

Los sistemas de salud y de cuidados de largo plazo de personas mayores en España: colaboración público-privada y rendimiento institucional

Aída Díaz-Tendero¹ y José M. Ruano²

Recibido: 07-12-2022 // Aceptado: 20-06-2023

Resumen. El artículo analiza las fórmulas de colaboración público-privada en el sector sanitario y en el de cuidados de larga duración de personas mayores en España. Mediante el análisis de datos cuantitativos procedentes de distintas fuentes oficiales, el trabajo parte del contexto y de la evolución de ambos sectores e indaga sobre la existencia de posibles correlaciones entre el recurso por parte de las comunidades autónomas a modelos de gestión indirecta de estos servicios esenciales y el rendimiento expresado en indicadores de gasto, medios disponibles y resultados alcanzados. El trabajo concluye que las variables de contexto y el recurso a operadores privados condicionan fuertemente la prestación de los servicios sanitarios, mientras que en el sector de cuidados de largo plazo el tamaño de las residencias de ancianos ha sido más determinante como factor explicativo de las tasas de mortalidad asociadas a la covid-19 que su naturaleza jurídica, pública o privada.

Palabras clave: cuidados de larga duración; personas mayores; salud; política sanitaria; política sociosanitaria; colaboración público-privada; rendimiento institucional; externalización de servicios públicos; residencias.

[en] Health and long-term care for the elderly systems in Spain: public-private partnerships and institutional performance

Abstract. This article analyses the use of public-private partnerships in health policy and in the long-term care sector for the elderly in Spain. By analysing quantitative data from different official sources, the paper starts from the context and the evolution of both sectors and explores the existence of possible correlations between the use of indirect management models by the Autonomous Communities in the implementation of these essential services and their performance expressed in indicators of expenditure, available means and results achieved. The research shows that contextual variables and the resort to private operators have a strong influence on the provision of health services, while in the long-term care sector the size of the nursing homes has been more decisive as an explanatory factor for mortality rates associated with covid-19 than their legal nature, whether public or private.

Keywords: long-term care; older persons; elderly, health policy; long-term care policy; public-private partnerships; institutional performance; public services outsourcing; long-term care facilities (LTCF).

Sumario. 1. Introducción. 2. Objetivos y metodología. 3. Marco teórico. 4. Análisis de datos. 5. Conclusiones. 6. Bibliografía.

Como citar: Díaz-Tendero, A. y Ruano, J. M. (2023). Los sistemas de salud y de cuidados de largo plazo de personas mayores en España: colaboración público-privada y rendimiento institucional. *Polít. Soc. (Madr.)* 60(2), 85063. <https://dx.doi.org/10.5209/poso.85063>

Agradecimientos. El presente trabajo forma parte del proyecto de investigación “Salud, seguridad económica y cuidados de largo plazo de las personas mayores en América Latina y la Europa Mediterránea” (Proyecto PAPIT IN302921) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

1. Introducción

Uno de los rasgos definitorios de la prestación de servicios públicos en las sociedades occidentales contemporáneas es el desarrollo de redes de acción pública en las que interrelacionan actores públicos y privados en

¹ Universidad Complutense de Madrid (España).
ORCID: 0000-0003-1990-6948
E-mail: adiazten@ucm.es

² Universidad Complutense de Madrid (España).
ORCID: 0000-0003-0412-2921
E-mail: jruanof@ucm.es

un contexto crecientemente complejo y marcado por la incertidumbre. El resultado de esta confluencia es la encomienda por parte de los Gobiernos a operadores privados de la gestión de servicios esenciales, y la asunción por estos de funciones tradicionalmente públicas en el marco de acuerdos de financiación a largo plazo. Así, frente a la dicotomía canónica entre el régimen de monopolio público o la delegación en el mercado como instrumento de provisión de servicios, asistimos a estructuras de colaboración público-privada para la ejecución de políticas públicas en las que las Administraciones titulares del servicio conservan sus facultades de regulación y control a cambio de la cesión de amplias responsabilidades en materia de gestión. De este modo, el monopolio público del servicio ha sido reemplazado por la introducción de fracturas en el proceso de financiación-prestación del servicio para la creación de semimercados cuya finalidad implícita es procurar mayores cuotas de economía, eficiencia y de calidad del servicio final que se ofrece al usuario-ciudadano.

El rediseño de estas fórmulas de prestación de servicios públicos tuvo lugar en buena parte de los países de la OCDE a partir de la década de los años ochenta del siglo xx auspiciadas por las reformas que, desde el pensamiento neoliberal y el movimiento de la Nueva Gestión Pública, trataban de redefinir el papel del Estado en la sociedad haciendo compatible la introducción en el sector público de instrumentos de gestión del mundo privado con la restricción del gasto y del déficit público.

En el caso español, el envejecimiento progresivo de la población, el rápido crecimiento de la población inmigrante y las crecientes expectativas de los usuarios de los servicios públicos esenciales constituyen los retos principales a los que se enfrenta la Administración sanitaria. Al mismo tiempo, estos son los principales factores que impulsaron a las comunidades autónomas a introducir desde los años noventa —esto es, desde el mismo momento en que la Administración central les transfirió las competencias en materia de salud y bienestar social— fórmulas de cooperación público-privada, lo que desencadenó un fuerte debate que llega hasta nuestros días sobre el riesgo de deterioro de la calidad de los servicios públicos y sobre la mayor o menor eficiencia de las fórmulas tradicionales de gestión.

Ahora bien, este legítimo debate democrático queda oscurecido por la falta de evidencias fundadas y de ejercicios de evaluación suficientes que refuercen las posiciones argumentales de quienes se pronuncian a favor o en contra de estas fórmulas de gestión parapetados desde prismas ideológicos opuestos. Lo cierto es que, como se verá en este trabajo, todas las comunidades autónomas, con mayor o menor grado de intensidad, han recurrido a la participación de operadores privados para la construcción o gestión de infraestructuras sanitarias o sociosanitarias, y todas ellas ofrecen datos de rendimiento dispares según se atiende a las cifras de gasto, a los recursos disponibles o a los datos sobre accesibilidad o efectividad del sistema. Este artículo pretende contribuir a este necesario debate sobre la colaboración público-privada en la producción de servicios sanitarios y sociosanitarios a partir del análisis de datos cuantitativos y de la identificación de posibles correlaciones entre el recurso a la gestión indirecta y el rendimiento de las políticas. Así, frente al debate teórico sobre los beneficios o los efectos negativos de las fórmulas de cooperación público-privada en el ámbito sociosanitario, este trabajo pretende aportar a esa discusión un primer análisis empírico que dé cuenta de la posible correspondencia del recurso a operadores privados con el rendimiento de los sectores sanitario y de cuidados de larga duración.

2. Objetivos y metodología

El estudio parte de la constatación de que, en cuanto que administraciones responsables de la gestión de los servicios sanitarios y sociosanitarios dirigidos a las personas mayores, las comunidades autónomas han recurrido a distintas formas de participación de actores privados comerciales o sin ánimo de lucro. El fundamento de estos instrumentos de colaboración es que la participación de los operadores privados permite ahorrar al sector público recursos económicos a largo plazo, obtener ganancias de economía y eficiencia en la gestión, aprovechar la experticia técnica de empresas asentadas en dichos ámbitos de actuación, lograr una mayor flexibilidad y adaptación del personal a entornos rápidamente cambiantes y, en definitiva, conseguir una mayor optimización de los recursos públicos y una mayor calidad de la política pública.

