ha sido realmente importante.

Según el informe realizado en 2019 por la Fundación del Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (IDIS) en el que se han podido recopilar datos completos del 2016, el Gasto privado en Sanidad en relación con el Gasto sanitario total efectuado en las diversas comunidades suele ser cercano al 30%. Sin embargo, en algunos casos como Cataluña o Madrid se supera el 40% (véase tabla 5), lo que sugiere la necesidad de replantearse en qué medida la sanidad pública puede estar en riesgo en algunas áreas geográficas de nuestro país.

Tabla 10: Gasto privado/gasto sanitario total (%)

CCAA	% Gasto privado / Gasto sanitario	CCAA	% Gasto privado / Gasto sanitario
Andalucía	32,9%	Extremadura	24,6%

Aragón	31,1%	Galicia	31,3%
Asturias	30,5%	Baleares	40,7%
Cantabria	26,6%	Murcia	27,7%
C. y León	27,7%	Madrid	42,9%
C. la Mancha	27,6%	Navarra	30,1%
Canarias	34,5%	País Vasco	33,3%
Cataluña	49,7%	La Rioja	33,4%
C. Valenciana	29%		

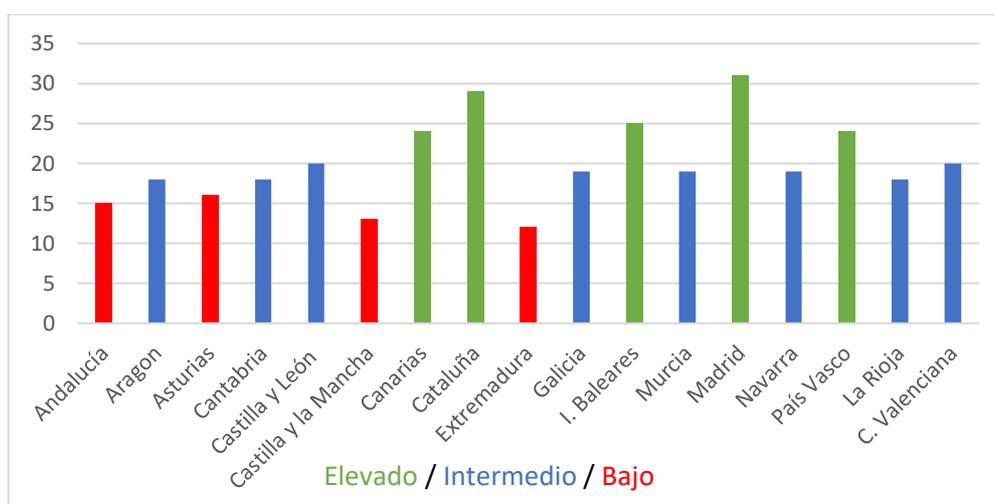
Elaboración propia a partir de datos de Fundación IDIS

Estas diferencias en las privatizaciones sanitarias quedan perfectamente ilustradas con la información relativa a las camas hospitalarias. Mientras que la media nacional de camas hospitalarias privadas se sitúa en torno al 27%, en Extremadura apenas se supera el 10%. También el gasto de cada habitante en seguros privados se sitúa muy por debajo de la media, al igual que el número de consultas anuales con especialistas privados. En el otro lado del espectro se sitúan las comunidades con las dos ciudades más importantes del país. De hecho, Cataluña es la única comunidad española en la que existen más camas hospitalarias privadas que públicas, con un porcentaje sobre el total del 54% (Ministerio de Sanidad, 2020). No obstante, no hay que olvidar la posibilidad de que existan conciertos y formas de colaboración entre sanidad pública y privada que provoquen que este dato resulte engañoso.

El aumento que se ha producido en el gasto privado en sanidad está muy relacionado con el proceso de privatizaciones que se ha producido en algunas comunidades en el ámbito sanitario. La Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP) viene realizando desde hace años un informe en el que analiza el grado de privatización que se está produciendo en la sanidad y, en el informe realizado en el 2019, calcula que de manera conjunta el nivel de privatización ha aumentado casi un 5% en la última década. Para realizar este informe la FADSP utiliza nueve variables que son: el porcentaje de población cubierta por Mutualidades de Funcionarios, el gasto en seguros privados per cápita, el gasto sanitario de bolsillo per cápita, el porcentaje de camas hospitalarias sobre el total, el porcentaje del equipamiento de alta tecnología en hospitales

privados sobre el total, el porcentaje del gasto sanitario dedicado a contratación con centros privados, el número de consultas anuales a especialistas y médicos de cabecera en el sector privado, y la presencia de modelos de colaboración público-privada (gestión mixta). Puntuando las nueve variables se obtiene un resultado máximo de 37 puntos. (). Los resultados del informe del año 2019, que combina datos de 2017, 2018 y 2019 aparecen recogidos en el siguiente gráfico:

Gráfico 1: Grado de privatización (0-37)



Elaboración propia a partir de datos de FADSP

Se aprecia como algunas de la CCAA que menos recursos invierten en sanidad, como Madrid, Cataluña o Canarias, lo compensan elevando el grado de privatización. Aún así, no necesariamente se ha de invertir el orden de la Tabla 9 relativa a gasto sanitario (p.17), ya que se observa que el grado de privatización del País Vasco o Navarra no es precisamente bajo. En cualquier caso, la diferencia entre las primeras y las últimas CCAA es muy significativa, alcanzando Madrid una puntuación 2,58 veces superior a la de Extremadura.

CAPÍTULO 3. MODELOS DE GESTIÓN SANITARIA

Teniendo en cuenta la convivencia existente entre capital privado y público en la sanidad española y la tendencia que existe a que ésta pueda aumentar en un futuro, se ha considerado conveniente analizar en qué medida se puede ver afectado un sistema sanitario en función del tipo de gestión que se aplique en el mismo.

En concreto se van a analizar, a través de un estudio DAFO, los tres modelos de gestión que actualmente se aplican en España: gestión pública, gestión privada y gestión mixta.

1. Análisis DAFO de los modelos de gestión.

1.1. Gestión pública.

Se considera gestión sanitaria pública aquella que está coordinada exclusivamente por organismos públicos. En este caso, se proporciona una cobertura universal del servicio y las prestaciones ofrecidas son comunes para todos los que puedan necesitarlas. Su financiación procede de la Administración Pública y los ciudadanos pueden acceder al servicio sin tener que realizar ningún tipo de desembolso adicional.

Dado que la financia la Administración la capacidad de elección de los pacientes queda restringida a las directrices que ésta establezca y todas las decisiones acerca de cómo los recursos también depende de los entes públicos dado que ellos son, en la práctica, los propietarios de los centros sanitarios.

Las principales ventajas o fortalezas de este tipo de gestión son que no supone un gasto a los ciudadanos y que la cobertura proporcionada es universal. Además, al menos en teoría, al no estar orientada al beneficio económico, no intervienen otros intereses que puedan alterar la gestión habitual del sistema. Por otro lado, desde el punto de vista del trabajador, su puesto de trabajo goza de mayor estabilidad en relación al sector privado, evitando además procesos de selección que pueden resultar arbitrarios o con intereses de por medio. No obstante, aproximadamente un 23% de los trabajadores del sistema sanitario público son temporales (Galán, J., 2017) y su puesto no está garantizado (la cifra ha subido con la pandemia del Covid-19), por lo que esta fortaleza no aplicaría a los mismos.

La gran ventaja de la sanidad gestionada de forma pública es que además de velar por el bienestar del paciente garantiza un mayor Bienestar Social en general ya que su funcionamiento está guiado por una serie de principios éticos básicos (universalidad, solidaridad y equidad), que generalmente desembocan en una mejor atención.

No obstante, este tipo de gestión también posee una serie de debilidades. En primer lugar, el control total por parte de la Administración reduce al máximo la capacidad de decisión del paciente o del trabajador. En segundo lugar, en caso de existir un mal funcionamiento ya sea en el servicio ofrecido al paciente (los casos de las listas de espera en hospitales en algunas comunidades) o en las condiciones de los trabajadores (condiciones de los interinos, sueldos más bajos para los trabajadores fijos, etc.), no siempre existe la posibilidad de encontrar soluciones rápidas y realmente eficaces ya que los trámites suelen ser lentos y, en muchas ocasiones, casi imposible de superar (Sánchez-Bayle, M., & Palomo, L., 2018).

Por otro lado, respecto a la atención recibida, hay que recordar que a pesar del mayor tamaño de los hospitales públicos y del mayor número de empleados, el número de pacientes por trabajador es mucho mayor. Esta mayor proporción se traduce en una atención menos personalizada y de menor duración, lo que puede generar un descontento en el paciente. No obstante, hay que tener en cuenta que una atención menos personalizada no tiene por qué traducirse en menor calidad, por lo que esta posible debilidad dependerá de la gestión concreta.

Estos hechos provocan que este tipo de gestión se puede ver amenazada en el futuro. La progresiva privatización pone en peligro el sistema. El porcentaje del PIB dedicado a sanidad de las CCAA en su conjunto se ha reducido considerablemente en la última década (Ministerio de Sanidad., 2018). Esto puede traducirse en el traslado de los ciudadanos a centros privados, pagando por la atención que reciban. Si se mantiene esta tendencia en la distribución del presupuesto, la hasta ahora progresiva pero moderada privatización podría acentuarse en el futuro.

Por otro lado, las condiciones de los profesionales sanitarios dejan mucho que desear. Los salarios en los hospitales públicos son generalmente inferiores, y cada vez son más

comunes los contratos temporales. Los profesionales sanitarios ya evidenciaban su descontento anteriormente y este se ha acentuado a raíz de la crisis del coronavirus (El Confidencial, 2020). Este descontento generalizado podría traducirse en un éxodo de profesionales cualificados rumbo a centros privados. Este hecho, sumado a la menor atención recibida por los pacientes y a la poca capacidad de decisión de los médicos, podría hacer tambalearse al sistema público.

¿Cuál es la solución ante estas amenazas? Pues a priori una mayor atención en la sanidad pública, en todos los sentidos. Por un lado, la cada vez menor financiación de la sanidad pública debe cesar cuanto antes. Además, debe revitalizarse la posición del Ministerio de Sanidad, que ha perdido muchísima fuerza en la última década. Sin caer en una redistribución de competencias ilegal en virtud de la legislación existente, se antoja crucial la existencia de un órgano que actúe como líder y coordinador de todo el sistema, gestionando las diferencias entre comunidades y unificando criterios. La crisis del coronavirus no ha hecho sino subrayar esta necesidad.

Además, se debe volver al punto de partida de este sistema, que es la preocupación por el Bienestar Social de la Comunidad, como sistema destinado a cubrir el derecho a la salud que posee todo individuo. Al fin y al cabo, el hecho de que la cobertura no repercuta un coste directo al paciente sitúa a este de entrada más cerca del sistema público. Sería un grandísimo error dejarlo escapar al sistema privado a raíz de una mala gestión. Por último, retener a los mejores profesionales con unas condiciones favorables también se traduciría en una mayor efectividad del sistema.

1.2 Gestión Privada

El modelo de gestión privada funciona a partir de pólizas de seguros contratadas a título individual por los interesados a cambio de una cantidad de dinero determinada. En dichas pólizas vienen recogidos los beneficios que esta incluye y los servicios que se van a cubrir, y la atención se recibe ante una necesidad demostrada. (Pereira-Victorio, C. J., 2013).

Al contrario que en la gestión pública, la capacidad de elección del interesado es total. La asignación de los recursos depende del mercado y de la ley de oferta y demanda.

Además, los centros sanitarios son propiedad de particulares, y no existe un ente público que controle el sistema, sino que las decisiones son tomadas por los accionistas. El principal objetivo de este modelo de gestión es la obtención de beneficio, por lo que la organización está orientada al cumplimiento de este objetivo, siempre partiendo de ofrecer un buen servicio al paciente al igual que en el modelo público.

