



El sistema nacional de salud español ante la gran recesión

José Jesús Martín Martín¹

Recibido: 13 de diciembre de 2015 / Aceptado: 25 de abril de 2016

Resumen. El texto analiza el impacto de la crisis económica en algunos aspectos críticos del Sistema Nacional de Salud: resultados, gasto sanitario, política retributiva y privatizaciones mediante los modelos de Colaboración Público Privado. Algunos resultados de salud vinculados a las desigualdades sociales son preocupantes. La reducción del gasto sanitario público ha aumentado la fragilidad del sistema sanitario, reducido las rentas salariales de los trabajadores del sector y aumentado la heterogeneidad entre Comunidades Autónomas. Finalmente, la evidencia señala que los procesos de privatización no suponen más eficiencia ni mejor gobernanza. Son necesarias profundas reformas para reforzar el Sistema Nacional de Salud.

Palabras clave: Crisis económica; Sistema Nacional de Salud; desigualdad; retribuciones; colaboración público privada.

[en] Economic crisis and national health system

Abstract. The text analyzes the impact of the economic crisis in some critical aspects of the National Health System: outcomes, health expenditure, remuneration policy and privatization through Private Public Partnership models. Some health outcomes related to social inequalities are worrying. Reducing public health spending has increased the fragility of the health system, reduced wage income of workers in the sector and increased heterogeneity between regions. Finally, the evidence indicates that privatization does not mean more efficiency and better governance. Deep reforms are needed to strengthen the National Health System

Keywords: Economic crisis; National Health Service; inequality; remuneration; private public partnership.

Sumario. 1. Introducción. 2. Salud y gasto sanitario. 2.1. Gasto sanitario. 3. La política retributiva. 4. Privatización. 4.1. Los modelos de Colaboración Público Privado. 4.2. Evaluación de la privatización. 5. Discusión. 6. Bibliografía.

Cómo citar: Martín Martín, J. S. (2016) El sistema nacional de salud español ante la gran recesión. *Cuadernos de Relaciones Laborales* 34(2). 315-334.

¹ Universidad de Granada
E-mail: jmartin@ugr.es

1. Introducción

La Gran Recesión ha tenido un fuerte impacto en la arquitectura institucional de España, poniendo en cuestión algunas de las vigas maestras del sistema surgido durante la transición. El surgimiento de partidos políticos, el cuestionamiento del diseño territorial autonómico como consecuencia del proceso independentista en Cataluña, el descubrimiento de que una parte no anecdótica de nuestras élites políticas y económicas son corruptas, el aumento significativo de las personas en situación de pobreza y sin perspectivas de futuro, y el claro deterioro del modesto Estado del Bienestar construido en las últimas décadas son signos inequívocos de ello. Por primera vez en varias generaciones, los españoles contemplan la posibilidad de un futuro peor que su presente.

España tuvo que ser parcialmente intervenida para evitar el colapso de su sistema financiero, que había enterrado ingentes cantidades de recursos en el monocultivo del ladrillo. Las políticas de ajuste que se han desarrollado han supuesto una severa deflación salarial, una desregulación agresiva del mercado laboral y una reducción de las políticas de gasto en los servicios públicos fundamentales como educación, servicios sociales o sanidad. En este último caso, al menos las consecuencias negativas de las políticas de austeridad implican además un agravamiento de problemas estructurales derivados del sistema de financiación y de la falta de coordinación entre las Comunidades Autónomas (CCAA).

Como máximo exponente de esta estrategia de austeridad aplicada al sector sanitario se encuentra el Real Decreto Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, con una amplia batería de medidas que afectan tanto a la oferta como a la demanda sanitaria y que han supuesto un deterioro significativo de la accesibilidad y universalidad. Un reciente análisis cualitativo describe la preocupación con la que este deterioro del sistema de salud es percibido por profesionales sanitarios (Cervero-Liceras et al., 2015).

El Sistema Nacional de Salud (SNS) español, con una cobertura prácticamente universal, financiado por impuestos y con un alto nivel de servicios prestados, ha funcionado durante las últimas décadas como una red de seguridad, tan necesaria como frágil, para afrontar la enfermedad y el sufrimiento de la vida, que está siendo cuestionada por la crisis económica y particularmente por la estrategia de salida utilizada.

El argumento más utilizado afirma la inviabilidad del SNS en nuestro futuro inmediato, aquejado de esclerosis burocrática, regímenes laborales funcionariales y una dinámica de crecimiento del gasto sanitario público insostenible. Como solución se propone una mayor participación de la iniciativa privada, supuestamente más eficiente, un control de las rentas salariales y las condiciones laborales de los empleados públicos en el sector y un conjunto de medidas como el copago, la exclusión de determinados colectivos, los incentivos fiscales para contratar seguros privados, y en definitiva más dosis de mercado. No deja de ser paradójico que la respuesta a la mayor crisis del sistema económico capitalista desde la Gran Depresión de los años veinte del siglo pasado, consista en más mercado en un sector como el sanitario, que comparte con el sistema financiero la

incertidumbre y las asimetrías de información como rasgos básicos de sus transacciones. La desregulación del sistema financiero en las últimas décadas del siglo XX condujo al desastre económico del 2008. Una desregulación del SNS con los mismos mimbres puede provocar similares resultados en sanidad. Más dosis de mercado y privatización del sector puede no ser la solución, sino parte del problema. El objetivo del texto es reflejar el impacto de la crisis económica en el SNS y cuestionar tanto su inviabilidad futura como que la solución a su sostenibilidad deba provenir de fórmulas de privatización de la producción para sortear la restricción presupuestaria.

El texto se organiza de la siguiente forma: El epígrafe dos aborda el impacto en salud de la crisis económica y la evolución de gasto sanitario. A continuación se abordan las políticas retributivas en la sanidad pública. El epígrafe cuarto analiza el proceso de privatización acometido recientemente con las diversas fórmulas de Colaboración Público Privada (CPP) desarrolladas en diversas CCAA. Finalmente el texto se cierra con una breve discusión.

2. Salud y gasto sanitario

Los españoles tienen la segunda esperanza de vida al nacer mayor de los países de la OCDE, 83,2 años en el año 2013 (86,1 años para las mujeres y 80,2 para los varones), solo superado ligeramente por los japoneses (83,4) habiendo experimentado un incremento de más de un año durante el periodo 2007 a 2013 a pesar de la crisis. Otros indicadores de salud también muestran mejoras en los últimos años. Por ejemplo la esperanza de vida en buena salud ha mejorado 2,6 años para las mujeres y 1,3 para los varones en el periodo 2007-2012, situándose en 65,8 y 64,8 años respectivamente. Igualmente España presenta una baja tasa de mortalidad infantil por cada 1000 nacidos vivos (2,4), si bien muestra cierto estancamiento desde al año 2009. Asimismo, lidera la clasificación junto a Italia y Francia en menores tasas de estandarizadas de mortalidad por 100.000 habitantes y muestra un nivel de salud percibida buena o muy buena del 72%, habiendo experimentado un incremento del 7% desde el 2007 (OCDE, 2015; Jiménez-Martín, 2014).

Otros indicadores sin embargo no son tan positivos y parecen señalar el impacto de la crisis económica que ha sido profundo en los países del sur de Europa como Grecia, Portugal, Italia, Irlanda y España (De-Vogli, 2014; Jackson, 2013). La interacción de la situación de crisis económica con otros factores adicionales, como las medidas de austeridad fiscal y el debilitamiento de la protección social parecen haber exacerbado las crisis sociales y de salud en Europa (Karanikolos et al., 2013; McKee et al., 2012).