A partir de este presupuesto ideológico, el artículo tiene como objetivo central analizar las posibles correlaciones entre el recurso de las comunidades autónomas a operadores privados en el ámbito sanitario y sociosanitario de personas mayores con el rendimiento alcanzado en términos de volumen de gasto, medios disponibles y resultados. En el sector sanitario, el rendimiento se ha definido a partir de tres conjuntos de indicadores: de volumen de gasto, de recursos materiales y humanos disponibles y de resultados esenciales, de acuerdo con los indicadores clave del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad. Por su parte, en el sector sociosanitario se ha tomado como indicador clave la tasa de mortalidad en las residencias de ancianos entre marzo y junio de 2020, que se ha puesto en correspondencia con la oferta de plazas por persona dependiente, el tipo de propiedad (pública o privada) y el tamaño de los centros residenciales. La selección de estos criterios obedece a la percepción generalmente asumida de que un mayor volumen de gasto, mayores recursos, mejores resultados, así como una mayor protección de las personas mayores son expresión de la fortaleza de los sistemas de protección social.

La perspectiva empleada es comparada en la medida en que el estudio analiza estas tres variables para las 17 regiones españolas para el mismo periodo temporal. A este respecto, se ha tomado como referencia de análisis el año 2020, por ser entonces cuando la pandemia de covid-19 puso a prueba de forma natural la solidez de los sistemas de salud y sociosanitario en España. Para lograr una mayor precisión en el análisis, cada una de las tres variables principales (gasto, recursos y resultados) se han descompuesto en 19 indicadores operativos (ver tabla 1).

El método de análisis del trabajo es el siguiente: en primer lugar, se tienen en cuenta los factores de contexto que, en cuanto que variables intervinientes en la relación participación privada-efectos, conviene tener en cuenta para evitar sesgos de interpretación. Estos factores que se identifican en el estudio por su poder mediador en los efectos sobre las políticas de salud y sociosanitaria son: la clase social, la pobreza, el nivel de estudios, el índice de dependencia de personas mayores y la densidad de población de cada región.

Las variables compuestas con las que se trabaja en este estudio, entendidas aquí como aquellas que contienen un nivel mayor de abstracción, y que por lo tanto requieren de una mayor concreción sobre la aceptación utilizada, se han definido del modo siguiente:

La clase social baja se obtiene a partir de la ocupación actual o la última desempeñada de la persona de referencia del hogar (niveles V y VI de clase ocupacional), codificada según la Clasificación Nacional de Ocupaciones y de acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y la Encuesta Nacional de Salud de España. La población en riesgo de pobreza o exclusión social se define siguiendo los criterios establecidos por Eurostat, esto es, aquella que se encuentra en una de estas situaciones: dispone de ingresos por unidad de consumo inferiores al 60% de la renta mediana disponible equivalente después de transferencias sociales, se encuentra en situación de carencia material severa o vive en un hogar sin empleo o con baja intensidad en el empleo. Para el nivel de estudios se ha tenido en cuenta la proporción de población de 25 a 64 años que no ha completado la segunda etapa de la educación secundaria basados en medias anuales de datos trimestrales de acuerdo con las estadísticas de la OCDE, Eurostat y el INE. El índice de dependencia se calcula según las cifras de población del INE, que considera las personas de más de 64 años en relación con el número de personas de entre 15 y 64 años en el mismo año.

Tabla 1. Relación de variables e indicadores operativos del estudio

	Contexto	Gasto	Recursos	Resultados
Sanidad	Clase social Pobreza Nivel de estudios	Por habitante Atención primaria Atención especializada Conciertos	Médicos atención primaria/hab. Médicos atención especializada/hab. Camas hospitalarias/1.000 hab. Quirófanos/100.000 hab.	Infecciones hospitalarias Mortalidad intrahospitalaria Reingresos/altas Tiempo de espera quirúrgica
Sector sociosanitario	Índice de dependencia Densidad de población	Por dependiente potencial	Oferta de plazas > 64 años Tipo de plazas (públicas/privadas) Tamaño de plazas en residencias públicas Tamaño de plazas en residencias privadas Número medio de plazas/residencia	Mortalidad covid-19

Fuente: elaboración propia.

Entre los indicadores sanitarios de resultados, la mortalidad intrahospitalaria da cuenta del porcentaje de altas por fallecimiento en relación con el total de altas, según el Registro de altas de hospitalización (CMBD). La tasa de reingresos mide la proporción de ingresos urgentes de pacientes en los treinta días siguientes al alta previa en el mismo hospital, según el registro de actividad sanitaria especializada (RAE-CMBD). Finalmente, el tiempo de espera quirúrgica se expresa en el número de días como tiempo promedio que espera un paciente de una primera consulta desde la fecha de entrada en el registro, de acuerdo con los datos del sistema de información de listas de espera (SISLE).

Para la segunda etapa del método analítico se determina en cada uno de los sectores estudiados el volumen de recursos económicos dedicado a la financiación de formas de colaboración público-privada y se relaciona con el rendimiento de la política expresado en las tres variables principales mencionadas (gasto, recursos y resultados).

Los datos con los que se trabaja en el estudio proceden principalmente de fuentes oficiales. La mayor parte de las fuentes de información que se han trabajado en el estudio son las del Ministerio de Sanidad (sistema de información de atención primaria, estadística de centros de atención especializada, registro de altas de hospitalización, sistema de información de listas de espera y gasto sanitario público). Para los datos de población se ha recurrido a las bases de datos del Instituto Nacional de Estadística (encuestas de población, de condiciones de vida y de población activa); los datos de mortalidad en centros residenciales se han obtenido del IMSERSO; los datos demoscópicos proceden del CIS (barómetro sanitario) y del Ministerio de Sanidad (encuesta nacional de salud). Por último, se ha recurrido al mapa de recursos sociales y sanitarios del Ministerio de Economía y Competitividad para determinar la distribución de centros y plazas residenciales, y al informe anual del Consejo Económico y Social de 2021 y al XXII Dictamen de la Asociación de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales para contar con estimaciones de gasto público y de copago del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia.

3. Marco teórico

Desde finales del siglo xx, los Gobiernos occidentales recurrieron a fórmulas de colaboración público-privada para la construcción de infraestructuras y la provisión de servicios públicos, principalmente en los sectores de la educación, el transporte, la sanidad y el cuidado a personas dependientes. El recurso a estas modalidades de intervención se favorecía por la necesidad de sacar del cómputo del déficit público costosas inversiones y por la voluntad de acometerlas sin aumentar la deuda pública en un contexto de limitaciones presupuestarias que operaban como condicionantes para la creación de la moneda única europea, si bien la intervención privada se justificaba como la vía que aseguraba una prestación de servicios más eficiente y de mayor calidad (Ouchi, 1980; OCDE, 2005; Moore y Hartley, 2008). La clave de la colaboración entre el sector público y el privado era el reparto de riesgos y de responsabilidades entre ambas partes a partir de unos elementos constitutivos fundamentales recogidos en los contratos concesionales: relación temporal larga, financiación y gestión privadas, y regulación y fiscalización públicas (Comisión Europea, 2004).

La prestación de servicios públicos esenciales por parte de operadores privados no solamente cuestionaba el tradicional papel protagónico del Estado como proveedor, sino que subraya el carácter complejo de una forma de acción de gobierno caracterizada por la interdependencia entre lo público y lo privado, y la difuminación de la frontera entre ambos ámbitos (Rhodes, 1997; Kickert *et al.*, 1997; Huxham, 2000; Pierre, 2000; Kooiman, 2003).