Las principales ventajas de una gestión sanitaria privada son la agilidad y la libertad. Los procesos generalmente son mucho más rápidos y las listas de espera muy reducidas. La atención recibida suele ser más cercana, con citas más largas, y la proporción pacientes / doctor también es menor. Asimismo, en el modelo privado se recurre a tratamientos más innovadores o incluso alternativos, que pueden atraer a un gran número de pacientes interesados en ellos.

En cuanto a los profesionales, como ya se ha mencionado, generalmente gozan de salarios más altos que en el modelo de gestión pública. No obstante, en vez de acceder a su puesto a través de exámenes u oposiciones, son sometidos a procesos de selección similares a los de cualquier otra empresa privada, lo que podría desembocar en alguna contratación arbitraria o guiada por intereses extraprofesionales.

Además de esta desventaja, el principal problema para los trabajadores es la inestabilidad del empleo. Al funcionar del mismo modo que cualquier otra empresa privada, guiada por el beneficio, y a pesar de que también cuenta con trabajadores fijos, las contrataciones y despidos son más recurrentes. No obstante, la crisis del coronavirus ha acentuado este problema en el modelo público, aumentando considerablemente el número de contratos temporales de médicos y enfermeros.

Pero si existe algún problema o desventaja en este modelo es el alto coste que supone a los ciudadanos, recordando siempre que este lo marca el mercado y que el paciente tiene plena capacidad de decisión para recibir atención en el modelo que desee. La cobertura universal proporcionada sin repercusión directa al paciente por parte de la sanidad pública hace difícil la implantación total de este sistema. Además, el alto coste provocaría una polarización de la asistencia recibida, aumentando la brecha entre las clases privilegiadas y aquellas más humildes, como es el caso de Estados Unidos (Beronio, K., Po, R., Skopec, L., & Glied, S., 2014).

Por otro lado, ciertas áreas sanitarias funcionan notablemente mejor en el sistema público. Tal es el caso de los trasplantes, donde España (concretamente su modelo de gestión pública) es líder mundial (Mosquera, P., 2019). Por tanto, aquellos pacientes con necesidad de trasplantes difícilmente se plantearán resolver sus problemas recurriendo al modelo privado. Además, el hecho de orientar la gestión a la obtención de beneficio puede dar lugar a diagnósticos exagerados que aumenten el gasto del paciente.

De cara al futuro, los defensores de este modelo de gestión deberán aprovechar el cada vez menor desembolso en sanidad de la Administración. Por ejemplo, tratando de captar a profesionales descontentos con sus condiciones laborales y salario. En muchas comunidades, el número de pacientes en lista de espera o desatendidos llega a un nivel que no deja otra alternativa al paciente que recurrir a un centro privado. La mayor competitividad de un sector privado bien coordinado podría dar lugar a una mayor eficacia que el sistema público, cada vez más caracterizado por su rigidez.

Por otra parte, el crecimiento de este modelo también dependerá del comportamiento de las empresas que lo gestionan. Estas empresas están dando cada vez más facilidades económicas a los interesados, lo que ayuda al crecimiento del sistema. Además, deberán mantener una imagen comprometida con la sociedad y el paciente, tratando de dejar de lado sus intereses económicos, al menos de cara al público, y maximizar la calidad del servicio ofrecido.

Por contra, las principales amenazas al crecimiento de la sanidad privada dependen del papel de la Administración General del Estado y las CCAA. Si la actual tendencia cesase y tuviese lugar un fuerte gasto en sanidad pública, mejorando condiciones laborales, aumentando el número de camas y reduciendo listas de espera, la sanidad privada perdería adeptos. Incluso podrían llegar a imponerse medidas restrictivas contra la sanidad privada, aunque a las entidades públicas de algún modo le beneficia su existencia para liberar carga de las listas de espera y agilizar la gestión pública (Meneu, R., & Urbanos, R., 2018). Por otro lado, las empresas que gestionan la sanidad privada se están viendo afectadas por el aumento de la carga fiscal, que reduce su capacidad de obtener beneficios.

1.3 Gestión mixta

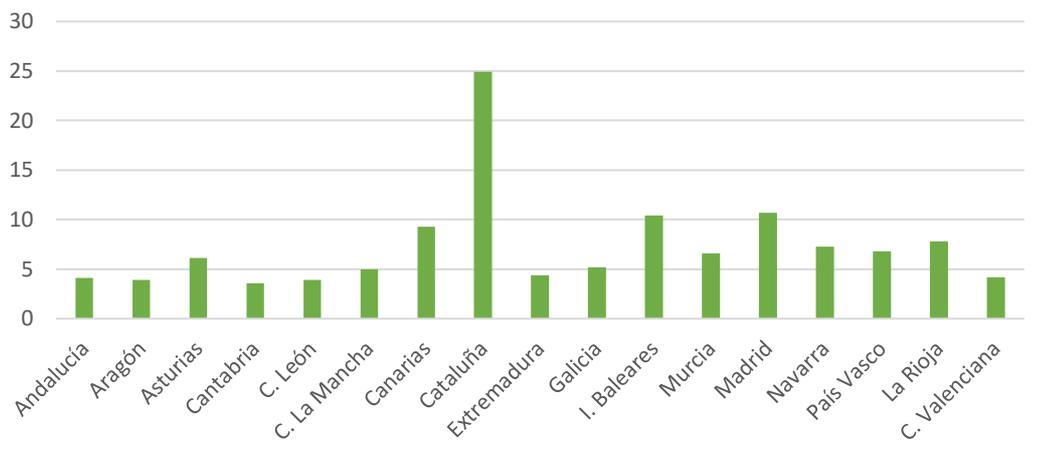
Para solucionar las debilidades y hacer converger las fortalezas de los dos modelos de gestión comentados, se ha creado un modelo denominado de gestión mixta. Tiene por tanto características de ambos sistemas. Este modelo de gestión mixta intenta mantener la cobertura universal típica de la gestión pública, pero estableciendo colaboraciones o acuerdos con el sector privado para que éste se encargue de una parte de las decisiones asociadas a la gestión sanitaria.

El objetivo de este modelo de colaboración es solucionar los fallos del sistema público sin alejarse demasiado de los principios que lo sustentan. Las formas de colaboración son muy variadas. Según recoge un artículo publicado por Ricard Meneu y Rosa Urbanos, 3 son las que se dan más a menudo: delegación, desinversión y desplazamiento. La primera se da cuando sin perder la responsabilidad y la supervisión, el sector público contrata o subcontrata a entidades privadas para la prestación de determinados servicios. En el caso de la desinversión sí se produce una pérdida de la responsabilidad por parte de la entidad pública, mientras que el desplazamiento va más allá y el sector privado acaba sustituyendo al sector público de la actividad que tenía asignada (Meneu, R. & Urbanos, R., 2018).

Dada la diversidad de colaboraciones que existen entre la Administración Pública y el sector privado es habitual que el tipo de relación contractual o de acuerdo que realicen también sea muy diverso y que la contraprestación que pueda recibir el sector privado por el servicio ofrecido vaya desde una determinada cantidad económica, hasta la posibilidad de que pueda establecer unas tasas que recaigan sobre los usuarios del servicio.

Este modelo cada vez es más común, ya que es prácticamente imposible mantener un sistema íntegramente público o privado. De hecho, un 43% de los hospitales privados españoles tienen algún tipo de concierto con la Administración (Ramírez, E., 2018). Los conciertos entre los servicios regionales de salud y los centros privados ya representan el 11,6% del gasto sanitario total (IDIS 2018), con notables diferencias entre CCAA (ver gráfico).

Gráfico 2: % conciertos sobre gasto sanitario público (2016)



Fuente: elaboración propia a partir de datos de Fund. IDIS

Este modelo de gestión tiene importantes ventajas, entre las que destaca la flexibilidad. El sistema permite solucionar problemas de los otros dos modelos, ya que permite adaptarse con facilidad a situaciones cambiantes o problemáticas. Por ejemplo, según Meneu, R. y Urbanos, R. (2018), los conciertos con operadores privados ayudan a aliviar las listas de espera, ya sea para intervenciones quirúrgicas, hospitalización o transporte sanitario.

Además, supone una mayor eficiencia y un menor coste para la prestación de los mismos servicios. Es decir, se intentan mantener los actuales estándares consumiendo menos recursos públicos. La veracidad de este punto dependerá de la gestión concreta que se haga en cada supuesto, pudiendo dar lugar a resultados completamente opuestos.

Pero no todo son ventajas en este modelo. En ocasiones, el servicio ofrecido por el sector privado no cumple con las expectativas, bien por su calidad o por su coste. Ejemplo de esto es la construcción de algunos hospitales con sobrecostes notables, como el de Vigo o el de Burgos (Sánchez-Bayle, M., 2013) (Tribuna de Burgos, 2020). Precisamente en el caso de estos dos hospitales, han sido especialmente preocupantes los problemas en la construcción y equipamientos que han tenido lugar. Además, en muchos casos, la flexibilidad prevista acaba no siendo tal dados los niveles de deuda que suponen estos

contratos, que dejan sin poder económico a las entidades públicas para futuras operaciones (Sánchez-Bayle, M., 2018).

Por otro lado, el hecho de recurrir a empresas privadas puede provocar que un servicio tan básico y necesario como la sanidad acabe en manos de grandes multinacionales que prioricen la obtención de beneficio. Por ejemplo, los hospitales de Parla y Coslada, propiedad de Lloyd Bank (Observatorio Madrileño de Salud, 2017), o la Fundación Jiménez Díaz, en manos del fondo de pensiones alemán Fresenius (Reuters, 2016). Además, la asignación de las concesiones puede ser en muchos casos cuestionable, teniendo lugar prácticas corruptas, como las puertas giratorias o el cobro de comisiones por la asignación (Sánchez-Bayle, M., 2018).

Asimismo, de un modo generalizado y sin entrar en demasiados detalles, la población española prefiere ir a un centro público que a uno privado (De Benito, E., 2017). En más de una ocasión la atención sanitaria ha empeorado al interponer intereses económicos a la correcta atención al paciente. Por último, este sistema mixto no tiene sentido en algunas actividades concretas. Por ejemplo, la privatización del almacenamiento de los historiales médicos, la gestión de los laboratorios o la extracción de sangre ha dado lugar a problemas (Ejerique, R., 2019).

Uno de los fracasos más sonados de este modelo de colaboración público-privada ha sido el conocido como modelo Alzira. Este sistema, que toma nombre del municipio valenciano donde fue inicialmente implantado en 1996, consiste en que una entidad privada construya y gestione las instalaciones sanitarias a cambio de un canon anual de las instituciones públicas (Soriano Cano, F. & Gil-González, D., 2018). Como resultado, los ciudadanos tienen acceso gratuito a los centros. El modelo fue extendido por numerosos centros sanitarios de la Comunidad Valenciana, a partir de una concesión adjudicada a la compañía Ribera Salud.

No obstante, en 2018, fecha de finalización de la concesión, el contrato ha sido revertido por las autoridades valencianas. Se alude a “deficiencias y carencias elementales” y a una “limitación y condicionamiento de la planificación del sistema sanitario público” (Europa Press., 2017, p.1). A pesar de que Ribera Salud defiende un ahorro del 25% del gasto sanitario y una reducción de las listas de espera, la Consejería

de Sanidad reclama a la entidad 170 millones de euros de liquidaciones pasadas (Zafra, I., 2018). En palabras de Pedro Lorente, médico miembro de la Asociación Ciudadana de defensa de la Sanidad Pública: “*La reversión del Hospital de Alzira cuestiona y hace tambalear todo el modelo de gestión privada de la Sanidad Pública*” (Lorente, P., 2018, p.3).