La proporción de nacimientos con bajo peso al nacer ha crecido, situándose en el 7,8% en el año 2013, creciendo de forma preocupante desde el inicio de la crisis, como consecuencia probablemente del retraso de la maternidad. Las enfermedades crónicas o de larga duración han aumentado su incidencia en el periodo 2006-2012. La diabetes en el grupo de población de 55-64 años y en el de 75 o más ha aumentado cerca del 2 y 3% respectivamente. La depresión, la ansiedad y las enfermedades mentales han crecido de forma significativa a partir del inicio de la crisis,

particularmente en la población de más de 55 años, y especialmente en los mayores de 75 años, entre los que el porcentaje de población con dichos problemas ha aumentado cerca de un 10% (Jiménez-Martín, 2014).

El impacto de la crisis sobre la salud de las poblaciones es asimétrico, perjudicando fundamentalmente a los grupos sociales de menor estatus socioeconómico (Wilkinson y Marmot, 2003). La Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS), en sus informes de 2010 y 2014, destacan que el impacto de la crisis económica en el aumento de las tasas de desempleo se traduce en peor salud (Escribà-Agüir y Fons-Martínez, 2014; García, 2010; Muntaner et al., 2010). En los primeros años de la crisis se registra en el ámbito de la atención primaria una mayor prevalencia de trastornos del estado de ánimo, de ansiedad, y relacionados con el alcohol, para los cuales se ha mostrado una clara asociación con problemas económicos como el desempleo, las dificultades para pagar la hipoteca y los desahucios (Gili et al., 2013). Algunos autores encuentran una mayor prevalencia de problemas de salud mental en hombres -incluyendo mayores tasas de suicidio, también en hombres en edad laboral- asociada al desempleo y relacionada con el rol social masculino como proveedor económico de la familia (Bartoll et al., 2014; López-Bernal et al., 2013). Por otro lado, diversos estudios longitudinales con población inmigrante procedente de diferentes países de origen sugieren un papel causal de la crisis, mediante el deterioro de las condiciones laborales, en el incremento de riesgos para la salud mental (Agudelo-Suárez et al., 2013; Robert et al., 2014).

2.1. Gasto sanitario

El gasto sanitario como porcentaje del PIB ha pasado de un 9% en 2010 a un 8,8% en 2013, un nivel similar a la media de la OCDE (8,9%), ligeramente superior al Reino Unido (8,5%) y claramente inferior a Suecia (11,0%) o Dinamarca (10,4%), países con sistemas sanitarios similares al nuestro (OCDE, 2015). En el período 2009-2012 el gasto sanitario total ha caído un 5%, reducción solo superada por Grecia (24%) e Irlanda (10%) y similar a Portugal (4%), los otros países parcial o totalmente rescatados (Jiménez-Martín, 2014).

El gasto sanitario total per cápita ha experimentado una variación interanual negativa de -1,3% en el periodo 2010-2013, frente a un crecimiento del 0,7% en el periodo 2000-2010. Desde 2009 las tasas de crecimiento anual son negativas y crecientes, alcanzando en el periodo 2012/2013 una variación interanual negativa de -3,8% (OCDE, 2015).

La evolución del gasto sanitario público se refleja en la tabla 1, que muestra el enorme impacto que ha tenido la crisis en los recursos públicos dedicados a sanidad.

Tabla 1. Gasto sanitario público consolidado en España, 2009-2013.

	2009	2010	2011	2012	2013
Millones de euros	70.579	69.417	68.050	64.153	61.710
Porcentaje sobre el PIB	6,5%	6,4%	6,3%	6,1%	5,9%
Euros por habitante	1.510	1.475	1.442	1.357	1.309
Tasa de variación interanual (en porcentaje) del gasto sanitario público consolidado		-1,6	-2,0	-5,7	-3,8
Tasa de variación interanual (en porcentaje) del Producto Interior Bruto		0,2	-0,5	-1,9	-0,6

Fuente: Elaboración propia a partir de Estadística de Gasto Sanitario Público 2013. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. 2015. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EGSP2008/egspPrincipalesResultados.pdf> el 12 de diciembre de 2015.

Frente a 70.579 millones de euros en el año 2009, se ha pasado a 61.710 millones de euros en 2013. Se ha producido una reducción del gasto sanitario público per cápita de 200 euros en el período considerado, siendo de 1.309 euros per cápita en el año 2013. La reducción en el gasto sanitario público ha sido superior a la contracción del PIB. La tasa anual media de variación del gasto sanitario público en el quinquenio 2009-2013 fue de un -3,3 por ciento, frente a una variación de -0,7% del PIB en el mismo período (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad, 2015), lo que señala las fuertes dificultades que han afrontado los Servicios de Salud de las CCAA, que concentran el 92% del gasto público en sanidad. Esto se ha traducido en un importante deterioro, tanto de la accesibilidad como de la calidad ofrecida.

El gasto sanitario público entre CCAA muestra disparidades notables como refleja la tabla 2.

Tabla 2. Gasto sanitario público consolidado según comunidad autónoma en España, 2013.

	Millones de euros	Porcentaje Sobre el PIB	Euros por habitante
Andalucía	8.812	6,2%	1.044
Aragón	1.656	5,0%	1.229
Asturias (Principado de)	1.520	7,1%	1.423
Baleares (Illes)	1.278	4,9%	1.150
Canarias	2.553	6,3%	1.205
Cantabria	801	6,6%	1.354
Castilla y León	3.391	6,3%	1.346
Castilla-La Mancha	2.506	6,6%	1.193
Cataluña	9.265	4,7%	1.227
Comunitat Valenciana	5.671	5,8%	1.109
Extremadura	1.543	9,1%	1.397
Galicia	3.559	6,5%	1.287
Madrid (Comunidad de)	7.403	3,8%	1.140
Murcia (Región de)	2.086	7,8%	1.417
Navarra (Comunidad Foral de)	892	5,0%	1.384
País Vasco	3.394	5,3%	1.549
Rioja (La)	415	5,4%	1.288
Comunidades Autónomas	56.746	5,4%	1.208

Fuente: Estadística de Gasto Sanitario Público 2013. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. 2015. Disponible en:

<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EGSP2008/egspPrincipalesResultados.pdf> el 12 de diciembre de 2015.

Las CCAA con mayor gasto sanitario público son el País Vasco (1.549 euros por habitante), el Principado de Asturias (1.423 euros por habitante) y la Región de Murcia (1.417 euros por habitante), mientras que Andalucía (1.044 euros por habitante), Comunitat Valenciana (1.109 euros por habitante) y la Comunidad de Madrid (1.140 euros por habitante) son las regiones con menor gasto sanitario público per cápita. Estas desigualdades reflejan la dificultad del actual sistema de financiación autonómica para conciliar los principios de autonomía e igualdad (Consejo de Política Fiscal y Financiera, 2009). Sin ánimo exhaustivo, algunos de los principales problemas del actual modelo son su carácter complejo y opaco, poco coherente con los principios de transparencia y buen gobierno; su dependencia de la recaudación de tributos regionales, muy ligados al ciclo económico, lo que ha producido una notable asfixia financiera durante la recesión; la ausencia de criterios sólidos de definición de necesidad sanitaria; la inexistencia de un carácter finalista de los recursos sanitarios, lo que dificulta que el Estado pueda garantizar unos niveles de gasto sanitario público per cápita no excesivamente dispersos; y la falta de desarrollo de mecanismos para la corrección de las desigualdades sociales en salud (Cabasés et al, 2010; Rey et al, 2015).