Así como los argumentos a favor de la colaboración público-privada destacan la posibilidad de realizar inversiones a corto plazo sin impacto presupuestario importante para el sector público, la obtención de mayores cotas de eficiencia mediante la reducción de costes de explotación, la generación de economías de escala, una mayor capacidad gerencial del sector privado o la introducción de iniciativas innovadoras, parte de la literatura cuestiona la capacidad de estas estrategias de colaboración en términos de bienestar social. Esta apunta como factores de riesgo para el sector público: la merma de la calidad del servicio, la creación de mercados oligopólicos de empresas adjudicatarias capaces de “capturar” al sector público (Sánchez *et al.*, 2013; Albi y Onrubia, 2015), la falta de transparencia de los sistemas de información, la debilidad de los mecanismos de control público, la ausencia de penalizaciones creíbles por desviaciones de los objetivos de calidad, el rescate y la renegociación de las condiciones de financiación (Martín, 2003; McKee *et al.*, 2006) o la politización y la cercanía de intereses entre decisores públicos y empresas operadoras (Acerete *et al.*, 2011).

Lo cierto es que la ausencia de evaluaciones sistemáticas de las fórmulas de colaboración público-privada no permiten evidenciar sus implicaciones sobre el bienestar social, y abona el terreno para un debate ideológico que se termina imponiendo al análisis fundado en datos objetivos. Así, mientras que los Gobiernos justifican sus decisiones sobre resultados positivos parciales y los inversores privados ponen en primer plano la magnitud del ahorro y la ganancia en eficiencia para el sector público (IDIS, 2022) por la mayor facilidad de medir las repercusiones económicas de estas fórmulas, desde posiciones opuestas se imponen juicios de valor no siempre fundamentados sobre el impacto en la calidad de los servicios, que no es fácil medir cuando nos referimos a la salud o las políticas de cuidados de larga duración.

En España, la participación del capital privado en la atención médica no es ninguna novedad. De hecho, ni la Ley General Sanitaria ni ninguna otra norma estatal o autonómica predetermina cómo debe organizarse la asistencia sanitaria para prestar un servicio universal y gratuito, pero la Ley 15/1997 de “Habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud” menciona por primera vez una pluralidad de formas de gestión, entre las que estaban aquellas que permitían la participación del sector privado. En el terreno práctico, la prestación de la asistencia sanitaria mediante la participación de operadores privados ha sido habitual: desde los años 70 y 80 existen fórmulas de colaboración público-privada, entre cuyos ejemplos se encuentran el mutualismo administrativo y las entidades colaboradoras

de la Seguridad Social. Además, algunas grandes empresas han proporcionado tradicionalmente sanidad privada a sus trabajadores y familias compensando esos gastos con deducciones en las cuotas de la seguridad social o mediante subvenciones públicas. En total, cerca de tres millones de españoles, entre titulares y beneficiarios, optan por la sanidad privada a cargo del presupuesto público, toda vez que solamente la población cubierta por las tres principales mutualidades de la Administración del Estado alcanza los 2,2 millones de personas (MUFACE, 2021; MUGEJU, 2021; ISFAS, 2021).

Además, no solamente todos los hospitales delegaron paulatinamente en el sector privado actividades secundarias (cafetería, limpieza, mantenimiento, logística, seguridad, gestión de residuos, etc.), sino que todas las comunidades autónomas, con independencia del color político de su Gobierno, han recurrido a formas de colaboración público-privada para tratar de cubrir las insuficiencias del sistema público en materia sanitaria o sociosanitaria mediante colaboraciones con el sector privado. Parten del presupuesto ideológico de que la Administración debe ser garante y no necesariamente prestadora directa de servicios.

El marco jurídico que reforzaba la opción por la colaboración público-privada se amplió en 2007 con la Ley de Contratos del Sector Público (modificada posteriormente en 2010 y 2017), que aludía al encargo a entidades de derecho privado durante periodos de tiempo determinados en función de la amortización de las inversiones de las fórmulas de financiación que se previeran, y la realización de actuaciones que comprenden desde la construcción de infraestructuras o la gestión de instalaciones hasta la prestación de servicios públicos de interés general.

Además, en el ámbito de la Unión Europea, el Libro Verde sobre la colaboración público-privada (Comisión Europea, 2004) fue un hito importante para el reconocimiento de estas formas de prestación de servicios públicos, complementado posteriormente con las sucesivas directivas del Parlamento Europeo y del Consejo sobre la adjudicación de contratos de concesión (2014/25/UE) y de contratación pública (2014/24/UE). Estos fijan importantes cautelas y principios que terminaron incorporándose a la jurisprudencia del Tribunal de Justicia de la UE. Entre ellos están: la libertad de los poderes públicos para prestar por sí mismos o mediante la concesión de licencias o autorizaciones a operadores económicos servicios a las personas, entre los que se incluyen los servicios sanitarios y sociosanitarios siempre que se cumplan los requisitos fijados por el adjudicador mediante procedimientos transparentes; la garantía del principio de publicidad suficiente y de no discriminación, o la duración determinada de las concesiones a periodos razonables para que el concesionario recupere las inversiones realizadas para la explotación de los servicios y obtenga un beneficio sobre el capital invertido, evitando de este modo situaciones de cierre de mercado o de restricción de la competencia.

Las fórmulas de colaboración público-privada más frecuentes en los sectores sanitario y sociosanitarios con las concesiones o contratos de obra pública y las concesiones administrativas.

La concesión de obra pública, o modelo PFI (por sus siglas en inglés, Private Finance Initiative), es el modelo concesional promovido en los países europeos para inversiones en infraestructuras sanitarias y no sanitarias que tiene su origen en el Reino Unido con el fin de construir y renovar hospitales (Froud, 2003; Wall y Connolly, 2009; Tallaki y Bracci, 2021). Mediante esta fórmula, empresas privadas, principalmente compañías aseguradoras, entidades financieras y empresas constructoras, financian mediante recursos y deuda propios la construcción de infraestructuras para el sistema público. Estos consorcios privados construyen las infraestructuras, instalan el equipamiento y conservan las instalaciones. Además, el contratista puede gestionar o subcontratar ciertos servicios no sanitarios: lavandería, *catering*, seguridad, logística, restaurantes, personal administrativo, etc.; mientras que la Administración pública, por su parte, paga un canon anual a las empresas por la utilización de los hospitales durante un tiempo determinado. La versión PFI más utilizada en España es aquella en la que una empresa privada diseña, construye, financia y explota a largo plazo los equipamientos sanitarios de acuerdo con las exigencias de cantidad y calidad fijadas por las autoridades públicas de la comunidad autónoma, mientras que el personal sanitario sigue perteneciendo a la Administración y le es aplicable el régimen jurídico de empleo público.

Por su parte, las concesiones administrativas, concebidas a partir de los modelos de alianzas público-privadas o PPP (Public-Private Partnerships), implican la cesión, además de la construcción y diseño de las infraestructuras, de los servicios asistenciales a cambio de una prima o cápita por persona cubierta y año (Koontz & Thomas, 2012; Guzelsari, 2012; Tallaki & Bracci, 2021).