Algunos autores como López Casanovas y Del Llano concluyen que, con la información actual, el modelo presenta claros y oscuros sin que existan diferencias significativas en indicadores clínicos y económicos (Rodríguez, M., 2020). Sin embargo, la mayoría de los implicados (políticos, pacientes, entre otros) tildan a este sistema de fracaso y abogan por la vuelta de la gestión pública (Lorente, P., 2018).

1.4 Resumen DAFO

Tabla 11: Resumen DAFO

	Gestión Pública	Gestión Privada	Gestión Mixta
Debilidades	-Atención menos especializada -Trámites lentos	-Interés económico en la atención y contratación	-Mayores costes -Pasados fracasos como Vigo o Alzira
Amenazas	-Éxodo de profesionales -Creciente privatización	-Mejoras de la sanidad pública -Carga fiscal	-Gestión por parte de multinacionales -Deriva hacia gestión privada
Fortalezas	-Universalidad -Principios éticos básicos	-Relación entre particulares -Competitividad	-Combinar ambas ventajas -Flexibilidad
Oportunidades	-Gestión más eficaz -Apoyo a los profesionales	-Aprovechar listas de espera y debilidades de la pública	-Imposible mantener pública al 100% -Creciente nº conciertos

Fuente: elaboración propia a partir del análisis realizado

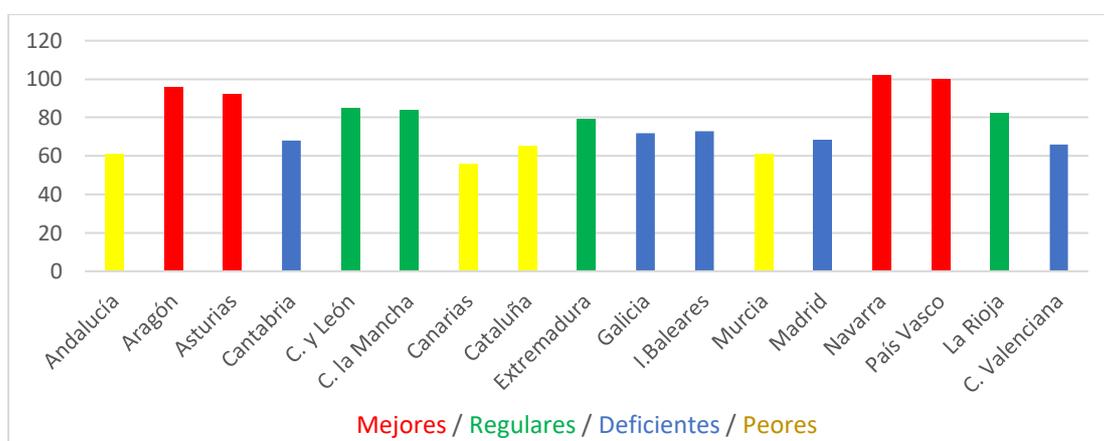
2. El sistema sanitario español por Comunidades Autónomas

2.1. Principales características del sistema en las distintas CCAA.

En este apartado se va a analizar la situación del sistema sanitario en las comunidades autónomas españolas y para ello se ha decidido utilizar como referencia básica el informe realizado por la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Salud Pública (en adelante FADSP) sobre los servicios sanitarios de las CCAA. Este informe se realiza desde 2004, y además de reflejar las diferencias en la gestión sanitaria de cada comunidad, también es muy útil para observar la evolución del sistema sanitario a nivel global, teniendo en cuenta las diferentes fases económicas que han tenido lugar en los últimos años. Asimismo, también se refleja la efectividad de las decisiones políticas relativas a la sanidad, como el famoso Real Decreto-Ley 16/2012, que generó un importante rechazo entre los ciudadanos (Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2012).

Para la elaboración del informe se han tenido en cuenta un total de 33 variables divididas en cinco grupos: 1) Financiación, recursos y funcionamiento 2) Política Farmacéutica 3) Valoración de los ciudadanos 4) Listas de espera 5) Privatización sanitaria. Las 17 CCAA se han agrupado cuatro grupos en función de si sus servicios sanitarios son los peores, deficientes, regulares o los mejores. Las puntuaciones son relativas entre las diferentes CCAA, por lo que lo que se realiza realmente es una comparación entre las mismas. Los resultados han sido los siguientes:

Gráfico 3: Puntuaciones obtenidas (31-126)



Elaboración propia a partir de datos de FADSP

La diferencia en los resultados es muy notoria, alcanzando Navarra una valoración 82% superior a la canaria. Durante los últimos 5 años sólo en 2017 se había alcanzado una diferencia tan alta, por lo que la brecha se está abriendo (Ballesteros, S., 2017).

En lo relativo a los resultados financieros no hay demasiadas sorpresas. Como ya se ha comentado en el cap. 2, Asturias, País Vasco y Navarra son las tres comunidades que más recursos invierten en sanidad. No obstante, esto no se traduce necesariamente en un mayor número de camas, donde sobresalen otras comunidades como Aragón y Cataluña (ratio camas / 1000 habitantes). En el resto de categorías se mantiene una tendencia generalizada. Asturias, País Vasco y Navarra ocupan las mejores posiciones en muchas magnitudes, como por ejemplo el número de cesáreas en relación a los partos.

Tabla 12: Variables informe FADSP (CCAA)

Comunidad	Camas*	Quirófano*	Urgencias*	Gasto farmacéutico)**	Gasto sanitario total***
Andalucía	2,46	0,09	760,3	339,01	412
Aragón	4,02	0,1	611,5	416,07	443
Asturias	3,67	0,1	517,04	454,01	422
Baleares	3,36	0,11	767,45	332,02	372
Canarias	3,51	0,08	551,48	353,03	317
Cantabria	3,45	0,1	615,72	420,91	373
Castilla y León	3,89	0,09	513,06	414,91	404
Castilla la Mancha	2,78	0,07	543,16	385,81	321
Cataluña	4,16	0,1	660,32	336,21	437
C. Valenciana	2,69	0,1	617,02	417,81	430
Extremadura	3,62	0,11	522,82	464,14	312
Galicia	3,14	0,1	524	432,06	428
Madrid	3,37	0,1	729,36	326,55	462
Murcia	3,63	0,1	709,71	379,05	373
Navarra	3,61	0,12	462,84	375,64	478
País Vasco	3,37	0,1	554,39	357,64	506
La Rioja	2,47	0,07	504,09	399,52	407

Fuente: elaboración propia a partir de datos de FADSP

(*) datos por 1000 habitantes.

(**) gasto farmacéutico en recetas y hospitalario (€ per capita 2018)

(***) gasto de bolsillo anual por persona en sanidad

En cuanto al gasto farmacéutico, los resultados no son demasiado reveladores. Las comunidades que más dinero invierten se encuentran en las primeras posiciones en algunas categorías, mientras que en otras ocupan posiciones intermedias y destacan otras comunidades, por lo que no son datos demasiado concluyentes. No obstante, hay que recordar que tanto el País Vasco como Navarra destinaban un porcentaje muy bajo de sus recursos sanitarios al gasto farmacéutico.

Por otra parte, las categorías relativas a la opinión ciudadana sí son esclarecedoras. El primer resultado es la puntuación otorgada por la ciudadanía a la Sanidad Pública, que sólo alcanza el notable en cuatro comunidades, aquellas que más invierten en sanidad (Aragón, Asturias, Navarra y País Vasco). También estas comunidades son aquellas con el mayor porcentaje de ciudadanos que opinan que la Sanidad funciona bien o bastante bien, y que la atención recibida fue buena o muy buena. El resto de sanidades públicas obtienen puntuaciones entre el 6 y el 7, registrando Andalucía el valor mínimo con 6,15. No obstante, en la última categoría sí hay alguna sorpresa. Por ejemplo, el porcentaje de ciudadanos que eligen la sanidad pública para hospitalizarse en Navarra es relativamente bajo, en comparación con otras comunidades que gozan de peor opinión como Castilla la Mancha o Galicia. Esto puede deberse también al funcionamiento de la sanidad privada, y es que 9 de cada 10 navarros la recomendaban en 2017 (Navarra Información, 2017).

Realizando una remisión a los datos sobre listas de espera, se vuelven a observar diferencias preocupantes. Las primeras posiciones están de nuevo ocupadas por comunidades como Asturias, País Vasco o Navarra. Asimismo, otras como Galicia o especialmente Madrid ofrecen también resultados muy positivos en cuanto a las demoras para intervenciones quirúrgicas o consultas de especialistas. En el otro lado del espectro, Canarias obtiene puntuaciones dramáticas. Los días de promedio de espera son más de tres veces mayores que en el País Vasco, y tan solo un 7,3% de los pacientes obtienen cita en las primeras 24 horas, mientras que en Navarra este porcentaje alcanza el 58,5%.

Por último, el informe recoge los datos relativos a la privatización sanitaria. Llama la atención que a pesar de la buena puntuación que dan sus ciudadanos a la sanidad pública, Navarra y País Vasco son las dos comunidades con mayor gasto individual en sanidad. Como ya se ha comprobado en el apartado 1.3 de este capítulo (p. 27), Cataluña, seguida de Madrid, son las dos regiones con mayor número de conciertos con centros privados. Esto se traduce en que son junto a Canarias las tres comunidades con más consultas al año por habitante en médicos especialistas o de cabecera privados.

Los resultados de este informe han sido bastante constantes a lo largo de los años, ocupando Navarra, Aragón y País Vasco posiciones cabeceras, y relegando a Canarias y a Valencia a los últimos puestos.

También hay que tener en cuenta que además de la gestión del día a día, el sistema sanitario español ha sido puesto a prueba en numerosas crisis sanitarias, como la famosa pandemia de Gripe A (H1N1 de 2009-2010) o los casos de ébola durante 2014. Estos dos casos, a pesar de dejar ver algún defecto organizativo, pusieron de manifiesto la capacidad del sistema público para hacer frente a este tipo de alertas (Ramírez, J.P., 2018). En el actual 2020 ha tenido lugar la pandemia del Covid-19, la crisis sanitaria más severa que se recuerda, por lo que se antoja interesante estudiar la gestión realizada por las diferentes instituciones públicas y su impacto en la opinión ciudadana en materia sanitaria.

2.2 Factores que provocan las diferencias en los resultados

Después de observar los resultados del informe de la FADSP, se puede afirmar sin atisbo de duda que existe una relación directa entre el gasto realizado y los resultados obtenidos, o al menos el nivel de satisfacción ciudadana. No parece casualidad que las cuatro comunidades que más dinero gastan en sanidad por habitante obtengan los cuatro mejores resultados.

Sin embargo, existen excepciones a esta regla. Madrid, una de las CCAA que menos gasta en sanidad en relación a su población, a pesar de no obtener resultados formidables, escapa del grupo de CCAA con los peores sistemas sanitarios. De hecho, según el informe realizado por Análisis e Investigación, la comunidad madrileña cuenta con tres de los

cuatro hospitales públicos mejor valorados de España, como son el Hospital Universitario La Paz, el Hospital General Universitario Gregorio Marañón y el Hospital Universitario 12 de octubre (Linde, P., 2019).

Por otro lado, no parece que haya una relación directa entre el nivel de privatización de cada comunidad y los resultados generales. Realizando una remisión al gráfico 1 relativo al grado de privatización de las CCAA (p. 20) se observa como de las 4 CCAA con mejores resultados globales, solo una de ellas tiene elevado nivel de privatización, mientras que dos cuentan con un nivel medio y Asturias tiene incluso nivel bajo. Aún así, las comunidades con mejor sanidad según el informe ofrecen números discretos en cuanto a recursos destinados a conciertos con centros privados. De un modo opuesto, Cataluña, Madrid y las dos comunidades isleñas, las CCAA con mayor porcentaje de conciertos, ocupan posiciones discretos en el informe de la FADSP. Es necesario recordar que los conciertos con operadores privados ayudan a aliviar las listas de espera, ya sea para intervenciones quirúrgicas, hospitalización o transporte sanitario, entre otros (Meneu, R., & Urbanos, R., 2018). Por tanto, en el caso de comunidades como Canarias parece evidente que son empleados para agilizar y solucionar los problemas de la sanidad pública.