3. La política retributiva²

La política laboral en el SNS presenta una notable heterogeneidad entre los diferentes Servicios de Salud de las CCAA por tres motivos fundamentales, uno intrínseco a las transacciones sanitarias, otro de naturaleza histórica e institucional y el tercero consecuencia del profundo impacto que la crisis económica ha tenido en el sector sanitario (Martín, 2015). El primero deriva de la complejidad de las organizaciones sanitarias y del proceso de decisión clínica, caracterizado por la asimetría de información y la incertidumbre.

El segundo descansa en el dilatado proceso histórico de transferencia de las competencias sanitarias a las CCAA, sujeto más a las contingencias políticas del momento que a un interés estratégico por desarrollar una arquitectura institucional que articule de forma estable el principio de autonomía con el de equidad territorial. El resultado es un sistema sanitario con insuficiente coordinación e integración que tiene uno de sus reflejos más nítidos en la heterogeneidad de las condiciones laborales y retributivas de los trabajadores de los distintos Servicios Regionales de Salud. Las insuficiencias de una política de coordinación efectiva a nivel de Estado han convertido el SNS en un ente prácticamente virtual

Finalmente, la crisis económica iniciada en el año 2008 supuso una estrategia de consolidación fiscal y austeridad en los servicios públicos que han reducido las retribuciones de los empleados públicos del sistema sanitario e introducido modificaciones significativas de sus condiciones de trabajo (Repullo, 2014).

El impacto de la crisis económica en el sector sanitario se ha caracterizado por una pérdida de empleo relativamente menor que otros sectores, a cambio de una disminución en las rentas salariales focalizada fundamentalmente en los empleados públicos. No obstante, a partir del tercer trimestre de 2011 se produce una pérdida absoluta del número de ocupados en el sector (Jiménez-Martín, 2014). En el ámbito específico de los Servicios de Salud de las CCAA, en el año 2013 el gasto en retribución de asalariados supuso 26.133 millones de euros, lo que representa el 46,1% del gasto consolidado del sector, experimentando un descenso del 0,6% respecto al año anterior. Existen notables diferencias entre Servicios de Salud oscilando entre el 35,7% de Cataluña y el 58,8% de Aragón, si bien en el caso de la primera este bajo porcentaje viene explicado por su importante sector concertado (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad, 2015).

Las tres medidas que más han incidido en las retribuciones de los trabajadores del Sistema Nacional de Salud han sido el Real Decreto-ley 8/2010, de 20 de mayo, por el que se adoptan medidas extraordinarias para la reducción del déficit público, que supuso una reducción de un 5% de la masa salarial de los empleados públicos, el Real Decreto-ley 20/2012 de 13 de Julio de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad que eliminó la paga extraordinaria de diciembre de 2012, y la Ley 2/2012 de 30 de junio de Presupuestos Generales del Estado para el año 2012, que estableció con carácter general para los empleados públicos una jornada laboral mínima de 37,5 horas se-

² Esta cuestión se desarrolla detenidamente en Martín (2015).

manuales de trabajo efectivo de promedio en cómputo anual sin incremento retributivo alguno.

Aunque la Ley 55/2003 de 16 de diciembre del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud³ regula las relaciones laborales y el sistema de retribuciones de la mayoría de los trabajadores del sistema sanitario español⁴ su desarrollo normativo ha sido muy heterogéneo entre CCAA, dando lugar a importantes diferencias tanto retributivas como laborales (Eirea y Ortún, 2012; Martín 2015).

Existen importantes diferencias en la aplicación de la compatibilidad para trabajar en el sector privado para el personal médico y correlativamente en la aplicación del complemento específico o de exclusividad⁵ entre CCAA, que supone en torno al 20% de las retribuciones fijas. Algunas CCAA autorizan dicha compatibilidad en cualquier caso, mientras otras las reconocen si se renuncia al complemento específico o si no se ostenta ninguna responsabilidad jerárquica u organizativa. Dependiendo del Servicio de Salud se retribuye tanto la exclusividad pura, como la dedicación con ampliación de jornada, la participación en programas o su pago para todos como productividad fija.

La carrera profesional del personal estatutario se define en el artículo 40 del estatuto marco como el derecho de los profesionales a progresar de forma individualizada, como reconocimiento a su desarrollo profesional en cuanto a conocimientos, experiencia y cumplimiento de los objetivos de la organización a la cual prestan sus servicios. Aunque se estructura en 4 niveles en todos los Servicios de Salud y es homologable entre los mismos, cada Servicio de Salud la desarrolla con diferentes requisitos y baremos. Las diferencias entre Servicios de Salud en el importe del complemento de carrera profesional para los médicos son significativas. Por ejemplo en el nivel I el mínimo era 1.453,56 € frente a 4.1896,78 € el máximo (188,72% de diferencia) y en el nivel IV 5.814,00 € frente a 14.566,44 el máximo (150,54% de diferencia) (OMC, 2014).

Los primeros sistemas de pago por resultados se desarrollaron en España en los primeros años de la década de los 90; progresivamente se fueron generalizando a los Servicios de Salud de todas las CCAA (Martín, 2005). Igualmente han sido un elemento significativo en la política retributiva de las distintas empresas públicas creadas en las últimas décadas, así como de los procesos de privatización realizados bajo distintas formas de Colaboración Pública Privada (CPP). La crisis económica ha supuesto una disminución generalizada de este concepto en la totalidad de los Servicios de Salud, e incluso su desaparición en varias de ellas (Martín, 2015).

³ Los antecedentes directos del actual Estatuto Marco son el Estatuto Jurídico del Personal Médico (Decreto 3160/1966, de 23 de diciembre), el Estatuto del Personal Sanitario no Facultativo (Orden del Ministerio de Trabajo de 26 de abril de 1973) y el Estatuto de Personal no Sanitario al Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social (Orden del Ministerio de Trabajo de 5 de julio de 1971).

⁴ La regulación de las profesiones sanitarias se remonta históricamente al Reglamento para las Subdelegaciones de Sanidad Interior del Reino de 24 de julio de 1848, en el que se incluían las profesiones de Medicina, Farmacia y Veterinaria en el sector de la Sanidad, aunque fue La Ley 14 de diciembre de 1942, del Seguro Obligatorio de Enfermedad la que otorgo al personal sanitario un régimen funcional especial denominado estatutario con posterioridad.

⁵ Se regula en los artículos 76 y 77 de la Ley 55/2003 del Estatuto Marco del personal Estatutario de los Servicios de Salud.

Sí comparamos el nivel retributivo de los médicos españoles con el de otros países europeos, donde en términos generales los autónomos disfrutaban de rentas más elevadas que los asalariados, las retribuciones de los médicos españoles son relativamente más bajas. El ratio de los salarios de los médicos generales españoles sobre el salario medio de todos los trabajadores en el año 2013 es 2,0 frente a 2,4 en Francia (autónomos); 1,8 (asalariados) y 3,2 (autónomos) en el Reino Unido; 1,8 (asalariados) en Finlandia; o 2,6 (asalariados) y 2,7 (autónomos) en Dinamarca. Para los médicos especialistas el ratio en España es 2,4 igual que el Reino Unido (asalariados)⁶; mientras Francia tiene 2,2 (asalariados) y 3,9 (autónomos); Finlandia 2,5 (asalariados) y Dinamarca 2,6 (asalariados) (OCDE, 2015).