La aplicación de ambos modelos de gestión indirecta ha supuesto una transformación profunda en el modelo de relaciones público-privadas para la provisión de servicios públicos de salud y sociosanitarios (Baxter y Casidy, 2020; Del Ponte *et al.*, 2020). Su objetivo inicial era la financiación privada junto con la implicación directa en la gestión de servicios públicos, pero pronto se extendieron estos modelos a los grandes proyectos de infraestructuras, como los ferrocarriles y las carreteras, y a servicios tradicionalmente de provisión pública como la educación y la sanidad, que concentran la gran mayoría de los proyectos en los que se aplican las fórmulas PFI y PPP hoy en día. Ya no se trata de que el sector privado construya infraestructuras y equipamientos que posteriormente adquiere la Administración, sino que se implica en la financiación misma y en la provisión a largo plazo de los ser-

vicios. Esto es, deja de ser productor de activos cuyo dominio traspasa al dominio público para ocuparse también de su explotación. La Administración, por su parte, establece el marco político y legislativo dentro del que opera el sector privado, decide qué servicios deben proveerse con fondos públicos y hasta qué punto, y desempeña las funciones de control del servicio externalizado comprometiéndose al pago al operador por el servicio prestado o por el uso de los equipamientos durante el tiempo acordado.

Lo cierto es que, más allá de estas posibilidades de gestión directa o indirecta de servicios que ofrece el marco jurídico, la prestación de servicios sanitarios o sociosanitarios no es una opción del legislador, sino una exigencia constitucional y, por lo tanto, una prestación irrenunciable del Estado, de tal modo que este, en cuanto que titular irrenunciable del servicio, debe procurar los mecanismos de control adecuados que garanticen los mismos derechos y niveles equiparables de calidad, eficiencia y precio a todos los ciudadanos.

En el modelo de descentralización español, el Sistema Nacional de Salud (SNS) y el Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia (SAAD) integran el conjunto de servicios y estructuras de la Administración del Estado y de las comunidades autónomas en materia sanitaria y sociosanitaria respectivamente, pero, aunque corresponde a la legislación estatal básica el diseño de las características generales de los sistemas, el grado de discrecionalidad de las regiones es muy elevado en lo relativo a la financiación de los servicios según sus preferencias y posibilidades, a la planificación territorial de las políticas y al modelo (directo o indirecto) de prestación. En este sentido, y en la medida en que la decisión depende de los Gobiernos regionales, no puede hablarse en España de un modelo sanitario o sociosanitario único (Ruano y Díaz-Tendero, 2022), puesto que, como se verá en este trabajo, existen grandes diferencias entre regiones y entre indicadores esenciales (médicos, oferta de plazas residenciales, camas y gasto por habitante, retribuciones del personal, modelos de carrera y de atención, etc.). Estas diferencias pueden explicarse en ocasiones por problemas comunes derivados de la escasa financiación o por su diferente capacidad de recaudación según la riqueza de cada región, pero la opción por un modelo de gestión u otro obedece principalmente a las opciones ideológicas de cada Gobierno. Por ello, aun cuando la mayoría de las regiones reciban dotaciones similares para ofrecer los servicios aprobados para ambos sistemas (SNS y SAAD) en función de las necesidades relativas y de las condiciones de la cartera de servicios (exceptuando aquellas que como el País Vasco y Navarra disponen de un régimen de financiación particular), las decisiones autónomas de los Gobiernos regionales en cuanto a financiación, planificación, prioridades y modelo de prestación pueden dar lugar a logros diferentes con distintos grados de avance en materia sanitaria o de cuidado de personas mayores que pueden comprometer la equidad y la cohesión territorial y relativizar al cabo la igualdad de derechos de los ciudadanos con independencia de su lugar de residencia.

4. Análisis de datos

Según los datos oficiales del Ministerio de Sanidad, el gasto sanitario público en 2020 en España fue de 83.811 millones de euros, lo que representa el 7,5% del PIB, con una media de crecimiento en el último quinquenio del 5,9% y un crecimiento del PIB en términos medios anuales del 0,2% (Ministerio de Sanidad, 2020d). Desde el punto de vista funcional, los servicios hospitalarios y especializados representan el 61,9% del gasto total consolidado y, desde la perspectiva territorial, las comunidades autónomas ejecutan el 92,2% del total³, si bien de casi la mitad (45,8%) de todo el gasto son responsables tres regiones: Cataluña, Andalucía y Madrid.

Por su parte, las políticas de atención a la dependencia que se derivan de la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia se encuentran subsumidas en los presupuestos de servicios sociales de las comunidades autónomas, sin que sea posible hasta la fecha determinar con precisión los gastos e ingresos estrictamente asociados al SAAD. Algunas estimaciones basadas en la información sobre el número, servicios y coste medio de las prestaciones reconocidas por los sistemas de bienestar de las comunidades autónomas, calculan que el gasto asociado al SAAD es inferior a los 8.300 millones de euros, lo que equivale al 0,7% del PIB. Ahora bien, si se tiene en cuenta que, de ese gasto total, al menos el 20% lo asumen los usuarios a través de copagos, el gasto público se reduciría hasta los 6.600 millones, equivalentes al 0,55% del PIB (Asociación Estatal de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales, 2020). En todo caso la mayor parte de ese gasto total (58%) corresponde a la prestación de servicios profesionales, que marca como prioritarios la Ley de Dependencia (Consejo Económico y Social, 2021), de los que la atención residencial absorbe casi la mitad. Sin embargo, las prestaciones económicas concedidas por cuidados familiares, es decir, no profesionales, representan todavía una parte sustancial del gasto total del SAAD, lo que es muestra del todavía escaso desarrollo de los servicios profesionales de atención a las personas.

Si se tiene en cuenta la distribución territorial de los ingresos del sistema una vez deducido en torno al 20,7% del copago de los usuarios, las aportaciones finalistas del Estado han ido perdiendo peso a lo largo de los últimos años hasta llegar al 15,6% en 2019, mientras que las comunidades autónomas han asumido la reducción de la participación estatal y el aumento progresivo del gasto del SAAD hasta cubrir casi las dos terceras partes de las necesidades financieras (63,7%).

³ El resto del gasto se distribuye entre las mutualidades de funcionarios (2,7%), la Seguridad Social (1,9%) y las Administraciones locales (0,9%).

Una vez expuestas las cifras generales de gasto del SNS y del SAAD, y antes de proceder a analizar el grado de influencia de la gestión indirecta en el nivel del gasto, los recursos disponibles o los resultados, conviene tener presente la incidencia indirecta de los factores contextuales de tipo territorial o sociodemográfico. Así, las conexiones causales entre variables como la pobreza, la clase social o el nivel educativo con la salud está bien establecida (Cutler *et al.*, 2008; Groot *et al.*, 2007). No obstante, del mismo modo que la reducción de la pobreza o la formación reglada se asocian a mejores oportunidades laborales y a mayores niveles de renta, que influyen positivamente en términos de salud en edades medias y avanzadas, al contrario, el riesgo de la pobreza o del desempleo se vinculan con aumentos de la mortalidad general y con diversos problemas de condiciones de vida y de salud física y mental (Bambra *et al.*, 2009).

Así, puede verse en la tabla 2 que las condiciones de partida de las comunidades autónomas en materia sociosanitaria es dispar, y que regiones como Castilla y León o Extremadura parten de condiciones estructurales en materia de pobreza, clase social, nivel educativo o índices de dependencia muy desfavorables en relación con el resto de regiones, a lo que se suma una densidad de población muy baja, lo que encarece la prestación de este tipo de servicios esenciales por la dispersión de la población en el territorio.