Por otra parte, relacionando el resultado del informe con la tabla de partidas de gasto sanitario público, se aprecia que las dos CCAA con mejores resultados (Navarra y País Vasco) son aquellas que mayor porcentaje de sus recursos destinan a remuneración del personal sanitario. Y en cuanto a la clasificación funcional, si bien ambas mantienen niveles intermedios tanto de recursos destinados a atención primaria y atención especializada, su gasto en farmacia es el más bajo de todo el país. En contrapartida, en algunas de las CCAA con peores resultados en el informe, como Andalucía o Canarias, la partida de gastos destinada a farmacia es muy significativa.

PARTE II

EL SISTEMA SANITARIO
GALLEGO

CAPÍTULO 4: EL SISTEMA SANITARIO EN GALICIA

A continuación el análisis se centrará en la comunidad autónoma de Galicia, analizando en que situación se encuentra, concretando sus fortalezas y flaquezas y tratando de proponer mejoras que mejoren la eficiencia y la valoración global del sistema.

1. Origen del sistema sanitario gallego.

Galicia es la quinta comunidad de España en cuanto a población, contando con algo menos de 2.700.000 habitantes (IGE, 2020). Desde el año 2009 está presidida por Alberto Núñez Feijóo, candidato del Partido Popular (Parlamento de Galicia, 2020). Su Estatuto de Autonomía fue aprobado en 1981, en el marco de la Constitución de 1978 (BOE, 1981).

La norma básica que regula su sistema sanitario es la *Ley 1/2018, de 2 de abril, por la que se modifica la Ley 8/2008, de 10 de julio, de salud de Galicia*. Algunos de los principales cambios que introduce esta nueva ley son la simplificación de la regulación de los órganos de participación social, el fomento de la evaluación del impacto en salud de las políticas públicas o una nueva ordenación territorial del sistema sanitario (Redacción Médica, 2018). Esta consistirá en la coincidencia de la delimitación territorial de las áreas sanitarias con el ámbito de las siete EOXI existentes, también conocidas como Estructuras de Gestión Integrada (SERGAS). La entidad que regula el sistema sanitario, el equivalente al Ministerio de Sanidad a nivel autonómico, es la Consellería de Sanidad, y el organismo que esta dirige para coordinar la asistencia sanitaria es el SERGAS (SERvizo GAlego de Saúde).

2. Modelos de gestión en el sistema sanitario de Galicia.

El presupuesto anual de la comunidad se distribuye del siguiente modo, según datos de 2020 del Ministerio de Hacienda, que hacen referencia a los presupuestos del año anterior (Ministerio de Hacienda, 2020).

Tabla 13: % gasto público Galicia

Categoría	% sobre el presupuesto
Sanidad	34,8 (4º nacional)
Educación	20,71
Seguridad y protección social	6,88
Deuda Pública	13,90
Resto de funciones o políticas	23,71

Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Hacienda

De ese presupuesto, se destina un total de 1492€ a sanidad por cada habitante (Ministerio de Sanidad, 2018), lo que supone aproximadamente un 35% del total, la cuarta cifra más alta del país y siendo solo superada con claridad por Asturias.

En cuanto al grado de privatización, el informe de la FADSP (Gráfico 1, p. 20) coloca a Galicia entre las CCAA con nivel intermedio de privatización. No obstante, al igual que la tendencia general nacional, el nivel de privatización ha aumentado considerablemente en los últimos años. Esto se debe en parte a las políticas del gobierno popular de Mariano Rajoy, como el famoso Real Decreto Ley 16/2012, impulsado en Galicia por su homólogo y compañero de partido Feijóo. Además, se ha llevado a cabo la privatización de determinados servicios como la gestión de los laboratorios, de las historias clínicas o de las telecomunicaciones del propio SERGAS, que han ido a parar a manos de empresas privadas como Unilabs, Indra o Telefónica (Álvarez, R, 2018).

Esta progresiva privatización ha generado gran polémica, propiciando la aparición de organizaciones como SOS Sanidade (Sanidad) Pública, que consideran que: *“la política sanitaria del Gobierno de Feijóo está llevando a la sanidad pública a un punto de difícil retorno si no la paramos entre todos y todas”* (Pardo, M., 2020, p.2) Además, la decisión de cerrar centros sanitarios de menor tamaño, como recientemente el paritorio de Verín, también ha desembocado en el descontento de la población, especialmente de la rural. En este último caso mencionado, las protestas han acabado incluso por obligar a la Xunta a reabrir el centro (Huete, C., 2020).

Tabla 14: % del gasto sanitario gallego

MODELO DE GESTIÓN	IMPORTANCIA SOBRE GASTO TOTAL EN SANIDAD
Gestión Pública	68,34%
Gestión Privada	26,5%
Gestión Mixta	5,16%

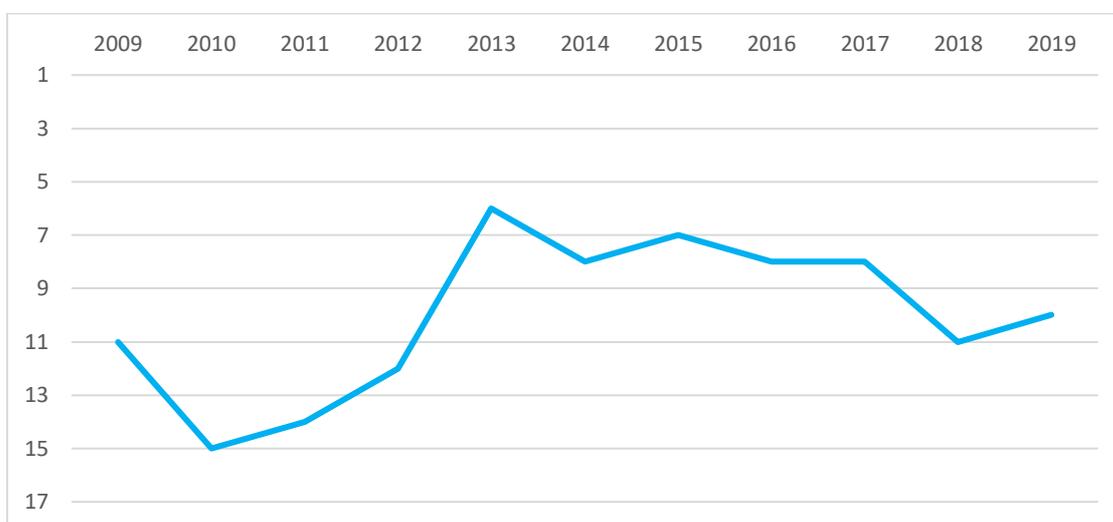
Fuente: Asociación de Hospitales de Galicia

En cuanto a los conciertos, en Galicia suponen apenas el 5,16% del gasto sanitario público total, porcentaje similar al de CCAA como Castilla y León o Asturias. Destacan aquellos con la aseguradora Ahosgal, que gestiona centros como Quirón (A Coruña), HM Hospitales (A Coruña) o Vithas (Vigo) (Rodríguez, R., 2016). Además, hay que mencionar también a Povisa, el hospital privado más grande de España, recientemente vendido al grupo Ribera Salud, gestor también del ya comentado modelo Alzira (Paniagua, A., 2019). No obstante, la gestión de este hospital es única en nuestro país. Se encuentra en concierto con el SERGAS desde 2014, teniendo asignados 135.000 pacientes, para los que se trata de un hospital público (Rodríguez, R., 2016). El concierto actual finalizará en 2022, cuando deberá ser renegociado con su nuevo propietario. El gasto por paciente, pagado por el SERGAS al hospital, apenas supera los 500€, lo que dista mucho de los casi 1.000€ de la atención pública, dando lugar a un total de 80 millones de euros anuales (Paniagua, A., 2019). En cualquier caso, los conciertos con el SERGAS suponen únicamente el 16% de los ingresos de la sanidad privada gallega (Rodríguez, R., 2016).

En otro orden de hechos, un caso especialmente problemático ha sido el de la construcción del nuevo hospital de Vigo (2015), ciudad más grande de la comunidad. Dicho complejo, presupuestado inicialmente para realizarse mediante un préstamo de la UE, fue finalmente adjudicado por el Partido Popular a una UTE de empresas privadas con notable sobrecoste. Pero ahí no termina el asunto, puesto que la UTE no consiguió los fondos necesarios y fue finalmente la Xunta la que tuvo que avalar un crédito de la UE para dichas empresas. El coste presupuestado inicialmente era de 331 millones de euros, mientras que el definitivo se terminó elevando hasta los 1.566 millones, lo que supone un sobrecoste del 372% (Sánchez-Bayle, M., 2013).

Analizando los resultados obtenidos en el informe de la FADSP de 2019 ya comentado en el capítulo 3, se observa que la puntuación obtenida (72 sobre 126) es deficiente, similar a la de CCAA como Baleares o Madrid. No obstante, ambas CCAA destinan bastantes menos recursos al sistema sanitario, por lo que estos son más eficientes. La evolución de la comunidad gallega en los 11 años del informe no ha sido demasiado favorable. Después de una ilusionante fase de recuperación desde un resultado nefasto en 2010 hasta alcanzar el sexto puesto en 2013, ha sufrido un nuevo estancamiento y declive, ocupando una discreta décima plaza en 2019.

Gráfico 4: Resultado Galicia en el informe FADSP



Elaboración propia a partir de datos de FADSP

Al desglosar los resultados del informe de servicios sanitarios de las CCAA, se observa que en muchas de las categorías Galicia ocupa posiciones intermedias, como en las magnitudes relativas a financiación, recursos y funcionamiento. La comunidad cuenta con 3,14 camas y 0,1 quirófanos por cada 1000 habitantes, ambos datos regulares. Lo mismo ocurre con el número de médicos y enfermeros por cada 1000 habitantes, ya sean de atención primaria o especializada, y también con otras como el número de cesáreas, de intervenciones quirúrgicas o el coste del alta hospitalaria. Sí se obtienen buenos resultados en cuanto al número de urgencias por el millar de habitantes, que se sitúa en 524, solo superado con claridad por Navarra (462,84) y ampliamente mejor que otras CCAA como Madrid (729,36) o Andalucía (760,3)

Tabla 15: variables sanitarias CCAA

Comunidad	Camas*	Quirófano*	Urgencias*	Gasto farmacéutico)**	Gasto sanitario total***
Andalucía	2,46	0,09	760,3	339,01	412
Aragón	4,02	0,1	611,5	416,07	443
Asturias	3,67	0,1	517,04	454,01	422
Baleares	3,36	0,11	767,45	332,02	372
Canarias	3,51	0,08	551,48	353,03	317
Cantabria	3,45	0,1	615,72	420,91	373
Castilla y León	3,89	0,09	513,06	414,91	404
Castilla la Mancha	2,78	0,07	543,16	385,81	321
Cataluña	4,16	0,1	660,32	336,21	437
C. Valenciana	2,69	0,1	617,02	417,81	430
Extremadura	3,62	0,11	522,82	464,14	312
Galicia	3,14(13º)	0,1 (4º)	524 (12º)	432,06 (3º)	428 (6º)
Madrid	3,37	0,1	729,36	326,55	462
Murcia	3,63	0,1	709,71	379,05	373
Navarra	3,61	0,12	462,84	375,64	478
País Vasco	3,37	0,1	554,39	357,64	506
La Rioja	2,47	0,07	504,09	399,52	407

Fuente: elaboración propia a partir de datos de FADSP

(*) datos por 1000 habitantes.