Sí la comparación se efectúa entre los médicos que trabajan en los distintos Servicios de Salud de las CCAA la dispersión en las retribuciones tanto de los médicos de hospitales como de atención primaria dependiendo del Servicio de Salud donde trabajen es la nota más destacada. Por ejemplo, un especialista hospitalario con guardias en la madurez de su vida laboral oscila entre 67.118€ y 89.577€, con una diferencia de 22.459 (33,46%) estando la media de España en 74.891€. Para los médicos de atención primaria las diferencias son similares o incluso más acusadas en algunos casos. Para un médico similar dependiendo del Servicio de Salud donde trabaje, las diferencias oscilan entre 66.057€ y 88.009€ con guardias con una diferencia de 21.952 (33,23%), siendo la media española de 76.183€ para el que realiza atención continuada (Martín, 2015).

El número de enfermeras en España es de solo 5.2 por 1000 habitantes en 2013 frente a países como Suiza, Noruega, Dinamarca, Islandia y Finlandia, con más de 14 enfermeras por cada 1 000 habitantes, siendo la media de la OCDE de

9,1. Esta falta de enfermeros contrasta con el elevado porcentaje de médicos, 3,8 por 1000 habitantes superior a la media de los países de la OCDE de 3,3 por 1000 habitantes (OCDE, 2015). El ratio de los salarios de las enfermeras hospitalarias en España sobre el salario medio de todos los trabajadores en el año 2013 es un 1,3, solo inferior a Israel (1,6) y Luxemburgo (1,4) e igual a Estados Unidos (1,3), siendo la media de la OCDE de 1,1 (OCDE, 2015).

A pesar de esta escasez relativa de enfermeras y sus mejores condiciones retributivas que otros países de nuestro entorno, el paro y la inmigración de este colectivo no ha hecho sino aumentar en los últimos años. Según un informe de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Salud Pública (FADSP, 2015) el paro aumentó en un 400% en los últimos años alcanzando la significativa cifra de 22.000 enfermeros parados en el año 2014. La emigración también ha sido continua en las enfermeras estimando en casi 5000 profesionales que han abandonado el país entre 2010 y 2014. Este déficit de enfermeras supone un importante problema para el SNS en el futuro inmediato, dado el importante papel que la enfermería debe jugar en el ámbito de cuidados de salud.

⁶ Se incluyen los especialistas en formación, lo que resulta en una subestimación.

4. Privatización

Las políticas de austeridad presupuestaria han reforzado aún más si cabe las presiones para reformar los Servicios de Salud e intensificar los procesos de privatización iniciados mucho antes de que estallara la crisis económica en 2008. Esta estrategia denominada Nueva Gestión Pública (NGP) surge a principios de los años ochenta del pasado siglo, en el marco de las revoluciones neoliberales que reclaman una vuelta al mercado y someten a una crítica sistemática las distintas formas de intervención del Estado. La NGP aspira tanto a privatizar servicios públicos como a incorporar técnicas provenientes de la empresa privada para la gestión pública.

Estas innovaciones han sido particularmente intensas en los sistemas sanitarios europeos y el SNS español no es una excepción. El desarrollo de los contratos-programa, la gestión clínica, la introducción de sistemas de pago por resultados o la creación de empresas públicas para la gestión de hospitales bajo distintos paraguas jurídicos son ejemplos característicos (Martín, 2013).

Sin embargo ha sido la privatización mediante distintas fórmulas de CPP, la que ha adquirido un protagonismo creciente en la agenda de reformas de los países europeos y en España, particularmente en CCAA como Valencia o Madrid. Conceptualmente, la CPP puede definirse como un contrato a largo plazo entre un agente privado y una agencia gubernamental para proveer un activo o un servicio público, en el que el agente privado asume riesgos y responsabilidad en la gestión. (*World Bank Institute*, 2012). La CPP engloba distintos tipos de acuerdos institucionales y estables entre dos o más organizaciones públicas y privadas, para desarrollar conjuntamente productos o servicios, compartiendo riesgos, costes y beneficios. Aunque los esquemas de CPP son muy amplios y variados, todos se desarrollan mediante algún tipo de negociación y acuerdo entre los que controlan activos en el sector privado con objetivos privados y los que controlan activos en el sector público con objetivos públicos.

4.1. Los modelos de Colaboración Público Privado

La privatización en los distintos Servicios de Salud puede realizarse con una amplia gama de instrumentos jurídicos, regulados fundamentalmente en la Ley General de Sanidad, y en el texto refundido de la Ley de Contratos del Sector Público (RD 3/2011, de 14 de noviembre). Junto a los sistemas clásicos de externalización de servicios del sistema sanitario, como los conciertos o los convenios singulares, los principales instrumentos para la privatización de los centros sanitarios han sido la realización de diversas experiencias de CPP, fundamentalmente dos formas concesionales, los modelos denominados Iniciativa de Financiación Privada (*Private Finance Initiative*, PFI) y las concesiones sanitarias administrativas (también denominadas modelo Alzira, en referencia a la experiencia decana). Se caracterizan por el establecimiento de una estrecha colaboración entre sector público y las organizaciones privadas, que actúan como socios en la gestión de un servicio público. La concesión es una fórmula de gestión indirecta de servicios que implica la construcción, equipamiento y gestión de los centros sanitarios durante un período de tiempo determinado por una empresa

privada, a cambio de un pago periódico por parte de la Administración Pública. La principal diferencia entre el modelo PFI y las concesiones sanitarias administrativas es el tipo de servicios que se dan en explotación a la empresa privada adjudicataria. En el modelo PFI sólo se incluyen los servicios no clínicos, mientras en las concesiones sanitarias administrativas también se adjudica la gestión de los servicios clínicos, externalizando completamente la provisión de servicios.

Una cuestión clave es el traslado del riesgo efectivo al empresario adjudicatario de la concesión. Según las disposiciones del SEC-95, el adjudicatario debe asumir el riesgo de construcción⁷ y, al menos, uno de los otros dos riesgos posibles: riesgo de disponibilidad⁸ y riesgo de demanda⁹ (Cabasés, Martín y López del Amo, 2016).

Las fórmulas PFI se caracterizan por el establecimiento de un contrato entre la Administración Pública y una empresa, para la realización de una inversión y gestión de un conjunto de servicios asociados durante un largo período. La empresa ha de realizar la inversión, financiarla, y gestionar los servicios pactados a estándares de calidad definidos y a cambio recibe un pago por estos servicios.

El objetivo del PFI es atraer capital privado para invertir en proyectos públicos. Sus cuatro características básicas son: los bienes permanecen en propiedad del sector privado, debe existir transferencia de riesgos del sector público al privado, se debe demostrar que hay una relación positiva coste-beneficio para el sector público (*value for money*), y la gestión privada se circunscribe a los servicios no clínicos. El PFI sanitario supone que el sector privado recupera su inversión vendiendo servicios al sector público, a diferencia de las concesiones de peaje que las pagan los usuarios.

La Comunidad de Madrid ha construido siete hospitales con el modelo PFI. Para la gestión de los servicios clínicos y sanitarios no externalizados en los PFI se crearon seis empresas públicas en la Ley de Acompañamiento a los Presupuestos para 2007. Las empresas concesionarias de estos siete hospitales cobrarán en conjunto, un canon anual de 125,5 millones de euros durante 28 años, y aproximadamente 100 millones de euros, tanto el primer como el último año de la concesión. El canon anual cubre los pagos por los costes de construcción, el equipamiento del mobiliario inicial y su renovación, así como la prestación de un conjunto de servicios no sanitarios. El total de pagos anuales diferidos hasta 2037 suponen 3.700 millones de euros actuales, más la actualización en función de la

⁷ Supone que la empresa adjudicataria asume las consecuencias derivadas de la existencia de retraso en la financiación de la obra, el incumplimiento de las condiciones específicas fijadas en el contrato, el incremento de costes durante la ejecución de la obra, así como cualquier deficiencia técnica producida durante la vigencia del contrato. La Administración Pública asume este riesgo si los pagos que realiza a la empresa concesionaria son independientes del estado efectivo de la infraestructura.