Tabla 2. Indicadores de contexto (2020)

Comunidades autónomas	Clase social baja (%)	Pobreza (%)	Población 25-64 años sin enseñanza secundaria (%)	Índice de dependencia >64 años (%)	Densidad de población (hab./km)
Andalucía	52,08	28,5	46,7	26,43	97,05
Aragón	46,57	16	32,5	34,32	27,90
Asturias	51,89	22,2	31,1	41,89	95,53
Baleares	43,37	14,1	37,1	23,34	244,27
Canarias	52,15	29,9	39,5	23,77	301,39
Cantabria	49,61	18	32,3	34,99	109,74
Castilla y León	50,93	15,1	47,3	41,29	25,34
C. La Mancha	56,11	25,1	37,4	29,38	25,79
Cataluña	42,14	16,7	36,2	29,84	238,84
C. Valenciana	47,66	24,6	37,7	30,44	216,98
Extremadura	57,58	31,4	52,3	32,31	25,41
Galicia	51,88	22,1	37,5	41,04	91,19
Madrid	35,3	15,4	24,1	27,33	841,15
Murcia	54,9	25	45,9	24,07	133,74
Navarra	43,72	9,9	28,8	31,37	63,30
País Vasco	40,91	10	24,7	36,65	302,13
La Rioja	50,09	15	38	33,58	62,67
ESPAÑA	45,65	21	37,1	30,19	93,67

Fuentes: INE: encuesta de condiciones de vida; INE: encuesta de población activa; INE: cifras de población.

Por supuesto, además de estos factores estructurales, el sector público desempeña un papel fundamental por su capacidad de incidencia mediante políticas públicas específicas en los niveles de salud y de bienestar social de la población. El debate sobre el eje modelo de gestión/bienestar se agudizó desde la recesión económica iniciada en 2008, y llega a nuestros días teñido de posiciones ideológicas de partida más que fundamentadas en datos que permitan desvelar las causas últimas de la efectividad de las políticas públicas.

La incidencia de los factores estructurales anteriormente mencionados se refleja en el nivel de gasto sanitario por habitante de las comunidades de Castilla y León, Extremadura y Asturias (también con un nivel de dependencia muy elevado), muy superior a la media nacional (ver tabla 3), y en el entorno de los niveles de gasto de Navarra y País Vasco, que cuentan con un sistema de financiación más favorable.

Por lo que se refiere a la participación del sector privado en la red sanitaria pública mediante el recurso a conciertos, debe partirse de la constatación de que todas las comunidades autónomas han dedicado una parte más o menos importante a estas formas de colaboración público-privada. El porcentaje medio de gasto público dedicado a conciertos alcanza el 8,46%, pero se reduce al 5,53% si se excluye de este cómputo a Cataluña, que, con diferencia, encabeza esta particular clasificación al dedicar casi la cuarta parte del gasto sanitario público a colaboraciones con operadores privados. Siguen a Cataluña las regiones de Madrid, Baleares y La Rioja con un mayor gasto relativo en conciertos, que son precisamente las que dedican a sanidad un menor gasto público por habitante junto con Andalucía. No debe concluirse precipitadamente, sin embargo, a partir de esta evidencia que un mayor gasto en conciertos

con el sector privado se traduzca necesariamente en un menor gasto sanitario, puesto que el caso de Cataluña, que dedica un volumen de gasto superior a la media, refutaría esta hipótesis, pero sí parecen desprenderse ciertas correlaciones entre ambos factores. En el mismo sentido, puede apreciarse que, a pesar de una mayor inversión global por habitante, Cataluña dedica menos recursos a la atención primaria que la media junto con Baleares y con Madrid, que, a su vez, es la comunidad que menos recursos económicos dedica a este tipo de atención sanitaria de toda España (10,62% frente a una media del 13,92%).

El gasto en servicios hospitalarios y especializados es el de mayor peso en la clasificación funcional del gasto sanitario público en la medida en que representa el 63,6% de todo el gasto consolidado (Ministerio de Sanidad, 2020d) y, por lo tanto, implica fuertes inversiones por su alto coste unitario. Pues bien, es aquí precisamente donde se deja sentir con más claridad el efecto de los conciertos con el sector privado, puesto que tanto Madrid como Baleares y Cataluña arrojan tasas de inversión superiores a la media del país, mientras que, correlativamente, Andalucía, Castilla y León y Extremadura, que son las que mayor porcentaje de gasto dedican a la atención primaria y están por debajo de la media en recursos dedicados a conciertos, son las regiones que menos presupuesto relativo dedican a la atención especializada.

Tabla 3. Indicadores de gasto (2020)

Comunidades autónomas	Por habitante (euros)	Atención primaria (%)	Atención especializada (%)	Conciertos (%)
Andalucía	1459,43	17,66	59,72	3,98
Aragón	1793,57	13,13	63,71	4,11
Asturias	1913,34	13,04	66,19	5,48
Baleares	1679,24	12,05	66,80	9,20
Canarias	1774,51	14,09	63,49	6,83
Cantabria	1855,99	14,53	62,51	3,11
Castilla y León	1936,35	16,13	60,65	2,73
C. La Mancha	1797,19	12,68	61,35	4,38
Cataluña	1861,06	13,03	64,97	23,61
C. Valenciana	1692,32	14,43	61,52	3,85
Extremadura	1831,38	15,47	57,02	3,99
Galicia	1755,11	11,62	64,99	4,45
Madrid	1521,86	10,66	69,66	8,48
Murcia	1810,34	14,86	60,94	5,35
Navarra	1908,00	15,01	64,62	6,56
País Vasco	1920,11	13,98	65,65	6,15
La Rioja	1626,10	14,74	64,78	6,69
ESPAÑA	1701,47	13,92	63,64	8,46*

*5,53 sin Cataluña.

Fuente: Ministerio de Sanidad: estadística del gasto sanitario público.

Una de las justificaciones habituales de la incorporación a la red sanitaria pública de operadores privados como prestadores de servicios es que permite contar con un mayor número de recursos humanos y materiales. Sin embargo, un análisis comparado de los medios esenciales a disposición de las comunidades autónomas (ver tabla 4) no permite sostener la afirmación de que una mayor participación privada en el sistema comporte una mejor dotación en este sentido. Bien al contrario, y en coherencia con su baja inversión por habitante en atención primaria, Madrid, Baleares y Cataluña (que son las más intensivas en participación privada) cuentan con el menor número de médicos por habitante en atención primaria, lo que se corresponde sin embargo con una posición relativa superior a la media nacional en el número de médicos por habitante en atención especializada. Ahora bien, esta constatación, que es consistente con la mayor dedicación de los conciertos a atención especializada y hospitalaria, hay que matizarla doblemente: por un lado, con el hecho de que otras comunidades que optan en menor medida por las fórmulas de gestión indirecta como Aragón, Cantabria o Asturias también están por encima de la media del país en este indicador (aun sin considerar los casos de financiación especial de Navarra y País Vasco). Por otro lado, si bien Cataluña también presenta mejores datos relativos en número de camas hospitalarias y quirófanos en funcionamiento, Madrid y Baleares se colocan por debajo de la media nacional en camas hospitalarias, a pesar de dedicar un mayor volumen de gasto relativo a conciertos y a atención especializada, como se vio anteriormente.