(**) gasto farmacéutico en recetas y hospitalario (€ per capita 2018)

(***) gasto de bolsillo anual por persona en sanidad

En cuanto al gasto farmacéutico, Galicia alcanza posiciones muy altas. El gasto per cápita en recetas es el tercero del país y el gasto farmacéutico hospitalario el segundo, sólo superado por Asturias. Volviendo al de recetas, supuso un gasto total de 718 millones de euros el último año, con un crecimiento bastante discreto respecto a otras CCAA (La Voz de Galicia, 2020). Este gasto se ha visto reducido considerablemente a lo largo de la década, principalmente por el ajuste de precios y el aumento del uso de genéricos, que se sitúa en torno al 38%. De hecho, en 2010 el gasto en recetas alcanzó los 970 millones de

euros, más de un 30% más que en el último año, por lo que se ha reducido muy favorablemente (Bascoy, I., 2019).

La tercera categoría del informe es la relativa a la opinión ciudadana. Los gallegos valoran a su sanidad pública con una puntuación de 6,43 (tercera peor del país), y el 70,2% de ellos consideran que esta funciona bien o bastante bien (País Vasco: 82,8%, Canarias: 54%). Además, es una de las CCAA en la que más ciudadanos prefiere a la sanidad pública para hospitalizarse, concretamente un 78,4%, superada una vez más con claridad por Asturias y ligeramente por Aragón y Castilla la Mancha. Es decir, que a pesar de mostrarse críticos a la hora de puntuar, mantienen su preferencia por la pública y están satisfechos con la atención recibida (Ramil, A., 2019). Una cuestión de importancia en este punto sería ver si las recientes decisiones que han suscitado polémica (privatizaciones o cierre de centros sanitarios) han tenido que ver con la baja valoración, puesto que observando el resto de categorías del informe a priori no hay motivos para dicha puntuación.

En cuanto a las listas de espera, la demora para recibir atención quirúrgica o una consulta de especialista es relativamente baja, con unos días de promedio de 60 y 37, respectivamente. Solo hay 3 CCAA con mejores datos, y otras como Canarias que duplican ampliamente los plazos (147 y 105). De las 7 EOXI o estructuras de gestión integrada en las que se divide la comunidad, Pontevedra-Salnés es la que menos listas de espera quirúrgica acumula, mientras que A Coruña-Cee tiene la mayor demora. Además, en el área sanitaria de Vigo, el plazo ha pasado de 102 días a 62 con la apertura del nuevo hospital en 2015 (Ruiz de Arcaute, M., 2020).

La última parte del informe, como se ha analizado en el capítulo 3, es la relativa a la privatización. Ya se ha indicado que la sanidad gallega se encuentra en un nivel intermedio de privatización, y los resultados del informe no hacen sino apoyar este hecho. A pesar de que el gasto de bolsillo anual por habitante es relativamente alto (428€), el número de consultas al año con médicos privados, ya sean de cabecera o especialistas, es muy bajo. Esta combinación, sumada al ya comentado discreto porcentaje de conciertos, acaba dando lugar a un nivel intermedio.

En resumen, la mayoría de los datos relativos a la sanidad gallega indican una situación regular, aceptable pero no brillante. En el último año ha experimentado una ligerísima mejoría, suficiente para adelantar en los resultados del informe a Madrid. Como ya se ha comentado en apartados anteriores, hay que valorar los resultados en función de la inversión realizada. No es esperable que Galicia obtenga mejores resultados que País Vasco o Navarra. No obstante, Galicia es la octava comunidad que más dinero desembolsa por habitante, por lo que sus ciudadanos sí pueden exigir resultados algo mejores a los de los dos últimos informes (11º y 10º).

Acudiendo al último Informe Anual del Sistema Nacional de Salud para la Comunidad Autónoma de Galicia disponible, relativo al año 2018, aparecen detalladas las acciones destacables y estrategias que está siguiendo la comunidad para tratar de impulsar su sistema sanitario. Este informe lo elabora cada comunidad y queda recogido en el Ministerio de Sanidad, siendo el último de ellos publicado el 18 de diciembre de 2019 (Ministerio de Sanidad, 2019).

Este informe divide las estrategias en cinco frentes: salud pública, asistencia sanitaria, infraestructuras sanitarias, recursos humanos y gestión económica-financiera.

En cuanto a la salud pública, Galicia se centra en el mantenimiento e impulso de medidas que favorezcan estilos de vida saludables, evitando el sedentarismo y tratando de reducir el nivel de obesidad cuidando la alimentación y apoyándose en las nuevas tecnologías. Además, también se ha trabajado en un programa para la detección de sordera en el periodo neonatal, y se ha adoptado un nuevo calendario de vacunación apoyado también en las nuevas tecnologías, e impulsado por la Comisión de Salud Pública.

En lo relativo a asistencia sanitaria, la principal dedicación se centra en el desarrollo y consolidación de los derechos de los pacientes, en aspectos como tiempos de espera máximos, libre elección de médicos de familia y pediatras, o derecho a una segunda opinión médica. Asimismo, se ha desarrollado la plataforma É-Saúde, para permitir a la ciudadanía el acceso a través de sus teléfonos a una serie de información, servicios, trámites y recursos que agilicen el proceso de atención sanitaria.

Pasando al apartado de infraestructuras sanitarias, tras el notable gasto que supuso la construcción del nuevo hospital de Vigo, Galicia se ha centrado en modernizar y mejorar las instalaciones de sus hospitales comarcales. Además, se han modernizado los quirófanos de los hospitales más importantes y se ha implementado el “Plan de Humanización de la asistencia sanitaria”, adaptando estructuras y equipos que favorezcan su cumplimiento.

En lo relativo a recursos humanos, ya se ha comentado en este punto que es una de las críticas más constantes al sistema sanitario gallego. Por ello, se han promovido medidas para la estabilización del personal temporal, el aumento de la transparencia y el compromiso con la movilidad de los profesionales. También se han desarrollado planes para prevenir la violencia externa y ayudar a la resolución de conflictos, tratando de mejorar la seguridad, salud y bienestar laboral de los trabajadores.

Además, se ha incluido una nueva categoría dentro del SERGAS para el personal enfermero especialista, de manera que puedan incorporarse y desarrollar su trabajo al estar plenamente capacitados.

Para cerrar el informe, se hace referencia a la gestión económico-financiera. Curiosamente, es el apartado más escueto del documento. Sobresale la consolidación del servicio logístico integral y plataforma logística del SERGAS en el ámbito de aprovisionamiento. Para el futuro se espera aumentar capacidades, incrementar el nivel de automatización del sistema y aumentar la rotación de existencias disminuyendo el coste medio de las compras (Ministerio de Sanidad, 2019).

Por último, no se puede hablar de la situación del sistema sanitario gallego actual sin hacer referencia a la pandemia del Covid-19. Si bien es cierto que los resultados y consecuencias de la gestión no son ni mucho menos definitivos, con los datos actuales se pueden extraer ciertas conclusiones. La Xunta de Galicia contabiliza un total de 619 fallecidos, lo que supone una cifra de 23 defunciones por cada 100.000 habitantes, muy por debajo de la media española de 61 y tan sólo siendo más favorables los datos de las comunidades isleñas, Andalucía y Murcia. Además, a 19 de junio, según el Ministerio de Sanidad, es la séptima comunidad en cuanto a número de test PCR realizados con un total de 163.569, y ha sido la primera comunidad en pasar a la nueva normalidad el día 15 de

junio (Xunta de Galicia, 2020). Asimismo, hay que señalar que el virus ha provocado el retraso de las elecciones autonómicas, que originariamente estaban previstas para el 5 de abril y se celebrarán el día 12 de julio.

3. Análisis DAFO

A continuación se realizará un análisis DAFO resumiendo las características básicas de la sanidad gallega, muchas de ellas ya comentadas en el primer punto del capítulo.

Algún aspecto no termina de hacer clic en el sistema sanitario gallego. Destinándole la comunidad un 35% de sus recursos, podría esperarse un funcionamiento algo más eficiente. La Asociación Gallega para la Defensa de la Sanidad Pública (AGDSP) tildaba la situación de “dramática” ya en el año 2015 (Nueva Tribuna, 2015, p.1), lo cual podría parece algo exagerado. De hecho, la posición relativa de la comunidad según el informe de la FADSP ha bajado tres puestos más desde entonces. Existe un fuerte sentimiento anti-privatización, con un importante componente político, partidario de reimpulsar la sanidad pública y encarnado principalmente por partidos políticos como el Bloque Nacionalista Galego (BNG) o Podemos. A lo largo de la última década de gobierno de Feijóo se ha reducido considerablemente el número de camas, pasando de las 8.010 del año 2010 (Monge, M., 2016) a las 7.093 que registra a día de hoy la página del SERGAS.

Estos recortes, ya sean en el presupuesto, en las camas o en el personal, se suman a la progresiva privatización de centros sanitarios y externalización de servicios ya comentada, aumentando el descontento de aquellos partidarios de una sanidad íntegramente pública. No obstante, como ya se ha visto, la privatización no tiene por qué ser perjudicial, existiendo modelos exitosos a la hora de aliviar listas de espera y solventar problemas de la gestión pública.

Sin embargo, se han producido errores a la hora de tomar decisiones importantes. El proceso entero de construcción del hospital Álvaro Cunqueiro de Vigo, sin entrar en posibles intereses económicos de los implicados como deja entrever Manuel Monge (Monge, M., 2016), es buena prueba de ello. Graves retrasos en los plazos, defectos en la construcción y un sobrecoste de más del 300% son sinónimos de catástrofe.

Otras dos importantes debilidades de la sanidad gallega tienen que ver con problemas estructurales de la comunidad. Por un lado, el envejecimiento de la población, con una edad media de 47,24 años (INE), dato únicamente superado por Asturias y Castilla y León. Galicia lleva 30 años con saldo vegetativo negativo, y se espera que a lo largo de la próxima década pueda perder otros 200.000 habitantes (Quincemil, 2020). Unida al envejecimiento, la dispersión de la población, aunque cada vez es menor, dificulta también la gestión sanitaria. No obstante, la población rural se está reduciendo a pasos agigantados, y actualmente más del 70% de los gallegos se concentran en 1/5 del territorio (Moledo, A., 2018). En las dos provincias de interior, cuatro de cada cinco municipios son zonas poco pobladas. La atención sanitaria de estos municipios supone una inversión muy poco rentable o eficiente.

Por último, una de las críticas más comunes que recibe la sanidad gallega está directamente relacionada con el trato al que posiblemente sea su mayor activo, su personal. Existe un fuerte rechazo a la valoración y el trato que reciben los profesionales, en multitud de aspectos como formas de contratación, los incentivos o la transparencia (Batas Blancas, 2019).

No obstante, las condiciones no son el único problema en relación a los profesionales sanitarios gallegos. Y es que continuamente las autoridades sanitarias autonómicas hacen un llamamiento ante la falta de profesionales. A eso hay que añadir que mientras que mejorar las condiciones puede parecer relativamente fácil con el gasto adecuado, invertir la pirámide de población es imposible a corto plazo. Cada año se jubilan aproximadamente 400 médicos en Galicia (Bascoy, I., 2018), y 2.400 tienen 60 años o más, lo que supone aproximadamente un 35% del total (INE). Las soluciones barajadas ponen de manifiesto la alarmante falta de previsión: se ha valorado la posibilidad de aumentar la edad de jubilación hasta los 68 años (Bascoy, I., 2018) o de contratar médicos portugueses (López, P., 2019). La realidad es que ambas son parches que pueden moderar el problema un par de años, pero las deficiencias estructurales son gravísimas.