⁸ Se produce cuando no se entrega el volumen convenido en el contrato, se incumple la normativa en materia de seguridad o las especificaciones y estándares de calidad preestablecidos para cada uno de los servicios de apoyo a cuya prestación esté obligado el empresario, etc. Este riesgo se traslada a la empresa privada en la medida en que la Administración Pública pueda de forma efectiva reducir significativa y automáticamente los pagos periódicos como consecuencia de que se produzcan algunos de los hechos o circunstancias mencionados.

⁹ Implica que la empresa adjudicataria asume las consecuencias de la variabilidad en la demanda de los usuarios de las infraestructuras sanitarias construidas, derivada de factores exógenos como el cambio de ciclo económico o las nuevas tendencias del mercado. La Administración Pública asume este riesgo si paga a la empresa adjudicataria por los servicios prestados en función de las variaciones que pueda sufrir la demanda de los usuarios finales.

inflación anual. Otras CCAA han utilizado el modelo PFI, por ejemplo, la Comunidad de Castilla-León con el hospital General Yagüe en Burgos, o el Hospital de Valdecilla en Cantabria.

En todos los casos las adjudicaciones suponen un mínimo de 30 años ampliable hasta los 50 o 60 años para la gestión de los servicios no clínicos por parte de la adjudicataria privada. El contrato de adjudicación incluye un complejo sistema de pago y facturación por los servicios no clínicos gestionados y un sistema de penalizaciones por posibles fallos del servicio que puede llegar al 100% del canon en Madrid, pero no en Castilla y León y Baleares (Martín, 2013).

Las concesiones administrativas sanitarias externalizan los servicios sanitarios y no sanitarios, otorgando un papel fundamental a las aseguradoras privadas. Este tipo de concesiones son sistemas de contratación pública de la asistencia sanitaria mediante sistemas de pago per cápita. Otra experiencia de este tipo son los conciertos con las Mutualidades de Funcionarios Públicos (MUFACE, MUGEJU e ISFAS) surgidas en 1975.

La Comunidad de Valencia ha sido pionera en este modelo al adjudicar la asistencia sanitaria especializada del Servicio Valenciano de Salud para la comarca de La Ribera (Alzira) por un periodo de 10 años prorrogables por otros 5, a una Unión Temporal de Empresas (UTE) constituida por la aseguradora privada Adeslas (51%), un grupo de cajas de ahorros (45%) y empresas constructoras (4%). La concesión implicó la construcción y equipamiento del hospital a cargo del adjudicatario.

El Hospital de La Ribera se inauguró el 1 de enero de 1999. Los malos resultados financieros, 5,24 millones de euros de pérdidas en cuatro años, motivaron un proceso de renegociación en el año 2003, que supuso la renuncia de la UTE al contrato inicial, y la posterior adjudicación a la misma UTE de la nueva concesión (Ribera Salud II) con condiciones financieras para la adjudicataria, una ampliación del periodo contractual (15 años prorrogables por otros 5) y la inclusión de la atención primaria en la concesión. El sistema de financiación se basa en el criterio per cápita e incluye una amplia cartera de servicios. Posteriormente, se han producido otras adjudicaciones similares en la Comunidad Valenciana. En todos los casos las empresas sanitarias adjudicatarias están lideradas por una aseguradora sanitaria privada, por ejemplo Adeslas en Alzira, DKV en Denia, Asisa en Torrevieja y Elche, o Sanitas en Manises, suponiendo un notable incremento de la población gestionada por las aseguradoras sanitarias, superior a 830.000 asegurados con el consiguiente incremento de las primas de seguro.

La Comunidad de Madrid también ha desarrollado este modelo, aunque solo en asistencia especializada, mediante la adjudicación de las concesiones de los hospitales de Valdemoro, Torrejón y Móstoles. El Gobierno regional de la Comunidad de Madrid trató de transformar 6 de los hospitales PFI en concesiones, pero tras un intenso conflicto social liderado por los profesionales sanitarios y dos suspensiones cautelares por parte del Tribunal Superior de Justicia de Madrid ha renunciado al proyecto.

En resumen, a diferencia de los modelos PFI, las concesiones sanitarias administrativas son contratos mixtos de obra y servicio a largo plazo (15 o 30 años) en los que la Administración Pública cede la gestión de parte o toda la asistencia sanitaria a una empresa privada a cambio de una prima de seguro por persona

adscrita, que incluye el pago de la inversión inicial para la construcción de hospitales y centros de salud, y la dotación y renovación de todo tipo de mobiliario y equipamiento tecnológico. El modelo incluye un sistema de facturación como mecanismo de compensación de la asistencia sanitaria prestada a la población atendida fuera del área de adscripción.

4.2. Evaluación de la privatización

Distintas revisiones de las experiencias de CPP a nivel internacional concuerdan que su generalización en sanidad no está avalada por la evidencia sobre sus supuestos beneficios y no existe información suficiente para evaluar sus resultados frente a la gestión convencional (Minué y Martín, 2013, Roehrich, Lewis y George, 2014, Torchia, Calabrò y Morner, 2013, Hamilton et al, 2012, Sánchez, Abellán y Oliva, 2014, EPOS *Health Management*, 2013, EXPH, 2014, Cabasés, Martín y López del Amo, 2016).

Por ejemplo, Torchia et al (2013), analizando las variables de efectividad, beneficios, preservación del interés público, eficiencia y agentes colaboradores en 46 artículos publicados entre 1990 y 2011 concluyen que falta evidencia convincente sobre su eficiencia y conveniencia. Igualmente, Roehrich, Lewis y George (2014) han revisado 1400 trabajos sobre CPP publicados en los últimos 20 años, provenientes en su mayoría de EEUU y Reino Unido, países con amplia experiencia en este modelo. Constatan la ausencia de un desarrollo metodológico para la evaluación de la CPP y la falta de análisis longitudinales pese a tratarse de contratos de largo plazo. Consideran claves tres dimensiones para evaluar las experiencias de CPP: los resultados, la política y la práctica. Sin embargo su análisis por separado en la literatura hace muy difícil una evaluación completa de estas experiencias. También señalan el desconocimiento sobre el grado óptimo de traslado de riesgos a las empresas adjudicatarias.

En el Reino Unido, uno de los países con más experiencia en CPP, especialmente en el modelo PFI (Barlow et al, 2013), diversos estudios han señalado sus mayores costes financieros frente al endeudamiento público y la necesidad de la empresa adjudicataria de obtener beneficios (Hellowell y Pollock, 2007, 2009). También existen dudas sobre la transferencia real de riesgo, dada la imposibilidad de cerrar los centros sanitarios, por la obligación de la Administración Pública de prestar atención sanitaria a la población, lo que otorga a las empresas adjudicatarias una posición ventajosa para renegociar las condiciones y garantizar siempre la rentabilidad de la concesión (Broadbent et al, 2008).