Tabla 4. Indicadores de recursos (2020)

Comunidades autónomas	Médicos de atención primaria/hab.	Médicos de atención especializada/hab.	Camas hospitalarias/ 1.000 hab.	Quirófanos/ 100.000 hab.
Andalucía	0,75	1,51	2,19	9,15
Aragón	0,88	2,34	3,65	9,31
Asturias	0,75	2,55	3,48	10,24
Baleares	0,61	2,04	2,81	9,63
Canarias	0,75	2,00	2,76	7,49
Cantabria	0,80	2,35	3,48	8,07
Castilla y León	1,12	2,12	3,54	9,20
C. La Mancha	0,83	1,99	2,34	6,75
Cataluña	0,77	2,09	3,83	10,28
C. Valenciana	0,79	1,99	2,39	9,85
Extremadura	0,93	1,91	3,51	10,01
Galicia	0,83	2,10	3,31	10,67
Madrid	0,69	2,30	2,73	9,70
Murcia	0,75	1,96	3,10	10,20
Navarra	0,80	2,50	3,43	11,87
País Vasco	0,81	2,31	3,32	10,69
La Rioja	0,81	1,85	3,31	6,96
ESPAÑA	0,78	2,02	2,95	9,55

Fuentes: Ministerio de Sanidad: sistema de información de atención primaria; Ministerio de Sanidad: estadística de centros sanitarios de atención especializada; Ministerio de Sanidad: indicadores clave del sistema nacional de salud.

Análogamente, si se atiende a los indicadores de accesibilidad y de resultados del sistema (ver tabla 5), tampoco se aprecia un patrón de comportamiento claro que lleve a concluir que una mayor participación del sector privado se refleje en un mejor rendimiento. De hecho, las tres comunidades autónomas que dedican un mayor volumen de gasto a conciertos y a atención especializada (Madrid, Cataluña y Baleares) presentan tasas de infección hospitalaria superiores a la media, si bien Cataluña y Baleares arrojan mejores resultados en los indicadores de mortalidad intrahospitalaria y reingresos frente al caso de Madrid, que presenta peores resultados que la media nacional en estos mismos conceptos. Una consideración particular merecen los resultados de las listas de espera quirúrgica, puesto que Madrid presenta mejores resultados que la media del conjunto frente a los datos de Baleares y Cataluña, que prácticamente doblan los periodos de espera madrileños, a pesar de que la colaboración público-privada en atención médica hospitalaria estaba destinada en parte a aligerar los plazos de atención a los pacientes en un asunto que se encuentra sistemáticamente entre los problemas más sentidos por los ciudadanos en los sucesivos barómetros sanitarios (CIS, 2022).

Tabla 5. Indicadores de accesibilidad y resultados (2020)

Comunidades autónomas	Tasa de infección hospitalaria (%)	Mortalidad intrahospitalaria/ % altas	Reingresos/ % altas	Tiempos medios lista de espera quirúrgica (días) (2021)
Andalucía	1,17	6,56	7,32	128
Aragón	0,82	7,00	6,96	183
Asturias	0,39	7,28	8,73	95
Baleares	1,25	4,11	7,33	134
Canarias	1,11	6,07	7,72	144
Cantabria	1,18	5,15	7,83	146
Castilla y León	0,68	7,99	9,43	144
C. La Mancha	0,64	7,65	8,56	113
Cataluña	0,98	4,55	7,29	156
C. Valenciana	0,63	5,78	8,60	100
Extremadura	0,58	6,92	9,35	145
Galicia	0,87	6,59	9,50	77
Madrid	1,23	6,10	8,08	73
Murcia	0,55	4,69	8,06	94

Comunidades autónomas	Tasa de infección hospitalaria (%)	Mortalidad intrahospitalaria/ % altas	Reingresos/ % altas	Tiempos medios lista de espera quirúrgica (días) (2021)
Navarra	0,67	6,12	6,14	82
País Vasco	0,73	5,39	7,39	71
La Rioja	0,76	6,16	7,96	95
ESPAÑA	0,91	6,01	8,00	123

Fuentes: Ministerio de Sanidad: registro de altas de hospitalización. Modelo de indicadores para el análisis de la hospitalización en el SNS; Ministerio de Sanidad: sistema de información sobre listas de espera; Ministerio de Sanidad: indicadores clave del sistema nacional de salud.

Por lo que se refiere al análisis de los recursos y resultados del sistema de cuidados de largo plazo de personas mayores, el censo alcanza en 2021 las 366.000 personas y ha crecido a una tasa anual del 2,2% desde 2015 (IMSERSO, 2021). Estas personas reciben servicios de carácter esencialmente socioasistenciales, aunque la prevalencia de patologías entre las personas mayores hace que en algunos casos se incluyan servicios sanitarios y geriátricos, o que incluso sean obligatorios en algunas comunidades autónomas en función del número de residentes o de la titularidad, pública o privada, de las residencias.

El número medio de plazas residenciales por cada 100 personas mayores de 65 años es de 4,2, aunque aquí, al igual que en el ámbito estrictamente sanitario, también se advierten grandes diferencias de inversión pública entre territorios, lo que representa una gran desigualdad de oportunidades para hacer efectivos los derechos de las personas en función del lugar de residencia. Así, mientras que en Castilla y León hay 7,6 plazas por cada 100 personas mayores de 65 años, en Canarias o Murcia apenas se superan las 2 plazas (2,1 y 2,3, respectivamente), como puede verse en la tabla 6, por lo que el déficit de plazas no es homogéneo, sino que varía mucho entre territorios.

Esta desigualdad se refleja igualmente en un modelo de financiación mixto basado, de acuerdo con lo establecido en la Ley de Dependencia, en la participación de los beneficiarios en el sostenimiento del sistema mediante distintos modelos de copago en función de su capacidad económica. Ahora bien, cada comunidad autónoma ha establecido su propio sistema de copago para cada servicio a partir de criterios presupuestarios diferentes, lo que se suma a la elevada dispersión de los precios de los servicios, lo cual dificulta a la vez la comparación del peso relativo de la financiación privada entre regiones.

El rasgo común más marcado es, sin embargo, el recurso a centros residenciales de titularidad privada, incluidas las organizaciones del tercer sector, lo que muestra el poco desarrollo de infraestructuras públicas y servicios destinados a las personas mayores en un país muy envejecido. Estos centros privados pueden ofertar plazas de gestión y financiación enteramente privadas o concertadas con la Administración, esto es, de gestión privada, pero financiadas con recursos públicos. Suponen casi tres de cada cuatro (73,2%) centros residenciales, mientras que el resto son de titularidad pública, bien de gestión pública, bien privada.

Si bien el recurso al capital privado es generalizado en toda España por la falta de infraestructuras públicas que den cobertura a una demanda creciente, se da la circunstancia de que Cataluña y Madrid, que, como se vio anteriormente, son las comunidades que más recurren a los conciertos sanitarios, se encuentran también entre las que optan en mayor medida por las residencias privadas.

Otra característica destacable del modelo de atención a personas mayores en España es el gran tamaño medio de los centros residenciales, toda vez que la mitad de las plazas del país se encuentran en centros de más de 100 residentes, lo que es más acusado en el caso de los centros privados (52,76% frente a 47,20%). Este factor resulta relevante desde el punto de vista de la calidad asistencial y, más específicamente, si se relaciona con las tasas de mortalidad asociadas a la covid-19 durante los primeros meses de la pandemia.

Si bien hay algunos estudios que relacionan el modelo de gestión privada con mayores tasas de mortalidad por covid-19 debido principalmente a la escasa profesionalidad y a la mayor precariedad de las condiciones de trabajo de los empleados de estos centros (Zunzunegui *et al.* 2022), el presente estudio sugiere que uno de los factores determinantes de la mortalidad es el tamaño residencial y no tanto el modelo de gestión (el tamaño de las residencias incide en el modelo de gestión), aunque en un alto porcentaje, está correlacionado el alto número de residentes con la gestión privada de las residencias.