Por otro lado, las principales fortalezas de la sanidad gallega se resumen en algunas de las estadísticas más elementales, muchas de ellas ya mencionadas al comentar el informe de la FADSP. La demora para ser atendido es de las menores de España, y el 84,5% de los atendidos consideran que la atención recibida fue buena o muy buena. Además, un

78,4% de la población prefiere hospitalizarse en la pública, muy por encima de la media nacional. Además, por mucho que sus detractores defiendan el proceso privatizador como apocalíptico e irreversible, hay que recordar que Galicia no se encuentra entre las comunidades con elevado grado de privatización (FADSP).

Otra de las fortalezas ha visto la luz en los últimos años para hacer frente a una de las debilidades comentadas, el envejecimiento de la población, y es que desde 2012 el SERGAS ha puesto en marcha un exitoso plan de innovación. El plan consiste en usar contratos públicos para fomentar e impulsar el I+D, como señala Beatriz Allegue, directora de la Axencia de Coñecemento en Saúde. Hasta ahora el programa ha sido exitoso, consiguiendo movilizar 90 millones de euros en sus primeros cuatro años, y se espera que continúe a través del programa Código 100 (Montero, T., 2019).

De cara al futuro la situación es algo incierta. Las elecciones de julio de 2020 marcarán a priori el rumbo y las decisiones que se tomarán. En cualquier caso, parece que el principal problema tiene tintes ideológicos, y que las disputas nacen más de la disparidad de pensamientos que de estadísticas que reflejen un problema grave. Por eso, parece que habría que luchar por unificar pensamientos y remar en la misma dirección. En caso contrario, con políticos por un lado, asociaciones por otro y profesionales por otro, el sistema puede verse profundamente amenazado y empeorar notablemente sus prestaciones.

4. Propuestas de mejora

Como ya se ha mencionado, de cara al futuro hay disparidad de opiniones. Por ejemplo, se hará referencia a algunas de las medidas propuestas por la Asociación Batas Blancas, que incluyen entre otras la derogación de las estructuras de gestión integrada o EOXI, una nueva normativa sobre provisión de puestos directivos y jefaturas de servicio, o el diseño de una política de recursos humanos (Batas Blancas, 2019). Esta asociación, dispar con la política de Feijóo, se define a si misma como una organización de interés público cuyo objetivo es fomentar una medicina ética, basada en la evidencia y orientada al paciente (Asociación Batas Blancas). Además, mencionan otros aspectos como la reversión de las privatizaciones y asistencias de medios ajenos, la simplificación de las

estructuras directivas o una nueva dotación presupuestaria acorde a las necesidades reales de personal y recursos materiales (Batas Blancas, 2019).

En el otro lado del espectro, se encuentra el presidente de la Xunta de Galicia, Alberto Núñez Feijóo, que en el último Debate sobre el Estado de la Autonomía aseguraba que: “Nunca antes Galicia tuvo una mejor sanidad pública” (Cortés, N., 2019, p.1). Entre sus mayores logros, Feijóo hace alusión al acuerdo para el desarrollo de la carrera profesional, la flexibilización laboral de los trabajadores o la renovación tecnológica. No obstante, sus opositores y críticos se muestran disconformes con su discurso y lo tachan de cortina de humo, achacando al presidente promesas vacías traducidas en nada para los ciudadanos (Cortés, N., 2019).

Como se puede percibir, el escenario es de confrontación total. Por otro lado, la política privatizadora de Feijóo no permite extraer resultados demasiado concluyentes, puesto que a lo largo de la década de gobierno del partido popular la evolución de la sanidad gallega no ha tenido un rumbo marcado y no ha experimentado un gran cambio a nivel general, como se desprende del Gráfico 4 (p. 39).

Para mejorar su rendimiento en años venideros, la sanidad gallega ha de explotar sus fortalezas y hacer frente a sus debilidades. Ya se ha comentado que las estadísticas relativas a listas de espera y satisfacción de los pacientes son muy destacables. Esto se puede deber a la buena coordinación y al conocimiento e implicación de sus profesionales. No obstante, las condiciones de los mismos han sido motivo de queja, llegando a desembocar en conflictos con los sindicatos y huelgas (Vilas Lopez, M., 2019).

Por tanto, tendría sentido realizar un esfuerzo en mejorar las condiciones de los sanitarios, con mayores incentivos laborales y transparencia y mejorando las formas de contratación. Como se mencionaba en el apartado 3.1, la sanidad pública no puede permitir el éxodo de sus mejores profesionales a la privada porque en estos centros se les ofrezcan mejores condiciones.

En cuanto a las privatizaciones, se ha repetido en este estudio por activa y por pasiva que a pesar de la crítica continua que recibe el presidente, la sanidad gallega se encuentra en un nivel intermedio de privatización. Revertir todos estos procesos, como propone la

Asociación Batas Blancas, no parece tener sentido, teniendo en cuenta que la gestión en muchos centros sanitarios es eficiente. Por ejemplo, ya se ha mencionado que el hospital de Povisa, con una dotación individual inferior a la de cualquier hospital íntegramente público, ofrece un servicio muy provechoso a más de 135.000 personas.

Sin embargo, sí hay que hacer una valoración de cómo se distribuyen los gastos sanitarios. Planificaciones defectuosas como la del hospital Álvaro Cunqueiro de Vigo no pueden volver a repetirse. Sin ir más lejos, este mismo año está prevista la reforma del hospital Montecelo en Pontevedra, a la que ya se han asignado 140 millones de euros (Europa Press, 2019). Por el bien de los gallegos y su economía, se espera que no se repita un caso similar al de Vigo, puesto que esos mismos fondos podrían ir destinados a mejorar las condiciones de los profesionales, como ocurre en comunidades como Navarra o el País Vasco, o a reducir el gasto farmacéutico, que como ya se ha comentado es uno de los más altos del país. El uso de genéricos y un ajuste en los precios ayudó a reducir drásticamente el gasto entre los años 2010- 2013 (Bascoy, I., 2019), pero desde entonces se ha mantenido en las mismas cifras y hay que buscar nuevas soluciones.

Una de las tendencias más claras del gobierno de Feijóo es la concentración del poder y del control alrededor de los grandes hospitales de la comunidad, que habitualmente es motivo de críticas. Este movimiento provoca la progresiva pérdida de importancia de los hospitales comarcales y los habitantes de municipios con menor población se ven afectados. No obstante, si la gestión de este proceso es adecuada, es más que probable que la sanidad gallega mejorase en eficiencia. Volviendo el ejemplo ya comentado del paritorio de Verín, municipio de 13.723 habitantes (IGE). Si en vez de destinar recursos a mantener un paritorio en un municipio de ese tamaño, simplemente se ofreciese un buen servicio de transporte a Ourense, ciudad situada a 50 minutos por carretera, probablemente se ganaría en efectividad.

En cuanto a las subcontrataciones y privatización de determinados servicios, habría que analizar la efectividad de cada una de ellas para valorar su continuidad. Es decir, ahora que ya existe un historial y un rendimiento previo, deberían renovarse solo aquellas subcontratas que aporten un valor al sistema sanitario.

La opción de incrementar el número de conciertos también está sobre la mesa. Con una gestión eficaz como la de Povisa, y sin que supongan una inversión desmesurada, podrían ayudar a descongestionar los atascos de la sanidad pública. Sin embargo, ya se ha comentado que los principales problemas de la sanidad gallega no están directamente relacionados con demoras o listas de espera, por lo que tampoco se solucionarían las cuestiones que generan más críticas.

Además, como ya se ha venido haciendo en virtud de las medidas implantadas recogidas en el Informe del Sistema Nacional de Salud para Galicia, hay aprovechar y adaptarse a las nuevas tecnologías en todas las fases del proceso de atención sanitaria. De no ser así, el sistema quedaría obsoleto y descompensado respecto al resto de sanidades regionales españolas.

En resumen, gastos más controlados, subcontrataciones selectivas e impulso tecnológico pueden ser algunas de las claves para el progreso de la sanidad gallega. Sin embargo, la medida que se antoja más decisiva está relacionada con el capital humano, tanto en número como en condiciones. Mejores condiciones económicas, laborales y mayor transparencia ayudarían a acallar críticas, manifestaciones y huelgas. Además, se antoja urgente una solución ante la progresiva falta de profesionales, puesto que retrasar la edad de jubilación no parece suficiente. Por último, un clima de conciliación, por parte tanto de ciudadanos como de políticos, ayudaría a calmar las aguas y solucionar los problemas. Galicia ha de actuar como un todo, sin cambios de rumbo en virtud de resultados políticos ni conductas guiadas por otros intereses más allá del buen rendimiento del sistema sanitario.

PARTE III

CONCLUSIONES

CAPÍTULO 5: CONCLUSIONES

En este capítulo se expondrán las principales conclusiones obtenidas a lo largo de la elaboración del trabajo. Para que resulte más ilustrativo, el capítulo se dividirá en conclusiones parciales, conclusión final y futuras líneas de investigación.

5.1. Conclusiones parciales.

El análisis realizado a lo largo del trabajo nos permite extraer una serie de conclusiones, más allá del objetivo principal del mismo, que tocan muy diversos aspectos. En primer lugar, reincidir en el buen rendimiento del sistema sanitario español. El modelo de descentralización y reparto de competencias entre Estado y CCAA, combinado con el continuo aumento del gasto sanitario total (que no porcentual), ha dado lugar a una estructura eficiente que se codea con los mejores sistemas sanitarios del mundo.

Por otro lado, entrando ya en el análisis realizado, hay que señalar que existe una relación directa entre gasto realizado en sanidad y el rendimiento del sistema sanitario, como demuestra que las comunidades que ofrecen las mejores estadísticas son aquellas con mayor presupuesto destinado a sanidad (Navarra, País Vasco, Aragón). Los fondos puestos al servicio de la sanidad se traducen en recursos, ya sean humanos o infraestructuras, que permiten un mejor funcionamiento del sistema. Además, estas CCAA enfocan su gasto sanitario en la remuneración del personal y en la atención sanitaria, ya sea primaria o especializada, antes que en gastos farmacéuticos.

No obstante, existen comunidades autónomas que, gracias a una gestión eficiente, alteran esta relación entre gasto y rendimiento y obtienen mejores resultados del que les correspondería, como puede ser el caso de Madrid. Otras, sin embargo, rinden incluso peor de lo previsto, lo que da muestras de que la gestión de los recursos no es la adecuada.

También se puede dar respuesta a otra de las grandes incógnitas con la que partía este trabajo: ¿se obtiene mejor rendimiento privatizando el sistema sanitario o es preferible mantenerlo íntegramente público? La respuesta es que no existe una relación directa a nivel general. Es decir, que el nivel de privatización no está correlacionado con una mejor posición en el escalafón de sistemas sanitarios, y el rendimiento de estos depende de

muchos otros factores. No obstante, esto no implica ni mucho menos que la privatización de algunos servicios llevada a cabo de forma eficiente no sea beneficiosa para resolver algunas de las deficiencias del sistema público, como es el caso del hospital de Povisa en Vigo. Además, también es perfectamente compatible con un modelo de colaboración público-privada o mixta, que como se ha comprobado en comunidades como Cataluña puede funcionar con efectividad.

Trasladando el estudio a Galicia, principal objeto del trabajo, se observa una sanidad mediocre y con problemáticas notables de cara al futuro. Aún así, la valoración de la atención recibida por los pacientes es muy buena y las listas de espera son reducidas en comparación con otras CCAA. Además, se están realizando importantes esfuerzos para la mejoría, especialmente a través de la renovación de hospitales e implementación de nuevas tecnologías en la sanidad.