A pesar de las dudas respecto a la viabilidad de la fórmula PFI en época de crisis (Davies, 2010), el rescate del gobierno británico a sus entidades financieras ha supuesto que una parte significativa de los riesgos inicialmente transferidos a la iniciativa privada han vuelto a ser asumidos por el estado, dado que un alto porcentaje de los bancos rescatados tenían inversiones bajo este tipo de contratos. Las turbulencias financieras acaban por perjudicar al contratador y no a las empresas contratadas bajo la fórmula PFI, como ha puesto de manifiesto el reciente fraude del Libor en que estuvo directamente implicado Barclays, uno de los principales financiadores de PFI en el Reino Unido (Pollock y Price, 2012).

En España también se han producido operaciones de rescate sobre algunas de las formulas concesionales, tanto en hospitales modelo PFI en la Comunidad de Madrid en el año 2010, como en el modelo de concesión administrativa de Alzira comentado anteriormente (Acerete et al, 2001; Sánchez et al, 2014).

En España la evidencia disponible sobre las experiencias de CPP es anecdótica, a pesar de la importancia que ha tenido en la agenda política, demostrando una vez más que el entusiasmo por la privatización no va acompañada de propuestas de evaluación sistemáticas e independientes, justo al revés, la opacidad parece ser la característica más relevante. Uno de los pocos estudios realizados no encuentra diferencias estadísticamente significativas entre los hospitales tradicionales y los gestionados como concesión administrativa en el gasto por habitante (Peiró y Meneu, 2012). Según los autores, ni la propiedad pública ni la propiedad privada garantizan una mayor eficiencia o calidad.

5. Discusión

El impacto de la crisis económica en España al aumentar el gradiente social y aumentar dramáticamente el número de pobres, desempleados y excluidos está empeorando la salud de los grupos poblacionales más vulnerables. Como se ha señalado anteriormente, existe evidencia de que la desigualdad y las políticas de austeridad enferman y matan, sobre todo a pobres, desempleados, y marginados. Recientemente diversos estudios han encontrado relación entre el desempleo de larga duración, y la salud percibida. Urbanos y González (2014) identifican una asociación entre salud general y salud mental y desempleo de larga duración (2 años) empleando datos transversales de las Encuesta Nacional de Salud (2011-2012). López del Amo et al (2015), utilizando datos longitudinales de la Encuesta de Condiciones de Vida (2007-2011), encuentran una relación del desempleo de larga duración y de la carencia material severa familiar, con una peor salud percibida. Si estos resultados se confirman, la morbilidad de los desempleados estructurales puede empeorar en los próximos años como consecuencia de su situación laboral.

Disminuir este gradiente social de la salud requiere en primer lugar conocer mucho mejor los distintos mecanismos causales que lo determinan. Por ejemplo, la relación desempleo salud es compleja dado su carácter bidireccional, la mala salud provoca desempleo (hipótesis de selección de salud) y el desempleo empeora la salud (hipótesis de causalidad), y además la influencia de varias variables mediadoras como el estatus familiar o el contexto socioeconómico dificultan aún más una adecuada comprensión. Por otro lado esta disminución difícilmente puede hacerse únicamente desde la actuación del SNS, que en todo caso, y acaso, puede estabilizar las líneas de defensa frente a la enfermedad. En su informe final la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS estableció que las acciones para reducir el gradiente social en salud deben implicar a todo el gobierno, la sociedad civil y todos los sectores sociales, no solo el sanitario (*World Health Organization*, 2008). En el año 2012 en la Región Europea de la Organización Mundial de la Salud se aprobó la estrategia “Salud 2020” entre cuyos objetivos estratégicos se encuentran mejorar la salud para todos, y reducir las

desigualdades en salud (*World Health Organization*, 2012). En el año 2014 en la 67 Asamblea Mundial de la Salud se aprobó la Resolución WHA67.12 “Contribución al desarrollo social y económico: la actuación multisectorial sostenible para mejorar la salud y la equidad sanitaria” (*World Health Organization*, 2014). En España, la Comisión Nacional para reducir las Desigualdades Sociales en Salud presentó en el año 2010 el documento “Avanzando hacia la equidad. Propuestas de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España” cuyas principales propuestas aún están pendientes de desarrollo (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015).

Las políticas de austeridad han supuesto una significativa disminución de los recursos dedicados al SNS, aumentando su fragilidad, disminuyendo su cartera de servicios, excluyendo de la cobertura pública a determinados colectivos, y estableciendo nuevos copagos (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). Igualmente estos años de crisis han exacerbado las disparidades en gasto sanitario público per cápita entre CCAA convirtiendo en una entelequia el principio de igualdad de acceso de los ciudadanos españoles a una cartera similar de servicios sanitarios. Es imprescindible revertir esta situación, mejorando decididamente la financiación del SNS y articulando un nuevo modelo de financiación autonómico vertebrado en torno al principio de equidad.

La perspectiva desde la que se aborda el gasto sanitario público es incompleta cuando no equivocada. El gasto sanitario no es solamente un gasto público, sino fundamentalmente una inversión que impulsa el crecimiento económico. Reeves et al (2013) han mostrado que los multiplicadores fiscales en salud de los 25 países miembros de la Unión Europea son muy superiores a la unidad (4,3), es decir 1 euro invertido en salud produce un crecimiento económico superior a la unidad.

El efecto de la crisis económica sobre las rentas salariales de los trabajadores del sector se ha traducido en una disminución de las mismas y aumentado la heterogeneidad y disparidad de las políticas laborales y retributivas de los diferentes Servicios de Salud. Esta importante dispersión retributiva es difícil de explicar en términos de la diferente productividad, competencia o calidad del desempeño entre los trabajadores de una u otra CA, generando un proceso de reivindicación permanente basado en agravios comparativos por parte de los profesionales y sindicatos. Problema agravado por el significativo y asimétrico impacto que han tenido en sus retribuciones las distintas medidas de austeridad así como las políticas de consolidación fiscal ejecutadas por las CCAA.

El SNS tiene graves problemas de gobernanza y las políticas laborales y retributivas acusan la enfermedad. Sería tan deseable como poco probable una renovación del sistema retributivo en el marco de un pacto de Estado que dotara de gobernanza efectiva y transparencia al SNS.

La privatización a través de esquemas de CPP implica la participación en la construcción, equipamiento, producción y gestión del sector privado. La idea es que la CPP puede ayudar a la provisión de la asistencia sanitaria en un contexto de presión al alza incesante de los costes sanitarios y limitaciones de ingresos públicos para atender la demanda. Sin embargo los estudios disponibles a nivel internacional

identifican la complejidad de la cuestión y los importantes problemas de su aplicación al sector sanitario: costes superiores, problemas de calidad, equidad, transferencia de riesgos, incentivos, transparencia, prioridad del interés público y altos estándares éticos de la Administración entre otros (Torchia et al, 2013).

En España alguna de estas cuestiones son particularmente importantes. La Comisión Nacional de la Competencia (2013) ha alertado sobre la inexistencia de competencia efectiva en los procesos de privatización, tanto de los modelos PFI como de los modelos de concesiones administrativas sanitarias. Esta falta de competencia está relacionada posiblemente con la excesiva cercanía entre responsables públicos y empresas adjudicatarias unido a una regulación laxa (NHS *European Office*, 2011).

Sería importante en este sentido, el desarrollo de un código de buen gobierno y una guía de buenas prácticas que favoreciera la transparencia, incentivara la competencia y aumentara los estándares éticos en los procesos de CPP en cualquiera de sus modalidades (Asociación de Economía de la Salud, 2013; Comisión Nacional de la Competencia, 2013).