Así, como puede verse en la tabla 6, Cantabria y Cataluña son las regiones que más recurren a la iniciativa privada (85,2% y 83,1% son residencias privadas), y ambas cuentan con tasas de mortalidad muy elevadas superiores a la media nacional. Este dato correlaciona además en el caso cántabro con una mayoría de residencias de gran tamaño tanto en el caso de las residencias públicas como privadas. Sin embargo, en el caso de La Rioja son precisamente las residencias públicas las que en un mayor número de casos superan los 100 residentes (el 83,65%), lo que, junto a un número medio de plazas igualmente elevado, correlaciona también con una alta tasa de mortalidad (11,22%). Valga, por último, el caso de Madrid como ejemplo representativo en el que correlacionan todos los factores antedichos, lo que no permite aislar con facilidad al factor causal determinante, puesto que la región madrileña se caracteriza por recurrir en mayor medida que la media a operadores privados en el sector residencial. Sus residencias (tanto las públicas como las privadas) superan en su mayor parte los

100 residentes, el número medio de plazas por residencia es de los más elevados y la tasa de mortalidad por covid-19 es la más alta del país durante los primeros meses de incidencia de la pandemia.

Tabla 6. Recursos y resultados del sistema residencial de mayores (2020)

Comunidades autónomas	Plazas =>65 años (%)	Residencias privadas (%)	Plazas privadas =>100 res. (%)	Plazas públicas =>100 res. (%)	Número medio de plazas	Mortalidad covid (marzo-junio 2020) (%)*
Andalucía	3,0	77,9	51,17	38,86	63,3	11,44
Aragón	6,3	68,3	44,34	37,98	59,1	10,75
Asturias	5,5	73,1	48,62	54,71	78,8	6,50
Baleares	2,7	55,7	74,35	47,61	82,1	6,45
Canarias	2,1	47,4	55,81	51,00	96,4	1,18
Cantabria	4,8	85,2	65,53	54,43	68,1	14,42
Castilla y León	7,6	74,4	47,50	43,62	76,7	11,05
C. La Mancha	7,2	62,6	52,28	48,28	55,2	11,32
Cataluña	4,3	83,1	39,88	34,97	62,9	12,17
C. Valenciana	2,8	79,4	62,03	45,83	60,4	8,52
Extremadura	6,5	43,6	55,78	18,56	58,2	8,08
Galicia	3,1	76,8	56,75	51,54	103,9	4,34
Madrid	4,3	78,4	69,52	84,39	88,6	17,11
Murcia	2,3	79,2	58,02	54,40	77,7	7,48
Navarra	4,7	68,5	55,47	28,58	53,7	10,86
País Vasco	4,1	66,6	43,02	55,56	67,5	7,73
La Rioja	4,8	66,9	61,20	83,65	107,7	11,22
ESPAÑA	4,2	73,2	52,76	47,20	67,2	10,44

*Se incluye mortalidad confirmada por PDIA y fallecimientos compatibles con covid-19 entre el 14 de marzo y el 22 de junio de 2020.

Fuentes: elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Economía y Competitividad: datos del mapa de recursos sociales y de Instituto de Mayores y Servicios Sociales, IMSERSO: mortalidad en centros residenciales.

5. Conclusiones

Esta investigación ha tratado de desvelar la existencia de posibles correlaciones entre la colaboración público-privada en los sistemas de salud y de cuidados de largo plazo de personas mayores y los principales indicadores de gasto, recursos y rendimiento de los sistemas desde una perspectiva comparada a partir de datos oficiales aplicables a las comunidades autónomas, que son las Administraciones competentes en el ámbito sociosanitario. Es importante subrayar que se parte de la idea de que el resultado y el impacto de ambas políticas es el fruto de interrelaciones entre múltiples factores causales, por lo que los resultados de este trabajo no ponen de manifiesto relaciones de causa-efecto, sino que su propósito es únicamente revelar correlaciones entre posibles variables incidentes.

Si bien el SNS y el SAAD están conformados por la suma de los recursos procedentes de la Administración del Estado y de las comunidades autónomas, el margen de discrecionalidad política de los Gobiernos regionales ha ido configurando con el paso del tiempo subsistemas muy diferenciados en cuanto a esfuerzo inversor, modelos de gestión, medios disponibles, grados de accesibilidad y resultados, lo que refuerza la idea de que las oportunidades personales y el nivel de garantía de los derechos dependen del lugar de residencia.

Ahora bien, puede constatar la existencia de factores estructurales de tipo sociodemográfico (pobreza, clase social, nivel de estudios y tasa de dependencia) y territorial (densidad poblacional) que condicionan la toma de decisiones políticas y que dejan ver su efecto en los indicadores de gasto, medios y resultados.

Con todo, el rasgo principal que comparten todas las comunidades autónomas, aun con diferentes grados de intensidad, es el recurso a fórmulas de cooperación público-privada que posibilitan la prestación de servicios sanitarios o asistenciales en las redes públicas por parte de operadores privados.

Analizado el comportamiento de las regiones que han hecho un mayor uso de los conciertos con el sector privado, se advierte como característica diferencial que son estas comunidades (Baleares y Madrid) las que dedican un menor gasto por habitante a los servicios sanitarios y, además, un menor gasto medio en atención primaria (rasgo que comparten con Cataluña), aunque el volumen de gasto es superior en atención especializada, que es el ámbito en el que se dejan sentir con más fuerza los efectos de los conciertos. Esta distribución del gasto contrasta precisamente con aquellas regiones que, como Andalucía, Extremadura y Castilla y León, optan en mucha menor

medida por los conciertos con el sector privado, presentan características estructurales más desfavorables y dedican un volumen relativo mayor de recursos a la atención primaria frente a la atención especializada.

Si, de acuerdo con una parte de la literatura especializada, la colaboración con el sector privado debe traducirse en una mayor disponibilidad de recursos humanos y materiales y en mejores resultados en términos de accesibilidad y de rendimiento, este trabajo no permite establecer correlaciones sólidas en este sentido. De hecho, y en consonancia con la distribución del gasto mencionada en el punto anterior, las regiones que han apostado más intensamente por conciertos con operadores privados presentan un número de médicos de atención primaria por habitante inferior a la media española, aunque superior en atención especializada, mientras que el análisis del resto de indicadores de medios y de resultados no permite establecer relaciones necesariamente positivas o negativas entre estos factores y el hecho de optar en mayor medida por los conciertos como fórmula de gestión.

Por lo referido a los cuidados de larga duración de personas mayores, es significativa la opción generalizada por la gestión privada de centros residenciales, lo que denota el escaso desarrollo de las infraestructuras públicas de servicios sociales que tienen por destino a este sector de la población. Además, resulta llamativo que aproximadamente la mitad de las plazas residenciales del país lo sean de centros de gran tamaño (con más de cien residentes), lo que se alza como uno de los factores determinantes de la alta mortalidad relativa por covid-19 durante los primeros meses de la pandemia, más que la titularidad o la forma de gestión, pública o privada, de los centros residenciales.