No obstante, como ya se ha señalado, existen importantes deficiencias. Algunos de los proyectos realizados en los últimos años han tenido notables sobrecostes que han supuesto la pérdida de gran cantidad de recursos. Además, el envejecimiento de la población, ya sean profesionales sanitarios o no, invitan a un futuro poco sostenible. Especialmente negro se antoja el futuro del personal sanitario, que ante su envejecimiento y las pobres condiciones de trabajo en las que se encuentran, están protagonizando un progresivo éxodo a la sanidad privada que puede terminar de matar al sistema público. Por contra, la aparentemente buena gestión de la CCAA de la crisis del Covid-19 invita a ser optimistas de cara al futuro del sistema.

Por último, a modo de reflexión personal, sería conveniente que el gasto sanitario fuese considerado una inversión, ya que el objetivo del mismo es alcanzar el Bienestar Social. De la efectividad del sistema sanitario depende la vida de los ciudadanos, como ha dejado claro la reciente pandemia, por lo que habría que dejar de pensar en la salud como negocio y unificar posturas para maximizar su rendimiento.

5.2. Conclusión final.

El trabajo partía con el objetivo principal de analizar la situación de la sanidad gallega. La conclusión es que el sistema sanitario gallego tiene mucho que mejorar. A pesar del

potente gasto destinado a sanidad por parte de la Xunta de Galicia y de ofrecer algunos datos ilusionantes, existen importantes deficiencias en el sistema que han de ser solucionadas en el futuro cercano.

5.3. Futuras líneas de investigación

A raíz del estudio realizado se han planteado ciertas cuestiones que pueden resultar atractivas como objeto de estudio en un futuro, por ejemplo:

-Será muy interesante realizar un estudio de similares características al presente una vez superada la pandemia del Covid-19. El virus ha puesto de manifiesto la importancia de la sanidad y parece evidente que se producirán decisiones significativas que afecten al sector sanitario. Además, la gestión del virus no ha sido la misma en las diferentes CCAA, por lo que parece interesante analizar la huella que ha podido dejar en cada CCAA y cómo afectará a sus respectivos futuros en materia sanitaria.

-Por otro lado, España debe hacer frente al envejecimiento que indica su pirámide de población, acentuado en algunas CCAA como Galicia o Asturias. Resulta intrigante como se enfocará este problema tanto desde la Administración General del Estado como desde las respectivas CCAA, y también es un tema estrechamente relacionado con el sistema sanitario y con el punto anterior relativo a la crisis del coronavirus.

BIBLIOGRAFÍA:

Libros:

Monge, M. (2016) *O perverso gobierno de Feijóo. Sete anos en negro*. Santiago de Compostela, España. Laiovento.

Artículo de revista:

Antoñanzas Villar, F., Rodríguez-Ibeas, R., Juárez-Castelló, C. A., Antoñanzas, L., & Reyes, M. (2014). Impacto del Real Decreto-Ley 16/2012 sobre el copago farmacéutico en el número de recetas y en el gasto farmacéutico. *Revista española de salud pública*, 88(2), 233-249.

Asociación Española de Neuropsiquiatría (2012). Rechazo al Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril. Derecho a la Salud para todas las Personas. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.*, 32(115), 668-670.

Beronio, K., Po, R., Skopec, L., & Glied, S. (2014). Affordable Care Act will expand mental health and substance use disorder benefits and parity protections for 62 million Americans. *Mental Health*, 1-4.

De La Fuente, A. (2012). *El sistema de financiación regional: la liquidación de 2010 y algunas reflexiones sobre la reciente reforma*. Hacienda Pública Española / Review of Public Economics, 203, 121-138.

Lenoir, R. (2014). La justicia acaba con la privatización de la sanidad madrileña: Nacho pierde la esperanza. *Cambio 16*, (2185), 20-21.

Martín, J. J. M. (2016). El sistema nacional de salud español ante la gran recesión. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 34(2), 315.

Meneu, R., & Urbanos, R. (2018). La colaboración público-privada en sanidad: hasta dónde y cómo delimitar sus fronteras. *Cuadernos económicos de ICE*, 35-52.

Observatorio Madrileño de Salud (2017). La privatización hospitalaria en Madrid balance de 10 años. *Salud 2000: Revista de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública*, (151), 16-23.

Pereira-Victorio, C. J. (2013). Sistema Universal de Salud (SUS) o Aseguramiento Universal de Salud (AUS). *Rev. del cuerpo médico HNAAA*, 57-58.

Sánchez-Bayle, M. (2013). La contrarreforma sanitaria. *Papeles de relaciones ecosociales y cambio global*, 123, 63-72.

Sánchez-Bayle, M., & Palomo, L. (2018). Recortes en los presupuestos sanitarios y listas de espera. *Gaceta Sanitaria*, 32, 198-199.

Sanz Larruga, J. (1999). Las competencias del Estado, Comunidades Autónomas y Corporaciones locales en materia sanitaria. *Lecciones de Derecho Sanitario*. 105-134.

Soriano Cano, F., & Gil-González, D. (2018). La experiencia de la colaboración público-privada en la sanidad en España. *Medicina Preventiva*, 23(3), 5-8.

Artículo de periódico:

Álvarez, R. (2018, 7 de enero). Radiografía de la sanidad gallega: Feijoo o la privatización del cuerpo. *elplural*. Obtenido el 5/03/2020 de:
https://www.elplural.com/politica/radiografia-de-la-sanidad-gallega-feijoo-o-la-privatizacion-del-cuerpo_117227102

Asuar, B. (2020, 26 de febrero) Límites de la sanidad privada: la pública asume todos los tratamientos del coronavirus. *Público*. Obtenido el 3/03/2020 de:
<https://www.publico.es/sociedad/epidemia-limites-sanidad-privada-publica-asume-tratamientos-coronavirus.html>

Ballesteros, S. (2017, 5 de septiembre) *Cadena Ser*. Se agravan las diferencias sanitarias entre autonomías. Obtenido el 27/02/2020 de:
https://cadenaser.com/ser/2017/09/05/sociedad/1504622654_369206.html

Bascoy, I. (2018, 21 de agosto) La falta de médicos en Galicia se agravará en 2019 con 400 doctores al borde de la jubilación. *La Opinión*. Obtenido el 17/03/2020 de:
<https://www.laopinioncoruna.es/sociedad/2018/08/21/falta-medicos-galicia-agravar-a-400/1321010.html>

Bascoy, I. (2019, 24 de octubre). El ajuste de precios y el uso de genéricos contienen el gasto farmacéutico en Galicia. *La Opinión*. Obtenido el 6/03/2020 de:
<https://www.laopinioncoruna.es/sociedad/2019/10/24/ajuste-precios-genericos-contienen-gasto/1446363.html>

Batas Blancas (2019, 8 de enero) La ceremonia de la confusión. *Galicia Press*. Obtenido el 9/03/2020 de: <https://www.galiciapress.es/texto-diario/mostrar/1294658/ceremonia-confusion>

Cortés, N. (2019, 25 de septiembre) Galicia y la sanidad de Feijoo: el presidente de la Xunta hace balance de su gestión. *Consalud*. Obtenido el 15/03/2020 de:
https://www.consalud.es/autonomias/galicia/galicia-y-la-sanidad-de-feijoo-el-presidente-de-la-xunta-hace-balance-de-su-gestion_68785_102.html

De Benito, E., (2017, 27 de febrero) *El País*. Cada vez más ciudadanos prefieren ir a la sanidad pública. Obtenido el 25/02/2020 de:
https://elpais.com/politica/2017/02/27/actualidad/1488217817_761016.html

Domínguez, M, (2019, 25 de abril) La Ley General de Sanidad cumple la “edad de Cristo”. *Redacción Médica*. Obtenido el 9/02/2020 de:
<https://www.redaccionmedica.com/la-revista/noticias/la-ley-general-de-sanidad-cumple-la-edad-de-cristo--7581>

Ejerique, R. (2019, 19 de diciembre) *eldiario.es*. La Comunidad de Madrid privatizará de nuevo la donación de sangre con Cruz Roja pese a que la justicia investiga si es legal. Obtenido el 25/02/2020 de: https://www.eldiario.es/madrid/Comunidad-Madrid-privatizar-Cruz-Roja_0_975353170.html

El Confidencial (2020, 22 de junio) El 36% de los médicos de la sanidad pública en España tiene un contrato temporal. Obtenido el 24/06/2020 de: https://www.elconfidencial.com/espana/2020-06-22/36-medicos-sanidad-publica-espana-contrato-temporal_2649520/

Europa Press. (2017). Sanidad justifica la reversión de Alzira en las deficiencias del contrato y en que limita la planificación del sistema. Obtenido el 20/02/2020 de: <https://www.europapress.es/comunitat-valenciana/noticia-sanidad-justifica-reversion-alzira-deficiencias-contrato-limita-planificacion-sistema-20170328142323.html>

Europa Press (2019, 21 de noviembre) Las obras de ampliación del Hospital de Montecelo, en Pontevedra, empezarán a mediados de 2020. Obtenido el 15/03/2020 de: <https://www.europapress.es/galicia/noticia-obras-ampliacion-hospital-montecelo-pontevedra-empezaran-mediados-2020-20191121145806.html>

Galán, J. (2017, 30 de marzo) ¿En qué comunidad y en qué sector hay más interinos? El País. Obtenido el 15/04/2020 de: https://elpais.com/economia/2017/03/29/actualidad/1490812840_851068.html

Huete, C. (2020, 18 de enero). La presión popular obliga a la Xunta a reabrir el paritorio de Verín. *El País*. Obtenido el 5/03/2020 de: https://elpais.com/sociedad/2020/01/18/actualidad/1579358167_708950.html

Linde, P. (2019, 27 de noviembre) Los 100 hospitales mejor valorados de España. *El País*. Obtenido el 3/03/2020 de: https://elpais.com/sociedad/2019/11/26/actualidad/1574781095_926910.html

López, P. (2019, 10 de marzo) Feijóo busca médicos en Portugal a 61.500€/ año y aunque no hablen gallego o castellano. *El Confidencial*. Obtenido el 17/03/2020 de: https://www.elconfidencial.com/espana/galicia/2019-03-10/galicia-se-lanza-a-captar-medicos-en-portugal_1870866/

Lorente, P. (2018, 31 de marzo). Modelo Alzira, crónica de un fracaso anunciado. *Nueva Tribuna*. Obtenido el 25/02/2020 de: <https://www.nuevatribuna.es/articulo/sanidad/modelo-alzira-cronica-fracaso-anunciado/20180331084325150297.html>

Moledo, A. (2018, 19 de febrero) Más del 70% de la población gallega se concentra en la quinta parte del territorio. *La Opinión*. Obtenido el 19/04/2020 de: <https://www.laopinioncoruna.es/galicia/2018/02/19/70-poblacion-gallega-concentra-quinta/1264682.html>

Montero, T., (2019, 9 de mayo) La innovación, respuesta a los grandes retos de la sanidad gallega. *La Voz de Galicia*. Obtenido el 9/03/2020 de:

https://www.lavozdeg Galicia.es/noticia/mercados/2018/12/23/innovacion-respuesta-grandes-retos-sanidad-gallega/0003_201812SM23P6991.htm

Mosquera, P. (2019, 14 de enero) España, 27 años líder mundial en donación y trasplante de órganos. *CNN*. Obtenido el 21/02/2020 de <https://cnnespanol.cnn.com/2019/01/14/espana-27-anos-lider-mundial-en-donacion-y-trasplante-de-organos/>

Navarra Información (2017, 16 de septiembre) Los usuarios recomiendan la sanidad privada. Obtenido el 28/02/2020 de: <https://www.navarrainformacion.es/2017/09/16/los-usuarios-recomiendan-la-sanidad-privada/>