Sin embargo, dado que la CPP exige altos estándares de ética pública, transparencia, rendimiento de cuentas y profesionalidad de la gestión pública probablemente son modelos inadecuados en contextos de deterioro del capital ético de la sociedad, desconfianza en las instituciones, auge de la corrupción, ocupación clientelar de la Administración Pública y falta de tradición en el rendimiento de cuentas, que es la situación actual en España. En el ámbito sanitario y particularmente en los procesos de privatización de servicios sanitarios bien mediante fórmulas CPP bien con fórmulas de contratación externa tradicional los procesos judiciales por corrupción, prevaricación, etc., unido al frecuente uso de las “puertas giratorias” no son una anécdota sino un rasgo significativo (Cabasés, Martín y López del Amo, 2016; Rubio, 2014).

La conclusión más desalentadora es la falta de estudios de evaluación de las distintas experiencias de CPP. El debate está fuertemente ideologizado y carente de evaluaciones rigurosas. Probablemente también esté sobredimensionado. En su revisión de la evidencia disponible nacional e internacional, Sánchez et al (2014) concluyen que la gestión privada de los servicios sanitarios públicos no es necesariamente mejor que la gestión pública, ni tampoco lo contrario. Otros elementos, como la cultura de los centros, una adecuada supervisión, la competencia y la calidad del gobierno, podrían, bajo determinadas circunstancias, ofrecer mejoras en la gestión sanitaria.

En definitiva debemos revertir la relativa decadencia y deterioro del SNS e impulsar un programa ambicioso de restauración y mejora, reformando las estructuras que deban innovarse y conservando todo lo de valioso que el SNS todavía proporciona. No es un desafío menor pero sin duda merece la pena, el SNS es probablemente la institución que mejor y más ayuda a evitar el dolor, el sufrimiento y la enfermedad que inevitablemente nos acompaña a cada uno de nosotros desde la cuna a la tumba. Existen sólidas propuestas al respecto (Asociación de Economía de la Salud, 2013; Rey et al, 2015) que aunque no coincidentes en muchos aspectos merecen un amplio debate público y su inclusión en la agenda política.

El texto ha tratado de analizar el impacto de la crisis económica en algunas áreas críticas del SNS y dar “buenas razones” para revertir su actual deterioro. La mayoría de los argumentos expuestos se han basado en la evidencia disponible, pero tal vez la razón más importante no sea de tipo empírico sino ético. Inmanuel Kant en su *Fundamentación de la metafísica de las costumbres* publicada en 1784 afirmaba que el trato igualitario que nos debemos unos a otros no se fundamenta en una supuesta igualdad física o psíquica sino en una idea de igualdad moral. Esta igualdad moral de cada uno de nosotros es la que nos exige un SNS universal, bien financiado, centrado en la equidad y focalizado en la corrección de las desigualdades sociales en salud. Cuidar y mejorar el SNS es una obligación ética para una sociedad moralmente decente.

6. Bibliografía

- Acerete, B., Stafford, A. y Stapleton, P. (2001). “Spanish healthcare public private partnerships: the ‘Alzira model’”. *Critical Perspectives on Accounting* 22: 533–49.
- Agudelo-Suárez, A.A., Ronda, E., Vázquez-Navarrete, M.L., García, A.M., Martínez, J.M., and Benavides, F.G. (2013). “Impact of economic crisis on mental health of migrant workers: what happened with migrants who came to Spain to work?” *Int. J. Public Health* 58, 627–631.
- Asociación de Economía de la Salud (2013). *Sistema Nacional de Salud: diagnóstico y propuestas de avance*. Barcelona. Disponible en: http://aes.es/Publicaciones/SNS_version_completa.pdf [Consultado 06 de Diciembre de 2015].
- Bartoll, X., Palència, L., Malmusi, D., Suhrcke, M. y Borrell, C. (2014). “The evolution of mental health in Spain during the economic crisis”. *Eur. J. Public Health* 24, 415–418.
- Barlow, J., Roehrich, J. y Wright, S. (2013). “Europe sees mixed results from public-private partnerships for building and managing health care facilities and services”. *Health Affairs* 32: 146–54.
- Broadbent, J., Gill, J. y Laughlin, R. (2008). “Identifying and controlling risk: the problem of uncertainty in the private finance initiative in the UK’s National Health Service”. *Clinical Perspectives on Accounting* 19: 40–78.
- Cabasés, Martín y López del Amo (2016). “La empresa pública en la Sanidad. Prestación de Sanidad pública por hospitales y ambulatorios privados”. *Gasto Público y Presupuesto*. En prensa.
- Cabasés et al. (2010). “La financiación del gasto sanitario en España. Valoración del sistema de financiación, medida de la necesidad relativa y equidad”. *Informes 2010. Economía y sociedad*. Bilbao: Fundación BBVA.
- Cervero-Liceras, F., McKee, M. Y Legido-Quigley, H. (2015). “The effects of the financial crisis and austerity measures on the Spanish health care system: A qualitative analysis of health professionals’ perceptions in the region of Valencia”. *Health Policy* 119, 100–106.
- Comisión Nacional de la Competencia (2013). *Aplicación de la guía de contratación y competencia a los procesos de licitación para la provisión de la sanidad pública en España*. Disponible en:

- http://www.cnmc.es/Portals/0/Ficheros/Promocion/Informes_y_Estudios_Sectoriales/2013/CNC_Informe%20Sanidad_indexado.pdf [consultado 13 de abril de 2016].
- Consejo de Política Fiscal y Financiera. (2009) *Acuerdo 6/2009 de 15 de julio para la Reforma del Sistema de Financiación de las Comunidades Autónomas de Régimen Común y Ciudades con Estatuto de Autonomía*. Disponible en: http://www.meh.es/Documentacion/Publico/PortalVarios/FinanciacionTerritorial/Autonomica/AcuerdosConsejo/Acuerdo%206_2009%20Reforma%20Sistema%20Financiacion%20C3%B3n.pdf. [Consultado el 01 de diciembre de 2015]
- Davies, P. (2010). "Is this the end of the road for the PFI?" *BMJ* 341: c3828.
- De-Vogli, R. (2014). "The financial crisis, health and health inequities in Europe: the need for regulations, redistribution and social protection." *Int. J. Equity Health* 13, 58.
- Eirea C. y Ortún V. (2012): "Incentivos financieros en la mejora de la calidad asistencial". Informe SESPAS 2012. *Gaceta Sanitaria*: 26(S): 102-106.
- EPOS Health Management (2013). Health and Economics Analysis for an evaluation of the Public Private Partnerships in health care delivery across EU. EAHC/2011/Health/20.
- Escribà-Agüir, V., y Fons-Martinez, J. (2014). "Crisis económica y condiciones de empleo: diferencias de género y respuesta de las políticas sociales de empleo". *Informe SESPAS 2014. Gac. Sanit.* 28, Supplement 1: 37-43.
- EXPH (EXpert Panel on effective ways of investing in Health) (2014). "Health and Economic Analysis for an Evaluation of the Public-Private Partnerships in Health Care Delivery across Europe", 27 February.
- FADSP. (2015). "La enfermería en atención primaria. Análisis de la situación y propuestas de mejora" Disponible en: <http://www.fadsp.org/index.php/sample-sites/manifiestos/1054-la-enfermeria-en-atencion-primaria-analisis-de-la-situacion-y-propuestas-de-mejora> [Consultado el 12 de Abril de 2015]
- García, A.M. (2010). "Mercado laboral y salud". *Informe SESPAS 2010. Gac. Sanit.* 24, Supplement 1, 62-67.
- Gili, M., Roca, M., Basu, S., McKee, M. y Stuckler, D. (2013). "The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010". *Eur. J. Public Health* 23, 103-108.
- Hamilton, G., Kachkynbaeva, M., Waschsmuth, I. y Masaki, E. (2012). "A preliminary reflection on the best practice in PPP in healthcare sector: A review of different PPP case studies and experiences". UNECE discussion paper.
- Hellowell, M. y Pollock, A.M. (2007). "New development: the PFI, Scotland's plan for expansion and its implications". *Public Money & Management* 27: 351-4.
- Hellowell, M. y Pollock, A.M. (2009). "The private financing of NHS hospitals: politics, policy and practice". *Economic Affairs* 29: 13-9.
- Jackson, T. (2013). "Health and the economic crisis". *BMJ* 346. DOI: 10.1136/bmj.f4140.
- Jiménez-Martín S. (2014). *El sistema de salud en España en perspectiva comparada*. Observatorio de la Sanidad Fedea. FEDEA. Disponible en: <http://sanidad.fedea.net/docs/informe.pdf> [Consultado el 01 de Diciembre de 2015]
- Kant Inmanuel (1996). *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*. Ariel. Barcelona.
- Karanikolos, M., Mladovsky, P., Cylus, J., Thomson, S., Basu, S., Stuckler, D., Mackenbach, J.P. y McKee, M. (2013). "Financial crisis, austerity, and health in Europe". *The Lancet* 381: 1323-31.