6. Bibliografía

- Acerete, B. *et al.* (2011): “Spanish Healthcare Public-Private Partnerships: The ‘Alzira model’”, *Critical Perspectives on Accounting*, 22(6), pp. 533-306.
- Albi, E. y J. Onrubia (2015): *Economía de la gestión pública. Cuestiones fundamentales*, Madrid, Editorial Universitaria Ramón Areces.
- Asociación Estatal de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales (2022): *XXII Dictamen del Observatorio de la Dependencia*, <https://directoressociales.com/xxii-dictamen-del-observatorio-de-la-dependencia/>
- Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) (2022): *Barómetro Sanitario. Segunda Oleada, Junio*, https://www.cis.es/cis/export/sites/default/-Archivos/Marginales/3360_3379/3369/es3369mar.pdf
- Comisión Europea (2004): *Libro Verde sobre la colaboración público-privada y el Derecho comunitario en materia de contratación pública y concesiones*,
- Consejo Económico y Social (2021): Memoria sobre la situación socioeconómica y laboral de España, Madrid: CES, <https://www.ces.es/documents/10180/5286877/Memoria-Socioeconomica-CES-2021.pdf/af702ed1-cf28-9a21-abae-59065298a14b>
- Cutler, D. M. *et al.* (2008): *Socioeconomic Status and Health: Dimensions and Mechanisms*, National Bureau of Economic Research, Working Paper Series, nº 14333.
- Del Ponte, J. M. *et al.* (2020): “Public-private Partnerships for Medicine Provision: an Alternative to the Combat to the Covid-19 Pandemic”, *Revista do Serviço Público*, 71 (special issue), pp. 91–110, <https://doi.org/10.21874/rsp.v71i0.4972>
- Bambra, C. *et al.* (2009): “Gender, Health Inequalities and Welfare State Regimes: A Cross-National Study of 13 European Countries”, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 63(1), pp. 38-44.
- Baxter, D. y C. Casady (2020): “Proactive and Strategic Healthcare Public-Private Partnerships (PPPs) in the Coronavirus (Covid-19) Epoch”, *Sustainability*, 12(12): 5097, <https://doi.org/10.3390/su12125097>
- Froud, J. (2003): “The Private Finance Initiative: Risk, Uncertainty and the State”, *Accounting Organisations and Society*, 28(6), pp. 567-589, [https://doi.org/10.1016/S0361-3682\(02\)00011-9](https://doi.org/10.1016/S0361-3682(02)00011-9).
- Groot, W. *et al.* (2007): “The Health Effects of Education”, *Economics of Education Review*, 26(2), pp. 186-200.
- Guzelsari, S. (2012): “Restructuring of Health Care System and Public-Private Partnerships”, *Amme Idaresi Dergisi*, 45(3), pp. 29-57.
- Huxham, C. (2000): “The Challenge of Collaborative Governance”, *Public Management*, 2(3), pp. 337-357.
- Instituto Nacional de Estadística (INE) (2020): *Encuesta de Condiciones de Vida*, https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176807&menu=resultados&idp=1254735976608
- Instituto Nacional de Estadística (INE) (2020): *Encuesta de Población Activa*, https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176918&menu=ultiDatos&idp=1254735976595
- Instituto Nacional de Estadística (INE) (2020): *Cifras de Población*, https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176951&menu=ultiDatos&idp=1254735572981
- Instituto para el Desarrollo y la Integración de la Sanidad (IDIS) (2022): *Sanidad privada, aportando valor*, <https://www.fundacionidis.com/informes/analisis-de-situacion-de-la-sanidad-privada/sanidad-privada-aportando-valor-analisis-de-situacion-2022>
- Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS) (2021): *Memoria anual*, Madrid, Ministerio de Defensa.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO): (2021): *Mortalidad en Centros Residenciales* https://imserso.es/documents/20123/117116/inf_resid_20221016.pdf/d8d23c97-246c-367f-5ca9-67f945cb3e27
- Kickert, W. J. M., E. H. Klijn y J. F. M. Koppenjan (eds.) (1997): *Managing Complex Networks: Strategies for the Public Sector*, London, Sage.
- Kooiman, J. (2003): *Governing as Governance*, London, Sage.
- Koontz, T. M. y C. W. Thomas (2012): “Measuring the Performance of Public-Private Partnerships. A Systematic Method for Distinguishing Outputs from Outcomes”, *Public Performance & Management Review*, 35(4), pp. 769-786.

- Martín, J (2003): “Nuevas formas de gestión en las organizaciones sanitarias”, Fundación Alternativas, Documentos de Trabajo, nº 14.
- McKee, M., N. Edwards y R. Atun (2006): “Public-Private Partnerships for Hospitals”, *Bulletin of the World Health Organisation*, November, nº 84.
- Ministerio de Economía y Competitividad (2020): *Datos del Mapa de Recursos Sociales y Sanitarios*, <http://envejecimiento.csic.es/recursos/residencias/index.htm>
- Ministerio de Sanidad (2017): *Encuesta Nacional de Salud*, <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2017.htm>
- Ministerio de Sanidad (2020a): *Registro de Altas de Hospitalización. Modelo de Indicadores para el Análisis de la Hospitalización en el SNS*, <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/cmbdhome.htm>
- Ministerio de Sanidad (2020b): *Sistema de Información de Atención Primaria*, <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/siap.htm>
- Ministerio de Sanidad (2020c): *Estadística de Centros Sanitarios de Atención Especializada*, https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/TablasSIAE2020/INFORME_SIAE_2020.pdf
- Ministerio de Sanidad (2020d): *Estadística del Gasto Sanitario Público*, <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EGSP2008/egspPrincipalesResultados.pdf>
- Ministerio de Sanidad (2020e): *Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud*, <https://inclasns.sanidad.gob.es/>
- Ministerio de Sanidad (2021): *Sistema de Información de Listas de Espera del SNS*, <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/listaEspera.htm>
- Moore, M. y J. Hartley (2008): “Innovations in Governance”, *Public Management Review* 10:1 pp. 3-20.
- Mutualidad General Judicial (MUGEJU) (2021): *Memoria anual*, Madrid, Ministerio de Justicia.
- Mutualidad de Funcionarios de la Administración Civil del Estado (MUFACE) (2021): *Memoria anual*, Madrid, Ministerio de Hacienda y Función Pública.
- OCDE (2005): *Modernising Government: The Way Forward*, París, OCDE.
- Ouchi, W. G. (1980): “Markets, Bureaucracies and Clans”, *Administrative Sciences Quarterly*, nº 25.
- Pierre, J. (ed.) (2000): *Debating Governance*, Oxford, Oxford University Press.
- Rhodes, R. A. W. (1997): *Understanding Governance: Policy Networks, Governance, Reflexivity and Accountability*, Buckingham, Open University Press.
- Ruano, J. M. y A. Díaz-Tendero (2022): “COVID-19 and the Structural Vulnerabilities in the Spanish Health and Long-Term Care Systems”, *European Political Science*, May. <https://doi.org/10.1057/s41304-022-00381-x>
- Sánchez F. I. *et al.* (2013): “Gestión pública y gestión privada de servicios sanitarios públicos: más allá del ruido y la furia, una comparación internacional”, *Archivos Real Instituto Elcano*, DT nº 4.
- Tallaki, M. y E. Bracci (2021): “Risk Allocation, Transfer and Management in Public-Private Partnerships and Private Finance Initiatives: A Systematic Literature Review”, *International Journal of Public Sector Management*, 34(7), pp. 709-731. <https://doi.org/10.1108/IJPSM-06-2020-0161>.
- Wall, A. y C. Connolly (2009): “The Private Finance Initiative”, *Public Management Review*, 11(5), pp. 707-724, <https://doi.org/10.1080/14719030902798172>.
- Zunzunegui, M.V. *et al.* (2022): “The Impact of Long-Term Care Ownership and Administration Type on All-Cause Mortality from March to April 2020 in Madrid, Spain”, *Epidemiologia*, 3, pp. 323-336.