Nueva Tribuna (2015, 16 de diciembre) “Dramática” situación de la sanidad pública gallega bajo el Gobierno de Núñez Feijóo. Obtenido el 15/04/2020 de: <https://www.nuevatribuna.es/articulo/sanidad/dramatica-gestion-feijoo-sanidad-publica-gallega/20151216172038123507.html>

Paniagua, A. (2019, 3 de octubre). El Hospital Povisa deja hoy de ser gallego. *La Voz de Galicia*. Obtenido el 6/03/2020 de: https://www.lavozdeg Galicia.es/noticia/vigo/2019/10/02/hospital-povisa-deja-gallego/0003_201910201910021570011020181.htm

Pardo, M (2020, 6 de febrero) Los conflictos de la sanidad gallega vuelven a la calle en vísperas de las elecciones. *eldiario*. Obtenido el 5/03/2020 de: https://www.eldiario.es/galicia/sanidade_0_992851589.html

Quincemil (2020, 16 de febrero) 10 datos escalofriantes sobre el envejecimiento de la población en Galicia. *El Español*. Obtenido el 9/03/2020 de: <https://www.lespanol.com/quincemil/articulos/actualidad/10-datos-escalofriantes-sobre-el-envejecimiento-de-la-poblacion-en-galicia>

Ramil, A. (2019, 29 de agosto) Los gallegos, críticos con el sistema sanitario pero satisfechos con la atención médica. *La Opinión*. Obtenido el 6/03/2020 de: <https://www.laopinioncoruna.es/sociedad/2019/08/30/gallegos-criticos-sistema-sanitario-satisfechos/1430979.html>

Ramírez, E. (2018, 13 de abril). Los conciertos entre la sanidad pública y centros privados representan el 11,6% del gasto sanitario público. *iSanidad*. Obtenido el 24/02/2020 de: <http://isanidad.com/110354/los-conciertos-entre-la-sanidad-publica-y-centros-privados-representan-el-116-del-gasto-sanitario-publico/>

Ramírez, J.P. (2018, 20 de agosto) Lecciones aprendidas de la crisis del ébola en España. *iSanidad*. Obtenido el 3/03/2020 de: <http://isanidad.com/120367/lecciones-aprendidas-de-la-crisis-del-ebola-en-espana/>

Reuters (2016, 6 de septiembre). Fresenius compra la española Quirónsalud por más de 5.700 millones de euros. Obtenido el 25/02/2020 de: <https://es.reuters.com/article/businessNews/idESKCN11C0EX>

Rodríguez, R., (2016, 21 de febrero). "Los conciertos con el Sergas son sólo el 16% de los ingresos de la sanidad privada". *Economía Digital*. Obtenido el 6/03/2020 de: https://galicia.economiadigital.es/politica-y-sociedad/los-conciertos-con-el-sergas-son-solo-el-16-de-los-ingresos-de-la-sanidad-privada_372441_102.html

Rodríguez, M. (2020). El sector público y el sector privado de la sanidad: ¿estabilidad o cambio?. Obtenido el 25/02/2020 de: <https://www.scielosp.org/article/gs/2019.v33n6/499-501/es/>

Ruiz de Arcaute, M. (2020, 17 de enero) Galicia logró en 2019 el mejor tiempo de espera quirúrgica «de la historia». *ABC*. Obtenido el 6/03/2020: https://www.abc.es/espana/galicia/abci-galicia-logro-2019-mejor-tiempo-espera-quirurgica-historia-202001171401_noticia.html

Tribuna de Burgos (2020). Mitadiel denuncia una posible malversación de 50 millones en la construcción del HUBU. Obtenido el 15/04/2020 de: <https://www.tribunaburgos.com/noticias/mitadiel-denuncia-una-posible-malversacion-de-50-millones-en-la-construccion-del-hubu/1554119724>

Valle, S. (2019, 31 de julio) Un año del decreto de sanidad universal del PSOE y la situación es "incluso peor". *El Mundo*. Obtenido el 11/02/2020 de: <https://www.elmundo.es/ciencia-y-salud/salud/2019/07/31/5d41b86021efa07c448b45a8.html>

Vigario, A., (2016). Cataluña, única región con más camas en hospitales privados que en públicos. *elEconomista*. Obtenido el 17/02/2020 de: <https://www.eleconomista.es/catalunya/noticias/7854181/09/16/Cataluna-unica-region-con-mas-camas-en-hospitales-privados-que-en-publicos.html>

Vilas López, M. (2019, 10 de octubre). La huelga en la Atención Primaria del SERGAS será el 27 y 28 de noviembre. *Galicia Press*. Obtenido el 15/03/2020 de: <https://www.galiciapress.es/texto-diario/mostrar/1594307/valedora-pide-concretar-plazo-atencion-pacientes-rechazan-asistencia-centros-concertados>

La Voz de Galicia (2020, 24 de enero). Galicia gastó 719 millones en recetas el año pasado, con una media de 11 euros por envase. Obtenido el 6/03/2020 de: <https://www.lavozdegalicia.es/noticia/galicia/2020/01/24/galicia-gasto-719-millones-recetas-ano-pasado-media-11-euros-envase/00031579892381941127471.htm>

Zafra, I. (2018, 13 de marzo). Así se revierte una privatización sanitaria. *El País*. Obtenido el 25/02/2020 de: https://elpais.com/politica/2018/03/12/actualidad/1520873923_638479.html

Legislación:

Constitución Española. Boletín Oficial del Estado, núm. 311, de 29/12/1978. Obtenido el 15/03/2020 de: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1978/BOE-A-1978-31229-consolidado.pdf>

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado, núm. 102, de 29 de abril de 1986. Obtenido el 20/04/2020 de:
<https://www.boe.es/buscar/pdf/1986/BOE-A-1986-10499-consolidado.pdf>

Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social. Boletín Oficial del Estado, núm. 154, de 29/06/1994. Obtenido el 16/03/2020 de: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1994/BOE-A-1994-14960-consolidado.pdf>

Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado, núm. 128, de 29 de mayo de 2003. Obtenido el 16/03/2020 de: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-10715-consolidado.pdf>

Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. Boletín Oficial del Estado, núm. 178, de 27 de julio de 2006. Obtenido el 24/04/2020 de: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2006/BOE-A-2006-13554-consolidado.pdf>

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. Boletín Oficial del Estado, núm 98, de 24 de abril de 2012. Obtenido el 20/03/2020 de: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2012/BOE-A-2012-5403-consolidado.pdf>

Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado, núm. 183, de 30 de julio de 2018. Obtenido el 25/03/2020 de: <https://www.boe.es/boe/dias/2018/07/30/pdfs/BOE-A-2018-10752.pdf>

Ley Orgánica 1/1981, de 6 de abril, de Estatuto de Autonomía para Galicia. Boletín Oficial del Estado, núm. 101, de 28 de abril de 1981. Obtenido el 5/03/2020 de: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1981/BOE-A-1981-9564-consolidado.pdf>

Página web:

Asociación Batas Blancas. Obtenido el 14/03/2020 de:
<https://asociacionbatasblancas.blogspot.com/>

Asociación de Hospitales de Galicia (Ahosgal). Diagnóstico de la sanidad en Galicia en 2019. Obtenido el 15/06/2020 de: <http://ahosgal.es/wp-content/uploads/2019/12/Diagn%C3%B3stico-de-la-Sanidad-en-Galicia-2019.pdf>

FADSP (2019) La privatización sanitaria de las CCAA, 2019, Sexto informe. Obtenido el 20/02/2020 de: <https://www.fadsp.org/index.php/sample-sites/notas-de-prensa/1927-6-informe-2019-la-privatizacion-sanitaria-de-las-ccaa>

FADSP (2019) Los servicios sanitarios de las CCAA, Informe 2019 (XVI informe). Obtenido el 27/02/2020 de: <https://www.fadsp.org/index.php/sample-sites/notas-de-prensa/2020-informe-2019-los-servicios-sanitarios-de-las-ccaa-xvi-informe>

IGE (Instituto Galego de Estadística) (2020) Obtenido el 5/03/2020 de:
<https://www.ige.eu/web/index.jsp?idioma=es>

INE. Edad Media Población. Obtenido el 9/03/2020 de:
<https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=3198>

El Médico Interactivo (2017, 25 de marzo) Luces y sombras de las transferencias sanitarias 15 años después. Obtenido el 12/02/2020 de:
<https://elmedicointeractivo.com/luces-sombras-transferencias-sanitarias-15-anos-despues-20170322125517110945/>

Ministerio de Hacienda (2020) Informe de Presupuestos Generales de las CCAA de 2020. Obtenido el 15/06/2020 de:
<https://serviciostelematicosext.hacienda.gob.es/SGCIEF/PublicacionPresupuestos/aspx/MenuREP.aspx>

Ministerio de Sanidad (2018) Serie 2002-2018 (Gasto sanitario público según criterio de devengo: Gasto real). Obtenido el 20/06/2020 de:
<https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/egspGastoReal.pdf>

Ministerio de Sanidad (2019, 18 de diciembre) Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2018: estrategias y acciones destacables. Comunidad Autónoma de Galicia. Obtenido el 14/03/2020 de:
https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2018/12Galicia_2018.pdf

Ministerio de Sanidad (2020) Gasto sanitario público, gestionado por las comunidades autónomas, estructura en porcentaje según los principales elementos de la clasificación económica y funcional del gasto sanitario, por comunidad autónoma. Obtenido el 15/04/2020 de:
<https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/sanidadDatos/tablas/tabla31.htm>

Ministerio de Sanidad (2020) Información estatal camas instaladas. Obtenido el 12/06/2020 de: <https://www.msbs.gob.es/ciudadanos/hospitales.do?tipo=camas>

Ministerio de Sanidad (2020) Introducción y Marco Legal. Obtenido el 15/04/2020 de:
<https://www.msbs.gob.es/organizacion/consejoInterterri/introduccion.htm>

Ministerio de Sanidad (2020). Traspaso a las Comunidades Autónomas de las competencias en materia de sanidad: Reales Decretos. Obtenido el 15/06/2020 de:
<https://www.msbs.gob.es/organizacion/ccaa/decretos.htm>

Muface (2020) Asistencia sanitaria en territorio nacional. Obtenido el 15/05/2020 de:
https://www.muface.es/muface_Home/Prestaciones/asistencia-sanitaria-nacional.html

Parlamento de Galicia (2020) Alberto Núñez Feijóo. Obtenido el 5/03/2020 de:
<http://www.es.parlamentodegalicia.es/Composicion/Deputados/226/alberto-nunez-feijoo>

Sánchez-Bayle, M. (2018, 2 de mayo) *FADSP*. Los modelos de colaboración público-privada en el ámbito de la gestión sanitaria: lo que nos dice la experiencia. Obtenido el 25/02/2020 de: <https://www.fadsp.org/index.php/publicaciones/articulos-publicados/1684-los-modelos-de-colaboracion-publico-privada-en-el-ambito-de-la-gestion-sanitaria-lo-que-nos-dice-la-experiencia>

Redacción Médica (2018, 9 de abril) Galicia pone fecha a la entrada en vigor de su nueva ley de Salud. Obtenido el 5/03/2020 de: <https://www.gestion-sanitaria.com/8-estado-autonomias-materia-salud.html>

United Nations (2020) Salud y bienestar: por qué es importante? Obtenido el 25/03/2020 de: https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/wp-content/uploads/sites/3/2016/10/3_Spanish_Why_it_Matters.pdf

Xunta de Galicia (2020) Galicia rexistra un total de 308 casos activos por coronavirus. Obtenido el 27/06/2020 de: <https://www.xunta.gal/notas-de-prensa/-/nova/49940/galicia-rexistra-total-308-casos-activos-por-coronavirus>