- López-Bernal, J.A., Gasparini, A., Artundo, C.M., and McKee, M. (2013). "The effect of the late 2000s financial crisis on suicides in Spain: an interrupted time-series analysis". *Eur. J. Public Health* 23, 732–736.
- López del Amo M.P., Martín J.J., Benitez V., Calzón S. y Karlsdotter K (2015). "Multilevel Analysis of the association between Health and long-term unemployment and household characteristics during the economic crisis in Spain 2007-2011" *Actas del 11th World Congress: "De Gustibus Disputandum Non Est!" Health Economics and Nutrition: an iHEA World Congress.* 12-15 Julio. Milan.
- McKee, M., Karanikolos, M., Belcher, P. y Stuckler, D. (2012). "Austerity: A failed experiment on the people of Europe". *Clin. Med. J. R. Coll. Physicians Lond.* 12, 346–350.
- Martín JJ. (2005): "Motivación, incentivos y retribuciones de los médicos de Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud". *Revista Administración Sanitaria Siglo XXI.* 3 (1): 111-130.
- Martín, J. (2013): "Formas directa e indirecta de gestión institucional en centros y servicios sanitarios". Escuela Nacional de Sanidad. Madrid. Tema 5.4. Disponible en: http://e-spacio.uned.es/fez/eserv.php?pid=bibliuned:500622&dsID=n5.4_formas_directas_e_in_directas_de_gesti_n.pdf [Consultado el 03 de diciembre de 2015].
- Martín, J.J. (2015). "Las retribuciones en el Sistema Nacional de Salud". *Presupuesto y Gasto Público* 79: 149-62.
- Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. (2015). *Estadística de gasto sanitario público 2013: Principales resultados.* Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EGSP2008/egspPrincipalesRes ultados.pdf> [Consultado el 01 de diciembre de 2015].
- Minué, S. y Martín, J.J. (2013). "Gestión privada: ¿más eficiente?". *Anales de Medicina de Familia* 9(1): 15-23.
- NHS European Office (2011). *The search for low-cost integrated healthcare. The Alzira model from the region of Valencia.* Brussels. Disponible en: http://www.nhsconfed.org/~media/Confederation/Files/Publications/Documents/Integrated_healthcare_141211.pdf
- Muntaner, C., Benach, J., Chung, H., Edwin, N. y Schrecker, T. (2010). "Welfare state, labour market inequalities and health. In a global context: An integrated framework". *SESPAS report 2010. Gac. Sanit.* 24, Supplement 1, 56–61.
- OCDE (2015). *Health at a Glance 2015: OECD Indicators.* OECD Publishing, Paris. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en [Consultado el 01 de diciembre de 2015]
- OMC (2014): *Carrera profesional del médico en España: evolución y 2014.* Disponible en: <http://simeg.org/carrera-profesional-del-medico-en-espana-evolucion-y-2014/> [consultado 02 de Diciembre de 2015].
- Peiró, S., Meneu, R. (2012). "Eficiencia en la gestión hospitalaria pública: directa vs privada por concesión". *Blog Nada es Gratis*, FEDEA, 27/12/2012. Disponible en <http://nadaesgratis.es/sergi-jimenez/eficiencia-en-la-gestion-hospitalaria-publica-directa-vs-privada-por-concesion> [consultado 04 de Diciembre de 2015].
- Pollock, A. y Price, D. (2012). "PFI hospitals bear the cost of Libor manipulation". *BMJ* 345: e5095.
- Reeves A., Basu S, McKee M., Meissner C. y Stuckler D.(2013). " Does investment in the health sector promote or inhibit economic growth?" *Globalization and Health* 9:43.

- Disponible en: <http://www.globalizationandhealth.com/content/9/1/43> el 13 de diciembre de 2015.
- Repullo J. (2014): “Cambios de regulación y de gobierno de la sanidad”. Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria* 2014; 28(S1): 62-68.
- Rey J et al. (2015). “Análisis y propuestas para la regeneración de la sanidad pública en España. Fundación Alternativas”. *Documento de trabajo* 190/2015. Disponible en: http://www.minhap.gob.es/Documentacion/Publico/PortalVarios/FinanciacionTerritorial/Autonomica/AcuerdosConsejo/Acuerdo%206_2009%20Reforma%20Sistema%20Financiación.pdf.
- Robert, G., Martínez, J.M., García, A.M., Benavides, F.G., y Ronda, E. (2014). “From the boom to the crisis: changes in employment conditions of immigrants in Spain and their effects on mental health”. *Eur. J. Public Health* 24, 404–9.
- Roehrich, J.K., Lewis, M.A. y George, G. (2014). “Are public-private partnerships a healthy option? A systematic literature review”. *Social Science and Medicine* 113: 110-119.
- Rubio, M. (2014). *Tu salud, nuestro negocio*. Madrid. Ediciones Akal.
- Sánchez-Martínez, F.I., Abellán-Perpiñán, J.M. y Oliva-Moreno, J. (2014). “La privatización de la gestión sanitaria: efecto secundario de la crisis y síntoma de mal gobierno. Informe SESPAS 2014”. *Gac Sanit.* 28(S1): 75–80.
- Torchia, M.T., Calabro, A. y Morner, M. (2013): “Public–Private Partnerships in the Health Care Sector: A systematic review of the literature”, *Public Management Review*. DOI:10.1080/14719037.2013.792380.
- Urbanos RM y González B. (2014) “The influence of the economic crisis on the association between unemployment and health: an empirical analysis for Spain”. *European Journal of Health Economics*, 28. DOI: 10.1007/s10198-014-0563
- Wilkinson, R.G. y Marmot, M.G. (2003). *Social determinants of health the solid facts* (Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe). Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf [Consultado el 01 de diciembre de 2015]
- World Bank Institute (2012). *Public-Private Partnerships-Reference Guide Version 1.0*. International Bank for Reconstruction and Development/International Development Association or The World Bank, Washington, D.C., USA.
- World Health Organization (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. Final Report on the Commission on the social determinants of health. World Health Organization, Geneva.
- World Health Organization (2014). *Contribución al desarrollo social y económico: la actuación multisectorial sostenible para mejorar la salud y la equidad sanitaria*. 67 Asamblea Mundial de la Salud. Disponible en : http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R12-sp.pdf [Consultado el 01 de diciembre de 2015]